



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: “Η
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ
ΤΟΚΕΤΟ-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ”

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

Ευδοξία Λαμπρινίδου, ΜΑ 01381

Μουστάκα Αναστασία ΜΑ 01196

Επιβλέπουσα

Αγάπη Βλάχου

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστούμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε εξ' αρχής, αναθέτοντάς μας το συγκεκριμένο θέμα, την επιστημονική της καθοδήγηση και τις υποδείξεις της.

Τέλος, θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στις οικογένειά μας για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

“It's not just the making of babies, but the making of mothers that midwives see as the miracle of birth.” ~ Barbara Katz Rothman.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
1.ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	5
1.1.Έναρξη του Τοκετού.....	5
1.2.Τα στάδια του Τοκετού.....	5
1.3.Πρώτο στάδιο του φυσιολογικού τοκετού (διαστολή)	8
1.4.Δεύτερο στάδιο του φυσιολογικού τοκετού (εξώθηση).....	12
1.5.Τρίτο στάδιο του φυσιολογικού τοκετού (υστεροτοκία).....	14
2.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	16
2.1.Ορισμός του πόνου	16
2.2. Η αντίληψη του πόνου	18
2.3.Ο πόνος ως συμπεριφορά.....	20
3.ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	24
3.1.Οξύς Πόνος.....	24
3.2.Χρόνιος Πόνος.....	25
4.Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	25
4.1.Η φύση του πόνου του τοκετού	25
4.2.Η αντίληψη του πόνου	27
4.3.Η έκφραση του πόνου.....	27
5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	28
5.1.Σωματικοί Παράγοντες.....	28
5.2.Πολιτισμικοί Παράγοντες.....	28
5.3.Άγχος	29
5.4.Πολιτισμικές απόψεις σχετικά με τον πόνο του τοκετού	30
5.5.Προηγούμενη εμπειρία τοκετού.....	31
5.6.Η θεωρία ελέγχου της πύλης τον πόνου.....	32
5.7.Υποστήριξη κατά τον τοκετό	33
6.ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ	34
7.ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	35
7.1.Μέθοδοι προετοιμασίας για τον τοκετό.....	35
7.2.Τεχνικές Χαλάρωσης και Αναπνοών	37
7.2.1.Εστίαση και χαλάρωση.....	37
7.2.2.Τεχνικές αναπνοών	38
7.3.3.Ήπια Μάλαξη και Αντίθετη Πίεση.....	40
7.4.Μουσική	41

7.5.Υδροθεραπεία	42
7.6.Διαδερμικός Ηλεκτρικός Νευρικός Ερεθισμός	44
7.7.Πιεσοθεραπεία και Βελονισμός.....	46
7.8.Εφαρμογή Θερμών ή Ψυχρών Επιθεμάτων.....	47
7.9.Υπνωτισμός	48
7.10.Βιοανατροφοδότηση.....	49
7.11.Αρωματοθεραπεία	50
7.12.Ενδοδερμική Έγχυση Νερού	51
8.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	52
8.1.Αναλγησία και Αναισθησία	52
8.2.Συστηματική Χορήγηση Οπιοειδών στη Μαιευτική	53
8.2.1. Γενικά στοιχεία.....	53
8.2.2.Πεθιδίνη	53
8.2.3.Ρεμιφεντανίλη.....	54
8.4.Αναλγησία και Αναισθησία με Νευρικό Αποκλεισμό	55
8.5.Τοπική περινεϊκή αναισθησία με διήθηση	55
8.6.Ραχιαία αναισθησία.....	55
8.7.Επισκληρίδια αναισθησία ή αναλγησία (αποκλεισμός)	58
8.8.Συνδυασμός επισκληρίδιας και ραχιαίας αναλγησίας	60
8.9.Υποξείδιο του αζώτου για αναλγησία.....	60
9.ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΟΞΕΟΣ ΠΟΝΟΥ.....	61
Βιβλιογραφία	63

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος είναι ένα εξαιρετικά δυσάρεστο, περίπλοκο και έντονα εξατομικευμένο γεγονός με προεκτάσεις τόσο αισθητικές όσο και συναισθηματικές. Η έγκυος γυναίκα αισθάνεται φόβο και ανησυχία στην σκέψη του πόνου που θα βιώσει κατά τον τοκετό της. Κυρίαρχο ρόλο στην ανακούφιση του πόνου του τοκετού κατέχει η μαία ως πρόσωπο κλειδί και υπεύθυνη επαγγελματίας που εργάζεται σε στενή επαφή με τις γυναίκες για να δώσει την απαραίτητη υποστήριξη, περίθαλψη και συμβουλή κατά τη διάρκεια, του τοκετού.

Πολλοί σωματικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν στη διάρκεια, τα συστατικά και την ένταση του πόνου, όπως αυτός βιώνεται από την γυναίκα καθώς επίσης και στον τρόπο με τον οποίο η έγκυος θα καταφέρει να τον αντιμετωπίσει. Μια ποικιλία μη φαρμακευτικών και φαρμακευτικών παρεμβάσεων μπορούν να βοηθήσουν την έγκυο να αντιμετωπίσει με επιτυχία τους πόνους του τοκετού. Οι επιλεγθείσες παρεμβάσεις εξαρτώνται από την κατάσταση της γυναίκας, τη διαθεσιμότητα της μεθόδου και τις προτιμήσεις γυναίκας και του ιατρού ή της μαίας και απαιτούν την σωστή συνεργασία και επικοινωνία ανάμεσα στα πρόσωπα της διεπιστημονικής ομάδας που σχετίζονται με τον τοκετό.

Στην παρούσα εργασία θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε τον εξαιρετικά σημαντικό ρόλο της μαίας στη διαχείριση του πόνου κατά τον τοκετό, αλλά και να παραθέσουμε μια σειρά τρόπων και παρεμβάσεων για την διαχείριση του.

Λέξεις κλειδιά: τοκετός, πόνος, μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις, φαρμακολογικές παρεμβάσεις, μαία

1.ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

1.1.Έναρξη του Τοκετού

Η έναρξη του τοκετού αποτελεί πολυπαραγοντική διαδικασία στην οποία συνδυάζονται μεταβολές μήτρας, τραχήλου και υπόφυσης. Επιπρόσθετα θεωρείται πιθανό η έναρξη της διαδικασίας του τοκετού να σηματοδοτείται από τις ορμόνες που παράγει ο υποθάλαμος, η υπόφυση και ο φλοιός των επινεφριδίων του φυσιολογικού εμβρύου. Οι αυξημένες συγκεντρώσεις προσταγλανδίνων αλλά και οιστρογόνων σε συνδυασμό με τα μειωμένα επίπεδα προγεστερόνης προκαλούν τα παρακάτω, σταδιακά η μήτρα διατάσσεται, η γήρανση του πλακούντα όπως και η ενδομήτρια πίεση προκαλούν την αυξημένη διέγερση του μυομητρίου. Ο συντονισμός των παραπάνω παραγόντων προκαλούν τις ισχυρές συστολές στην μήτρα. Έτσι προκαλείται ίσως ο τοκετός και η εξώθηση του πλακούντα, πρόλο που ακόμα δεν έχουμε κατανοήσει πλήρως τον τρόπο κατά τον οποίο πυροδοτούνται από τα παραπάνω και άλλες αλλαγές που σχετίζονται από με τον τοκετό αλλά και το πώς επηρεάζεται ο μηχανισμός διατήρησης σωστών ελέγχων και ισορροπιών. (Lowdermilk, 2006α).

1.2.Τα στάδια του Τοκετού

Θεωρούμε έναν τοκετό φυσιολογικό σε περίπτωση που η κύηση είναι τελειόμηνη ή σχεδόν τελειόμηνη και σε αυτές που δεν προκαλούνται επιπλοκές, σε αυτές που ένα μόνο έμβρυο προβάλλει με το βρέγμα και ο τοκετός τελειώνει μέσα σε 18 ώρες. Στην πορεία του φυσιολογικού τοκετού, εντοπίζουμε τις τακτικές αναμενόμενες συστολές της μήτρας, σταδιακή διαστολή και αξάλειψη του τραχήλου αλλά και την σταδιακή κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου.

Οι ειδικοί αναφέρονται στα τέσσερα στάδια του τοκετού για τα οποία θα μιλήσουμε παρακάτω (Lowdermilk, 2006).

Το πρώτο στάδιο του τοκετού ξεκινάει με την εμφάνιση των τακτικών συστολών της μήτρας μέχρι και την τελευταία διαστολή του τραχήλου. Η εκτίμηση για την ακριβή έναρξη του τοκετού δεν είναι συχνά ακριβής επειδή η εισαγωγή της εγκύου στην αίθουσα των τοκετών δεν είναι πάντα έγκαιρη. Η διάρκεια του πρώτου σταδίου είναι μεγαλύτερη από τα επόμενα δύο στάδια μαζί. Ο αριθμός των παρελθοντικών κηύσεων της γυναίκας συχνά συνδέεται με την διάρκεια του πρώτου αυτού σταδίου καθώς φαίνεται να την επηρεάζει. Σε μερικές περιπτώσεις η τελεία διαστολή μπορεί να επιτευχθεί σε διάστημα μικρότερο των εξήντα λεπτών. Στις εγκύους που δεν έχουν προηγούμενες κηύσεις, η ίδια διαδικασία μπορεί να διαρκέσει έως και 20 ώρες. Ατομικές διαφορές(π.χ., κατάσταση κινδύνου, ηλικία) μπορεί επίσης να προκαλέσουν αλλαγές στο χρόνο διαστολής και να επηρεάσουν τη κλινική πρακτική που θα χρησιμοποιηθεί τελικά στον τοκετό.

Οι τρεις φάσεις στις οποίες χωρίζεται το αρχικό στάδιο της διαδικασίας του τοκετού είναι οι εξής: η λανθάνουσα, η ενεργός και η μεταβατική φάση. Κατά τη διάρκεια της λανθάνουσας φάσης μπορούμε να παρατηρήσουμε την προοδευτική εξάλειψη του τραχήλου και τον ελαφρώς αυξημένο ρυθμό καθόδου. Κατά την διάρκεια της ενεργού και της μεταβατικής φάσης μπορούμε να παρατηρήσουμε την αναμενόμενη ταχεία διαστολή του τραχήλου και τον αυξημένο ρυθμό καθόδου της προβάλλουσας μοίρας (Lowdermilk, 2006α).

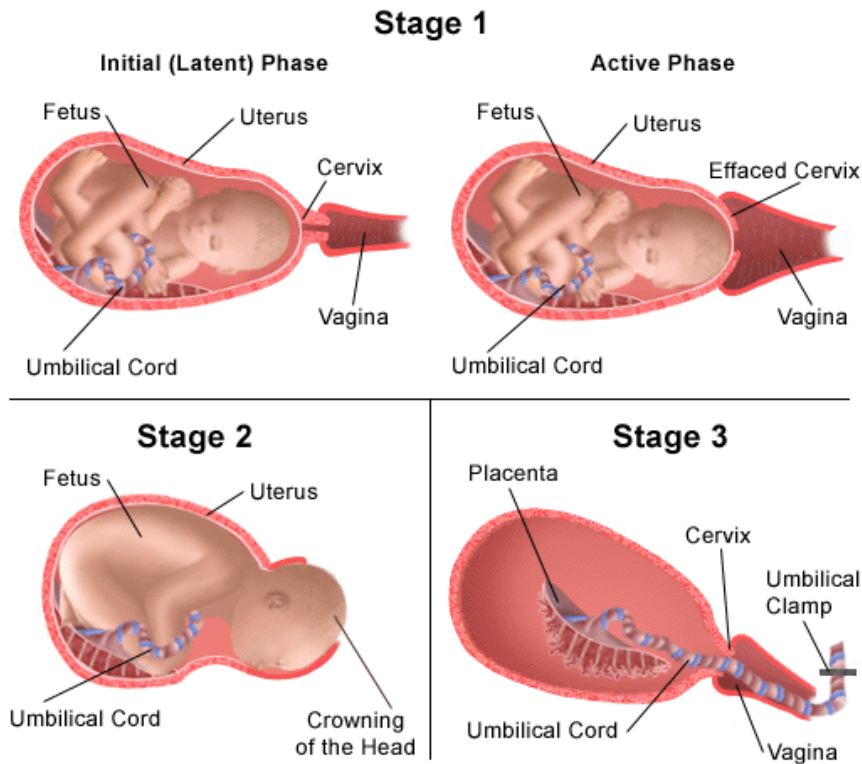
Το δεύτερο στάδιο ξεκινά όταν διασταλεί πλήρως ο τραχήλος έως την στιγμή της εξόδου του εμβρύου. Η διάρκειά του συνήθως αναμένεται περίπου στα είκοσι λεπτά στις πολύτοκες εγκύους και πενήντα στις πρωτοτόκες εγκύους. Το δεύτερο στάδιο το

διακρίνουμε σε τρεις φάσεις. Η έναρξη της πρώτης φάσης συγχρονίζεται με την πλήρη διαστολή του τραχήλου, όταν η γυναίκα έχει ανώδυνες συστολές και δεν έχει την τάση για εξώθηση ή προσπαθεί ήπια εξώθηση με τις συστολές. Κατά την δεύτερη φάση ξαναρχίζουν οι συστολές, η έγκυος προσπαθεί έντονα για εξώθηση και ξεκινά να λαμβάνει χώρα η κάθοδος του εμβρύου. Η τρίτη φάση ξεκινά με την προβολή της κεφαλής του εμβρύου έως τον τοκετό (Lowdermilk, 2006α).

Το τρίτο στάδιο του τοκετού ξεκινά με γέννηση και τελειώνει με την αποβολή του πλακούντα. Ως επί το πλείστον η διαδικασία αποκόλλησης του πλακούντα πραγματοποιείται μεταξύ της τρίτης και της τέταρτης ισχυρής συστολής της μήτρας έπειτα της γέννησης. Ο πλακούντας τελικά, αφού αποκολληθεί, αποβάλλεται κατά την προσεχή συστολή της μήτρας της γυναίκας. Το τρίτο στάδιο μπορεί να διαρκέσει από τρία έως πέντε λεπτά, αν και οποιαδήποτε διάρκεια μέχρι και τριάντα λεπτών θεωρείται φυσιολογική. Όσο το τρίτο στάδιο αυξάνεται τόσο μεγαλώνει και ο κίνδυνος για αιμορραγία (Lowdermilk, 2006α).

Κατά το τέταρτο στάδιο του τοκετού, του οποίου η διάρκεια εκτιμάται περίπου στις δύο ώρες αφού αποβληθεί ο πλακούντας, η ομοιόσταση αποκαθίσταται. Το στάδιο αυτό είναι μια κρίσιμη περίοδος για πιθανές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν, όπως η παθολογική αιμορραγία (Lowdermilk, 2006α).

Ο μηχανισμός του τοκετού περιλαμβάνει κυρίως επτά κινήσεις. Την εμπέδωση της κεφαλής του εμβρύου, την κάθοδο, την κάμψη, την εσωτερική στροφή, την έκταση, την εξωτερική στροφή και τέλος την εξώθηση που οδηγεί στην γέννηση. Παρόλο που αυτές οι κινήσεις μελετώνται αυτούσια, αποτελούν έναν συνδυασμό που γίνεται την ίδια στιγμή. (Lowdermilk, 2006α).



Εικόνα 5. Τα στάδια του τοκετού

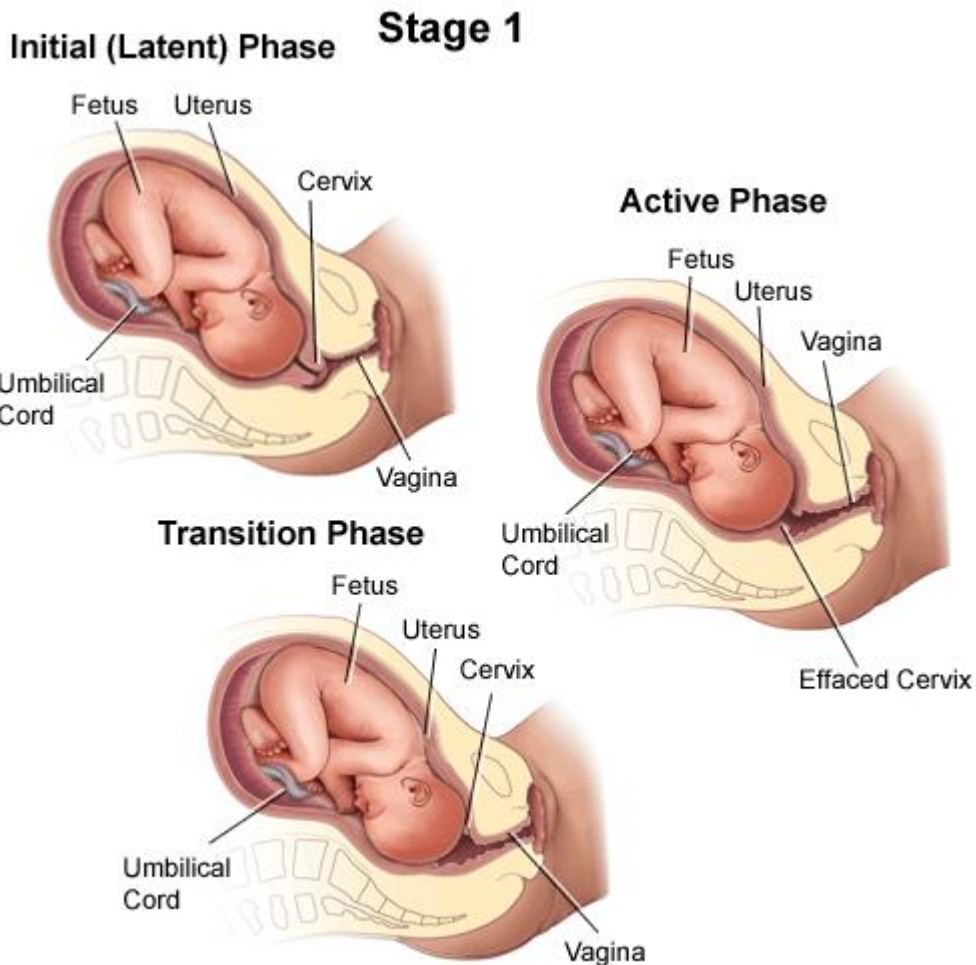
1.3.Πρώτο στάδιο του φυσιολογικού τοκετού (διαστολή)

Το μυομήτριο παρατηρείται πως προετοιμάζεται για τον τοκετό προοδευτικά για πολλές εβδομάδες . Οι μύες της μήτρας της μητέρας μπορούν να συσπώνται από τα αρχικά στάδια της κύησης. Η συσταλτικότητα εξαρτάται ως επί το πλείστον από βιοχημικούς και ορμονικούς παράγοντες. Σε αυτούς περιλαμβάνονται τα προσταγάνδια, οι κυτοκίνες και τα ιόντα ασβεστίου, χωρίς τη συμμετοχή του νευρικού συστήματος. Η αλληλουχία δράσεων και δυναμικών που αναπτύσσονται, μεταδίδονται με την μορφή κυμάτων στα γειτονικά κύτταρα παράγοντας έτσι τις συντονισμένες μυϊκές συσπάσεις (Δίνας και συν., 2008).

Η μετάβαση της δραστηριότητας του μυομητρίου από τις ασύντακτες συσπάσεις της κύησης στις συντονισμένες του πρώτου σταδίου του τοκετού δε σταματά πριν την

ολοκλήρωση του τοκετού. Στο τελευταίο τρίτο της εηκυμοσύνης, η γυναίκα αντιλαμβάνεται μερικές σποραδικές ασθενείς συσπάσεις γνωστές και ως συσπάσεις Braxton Hicks. Αυτές οι συσπάσεις είναι ανώδυνες για την γυναίκα καθώς ως επί το πλείστον δεν ανέρχονται πάνω από 15mmHg από τον βασικό τόνο της μήτρας. Με αυτές τις συσπάσεις δεν δύναται να επιτευχθεί η διαστολή του τραχήλου και γι' αυτό κρίνονται φυσιολογικές. Θεωρείται μάλιστα ότι μπορεί να είναι και ευεργετικές για την κύηση καθώς παρατηρείται βελτίωση της αιμάτωσης του μυομητρίου (Δίνας και συν., 2008).

Το πρώτο στάδιο ξεκινά με τις γνήσιες ωδίνες. Ο έντονος πόνος που τις συνοδεύει είναι η πιο χαρακτηριστική διαφορά των αυτών από τις συσπάσεις Braxton Hicks που αναφέρθηκαν παραπάνω. Η συχνότητα με την οποία εμφανίζονται επίσης είναι μεγαλύτερη, αφού εμφανίζονται περίπου 3 με 5 / 10 λεπτά. Η διάρκεια τους ξεπερνούν το ένα λεπτό και η ισχύς του κυμαίνεται μεταξύ 40 και 50mmHg. χνές (συνήθως 3-5 ανά 10min), έχουν μεγαλύτερη διάρκεια (πάνω από 1min) και ισχύ 40-50mmHg). Όσο διαρκεί μία ωδίνη, χαμηλώνουν τα επίπεδα αιμάτωσης του πλακούντα, ωστόσο δεν υπάρχει σημαντικός κίνδυνος για την κύηση και το έμβρυο αφού η διάρκειά τους είναι μικρή. (Δίνας και συν., 2008).



Εικόνα 6. Το πρώτο στάδιο του τοκετού

Οι ωδίνες του πρώτου σταδίου του τοκετού προκαλούν κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου δια μέσω του ισθμού και του τραχήλου, λέπτυνση-διαστολή-βράχυνση του τραχήλου και επιμήκυνση-λέπτυνση του κατώτερου τμήματος της μήτρας, με αποτέλεσμα την εξάλειψη του ισθμού/έσω τραχηλικού στομίου και στη συνέχεια του έξω τραχηλικού στομίου. Η διαδικασία αυτή είναι ταυτόχρονα μηχανική χάρη στην προώθηση, με τις συσπάσεις του μυομητρίου, της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου προς την πυελική στενότητα και το πυελικό έδαφος, αλλά και βιοχημική. Το μυομήτριο αλλάζει σχήμα και μέγεθος, και με την πρόοδο του τοκετού γίνεται παχύτερο και ισχυρά συσπώμενο στον πυθμένα, λεπτότερο και παθητικά διατεινόμενο προς τον τράχηλο. Ο τράχηλος, ο οποίος ενώ προηγουμένως ήταν χαρακτηριστικά

ανελαστικός και ανένδοτος χάρη στην πλούσια σε κολλαγόνο και πτωχή σε ελαστικές και μυϊκές ίνες σύστασή του, κάνοντας εφικτή με αυτόν τον τρόπο την διατήρηση του κύματος παρά τις αυξανόμενες διαστάσεις του, κατά το τέλος του πρώτου σταδίου του τοκετού έχει πλήρως εξαλειφθεί και δεν φαίνεται συχνά σε συνέχεια του κόλπου (Δίνας και συν., 2008).

Η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου, που στον φυσιολογικό τοκετό είναι η κεφαλή του, προωθείται σταδιακά προς το πυελικό έδαφος. Σε πρώτες γέννες συχνά η κάθοδος αρχίζει από τη μείζονα πύελο, καθώς το κλειστό έσω τραχηλικό στόμιο αποτρέπει την εμπέδωση πριν την έναρξη του τοκετού. Στις επόμενες γέννες ωστόσο η προβάλλουσα μοίρα συνήθως εμπεδώνεται στην ελάσσονα πύελο κατά τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης. Η κεφαλή κατέρχεται μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα με διαδοχικές κινήσεις στροφής, κάμψης και έκτασης που επιτρέπουν την ευθυγράμμιση της μεγαλύτερης διαμέτρου της κεφαλής προς τη μεγαλύτερη διάσταση της πυέλου, που είναι διαφορετική σε κάθε επίπεδο (Δίνας και συν., 2008).

Μέχρι το τέλος του πρώτου σταδίου αναμένεται να έχει αρχίσει ή σπανιότερα έχει τελειώσει η εσωτερική στροφή της κεφαλής, η οποία φέρνει την οβελιαία διάμετρο, από εγκάρσια στην ευρυχωρία της πυέλου, σε κάθετη και το οδηγό σημείο, που είναι φυσιολογικά η μικρή πηγή, σε επαφή με το πυελικό έδαφος. Το εμβρυϊκό θυλάκιο μπορεί να ραγεί φυσιολογικά οποιαδήποτε στιγμή από την έναρξη του τοκετού, συνήθως όμως προς το τέλος του πρώτου σταδίου καθώς προβάλλει κατά τη διάρκεια των ωδινών μέσω του τραχήλου (Δίνας και συν., 2008).

Το πρώτο στάδιο ενδέχεται να κρατήσει από 4-5 ώρες έως πάνω από 24 ώρες. Συνήθως διαρκεί 10-12 ώρες στις πρώτες γέννες ενώ 6-8 ώρες στις επόμενες. Συχνά, ειδικά στις πρώτες γέννες, διακρίνουμε την λανθάνουσα και την ενεργή φάση. Κατά τη

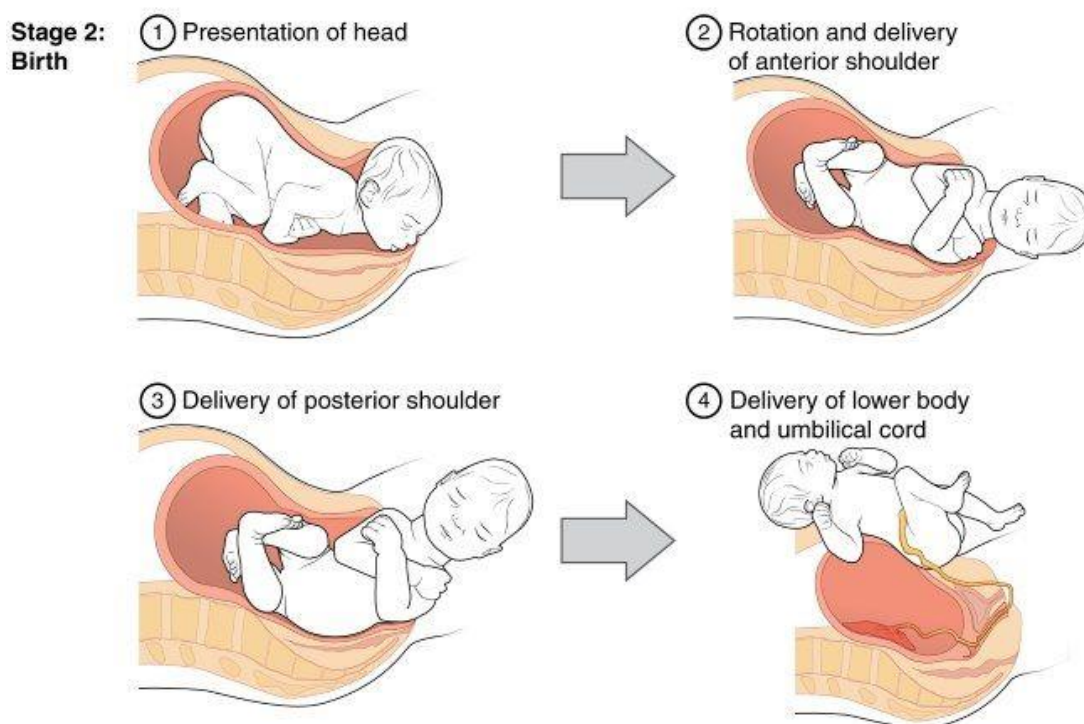
λανθάνουσα φάση, η εξέλιξη είναι πολύ αργή και η διαστολή του τραχήλου δεν υπερβαίνει τα 4 εκατοστά. Οι ωδίνες στη λανθάνουσα φάση είναι χαμηλής ισχύς και περιοδικότητας, γι' αυτό και είναι λιγότερο πιθανή η πρόκληση εμβρυϊκής δυσφορίας από την παράταση αυτού του σταδίου σε σύγκριση με τα επόμενα στάδια. Παρόλα αυτά, αν παρατηρήσουμε προσεχτικά την εμβρυϊκή κατάσταση είναι απαραίτητη καθώς επίσης και η συνεκτίμηση της κόπωσης της εγκύου γυναίκας (Δίνας και συν., 2008).

Με την λήξη του πρώτου σταδίου, ο τράχηλος έχει πλήρως εξαλειφθεί και διασταλεί. Οι ωδίνες είναι συχνές, διαρκούν πολύ και είναι επίπονες. Η γυναίκα νιώθει την ανάγκη να εξωθήσει ενεργά το έμβρυο και αυτό πιστεύεται είναι ένα αντανακλαστικό σχετικό με την πίεση της εμβρυϊκής προβάλλουσας μοίρας προς το πυελικό έδαφος. Είναι πιθανόν ωστόσο κυρίως σε επόμενες γέννες η έγκυος αν δεν παρακολουθείται κατά τη διάρκεια του τοκετού, να εξωθήσει επιτυχημένα, πριν την τελεία διαστολή. Συνεπώς το πρώτο στάδιο δεν τελειώνει. Ωστόσο αυτή η κατάσταση θεωρείται παρέκκλιση από τον φυσιολογικό τοκετό και ενέχει σοβαρούς κινδύνους τραυματισμού του τραχήλου από τη βίαιη διαστολή (Δίνας και συν., 2008).

1.4. Δεύτερο στάδιο του φυσιολογικού τοκετού (εξώθηση)

Το δεύτερο στάδιο του τοκετού αρχίζει από την ολοκλήρωση της διαστολής του τραχήλου της μήτρας και τελειώνει με την περάτωση της διόδου ολόκληρου του σώματος από την αιδοϊκή σχισμή. Σε αυτό το στάδιο, οι ωδίνες αποκτούν τη πιο μεγάλη ισχύ τους καθώς η κατεύθυνση μετάδοσης των δυναμικών τάσης είναι ομοιόμορφη από τα κέρατα προς τον ισθμό και ο συντονισμός των μυϊκών συσπάσεων επιτρέπει μέγιστη ισχύ. Η συχνότητα των ωδίνων ενδέχεται να υπερβεί τις 5 ανά 10min, η διάρκειά τους ξεπερνά το 1min και η ενδομήτρια πίεση μπορεί να ανέλθει στα 60mmHg (Δίνας και συν., 2008).

Μετά την περάτωση της εσωτερικής στροφής της κεφαλής που φέρνει την οβελιαία διάμετρο σε προσθιοπίσθια κατεύθυνση και την προβάλλουσα μοίρα σε επαφή με το πυελικό έδαφος, αρχίζει η δίοδος της κεφαλής κάτω από την ηβική σύμφυση. Όταν το ινίο (στην ινιακή προβολή) περάσει την ηβική σύμφυση, προκαλείται έκταση της κεφαλής. Το συγκεκριμένο γεγονός συμβαίνει, γιατί ενώ το πυελικό έδαφος συνεχίζει να πιέζει την κεφαλή από πίσω, εμπρός το ινίο ελευθερώνεται από την ηβική καμάρα και ο αυχένας εκτείνεται. Με αυτόν τον τρόπο διέρχεται και το υπόλοιπο της κεφαλής από το πυελικό έδαφος και έπεται και από την αιδοϊκή σχισμή. Στη συνέχεια, η κεφαλή στρέφεται και πάλι προς την κατεύθυνση που είχε πριν την εσωτερική στροφή ακολουθώντας παθητικά τη γέννηση των ώμων (αμφι-ακρωμιακή διάμετρος), η οποία εκτελείται με τις ίδιες κινήσεις που απαιτήθηκαν από την ίδια την κεφαλή και στη συνέχεια, ανεμπόδιστα, του υπολοίπου σώματος. Η στροφή της κεφαλής συμβαίνει σε δύο διαδοχικά στάδια τα οποία λέγονται αποκατάσταση (45ο) και εξωτερική στροφή (90ο) (Δίνας και συν., 2008).



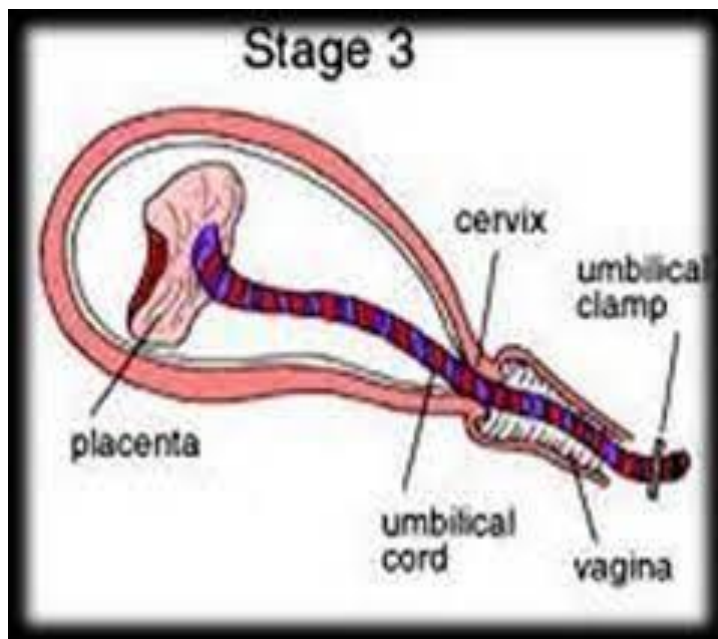
Εικόνα 7. Το δεύτερο στάδιο του τοκετού

Τη στιγμή που η προβάλλουσα μοίρα δημιουργεί τη μέγιστη διάταση και διαστολή του πυελικού εδάφους, συνηθίζεται η διενέργεια της περινεοτομίας με διττό σκοπό πρώτον να διευκολύνει τη γέννηση και δεύτερον να προστατέψει το περίνεο και κυρίως το σφιγκτήρα του πρωκτού από ανεξέλεγκτους τραυματισμούς. Η αξία της περινεοτομίας συζητείται συχνά από τους ειδικούς. Η ολοκλήρωση του δεύτερου σταδίου του τοκετού συμβαίνει με το συνδυασμό των εξωθητικών ωδίνων με εκούσια εξώθηση από την έγκυο. Οι εκούσιες εξωθητικές κινήσεις της γυναίκας ενδέχεται ακόμα και να υπερδιπλασιάσουν την ενδομήτρια πίεση που μπορεί να ανέλθει στα 130mmHg. Παρόλο που η έπειξη για εξώθηση μπορεί να αρχίσει μέχρι και στο πρώτο στάδιο, είναι σημαντικό η εκούσια εξώθηση να αναβάλλεται μέχρι η προβάλλουσα μοίρα να έχει εμπεδωθεί πλήρως στην αληθή πύελο και να πιέζει το πυελικό έδαφος. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγουμε την κόπωση της γυναίκας, και την πρόκληση εμβρυϊκής δυσφορίας από την παρατεταμένη εξώθηση. Εξαιτίας της ισχύος των ωδίνων και της συχνότητάς τους, αποτρέπεται η επαρκής αιμάτωση του πλακούντα και η οξυγόνωση του εμβρύου, η εξώθηση προκαλεί εμβρυϊκή οξέωση. Η ικανότητα του εμβρύου να την αντιρροπεί έχει να κάνει με την εν γένει κατάστασή του και τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου. Η διάρκεια θα πρέπει να είναι κάτω της μία ώρα και πρέπει να υπάρχει ετοιμότητα για διενέργεια υποβοηθούμενου τοκετού (σικυουλκία/εμβρυουλκία) ή πιο σπάνια καισαρική τομή ανά πάσα στιγμή (Δίνας και συν., 2008).

1.5.Τρίτο στάδιο του φυσιολογικού τοκετού (υστεροτοκία)

Μόλις γεννηθεί το έμβρυο και αποκοπεί ο ομφάλιος λώρος, απομένει η γέννηση του πλακούντα (υστεροτοκία). Το μυομήτριο σε αρχική φάση σταματά να συσπάται για

λίγα λεπτά, εξαιτίας της απότομης μείωσης του περιεχομένου της μήτρας. Οι συσπάσεις επιστρέφουν μετά από λίγα λεπτά με συχνότητα 1-2 ανά 10min. Είναι μικρές σε ένταση και συνοδεύονται από υψηλό βασικό τόνο, καθώς η μήτρα μειώνεται σε όγκο. Συνήθως είναι ανώδυνες. Η συρρίκνωση της πλακουντιακής άλω και η ταυτόχρονη σύνθλιψη των αιμοφόρων αγγείων της μήτρας προκαλεί τελικά αποκόλληση του πλακούντα. Η διάρκεια του τρίτου σταδίου συνήθως δεν υπερβαίνει τα 30min και οπωσδήποτε δεν πρέπει να αγγίζει τη μία ώρα γιατί, δημιουργείται παρατεταμένη αιμορραγία και μπορεί τελικά να παρεμποδιστεί η γέννηση του πλακούντα από τη σύγκλειση του τραχήλου. Το τρίτο στάδιο επιταχύνεται στη σύγχρονη μαιευτική με χορήγηση μητροσυσπαστικών και έγκαιρη δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα, αν χρειάζεται (Δίνας και συν., 2008).



Εικόνα 8. Το τρίτο στάδιο του τοκετού

2.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

2.1.Ορισμός του πόνου

Ο πόνος είναι μια υποκειμενική εμπειρία ιδιαίτερα δυσάρεστη, μπορεί να είναι είτε αισθητική είτε συναισθηματική και αποτελεί αποτέλεσμα διεργασιών που ξεκινούν από ένα βλαπτικό ερέθισμα ή μια νόσο στην οποία συμμετέχει ενεργά το νευρικό σύστημα αν πρόκειται για αισθητηριακή εμπειρία. Αποτελεί μία αρχέγονη πανανθρώπινη εμπειρία και βιολογικό σύμπτωμα που έχουν βιώσει όλοι οι άνθρωποι σε κάποια στιγμή της ζωής τους και αιτία μεγάλης δυσαρέσκειας, συνεπώς αποτελεί ανά τους αιώνες αφορμή προβληματισμού ως προς την αντιμετώπισή του (Γουλές, 2002).

Ο Αριστοτέλης θεωρούσε τον πόνο *«μια ποιοτική ιδιότητα ή πάθος της ψυχής, αίσθηση που αποκτάται εμπειρικά και είναι εκ διαμέτρου αντίθετη της ευχαρίστησης»*. Ο πόνος και η ευχαρίστηση, κατά τον φιλόσοφο, είναι *«οι κύριες φυσιολογικές δυνάμεις που καθοδηγούν την ανθρώπινη δράση»*. Η άποψή του Αριστοτέλη για τον πόνο παρέμεινε αποδεκτή μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα, όταν πλέον ο πόνος άρχισε να αντιμετωπίζεται από τους ειδικούς ως μια ιδιαίτερη μορφή αίσθησης. Ο Σοφοκλής θεωρούσε πως *«για να ασκήσουμε επίδραση επί του πόνου είναι περισσότερο χρήσιμο να γνωρίζουμε τις σκέψεις των ανθρώπων παρά τη φυσιολογία αυτών»*. Ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ο πόνος χωρίζεται σε δύο τμήματα: την αντίληψη του πόνου και την αντίδραση σε αυτόν (Παρλαπάνης, 1999).

Παρόλα αυτά ο επιστημονικός και σαφής ορισμός καθορισμός του πόνου είναι δύσκολος, καθώς αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο -αντιθέτως με άλλες αισθητηριακές εμπειρίες - με πολλές διαστάσεις, το οποίο καθορίζεται από πολλούς παράγοντες όπως προσωπικές και βιοκοινωνικές πεποιθήσεις, επιδράσεις, προηγούμενη βίωση και

εμπειρία του πόνου, κληρονομικότητα, κίνητρα και το περιβάλλον, το φύλο, την ηλικία, τη φυλή, την προσωπικότητα, την ιδιοσυγκρασία, την εκπαίδευση και τη διαπαιδαγώγηση του ατόμου, την καλλιέργεια, την ανατροφή και την συναισθηματική κατάσταση.

Η Διεθνής Ένωση για την Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain - IASP) εξέδωσε έναν χρήσιμο ορισμό για τον προσδιορισμό της έννοιας του πόνου, με βάση τον οποίο αυτός ορίζεται ως *«μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία συνδεδεμένη με πραγματική ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη, ή απλά μια εμπειρία περιγραφόμενη σε σχέση με μια τέτοια βλάβη»* (Merskey & Bogduk, 1994). Η μεγάλη καινοτομία στον ορισμό αυτό αφορά στην ισοδυναμία του αισθητηριακού με το συναισθηματικό στοιχείο της εμπειρίας του πόνου, όπως και στην παραδοχή ύπαρξης πόνου ακόμη όταν και το υποκείμενο απλά περιγράφει την εμπειρία σαν να υφίστατο ιστική βλάβη. Με βάση τον νέο ορισμό ο πόνος αντιμετωπίζεται ως η αδυναμία να επικοινωνήσει, να εξηγήσει δηλαδή κάποιος τον πόνο, η οποία δεν εξαλείφει την πιθανότητα το άτομο να βιώνει πόνο και να χρήζει κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης .

Ο πόνος θεωρείται πάντα υποκειμενική εμπειρία, αφού ο κάθε άνθρωπος μαθαίνει τη σημασία του μέσα από επώδυνες εμπειρίες (τραυματισμούς) από την αρχή της ζωής του και μπορεί να είναι μια εμπειρία που να σχετίζεται με την παρουσία κάποιας πραγματικής ή δυνητικής ιστικής καταστροφής (Αργυρά και συν., 2006). Πολλές φορές τον ορίζουμε ως ένα ισχυρό ή έντονα ενοχλητικό βίωμα (π.χ. καυστικός, διαξιφιστικός, περιστροφικός πόνος) ή/και ως σωματική ή συναισθηματική αντίδραση (π.χ. προκαλεί φόβο, ναυτία ή κακουχία). Επιπρόσθετα, ένας πόνος μέτριας ή μεγαλύτερης έντασης προκαλεί άγχος και τάση αποφυγής ή τερματισμού της αίσθησης.

Αυτά τα στοιχεία σηματοδοτούν τη δυαδική φύση του πόνου, ότι συνεπώς πρόκειται ταυτόχρονα για αίσθηση και συναίσθημα.

2.2. Η αντίληψη του πόνου

Όλα τα άτομα έχουν νιώσει την εμπειρία του πόνου και εκ πρώτης όψεως παρόλα αυτά, παραμένει ένα πολύπλοκο βιολογικό και ψυχοσωματικό φαινόμενο που συχνά είναι δύσκολο να ερμηνευτεί και να μετρηθεί ποσοτικά ή ποιοτικά. Η σημασία του πόνου εμφανίζει διαφορές ανάμεσα στα άτομα και ακόμη στο ίδιο άτομο σε διαφορετικές στιγμές (Γουλές, 2005).

Η πλήρης και επακριβής περιγραφή του πόνου έχει συχνά να κάνει την εκφραστικότητα και τη νοημοσύνη του ανθρώπου που πονά. Η αντίληψη και η αντίδραση στον πόνο επηρεάζεται από πολλούς βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η υποκείμενη νοσηρή διεργασία, η προσωπικότητα του αρρώστου, τα προηγούμενα βιώματα πόνου, οι συμπεριφορές του, οι πολιτιστικοί παράγοντες, οι συνθήκες ζωής του κλπ. Όλα τα ερεθίσματα πόνου οφείλονται σε βλάβη ιστού ή διαταραχή της ομοιοστασίας του (π.χ. ισχαιμία) ή σε δυσλειτουργία οργάνου (σπασμός). Σε τέτοιου είδους στιγμές εκκρίνονται τοπικά ειδικές ουσίες που διεγείρουν τις νευρικές απολήξεις ή υποδοχείς πόνου, ξεκινώντας με αυτόν τον τρόπο την διαδικασία αντίληψης του δυσάρεστου αυτού αισθήματος, το οποίο με τη μορφή ηλεκτρικής ώσης (δυναμικό ενέργειας) θα πάει με τις νευρικές ίνες στον εγκεφαλικό φλοιό. Στις περιπτώσεις που ο πόνος είναι ψυχογενής ή σωματόμορφος δεν αποδεικνύεται εμφανής οργανική βλάβη, αν και η άποψη αυτή έχει ήδη αρχίσει να αμφισβητείται από πολλούς ειδικούς (Γουλές, 2005).

Άτομα με την ίδια ιστική βλάβη ενδεχομένως βιώνουν διαφορετικά τον πόνο. Όπως προκύπτει από τη βίωση του, ο πόνος ενδεχομένως να είναι εντοπισμένος, διάχυτος,

επίμονος, μεταβλητός, περιοδικός παροδικός, μεταναστευτικός, συνεχής, επιφανειακός, βαθύς, νυγμώδης, διαξιφιστικός, καυστικός, εξουθενωτικός, ισχυρός, ήπιος κ.λπ.. Μπορεί ακόμη να εξαρτάται ή όχι από με ανατομικά μέρη ή να αντανακλάται ή να συνοδεύεται από άγχος, αγωνία, κατάθλιψη κ.λπ.. (Σαρακατσιάνου, 2012).

Για την καλύτερη κατανόηση του ατόμου που πονάει , η έννοια και ο όρος πόνος επιστημονικά χρησιμοποιείται ως να συντίθεται και να εμπεριέχει δύο στοιχεία. Το πρώτο στοιχείο παράγεται κατευθείαν από το αισθητηριακό ερέθισμα των αλγοϋποδοχέων και αναφέρεται ως πρωτογενές, αισθητηριακό, οργανικό ή σωματικό. Το δεύτερο στοιχείο είναι το δευτερογενές, ψυχολογικό ή αντιδραστικό που συνιστά την ψυχολογική (συναισθηματική) αντίδραση στο οργανικό ερέθισμα ή την ιστική βλάβη και συνίσταται από άγχος, φόβο, στρες, μελαγχολία και εκδηλώσεις από τη διέγερση του φυτικού νευρικού συστήματος κ.λπ.. (Σαρακατσιάνου, 2012).

Είναι ευρέως γνωστό πως το πρωτογενές στοιχείο και συγκεκριμένα η ένταση του πόνου σχετίζεται με την ένταση του ερεθίσματος, την ταχύτητα πρόκλησης της ιστικής βλάβης και την έκταση της. Το δευτερογενές στοιχείο στη βίωση του πόνου εξαρτάται από ψυχολογικούς παράγοντες, χωρίς ωστόσο να υπάρχει αναλογική αντιστοιχία μεταξύ της έκτασης της ιστικής βλάβης και της έντασης του αντιδραστικού στοιχείου (Σαρακατσιάνου, 2012).

Το δευτερογενές ή αντιδραστικό στοιχείο του πόνου ενδεχομένως αυξηθεί με τον εκφοβισμό καθώς και από την παρέμβαση ποικίλων παραγόντων που συχνά συμβαίνουν στην καθημερινή κλινική πράξη αλλά ενδεχομένως και να μπορεί να μειωθεί με διάφορους χειρισμούς, (απόσπαση προσοχής, καθησυχαστική φωνή, placebo effect) .

Όλα όσα προαναφέρθηκαν τονίζουν την πολυπλοκότητα του φαινομένου του πόνου, τη βιολογική και υπαρξιακή σκοπιμότητά του αλλά και τις έντονες μεταβολές στην ένταση του, που υφίσταται στον ίδιο τον οργανισμό. Εξάλλου όπως προαναφέρθηκε άτομα με την ίδια ιστική βλάβη έχουν τελείως διαφορετική ένταση πόνου (Σαρακατσιάνου, 2012).

2.3.Ο πόνος ως συμπεριφορά

Το πως θα αντιδράσουμε, πόσο θα αντέξουμε, πως θα θεραπεύουμε τον πόνο έχουν να κάνουν εκτός από το βαθμό της ιστικής βλάβης, από την ψυχική διάθεση του πάσχοντα, από την προσωπικότητα, από πολιτιστικούς παράγοντες, την προπαιδεία και από τον ουδό του πόνου. Τα άτομα με σωματόμορφη χρόνια μορφή πόνου εντοπίζουν συχνότερα τα συμπτώματα στην αριστερή πλευρά του σώματος (Σαρακατσιάνου, 2012).

Όλοι οι παράγοντες οι οποίοι τροποποιούν την αίσθηση του πόνου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη θεραπευτική και διαγνωστική προσέγγιση. Μπορούμε δηλαδή να εντοπίσουμε στη βιβλιογραφία άτομα που υποφέρουν μόνιμα από ασήμαντες βλάβες και από «φυσιολογικούς» πόνους, ενώ άλλα που είναι σε θέση να αγνοήσουν ακόμη και τον πόνο που προκαλείται από βαριά νοσήματα ή τραύματα (Γουλές, 2005).

Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε και εκτιμούμε την πληροφορία του πόνου του ασθενούς προκύπτει από τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του πάσχοντα. Αυτές είναι που σηματοδοτούν και ενημερώνουν το περιβάλλον για την οξύτητα, την εντόπιση, την ποιότητα του πόνου, την ανάγκη επείγουσας βοήθειας κ.λπ.. Από την άλλη πλευρά ο ασθενής ξέρει ότι για να κάνει «φανερό» τον πόνο του θα πρέπει και να δείχνει με ορισμένες συμπεριφορές τον πόνο

αυτόν. Το πώς το περιβάλλον του θα ανταπεξέλθει στα σημάδια του πόνου του μπορεί να καθορίσει τη μελλοντική αντίδραση του πάσχοντα. Η δυναμική αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και ατόμου θα επανατροφοδοτήσουν με συμπεριφορικό τρόπο συνεπώς και θα επανακαθορίσουν την συμπεριφορά του πάσχοντα. Η διαμόρφωση της συμπεριφοράς του πόνου θα προσδιορίσει τελικά και άλλα στοιχεία στην αντιμετώπιση του πάσχοντα όπως το είδος της θεραπευτικής αγωγής, τη στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος, τη χορήγηση αναρρωτικής αδείας κ.λπ.. (Γουλές, 2005).

Αν θέλουμε να ταξινομήσουμε τις συμπεριφορές που εκδηλώνει το άτομο όταν πονάει θα πρέπει να αναφερθούμε σε:

1. Λεκτική συμπεριφορά πόνου. Όπου αναφερόμαστε στην συμπεριφορά αυτή του πάσχοντα κατά την οποία με λόγια εκφράζονται τα χαρακτηριστικά του πόνου και το κύριο μέσο μετάδοσης της πληροφορίας του πόνου είναι η ομιλία. Συχνά οι ασθενείς δυσκολεύονται να περιγράψουν λεκτικά και με σαφήνεια τον πόνο που βιώνουν οπότε η αποτελεσματικότητα της λεκτικής συμπεριφοράς εξαρτάται σαφώς από την εκφραστικότητα, το πλούσιο λεξιλόγιο, την αυτοπαρατηρητικότητα και τη νοημοσύνη του ατόμου αλλά και από πολλούς άλλους παράγοντες υποκειμενικούς, μορφωτικούς, περιβαλλοντικούς κ.λπ.. Εξαρτάται τέλος και από το ύφος, την ένταση και τους αποχρώσεις του λόγου που αποτελούν καθοριστικά στοιχεία του επιπέδου του πόνου και της εκπεμπόμενης πειστικότητας και πρωτεύοντα δομικά στοιχεία της επώδυνης συμπεριφοράς (Γουλές, 2005).

2. Σωματική συμπεριφορά πόνου. Στις σωματικές εκφράσεις πόνου ανήκουν μη λεκτικές μορφές όπως μορφασμοί, κραυγές, βογκητά, δυσκινησία, χωλότητα, συσπάσεις, κλινοστατισμός, θερμοφόρες, εντριβές, λήψεις φαρμάκων, θεραπείες,

αναρρωτικές άδειες, ελάττωση κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας κ.λπ.. (Γουλές, 2005).

3. Συμπεριφορά οξέος πόνου. Το συγκεκριμένο είδος το χαρακτηρίζει η έντονη έως δραματική συμπτωματολογία και η θορυβώδης συμπεριφορά του πάσχοντα και συμπεριφορές όπως κραυγές, βογκητά, ειδικές στάσεις και επίκληση άμεσης ιατρικής βοήθειας. Ο πάσχοντας σε τέτοιες περιπτώσεις συνήθως νιώθει ότι κινδυνεύει η ζωή του η σωματική του ακεραιότητα. Η συμπεριφορά οξέος πόνου είναι συνήθως οργανικής αιτιολογίας, αλλά ενδέχεται να συνυπάρχει έντονα το αντιδραστικό ψυχολογικό στοιχείο με φυτική διέγερση (αγωνία, φόβος, ιδρώτες, ταχυκαρδία, υπέρταση). Καθώς το χρονικό διάστημα περνάει και τα συμπτώματα ατονούν, ο πάσχοντας ηρεμεί και η συμπεριφορά του πόνου μετριάζεται ακόμα και σε στιγμές αύξησης της έντασης του πόνου. Αυτό μπορεί να οφείλεται και στην ενημέρωση για τον πόνο του, στην ανάπτυξη ενδογενών προσαρμοστικών μηχανισμών αναλγησίας, στον «οφειλόμενο» σεβασμό του περιβάλλοντος και στη μη παροχή φροντίδας από τους άλλους καθώς και σε άλλες στρατηγικές ανακούφισης του πόνου (Γουλές, 2005).

4. Συμπεριφορά χρόνιου πόνου. Η συμπεριφορά του χρόνιου πόνου διαφέρει σε πολλά σημεία από του οξέος. Την χαρακτηρίζει η μετριοπάθεια και η αυτοσυγκράτηση με την οποία ο ασθενής προσπαθεί περισσότερο με λεκτικά και λιγότερο με εξωλεκτικά (σωματικά) στοιχεία να ορίσει και να πείσει για το χρόνιο επώδυνο πόνο του. Αν και συχνά τα συμπτώματα και ο πόνος είναι έντονος ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει συχνά αδυναμία να εντοπίσει και να περιγράψει με σαφήνεια τον πόνο του, τον οποίο εκφράζει ενδέχεται να με αϋπνία, άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα, παραμονή στο κρεβάτι, εύκολη κόπωση, μειωμένη σωματική, ψυχολογική και επαγγελματική απόδοση, άδειες κ.λπ. Σε αντίθεση με τον οξύ πόνο, στον χρόνιο πόνο ο ασθενής δεν εμφανίζει σημεία δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως

ιδρώτες, μυδρίαση, ταχυκαρδία, ωχρότητα κ.λπ. Η έλλειψη εμφανών σωματικών συμπτωμάτων ή αναπηρίας, η αδυναμία ανεύρεσης αιτίας και η παρατεταμένη διάρκεια του χρόνιου πόνου εγείρει αμφιβολία και δυσπιστία σε πάρα πολλές περιπτώσεις. Οι ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιους πόνους και μάλιστα οι ηλικιωμένοι συχνά αμφισβητούνται από το περιβάλλον τους και τους φροντιστές τους με αποτέλεσμα να αισθάνονται υποχρεωμένοι κάθε φορά να «αποδείξουν» ότι βιώνουν επώδυνες καταστάσεις. Ο πάσχοντας συνεχίζει να ψάχνει την αιτία του πόνου του υποβαλλόμενος σε ατελείωτες σειρές εξετάσεων, στοιβάδες συνταγών και φαρμάκων και ακολουθώντας δυστυχώς συχνά μη ιατρικές μεθόδους. Ωστόσο δεν εντοπίζεται πάντα η οργανική αιτία των συμπτωμάτων του ή εάν εντοπισθεί ο πόνος του δεν είναι απόλυτα και αναλογικά συμβατός με τη βλάβη και έτσι συχνά στο χρόνια πόνο ενδέχεται να είναι αδύνατο να δοθεί καμία ιατρική εξήγηση παρά τον επιστάμενο παρακλινικό έλεγχο που πραγματοποιείται (Γουλές, 2005).

5. Εμπεδωμένη ή μαθημένη συμπεριφορά πόνου. Όταν οι εκφράσεις πόνου είναι παρατεταμένης διάρκειας ενδέχεται να εγκατασταθούν συνήθειες και να εδραιωθούν συμπεριφορές έκφρασης πόνου. Σε αυτήν την περίπτωση ο βαθμός της συμπεριφοράς πόνου έχει μικρή ή ουδεμία άμεση σχέση με την παθολογική αιτία. Θα πρέπει να θυμόμαστε πως η αντίληψη του πόνου είναι μια δυναμική διαδικασία που αλληλοεπιδρά μεταξύ του πάσχοντα και του περιβάλλοντος με τη διαμεσολάβηση των γνωσιακών διεργασιών της αίσθησης, αντίληψης, μάθησης, μνήμης, προσοχής, του συναισθηματικού φορτίου και της αυτόματης γνωσιολογικής αξιολόγησης (Γουλές, 2005).

6. Συγκεκριμενισμένη συμπεριφορά πόνου. Η συγκεκριμενισμένη ή ασυμπτωματική συμπεριφορά του πόνου αποτελεί μια ιδιόμορφη, ετερογενή και ευρέως φάσματος κατηγορία πασχόντων που απαντάμε στην κλινική πράξη. Τα περιστατικά αυτά για

διαφόρους λόγους υποστηρίζουν ή υποκρίνονται ότι δεν πονούν. Τέτοιες περιπτώσεις συχνά αναφέρονται ως «περήφανοι» ή «ήρωες» που δεν σκύβουν εύκολα το κεφάλι και δεν θέλουν την συμπόνια των γύρω τους, για να μην μειωθεί η αξιοπρέπεια και το γόητρο τους (Γουλές, 2005).

7. Υποκριτική συμπεριφορά ή προσποίηση πόνου. Υποψίες για προσποίηση νόσου εγείρονται από τους φροντιστές και το ιατρικό προσωπικό όταν το άτομο συνειδητά αναφέρει την παρουσία ψευδών, υπερβολικών και ιατρικά αδικαιολόγητων πόνων, χωρίς ανατομική κατανομή και κλινική αιτιολόγηση. Το άτομο με τέτοιου είδους συμπεριφορές δεν συνεργάζεται με το ιατρικό προσωπικό στην εφαρμογή διαγνωστικής και θεραπευτικής αγωγής ή αποβλέπει σε δευτερεύον κέρδος μετά από εργατικό ή τροχαίο ατύχημα (περίπτωση νεύρωση αποζημίωσης). Η συγκεκριμένη κατάσταση δεν αλλάζει σε θεραπείες, ενώ συχνά δοκιμάζονται δοκιμασίες placebo. Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε και το γνωστό σύνδρομο Münhausen, κατά το οποίο ο ασθενής προβάλλει φανταστικά συμπτώματα, προσπαθώντας να εξασφαλίσει τη νοσηλεία του και να αντλήσει συμπάθεια για την κατάσταση του (Γουλές, 2005).

3.ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

3.1.Οξύς Πόνος

Στον οξύ πόνο της γυναίκας μπορούμε να παρατηρούμε αιφνίδια έναρξη, σαφή εντόπιση από τον πάσχοντα και, τις περισσότερες φορές, περιορισμένη διάρκεια της αίσθησης του πόνου από αυτόν. Συχνά η αιφνίδια έναρξη του πόνου προκαλείται από ιστική βλάβη λόγω τραύματος, χειρουργικής επέμβασης ή φλεγμονής και ο πόνος χαρακτηρίζεται ως διαξιφιστικός και σαφώς εντοπισμένος από τον πάσχοντα αν και σαφώς δεν είναι απίθανο να αντανakλά και σε διαφορετικό σημείο. Οι τρεις κύριες

μορφές του οξέος πόνου είναι οι εξής: Σωματικός πόνος, που αρχίζει από τις ελεύθερες νευρικές απολήξεις του δέρματος και των ιστών που εντοπίζονται κοντά στην επιφάνεια του σώματος, μπορεί να είναι οξύς και σαφώς εντοπισμένος, ή αμβλύς και διάχυτος. Τον συνοδεύουν πολλές φορές αίσθημα ναυτίας και εμετού. Σπλαγχνικός πόνος, που αρχίζει από τα εσωτερικά όργανα του σώματος, είναι αμβλύς και δεν είναι δυνατόν να εντοπισθεί με σαφήνεια, λόγω του μικρού αριθμού αλγοϋποδοχέων των σπλάγγων που έχουν μεγάλη ευαισθησία στη διάταση, τη φλεγμονή και την ισχαιμία και σχετικά μικρή ευαισθησία στη ρήξη και τις ακραίες θερμοκρασίες. Το είδος αυτό συνοδεύεται από ναυτία, έμετο, υπόταση και ανησυχία και συχνά αντανακλά ή αναφέρεται αλλού.

3.2.Χρόνιος Πόνος

Ο χρόνιος πόνος διαρκεί αρκετά χρόνια και συνήθως πιο πολύ από 6 μήνες. Δεν αναγνωρίζεται κάποιο συγκεκριμένο αίτιο που τον προκαλεί πάντοτε και δεν ανταποκρίνεται πάντοτε στη συμβατική φαρμακευτική αγωγή. Οι πάσχοντες συχνά αξιολογούν τον χρόνιο πόνο ως αμβλύ και διάχυτο. Ο χρόνιος πόνος διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες: τον υποτροπιάζων οξύς πόνος, τον συνεχιζόμενο πόνο καθορισμένης διάρκειας χωρίς ωστόσο να απειλεί την ζωή. Και το σύνδρομο χρόνιου ανθεκτικού πόνου που δεν σχετίζεται ωστόσο με κακοήθεια (LeMone & Burke, 2007).

4.Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

4.1.Η φύση του πόνου του τοκετού

Ο πόνος που βιώνεται από την γυναίκα κατά της έχει διπλού τύπου προέλευση, σπλαχνική αλλά και σωματική. Κατά την πρώτη φάση της γέννας οι συστολές της μήτρας προκαλούν στον τράχηλο διαστολή και εξάλειψη και η ισχαιμία της μήτρας

που οφείλεται στη συμπίεση των αρτηριών που αιματώνουν το μυομήτριο κατά τη διάρκεια των συστολών της μήτρας και οι νευρικές ώσεις του πόνου κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού μεταβιβάζονται μέσω των Θ11 και Θ12 νωτιαίων νεύρων και των επικουρικών ν κατώτερων θωρακικών και ανώτερων οσφυϊκών συμπαθητικών νεύρων σχετίζονται με τον πόνο που βιώνει η έγκυος. (Cashion, 2006).

Ο πόνος αυτός της εγκύου προκαλείται από τις αλλαγές του τραχήλου, τη διάνοιξη του κατώτερου τμήματος της μήτρας, τη διάταση του τραχηλικού ιστού καθώς ανοίγει και την πίεση στις παρακείμενες δομές και νεύρα του γυναικείου σώματος, κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης της γέννας είναι σπλαχνικός και τον βρίσκουμε στο υπογάστριο ενώ η γυναίκα τον νιώθει όταν ο πόνος που προέρχεται από τη μήτρα βγαίνει στο κοιλιακό τοίχωμα (Cashion, 2006).

Στη δεύτερη φάση της γέννας η γυναίκα νιώθει έντονο σωματικό πόνο, τον οποίο συχνά κατανομάζει ως ισχυρό στην μαία και τον εντοπίζει στο σώμα της, ενώ οφείλεται στη διαστολή και διάταση των ιστών του περινέου και του πυελικού εδάφους για τη δίοδο του νεογνού, στη διάταση και έλξη των περιτοναϊκών και μητροτραχηλικών στηρικτικών δομών κατά τη διάρκεια των συστολών, καθώς και στη ρήξη που υφίστανται τα μαλακά μέρη (π.χ., τράχηλος, κόλπος, περίνεο).

Στους σωματικούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον πόνο κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης της γέννας συγκαταλέγονται η θέση του νεογνού, η ταχύτητα της καθόδου του νεογνού, η θέση της μητέρας, τα μεσοδιαστήματα και η διάρκεια των συστολών και η κόπωση της γυναίκας. Οι ώσεις του πόνου της εγκύου κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού μεταβιβάζονται από το αιδιοϊκό νεύρο, μέσω νωτιαίων νεύρων και του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος (Cashion, 2006).

Ο πόνος που αισθάνεται η έγκυος γυναίκα στην Τρίτη φάση της γέννας και οι υστερότοκοι πόνοι της πρώιμης περιόδου της λοχείας έχουν τις ρίζες τους στη μήτρα της και μοιάζουν με τον πόνο που νιώθει η έγκυος γυναίκα κατά την πρώτη φάση της γέννας (Cashion, 2006).

4.2. Η αντίληψη του πόνου

Παρόλο που η ουδός του πόνου μοιάζει σε όλα τα άτομα του κόσμου, χωρίς να σχετίζεται με το φύλο ή κοινωνικές, εθνικές ή πολιτισμικές διαφορές, τέτοιου είδους διαφορές έχουν ιδιαίτερα πειστικό ρόλο στην αντίληψη του πόνου από την γυναίκα καθώς και στις αντιδράσεις που εμφανίζει σε αυτόν ειδικά κατά τη γέννα. Το πολιτισμικό πλαίσιο, τα αντιερεθίσματα και η διάσπαση της προσοχής στην αντιμετώπιση του πόνου δεν είναι πλήρως κατανοητές ωστόσο ο πόνος και οι λεκτικές και μη λεκτικές εκφράσεις που αποδίδονται συχνά σε αυτόν από την γυναίκα να γίνονται αντιληπτές μέσω των αλληλεπιδράσεων στην πρωτογενή κοινωνική ομάδα. Οι πολιτισμικές διαφορές και τα διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα επιβάλλουν επιτακτικά συγκεκριμένες αποδεκτές και μη αποδεκτές αντιδράσεις στον πόνο κατά τη διάρκεια της γέννας (Cashion, 2006).

4.3. Η έκφραση του πόνου

Ο πόνος σαν αίσθηση προκαλεί στον πάσχοντα σωματικές μεταβολές, αισθητικές και συναισθηματικές και άλλου τύπου αντιδράσεις. Όταν η γυναίκα βιώνει τον πόνο στην γέννα συγκεκριμένες σωματικές μεταβολές παρατηρούνται.

5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο πόνος της γυναίκας κατά την γέννα αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο από κάθε γυναίκα στον κόσμο και ίσως επηρεαστεί από πληθώρα π[αραγόντων ενδεικτικά αναφέρονται σωματικοί, συναισθηματικοί και, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αλλά και πολιτισμικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

5.1. Σωματικοί Παράγοντες

Μια πληθώρα σωματικών παραγόντων ενδέχεται να επηρεάσουν την ένταση του πόνου που νιώθουν οι έγκυες γυναίκες κατά τη διάρκεια της γέννας. Οι έγκυες γυναίκες που έχουν κάποιο ιστορικό δυσμηνόρροιας ή άλλων δυσκολιών πιθανόν να βιώσουν πιο έντονο πόνο κατά την γέννα λόγω των αυξημένων επιπέδων προσταγλανδινών.

Ο πόνος στην οσφυϊκή περιοχή κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας ενδέχεται επιπρόσθετα να μεγαλώσει την πιθανότητα πόνου στην οσφύ που έχει να κάνει με τις συστολές της μήτρας της εγκύου γυναίκας. Στους σωματικούς παράγοντες μπορούμε να εντάξουμε την κόπωση που νιώθει η γυναίκα, το μεσοδιάστημα και η διάρκεια των συστολών της εγκύου κατά τον τοκετό, την θέση και ταχύτητα της καθόδου του νεογνού και τέλος τη θέση της εγκύου.

5.2. Πολιτισμικοί Παράγοντες

Η περιποίηση των γυναικών διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου αναγκάζει τις μαίες να ξέρουν τον τρόπο με τον οποίο οι διαφορετικοί πολιτισμικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ατομική εμπειρία του πόνου. Αν και όλες οι έγκυες γυναίκες περιμένουν ότι θα βιώσουν πόνο και έντονη δυσφορία κατά τη διάρκεια της γέννας, το

σύστημα των πολιτισμικών και θρησκευτικών αντιλήψεων τους ορίζει στην πραγματικότητα τον τρόπο με τον οποίο νιώθουν αλλά και ερμηνεύουν και τέλος ανταποκρίνονται τον πόνο που συνοδεύει την εμπειρία αυτή. Για να το κατανοήσουμε την συγκεκριμένη πληροφορία θα πρέπει να σκεφτούμε το παρακάτω παράδειγμα, οι έγκυες γυναίκες με ισχυρές θρησκευτικές αντιλήψεις προυπάρχουσες του τοκετού μπορεί να έχουν πιο στωική στάση προς τον πόνο που βιώνουν ως απαραίτητο και τίμημα της νέας ζωής που επιθυμούν να φέρουν στον κόσμο.

Αν η μαία κατανοήσει τις διαφορετικές πολιτισμικές αντιλήψεις αντιμετωπίζει και γεφυρώνει και το πολιτισμικό κενό και εκτιμά σωστότερα τον πόνο που βιώνει η έγκυος. Η μαία λοιπόν πρέπει να φροντίζει και να λαμβάνει υπόψιν στις πολιτισμικές αξίες και αντιλήψεις του κάθε ατόμου ανακουφίζοντας έτσι τον πόνο, και επιτρέποντας στη έγκυο γυναίκα να κρατήσει την αίσθηση αυτοελέγχου και της αυτοπεποίθησης της καθόλη την πορεία του τοκετού. Η μαία έχει επίσης τον ρόλο να αξιολογεί τις σωματικές επιδράσεις του πόνου που βιώνει η έγκυος και να προσέχει τις λέξεις που χρησιμοποιεί η έγκυος για να περιγράψει τα αισθητικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά του πόνου που βιώνει κατά τον τοκετό για να τον κατανοήσει έτσι καλύτερα και να της προσφέρει τις σωστές παρεμβάσεις για τη διαχείριση του (Cashion, 2006).

5.3.Άγχος

Το άγχος που βιώνει η γυναίκα κατά τον τοκετό ενδέχεται να επηρεάσει την νεαρή μητέρα και να προκαλέσει σε αυτήν αυξημένο πόνο κατά την γέννα. Το ήπιο άγχος είναι φυσικά φυσιολογικό για την έγκυο γυναίκα αλλά το υπερβολικό άγχος και ο φόβος δημιουργούν αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών, μεγαλώνει έτσι η μεταβίβαση των ερεθισμάτων από την πύελο προς τον εγκέφαλο, λόγω μειωμένης αιμάτωσης και αυξημένης μυϊκής τάσης και συνεπώς όσο ανεβαίνει το άγχος και ο φόβος στην έγκυο

γυναίκα, μεγαλώνει και η μυϊκή της τάση, ενώ προκαλείται μείωση της αποτελεσματικότητας των συστολών της μήτρας της, μεγαλώνει η αίσθηση δυσφορίας που νιώθει και ξεκινάει εκ νέου ένας κύκλος αυξημένου φόβου και άγχους που επιβραδύνει την εξέλιξη της γέννας και αυξάνει τη διάρκεια και την ένταση του πόνου. Η πεποίθηση της γυναίκας ότι είναι σε θέση να ξεπεράσει τον πόνο της ελαττώνεται και αυτό προκαλεί δυστυχώς την μείωση της αποτελεσματικότητας αναλγητικών μέτρων που χορηγεί ο γιατρός και η μαία (Cashion, 2006).

5.4. Πολιτισμικές απόψεις σχετικά με τον πόνο του τοκετού

Θα παρουσιαστούν τώρα ορισμένες πληροφορίες για διαφορετικές πολιτισμικές συνθήκες που μπορεί να επηρεάσουν την γέννα και οφείλει να γνωρίζει μια μαία. Οι πληροφορίες αυτές είναι σαφώς γενικεύσεις, η γι' αυτό θα πρέπει η μαία να εκτιμήσει ατομικά κάθε έγκυο γυναίκα που νιώθει τον πόνο της γέννας. Οι έγκυες κινέζες γυναίκες μπορεί να μην εκδηλώσουν αντίδραση στον πόνο που βιώνουν, αν και είναι αποδεκτό πολιτισμικά να εκδηλώσουν τον πόνο τους κατά την διάρκεια της γέννας, ενώ ίσως θεωρήσουν λόγω πολιτισμικού πλαισίου αγένεια το να πάρουν ό,τι τους προσφέρεται για πρώτη φορά, άρα η μαία θα πρέπει να επιμένει στις τις παρεμβάσεις για μείωση του πόνου του τοκετού πιέζοντας της να δεχτούν τα αναλγητικά αν τα χρειάζονται. Οι γυναίκες από τις Αραβικές χώρες και τη μέση Ανατολή αντιδρούν στον πόνο κυρίως λεκτικά και αυτό θα πρέπει να το γνωρίζει η μαία γιατί ίσως να είναι πιο δεκτικές και θετικές στην φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου. Οι έγκυες γυναίκες από την Ιαπωνία είναι συνήθως στωικές απέναντι στον πόνο της γέννας εξαιτίας πολιτισμικού υπόβαθρου, ωστόσο ενδέχεται να ζητήσουν από την μαία φαρμακευτική αγωγή όταν χειροτερέψει ο πόνος τους κατά τον τοκετό. Οι γυναίκες από τη Νοτιοανατολική Ασία ζητούν φαρμακευτική αγωγή μόνο σε περίπτωση που βιώνουν έντονο πόνο και αυτό θα πρέπει να το γνωρίζει η μαία για να επέμβει αν χρειάζεται. Οι

Ισπανίδες πιθανόν να είναι στωικές μέχρι το τελευταίο στάδιο της γέννας, κατά το οποίο μπορεί να πουν λεκτικά τον πόνο τους και να ζητήσουν φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου που βιώνουν. Οι Αφροαμερικανές γυναίκες που γεννάνε ενδέχεται να εκφράσουν ανοικτά τον πόνο που βιώνουν στην μαιία και να δεχτούν αναλγητικά (Cashion, 2006). Φυσικά θα πρέπει πάντα να λμβάνονται υπόψιν και ατομικές διαφορές.

5.5.Προηγούμενη εμπειρία τοκετού

Η προηγούμενη εμπειρία της κάθε γυναίκας σχετική με τον πόνο ή τον τοκετό μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο μιλάει για τον πόνο που βιώνει στη μαιία κατά τη διάρκεια του τοκετού και τον τρόπο που τον αντιλαμβάνεται αλλά την ικανότητα της να τον αντιμετωπίσει. Η γέννα , για μια νέα υγιή έγκυο, μπορεί να είναι η πρώτη εμπειρία κατά την οποία βιώνει έντονο πόνο, άρα και να μην κατέχει αποτελεσματικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση του πόνου. Η γυναίκα αν της ζητηθεί ωστόσο μπορεί να κατατάξει την ισχύ και την ένταση του πόνου που βιώνει στα αρχικά στάδια του τοκετού ως βαθμού 10 στη 10βάθμια κλίμακα όταν τις ζητείται από την μαιία. Επιπρόσθετα, οι εμπειρίες από άλλες γέννες του παρελθόντος που είχε η γυναίκα ίσως επηρεάσει την στάση της ως προς τον πόνο, συνεπώς γυναίκες με προηγούμενη επώδυνη εμπειρία γέννας στο παρελθόν, βιώνουν άγχος και ο φόβο και μπορεί να εξαιτίας αυτών και αυξημένο πόνο κατά την γέννα (Cashion, 2006).

Για τους ίδιους λόγους η αίσθηση του πόνου στις γυναίκες που γεννούν πρώτη φορά είναι αρκετές φορές πιο δυνατή από αυτήν που βιώνουν οι γυναίκες που έχουν ξαναγιώσει τον τοκετό κατά τη διάρκεια της πρώιμης φάσης του τοκετού (διαστολή <5 cm). Στην μεταβατική φάση του πρώτου σταδίου της γέννας και κατά τη διάρκεια του δευτέρου σταδίου της γέννας, οι γυναίκες που δεν έχουν ξαναγεννήσει στο παρελθόν μπορεί να βιώσουν εντονότερο πόνο σε σχέση με αυτές που έχουν στον

παρελθόν ξαναβιώσει πόσο τοκετού. Ο πιο σφιχτός ιστός των πρωτοτόκων γυναικών προκαλεί βραδύτερη, αλλά και πιο προοδευτική κάθοδο του εμβρύου. Ο συναισθηματικός πόνος ωστόσο συνήθως μεγαλώνει επίσης στις πρωτοτόκες εγκύους σε όλη τη διάρκεια της πρώτης φάσης της γέννας και πέφτει στη συνέχεια κατά την δεύτερη φάση της γέννας τόσο στις πρωτοτόκες όσο και στις πολύτοκες γυναίκες (Cashion, 2006).

Ο αριθμός των φορών που μια γυναίκα βίωσε τον τοκετό ενδέχεται να επηρεάσει την αντίληψη του πόνου που κατέχει και αυτό επειδή οι πρωτοτόκες έγκυες έχουν μεγαλύτερης διάρκειας τοκετό άρα και πιο μεγάλη κόπωση σε σχέση με τις πολύτοκες. Και αφού η κόπωση της γυναίκας εντείνει τον πόνο που αυτή βιώνει κατά την γέννα, ο συνδυασμός εντονότερου πόνου, κόπωσης και μειωμένης ικανότητας της γυναίκας για να διαχειριστεί την κατάσταση της γέννας, την οδηγούν στη μεγαλύτερη χρήση φαρμακευτικής υποστήριξης για να ανακουφιστεί(Cashion, 2006).

5.6. Η θεωρία ελέγχου της πύλης του πόνου

Ακόμη και όταν αναφερόμαστε σε πολύ επώδυνα ερεθίσματα η γυναίκα μπορεί να αγνοήσει τον πόνο διότι συγκεκριμένες ομάδες νευρικών κυττάρων (νευρώνων) στον νωτιαίο της μυελό, στο εγκεφαλικό της στέλεχος και στον εγκεφαλικό της φλοιό μπορούν να αλλάζουν τις ώσεις του πόνου που αντιλαμβάνεται αισθητηριακά μέσω ενός ανασταλτικού μηχανισμού. Η θεωρία αυτή που ονομάζεται θεωρία ελέγχου της πύλης του πόνου εξηγεί με απλό τρόπο την μέθοδο κατά την οποία οι τεχνικές ύπνωσης και ανακούφισης που διδάσκονται στα μαθήματα προετοιμασίας τοκετού μπορούν να ανακουφίσουν την γυναίκα από τον πόνο της γέννας. Με βάση τη θεωρία αυτή, οι ώσεις πόνου κινούνται και μεταφέρονται κατά μήκος των αισθητικών νευρικών οδών προς τον εγκέφαλο της γυναίκας, ωστόσο μόνο ένας περιορισμένος αριθμός αισθήσεων ή μηνυμάτων πόνου πηγαίνει κάθε φορά μέσω των νευρικών οδών στον εγκέφαλο. Η

χρήση των τεχνικών απόσπασης της προσοχής, όπως για παράδειγμα η μάλαξη ή το χάιδεμα, η μουσική, τα σημεία εστίασης και η νοητική απεικονιστική μειώνει ή αναστέλλει τη δυνατότητα μεταβίβασης του πόνου μέσω των νευρικών οδών και αυτός είναι ο λόγος που αντιμετωπίζεται από ειδικούς ως τρόπος κλεισίματος της υποθετικής πύλης στον νωτιαίο μυελό και αποτροπής της πρόσβασης αλγεινών ερεθισμάτων στον εγκέφαλο (Cashion, 2006).

Όταν η έγκυος γυναίκα είναι σε νευρομυϊκή και κινητική δραστηριότητα, η δραστηριότητα στον νωτιαίο μυελό αλλάζει και άλλο τη μεταβίβαση των σημάτων του πόνου στο γυναικείο σώμα. Η γνωσιακή λειτουργία που αφορά τη συγκέντρωση στις αναπνοές και τη χαλάρωση χρειάζεται προκειμένου να πετύχει την κατευθυνόμενη δραστηριότητα του φλοιού του εγκεφάλου για να ενεργοποιηθεί και απενεργοποιηθεί ο μηχανισμός της πύλης του πόνου. Καθώς ο πόνος της γέννας μεγαλώνει χρειάζονται όλο και περισσότερο περίπλοκες γνωσιακές τεχνικές για τη διατήρηση της αποτελεσματικότητας από την μαία και την έγκυο. Η θεωρία του ελέγχου της πύλης του πόνου τονίζει λοιπόν την ανάγκη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος διενέργειας του τοκετού από την μαία, που θα βοηθήσει την έγκυο να χαλαρώσει και να χρησιμοποιήσει διάφορες ανώτερες νοητικές δραστηριότητες για την αντιμετώπιση του πόνου του τοκετού . (Cashion, 2006).

5.7.Υποστήριξη κατά τον τοκετό

Τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι τα επίπεδα ικανοποίησης της γυναίκας σχετικά με την εμπειρία της γέννας να εξαρτάται από το επίπεδο που εκπληρώνονται οι προσωπικές τις επιθυμίες της γυναίκας σχετικά με την εμπειρία αυτή και την ποιότητα της υποστήριξης και αλληλεπίδρασης της με τη μαία. Η ικανοποίηση της γυναίκας επηρεάζεται επίσης από το επίπεδο στον οποίο η ίδια μπόρεσε να ελέγξει και να συντονίσει τη διαδικασία της γέννας και να συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων με

την μαία και τον γιατρό σχετικά με την διαδικασία, συμπεριλαμβανομένων των μέτρων σχετικά με την ανακούφιση του πόνου της (Cashion, 2006).

Η σημασία λοιπόν της συνεχούς παρουσίας μιας υποστηρικτικής και αποτελεσματικής μαίας κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της γέννας έχει αναγνωρισθεί από πολλές έρευνες και πολιτισμικά πλαίσια σε βάθος χρόνου. Οι έγκυες που παίρνουν συνεχή υποστήριξη από τις αρχικές φάσεις της γέννας τους λαμβάνουν σπανιότερα αναλγητικά φάρμακα ή επισκληρίδια αναισθησία, είναι πιο πιθανό να έχουν αυτόματο κολπικό τοκετό και εμφανίζουν λιγότερες πιθανότητες να εκφράσουν δυσαρέσκεια σχετικά με την εμπειρία του τοκετού τους και την βοήθεια που τους παρείχε η μαία. Δεν έχουν παρατηρηθεί ανεπιθύμητα αποτελέσματα από τη συνεχή υποστήριξη κατά τον τοκετό από την μαία. Τουναντίον, πολλές έρευνες δείχνουν πως η παρουσία υποστηρικτικής μαίας κατά τη διάρκεια του τοκετού οδηγεί σε βελτίωση των αποτελεσμάτων αναφορικά με την υγεία της εγκύου και του μωρού (Cashion, 2006).

6.ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Πολλές διαφορετικές μέθοδοι παρεμβάσεων και τρόπων διαχείρισης του πόνου κατά τον τοκετό χρησιμοποιούνται από μαίες και εγκύους κατά τη γέννα. Αυτές περιλαμβάνουν φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις (Jones και συν., 2013), στην κατηγορία των μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων ανήκουν η ύπνωση, διάφορες χειροκίνητες μεθόδους όπως μασάζ και ρεφλεξολογία, η βιοανάδραση, η αρωματοθεραπεία, η ενδοδερμική ή υποδόρια ένεση αποστειρωμένου νερού, η εμφύσηση σε νερό, διάφορες τεχνικές χαλάρωσης (yoga, μουσική, ήχος), ο βελονισμός ή η πιεσοθεραπεία, η διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (TENS) (Jones και συν., 2013), ενώ στις ενώ στις φαρμακολογικές παρεμβάσεις μπορούμε να κατατάξουμε

άλλες μεθόδους όπως η εισπνεόμενη αναλγησία, τα τοπικά αναισθητικά νεύρων, τα οπιοειδή και μη οπιοειδή αναλγητικά, η επισκληρίδια και ενδοραχιαία ενέση τοπικών αναισθητικών ή οπιοειδών ή και τα δύο) (Jones και συν., 2013).

Τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις χρησιμοποιούνται προκειμένου να βοηθήσουν τις γυναίκες σε όλον τον κόσμο να ξεπεράσουν με μη φαρμακευτικό τρόπο τον πόνο της γέννας, ενώ οι φαρμακολογικές μέθοδοι κυρίως έχουν σαν στόχο την ανακούφιση τους από τον πόνο του τοκετού με την χρήση χημικών σκευασμάτων.

Κάποιες τεχνικές διδάσκονται στην προγεννητική πρακτική και ξεκινούν πριν από την έναρξη της γέννας, όπως η ύπνωση, η βιοανάδραση, οι τεχνικές (γιόγκα, μουσική, ήχος), η αρωματοθεραπεία, η χαλάρωση, ο βελονισμός ή η πιεσοθεραπεία, ενώ άλλες τεχνικές μπορεί να εφαρμοστούν μόνο κατά τη διάρκεια της γέννας, η χορήγηση τοπικών αναισθητικών των νεύρων, όπως η ενδοδερμική ή υποδόρια χορήγηση αποστειρωμένου ύδατος, η εμφύσηση σε νερό, τα εισπνεόμενα αναλγητικά, η χορήγηση οπιοειδών και μη-οπιοειδών φάρμακων, η επισκληρίδια και ενδοραχιαία έγχυση τοπικών αναισθητικών ή οπιοειδών (Jones και συν., 2013).

7.ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

7.1.Μέθοδοι προετοιμασίας για τον τοκετό

Οι περισσότερες μαίες συνιστούν πλέον στις μελλοντικές μανούλες την παρακολούθηση μαθημάτων προετοιμασίας για τον τοκετό. Τα μαθήματα αυτά στοχεύουν στην ενημέρωση του ζευγαριού και της εγκύου για τον τοκετό.

Η μέθοδος κατά Lamaze ξεκίνησε στη Ρωσία από τον Pr.Nikolaïev και εφαρμόστηκε τη δεκαετία του 50 στη Γαλλία από τον Lamaze και σχετίζεται με την σύνθεση της

πληροφόρησης, της αναπνοής, της γυμναστικής και της χαλάρωσης και αναπτύχθηκε με βάση στη θεωρία των εξαρτημένων αντανακλαστικών του Pavlov. Τα μαθήματα ψυχοπροφύλαξης και προετοιμασίας για γονεϊκότητα ξεκινούν μετά το πέρας της 32ης εβδομάδας κύησης, και προάγουν κύριους τρόπους χαλάρωσης και αναπνοών που χρησιμοποιεί έπειτα στη γέννα (Δριτσάκου & Τζώρτζη, 2012).

Στα μαθήματα αρχικά πραγματοποιείται η πληροφόρηση ενώ μεταγενέστερα έπεται η εκμάθηση ειδικών σωματικών ασκήσεων και αναπνοών. Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται δίνονται πληροφορίες για την ανατομία του γυναικείου σώματος και την πορεία που θα ακολουθήσει η εγκυμοσύνη με τα στάδια του τοκετού της γέννας για να βοηθηθεί η γυναίκα κατά τον τοκετό. Για να πετύχει η τεχνική θα πρέπει οι αναπνοές και οι τεχνικές χαλάρωσης να αφομοιωθούν από την έγκυο ως ένα εξαρτημένο αντανακλαστικό.

Η επιτυχία της μεθόδου κρίνεται στο να χρησιμοποιήσουν οι έγκυες σε εργαλείο τους τη μέθοδο των αναπνοών και της χαλάρωσης, ελέγχοντας με επιτυχία τον τοκετό τους. Απαραίτητη κρίνεται και η συμμετοχή του πατέρα, που έχει κυρίαρχο ρόλο στην εκπαίδευση παράλληλα με τη μητέρα αφού μαθαίνει να συνοδεύει την έγκυο στον τοκετό με επιτυχία κατά τη διάρκεια των συστολών εξασκώντας και ο ίδιος τις σωστές αναπνοές. Ο Lamaze, που πρώτος δίδαξε τη μέθοδο αυτή δημιούργησε έξι βασικές αρχές που την διέπουν και εξασφαλίζουν την επιτυχία της (Δριτσάκου & Τζώρτζη, 2012). Στη συνέχεια δίνονται οι αρχές του Lamaze (Δριτσάκου & Τζώρτζη, 2012).

1η αρχή: Αφήστε τον τοκετό να ξεκινήσει μόνος του.
2η αρχή: Περιπατήστε, κινηθείτε και αλλάζετε θέσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού.
3η αρχή: Φέρετε μαζί σας στον τοκετό σας ένα αγαπημένο πρόσωπο, φίλο είτε αδερφό για να έχετε συνεχή υποστήριξη.

4η αρχή: Αποφύγετε ιατρικές παρεμβάσεις που δεν είναι ιατρικώς αναγκαίες.

5η αρχή: Αποφύγετε να γεννήσετε ξαπλωμένη σε ύπτια θέση και εξωθήστε όπως σας βοηθάει καλύτερα το σώμα σας.

6η αρχή: Βάλετε τη μητέρα με το νεογνό μαζί αμέσως μετά τον τοκετό.

Πίνακας 1. Οι έξι βασικές αρχές με βάση του Lamaze για ανώδυνο τοκετό



Εικόνα 9. Ψυχοπροφυλακτική μέθοδος

7.2.Τεχνικές Χαλάρωσης και Αναπνοών

7.2.1.Εστίαση και χαλάρωση

Οι τεχνικές χαλάρωσης στοχεύουν στο να δείξουν στην γυναίκα πως να κατευθύνει την ενέργεια της κατά την γέννα. Κάποιες φορές ζητείται από τη έγκυο να φέρει μαζί της κάποιο αγαπημένο της αντικείμενο, όπως πχ κάποια φωτογραφία η κάποιο ψεύτικο

ζωάκι, στην αίθουσα τοκετών και προσηλώνουν την προσοχή τους σε αυτό κατά την γέννα . Άλλες φορές, οι γυναίκες θέλουν να έχουν στραμμένη την προσοχή τους σε κάποιο αντικείμενο στην αίθουσα τοκετών. Με το που αρχίσουν οι συστολές, οι έγκυες στρέφονται στο αγαπημένο αντικείμενο που έφεραν για να ξεχάσουν τον πόνο. Οι τεχνικές που αναφέρθηκαν μαζί με χαλάρωση και ανατροφοδότηση βοηθούν την έγκυο στο να συντονίζει τις συστολές με την συμπεριφορά της . Η μαία παρακολουθεί τη διαδικασία , και συμβουλεύει την έγκυο αν χρειάζεται για την έναρξη των αναπνευστικών τεχνικών (Cashion, 2006).

7.2.2. Τεχνικές αναπνοών

Κατά την αναμονή για την γέννα είναι σημαντική η εκμάθηση πολλαπλών αναπνευστικών ασκήσεων για την επίτευξη διάσπαστης προσοχής, με σκοπό τη να μειωθεί ο πόνος επιτρέποντας στην έγκυο να κρατήσει τον έλεγχο και να ελέγξει τις συστολές (Chaillet, 2014) .

Στο πρώτο στάδιο της γέννας οι αναπνευστικές ασκήσεις δημιουργούν χαλάρωση των κοιλιακών μυών και άρα να αυξήσουν μεγαλώνουν τον χώρο κοιλιακής κοιλότητας άρα μικραίνει η δυσφορία από την τριβή της μήτρας στα κοιλιακά τοιχώματα κατά τη διάρκεια των συστολών καθώς οι μυικές ομάδες της γεννητικής περιοχής έχουν και αυτές χάλαση και δεν εμποδίζουν στην κάθοδο του εμβρύου.

Στο δεύτερο στάδιο της γέννας , οι αναπνοές που αναφέρθηκαν αυξάνουν την κοιλιακή πίεση βοηθούν στο να βγει ευκολότερα το μωρό, ενώ χρησιμοποιούνται και για την χάλαση των μυών των έξω γεννητικών οργάνων για να μην συμβεί απότομη εξώθηση του νεογνού. .

Σε όσα ζευγάρια δεν έχουν κάνει προετοιμασία δίνονται οδηγίες από την μαία για χαλάρωση μέσω της αναπνοής που συχνά είναι επιτυχείς (Cashion, 2006).

Υπάρχει πληθώρα αναπνευστικών ασκήσεων για να ελεγχθεί ο πόνος όταν συμβαίνουν οι συστολές. Η μαία ρωτάει τι ξέρουν οι γονείς πριν ξεκινήσουν και δίνει αν χρειαστεί απλές και κατανοητές οδηγίες, που αφομοιώνονται ευκολότερα. Η ρυθμική αναπνοή χρησιμοποιείται ευρέως στη γέννα με προετοιμασία από τη μαία που περιέχει αργές, τροποποιημένες και τυποποιημένες μορφές αναπνοής (κοφτή αναπνοή ή λαχάνιασμα). Αν και κάθε γέννα είναι διαφορετική, συνεπώς κάθε ζευγάρι προσαρμόζει την τεχνική αυτή στην προσωπική του εμπειρία (Cashion, 2006) με την βοήθεια της μαίας.



Εικόνα 10. Τεχνικές αναπνοών κατά τον τοκετό

Το δυσκολότερο διάστημα για έλεγχο της αναπνοής κατά τον τοκετό είναι οι συστολές όπου ο τράχηλος διαστέλλεται 8-10 cm. Ακόμα και αν η γυναίκα έχει κάνει προετοιμασία για αυτήν την στιγμή και πάλι είναι δύσκολη η συγκέντρωση της σε αυτό το στάδιο.

Η τεχνική αυτή που συμπεριλαμβάνει το λαχάνιασμα-κοφτή αναπνοή δίνεται από την μαία που προσέχει ταυτόχρονα να μην συμβεί υπεραερισμός της γυναίκας. Το ζευγάρι επιβάλλεται να ξέρει και να είναι σε εγρήγορση για ενδείξεις αναπνευστικής αλκάλωσης: ζάλη, ίλιγγος, παραισθησίες των δακτύλων ή περιστοματική αιμωδία μαζί με την μαία και τον γιατρό (Cashion, 2006).

Όταν το κεφάλι από το νεογνό ακουμπήσει το πυελικό έδαφος, η γυναίκα ενδέχεται να βιώσει μια αίσθηση εξώθησης έγκυος και να αρχίσει την αυτόματη ώθηση προς τα κάτω με σύσπαση των κοιλιακών της μυών. Κατά τη διάρκεια των εξωθήσεων του δευτέρου σταδίου του τοκετού, η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει να βρει έναν τύπο αναπνοής που χαλαρώνει, να την ηρεμεί και να βελτιώνει γι' αυτήν την κατάσταση (Cashion, 2006).

7.3.3. Ήπια Μάλαξη και Αντίθετη Πίεση

Η ήπια μάλαξη και η εφαρμογή αντίθετης πίεσης είναι δυο τεχνικές που μπορούν να ανακουφίσουν τις γυναίκες πρώτο στάδιο του τοκετού. Με την ήπια μάλαξη η μαία κάνει ελαφρά πλήξη, συνήθως στην κοιλιακή χώρα, την ίδια στιγμή που εφαρμόζονται οι αναπνοές και οι συστολές (Smith, 2012) και αποσπά με αυτόν τον τρόπο την προσοχή της γυναίκας από τον πόνο των συνεχόμενων συστολών. Οι παρούσες ζώνες των ηλεκτρονικών συσκευών παρακολούθησης τις περισσότερες φορές ενοχλούν την εκτέλεση ήπιων μαλάξεων στην κοιλιακή χώρα και γι' αυτό γίνεται χρήση του μηρού ή του στέρνου (Cashion, 2006).

Με την αντίθετη πίεση από τη μαία στην περιοχή του ιερού οστού με τη γροθιά ή την παλάμη, γεγονός που βοηθά την γυναίκα να βιώνει την αίσθηση της εσωτερικής πίεσης και του πόνου στην οσφυϊκή περιοχή βοηθάει στην περίπτωση της οσφυαλγίας εξαιτίας πίεσης του ινίου στα νωτιαία νεύρα, όταν η κεφαλή του εμβρύου είναι σε οπίσθια θέση.

Η αντίθετη πίεση απομακρύνει το ινίο από τα νεύρα αυτά και ανακουφίζει την έγκυο (Cashion, 2006).



Εικόνα 11. Εφαρμογή μάλαξης κατά τον τοκετό

7.4.Μουσική

Η ηχογραφημένη/ ζωντανή χρήση της μουσικής βοηθάει στη χαλάρωση και τη βελτίωση της διάθεσης της εγκύου κατά τον τοκετό, ρίχνοντας έτσι τα επίπεδα στρες, το άγχος και τον πόνο και χρησιμοποιείται για την προαγωγή της χαλάρωσης στασε όλα τα στάδια του τοκετού με τις γυναίκες να ενθαρρύνονται από την μαία να διαλέγουν με βάση τις προτιμήσεις τους την μουσική στο νοσοκομείο ή στο κέντρο τοκετού. Η χρήση ακουστικών μπορεί να μεγαλώσει την αποτελεσματικότητα της μεθόδου καθώς άλλοι ήχοι παύουν να υφίστανται.



Εικόνα 12. Εφαρμογή μουσικής κατά τον τοκετό

7.5.Υδροθεραπεία

Το λουτρό, το ντους και το υδρομασάζ με την χρήση του ζεστού νερού (θερμοκρασία ανθρώπινου σώματος) θεωρούνται μη φαρμακευτικά μέτρα που βοηθούν στο να επιτευχθεί μια κατάσταση χαλάρωσης της εγκύου κατά την γέννα . Το ζεστό νερό υποβοηθά την απελευθέρωση ενδορφινών, χαλαρώνει τις νευρικές ίνες οπότε να μειώσει τον πόσο βελτιώνοντας την οξυγόνωση. Οι πιο πολλές έγκυες νιώθουν πως η συγκεκριμένη τεχνική προσφέρει χαλάρωση και ευεξία και όταν βυθίζονται νερό, οι χαλαρώνουν με αποτέλεσμα η γέννα να συμβεί ομαλότερα. Η συγκεκριμένη μέθοδος θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική στη διαχείριση του πόνου κατά την γέννα (Cashion, 2006).

Εκτός όμως από την χαλάρωση της εγκύου και τη μείωση του πόνου, η υδροθεραπεία μας δίνει και άλλου είδους οφέλη, όπως την περίπτωση που η έγκυος βρίσκεται σε τοκετό με οπίσθια ινιακή ή εγκάρσια θέση του εμβρύου. Η υδροθεραπεία βοηθά και

στο να εφαρμοστεί η όρθια στάση της γυναίκας να προχωρήσει η γέννα να μειωθεί ο πόνος της όρθιας στάσης της γυναίκας καθώς και πολλές κινήσεις που διευκολύνουν την εξέλιξη του τοκετού και την αντιμετώπιση του πόνου, ενώ προάγει και την επιτάχυνση της διαδικασίας του τοκετού, περιορίζοντας την ενδομυϊκή και ενδοφλέβια χορήγηση να πραγματοποιηθεί γρηγορότερα η διαδικασία βελτιώνοντας έτσι την ικανοποίηση της γυναίκας σχετικά με την εμπειρία της γέννας(Cashion, 2006).



Εικόνα 13. Συσκευή υδροθεραπείας για τη χρήση σε τοκετό

Η βύθιση στο νερό μπορεί να πραγματοποιηθεί σε επιφάνεια όπως μια πισίνα ή μπανιέρα (Cordioli,2013) .

Η άνωση του νερού αφήνει την έγκυο να κινείται ευκολότερα από ό,τι μη στο νερό, διευκολύνοντας τις νευρο-ορμονικές αλληλεπιδράσεις της γέννας , προσφέροντας ανακούφιση από τον πόνο που νιώθει η γυναίκα και βελτιώνοντας την εμπειρία της

γέννας. Καθώς η γυναίκα βυθίζεται στο νερό παρατηρείται βελτίωση της αιμάτωσης της μήτρας, όχι τόσο επώδυνες συσπάσεις αλλά και μικρότερη διάρκεια της γέννας με λιγότερες παρεμβάσεις από ιατρικό προσωπικό. Επιπρόσθετα πιστεύεται πως το νεογνό παίρνει τα θετικά που έχει μια γυναίκα-μητέρα χαλαρή αφού με την συγκεκριμένη διαδικασία βελτιστοποιείται η αιμάτωση του πλακούντα και η απελευθέρωση των ενδογενών οπιοειδών (ενδορφίνες και εγκεφαλίνες). Συνεπώς όταν η έγκυος δεν βιώνει φόβο, εφόσον η απελευθέρωση της ουσίας ωκυτοκίνης είναι καλύτερη, συμβαίνουν και αποτελεσματικότερες συσπάσεις (Jones και συν., 2013).

Με την υδροθεραπεία, η καρδιακή συχνότητα του νεογνού (FHR) ελέγχεται με συσκευή Doppler, με κοιλιοσκόπιο ή με ασύρματη εξωτερική συσκευή παρακολούθησης από το γιατρό και την μαία. (Cashion, 2006).

7.6. Διαδερμικός Ηλεκτρικός Νευρικός Ερεθισμός

Η διαδερμική ηλεκτρική διέγερση των νεύρων που προκαλούν έναν πομπός που είναι σε χαμηλή τάση που ενώνεται μέσω καλωδίων με ηλεκτρόδια που μπαίνουν σε διάφορα σημεία του σώματος της γυναίκας, με την τελευταία να βιώνει ήπια δόνηση ή χτύπημα στα σημεία επαφής με τα ηλεκτρόδια, και να μπορεί αν θέλει να ελέγξει την τάση του ρεύματος προκειμένου να επιτύχει τη μέγιστη δυνατή ανακούφιση από τον πόνο (LeMone & Burke, 2007).



Εικόνα 14. Εφαρμογή TENS κατά τον τοκετό

Η χρήση της συγκεκριμένης τεχνικής- TENS καταφέρνει μέσω της διαδικασίας που περιεγράφηκε την απελευθέρωση των κατεχολαμινών, ουσίες που σταματούν την συστολή της μήτρας και θα πρέπει να σημειωθεί πως σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να επιβραδύνουν την διάρκεια της γέννας (Jones και συν., 2013).

Σαν μειονεκτήματα της μεθόδου αναφέρονται το υψηλό της κόστος και η ανάγκη ειδικής εκπαίδευσης της εγκύου στη χρήση της τεχνικής (LeMone & Burke, 2007).

7.7. Πιεσοθεραπεία και Βελονισμός

Οι τεχνικές της πιεσοθεραπείας και του βελονισμού χρησιμοποιούνται ορισμένες φορές κατά τη διάρκεια της γέννας, για την ανακούφιση της εγκύου από τον πόνο, με εφαρμογή πίεσης θερμότητας ή ψύξης στα σημεία βελονισμού που λέγονται «tsubos». Και χαρακτηρίζονται από αυξημένο αριθμό νευρο- υποδοχέων και συνεπώς μεγάλη ηλεκτρική αγωγιμότητα.

Η πιεσοθεραπεία εφαρμόζεται πιο καλά όταν δεν συνοδεύεται από λιπαντικές ουσίες στο δέρμα με την πίεση να υφίσταται συνήθως με το κατώτερο τμήμα του άκρου χεριού της μαιίας, ή διαφορετικά τη γροθιά ή την άκρη του αντίχειρα και των δακτύλων. Σε πρώτο στάδιο η πίεση εφαρμόζεται την ίδια στιγμή με τις συστολές, ενώ όσο προχωράει η γέννα και η έγκυος μπαίνει στη μεταβατική φάση εφαρμόζεται στο τέλος του πρώτου σταδίου της γέννας (Cashion, 2006).

Ο βελονισμός αποτελεί μια αρχαία κινέζικη τεχνική, η οποία διεγείρει συγκεκριμένα σημεία του σώματος προκειμένου να ενισχυθεί η ζωτική ενέργειας (chi) στους μεσημβρινούς οδούς. Μέσα από την τοποθέτηση και αφαίρεση βελονών, με θέρμανση, μάλαξη, χρήση λέιζερ ή ηλεκτρισμού στην περιοχή, ή με συνδυασμό όλων αυτό διεγείρονται τα συγκεκριμένα σημεία. Η μέθοδος αυτή απαιτεί ειδική εκπαίδευση και είναι πλέον ευρέως αποδεκτή, κυρίως για την διαχείριση του πόνου (LeMone & Burke, 2007).



Εικόνα 15. Εφαρμογή βελονισμού κατά τον τοκετό

Τα σημεία που χρησιμοποιεί η ειδικά εκπαιδευμένη μαία για να μειώσει τον πόνο στην γυναίκα είναι στα χέρια, στα πόδια και στα αυτιά της γυναίκας σε σημεία δηλαδή που συνδέονται με νευρικές δομές στο σώμα της . Υπάρχει φυσικά και μια διαφορετική θεωρία που λέει πως ο βελονισμός διεγείρει το σώμα προκειμένου στη συνέχεια να απελευθερώσει στο σώμα της εγκύου ενδορφίνες (ενδογενή οπιοειδή), να μειώσει τον πόνο και να την βοηθήσει με αυτόν τον τρόπο να διαχειριστεί καλύτερα την εμπειρία της γέννας (Jones και συν., 2013).

7.8.Εφαρμογή Θερμών ή Ψυχρών Επιθεμάτων

Οι θερμαινόμενες κουβέρτες, οι θερμαινόμενοι σάκοι φτιαγμένοι από ρύζι τα θερμά επιθέματα, το ζεστό λουτρό ή ντους και η χρήση ενός ελαφρά υγρού και θερμαινόμενου επιθέματος χρησιμοποιούνται κατά τον τοκετό προκειμένου να αυξήσουν την χαλάρωση μειώνοντας τον πόνο που βιώνει η έγκυος γυναίκα. Η θερμότητα μπορεί να ανακουφίσει τη μητέρα από την μυϊκή ισχαιμία και αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο αιματική της ροή και μειώνοντας τον πόνο. Η χρήση της θερμότητας είναι επίσης

αποτελεσματική και για την έντονη οσφυαλγία που ενδέχεται να προκληθεί από την οπίσθια προβολή αλλά και την γενικευμένη οσφυαλγία από κούραση.

Η εφαρμογή ψύχους, όπως για παράδειγμα τα κρύα υφάσματα ή οι παγοκύστες, στην περιοχή της οσφύος, στο θώρακα ή στο πρόσωπο κατά την γέννα μπορούν και αυτά επίσης να αυξήσουν την χαλάρωση όταν η έγκυος νιώθει ζέστη και να τοποθετούνται όπου αυτή πονάει. Το ψύχος μπορεί να απαλύνει τον πόνο ρίχνοντας τη θερμοκρασία των μυών και ανακουφίζοντας τους μυϊκούς σπασμούς, ενώ η αυξημένη θερμότητα και το ψύχος μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαδοχικά για μεγαλύτερη ανακούφιση του πόνου (Cashion, 2006).

7.9. Υπνωτισμός

Κατά τον υπνωτισμό η έγκυος κάθεται ή ξαπλώνει σε έναν χώρο που είναι ήσυχος και έχει χαμηλό φωτισμό, με τον ειδικό θεραπευτή, που θα μπορούσε να συνοδεύει και η μαία ο οποίος παροτρύνει την γυναίκα να ηρεμήσει και να συγκεντρώσει την προσοχή της σε ένα συγκεκριμένο πράγμα στο χώρο (Beebe, 2014). Έπειτα η θεραπεύτρια μιλάει με απαλή φωνή καθοδηγώντας την έγκυο στο να χαλαρώσει. Καθώς η εξυπηρετούμενη χαλαρώνει ολοένα και πιο πολύ πέφτει σε μια καταληπτική κατάσταση χωρίς να έχει σιγά σιγά επαφή με το περιβάλλον της ακούγοντας μόνο τη φωνή του θεραπευτή της ο οποίος την παροτρύνει να απαλλαγεί από τον πόνο μέσα από λεκτικές οδηγίες. Είναι πιθανόν μέσω του υπνωτισμού η γυναίκα να φτάσει στην πλήρη αναισθησία ή και να τροποποιηθεί η αίσθηση του πόνου που βιώνει με διάφορους τρόπους, ωστόσο για να το πετύχει αυτό, η έγκυος θα πρέπει να χαλαρώσει πλήρως και να επιτρέψει και η ίδια τον θεραπευτή της να υπνωτισθεί (LeMone & Burke, 2007).



Εικόνα 16. Εφαρμογή ύπνωσης κατά τον τοκετό

Στα πλεονεκτήματα του υπνωτισμού ανήκουν είναι η απουσία ανεπιθύμητων ενεργειών και ο έλεγχος της γυναίκας ενώ στα μειονεκτήματα είναι η ανάγκη συμμετοχής ενός εκπαιδευμένου και ιδιαιτέρως έμπειρου υπνωτιστή προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ωστόσο, ορισμένες έγκυες γυναίκες ενδέχεται να έχουν τη δυνατότητα να μάθουν να ανακουφίζονται από τον πόνο μέσω της διαδικασίας αυτοϋπνωτισμού που την εφαρμόζουν χωρίς ειδικό θεραπευτή (LeMone & Burke, 2007).

7.10.Βιοανατροφοδότηση

Η βιοανατροφοδότηση (ή βιολογική ανατροφοδότηση ή βιοανάδραση) είναι μια γνωστή θεραπευτική τεχνική σύμφωνα με την οποία τα άτομα μπορούν να βελτιώσουν την προσωπική υγεία τους, μέσω κάποιων σημάτων που προέρχονται από τον εαυτό τους (θερμοκρασίας/ καρδιακός ρυθμός, μυϊκή ένταση κ.α.).

Βασική αρχή της τεχνικής είναι πως κάθε αλλαγή στις σκέψεις και τα συναισθήματα του ατόμου μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στη λειτουργία του σώματος τους

(Whitburn και συν.,2014). Η βιοανάδραση σαν τεχνική επιτρέπει στις εγκύους γυναίκες να πάρουν τον έλεγχο των φυσιολογικών τους αντιδράσεων μέσω ηλεκτρονικών μέσων με την βοήθεια εμπειρογνομόνων ειδικών και μαιών.

Τα ειδικά όργανα της τεχνικής αυτής είναι ηλεκτρομυογράφοι, όργανα δηλαδή που μπορούν να υπολογίσουν την ένταση των μυών, αλλά και μετρητές θερμοκρασίας του δέρματος των ατόμων, που καταμετρούν τις μεταβολές στην εκπομπή θερμότητας από το δέρμα, όπως και γαλβανικοί αισθητήρες, που αξιολογούν τον όγκο του ιδρώτα που παράγεται μετρώντας την αγωγιμότητα του δέρματος, ηλεκτροεγκεφαλογράφοι οι οποίοι μπορούν να μετρήσουν τη δραστηριότητα των εγκεφαλικών κυμάτων, ένας ηλεκτροκαρδιογράφος που παρακολουθεί τον καρδιακό ρυθμό του ατόμου, αλλά και συσκευές ανάδρασης της αναπνοής, που εκτιμούν παραμέτρους της αναπνοής, όπως ο ρυθμός και το βάθος των αναπνοών (Jones και συν., 2013).

Μέσω της τεχνικής της βιοανάδρασης η έγκυος γυναίκα διδάσκεται και μαθαίνει πως να βρίσκει και να ερμηνεύει τις αντιδράσεις του ίδιου της του οργανισμού που καταδεικνύουν στρες και πώς να τις αντικαθιστά με αντιδράσεις χαλάρωσης. Η χαλάρωση βοηθά την γυναίκα να διώξει το άγχος που συνήθως νιώθει στην γέννα και δυσκολεύει τον τοκετό, αυξάνοντας τον πόνο. Η βιοανάδραση δίνει επιπρόσθετα στην γυναίκα ασθενή έναν τρόπο να ελέγχει έως έναν βαθμό την απάντηση που θα διαλέξει να δώσει στον πόνο (LeMone & Burke, 2007).

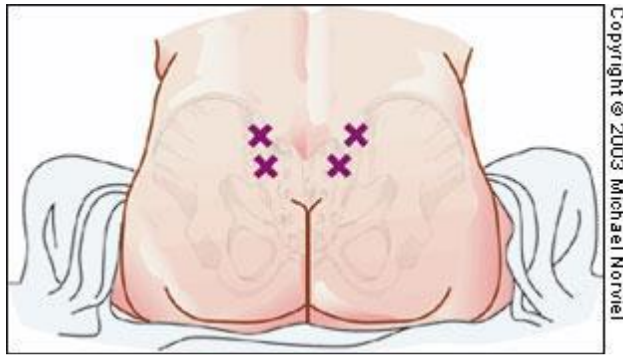
7.11.Αρωματοθεραπεία

Στην τεχνική της αρωματοθεραπείας βλέπουμε να χρησιμοποιούνται αρωματικά τύπου έλαια από φυτά ή λουλούδια, βότανα αλλά και δέντρα για την επίτευξη της ισορροπίας της γυναίκας του σώματος και του πνεύματος. Ορισμένα από τα αιθέρια έλαια που χρησιμοποιούνται μπορούν ορισμένες φορές να επηρεάσουν τον τόνο που έχει η

γυναικεία μήτρα κατά την κύηση, να ενισχύσουν τις συστολές που πραγματοποιεί κατά τον τοκετό, να μειώσουν τον πόνο που βιώνει η έγκυος, να ανακουφίσουν την ένταση της, και ενισχύσουν το αίσθημα της ευεξίας στην έγκυο βοηθώντας την διαδικασία της γέννας. Τα διαφορετικού τύπου έλαια μπορούν να χρησιμοποιηθούν από την μαία με προσθήκη λίγων σταγόνων, σε ζεστό νερό και μπάνιο που χρησιμοποιείται από την μαία για την εμβάπτιση επιθεμάτων που στη συνέχεια τα τοποθετεί πάνω στο σώμα ή σε μία λάμπα αρωματοθεραπείας για την εξάτμιση στο χώρο. Παρόλο που η χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου είναι πολλά υποσχόμενη και θεωρείται καινοτόμα από πολλούς ειδικούς μέχρι σήμερα τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα δεν είναι αρκετά για την αποτελεσματικότητας της τεχνικής της αρωματοθεραπείας για την βοήθεια των γυναικών κατά τον τοκετό και την ανακούφιση του πόνου στον τοκετό, (Cashion, 2006).

7.12.Ενδοδερμική Έγχυση Νερού

Η ενδοδερμική ή υποδόρια ένεση αποστειρωμένου νερού πάνω στο δέρμα πάνω από το ιερό οστό πολλές φορές έχει τη δύναμη να πάρει τον πόνο της γυναίκας κατά την γέννα. Αυτή η τεχνική είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη για τις γυναίκες που δεν έχουν πρόσβαση σε επισκληρίδιο αναλγησία ή που πρέπει λόγω επιλογής ή ανάγκης να μην πάρουν φάρμακα κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η ενδοδερμική έγχυση νερού αυτή μπορεί να δράσει μέσω της απελευθέρωσης των ουσιών των ενδογενών οπιοειδών (ενδορφίνες και εγκεφαλίνες) και έχει τις ρίζες της στη θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου.



Εικόνα 17 .Ενδοδερμική Έγχυση Νερού

8.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

8.1.Αναλγησία και Αναισθησία

Για να επιτευχθεί μαιευτική αναλγησία χρειάζεται μια έμπειρη μαία που γνωρίζει και κατανοεί την ανατομία και φυσιολογία, αλλά και της διαθέσιμης φαρμακευτική αγωγή, των παρενεργειών και των στόχων και πως δίνεται κάθε αγωγή. Η απώλεια των αισθήσεων μπορεί να συμβαίνει με τρόπο μερικό ή ολικό και συχνά συνοδεύεται από απώλεια της συνείδησης της μητέρας. Ο τύπος του αναλγητικού ή αναισθητικού που επιλέγεται από την μαία και τον γιατρό, καθορίζεται και από το στάδιο του τοκετού αλλά και από τον τρόπο γέννας που επιλέχθηκε (Cashion, 2006).

Τα φαρμακευτικά μέτρα αντιμετώπισης του πόνου δίνονται στην γυναίκα από τους υπεύθυνους ειδικούς πριν ο πόνος γίνει οξύς και δημιουργήσει αύξηση των κατεχολαμινών και επιμήκυνση της διαδικασίας της γέννας. Τα φαρμακευτικά και μη φαρμακευτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ταυτόχρονα καθώς όταν δίνονται μαζί ανεβάζουν το επίπεδο ανακούφισης από τον πόνο και κάνουν την γέννα ευκολότερη (Cashion, 2006).

8.2.Συστηματική Χορήγηση Οπιοειδών στη Μαιευτική

8.2.1. Γενικά στοιχεία

Η συστηματική χορήγηση οπιοειδών εντοπίζεται στη μαιευτική από το 1847 και εξακολουθούμε να τα χρησιμοποιούμε επειδή είναι χρηστικά και δεν απαιτούν αναισθησιολόγο, θέλουν ελάχιστο monitoring στη χορήγηση τους και δεν προκαλούν επιπλοκές. Πρέπει επίσης να σημειωθεί πως οι κεντρικοί νευρικοί αποκλεισμοί ενδέχεται να μην εντοπίζονται, η περιοχική αναισθησία να μην είναι κατάλληλη και ο φόβος ή άρνηση της εγκύου για περιοχική αναισθησία μπορεί να οδηγήσει στη χρήση τους ή όχι (Χατζόπουλος, 2014).

Στα μειονεκτήματα τους περιλαμβάνονται ότι συνήθως δεν αφαιρούν τον πόνο τελείως μπορεί να φέρουν στην έγκυο υπνηλία και πιθανή αναπνευστική καταστολή σε επίτοκο-νεογνό καθώς και καθυστερημένη γαστρική κένωση, ναυτία, εμετό, έχουν επίσης συνδεθεί με αλλοιώσεις καρδιακής συχνότητας του εμβρύου (Χατζόπουλος, 2014).

Στα πλεονεκτήματα τους περιλαμβάνονται η αποτελεσματική αφαίρεση του πόνου με μικρότερες δόσεις, ο χαμηλότερος κίνδυνος αναπνευστικής καταστολής της γυναίκας, το γεγονός ότι η μικρότερη δόση καταλήγει στο νεογνό, η μειωμένη συχνότητα ναυτίας, εμέτου, η μεγαλύτερη ικανοποίηση της εγκύου καθώς και η σταθερή συγκέντρωση του οπιοειδούς στο πλάσμα της επιτόκου και άρα σταθερή αναλγησία (Χατζόπουλος, 2014). Θα αναφερθούν στη συνέχεια ορισμένα αναλγητικά που δίνονται στην φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου του τοκετού.

8.2.2.Πεθιδίνη

Ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο αναλγητικό. Δίνεται στην γυναίκα κάθε δύο με τέσσερις ώρες σε δοσολογία 25 με 50 mg iv ή 50 με 100 mg im, ξεκινά στα πέντε λεπτά

μετά από iv χορήγηση και σαραπέντε λεπτά μετά από im χορήγηση, με χρόνο ημίσειας ζωής 2,5 ώρες για τη μητέρα και 20 ώρες για το έμβρυο και ενεργούς μεταβολίτες, την νορπεθιδίνη με χρόνο ημίσειας ζωής 60 ώρες για τομωρό. Η αναπνευστική καταστολή του νεογνού που προκαλείται από την πεθιδίνη συνδέεται με το χρονικό διάστημα μεταξύ της χορήγησης του αναλγητικού. Πιο μεγάλος είναι ο κίνδυνος αν το δώσουμε δυο με τρεις ώρες πριν την γέννα (Χατζόπουλος, 2014).

8.2.3. Ρεμιφεντανίλη

Αποτελεί ένα νέο οπιοειδές με πολύ σύντομο χρόνο ημίσειας ζωής αφού μεταβολίζεται άμεσα από τις εστεράσες της εγκύου και του νεογνού. Με τις ιδιότητές είναι μάλλον το καλύτερο αναλγητικό στη γέννα αφού επιδεικνύει πληθώρα πλεονεκτημάτων όπως το ότι παρέχει μητρική-εμβρυϊκή ασφάλεια και ευκολία χορήγησης, συνεχή αναλγησία, απορροφάται εύκολα δεν περιορίζει την έγκυο κινητικά και διατηρεί τον μυϊκό της τόνο προκειμένου να εξωθήσει το έμβρυο (Χατζόπουλος, 2014).

Η χρήση της ρεμιφεντανίλης απέτυχε αρχικά να αντιμετωπίσει τον πόνο του τοκετού γιατί σε εφάπαξ χορήγηση χρειάζονται 20 με 30 sec για να φτάσει στον εγκέφαλο και 1,3 min για να ξεκινήσει η δράση της. Η σύσπαση της μήτρας της γυναίκας σταματούσε και στη συνέχεια το φάρμακο μεταβολιζόταν χωρίς να έχει κάποιο αποτέλεσμα. Συστήνεται το monitoring της επίτοκου να περιλαμβάνει SPO₂, συχνότητα αναπνοών και μη αιματηρή μέτρηση πίεσης (στην επίτοκο χορηγείται συνεχώς οξυγόνο στα 4 l/min). Επιπρόσθετα, συστήνεται στο ενδοφλέβιο σύστημα που παρέχει ρεμιφεντανίλη στην επίτοκο να υπάρχει βαλβίδα μιας κατεύθυνσης για αποφυγή μεταβολών στις χορηγούμενες συγκεντρώσεις του φαρμάκου (Χατζόπουλος, 2014).

8.4.Αναλγησία και Αναισθησία με Νευρικό Αποκλεισμό

Πάρα πολλές ουσίες που προκαλούν παροδική αναστολή της αγωγής των νευρικών ώσεων, κυρίως δε των ώσεων του πόνου χρησιμοποιούνται για περιοχική αναλγησία (μερική αναλγησία και κινητικός αποκλεισμός) και αναισθησία (πλήρης αναλγησία και κινητικός αποκλεισμός). Ευρέως διαδεδομένα φάρμακα είναι η βουπιβακαΐνη (Marcaine), η χλωροπροκαΐνη (Nesacaine), η λιδοκαΐνη (Xylocaine), η ροπιβακαΐνη (Naropine). Οι έγκυες συνήθως δεν έχουν αλλεργία σε τέτοιες ουσίες που ειδάλλως μπορεί να προκαλέσουν καταστολή του αναπνευστικού, υπόταση και κάποιες ακόμη σοβαρές και ανεπιθύμητες ενέργειες (Cashion, 2006).

8.5.Τοπική περινεϊκή αναισθησία με διήθηση

Η τοπική αναισθησία με διήθηση των ιστών του περινέου συμβαίνει σε αρκετές περιπτώσεις όταν γίνεται περινεοτομή και πρέπει να εκτελεσθεί συρραφή των ρήξεων μετά την γέννα στην έγκυο που δεν έχει υποβληθεί σε τοπική αναισθησία με γρήγορη αναισθησία (έγχυση 10 έως 20 ml λιδοκαΐνης 1% ή χλωροπροκαΐνης 2% στο δέρμα και εν συνεχεία υποδόρια στην περιοχή). Αν δεν σταματήσουμε την έγχυση του τοπικού αναισθητικού η αναισθησία εξακολουθεί όσο χρειάζεται για την αποκατάσταση των ρήξεων μετά τον τοκετό (Cashion, 2006).

8.6.Ραχιαία αναισθησία

Στη ραχιαία αναισθησία, εγχύεται τοπικό αναισθητικό, μόνο του ή σε συνδυασμό με ένα οπιοειδές αναλγητικό, στο 3ο, 4ο ή 5ο οσφυϊκό μεσοσπονδύλιο διάστημα στον υπαραχνοειδή χώρο, όπου το φάρμακο αναμειγνύεται με το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (EN Y). Η χρήση της τεχνικής αυτής έχει αυξηθεί τόσο στις εκλεκτικές όσο και στις επείγουσες καισαρικές τομές και είναι συχνότερη συγκριτικά με την επισκληρίδια αναισθησία για αυτούς τους τύπους τοκετών. Για το ραχιαίο αποκλεισμό, η γυναίκα κάθεται ή ξαπλώνει στο ένα πλάγιο (π.χ, τροποποιημένη θέση Sims), με τη ράχη σε

πρόσθια κάμψη, έτσι ώστε να διευρύνεται το μεσοσπονδύλιο διάστημα για εύκολη εισαγωγή της ειδικής λεπτής βελόνας της ραχιαίας αναισθησίας και για να διευκολυνθεί η έγχυση του αναισθητικού διαλύματος στη σπονδυλική στήλη. Η μαία κρατάει την έγκυο ακίνητη κατά την τοποθέτηση της βελόνας στο μεσοδιάστημα των συστολών. Με την έγχυση του αναισθητικού, η έγκυος επανατοποθετείται σε καθιστή θέση, για να διευκολυνθεί η προς τα κάτω ροή του αναισθητικού διαλύματος και να επιτευχθεί σε μεγαλύτερο επίπεδο αναισθησία για τον κοιλικό τοκετό.

Τις περισσότερες φορές το επίπεδο του αποκλεισμού σταθεροποιείται 5 έως 10 λεπτά μετά την έγχυση του αναισθητικού αλλά ενδέχεται να μεγαλώνει για τουλάχιστον 20 λεπτά. Κατά τη διάρκεια της ραχιαίας αναισθησίας μπορεί να εμφανιστεί σοβαρή υπόταση, μειωμένη πλακουντιακή αιμάτωση και αναπνευστική ανεπάρκεια. Άρα θα πρέπει να ενυδατώνεται η έγκυος με ενδοφλέβια υγρά (συνήθως 500 ως 1.000 ml) πριν από την έγχυση του αναισθητικού, για να μειωθεί η πιθανότητα εμφάνισης υπότασης από συμπαθητικό αποκλεισμό.

Μετά την έγχυση του αναισθητικού, η αρτηριακή πίεση της μητέρας, ο σφυγμός, οι αναπνοές και η εμβρυϊκή καρδιακή συχνότητα (FHR) ελέγχονται και καταγράφονται από την μαία κάθε 5-10 λεπτά. Σε περίπτωση εμφάνισης σημείων σοβαρής υπότασης στην έγκυο (π.χ, τουλάχιστον 20% μείωση συγκριτικά με την τιμή αναφοράς) ή σύνδρομο εμβρυϊκής δυσχέρειας (π.χ, βραδυκαρδία, ελάχιστη ή καθόλου μεταβλητότητα, όψιμες επιβραδύνσεις), παράσχεται άμεσα επείγουσα φροντίδα (Cashion, 2006).

Επειδή η μητέρα δεν μπορεί να νιώσει τις συστολές πρέπει να καθοδηγείται από την μαία σχετικά με το πότε πρέπει να εξωθήσει στο φυσιολογικό τοκετό. Η χορήγηση ενός συνδυασμού τοπικού αναισθητικού και οπιοειδούς δημιουργεί πτώση του βαθμού

απώλειας κινητικής λειτουργίας, ενισχύοντας με αυτόν τον τρόπο την ικανότητα της γυναίκας να εξωθήσει αποτελεσματικώς. Σε περίπτωση που η γέννα διενεργείται στην αίθουσα τοκετών (όχι σε αίθουσα τοκετού-ανάληψης), η έγκυος θα χρειασθεί βοήθεια για τη μεταφορά της στην αίθουσα ανάληψης μετά την έξοδο του πλακούντα (Cashion, 2006).

Στα πλεονεκτήματα της ραχιαίας αναισθησίας συμπεριλαμβάνονται η εύκολη χορήγηση και η απουσία υποξίας στο έμβρυο με διατήρηση φυσιολογικής αρτηριακής πίεσης. Καθώς η έγκυος έχει πλήρη συνείδηση, επιτυγχάνεται επίσης εξαιρετική μυϊκή χαλάρωση και η αιμορραγία είναι σχετικά περιορισμένη (Cashion, 2006).

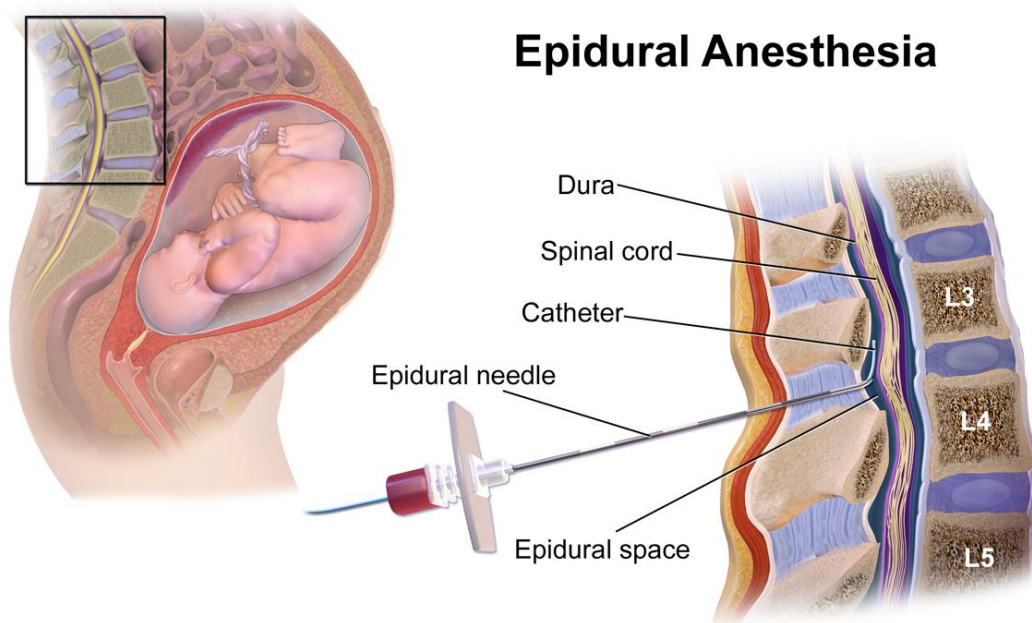
Στα μειονεκτήματα της ραχιαίας αναισθησίας ανήκουν οι φαρμακευτικές αντιδράσεις (π.χ. αλλεργία), η υπόταση και οι πιθανές αναπνευστικές διαταραχές. Ενδεχομένως χρειαστεί επίσης καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Όταν χορηγηθεί αναισθητικό για ραχιαία αναισθησία, η τάση για επεμβατικό τοκετό (π.χ. περινεοτομή, εμβρυουλκία, αναρροφητική εμβρυουλκία) μεγαλώνει εφόσον οι εκούσιες προσπάθειες εξώθησης περιορίζονται. Μετά τον τοκετό, η επίπτωση ατονίας ουροδόχου κύστης και μήτρας καθώς και κεφαλαλγίας είναι μεγαλύτερη (Cashion, 2006).

Η επίτοκος θα πρέπει να παρακολουθείται από την μαία για την πιθανότητα μεταβολής των ζωτικών της σημείων, την εμφάνιση ωχρότητας, κολλώδους δέρματος και διαρροής ENY για 1 έως 2 ώρες μετά την εκτέλεση της διαδικασίας αυτής. Σε περίπτωση που δεν προκύψουν επιπλοκές, η εξυπηρετούμενη μπορεί να επανέλθει στη φυσιολογική της δραστηριότητα μετά το πέρας των 2 ωρών, αλλά δίνεται η οδηγία από την μαία για αποφυγή βήχα και σωματικής καταπόνησης για κάποιες ημέρες (Cashion, 2006).

8.7.Επισκληρίδια αναισθησία ή αναλγησία (αποκλεισμός)

Η επισκληρίδια αναισθησία και αναλγησία είναι ίσως η πιο αποτελεσματική και εύκολο να βρεθεί φαρμακευτική μέθοδο ανακούφισης του πόνου κατά την γέννα . Συνεπώς και η πιο συνηθισμένη μέθοδο ανακούφισης του πόνου κατά τη διάρκεια της γέννα. Προκειμένου να ανακουφιστεί ο κοιλιακός τοκετός απαιτείται αποκλεισμός από τον Θ10 έως τον 15. Η έγκυος είναι απαραίτητο να συνεργάζεται και να κρατάει τη θέση της χωρίς να κουνιέται όταν εισάγεται ο επισκληρίδιος καθετήρας προκειμένου να μην συμβεί λανθασμένη τοποθέτηση, νευρικός τραυματισμός και/ή δημιουργία αιματώματος (Cashion, 2006).

Για την χορήγηση επισκληρίδιου αποκλεισμού, η έγκυος κάθεται με τη ράχη της σε κάμψη ή σε στάση Sims με παράλληλους τους ώμους, τις κνήμες σε ελαφρά κάμψη και τη σπονδυλική στήλη κεκαμμένη σε σχήμα τόξου. Μια βελόνα μεγάλου διαμετρήματος μπαίνει στον επισκληρίδιο χώρο και μετά ο καθετήρας μπαίνει διαμέσου της βελόνας μέχρι το άκρο του να φθάσει στον επισκληρίδιο χώρο. Μετά η βελόνα βγαίνει και ο καθετήρας μπαίνει πίσω στη θέση του. Ύστερα ελάχιστη ποσότητα ουσίας γίνεται προκειμένου να ελεγχθεί πως ο καθετήρας δεν μπήκε λανθασμένα στον υπαραχοειδή χώρο ή εντός αιμοφόρου αγγείου. Μόλις ξεκινήσει ο επισκληρίδιος αποκλεισμός, η έγκυος ξαπλώνει πλάγια και η μήτρα της δεν πατάει τον ανιόντα κλάδο της κοίλης φλέβας και τον κατιόντα κλάδο της αορτής της και συνεχίζει να αλλάζει θέση τακτικά, ίσως καθίσει ή κινηθεί αν δεν υπάρχει κάποια κινητική δυσκολία. Το οξυγόνο παραμένει ιδανικά διαθέσιμο για πιθανή εμφάνιση υπότασης, παρά τη διατήρηση της ενυδάτωσης με ενδοφλέβια υγρά (Cashion, 2006).



Εικόνα 18. Επισκληρίδιος αποκλεισμός

Ο επισκληρίδιος αποκλεισμός βοηθάει καθώς η γυναίκα μένει σε εγρήγορση, είναι άνετη, συνεργάζεται, χαλαρώνει τα αντανακλαστικά των αεραγωγών της μένουσ ακέραια, έχει μόνο μικρή κινητική πάρεση, η κένωση του στομάχου της δεν μειώνεται και η αιμορραγία είναι λίγη. Οι εμβρυϊκές επιπλοκές αποτελούν επίσης σπάνιο φαινόμενο (Cashion, 2006).

Ο επισκληρίδιος αποκλεισμός έχει όμως και μειονεκτήματα καθώς εμποδίζεται ικανότητα της γυναίκας να μετακινείται ελεύθερα και να έχει τον έλεγχο της γέννας της, εξαιτίας της διεξαγωγής πολλών ιατρικών παρεμβάσεων αλλά και της εμφάνισης ορθοστατικής υπότασης και ζάλης, καταστολής και αδυναμίας των κάτω άκρων, η υψηλή ραχιαία ή «πλήρης ραχιαία» αναισθησία, που προκαλεί αναπνευστική ανεπάρκεια και ενδέχεται να εμφανιστεί όταν το τοπικό αναισθητικό που χρησιμοποιείται στον επισκληρίδιο αποκλεισμό μπει λανθασμένα μέσα στον υπαραχνοειδή χώρο, το γεγονός πως οι μητέρες που υποβάλλονται σε επισκληρίδια αναισθησία έχουν συχνά πυρετό (π.χ., θερμοκρασία κατά τη διάρκεια του τοκετού

τουλάχιστον 38°C), ιδιαίτερα όταν η διάρκεια του τοκετού ξεπερνά τις 12 ώρες και τέλος η άνοδος της θερμοκρασίας σχετίζεται πιθανώς με τις μεταβολές στο θερμορρυθμιστικό κέντρο και προκαλεί εμβρυϊκή ταχυκαρδία γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα σημαντική η διερεύνηση της πιθανότητας σήψης του νεογνού, ακόμη και όταν δεν βλέπουμε εμφανή σημάδια λοίμωξης (Cashion, 2006).

8.8.Συνδυασμός επισκληρίδιας και ραχιαίας αναλγησίας

Στην συγκεκριμένη μέθοδο την «περιπατητική επισκληρίδια», μια βελόνα μπαίνει στον επισκληρίδιο χώρο και πριν από αυτό μια μικρότερη βελόνα με λίγη ποσότητα οπιοειδούς ή και τοπικού αναισθητικού εγχέεται ενδορραχιαία και προσφέρει ταχύτερη αναλγησία στην επίτοκο εισάγεται διαμέσου της οπής της επισκληρίδιας βελόνας στον υπαραχνοειδή χώρο. Έπειτα, ο επισκληρίδιος καθετήρας μπαίνει με την γνωστή τεχνική. Ο συνδυασμός επισκληρίδιας και ραχιαίας αναλγησίας αποτελεί μια ολοένα και πιο γνωστή μέθοδο, που χρησιμοποιείται για τον αποκλεισμό των ώσεων του πόνου. Οι επίτοκες είναι σε θέση να περπατήσουν, αν και συχνά δεν το επιθυμούν. Οι μαίες συχνά μπορεί να μην πιέζουν τι γυναίκες να περπατήσουν, επειδή ανησυχούν μην πέσουν. Παρόλα αυτά οι εξυπηρετούμενες μπορούν να πουν στην μαία αν χρειαστεί να αλλάξουν τη θέση τους και να πάρουν καθιστή θέση στον τοκετό που βοηθά να μειωθεί ο πόνος, να γίνει πιο εύκολη η διαδικασία της γέννας και στον περιορισμό της χρήσης εμβρυουλκών και αναρροφητικής εμβρυουλκίας στη γέννα (Cashion, 2006).

8.9.Υποξείδιο του αζώτου για αναλγησία

Το υποξείδιο του αζώτου μαζί με οξυγόνο δίνεται σε μικρή συγκέντρωση (έως 50%) για να μειωθεί ο πόνος κατά τη διάρκεια του πρώτου και δευτέρου σταδίου του τοκετού. Σε ελάχιστες δόσεις δίνεται σαν αναλγητικό και η επίτοκος μένει ξύπνια. Το υποξείδιο του αζώτου μπορεί να χορηγηθεί μαζί με άλλα φαρμακευτικά και μη φαρμακευτικά μέσα ανακούφισης του πόνου της γυναίκας. Η επίτοκος μπορεί να φορά

μια μάσκα προσώπου ή ένα επιστόμιο προκειμένου να παίρνει μόνη το αέριο. Τότε βάζει τη μάσκα πάνω από το στόμα και τη μύτη της το επιστόμιο 30 δευτερόλεπτα πριν ξεκινήσει η συστολή (επί ρυθμικών συστολών) ή όταν ξεκινήσει η συστολή (επί άρρυθμων συστολών). Με την εισπνοή, μια βαλβίδα ανοίγει και βγαίνει το αέριο. Η επίτοκος εξακολουθεί να δέχεται το αέριο λίγο λίγο έως ότου η συστολή σταματήσει. Όταν πάψει να εισπνέει, η βαλβίδα κλείνει. Στα μεσοδιαστήματα των συστολών, η επίτοκος βγάζει τη συσκευή και να αναπνέει φυσιολογικά. Η μαία προσέχει την έγγυο για να μην εμφανιστούν ναυτία και εμετός ή και απώλεια συνείδησης που μπορεί να συμβεί αν το υποξείδιο του αζώτου χορηγείται μαζί με οπιοειδή (Cashion, 2006).



Εικόνα 19. Αναλγησία με εισπνοή αναισθητικού μείγματος

9.ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΟΞΕΟΣ ΠΟΝΟΥ

Ως αίτια υποθεραπείας και μειωμένης χρήσης των αναλγητικών θα μπορούσαν να θεωρηθούν η ελλιπής εκπαίδευση στην αντιμετώπιση του πόνου από τις μαίες και το λοιπό ιατρικό προσωπικό . Ο έλεγχος του πόνου είναι μια πολυπαραγοντική κατάσταση που απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση κατά την διάρκεια του τοκετού . Η διεπιστημονική στάση που απαιτεί υπευθυνότητα και εκπαίδευση από ολη την ιατρική ομάδα. Η αποτυχία της μαίας και του λοιπού προσωπικού να καταλάβουν την ένταση

του πόνου στην γυναίκα , αλλά και η μη έκφρασή του από την ετοιμόγεννη , οδηγεί τελικά στην μη αντιμετώπισή του πόνου αυτού (Αμπραχίμ και συν., 2014).

Ένας άλλος λόγος είναι σαφώς η υποκειμενικότητα του πόνου καθώς είναι μια πολύ προσωπική εμπειρία που δεν γίνεται να εκτιμηθεί από τις μαίες αν δεν συνεργαστεί η επίτοκος.

Η ανεπαρκής και μη αξιολόγηση του πόνου είναι ένας ακόμα λόγος υποθεραπείας του οξέος πόνου καθώς σε περίπτωση δεν ερμηνεύεται η παρουσία του, τότε θεωρείται ως φαντασίωση της επίτοκου. Επίσης συχνά υποτιμούνται και οι ψυχολογικές αιτίες του πόνου (Αμπραχίμ και συν., 2014).

Η έλλειψη κατάλληλων δομών στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι δυστυχώς μια ακόμα αιτία υποθεραπείας του πόνου κατά τον τοκετό αφού η μορφίνη δεν είναι διαθέσιμη πάντα.

Η άγνοια βασικών αρχών φαρμακοκινητικής από τις μαίες και το ιατρικό προσωπικό μπορεί να σχετίζεται με υποθεραπεία καθώς δίνονται τα αναλγητικά φάρμακα σε ανεπαρκείς δόσεις και σε λάθος χρονικά διαστήματα. Οι μαίες οφείλουν να γνωρίζουν ότι χρειάζεται για να επιδράσουν σωστά τα φάρμακα (Αμπραχίμ και συν., 2014).

Ο φόβος των παρενεργειών συχνά σχετίζεται με υποθεραπεία του πόνου του τοκετού καθώς οι επίτοκοι η το ιατρικό προσωπικό διαλέγει να μην χρησιμοποιήσει ουσίες που μπορούν να ανακουφίσουν τον πόνο στη σωστή δοσολογία και χρήση (Αμπραχίμ και συν., 2014).

Οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, τις μαίες, τις ετοιμόγεννες γυναίκες και των οικογενειών τους είναι δυστυχώς ένας ακόμα λόγος μη ανακούφισης του πόνου του τοκετού καθώς η εμπιστοσύνη στις τεχνικές και τις λύσει που προτείνει η μαία μπορεί να μειωθεί. Η επικοινωνία μεταξύ της μαίας και των

γυναικών καθώς και των οικογενειών του αποτελεί σημαντικό μέρος της καθημερινής πρακτικής μαιευτικής . Η ουσιαστική φροντίδα που παρέχει μια μαία δυναμώνει από την καλή επικοινωνία με την επίτοκο. Οι μαίες κατέχουν μοναδική θέση στο ταξίδι του τοκετού γι' αυτό είναι σημαντικό να είναι πραγματικά κοντά στην επίτοκο προκειμένου να ανακουφίσουν τον πόνο της την στιγμή του τοκετού.

Βιβλιογραφία

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αμπραχίμ Ε., Λεπέτσος Π., Κουρκούτα Λ. (2014). Αιτίες υποθεραπείας οξέος πόνου. *Επιστημονικά Χρονικά*, 19(1): 43-49
2. Γουλές Δ. (2005). Εννοιολογία του πόνου, ο πόνος ως βίωμα και συμπεριφορά, *info orthopaedics*, http://www.iatrikionline.gr/Ortho_50/3.pdf.
3. Δίνας Κ., Πανταζής Κ., Λουφόπουλος Α. (2008). Μηχανισμός φυσιολογικού τοκετού. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 20(2):121-126
4. Δριτσάκου Κ., Τζώρτζη Α. (2012). Βασικές αρχές ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου κατά Lamaze σε φυσιολογικό τοκετό. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5(3):26-33

5. Σαρακατσιάνου Χ. (2012). Εκτίμηση και υποθεραπεία του μετεγχειρητικού πόνου. Μύθος ή πραγματικότητα; Το Βήμα του Ασκληπιού, 11(2):154-170

6. Χατζόπουλος Μ. (2014). Αναισθησία και αναλγησία στο φυσιολογικό τοκετό. 4ο Σεμινάριο «Μητέρα και παιδί». Υπό την αιγίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Ευρωπαϊκής Αναισθησιολογικής Εταιρείας και της Εταιρείας Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής Β. Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Beebe KR. (2014). Hypnotherapy for labor and birth. Nurs Womens Health.;18(1):48-58; quiz 59.

2. Cashion K. (2006). Αντιμετώπιση του πόνου στο: Lowdermilk D., Shannon P. Νοσηλευτική Μητρότητας. Μετάφραση –Επιμέλεια Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός

3. Cordioli E. (2013). Immersion in water in labour and birth. Sao Paulo Med;131(5):364.

4. Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné GP, Moutquin JM, Rossignol M, Dugas M, Wassef M, Bonapace J. (2014). Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. Birth.;41(2):122-37.

5. Jones L., Othman M., Dowswell T., Alfirevic Z., Gates S., Newburn M., Jordan S., Lavender T., Neilson JP. (2013). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
6. IASP. (1986). Subcommittee on taxonomy. *Pain*, 3:216-221.
7. LeMone P., Burke K. (2007). *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική*. Τόμος 4. Ιατρικές εκδόσεις, Λαγός
8. Levett KM, Smith CA, Dahlen HG, Bensoussan A. (2014). Acupuncture and acupressure for pain management in labour and birth: a critical narrative review of current systematic review evidence. *Complement Ther Med.*;22(3):523-40.
9. Lowdermilk DL. (2006). Ανατομία και φυσιολογία της κύησης στο: Lowdermilk D., Shannon P. *Νοσηλευτική Μητρότητας*. Μετάφραση –Επιμέλεια Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός 117

10. Lowdermilk DL. (2006α). Η διαδικασία του τοκετού στο: Lowdermilk D., Shannon P. Νοσηλευτική Μητρότητας. Μετάφραση –Επιμέλεια Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός
11. Anand, K. J., & Craig, K. D. (1996). New perspectives on the definition of pain. *Pain-Journal of the International Association for the Study of Pain*, 67(1), 3-6.
11. Nishi D, Shirakawa MN, Ota E, Hanada N, Mori R. (2014). Hypnosis for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev.*;8:CD010852.
12. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. (2012). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.*;2:CD009290.
13. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, Small R. (2014). Women's experiences of labour pain and the role of the mind: an exploratory study. *Midwifery.*;30(9):1029-35.