



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΝΙΚΟΛΕΤΑ ΧΑΤΖΗΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΟΥ

Μη Παρεμβατικοί Τρόποι Παρακολούθησης της Γυναίκας κατά τη Διάρκεια του Τοκετού: Η Ελληνική Πραγματικότητα.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2023





ΣΧΟΛΗ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«Μη Παρεμβατικοί Τρόποι Παρακολούθησης της Γυναίκας κατά τη Διάρκεια του Τοκετού: Η Ελληνική Πραγματικότητα.»

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Παπουτσής Δημήτριος

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:

Χατζηπαναγιωτίδου Νικολέτα (ΑΜ: 1553-156)

Πτολεμαΐδα, Σεπτέμβριος 2023

Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι αφιερωμένη στην οικογένειά μου και σε όλες τις επιτόκους που παλεύουν για να έχουν τον τοκετό που ονειρεύονται.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στην Ελλάδα τα ποσοστά των καισαρικών τομών έχουν ξεπεράσει το 50%, ενώ όσες γεννούν κολπικά υφίστανται έναν μεγάλο αριθμό παρεμβάσεων στη διάρκεια του τοκετού τους. Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ υπάρχει η τάση ο τοκετός να είναι λιγότερο παρεμβατικός, χωρίς να ελαττώνεται η ασφάλεια της μαιεύσης.

Σκοπός της μελέτης: Πρωτογενής σκοπός (primary objective) της έρευνας ήταν να καταγραφεί ο βαθμός παρεμβατικότητας και το είδος των παρεμβάσεων κατά την παρακολούθηση των γυναικών στη διάρκεια του τοκετού τους στην σημερινή ελληνική πραγματικότητα. Δευτερογενής σκοπός (secondary objective) ήταν να προσδιοριστούν οι παράγοντες εκείνοι που ελαττώνουν τον αριθμό των παρεμβάσεων. Τέλος, συσχετίστηκε ποσοτικά ο αριθμός και το είδος των παρεμβάσεων με την συνολική εμπειρία του τοκετού.

Υλικά και Μέθοδοι: Κατασκευάστηκε ένα διαδικτυακό ερωτηματολόγιο 54 ερωτήσεων για την καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, μαιευτικών δεδομένων και των ιατρικών παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του πιο πρόσφατου τοκετού των συμμετεχουσών. Το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε σε ηλεκτρονικά μέσα πανελλαδικής εμβέλειας από τον Νοέμβριο του 2022 έως τον Ιανουάριο του 2023. Όλες οι γυναίκες που είχαν γεννήσει τουλάχιστον μία φορά ήταν επιλέξιμες για τη μελέτη.

Αποτελέσματα: Κατά την χρονική περίοδο μελέτης, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από n=1.023 γυναίκες (διάμεση ηλικία= 38 έτη, εύρος: 20-70). Στο συνολικό δείγμα, το 98.6% αφορούσε Ελληνίδες, το 88.5% αποφοίτους ανώτατης εκπαίδευσης, και το 91.4% ήταν έγγαμες. Το 43.7% των γυναικών είχε γεννήσει ένα παιδί, ενώ το 44.5% είχε γεννήσει 2 παιδιά. Περίπου στο 95% των περιπτώσεων ο τοκετός έγινε σε νοσοκομείο, με το 5% να αφορά σε τοκετό στο σπίτι. Η πιο πρόσφατη κύηση των γυναικών ήταν low-risk στο 79.1% των περιπτώσεων. Το ποσοστό καισαρικής τομής ήταν 41.5%. Στη διάρκεια του τοκετού, στο 63.4% των γυναικών δεν επιτράπηκε η λήψη τροφής, στο 54.1% υπήρχε φλεβοκαθετήρας, στο 47.1% πραγματοποιήθηκε περινεοτομή, στο 50.7% έγινε ενίσχυση τοκετού με ωκυτοκίνη, και στο 60% περίπου έγιναν περισσότερες από 3 κολπικές εξετάσεις με 1 στις 10 γυναίκες να υποβάλλονται σε κολπική εξέταση κάθε ώρα. Η πλειοψηφία των γυναικών (>90%) γέννησε σε θέση λιθοτομής χωρίς να της επιτραπεί η δυνατότητα να κινητοποιηθεί. Φαίνεται πως τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας, η παρουσία μαιάς στον τοκετό και η low-risk κύηση οδηγούν σε λιγότερες παρεμβάσεις στον τοκετό. Τέλος, όσο λιγότερες οι παρεμβάσεις τόσο καλύτερη η εμπειρία της γέννας.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν την ιατροποίηση του τοκετού στις Ελληνίδες εγκύους τα τελευταία 20 χρόνια. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να χρησιμεύσουν ως μέτρο σύγκρισης και εντοπισμού πιθανών αλλαγών στις μελλοντικές πρακτικές τοκετού και να καθορίσουν ποια μέτρα για την προώθηση της κανονικότητας κατά τον τοκετό θα πρέπει να εφαρμοστούν.

Λέξεις-κλειδιά: Φυσιολογικός τοκετός, Ιατρικές παρεμβάσεις, Ιατροποιημένος τοκετός, Μαία/Μαιευτής

ABSTRACT

Introduction: In Greece, caesarean section rates have exceeded 50%, while those who give birth vaginally undergo a large number of interventions during childbirth. In Europe and the USA there is a tendency for labour to be less invasive, without reducing the safety of delivery.

Aim of the study: The primary objective of the study was to document the degree of intervention and the type of interventions during the monitoring of women during their labour in the current Greek reality. Secondary objective was to identify those factors that reduce the number of interventions. Finally, the number and type of interventions were quantitatively related to the overall childbirth experience.

Materials and Methods: A 54-question online questionnaire was constructed to capture demographic data, obstetric data and the medical interventions performed during the most recent childbirth of participants. The questionnaire was posted on nationwide electronic media between November 2022 to January 2023. All women who had given birth at least once were eligible for the study, and results were stratified by the timing of their last birth.

Results: During the study period, the questionnaire was completed by n=1.023 women (median age=38 years, range:20-70). In the total sample, 98.6% were Greek, 88.5% were graduates of higher education, and 91.4% were married. 43.7% of the women had given birth to one child, while 44.5% of them had given birth to two children. In around 95% of the cases, the delivery was in a hospital environment, with only 5% being home births. The women's most recent pregnancy was low-risk in 79.1% of the cases. The caesarean section rate was 41.5%. During delivery, 63.4% of the women were not allowed to have food, 54.1% had a permanent venipuncture, 47.1% had an episiotomy, 50.7% had oxytocin to boost labor, and approximately 60% of the women had more than 3 vaginal examinations, with 1 in 10 women undergoing a vaginal examination every hour. The majority of women (>90%) gave birth in a lithotomy position without being allowed to mobilise. It was also shown that childbirth preparation classes, the presence of a midwife at delivery and low-risk pregnancies lead to fewer interventions during delivery. Finally, the fewer the interventions were, the better the birth experience seemed to be.

Conclusions: The survey results demonstrate the medicalization of childbirth in Greek pregnant women over the past 20 years. These findings may serve as a benchmark against which to compare and identify possible changes in future birthing practices and to determine which measures to promote normality at birth should be implemented.

Keywords: Normal birth; medical interventions; medicalized births; midwife

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

Α' ΜΕΡΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Ανατομία του Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος.

- 1.1 Εξωτερικά Όργανα Αναπαραγωγής
- 1.2 Εσωτερικά Όργανα Αναπαραγωγής
- 1.3 Η Πύελος
- 1.4 Οι Μαστοί

2. Το Μηχανικό Φαινόμενο του Τοκετού

- 2.1 Βασικοί Ορισμοί
- 2.2 Φυσιολογία Τοκετού
 - 2.2.1 Σχήμα – Προβολή Εμβρύου – Θέση – Ύψος Προβάλλουσας Μοίρας – Εμπέδωση
 - 2.2.2 Στάδια Τοκετού
 - 2.2.3 Ορμόνες Τοκετού
- 2.3 Παθοφυσιολογία στον Τοκετό
- 2.4 Πλάνο Τοκετού Επιτόκου

3. Παρακολούθηση του Τοκετού

- 3.1 Δακτυλική Κολπική Εξέταση και Αξιολόγηση Διαστολής
- 3.2 Bishop Score
- 3.3 Καρδιοτοκογραφία – Διαλείπουσα Ακρόαση Παλμών
- 3.4 Μωβ Γραμμή
- 3.5 Ρόμβος Michaelis

4. Μέθοδοι Αναλγησίας στον Τοκετό

- 4.1 Ο Πόνος σε Κάθε Στάδιο του Τοκετού
- 4.2 Η Αντίδραση του Οργανισμού στον Πόνο του Τοκετού
- 4.3 Μη Παρεμβατικές Μέθοδοι Αναλγησίας
- 4.4 Παρεμβατικές Μέθοδοι Αναλγησίας

Β' ΜΕΡΟΣ

1. Η Εξέλιξη του Επαγγέλματος της Μαιευτικής
2. Γενικά Καθήκοντα μιας Μαίας/ ενός Μαιευτή
3. Ειδικά Καθήκοντα μιας Μαίας/ ενός Μαιευτή
4. Δικαιώματα Επιτόκου κατά τον Τοκετό της
5. Η Συμβολή της Μαίας/ του Μαιευτή σε έναν Μη Παρεμβατικό Τοκετό
 - 5.1 Εξάλειψη Εμποδίων Επικοινωνίας (Επιτόκου - Μαιευτικής Ομάδας)
 - 5.2 Ψυχοσωματική Προετοιμασία – Μαθήματα Προετοιμασίας Τοκετού
 - 5.3 Προετοιμασία και Προστασία Περινέου
 - 5.4 Χρήση Μπάλας – Νερού – Rebozo
 - 5.5 Κινητοποίηση Επιτόκου

Γ' ΜΕΡΟΣ – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή και Σκοπός της Έρευνας
 - 1.1 Εισαγωγή
 - 1.2 Σκοπός της Έρευνας
2. Υλικά και Μέθοδος
 - 2.1 Εργαλεία
 - 2.2 Πληθυσμός και δείγμα
 - 2.3 Περιορισμοί έρευνας
 - 2.4 Ηθική και Δεοντολογία

3. Αποτελέσματα της Έρευνας
4. Συζήτηση των Αποτελεσμάτων
5. Συμπεράσματα της Έρευνας

Δ' ΜΕΡΟΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βιβλιογραφία
2. Πηγές Εικόνων
3. Πηγές Πινάκων

Ε' ΜΕΡΟΣ – ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

A] Ερωτηματολόγιο

B] Έγκριση Ηθικής και Δεοντολογίας

Α' ΜΕΡΟΣ

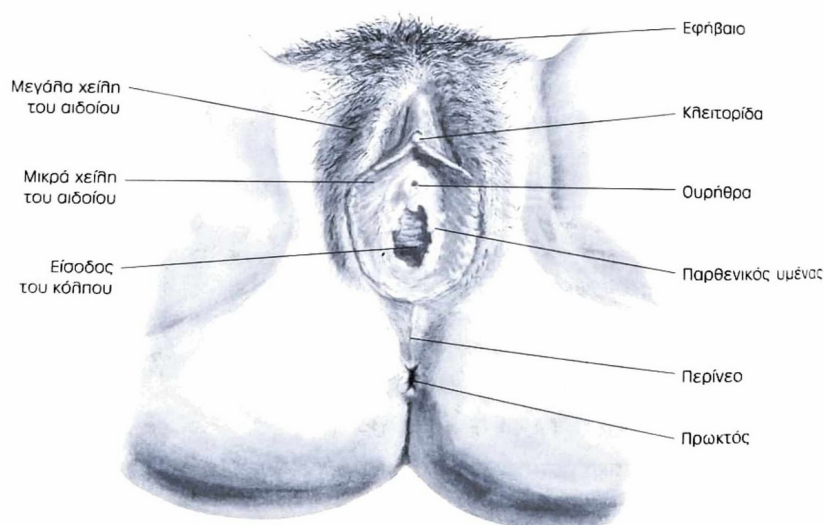
1. Ανατομία του Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος.

Το αναπαραγωγικό σύστημα ενός γυναικείου σώματος αποτελείται από διάφορα όργανα, εσωτερικά και εξωτερικά, τα οποία αποτελούν μέρος των πρωτογενών και δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου και είναι αρμόδια για την διαδικασία της αναπαραγωγής. Κατά την γέννηση, το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας είναι ανώριμο και αναπτύσσεται συνεχώς ώσπου να ωριμάσει στην εφηβεία και να είναι ικανό να παράγει γαμέτες με σκοπό την επίτευξη μιας εγκυμοσύνης και τη δημιουργία μιας νέας ζωής.

Τα όργανα τα οποία ανήκουν σε αυτό το σύστημα είναι τα εξής: οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες, η μήτρα, ο κόλπος, τα μικρά και τα μεγάλα χείλη, το εφήβαιο, η κλειτορίδα καθώς και οι μαστοί.

1.1 Εξωτερικά Όργανα Αναπαραγωγής

Τα αναπαραγωγικά όργανα της γυναίκας χωρίζονται σε εξωτερικά και εσωτερικά, ανάλογα με την θέση τους στο σώμα. Τα εξωτερικά αποτελούν το αιδοίο και βρίσκονται στην εξωτερική επιφάνεια του σώματος. Το αιδοίο περιλαμβάνει το εφήβαιο (γνωστό και ως “όρος της Αφροδίτης”), τα μικρά και τα μεγάλα χείλη, τον πρόδρομο του κόλπου, την κλειτορίδα, τους βαρθολίνειους αδένες, τους βόλβους του προδρόμου, το έξω στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες (Campbell & Monga, 2008) (Παπουτσής & Αντωνάκου, 2019).



ΕΙΚΟΝΑ 1. Εξωτερικά γυναικεία γεννητικά όργανα.

Εικόνα 1. Εξωτερικά γεννητικά όργανα γυναικείου φύλου.

Το εφήβαιο, αποτελούμενο από ινολιπώδη ιστό και με τριγωνική μορφή, βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση. Ανατομικά προς τα κάτω, το εφήβαιο χωρίζεται και δημιουργεί τα μεγάλα χείλη τα οποία είναι δερματικές πτυχές αποτελούμενες από αδένες, συνδετικό ιστό και υποδόριο λίπος που αφορίζουν τις δύο πλευρές της αιδοϊκής σχισμής. Εκεί βρίσκονται και οι δύο Bartholin's αδένες, οι οποίοι έχουν μέγεθος κόκκου φακής και παράγουν βλέννη στον κόλπο. Στο βάθος των μεγάλων χειλέων βρίσκονται οι βόλβοι του προδρόμου (Παπουτσής & Αντωνάκου, 2019).

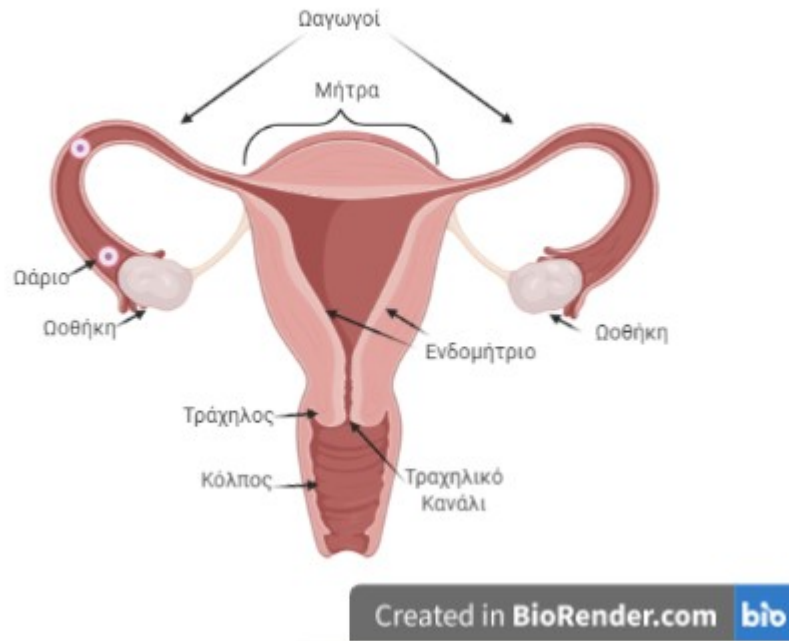
Εσωτερικά των μεγάλων χειλέων εντοπίζονται τα μικρά χείλη. Είναι δύο λεπτότερες δερματικές πτυχές, χωριζόμενες από τις μεσοχειλικές αύλακες, με πλούσια αιμάτωση και νεύρωση καθώς και με πληθώρα σημηματογόνων αδένων και συνδετικό ιστό. Τα μικρά χείλη ενώνονται προς τα επάνω σχηματίζοντας της πόσθη και το χαλινό της κλειτορίδας, καθώς και προς τα κάτω δημιουργώντας το χαλινό των μικρών χειλέων (Campbell & Monga, 2008). Η κλειτορίδα, εντοπισμένη κάτω από την ουρήθρα και μεταξύ του πρόσθιου άκρου των μικρών χειλέων, είναι ένα στυτικό μόρφωμα μήκους περίπου τριών εκατοστών το οποίο αποτελείται από τη βάλανο, το σώμα και δύο σκέλη. Έχει ανεπτυγμένη αισθητική νεύρωση και είναι εξαιρετικά ευαίσθητη κατά την σεξουαλική διέγερση (Hacker & Moore's, 2016).

Διαχωρίζοντας τα μικρά χείλη, γίνεται εμφανής ο πρόδρομος του κόλπου. Με έκταση από την κλειτορίδα έως τον χαλινό των μικρών χειλέων, ο πρόδρομος του κόλπου περιλαμβάνει την είσοδο του κόλπου και τον παρθενικό υμένα ενώ σε αυτόν εκβάλουν: η ουρήθρα, οι πόροι των Bartholin's αδένων και ο κόλπος. Ο παρθενικός υμένας δημιουργεί μια κυκλική περιφέρεια λεπτής βλεννώδους μεμβράνης γύρω από τον πρόδρομο του κόλπου και σε γυναίκα χωρίς σεξουαλικές επαφές περιγράφεται ως "άθικτος". Κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή ο υμένας υφίσταται μερική, συνήθως, ρήξη ενώ κατά τον πρώτο τοκετό γίνεται ολική ρήξη αυτού. Έπειτα από αυτό, παραμένουν λίγες μόνο εκβολές ιστού που ονομάζονται "μύρτα" (Παπουτσής & Αντωνάκου, 2019).

Το αιδοίο αιματώνεται από την έσω και την έξω αιδοϊκή αρτηρία και η νεύρωσή του γίνεται από κλάδους του αιδοϊκού νεύρου ενώ μπροστά από την ουρήθρα το αιδοίο νευρώνεται από το λαγονοβουβονικό και το μηρογεννητικό νεύρο (Hacker & Moore's, 2016).

1.2 Εσωτερικά Όργανα Αναπαραγωγής

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα βρίσκονται μέσα στο σώμα και είναι, με σειρά από τα εξωτερικά μέχρι τα εσωτερικά, ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες.



Εικόνα 2. Εσωτερικά γεννητικά όργανα γυναικείου φύλου.

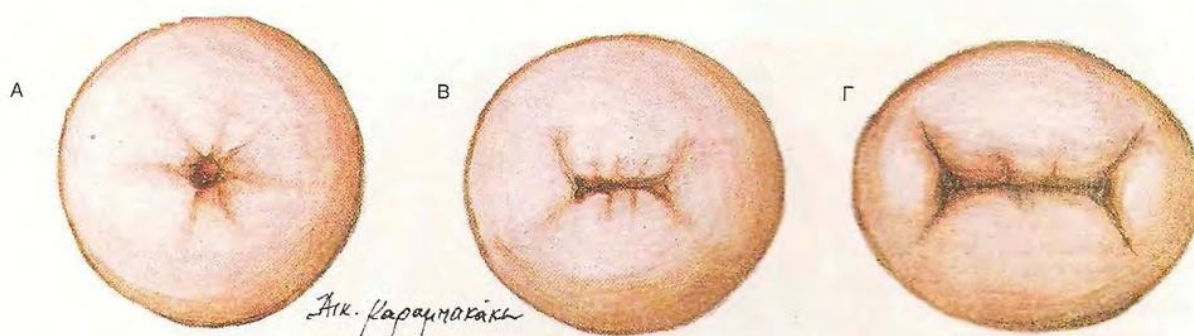
Ο κόλπος (ή αλλιώς γνωστός ως “κολεός”) είναι ένας επιπεδωμένος σωλήνας με καμπυλωτή τροχιά, αποτελούμενος από ινώδη και μυϊκό ιστό, ο οποίος συνδέει το αιδοίο με την μήτρα και έχει έκταση από 7 έως 9 εκατοστά. Αποτελείται από τρία μέρη (Παπουτσής & Αντωνάκου, 2019) :

- Πάνω άκρο: σχηματίζει τον οπίσθιο κολπικό θόλο και εκεί γίνεται η συλλογή του σπέρματος κατά την σεξουαλική επαφή.
- Σώμα: είναι το μεγαλύτερο τμήμα και χωρίζεται στο πρόσθιο (κοντά στην ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα) και στο οπίσθιο τοίχωμα (συνορεύει με το δονηλάσειο, το ορθό και το περίνεο).
- Κάτω άκρο: καταλήγει στον πρόδρομο του κολεού.

Στην ανοδική πορεία των έσω γεννητικών οργάνων, ακολουθεί η μήτρα. Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο σε σχήμα ανεστραμμένου αχλαδιού, ανατομικά βρίσκεται στην ελάχιστονα πύελο και αποτελείται από τέσσερα τμήματα: τον τράχηλο, τον ισθμό (το σημείο που ενώνεται ο τράχηλος με το σώμα), το σώμα της μήτρας και τον πυθμένα της μήτρας. Οι μέγιστες διαστάσεις

της σε μια γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας εξωτερικά είναι περίπου 7.5 εκατοστά σε μήκος, 5 εκατοστά σε πλάτος και 3 εκατοστά σε πάχος (Campbell & Monga, 2008).

Ο τράχηλος είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας και έχει κυλινδρική μορφή μήκους περίπου 2.5 εκατοστών. Το κομμάτι που ακουμπάει στον κόλπο ονομάζεται “έξω στόμιο” ενώ το κομμάτι που είναι προς το σώμα της μήτρας αποκαλείται “έσω στόμιο”. Στις άτοκες γυναίκες το έξω τραχηλικό στόμιο είναι στρογγυλό ενώ σε όσες έχουν γεννήσει το στόμιο αυτό έχει οριζόντια μορφή (Παπουτσής & Αντωνάκου, 2019).



Εικόνα 3. Αλλαγή σχήματος έξω τραχηλικού στομίου σε άτοκες γυναίκες (Α) και σε γυναίκες που έχουν γεννήσει (Β,Γ).

Το σώμα της μήτρας είναι το μεγαλύτερο τμήμα και ξεκινάει από τον ισθμό και φτάνει στον πυθμένα, το ανώτερο μέρος της μήτρας. Το τμήμα αυτό αποτελείται από τρεις χιτώνες (Παπουτσής & Αντωνάκου, 2019):

- ενδομήτριο, ο βλεννογονικός χιτώνας,
- μυομήτριο, ο μυϊκός χιτώνας,
- περιμήτριο, ορογόνιος χιτώνας.

Η μήτρα στηρίζεται στον χώρο με τέσσερις συνδέσμους - τους πλατειείς, τους στρογγυλούς, τους ιερομητρικούς και τους εγκάρσιους – καθώς και από το περιτόναιο.

Αμφοτερόπλευρα της μήτρας, στο ύψος του πυθμένα, εκτίνονται οι φαλλοπιανοί πόροι, κοινώς γνωστοί και ως “ωαγωγοί” ή “σάλπιγγες”, οι οποίοι είναι μυϊκοί σωλήνες που ξεκινούν από το μητρικό κέρασ και καταλήγουν κοντά στην κάθε ωοθήκη. Οι σάλπιγγες βοηθούν στην μεταφορά του ωαρίου από την ωοθήκη στην μήτρα και, ιδανικά, εκεί πραγματοποιείται και η γονιμοποίηση με το σπέρμα. Κάθε μια έχει μήκος περίπου 10 εκατοστά και αποτελείται από τέσσερα τμήματα (Hacker & Moore’s, 2016):

- την διάμεση μοίρα,
- τον ισθμό,
- τη λήκυθο,
- την κροσσωτή μοίρα (“κώδωνας”).



Εικόνα 4. Τα τμήματα της σάλπιγγας και η ωοθήκη.

Οι ωοθήκες, με αμυγδαλωτό σχήμα και μήκος που εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας και την φάση του εμμηνορρυσιακού κύκλου, βρίσκονται στην ελάσσονα πύελο και κρέμονται από το πίσω πέταλο του πλατέως συνδέσμου. Οι ωοθήκες κατά την γέννηση της γυναίκας περιέχουν περίπου δυο εκατομμύρια αρχέγονα ωοθηλάκια μερικά από τα οποία στην αναπαραγωγική ηλικία θα ωριμάσουν (“ωάρια”), τα οποία και θα απελευθερώνονται ένα-ένα σε κάθε εμμηνορρυσιακό κύκλο της γυναίκας μέχρι την ηλικία της εμμηνόπαυσης (Campbell & Monga, 2008). Τέλος, οι ωοθήκες είναι υπεύθυνες για την παραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης σε διαφορετικά ποσοστά ανάλογα με την φάση του κύκλου (Παπουτσή & Αντωνάκου, 2019).

1.3 Η Πύελος

Η γυναικεία οστέινη πύελος αποτελείται από το ιερό οστό και τα δύο ανώνυμα οστά. Τα ανώνυμα οστά ενώνονται μπροστά δημιουργώντας την ηβική σύμφυση, ενώ το ιερό οστό αποτελείται από πέντε σπονδύλους που συνοστεώνονται κατά την ενηλικίωση του ανθρώπου. Η πύελος χωρίζεται σε δύο τμήματα από μια νοητή γραμμή γνωστή ως “ανώνυμη ή πυελική γραμμή”, που αφορίζεται από κάθε μεριά από το ηβικό φύμα, την κτενιαία γραμμή, το λαγονοκτενικό όγκωμα, την τοξοειδή γραμμή και το ιερό οστό. Το μεγαλύτερο και πιο ευρύχωρο κομμάτι της

πύελου αποκαλείται “ψευδής ή μείζων” πύελος, ενώ το κατώτερο και πιο στενό τμήμα ονομάζεται “ελάσσων ή αληθής” πύελος. Η αληθής πύελος περικλείει όλα τα όργανα της πύελου, εκεί εντοπίζονται δηλαδή ο κόλπος, η μήτρα, η ουροδόχος κύστη, οι σάλπιγγες, οι ωθήκες και ένα κομμάτι του ορθού και του πρωκτού. Στην οστέινη πύελο καταλήγουν όλοι οι πυελικοί σύνδεσμοι και μύες ενώ είναι ιδιαίτερα σημαντική για την κύηση και τον τοκετό στην συνέχεια (Πρωτοπαπάς, 2022).

Η πύελος μπορεί να εμφανίσει διαφορές από άνθρωπο σε άνθρωπο, όσον αφορά το σχήμα και το μέγεθος και η εκτίμησή της γίνεται συνήθως κατά την προγεννητική αξιολόγηση. Οι τέσσερις βασικοί τύποι πύελου είναι (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013):

- Γυναικοειδής: η πιο συνηθισμένη πύελος στην γυναίκα,
- Ανδροειδής: μοιάζει με την ανδρική πύελο,
- Ανθρωποειδής: θυμίζει την πύελο των ανθρωποειδών πιθήκων,
- Πλατυπελοειδής: είναι επίπεδη ή επιπλατυσμένη.

1.4 Οι Μαστοί

Κατά την γέννηση, το μοναδικό όργανο που δεν έχει πετύχει την πλήρη ανάπτυξή του είναι ο μαστικός αδένας (ή αλλιώς “μαζικός αδένας”). Ο μαστός μιας γυναίκας έχει τέσσερα στάδια ανάπτυξης κατά τα οποία παρατηρούνται μεγάλες αλλαγές ως προς το σχήμα, το μέγεθος και την λειτουργία του. Τα στάδια αυτά είναι (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2015):

- Εμβρυϊκή ηλικία: Η ανάπτυξη του αδένου ξεκινάει μεταξύ της 4ης και 5ης εβδομάδας της κύησης με την εμφάνιση των δύο μαστικών κορυφογραμμών που ονομάζονται “γραμμές γάλακτος” ή “γαλακτικές γραμμές”. Η ανάπτυξη συνεχίζεται και κατά την 32η έως την 40η εβδομάδα κύησης αναπτύσσονται οι λοβιακές - κυψελιδικές δομές και δημιουργούνται στις θηλές ανοίγματα για την έξοδο του γάλακτος.
- Εφηβεία: Στις γυναίκες, το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του μαστού παρατηρείται μετά τη γέννηση. Λόγω των αλλαγών στο ορμονικό προφίλ κατά την μετάβαση από την βρεφική στην παιδική και έπειτα στην εφηβική ηλικία, παρατηρούνται πολλαπλές αλλαγές στην σύσταση του μαστού και την ανάπτυξη του δικτύου των εκφορητικών πόρων. Η ανάπτυξη του στήθους σε μέγεθος και σχήμα (“θηλαρχή”) είναι, συνήθως, το πρώτο σημάδι της εφηβείας για τα κορίτσια. Με την έναρξη της εμμηνου ρύσεως μεταβάλλεται εκ νέου η ορμονική ισορροπία με αποτέλεσμα οι αλλαγές του μαστού να είναι πιο απότομες.
- Κύηση και γαλουχία: Σε αυτό το στάδιο υφίσταται η πλήρης δομική και λειτουργική ωρίμανση του μαστού. Οι ορμόνες της εγκυμοσύνης οδηγούν στον πολλαπλασιασμό του συστήματος των αγωγών και καθ’όλη την διάρκεια των τριών τριμήνων της κύησης γίνονται

ορατές οι εξελίξεις του μαστού. Ιδιαίτερα στο τρίτο τρίμηνο, προς το τέλος της εγκυμοσύνης, η εμφανής αύξηση του στήθους είναι αποτέλεσμα της διαστολής των κυψελίδων λόγω της εμφάνισης του πρωτογάλακτος (“πύαρ”). Το στήθος συνεχίζει να λειτουργεί ως αδένας για την παραγωγή γάλακτος μέχρι και την φάση του αποθηλασμού, όπου ο μαστός αρχίζει να υποστρέφει και το στήθος επιστρέφει στην προ-εγκυμοσύνης κατάσταση.

- Εμμηνόπαυση: Η εμμηνόπαυση χαρακτηρίζεται από μείωση έκκρισης των ορμονών από τις ωοθήκες -οιστρογόνα και προγεστερόνη- και αποτέλεσμα αυτού είναι η εκφύλιση των πόρων του μαστού και η παλινδρόμηση των λοβίων του. Οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται στο τέλος από λιπώδη ιστό και ο ινώδης συνδετικός ιστός γίνεται ολοένα και πιο πυκνός.

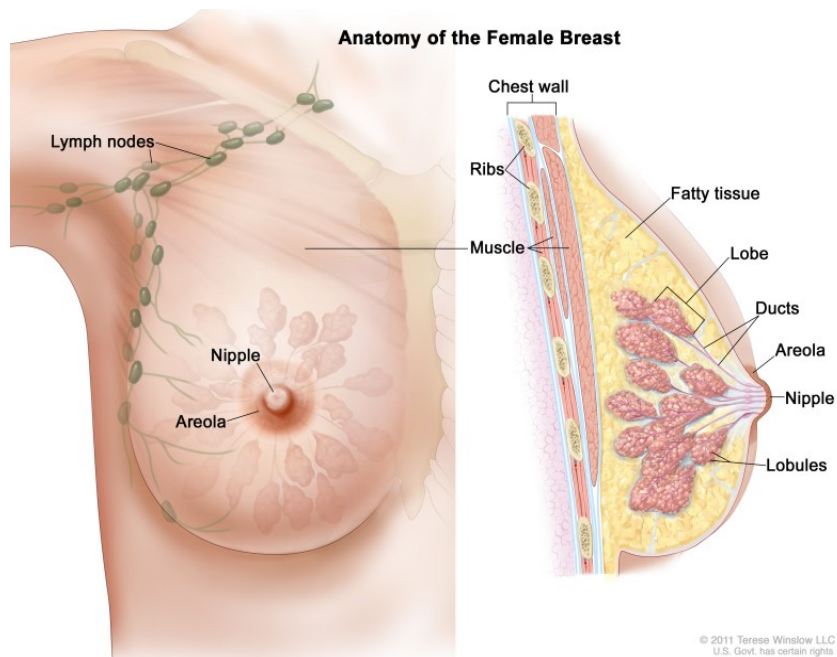
Ανατομικά, ο μαστός βρίσκεται μπροστά από τον θωρακικό κλωβό και εκτείνεται από την δεύτερη έως την έκτη πλευρά και από το έξω στερνικό χείλος έως την πρόσθια μασχालαία γραμμή. Μπορεί να χωριστεί νοητά σε τέσσερα τεταρτημόρια -άνω έσω, άνω έξω, κάτω έσω, κάτω έξω- το οποίο είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην αντικειμενική εξέταση του μαστού και την τοποθέτηση διάγνωσης σε περίπτωση που χρειαστεί. Όσον αφορά την δομή του, ο μαστός διαχωρίζεται σε τρία βασικά τμήματα, το αδενικό παρέγχυμα, το στρώμα και το δέρμα εξωτερικά, ενώ υπάρχουν επίσης αιμοφόρα αγγεία, νεύρα και λεμφαγγεία (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2015).

Το λειτουργικό τμήμα του μαστικού αδένος είναι το παρέγχυμα. Ο αδένος περιέχει 15-20 λοβούς, ακτινωτά γύρω από την θηλαία άλω και την θηλή, καθένας από τους οποίους αποτελείται από 20-40 λοβία και κάθε λοβίο από 10-100 λοβίδια ή αδενοκυψέλες. Ο κάθε λοβός έχει τον δικό του γαλακτοφόρο πόρο, έναν μικρό επιθηλιακό αυλό, που στο τέλος διευρύνεται και δημιουργεί τον γαλακτοφόρο κόλπο πριν ξαναστενέψει, σχηματίζοντας τον εκφορητικό πόρο που εκβάλλει στην θηλή (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2015).

Το στρώμα αποτελείται από δύο είδη ιστού που υπάρχουν μέσα στον μαστό, κάθε ένας με διαφορετικό ρόλο και σκοπό. Αρχικά, υπάρχει ο συνδετικός ιστός ο οποίος είναι ανελαστικός και διαπερνά όλον τον μαστό. Υπάρχει με την μορφή ινών που ονομάζονται ανελκκτήρες ή κρεμαστήρες σύνδεσμοι (αλλιώς γνωστοί ως “σύνδεσμοι του Cooper”) και ρόλος τους είναι η υποστήριξη του μαστού. Τέλος, είναι ο λιπώδης ιστός. Τα κύτταρα λίπους εντοπίζονται κυρίως στην πρόσθια επιφάνεια και βρίσκονται μεταξύ των λοβίων. Ο σκοπός του περιμαστικού λίπους είναι να δημιουργήσει όγκο στο στήθος, ενώ επίσης είναι αρμόδιο και για το σχήμα του μαστού (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2015).

Το δέρμα είναι το εξωτερικό τμήμα του μαστού και περικλείει όλα τα παραπάνω τμήματά του. Είναι μια σχετικά λεπτή δομή, σε σχέση με το δέρμα του υπόλοιπου σώματος, γι’ αυτό και είναι πιο ευαίσθητο στο κρύο και στην επαφή. Σε αυτό ανήκει και η θηλή, που εντοπίζεται στο μέσο της πρόσθιας επιφάνειάς του, χωρίς όμως η θέση της να είναι σταθερή. Η θηλή αποτελείται από τρία τμήματα - το πρόσωπο, το μίσχο και τη βάση - και περιβάλλεται από την θηλαία άλω. Στην επιφάνεια της θηλαίας άλω εντοπίζονται οι αδένες του Montgomery, μικρά επάρματα που εκκρίνουν μια ελαιώδη ουσία υπεύθυνη για την λίπανση και προστασία των θηλών έναντι του ερεθισμού από

τον θηλασμό. Τέλος, οι θηλές περιέχουν και λείες μυϊκές ίνες υπεύθυνες για την πρόκληση σκλήρυνσής τους κατά τον ερεθισμό τους (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2015).



Εικόνα 5. Ανατομία του γυναικείου μαστού.

2. Το Μηχανικό Φαινόμενο του Τοκετού

Η γέννα είναι ένα γεγονός – ορόσημο στην ζωή μιας γυναίκας, είναι η στιγμή που η ίδια γίνεται μητέρα. Είναι μια εμπειρία που ενδυναμώνει τόσο την ίδια όσο και τον σύντροφο και έχει την δύναμη να επηρεάσει την ζωή τους τόσο σε ατομικό όσο και κοινωνικό επίπεδο. Οι μελλοντικοί γονείς χρειάζονται επομένως σε αυτή την σημαντική στιγμή επαγγελματίες υγείας ικανούς να τους υποστηρίξουν, να τους καθοδηγήσουν και να τους βοηθήσουν να έχουν έναν δυναμικό τοκετό, με ασφάλεια και όπως τον ονειρεύονται (Marshall & Raynor, 2021). Είναι, επομένως, άκρως σημαντικό να θυμούνται τόσο οι μαιευτήρες όσο και οι μαίες και μαιευτές ότι κάθε ζευγάρι είναι ξεχωριστό, με διαφορετικές ανάγκες και θέλω, και πως πρέπει να προσαρμόζουν την τέχνη της μαιευτικής έτσι ώστε να καλύπτονται όλες οι απαιτήσεις του ζευγαριού χωρίς όμως να περιορίζεται η ασφάλεια της μαιεύσης.

2.1 Βασικοί Ορισμοί

Σε κάθε θηλαστικό στον πλανήτη η κύηση έχει διαφορετική διάρκεια. Για το ανθρώπινο είδος η κύηση διαρκεί 40 εβδομάδες. Φυσιολογικά, ο τοκετός εξελίσσεται στις 37 με 40 εβδομάδες και το νεογνό ονομάζεται “τελειόμηνο” (NICE, 2022). Εάν συμβεί πριν τις 37 εβδομάδες το νεογνό θεωρείται “πρόωρο”, ενώ μετά τις 40 εβδομάδες θεωρείται “παρατασιακό” (NICE, 2019). Ως τοκετός ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία πραγματοποιούνται συστολές της μήτρας που κάνουν τον τράχηλο να ανοίξει (“διαστολή”), να λεπτύνει και να τεντωθεί (“εξάλειψη”) για να επιτρέψουν την έξοδο του εμβρύου, του πλακούντα και των υμένων μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα (ACOG, 2023).

Οδεύοντας προς το τέλος της κύησης, το σώμα της γυναίκας καθώς και το έμβρυο προετοιμάζονται για να υποβληθούν στην διαδικασία του τοκετού και την μετάβαση στην εξωμήτρια ζωή. Αυτές τις τελευταίες εβδομάδες αρχίζουν και εμφανίζονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία υποδηλώνουν πως η ώρα του τοκετού πλησιάζει, τα οποία ονομάζονται “σημεία έναρξης του τοκετού”. Τα σημεία αυτά είναι (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013):

- Αίσθημα ελάττωσης της κοιλιακής διάτασης,
- Συχνουρία,
- Οσφυαλγία,
- Braxton Hicks – προπαρασκευαστικές συστολές,
- Μια σχετική απώλεια βάρους (0.5-1.5 κιλά),
- Υπερκινητικότητα,
- Αυξημένες κοιλιακές εκκρίσεις,
- Βλεννοαιματηρή έκκριση (“πώμα”),
- Ωρίμανση τραχήλου,
- Πιθανή ρήξη των υμένων.

Η έναρξη του τοκετού εξαρτάται όμως από ποικίλες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μητρικών και εμβρυικών ορμονών και είναι ιδιαίτερα περίπλοκος ο ακριβής προσδιορισμός της (Marshall & Raynor, 2021). Την διαδικασία έναρξης και έπειτα εξέλιξης του τοκετού, μπορούν να την επηρεάσουν επίσης πέντε βασικοί παράγοντες, γνωστοί και ως “τα πέντε P” (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013):

- Passenger – “διερχόμενο”, το έμβρυο και ο πλακούντας,
- Passageway – “δίοδος”, ο πυελογεννητικός σωλήνας,

- Powers – “δυνάμεις”, οι συστολές της μήτρας,
- Position – “θέση”, η θέση του σώματος της μητέρας,
- Psychologic response – “ψυχολογική αντίδραση”.

Τέλος, είναι σημαντικό επίσης το ότι η διαδικασία του τοκετού μπορεί να επηρεαστεί και από εξωγενείς παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι ο χώρος του τοκετού, ο θόρυβος, το φως, η ύπαρξη ή μη προετοιμασίας και οι επαγγελματίες υγείας.

2.2 Φυσιολογία Τοκετού

2.2.1 Σχήμα - Προβολή Εμβρύου – Θέση - Ύψος Προβάλλουσας Μοίρας - Εμπέδωση

Μια από τις πιο χρήσιμες δεξιότητες ενός επαγγελματία υγείας στην μαιευτική, και κυρίως μιας μαίας και ενός μαιευτή, είναι η κοιλιακή εξέταση με την ψηλάφηση. Ο συχνότερος τρόπος είναι με την πραγματοποίηση των χειρισμών του Λεοπόλδου· τέσσερις χειρισμοί που βοηθάνε τους επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν σημαντικές πληροφορίες ως προς το σχήμα, την θέση, την προβάλλουσα μοίρα και την εμπέδωση του εμβρύου. Πιο αναλυτικά (Beckmann, Ling, Herbert, Laube, Smith, Casanova, Chuang, Goepfert, Hueppchen & Weiss, 2018 • Παπουτσής & Αντωνάκου, 2019):

- Πρώτος χειρισμός: ψηλάφηση του πυθμένα της μήτρας με στόχο τον προσδιορισμό της προβολής και του σχήματος του εμβρύου.
- Δεύτερος χειρισμός: ψηλάφηση των τοιχωμάτων της μήτρας με σκοπό την αξιολόγηση της θέσης ράχης και άκρων του εμβρύου.
- Τρίτος χειρισμός: ψηλάφηση της προβάλλουσας μοίρας πάνω από την ηβική σύμφυση και την εμπέδωση.
- Τέταρτος χειρισμός: ψηλάφηση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου με σκοπό τον προσδιορισμό του βαθμού εμπέδωσης στην πύελο.



Εικόνα 6. Χειρισμοί του Λεοπόλδου

Το σχήμα του εμβρύου καθορίζεται σε σχέση με τον επιμήκη άξονα - σπονδυλική στήλη - του εμβρύου και της μητέρας. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αυτό είναι επίμηκες, λιγότερες φορές είναι εγκάρσιο ενώ σπάνια το σχήμα είναι λοξό (Beckmann et al., 2018). Όταν το έμβρυο παραμένει σε εγκάρσιο σχήμα στο τέλος της εγκυμοσύνης, δεν είναι εφικτός ο κολπικός τοκετός καθώς δεν θα μπορεί να εξελιχθεί και εγκυμονεί κινδύνους. Αντιθέτως, το λοξό σχήμα σπανίως παραμένει ως έχει και συνήθως αλλάζει όταν πλησιάζει ο τοκετός, είτε σε εγκάρσιο είτε σε επίμηκες σχήμα (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

Για να προσδιοριστεί η προβολή, είναι απαραίτητο να είναι γνωστή η “προβάλλουσα μοίρα” η οποία είναι το κατώτερο τμήμα του εμβρύου προς την πύελο της μητέρας και μπορεί να γίνει ψηλαφητή με τους παραπάνω χειρισμούς. Αναφέρεται επομένως, σαν ορισμός, στο τμήμα εκείνο το εμβρύου που εισέρχεται πρώτο στον πυελογεννητικό σωλήνα της γυναίκας. Οι πιο συχνές προβολές που προκύπτουν είναι (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013):

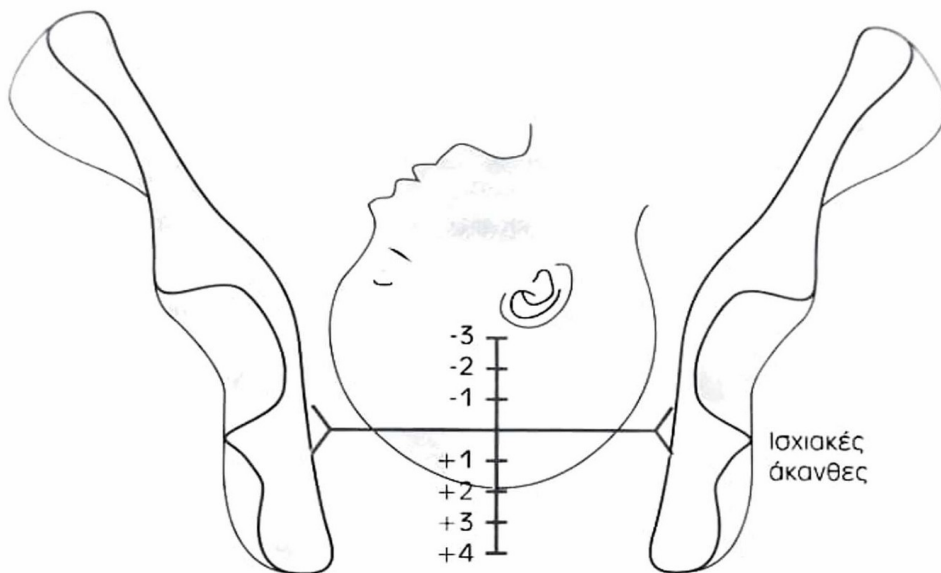
- Κεφαλική προβολή (~96% των περιπτώσεων): Προβάλλει το κεφάλι. Συνήθως η προβάλλουσα μοίρα είναι το ινίο.
- Ισχιακή προβολή (~3%): Προβάλλουν οι γλουτοί και/ή τα πόδια. Η μοίρα που προβάλλει πρώτη είναι το ιερό οστό.
- Ωμική προβολή (~1%): Προβάλλει ένας από τους δύο ώμους. Προβάλλουσα μοίρα είναι η ωμοπλάτη.

Η προβάλλουσα μοίρα μπορεί να επηρεαστεί από τρεις παράγοντες : το σχήμα, τη στάση του εμβρύου και την έκταση/ κάμψη του κεφαλιού (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

Η θέση αναφέρεται στην σχέση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου με τα τέσσερα τεταρτημόρια της πύελου της γυναίκας. (Beckmann et al., 2018) Για την καλύτερη συνεννόηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας γίνεται χρήση τριών γραμμμάτων για τον προσδιορισμό της θέσης (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013):

- Πρώτο γράμμα: Εντόπιση της προβάλλουσας μοίρας. (Δεξιά [Δ] – Αριστερά [Α]),
- Δεύτερο γράμμα: Η προβάλλουσα μοίρα. (Βρέγμα [Β] – Ινίο [Ι] – Ισχίο [Ισ] – Σαγόني [Σ] – Ωμοπλάτη [Ω]),
- Τρίτο γράμμα: Θέση της προβάλλουσας μοίρας. (Πρόσθια [Π] – Οπίσθια [Ο] – Εγκάρσια [Ε]).

Ένας από τους πιο βασικούς ορισμούς για την μαιευτική πράξη είναι το ύψος της προβάλλουσας μοίρας, καθώς αυτό καθορίζει τον ρυθμό καθόδου του εμβρύου κατά την διάρκεια του τοκετού. Το ύψος αυτό υπολογίζεται σε εκατοστά πάνω (-5, -4, -3, -2, -1) και κάτω (+1, +2, +3, +4, +5) από τις ισχιακές άκανθες (0) και είναι η σχέση της προβάλλουσας μοίρας και μιας νοητής γραμμής που διέρχεται από τις ισχιακές άκανθες. Ο τοκετός του εμβρύου αναμένεται να συμβεί όταν η προβάλλουσα μοίρα είναι στο +4 (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).



Εικόνα 7. Προσδιορισμός Ύψους Προβάλλουσας Μοίρας

Τέλος, η “εμπέδωση” συμβαίνει συνήθως προς το τέλος της κύησης και υποδηλώνει την διόδο της μεγαλύτερης εγκάρσιας διαμέτρου της προβάλλουσας μοίρας στην είσοδο της ελάσσονος πυέλου. Αυτό συμβαίνει όταν το ύψος της προβάλλουσας μοίρας είναι “0”. Ο καθορισμός της εμπέδωσης γίνεται με δαχτυλική κολπική εξέταση από τον επαγγελματία υγείας και είναι μια δεξιότητα που κατακτιέται έπειτα από κλινική εμπειρία και εξάσκηση (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

2.2.2 Στάδια Τοκετού

Όπως προαναφέρθηκε, ο τοκετός είναι η διαδικασία που συμβαίνει στο τέλος της κύησης και αποσκοπεί στην έξοδο του εμβρύου, των υμένων και του πλακούντα μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα. Κατά κανόνα, έχει τρία στάδια και κάθε στάδιο έχει υποκατηγορίες (Marshall & Raynor, 2021).

Το πρώτο στάδιο ξεκινάει όταν αρχίζουν να εμφανίζονται τακτικές συστολές της μήτρας, ικανές να προκαλέσουν εξάλειψη και διαστολή του τραχήλου, και ολοκληρώνεται όταν η εξάλειψη γίνει ολική και η διαστολή φτάσει τα 10 εκατοστά (“τελεία διαστολή”). Η διάρκειά του διαφέρει ανάλογα τον τόκο, την χρονική απόσταση από τον προηγούμενο τοκετό, την ψυχολογία της επιτόκου, την θέση και την προβολή του εμβρύου (Marshall & Raynor, 2021). Αυτό το στάδιο χωρίζεται σε τρεις φάσεις, ο διαχωρισμός των οποίων δεν είναι πάντα ξεκάθαρος στην βιβλιογραφία:

- Λανθάνουσα φάση: Ξεκινάει από όταν αρχίσουν οι επώδυνες, τακτικές συστολές και ολοκληρώνεται όταν ο τράχηλος αποκτήσει διαστολή τεσσάρων εκατοστών. Τότε θεωρείται ότι έχει γίνει εδραίωση / εγκατάσταση του τοκετού (NICE, 2022). Στις πρωτοτόκες αυτή η φάση μπορεί να διαρκέσει από 6 έως 8 ώρες (Marshall & Raynor, 2021).

MEDICALNEWS TODAY

Cervical Effacement

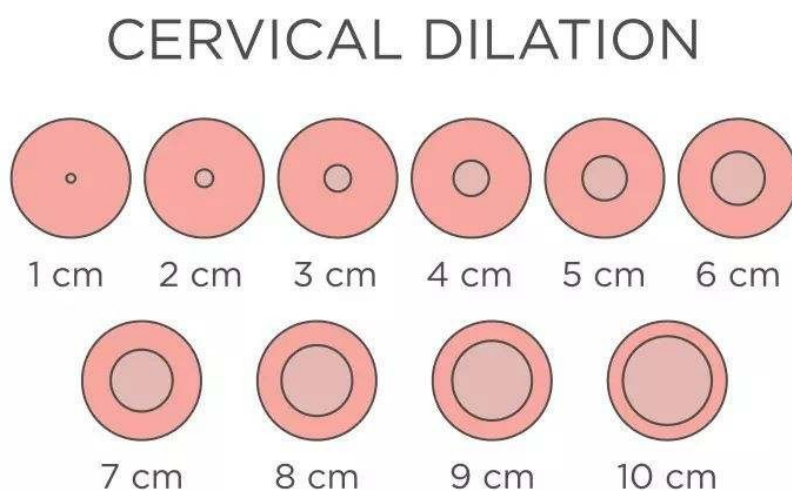


Εικόνα 8. Η Εξάλειψη του Τραχήλου

- Ενεργός φάση: Η ενεργός φάση είναι από τα 4 - 5 εκατοστά έως και τα 8 - 9 εκατοστά. Σε αυτό το στάδιο οι συστολές είναι πιο συχνές και πιο επώδυνες, ενώ η διαστολή γίνεται σε ταχύτερους ρυθμούς. Στην ενεργό φάση η επίτοκος θα δει πιθανόν την ύπαρξη αιματηρής

βλέννης. Η έκκριση αυτή ονομάζεται “τραχηλικό πώμα” και η πτώση του υποδηλώνει την εξάλειψη και διαστολή του τραχήλου. Συχνό είναι επίσης να συμβεί αυτόματη ρήξη των υμένων σε αυτή τη φάση. Βασικοί ρόλοι της μαιίας και του μαιευτή τότε είναι η αναγνώριση του κεχρωσμένου αμνιακού υγρού από μηκώνιο και η επιβεβαίωση του καλώς έχειν του εμβρύου με σκοπό τον αποκλεισμό της πρόπτωσης ομφαλίδας – ενός σοβαρού μαιευτικού επειγόντος που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση (Marshall & Raynor, 2021).

- **Μεταβατική φάση:** Η έναρξη της μεταβατικής φάσης συνήθως αναφέρεται στα 8 εκατοστά και ολοκληρώνεται στα 10 εκατοστά, δηλαδή στην τελεία διαστολή. Εδώ παρατηρείται μια αισθητή μείωση των συστολών τόσο σε ένταση όσο και σε συχνότητα, που μπορεί να κάνει το στάδιο αυτό να έχει μεγαλύτερη χρονική διάρκεια από την αναμενόμενη και να οδηγήσει σε περιττούς μαιευτικούς χειρισμούς εάν ο επαγγελματίας υγείας δεν είναι εξοικειωμένος με την μείωση αυτή της δραστηριότητας της μήτρας. Η επίτοκος μπορεί να νιώθει έντονη αίσθηση για να εξωθήσει καθώς επίσης και να νιώθει την ανάγκη για κένωση κατά την διάρκεια της συστολής, και τα δύο προειδοποιούν τον επαγγελματία υγείας ότι πλησιάζει το δεύτερο στάδιο του τοκετού (Marshall & Raynor, 2021).



Εικόνα 9. Η Διαστολή του Τραχήλου

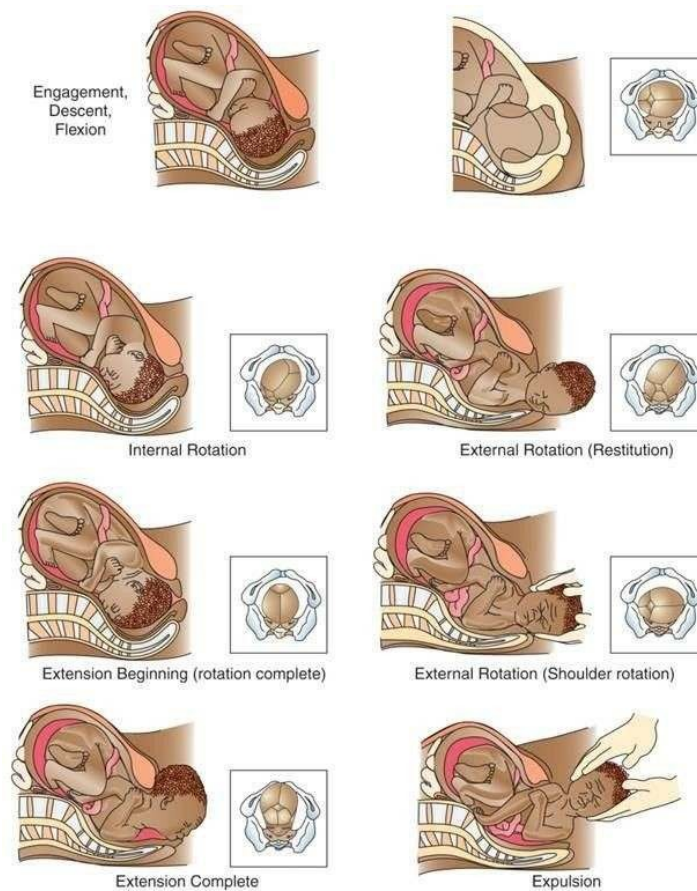
Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό της εξώθησης. Ξεκινάει όταν γίνει τελεία η διαστολή και ολοκληρώνεται με την έξοδο του εμβρύου και των υμένων. Έχει παρατηρηθεί ότι οι επίτοκες σε αυτή την φάση δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, εμφανίζουν σύγχυση και μπορεί να χάσουν τον έλεγχο της κατάστασης. Γι'αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να έχουν εκπαιδευτεί από πριν, από τα μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό, έτσι ώστε να γνωρίζουν τις αναπνοές που θα τις βοηθήσουν να αποφύγουν την υπεροξυγόνωση καθώς και τον βέλτιστο τρόπο εξώθησης, μιας και κατά το δεύτερο στάδιο θα τους είναι πιο δύσκολο να κατανοήσουν όσα τους λένε οι επαγγελματίες υγείας.

Σε αυτό το στάδιο αναγνωρίζονται στην βιβλιογραφία δύο φάσεις, η παθητική και η ενεργητική, ο διαχωρισμός των οποίων είναι βασικός για τους επαγγελματίες υγείας ώστε να

μπορούν να καθοδηγήσουν τις γυναίκες στην σωστή στιγμή για να εξωθήσουν, αποφεύγοντας έτσι τυχόν ανεπιθύμητα αποτελέσματα (Johnson & Taylor, 2021).

Η παθητική φάση χαρακτηρίζεται από απουσία εξωθητικής επιθυμίας από την επίτοκο, με την προβάλλουσα μοίρα να είναι ακόμα ψηλά στον πυελογεννητικό σωλήνα. Σταδιακά, θα αρχίσει να κατεβαίνει και να περιστρέφεται το προβάλλον τμήμα του εμβρύου με σκοπό την έξοδό του. Τέλος, στην φάση αυτή παρατηρείται ύφεση της δύναμης των συστολών, όπως και της συχνότητάς τους, έτσι ώστε να δοθεί στην γυναίκα η δυνατότητα να ανακάμψει και να αναπληρώσει τις δυνάμεις της για την εξώθηση (Johnson & Taylor, 2021).

Η ενεργητική φάση ξεκινάει όταν η γυναίκα αισθάνεται την ανάγκη να εξωθήσει και ολοκληρώνεται με την γέννηση του νεογνού (Παπουτσής & Αντωνάκου, 2023). Σε αυτή την χρονική στιγμή το έμβρυο είναι πλέον ορατό στον κόλπο και η έντονη επιθυμία για εξώθηση οφείλεται στο αντανακλαστικό του Ferguson. Λόγω αυτού, όταν το έμβρυο διέρχεται από τις ισχιακές άκανθες και έπειτα, προκαλεί ερέθισμα ενεργοποιώντας τους τασεοϋποδοχείς στον κόλπο με αποτέλεσμα την έκκριση μεγαλύτερων και συχνότερων ώσεων ωκυτοκίνης στο αίμα, δημιουργώντας έναν συνεχόμενο κύκλο θετικής ανατροφοδότησης. Επομένως, η συγκέντρωση της ωκυτοκίνης τριπλασιάζεται σε σχέση με την έναρξη του τοκετού και οι εξωθητικές συστολές γίνονται ιδιαίτερα πιο ισχυρές ώστε να επιτευχθεί η έξοδος του εμβρύου, ολοκληρώνοντας έτσι το δεύτερο στάδιο του τοκετού (Walter, Abele & Plappert, 2021 - Johnson & Taylor, 2021).



Εικόνα 10. Οι Κινήσεις της Κεφαλής κατά τον Τοκετό

Η γέννηση του νεογνού σηματοδοτεί την έναρξη του τρίτου σταδίου το οποίο είναι το στάδιο της υστεροτοκίας, δηλαδή της εξόδου του πλακούντα και των υπόλοιπων υμένων. Η γυναίκα νιώθει μεγάλη ανακούφιση συνήθως και ακολουθούν στιγμές γαλήνης καθώς η ίδια συνδέεται για πρώτη φορά με το νεογνό της. Επίσης σε αυτό το στάδιο ανήκει και η εξέταση της γεννητικής οδού και αποκατάσταση των βλαβών, εφόσον χρειάζεται.

Το στάδιο της αποκόλλησης του πλακούντα μπορεί να χωριστεί σε τρεις φάσεις (Johnson & Taylor, 2021):

- Λανθάνουσα φάση: Το μυομήτριο συσπάται όπως και στα δύο πρώτα στάδια, με αποτέλεσμα την μεγάλης έκτασης πάχυνση αυτού του τμήματος της μήτρας. Αυτό συμβαίνει στο μεγαλύτερο μέρος του μυομητρίου εκτός από το σημείο πρόσφυσης του πλακούντα, όπου η πάχυνση είναι μικρότερη. Η φάση αυτή διαρκεί 101 (+87 ή -87) δευτερόλεπτα.
- Φάση σύσπασης ή αποκόλλησης: Καθώς η μήτρα συσπάται, προκαλεί αντίστοιχα την σύσπαση του μυομητρίου στο κατώτερο τμήμα του πλακούντα. Αυτό με την σειρά του προκαλεί ένα κύμα αποκόλλησης σε όλον τον πλακούντα, με το ανώτερο τμήμα του να αποκολλάται τελευταίο. Η διάρκεια της φάσης αυτής είναι 56 (+45 ή -45) δευτερόλεπτα.
- Φάση εξόδου: Καθώς ο πλακούντας κατέρχεται προς τον πυελογεννητικό σωλήνα, παρασύρει και τις υπόλοιπες μεμβράνες και υμένες που είχαν παραμείνει στην μήτρα. Με τις εξωθητικές συστολές της μήτρας και την βοήθεια της βαρύτητας, εξέρχεται πρώτα ο πλακούντας και έπειτα οι λοιπές μεμβράνες. Η φάση της εξόδου κρατάει 77 (+63 ή -63) δευτερόλεπτα.

Η διαχείριση του τρίτου σταδίου μπορεί να γίνει με δύο τρόπους, ανάλογα με τις επιθυμίες της γυναίκας και τις ανάγκες του κάθε τοκετού. Μπορεί να γίνει μη παρεμβατικά – ή αλλιώς παθητικά / συντηρητικά – ή μπορεί να γίνει ενεργητική διαχείριση της υστεροτοκίας (Marshall & Raynor, 2021). Η φυσική και συντηρητική αντιμετώπιση αφορά την αναμονή έως και μιας ώρας από την έξοδο του εμβρύου έως την έξοδο του πλακούντα και περιλαμβάνει (Chapman & Charles, 2020):

- Επαφή δέρμα με δέρμα,
- Ενθάρρυνση θηλασμού με στόχο την αύξηση της ωκυτοκίνης φυσικά,
- Διατήρηση της μητέρας ζεστής και άνετης,
- Αποφυγή χορήγησης φαρμάκων, συνεχούς ψηλάφησης της μήτρας και απολίνωσης μητρικού άκρου ομφάλιου λώρου,
- Παρακολούθηση για σημεία αποκόλλησης (επιμήκυνση ομφάλιου λώρου, παρουσία αίματος, αίσθηση εξώθησης της μητέρας, ορατός πλακούντας) καθώς και για την απώλεια αίματος.

Η αλλαγή από παθητική σε ενεργητική διαχείριση συμβαίνει εάν το επιθυμήσει η γυναίκα, εάν υπάρχει αιμορραγία ή εάν ξεπεραστεί χρονικά το όριο της μίας ώρας. Η ενεργητική διαχείριση διαρκεί συνήθως τριάντα λεπτά και σε αυτήν την περίπτωση γίνεται (Chapman & Charles, 2020):

- Χορήγηση ωκυτοκίνης προφυλακτικά,
- Απολίνωση και κόψιμο του ομφάλιου λώρου,
- Μάλαξη (“milking”) του ομφάλιου λώρου φαίνεται να βοηθάει,
- Υποβοηθούμενη έλξη του ομφάλιου λώρου.

Εάν ξεπεραστεί το όριο των 30 λεπτών με ενεργητική διαχείριση, αυξάνεται ο κίνδυνος για αιμορραγία και πιθανόν να κριθεί αναγκαίο να γίνει αφαίρεση του πλακούντα με χειρισμούς.

2.2.3 Ορμόνες Τοκετού

Όλη η διαδικασία του τοκετού ρυθμίζεται από τις ορμόνες και σε αυτές βασίζεται η ομαλή λειτουργία των συστημάτων του σώματος που είναι υπεύθυνα για τις συστολές, την εξώθηση και τελικά την επιτυχή γέννηση του νεογνού.

Οι συστολές ξεκινάνε με την διέγερση των λείων μυϊκών ινών του μυομητρίου από ορμονικά ερεθίσματα και, πιο συγκεκριμένα, προκαλούνται από την ολίσθηση των νημάτων ακτίνης και μυοσίνης που ενισχύονται από την τριφωσφορική αδενοσίνη (“ATP”) και από το ασβέστιο. Η ωκυτοκίνη και οι προσταγλανδίνες συνδέονται στους αντίστοιχους υποδοχείς στο μυομήτριο ενεργοποιώντας την φωσφολιπάση C, η οποία με την σειρά της προκαλεί αλυσιδωτές αντιδράσεις με στόχο την απελευθέρωση ιόντων ασβεστίου. Είναι σημαντικό να διατηρούνται σε επαρκή ποσότητα τα ιόντα αυτά καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι χαμηλά επίπεδα ασβεστίου σχετίζονται με αυξημένες πιθανότητες καισαρικής τομής (Hacker & Moore’s, 2016).

Στον άνθρωπο η διαδικασία του τοκετού χωρίζεται σε τέσσερα στάδια με βάση τις αλλαγές στις ορμόνες και τις μεταβολές που προκαλούν. Αυτά τα στάδια είναι (Hacker & Moore’s, 2016):

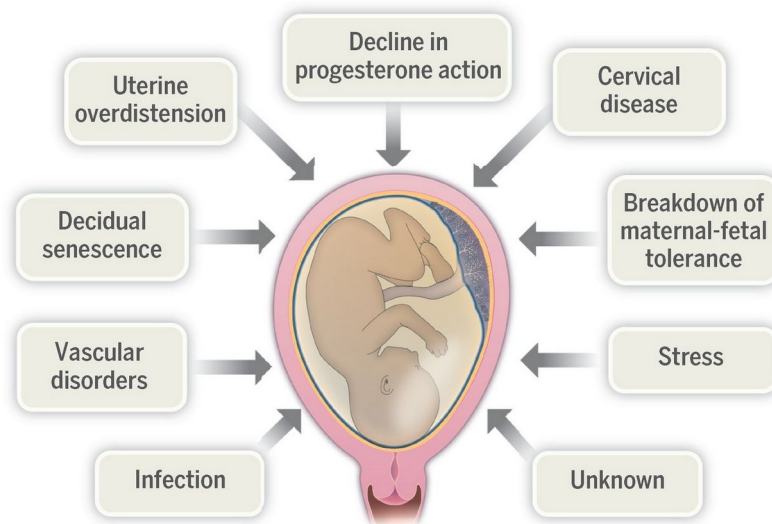
- Φάση 0: Είναι η φάση της ηρεμίας. Βασικό ρόλο εδώ παίζει η προγεστερόνη καθώς έχει φανεί πως είναι υπεύθυνη για την διατήρηση της ηρεμίας της μήτρας. Οι σπάνιες συστολές σε αυτή τη φάση ονομάζονται Braxton-Hicks και ο ασυντόνιστος χαρακτήρας τους οφείλεται κυρίως στην απουσία χασματικών συνδέσεων στο μυομήτριο.
- Φάση 1: Είναι η φάση της ενεργοποίησης. Αιτίες αυτής είναι η διάταση της μήτρας λόγω ανάπτυξης του εμβρύου και η ενεργοποίηση του άξονα “Υποθάλαμος – Υπόφυση – Επινεφρίδια” (HPA) του εμβρύου. Το αποτέλεσμα τους είναι τελικά η έκκριση του επιφανειοδραστικού παράγοντα των πνευμόνων, τον SP-A, στο αμνιακό υγρό ο οποίος με την σειρά του σηματοδοτεί την έναρξη του τοκετού.

- **Φάση 2:** Είναι η φάση της διέγερσης. Εδώ, ξεκινάει μια αντίδραση-καταρράκτης με την παραγωγή της CRH από τον πλακούντα η οποία με την σειρά της ενισχύει την παραγωγή κορτιζόλης και DHEA-S από το έμβρυο και, μέσω του θετικού feedback που ενισχύεται, ενεργοποιείται ο άξονας HPA. Βασικό ρόλο παίζουν και δυο ορμόνες: η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα. Στον άνθρωπο αυτές οι ορμόνες εκκρίνονται μέχρι την αποβολή του πλακούντα στον τοκετό. Όμως παρατηρείται λειτουργική απόσυρση της προγεστερόνης, που καθ'όλη την κύηση ήταν υπεύθυνη για την ηρεμία της δραστηριότητας της μήτρας, με αποτέλεσμα την λειτουργική επικράτηση των οιστρογόνων. Όλα αυτά οδηγούν στην συσταλτικότητα της μήτρας, στην ωρίμανση του τραχήλου και στην ενεργοποίηση του φθαρτού και των εμβρυικών μεμβρανών.
- **Φάση 3:** Είναι η τελευταία φάση και είναι αυτή της εξόδου. Σε αυτό το στάδιο καταγράφονται δραματικές αυξήσεις στην έκκριση της ωκυτοκίνης από την μητέρα, το οποίο είναι ουσιώδες για την έναρξη της τελικής φάσης και τελικά την έξοδο του εμβρύου. Παράλληλα, η μήτρα εμφανίζει μεγάλη ευαισθησία σε αυτή την ορμόνη ενισχύοντας ακόμα περισσότερο την δράση της. Το τελευταίο στάδιο, πέρα από την έξοδο του εμβρύου, περιλαμβάνει και την αποβολή του πλακούντα και τις συνεχείς συστολές της μήτρας. Οι συστολές μετά την έξοδο του πλακούντα αποσκοπούν στην μείωση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό και σε αυτό βοηθάει και η έκκριση της ωκυτοκίνης που προκαλείται από τα αρχικά στάδια του άμεσου θηλασμού μετά την γέννηση.

2.3 Παθοφυσιολογία στον Τοκετό

Ο τοκετός, όπως αναφέρθηκε, είναι ένα μηχανικό φαινόμενο με πολλές παραμέτρους. Υπάρχουν αρκετές καταστάσεις, τόσο πριν όσο και κατά την κύηση, που μπορούν να επηρεάσουν την εξέλιξή του και την διαδικασία της γέννησης. Στην βιβλιογραφία παρατηρούνται πέντε βασικές κατηγορίες που καλύπτουν αυτές τις περιπτώσεις που κάνουν έναν τοκετό υψηλού κινδύνου (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013):

- **Πρόωρος τοκετός:** Ορίζεται ως ο τοκετός που πραγματοποιείται πριν την ολοκλήρωση των 37 εβδομάδων της κύησης λόγω αλλαγών στον τράχηλο της μήτρας και λόγω συστολών που συμβαίνουν από την 20η έως την 37η εβδομάδα. Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου για τον πρόωρο τοκετό τους οποίους οφείλουν να αναγνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας έτσι ώστε να μειωθούν τα ποσοστά πρόωρων τοκετών.



Εικόνα 11. Αίτια ενός πρόωρου τοκετού.

- Πρώιμη ρήξη των εμβρυικών υμένων: Ονομάζεται η ρήξη του αμνιακού σάκου και η έξοδος αμνιακού υγρού πριν από την έναρξη του τοκετού, ασχέτως την εβδομάδας κύησης. Όταν η ρήξη πραγματοποιείται πριν από την 37η εβδομάδα, τότε υπάρχει “πρώιμη πρώιμη ρήξη των εμβρυικών υμένων”. Ο μεγαλύτερος φόβος των επαγγελματιών υγείας σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η χοριοαμνιονίτιδα, η οποία είναι μια ενδοαμνιακή λοίμωξη με σοβαρές επιπτώσεις τόσο για την μητέρα όσο και για το έμβryo.
- Δυστοκία: Ένας τοκετός που είναι δύσκολος ή/ και με παθολογικές παραμέτρους χαρακτηρίζεται “δυσλειτουργικός τοκετός” και αποτελεί το 8-11% των τοκετών και την δεύτερη βασικότερη αιτία καισαρικών τομών. Μπορεί να οφείλεται σε μητρική δυστοκία (υποτονική ή υπερτονική δραστηριότητα του μυομητρίου), σε εμβρυική δυστοκία (παθολογική προβολή του εμβρύου κατά την εμπέδωση) ή πυελική δυστοκία (στενότητα στα τρία επίπεδα της οστέινης πυέλου) (Gilbert, 2011).
- Παράταση της κύησης και τοκετός: Ορίζεται ως η κύηση η οποία έχει ξεπεράσει ημερολογιακά την 42η εβδομάδα. Τα ακριβή αίτια παραμένουν άγνωστα όμως η βιβλιογραφία συμφωνεί ότι η παρατασιακή κύηση οφείλεται σε αλληλεπιδράσεις του εμβρύου και του πλακούντα με το μυομήτριο και τον τράχηλο και αλλαγές στο ορμονικό προφίλ, τόσο του εμβρύου όσο και της εγκύου. Η παράταση της κύησης προκαλεί προβλήματα κατά τον τοκετό τα οποία οφείλονται στο έμβryo και στο ενδομήτριο περιβάλλον, ενώ εγκυμονεί κινδύνους τόσο για την μητέρα όσο και για το νεογνό.

TABLE 1

Risks Associated with Post-term Pregnancy**Maternal risks**

Acute cesarean delivery
Cephalopelvic disproportion
Cervical rupture
Dystocia
Fetal death during delivery
Large fetus
Postpartum hemorrhage
Puerperal infection

Neonatal risks

Asphyxia
Aspiration
Bone fracture
Perinatal death
Peripheral nerve paralysis
Pneumonia
Septicemia

Adapted with permission from Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978-1993. Am J Obstet Gynecol 2003;189:224.

Εικόνα 12. Κίνδυνοι που σχετίζονται με την παράταση της κύησης.

- Επείγουσες μαιευτικές καταστάσεις: Υπάρχουν κάποιες καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν κατά την διάρκεια του τοκετού οι οποίες χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης και είναι ιδιαίτερα σοβαρές για την έκβαση του τοκετού και την υγεία της μητέρας και του νεογνού. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τον κάθε αλγόριθμο αντιμετώπισης καθώς η άμεση εφαρμογή των μέτρων καθορίζει την μητρική και εμβρυϊκή έκβαση. Αυτές οι καταστάσεις είναι:
 - Κεχωρωμένο αμνιακό υγρό από μηκόνιο,
 - Δυστοκία ώμων,
 - Πρόπτωση ομφαλίδας,
 - Ρήξη της μήτρας,
 - Εμβολή αμνιακού υγρού.

2.4 Πλάνο Τοκετού Επιτόκου

Η μαία/ ο μαιευτής είναι ο επαγγελματίας υγείας που, λόγω του ότι περνάει τον περισσότερο χρόνο με το ζευγάρι, είναι ο αρμόδιος για να ενημερώσει τόσο την έγκυο όσο και τον σύντροφό της για τα δικαιώματά τους, για τις επιλογές που έχουν κατά τον τοκετό και την λοχεία καθώς και να τους υποστηρίξει στις αποφάσεις που θα λάβουν και να υπερασπιστεί τις επιθυμίες τους καθ' όλη

την διάρκεια της συνεργασίας με το ζευγάρι (Παπουτσή & Αντωνάκου, 2019). Ένα από τα βασικότερα σημεία στα οποία η βοήθεια της μαίας / του μαιευτή είναι ιδιαίτερης σημασίας, είναι η δημιουργία του “πλάνου τοκετού” του ζευγαριού. Στόχος του πλάνου αυτού είναι η ενημέρωσή τους για τις διαθέσιμες επιλογές όσον αφορά τον τοκετό και την λοχεία με σκοπό την διαλογή και, τέλος, ιεράρχηση αυτών των προτιμήσεων (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

Έχουν καταγραφεί πολλές έρευνες στην βιβλιογραφία που υποστηρίζουν την συμβολή των πλάνων τοκετού στην βέλτιστη έκβασή του. Συγκεκριμένα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ανδαλουσία από το 2009 έως το 2013 με 178 συμμετέχουσες, φάνηκε ότι στους τοκετούς όπου τηρήθηκε το πλάνο τοκετού σε ποσοστό ίσο / άνω του 75% η έκβαση ήταν ένας φυσιολογικός τοκετός στο 93.9% των περιπτώσεων και καισαρική τομή στο 6.1% των γυναικών. Αντίθετα, όταν η συμμόρφωση με το πλάνο τοκετού ήταν ίση ή κατώτερη του 50% τότε οι καισαρικές τομές ανέβηκαν στο 18.8% με τους φυσιολογικούς τοκετούς να αποτελούν το 81.3% των περιπτώσεων (Hidalgo-Lopezosa, Hidalgo-Maestre & Rodriguez-Borrego, 2017).

Ένα πλάνο τοκετού μπορεί να περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων (Marshall & Raynor, 2021) :

- Επιλογή συνοδού / παρουσία βοηθού μητρότητας / παρουσία προσωπικής μαίας ή μαιευτή,
- Επιλογή ρουχισμού μητέρας,
- Ύπαρξη μουσικής / ησυχίας,
- Κινητοποίηση ή μη της επιτόκου / μπάλα τοκετού / χρήση νερού / μασάζ,
- Διαλείπουσα ή συνεχόμενη καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση εμβρύου,
- Μεθόδους αναλγησίας,
- Μεθόδους διαχείρισης των σταδίων του τοκετού / της υστεροτοκίας,
- Θέσεις / στάσεις τοκετού,
- Χρόνος απολίνωσης ομφάλιου λώρου (“delayed cord clamping”),
- Άμεση επαφή του μωρού με την μητέρα δέρμα με δέρμα (“skin to skin contact”),
- Έναρξη θηλασμού από την στιγμή του τοκετού του νεογνού.

Όλες οι επιθυμίες της μητέρας καταγράφονται αναλυτικά από την μαία / τον μαιευτή στο πλάνο και μπορεί να το καταθέσει το ζευγάρι όπου επιλέξει να γεννήσει, με την προϋπόθεση ότι παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες στην εκάστοτε δομή.

My Birth PLAN

NAME: _____ PARTNER'S NAME: _____
 DUE DATE: _____ DOCTOR/MIDWIFE: _____

I HAVE:

GROUP B STREP
 GESTATIONAL DIABETES
 POSITIVE FOR HERPES
 RH INCOMPATIBLE WITH BABY
 NONE OF THE ABOVE
 OTHER: _____

PREFERRED DELIVERY METHOD:

VAGINAL VS/AC
 C-SECTION OTHER:
 BREATHE BABY DOWN TEAR NATURALLY
 COACHED TO PUSH FEEL BABY CROWN
 USE A MIRROR
 NO FOREPEEPS OR VACUUM

BIRTH POSITIONS:

I WOULD LIKE TO TRY:
 BIRTH BALL STANDING
 SQUATTING BATH
 LIE ON SIDE ALL FOURS
 BIRTH STOOL IN BED

AFTER DELIVERY:

SEX OF BABY ANNOUNCED BY:
 PARTNER STAFF FIND OUT MYSELF
 IMMEDIATE SKIN TO SKIN
 WIPES BABY FIRST
 PARTNER TO CUT CORD
 BARK/POINTE CORD BLOOD
 DELIVER PLACENTA NATURALLY

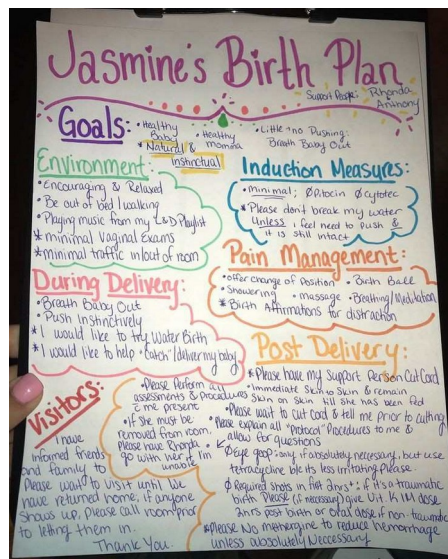
ILAN ON:

BREASTFEEDING BOTTLE FEEDING
 EXPRESSED BREAST MILK
 TO LUBE BABY:
 BATHED AT HOME BATHED IN HOSPITAL
 CIRCUMCISED IN HOSPITAL

MEDICATIONS FOR BABY:

PLEASE ADVISE: VITAMINE
 HEP B VACCINE ANTIBIOTIC EYE
 OINTMENT

WWW.TROUBLESHOOTINGMOTHERHOOD.COM



PATIENT INFORMATION

Name: AREEL
 DOB: _____
 Due Date: MAY 12, 2015
 Blood Type: _____
 Allergies: None

MY SUPPORT TEAM

Midwife: ROBERT
 Doula: _____
 Other Support: JEANETTE

We are very excited to be sharing this day with all of you as we have heard nothing but wonderful things about the . We have prepared for an UNMEDICATED BIRTH and truly appreciate all your support in achieving the goal as we welcome Baby into the world!

LABOR WISHES

Yes, please...

- Quiet, dimly lit room; keep talking to a minimum and avoid asking mom questions during contractions
- Ask permission before performing any checks or tests
- Allow mom to move about freely and try different positions
- Intermittent fetal monitoring with Doppler
- Only my support team and hospital staff allowed in room
- Access to birth stool and squat bar

No, thank you...

- Offering pain medications (mom will request if needed)
- Continuous fetal monitoring
- IV (prepain lock instead if necessary)

BIRTH WISHES

Yes, please...

- Mom will choose position for pushing
- Dad would like to catch baby and announce gender
- Support person
- Delayed cord clamping
- Dad would like to cut cord

No, thank you...

- Epidural (natural hearing preferred)
- Use of forceps or vacuum
- Counting while mom pushes

POSTPARTUM WISHES

Yes, please...

- Immediate skin to skin
- Mom will choose position for pushing
- Baby exclusively breastfed
- Delay Vitamin K, shot 1 hour after birth
- Give placenta for encapsulation - no preservatives/chemicals added
- Local anesthetic for any stitches

No, thank you...

- Offering bottles, pacifiers, or formula
- Bathing baby
- Hepatitis B vaccine
- Circumcision
- Eye ointment/drops
- Guests in room immediately after birth (we will tell you when we are ready for visitors)

Εικόνα 13, 14, 15. Το πλάνο τοκετού μπορεί να έχει πολλές μορφές. Μπορεί να είναι όμορφα δομημένο σε λίστα (Εικόνα Α), μπορεί να είναι χειρόγραφο με πολλά χρώματα (Εικόνα Β), μπορεί να είναι μια απλή καταγραφή των επιθυμιών (Εικόνα Γ) ή μπορεί να έχει οποιαδήποτε άλλη μορφή.

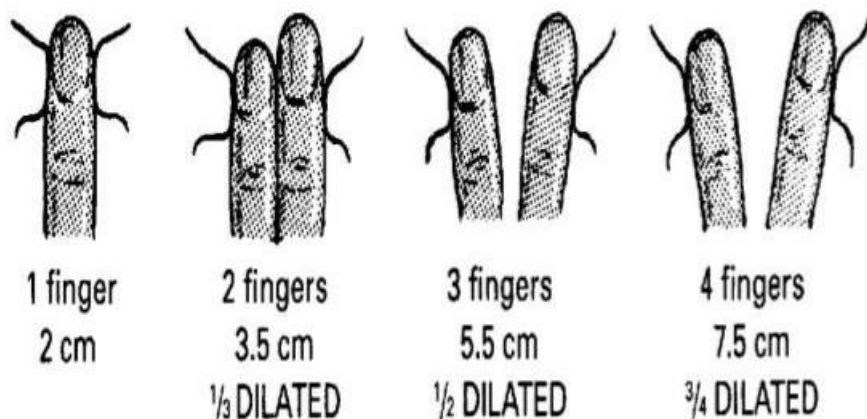
Μέσα από την συζήτηση με το ζευγάρι για την δημιουργία του πλάνου, εδραιώνεται μια ιδιαίτερη σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στην έγκυο και στον επαγγελματία υγείας. Έτσι η γυναίκα νιώθει ότι έχει τον έλεγχο του τοκετού της και ότι έχει την δύναμη να κάνει πράξη όλα όσα επιθυμεί. Τέλος, είναι απαραίτητο να είναι ενημερωμένη τόσο η γυναίκα όσο και ο σύντροφος ότι ο τοκετός είναι ένα μηχανικό φαινόμενο το οποίο δεν εξελίσσεται πάντα με βάση τις επιθυμίες των συμμετεχόντων και ότι υπάρχει και η πιθανότητα, σε περίπτωση ανάγκης για το καλό της μητέρας ή του νεογνού ή και των δύο, να μην τηρηθεί το πλάνο τοκετού και να ληφθούν αποφάσεις από τους επαγγελματίες υγείας που μπορεί να είναι αντίθετες με τις αρχικές επιθυμίες του ζευγαριού (Marshall & Raynor, 2021).

3. Παρακολούθηση του Τοκετού

3.1 Δακτυλική Κολπική Εξέταση και Αξιολόγηση Διαστολής

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, η διαστολή του τραχήλου αφορά την διεύρυνση του στομίου του τραχήλου και μετρείται σε εκατοστά. Ξεκινάει από την φυσική του μορφή – μια κλειστή οπή, δηλαδή 0 εκατοστά – και σταδιακά μετατρέπεται σε ένα άνοιγμα αρκετό ώστε να μπορέσει να γίνει η διέλευση του εμβρύου κατά την γέννηση, φτάνοντας τα 10 εκατοστά. Η αρχική μορφή του στομίου διαφέρει, ανάλογα με το εάν η γυναίκα είναι πρωτοτόκος – όπου και

είναι εντελώς κλειστό – και εάν είναι πολυτόκος – που έχει ένα με δύο εκατοστά διαστολή στην φυσική του κατάσταση, γνωστό και ως “τράχηλος πολυτόκου”. Η εξέταση που γίνεται για την αξιολόγηση της διαστολής είναι η κολπική δακτυλική εξέταση, η οποία πραγματοποιείται υπό άσηπτες συνθήκες με την εισχώρηση δύο δακτύλων στον κόλπο της γυναίκας από τον επαγγελματία υγείας. Αξιολογείται η απόσταση από την μια μεριά του στομίου του τραχήλου έως την ακριβώς απέναντι πλευρά και έπειτα ερμηνεύεται σε εκατοστά, για τον καθορισμό τελικά της διαστολής (Marshall & Raynor, 2021).



Εικόνα 16. Αποτύπωση της αξιολόγησης της διαστολής με το άνοιγμα των δακτύλων του επαγγελματία υγείας.

Η δακτυλική κολπική εξέταση είναι μια διαδικασία κατά την οποία ο επαγγελματίας υγείας αντλεί επίσης πληροφορίες για: την εξάλειψη του τραχήλου, την επιβεβαίωση της προβάλλουσας μοίρας, τον καθορισμό της εμπέδωσης της εμβρυϊκής κεφαλής (σε κεφαλική προβολή) και την διατύπωση του βαθμού καθόδου του εμβρύου στον πυελογεννητικό σωλήνα. Είναι όμως μια δυσάρεστη εξέταση για την έγκυο καθώς, πέρα από την πρόκληση δυσφορίας, πολλές φορές μπορεί να είναι ακόμα και επώδυνη για την ίδια, επομένως θα πρέπει να διεξάγεται επί συγκεκριμένων ενδείξεων και ανά συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα (Johnson & Taylor, 2021).

Ο επαγγελματίας υγείας είναι υποχρεωμένος να ζητήσει άδεια από την έγκυο για την πραγματοποίηση της εξέτασης και να εξηγήσει τους λόγους που επιθυμεί να διεξάγει τον συγκεκριμένο έλεγχο, την οποία έχει δικαίωμα η γυναίκα να αρνηθεί και πρέπει να γίνει σεβαστή η επιθυμία της. Εφόσον δεχτεί η έγκυος, με το πέρας της εξέτασης, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να ενημερώσει το ζευγάρι για τα ευρήματα και το πως αυτά επηρεάζουν την πορεία του τοκετού, σε γλώσσα κατανοητή από την έγκυο και τον σύντροφο (NICE CG190, 2022).

Σύμφωνα με την οδηγία της NICE η κολπική δακτυλική εξέταση πρέπει να προσφέρεται όταν φαίνεται ότι υπάρχει εγκατάσταση του τοκετού, για την επιβεβαίωση της υποψίας, ή όταν υπάρχει αμφιβολία ύπαρξης αυτής. Έπειτα από την επιβεβαίωση, η βιβλιογραφία αναφέρει την πραγματοποίηση κολπικής εξέτασης κάθε 4 ώρες, και όχι νωρίτερα, εκτός εάν υπάρχουν ανησυχίες για την υγεία της μητέρας ή του εμβρύου και εκτός αν διατυπωθεί επιθυμία από την ίδια της έγκυο για συχνότερο έλεγχο. Η εξέταση καλό είναι να γίνεται έπειτα από ψηλάφηση της κοιλίας με σκοπό

την συσχέτιση των αποτελεσμάτων των δύο εξετάσεων για την εξαγωγή βέλτιστων συμπερασμάτων (NICE CG190, 2022).

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να τηρούν αυτό το χρονικό διάγραμμα καθώς η κολπική εξέταση εγκυμονεί κινδύνους εάν γίνεται άσκοπα και πολύ συχνά. Σύμφωνα με τους Gluck και συν. (2020), σε περιπτώσεις πραγματοποίησης 5 ή παραπάνω κολπικών εξετάσεων καθ' όλη την διάρκεια του τοκετού, καταγράφηκαν αυξημένες πιθανότητες για εμπύρετη νοσηρότητα κατά τον τοκετό (ύπαρξη πυρετού και χοριοαμνιονίτιδα) καθώς και κατά την λοχεία (πυρετός μετά τον τοκετό και ενδομητρίτιδα). Επομένως, όσο πιο συχνά γίνονται οι κολπικές εξετάσεις τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος ανιουσών λοιμώξεων για την έγκυο και το έμβρυο (Gluck, Mizrachi, Herman, Bar, Kono & Weiner, 2020).

Επιπροσθέτως, η εξέταση αυτή στοχεύει συνήθως στην εκτίμηση της εξέλιξης του τοκετού, επομένως οφείλει να γίνεται από τον ίδιο επαγγελματία υγείας κάθε φορά ώστε να έχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια. Αυτό οφείλεται στο ότι η εξέταση αυτή βασίζεται σε υποκειμενικά κριτήρια – αξιολόγηση εκατοστών διαστολής τραχήλου και εκατοστών καθόδου της προβάλλουσας μοίρας στον κόλπο – τα οποία αξιολογούνται από τον επαγγελματία υγείας ανάλογα με την κλινική του εμπειρία καθώς και με βάση παράγοντες όπως είναι το άνοιγμα των δαχτύλων του σε εκατοστά και το πάχος των δακτύλων του. Έτσι, είναι πιθανόν διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας να καταλήγουν σε διαφορετικά αποτελέσματα κατά την αξιολόγησή τους, το οποίο οδηγεί σε ανακρίβειες και πιθανόν μη απαραίτητες/ εσφαλμένες κλινικές αποφάσεις και πράξεις (Johnson & Taylor, 2021).

Τέλος, η εξέταση πρόκειται για μια παρέμβαση στην φυσιολογική πορεία του τοκετού η οποία είναι ιδιαίτερα δυσάρεστη για την έγκυο γυναίκα. Πιο συγκεκριμένα οι Hassan και συν. (2012) αναφέρουν ότι σε έρευνα 176 γυναικών, το 82% αυτών δήλωσε ότι η κολπική εξέταση ήταν επώδυνη ή ιδιαίτερα επώδυνη ενώ 68% των γυναικών υποστήριξε ότι ένιωθε μεγάλη δυσφορία κατά την διάρκειά της. Επίσης, στην ίδια έρευνα καταγράφηκε ότι μεγάλη σημασία έχει και η προσέγγιση των γυναικών από τους επαγγελματίες υγείας καθώς μερικές από τις έγκυες δήλωσαν ότι ήταν ανάληκτη, δίχως ενσυναίσθηση. Τέλος, ανέφεραν ότι σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρήθηκαν ανεπαρκή μέσα προστασίας της ιδιωτικότητάς τους και έλλειψη σεβασμού της αξιοπρέπειας των εγκύων κατά την κολπική εξέταση (Hassan, Sundby, Husseini & Bjertness, 2012).

3.2 Bishop Score

Κατά την διάρκεια της κολπικής εξέτασης μπορεί να πραγματοποιηθεί και η εκτίμηση του Bishop score, ενός χρήσιμου κλινικού εργαλείου που βοηθάει στον προσδιορισμό εξέλιξης του τοκετού με ευαισθησία 75% αλλά επίσης βοηθάει στο να αποφασιστεί από τον επαγγελματία υγείας εάν μια πρόκληση τοκετού θα ήταν επιτυχής ή όχι, με βάση τα στοιχεία του συγκεκριμένου τραχήλου. Αξιολογούνται πέντε παράμετροι για τον υπολογισμό του (Παπουτσή & Αντωνάκου, 2023):

- η διαστολή του τραχήλου,
- η εξάλειψη του τραχήλου,
- ο βαθμός εμπέδωσης της προβάλλουσας μοίρας,
- η σύσταση του τραχήλου,
- η θέση του τραχήλου.

Χαρακτηριστικά τραχήλου	Βαθμολόγηση			
	0	1	2	3
Διαστολή (σε εκατοστά)	< 1	1 - 2	2 - 4	> 4
Εξάλειψη (μήκος)	> 4	2 - 4	1 - 2	< 1
Εμπέδωση	- 3	- 2	- 1 / 0	+ 1 / + 2
Σύσταση τραχήλου	Σκληρός	Μέτριος	Μαλακός	-
Θέση τραχήλου	Οπίσθιος	Μέσος / Πρόσθιος	-	-

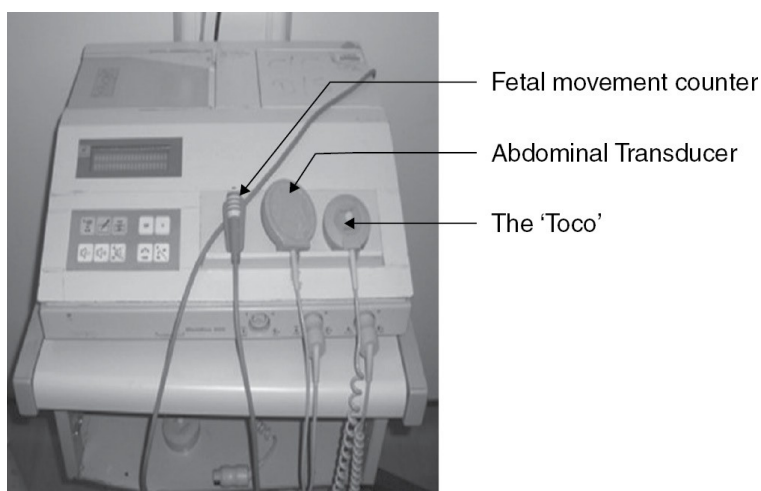
Πίνακας 1. Τροποποιημένο *Bishop Score* της RCOG

Η βαθμολογία του Bishop βγαίνει με το άθροισμα των πόντων (στήλη) από κάθε χαρακτηριστικό (γραμμή). Για την πρόκληση του τοκετού με την χρήση ωκυτοκίνης μια βαθμολογία > 8 φαίνεται ότι οδηγεί σε υψηλά ποσοστά επιτυχίας, ενώ σε βαθμολογία < 6 προτείνεται η χρήση μεθόδων ωρίμανσης του τραχήλου πριν την έναρξη των προσπαθειών για πρόκληση καθώς σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά αποτυχίας. Όταν ολοκληρωθεί η κολπική εξέταση, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να ενημερώσει την επίτοκο για τις πληροφορίες που έλαβε από την εξέταση και να αποφασίσουν μαζί για τα επόμενα βήματα στην φροντίδα της (Παπουτσής & Αντωνάκου, 2023).

3.3 Καρδιοτοκογραφία - Διαλείπουσα Ακρόαση Παλμών

Ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία ενός επαγγελματία υγείας στην Μαιευτική και Γυναικολογία, και βασική του προτεραιότητα κατά την παραλαβή μιας εγκύου, είναι η ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών, η οποία μπορεί να γίνει με αρκετές μεθόδους. Πιο συχνά στην Ελλάδα πραγματοποιείται με την χρήση καρδιοτοκογράφου, με χρήση κοιλιοσκοπίου Pinard και με φορητό sonicaid. Με την ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών επιτυγχάνεται η καταγραφή της κατάστασης του εμβρύου μέσα στο ενδομήτριο περιβάλλον το οποίο βοηθάει στον προσδιορισμό του χρόνου διεκπεραίωσης του τοκετού, καθώς και τον τρόπο που θα γίνει αυτό, σε περίπτωση που θα αναγνωριστεί εμβρυϊκή δυσχέρεια. Είναι άκρως απαραίτητη η κατάρτιση του επαγγελματία υγείας και η εξοικείωσή του με τα εργαλεία που διαθέτει, μιας και η ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών και η αξιολόγησή τους απαιτεί εμπειρία και ορθή εκπαίδευση διότι είναι υποκειμενική – ειδικά με την χρήση Pinard. Η εσφαλμένη ερμηνεία των εμβρυϊκών παλμών μπορεί να οδηγήσει σε αναίτιες κλινικές παρεμβάσεις στην φυσική διαδικασία του τοκετού, όμως μπορεί να έχει και ιδιαίτερα δυσάρεστη έκβαση, δηλαδή περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα (Παπουτσή & Αντωνάκου, 2023).

Η ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο τρόπους: διαλείπουσα και συνεχής ακρόαση. Η επιλογή της μεθόδου εξαρτάται από την κύηση (εάν είναι χαμηλού κινδύνου - low risk – ή υψηλού κινδύνου – high risk) και από την επιθυμία της επιτόκου. Εάν ο βαθμός κινδύνου της κύησης και του τοκετού είναι υψηλός ή εάν η επίτοκος επιθυμεί να γίνεται συχνότερος έλεγχος των εμβρυϊκών παλμών, τότε η μέθοδος εκλογής είναι ο καρδιοτοκογράφος (Παπουτσή & Αντωνάκου, 2023). Επίσης, συστήνεται η χρήση καρδιοτοκογράφου όταν γίνεται πρόκληση με ωκυτοκίνη και όταν γίνεται χρήση επισκληριδίου αναισθησίας (Marshall & Raynor, 2021). Το μηχάνημα αυτό αποτελείται από δύο κεφαλές, η μια κεφαλή τοποθετείται, χωρίς κάποιας μορφής γέλη, στον πυθμένα της μήτρας και καταγράφει της συστολές της (“TOCO”) και η δεύτερη τοποθετείται πάνω από την εστία ακρόασης των παλμών του εμβρύου έπειτα από την τοποθέτηση γέλης στο σημείο (“ULTRA”). Επίσης, υπάρχει σε κάποια μοντέλα και μια προέκταση η οποία βοηθάει την μητέρα να καταγράφει την κινητικότητα του εμβρύου με την πίεση ενός εμβόλου. Πέρα από τις δυο κεφαλές, υπάρχει και η δυνατότητα σύνδεσης μιας επιπλέον κεφαλής για την ταυτόχρονη καταγραφή δυο εμβρύων σε περίπτωση δίδυμης κύησης. Τέλος, όλα αυτά συνδέονται σε μια οθόνη όπου και φαίνεται τόσο η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου όσο και οι συστολές της μήτρας σε συνεχή καταγραφή, τα οποία στην συνέχεια εκτυπώνονται σε ειδικό χαρτί, αποτελώντας το “καρδιοτοκογράφημα”.



Εικόνα 17. Καρδιοτοκογράφος

Πριν ξεκινήσει η εξέταση, η επίτοκος παροτρύνεται να έχει φάει νωρίτερα, έτσι ώστε να είναι κινητικό το έμβρυό της. Επίσης προτείνεται να αδειάσει την ουροδόχο κύστη της πριν ξαπλώσει, μιας και θα βρίσκεται ξαπλωμένη για τουλάχιστον 40 λεπτά. Είναι σημαντικό η θέση που τοποθετείται η έγκυος να είναι ημικλινής και όχι ύπτια, διότι αλλιώς θα ασκηθεί πίεση στην κάτω κοίλη φλέβα από την εγκύμονο μήτρα και η γυναίκα θα αρχίσει να διαμαρτύρεται για ζαλάδες, δύσπνοια και πτώση της αρτηριακής πίεσης (“σύνδρομο κάτω κοίλης φλέβας”). Εάν συμβεί αυτό, η έγκυος πρέπει να γυρίσει πλάγια στην αριστερή της πλευρά ώστε να μειωθεί η πίεση που ασκείται και να επανέλθει η αιματική ροή τόσο στην μητέρα όσο και στο έμβρυο (NICE, 2018).

Πριν την τοποθέτηση των κεφαλών της συσκευής είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση των χειρισμών του Λεοπόλδου ώστε, για την βέλτιστη και ορθή τοποθέτηση του καρδιοτοκογράφου, να προσδιοριστούν: το ύψος του πυθμένα και η ράχη του εμβρύου. Έπειτα, πρέπει να γίνει ψηλάφηση και καταγραφή, επάνω στο καρδιοτοκογράφημα, των παλμών της εγκύου έτσι ώστε να οριστεί εγγράφως η διαφοροποίησή τους από αυτούς του εμβρύου. Τέλος, πάνω στο καρδιοτοκογράφημα οφείλεται να αναγράφονται επίσης: ονοματεπώνυμο επιτόκου, ημερομηνία, ώρα, αρτηριακή πίεση, σφίξεις, εβδομάδα κύησης, παρατηρήσεις όπως αλλαγή θέσεως επιτόκου – καταστάσεις που επεξηγούν αλλαγές στο καρδιοτοκογράφημα – καθώς και, με το πέρας της εξέτασης, να σημειωθεί η αξιολόγηση του καρδιοτοκογραφήματος (καθησυχαστικό, ύποπτο, παθολογικό) και να υπογραφεί από τον επαγγελματία υγείας που έκανε την γνωμάτευση (Παπουτσής & Αντωνάκου, 2019).

Η διάρκεια καταγραφής με καρδιοτοκογράφο πριν από τον τοκετό καθώς και η διάρκεια του καρδιοτοκογραφήματος εισαγωγής στην αίθουσα τοκετού είναι 30 λεπτά. Ο χρόνος αυτός αυξάνεται σε περίπτωση που η καταγραφή δεν είναι η ιδανική. Για να αξιολογήσει ένας επαγγελματίας υγείας ένα καρδιοτοκογράφημα πρέπει να αξιολογήσει τις εξής επιμέρους παραμέτρους (Mosby’s et al., 2018):

- Βασική γραμμή: είναι η μέση τιμή της εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας στρογγυλοποιημένη σε διαστήματα των 5 χτύπων ανά λεπτό κατά την διάρκεια 10 λεπτών. Για τον προσδιορισμό της αφαιρούνται οι επιταχύνσεις, οι επιβραδύνσεις και οι περίοδοι

εκσεσημασμένης μεταβλητότητας. Θεωρείται φυσιολογική όταν η τιμή της είναι μεταξύ 110 και 160 bpm (beats per minute – χτύποι ανά λεπτό). Όταν η βασική γραμμή είναι άνω των 160 bpm τότε ονομάζεται “ταχυκαρδία”, ενώ όταν η βασική γραμμή πέσει κάτω των 110 bpm ορίζεται ως “βραδυκαρδία”.

- **Μεταβλητότητα:** είναι η διακύμανση πάνω και κάτω από την βασική γραμμή, με ακαθόριστο εύρος και διάρκεια. Υπολογίζεται αφαιρώντας την ελάχιστη από την μέγιστη τιμή των διακυμάνσεων και μετριέται σε χτύπους ανά λεπτό. Εντός φυσιολογικών ορίων είναι ένα εύρος 6 – 25 χτύπους ανά λεπτό. Εάν το εύρος της δεν είναι ορατό με το μάτι τότε χαρακτηρίζεται ως “απούσα”. Όταν το εύρος είναι μικρότερο ή ίσο με 5 χτύπους ανά λεπτό ορίζεται ως “ελαττωμένη”, ενώ ονομάζεται “εκσεσημασμένη” όταν το εύρος της είναι μεγαλύτερο των 25 bpm.
- **Επιτάχυνση:** ονομάζεται η οπτικά εμφανής αύξηση της εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας πάνω από την βασική γραμμή με διάρκεια τα 2 λεπτά. Θεωρείται παρατεταμένη όταν διαρκεί πάνω από 2 λεπτά αλλά λιγότερο από 10 λεπτά. Σε περίπτωση που διαρκεί πάνω από 10 λεπτά, τότε υπάρχει εμβρυϊκή ταχυκαρδία και δεν είναι πλέον επιτάχυνση αλλά αλλαγή της βασικής γραμμής.
- **Επιβραδύνσεις:** είναι οι εμφανείς, με το γυμνό μάτι, πτώσεις της εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας κάτω από την βασική γραμμή και χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες.
 - Πρώιμες: βαθμιαία πτώση της εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας και έπειτα επαναφορά της στην βασική γραμμή. Σχετίζεται με την συστολή του μυομητρίου (το ναδίρ της επιβράδυνσης ταυτίζεται χρονικά με το ζενίθ της συστολής).
 - Όψιμες: βαθμιαία πτώση της εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας και έπειτα επαναφορά της στην βασική γραμμή. Σχετίζεται με την συστολή του μυομητρίου (το ναδίρ της επιβράδυνσης ταυτίζεται χρονικά με το πέρας της συστολής).
 - Μεταβαλλόμενες: αιφνίδια πτώση της εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας κάτω από την βασική γραμμή χωρίς να σχετίζεται απαραίτητα με την συστολή της μήτρας.

Σε περίπτωση που η επιβράδυνση διαρκεί πάνω από 2 λεπτά τότε χαρακτηρίζεται ως “παρατεταμένη”.

- **Συστολές:** είναι οι καταγραφόμενες αυξήσεις του σήματος δραστηριότητας του μυομητρίου. Ο καρδιοτοκογράφος μπορεί να αξιολογήσει με αξιοπιστία μόνο την συχνότητα των συστολών. Εάν οι συστολές είναι πάνω από 5 σε διάστημα 10 λεπτών, τότε ονομάζεται “ταχυσυστολία”. Η ταχυσυστολία δεν πρέπει να συγχέεται με την “υπερδιέγερση”, η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση στη συχνότητα των συστολών, στη δύναμή τους, ως αυξημένος τόνος της μήτρας μεταξύ των συστολών και/ή ως παρατεταμένες συστολές για πάνω από 2 λεπτά (Βραχνής, 2019).

Feature	Baseline (bpm)	Variability (bpm)	Decelerations	Accelerations
Reassuring	110–160	≥ 5	None	Present
Non-reassuring	100–109 161–180	< 5 for 40–90 minutes	Typical variable decelerations with over 50% of contractions, occurring for over 90 minutes Single prolonged deceleration for up to 3 minutes	The absence of accelerations with otherwise normal trace is of uncertain significance
Abnormal	< 100 > 180 Sinusoidal pattern ≥ 10 minutes	< 5 for 90 minutes	Either atypical variable decelerations with over 50% of contractions or late decelerations, both for over 30 minutes Single prolonged deceleration for more than 3 minutes	

Πίνακας 2. Αξιολόγηση παραμέτρων καρδιοτοκογράφου και ταξινόμησή τους , NICE 2022.

Εφόσον αξιολογηθούν αυτές οι παράμετροι ο επαγγελματίας υγείας οφείλει, με βάση τον παραπάνω πίνακα, να τις ερμηνεύσει και να κατηγοριοποιήσει το καρδιοτοκογράφημα σε μια από τις 3 κατηγορίες (NICE, 2022):

- Φυσιολογικό: και τα 4 χαρακτηριστικά από τον πίνακα 2 να είναι καθησυχαστικά.
- Ύποπτο: ένα χαρακτηριστικό μη καθησυχαστικό και τα υπόλοιπα καθησυχαστικά.
- Παθολογικό: δύο ή παραπάνω χαρακτηριστικά μη καθησυχαστικά / ένα ή περισσότερα παθολογικά.

Σύμφωνα με την NICE σε κήσεις χαμηλού κινδύνου οι γυναίκες μπορούν να επιλέξουν, εάν το επιθυμούν, να γίνεται διαλείπουσα ακρόαση. Αυτό γίνεται είτε με την χρήση του κοιλιοσκοπίου, είτε με το sonicaid, είτε με τον καρδιοτοκογράφο (NICE, 2022). Όσον αφορά την χρήση του Pinard, απαιτεί την γνώση της θέσης της ράχης του εμβρύου με σκοπό να βρεθεί το ακριβές σημείο ακρόασης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κάθε στάδιο του τοκετού. Δύο βασικά πλεονεκτήματά του είναι ότι, πρώτον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιοδήποτε περιβάλλον χωρίς την χρήση μπαταριών ή ρεύματος και, δεύτερον, ότι μπορεί να ανιχνεύσει μόνο την εμβρυική καρδιακή λειτουργία αποφεύγοντας έτσι την σύγχυση με την μητρική καρδιακή συχνότητα. Ανήκει στις παραδοσιακές τεχνικές των μαιών εδώ και πάρα πολλά χρόνια και είναι εύκολη η χρήση του. Η αξιολόγησή του αντιθέτως, απαιτεί εμπειρία και μεγάλη συγκέντρωση ώστε να γίνει σωστά (Chapman & Charles, 2020). Ο χρόνος που απαιτείται για να θεωρηθεί πλήρης η εξέταση είναι συνεχόμενη ακρόαση για τουλάχιστον 60 δευτερόλεπτα με στόχο τον προσδιορισμό του ρυθμού και την καταγραφή παρουσίας ή απουσίας επιταχύνσεων και επιβραδύνσεων.



Εικόνα 18. *Κοιλιοσκόπιο Pinard*



Εικόνα 19. *Sonic aid*

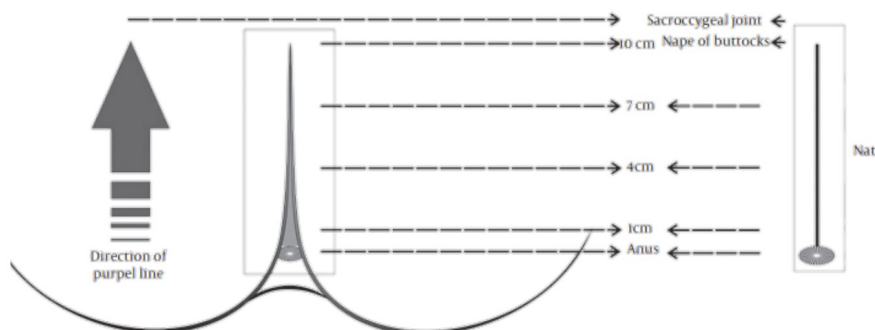
Η πιο συχνή μέθοδος διαλείπουσας ακρόασης στην Ελλάδα είναι η χρήση συσκευής sonicaid (γνωστό και ως “φορητό Doppler” ή “Doppler χειρός”). Είναι εύκολη στην χρήση της και οι παλμοί μπορούν να ακουστούν ταυτόχρονα από πολλά άτομα, δίνοντας έτσι και στην επίτοκο την ευκαιρία να ακούσει το έμβρυο και να νιώσει αυτοπεποίθηση και ηρεμία. Είναι σημαντικό με το doppler να γίνεται καταγραφή και της μητρικής καρδιακής συχνότητας έτσι ώστε να μην γίνονται λάθη και καταγραφούν οι μητρικοί παλμοί ως εμβρυϊκοί. Επιπλέον, εάν η συσκευή είναι αδιάβροχη μπορεί να χρησιμοποιηθεί και μέσα στο νερό, παρέχοντας την δυνατότητα διαλείπουσας ακρόασης σε συνδυασμό με τοκετό στο νερό ή χρήση του νερού για αναλγησία. Το sonicaid έχει το βασικό πλεονέκτημα ότι έχει μια μικρή οθόνη όπου και φαίνονται αριθμητικά οι παλμοί του εμβρύου, το οποίο βοηθάει ιδιαίτερα τόσο στον διαχωρισμό της μητρικής και της εμβρυϊκής καρδιακής

συχνότητας αλλά επίσης κάνει την αξιολόγηση του παλμού πιο εύκολη καθώς διατυπώνεται με νούμερα και μπορεί πλέον να μετρηθεί αντικειμενικά (Chapman & Charles, 2020).

Τέλος, διαλείπουσα ακρόαση μπορεί να επιτευχθεί και με τον καρδιοτοκογράφο. Ομοίως, και με αυτή την μέθοδο χρειάζεται να γίνει καταγραφή και της μητρικής καρδιακής λειτουργίας για τον ορθό προσδιορισμό του εμβρυϊκού παλμού. Για την επίτευξη διαλείπουσας ακρόασης, χρησιμοποιείται μόνο η κεφαλή καταγραφής του εμβρυϊκού παλμού η οποία μπορεί είτε να τοποθετηθεί στην κοιλιά της επιτόκου, με ταινία ή με τις ελαστικές ζώνες που έχει το μηχάνημα, είτε μπορεί να κρατηθεί στην συγκεκριμένη θέση με την βοήθεια της μαίας/ του μαιευτή, ή της επιτόκου, ή ακόμα και του συντρόφου, πάντα με την επιτήρηση και καθοδήγηση της μαίας/ του μαιευτή. Ο χρόνος της διαλείπουσας ακρόασης δεν εξαρτάται από την επιλεγμένη μέθοδο και είναι ο ίδιος για όλες τις συσκευές. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι κατά την ενεργό φάση του πρώτου σταδίου πρέπει να γίνεται διαλείπουσα ακρόαση κάθε 15 λεπτά και για διάστημα ενός λεπτού μετά από συστολή, ενώ στο δεύτερο στάδιο γίνεται για ένα λεπτό μετά από συστολή και τουλάχιστον μια φορά κάθε 5 λεπτά (NICE, 2022 – Marshall & Raynor, 2021).

3.4 Μωβ Γραμμή

Η εκτίμηση της εξέλιξης του τοκετού δεν γίνεται αποκλειστικά με την κλινική εξέταση του τραχήλου της μήτρας. Μια μαία / ένας μαιευτής διαθέτει ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων που υποστηρίζονται βιβλιογραφικά και βασίζονται σε μη παρεμβατικές μεθόδους αξιολόγησης της προόδου του τοκετού έτσι ώστε να μην διαταράσσεται η φυσιολογία της γέννησης και να αποφεύγονται περιττές παρεμβάσεις. Ένα ιδιαίτερα χρήσιμο κλινικό εργαλείο είναι η χρήση της μωβ γραμμής (purple line) για την εκτίμηση της διαστολής του τραχήλου και του ύψους της προβάλλουσας μοίρας καθώς και της παρουσίας προόδου του τοκετού δίχως την χρήση παρεμβατικών τεχνικών. Αυτή η κυανοϊώδης γραμμή ξεκινάει ανατομικά από το όριο του πρωκτού και εκτείνεται προς τα πάνω μεταξύ των γλουτών– προς την μεσογλουτιαία σχισμή (Marshall & Raynor, 2021).



Εικόνα 20. Θέση και μέτρηση της μωβ γραμμής.

Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση με 982 γυναίκες συνολικά, βρέθηκε ότι η μωβ γραμμή ήταν παρούσα στο 77.3% των περιπτώσεων. Βρέθηκε επίσης μια μέτρια θετική συγκεντρωτική συσχέτιση μεταξύ του μήκους της μωβ γραμμής με τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας ($r = +0,64$; 95%CI: 0,41-0,87) καθώς και την κάθοδο της κεφαλής του εμβρύου ($r = +0,50$; 95%CI: 0,32-0,68). Τέλος, φάνηκε ότι τόσο για τις γυναίκες με αυτόματη έναρξη τοκετού όσο και σε γυναίκες με πρόκληση τοκετού, το συγκεντρωμένο μέσο μήκος της μωβ γραμμής ήταν περισσότερο από 9,4 cm όταν η διαστολή του τραχήλου ήταν 9–10 εκατοστά, ενώ ήταν περισσότερο από 7,3 εκατοστά όταν η διαστολή του τραχήλου ήταν 3–4 εκατοστά (Papoutsis, D., Antonakou, A., Gornall, A. & Tzavara, C., 2023). Σε αντίστοιχη διαχρονική μελέτη το 2010 έγινε καταγραφή του ποσοστού των περιπτώσεων όπου ήταν παρούσα η μωβ γραμμή καθώς και έγινε καταγραφή της αριθμητικής συσχέτισης του μήκους της γραμμής με την αύξηση της διαστολής του τραχήλου, όπως φαίνεται στον πίνακα 3 και 4 (Shepherd, A., Cheyne, H., Kennedy, S., McIntosh, C., Styles, M. & Niven, C., 2010). Τέλος, η αξιολόγηση της μωβ γραμμής έναντι της δακτυλικής εξέτασης έχει σημαντικά οφέλη στην ψυχολογία της γυναίκας καθώς αποφεύγεται η πραγματοποίηση συνεχών παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού της (Nunes, R.D., Locatelli, P. & Traebert, J. , 2018).

Cervical Dilatation (cm)	Number (%) of VEs at specific cervical dilatation where line was present	Mean length of line (cm), (SD)
<1	0	-
1-2	6 (27.3)	5.3, (3.1)
3-4	43 (55.9)	7.8, (3.4)
5-6	54 (71.1)	7.8, (2.5)
7-8	32 (70.0)	8.7, (2.2)
9-10	54 (72.0)	9.6, (2.1)

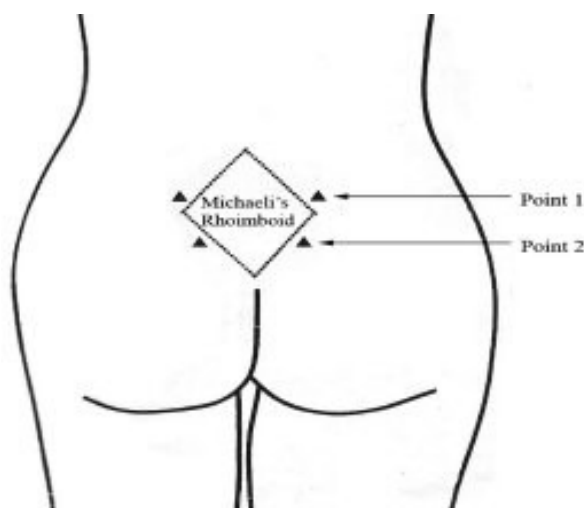
Πίνακας 3. Δακτυλικές εξετάσεις και παρουσία της μωβ γραμμής σε γυναίκες σε αυτόματο τοκετό ($n = 112$) σε σχέση με τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας.

Cervical Dilatation (cm)	Number (%) of VEs at specific cervical dilatation where line was present	Mean length of line (cm), (SD)
<1	1 (8.3)	12
1-2	10 (26.3)	8.3 (1.9)
3-4	9 (47.4)	7.8 (2.1)
5-6	6 (75.0)	8.2 (2.9)
7-9	4 (80.0)	8.9 (0.3)
9-10	12 (52.2)	9.9 (2.8)

Πίνακας 4. Δακτυλικές εξετάσεις και παρουσία της μωβ γραμμής σε γυναίκες με πρόκληση τοκετού ($n = 32$) σε σχέση με τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας.

3.5 Ρόμβος του Michaelis

Ένα ακόμα χρήσιμο εργαλείο των μαιών και των μαιευτών είναι ο ρόμβος του Michaelis. Ο νοητός αυτός ρόμβος εμφανίζεται χαμηλά στην μέση της επιτόκου και περιλαμβάνει το ιερό οστό και τους τρεις κατώτερους οσφυϊκούς σπονδύλους. Αυτή η σφηνοειδής περιοχή του οστού κινείται προς τα πίσω κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού και, καθώς κινείται προς τα πίσω, αυξάνει τις διαμέτρους της λεκάνης. Έτσι γίνεται όλο και πιο ορατή, με την κάθοδο της εμβρυικής κεφαλής στην πύελο, δίνοντας την εντύπωση ότι εμφανίζεται ένας χαρταετός ή ρόμβος στο σημείο εκείνο. Ομοίως με την μωβ γραμμή, ο ρόμβος αυτός μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να γίνει εκτίμηση της παρουσίας προόδου του τοκετού (ή ανωμαλιών στην πρόοδο αυτού) καθώς και την έναρξη του δεύτερου σταδίου, δίχως την χρήση παρεμβατικών τεχνικών (Marshall & Raynor, 2021).



Εικόνα 21. Θέση και εμφάνιση του ρόμβου του Michaelis.

Σε διπλή τυφλή μελέτη διαγνωστικής ακρίβειας που δημοσιεύθηκε το 2013 στο *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, όπου συμμετείχαν 350 πρωτότοκες και πολύτοκες γυναίκες με μονήρη κύηση με κεφαλική προβολή και ηλικία κύησης 38-42 εβδομάδων, φάνηκε ότι μέτρηση της εγκάρσιας διαγωνίου του ρόμβου του Michaelis $\geq 98,5$ χιλιοστών συνοδεύτηκε από φυσιολογική πρόοδο τοκετού στο 83.7%, με 86,5% ευαισθησία, 59,45% ειδικότητα και 79,65% εγκυρότητα. Επομένως, η αξιολόγηση της εγκάρσιας διαγωνίου του ρόμβου του Michaelis θα μπορούσε να προβλέψει τις ανωμαλίες της προόδου του τοκετού και έτσι να ελαχιστοποιηθούν οι μητρικές και νεογνικές νοσηρότητες, μέσα από την έγκαιρη παρέμβαση (Kordi et al., 2013).

Table 3. Labor progress based on the cut-off point of transverse diagonal of Michaelis sacral

Cut off point of transverse diagonal of Michaelis sacral	labor progress						Chi-square test
	Normal		Abnormal		Total		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
≥ 98.5	244	(89.1)	44	(59.5)	288	(83.75)	df=1 P < 0.001*
< 98.5	30	(10.9)	30	(40.5)	60	(17.25)	
total	274	(100.0)	74	(100.0)	348	(100.0)	

Πίνακας 5. Πρόοδος τοκετού με βάση το σημείο cut-off της εγκάρσιας διαγώνιου του ρόμβου του Michaelis.

4. Μέθοδοι Αναλγησίας στον Τοκετό

4.1 Ο Πόνος σε Κάθε Στάδιο του Τοκετού.

Ένας από τους μεγαλύτερους φόβους των επιτόκων, αν όχι ο μεγαλύτερος, είναι ο πόνος του τοκετού και η διαχείρισή του. Γενικά, ο πόνος γίνεται αντιληπτός μέσω της ανιούσας αισθητικής οδού. Η διαδικασία ξεκινάει με ένα ερέθισμα στις απολήξεις των αισθητικών νευρών στο σημείο του τραύματος και τελικά καταλήγει στον αισθητικό φλοιό του εγκεφάλου, αναγνωρίζοντας το ερέθισμα ως “πόνος” και ενεργοποιώντας τις αντιδράσεις του οργανισμού σε αυτόν. Σε κάθε στάδιο του τοκετού ο πόνος έχει διαφορετικό χαρακτήρα καθώς και διαφορετικό εντοπισμό, επομένως είναι σημαντική η γνώση των μεταβολών του έτσι ώστε να είναι πιο αποτελεσματική η αναλγησία που χρησιμοποιείται σε κάθε στάδιο (Marshall & Raynor, 2021).

Στο πρώτο στάδιο, η αίσθηση του πόνου οφείλεται στις συστολές της μήτρας οι οποίες οδηγούν τον τράχηλο να εξαλειφθεί και έπειτα να διασταλεί. Οι ώσεις του πόνου σε αυτή την φάση μεταβιβάζονται μέσω των Θ11 και Θ12 νωτιαίων νευρών καθώς και μερικών θωρακικών και οσφυϊκών συμπαθητικών νευρών. Όλα αυτά τα νεύρα εκφύονται από τον τράχηλο και από το σώμα της μήτρας. Αυτός ο πόνος εντοπίζεται στο υπογάστριο και είναι σπλαχνικός. Στο δεύτερο στάδιο ο πόνος αλλάζει προφίλ και γίνεται σωματικός, περιγραφόμενος από τις γυναίκες ως εντοπισμένος, ισχυρός και διαπεραστικός. Αιτία του πόνου είναι η διαστολή του πυελογεννητικού σωλήνα, η διάταση των στηρικτικών δομών της μήτρας και οι ρήξεις στα μαλακά μέρη καθώς σημαντικό ρόλο παίζουν και η θέση του εμβρύου, η ταχύτητα καθόδου του και οι συστολές της μήτρας. Στο δεύτερο στάδιο του τοκετού οι ώσεις του πόνου μεταφέρονται από το αιδιοϊκό νεύρο, μέσω των νωτιαίων νευρών I2 έως I4 και με την συμβολή του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Τέλος, στο τρίτο στάδιο του τοκετού καθώς και στις πρώτες φάσεις της λοχείας (υστερότοκοι πόνοι) το ερέθισμα του πόνου οφείλεται στην μήτρα και μοιάζει στα χαρακτηριστικά και στον εντοπισμό με τον πόνο του πρώτου σταδίου (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

4.2 Η Αντίδραση του Οργανισμού στον Πόνο του Τοκετού.

Η εμπειρία της κάθε γυναίκας με τον πόνο είναι διαφορετική και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, παρόλο που η φυσιολογία και η ουδός του πόνου είναι η ίδια για κάθε επίτοκο. Οι διαφορές αυτές οφείλονται σε κοινωνικές, εθνικές και πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των γυναικών, καθώς και σε σωματικούς, συναισθηματικούς, ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Μεγάλη σημασία έχει επίσης και το υποστηρικτικό περιβάλλον της γυναίκας την στιγμή του τοκετού. Η παρουσία μαιάς / μαιευτή με την/τον οποία/ο έχει συνδεθεί συναισθηματικά η γυναίκα, ενός εκπαιδευμένου συντρόφου στην υποστήριξη κατά τον τοκετό και λοιπών επαγγελματιών υγείας που χαρακτηρίζονται από ενσυναίσθηση και κατανόηση μπορούν να καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό την εμπειρία της γυναίκας (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

Ο πόνος είναι ένα τμήμα του τοκετού το οποίο είναι υπεύθυνο για σωματικές μεταβολές στην επίτοκο. Προκαλεί την ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την έκκριση κατεχολαμινών. Κατά συνέπεια, παρατηρείται αύξηση της αρτηριακής πίεσης της επίτοκου καθώς και της καρδιακής της λειτουργίας (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013). Η παροχή της καρδιάς εμφανίζει αύξηση έως και 50% στο δεύτερο στάδιο του τοκετού λόγω των ιδιαίτερα ισχυρών και επώδυνων εξωθητικών συστολών της μήτρας (Marshall & Raynor, 2021). Η γυναίκα έχει ταχύπνοια, λόγω των πλέον αυξημένων αναγκών σε οξυγόνο, και κατά συνέπεια παρατηρείται υπεραερισμός και αναπνευστική αλκάλωση. Λόγω της μείωσης της αιματικής ροής από την επινεφρίνη, συχνά εμφανίζεται και ωχρότητα και εφίδρωση (Marshall & Raynor, 2021). Καθώς η επίτοκος μπαίνει στην ενεργό φάση του τοκετού της αυξάνεται η γαστρική οξύτητα και, σε συνδυασμό με την αύξηση του πόνου, εμφανίζει ναυτία και έμετο (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

Πέρα από τις σωματικές μεταβολές, ο πόνος μπορεί να εκφραστεί και με συναισθηματικές αντιδράσεις. Συχνά επομένως, η γυναίκα εμφανίζει υψηλά ποσοστά άγχους, μειωμένη συνείδηση και κατανόηση του περιβάλλοντός της και των λεκτικών οδηγιών που της δίνονται, στριφογυρίζει στον χώρο ή στο κρεβάτι λόγω του έντονου πόνου, φωνάζει, μουγκρίζει και εκδηλώνει φωναχτά τις ανησυχίες της ως προς την επιτυχία διαχείρισης της κατάστασης. Τέλος, δεν είναι λίγες οι φορές που η γυναίκα κλαίει, βογκάει, κάνει έντονες χειρονομίες – όπως να σφίγγει τις γροθιές της ή να πιάνεται σφιχτά από κάτι ή κάποιον - καθώς και να εμφανίζει έντονη μυϊκή διέγερση συνολικά στο σώμα της (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

4.3 Μη Παρεμβατικές Μέθοδοι Αναλγησίας.

Ο πόνος στον τοκετό βιώνεται διαφορετικά από κάθε επίτοκο, όμως η ανακούφιση από αυτόν είναι βασική επιθυμία των περισσότερων γυναικών. Στην βιβλιογραφία καθώς και στην κλινική πράξη εμφανίζονται δύο μέθοδοι αναλγησίας: οι παρεμβατικές (ή αλλιώς “φαρμακευτικές μέθοδοι”) και οι μη παρεμβατικές (“μη φαρμακευτικές μέθοδοι”). Η τελική επιλογή είναι αποκλειστικά απόφαση της γυναίκας η οποία πρέπει να γίνει έπειτα από πλήρη ενημέρωσή της για

την διαθεσιμότητά τους, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους. Παρόλα αυτά οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι άρτια εκπαιδευμένοι για να προσφέρουν κάθε μορφή αναλγησίας, με ασφάλεια και σύνεση.

Η εξοικείωση του ζευγαριού, και κυρίως της εγκύου, με τις μη παρεμβατικές μεθόδους αναλγησίας ξεκινάει ιδανικά μέσα από τα μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό. Σε αυτά τα μαθήματα το ζευγάρι μαθαίνει για την διαδικασία του τοκετού και για την διαχείριση του πόνου. Παραθέτονται πληθώρα μεθόδων στην γυναίκα, και διδάσκεται πως να τους εφαρμόσει σε συνθήκες τοκετού ώστε να μπορεί να είναι έτοιμη τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά την στιγμή της γέννησης. Έτσι, μέσα από την εφαρμογή τους από την εγκυμοσύνη, αυξάνεται η επιτυχία τους για την διαχείριση του πόνου κατά τον τοκετό. Κάποιες από τις μη φαρμακευτικές μεθόδους που διδάσκονται είναι (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013):

- Τεχνικές εστίασης και χαλάρωσης,
- Τεχνικές αναπνοών,
- Εφαρμογή σταθερής αρνητικής πίεσης στο ιερό οστό,
- Ήπια μάλαξη,
- Μουσική – μουσικοθεραπεία,
- Υδροθεραπεία – χρήση του νερού,
- Διαδερμικός Ηλεκτρικός Νευρικός Ερεθισμός (TENS),
- Πιεσοθεραπεία και βελονισμός,
- Εφαρμογή θερμών και/ ή ψυχρών επιθεμάτων,
- Άγγιγμα και μάλαξη,
- Ύπνωση,
- Βιοανατροφοδότηση,
- Αρωματοθεραπεία,
- Ενδοδερμική έγχυση νερού.

Οι γυναίκες ολοένα και επιλέγουν κάποια/ κάποιες από αυτές τις μεθόδους, αποφεύγοντας την διακοπή της φυσιολογικής ροής της διαδικασίας του τοκετού με την χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας. Η μαία και ο μαιευτής είναι οι επαγγελματίες υγείας που είναι αρμόδιοι για την διδασκαλία του ζευγαριού αλλά και για την παρότρυνση της επιτόκου να εμπιστευτεί το σώμα της και τις δυνάμεις της για την διαχείριση του πόνου του τοκετού με φυσικούς τρόπους. Για να το κάνουν αυτό όμως, πρέπει να έχουν λάβει προηγουμένως κατάλληλη εκπαίδευση και οι ίδιοι και να

διαθέτουν τις ανάλογες πιστοποιήσεις ώστε να διαφυλαχθεί η ασφάλεια των γυναικών και η ορθή και αποτελεσματική εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων (Marshall & Raynor, 2021).

4.4 Παρεμβατικές Μέθοδοι Αναλγησίας.

Υπάρχουν συχνά και οι περιπτώσεις γυναικών που επιλέγουν πιο παρεμβατικές μεθόδους αναλγησίας καθώς θεωρούν πως θα τους προσφέρουν καλύτερη εμπειρία τοκετού και καλύτερη διαχείριση της κατάστασης. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε εξ αρχής, είτε σε συνδυασμό με τις μη φαρμακευτικές μεθόδους, είτε μετά από την εφαρμογή των μη παρεμβατικών μεθόδων όσο ο πόνος αυξάνεται με το κάθε στάδιο τοκετού. Είναι σημαντικό να μην ξεχνάνε οι επαγγελματίες υγείας πως η επιλογή του τρόπου αναλγησίας δεν αντικατοπτρίζει το σθένος ή την δύναμη της γυναίκας και ότι η επιλογή μιας πιο φαρμακευτικής μορφής ανακούφισης από τον πόνο είναι δικαίωμα και επιλογή της, που οφείλει να υποστηρίξει και να σεβαστεί απόλυτα η μαία/ ο μαιευτής/ ο γυναικολόγος/ η γυναικολόγος.

Η βιβλιογραφία χωρίζει τις παρεμβατικές μεθόδους σε 2 κύριες κατηγορίες: φαρμακευτική αναλγησία και περιοχική αναλγησία. Η κάθε κατηγορία έχει διαφορετικές απαιτήσεις από τους επαγγελματίες υγείας και από το σύστημα υγείας που τις προσφέρει, γι' αυτό και μερικές φορές κάποιες μέθοδοι δεν προσφέρονται σε κάποιες δομές υγείας. Επομένως, κατά την ενημέρωση των γυναικών για τις επιλογές τους, πρέπει να ενημερώνονται και για την διαθεσιμότητα της κάθε μεθόδου αναλόγως το μέρος όπου επιθυμεί η γυναίκα να γεννήσει (Chapman & Charles, 2020).

Η φαρμακευτική αναλγησία επιτυγχάνεται με δύο βασικές μεθόδους (Chapman & Charles, 2020) :

- Χρήση υποξειδίου του αζώτου: Είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εισπνεόμενο αναλγητικό και αποτελείται από 50% υποξείδιο του αζώτου (N_2O) και 50% οξυγόνο (O_2). Χορηγείται μέσω της συσκευής Entonox[®] και είναι γνωστό επίσης ως “αέριο του γέλιου”. Η δράση του είναι στο κεντρικό νευρικό σύστημα όπου και αναστέλλει τη νευρωνική και συναπτική μετάδοση εντός αυτού (Marshall & Raynor, 2021). Φαίνεται ότι προσφέρει επαρκούς βαθμό αναλγησίας σε μεγάλο αριθμό γυναικών με μικρές μόνο παρενέργειες, που περιορίζονται στην ξηροστομία και στην ναυτία, οι οποίες υποχωρούν ταχύτατα λόγω της γρήγορης απέκκρισής του (Chapman & Charles, 2020).
- Χρήση οπιοειδών φαρμάκων: Είναι ισχυρά αναλγητικά φάρμακα τα οποία χορηγούνται συνήθως ενδομυϊκά στις γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού. Τα πιο συχνά σε χρήση στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις ΗΠΑ είναι η πεθιδίνη (στις ΗΠΑ ονομάζεται μεπεριδίνη), η διαμορφίνη, και η μεπταζινόλη. Η επιστημονική κοινότητα είναι διχασμένη για την χρήση τους καθώς έχουν μεγάλο αριθμό παρενεργειών τόσο για την μητέρα όσο και για το νεογνό, όπως η καταστολή της γυναίκας και αδυναμία της να πάρει αποφάσεις που την αφορούν καθώς και η καταστολή του αναπνευστικού κέντρου του νεογνού μετά τον τοκετό (Marshall & Raynor, 2021). Ταυτόχρονα με την χορήγηση των οπιοειδών, κρίνεται απαραίτητη

συνήθως η χορήγηση αντιεμετικών για να μειωθεί το αίσθημα ναυτίας που προκαλούν αυτά τα φάρμακα (Chapman & Charles, 2020).

Η περιοχική αναλγησία είναι ο δεύτερος τρόπος φαρμακευτικής ανακούφισης από τον πόνο για τις επίτοκες, και ο πιο συνηθισμένος. Σε αυτή την μέθοδο γίνεται έγχυση τοπικού αναισθητικού φαρμάκου μέσα στην σπονδυλική στήλη, είτε με αντλία έγχυσης είτε ενέσιμα, με σκοπό την ολική διακοπή του αισθήματος του πόνου να φτάσει στον εγκέφαλο, πετυχαίνοντας έτσι αναισθησία στο κάτω μέρος του σώματος. Η περιοχική αναισθησία μπορεί να πραγματοποιηθεί με τρεις τρόπους (Chapman & Charles, 2020):

- **Επισκληρίδιος αναισθησία:** Γίνεται με την χορήγηση τοπικού αναισθητικού στον επισκληρίδιο χώρο – μεταξύ της σπονδυλικής στήλης και της σκληράς μήνιγγας του νωτιαίου μυελού. Η γυναίκα μπορεί να την ζητήσει όποτε νιώθει η ίδια ότι την χρειάζεται και την λαμβάνει είτε με έγχυση εφάπαξ, είτε με συνεχή έγχυση, είτε με την χρήση PCA – μια συσκευή έγχυσης ελεγχόμενη από την επίτοκο. Σε περίπτωση που η δόση χορήγησης είναι μικρότερη, τότε πραγματοποιείται η “περιπατητική επισκληρίδιος αναισθησία” η οποία ζητείται από τις γυναίκες με εκθετική συχνότητα, μιας και τους προσφέρει την απαιτούμενη αναλγησία όμως τους δίνει και την δυνατότητα μετακίνησης και αλλαγής θέσεων, εφόσον το επιθυμούν οι ίδιες.
- **Ραχιαία αναισθησία:** Η ραχιαία είναι μια μέθοδος που δρα πιο γρήγορα αλλά για μικρότερο χρονικό διάστημα από ότι η επισκληρίδιος και χορηγείται με μια εφάπαξ δόση φαρμάκου στον υπαραχνοειδή χώρο στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.
- **Συνδυασμένη ραχιαία & επισκληρίδιος αναισθησία:** Αφορά την παραμονή του καθετήρα που χρησιμοποιήθηκε για την εφάπαξ χορήγηση της ραχιαίας αναισθησίας στην θέση έγχυσης, για μελλοντική χρήση εάν χρειαστεί. Παρόλο που δρα πιο γρήγορα από την επισκληρίδιο, η αναλγητική της ικανότητα δεν φαίνεται να διαφέρει από την πρώτη μέθοδο.

Παρενέργειες της Επισκληρίδιας και της Ραχιαίας Αναισθησίας	
Υπόταση	Ζαλάδα
Μεταλλική γεύση	Εμβοές
Παράξενη συμπεριφορά	Μουδιάσματα γλώσσας & στόματος
Σπασμοί	Μπερδεμένη ομιλία
Πυρετός	Απώλεια συνείδησης
Κνησμός	Επίσχεση ούρων
Περιορισμένη κίνηση	Αυξημένη χρήση ωκυτοκίνης
Μεγαλύτερη διάρκεια 2ου σταδίου τοκετού	Αυξημένες πιθανότητες επεμβατικού τοκετού (χρήση συκίας / εμβρυουλκίας)

Πίνακας 6. *Παρενέργειες Παρεμβατικών Μεθόδων Περιοχικής Αναισθησίας.*

Η μαία και ο μαιευτής οφείλουν να γνωρίζουν τις αυξημένες απαιτήσεις παρακολούθησης μιας γυναίκας με περιοχική αναισθησία, και κυρίως όταν έχει χορηγηθεί επισκληρίδιος, καθώς και τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει αυτή (Πίνακας 6). Αρχικά, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να λάβει την ενημερωμένη συγκατάθεση της επιτόκου για την χρήση αυτής της μορφής αναισθησίας. Έπειτα, μετά από κάθε δόση που χορηγείται στην επίτοκο, πρέπει να μετριέται, να καταγράφεται και να αξιολογείται η αρτηριακή πίεση της γυναίκας καθώς και οι σφίξεις της ανά 5 λεπτά, για τα πρώτα 15 λεπτά, και έπειτα ανά 30 λεπτά. Σημαντική είναι επίσης η καταγραφή της θερμοκρασίας της. Επίσης, με την χρήση περιοχικής αναλγησίας είναι συχνό φαινόμενο οι επίτοκες να μην έχουν επίγνωση της ουροδόχου κύστης τους και επομένως είναι αρμοδιότητα του επαγγελματία υγείας να φροντίζει για την κένωσή της, τόσο για την βελτίωση της προόδου του τοκετού όσο και για την υγεία της γυναίκας (Marshall & Raynor, 2021). Τέλος, μια μαία / ένας μαιευτής οφείλει να ελέγχει ανά τακτά χρονικά διαστήματα την επιτυχία της αναλγησίας και να συνηγορεί υπέρ της γυναίκας σε περίπτωση που βρεθεί ελλιπής, διότι είναι βασικός τους ρόλος η υποστήριξη της γυναίκας έναντι των άλλων επαγγελματιών υγείας και η εξασφάλιση των δικαιωμάτων της (Chapman & Charles, 2020).

Β' ΜΕΡΟΣ

1. Η Εξέλιξη του Επαγγέλματος της Μαιευτικής

Το επάγγελμα της Μαιευτικής είναι ένα από τα παλαιότερα επαγγέλματα στον κόσμο. Οι γυναίκες στην Ελλάδα γεννούσαν με την παρουσία “μαμής” ή “μάμου”, οι οποίοι ήταν άνθρωποι από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον της επιτόκου που είχαν μεγάλη πρακτική εμπειρία στην υποστήριξη και βοήθεια μιας γυναίκας που βρίσκεται σε τοκετό, χωρίς όμως να έχουν λάβει κάποια εκπαίδευση από σχολή. Η πρώτη Σχολή Μαιών στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1838 με σχετικό διάταγμα από τον τότε καθηγητή Γυναικολογίας και Μαιευτικής Ν. Κωστή. Στεγάστηκε στο Κρατικό Μαιευτήριο Αθηνών και στόχευε στην μείωση των εκτρώσεων και την κοινή εκπαίδευση των μαιών, διαχωρίζοντάς τες πλέον σε “μαιεύτριες” και “πρακτικές”. Ο χαρακτηρισμός αυτός άλλαξε το 1909 όπου με σχετικό διάταγμα, το οποίο τροποποιήθηκε το 1912 και ξανά το 1916, οι μαιές διαχωρίστηκαν σε “επιστήμονες” και “πρακτικές”. Λίγο αργότερα, με το ΝΔ 1655 της 30-6/19-8/42, ιδρύθηκε σχολή Μαιών Θεσσαλονίκης με στόχο την ολοκληρωμένη εκπαίδευση των μαιών στην βόρεια Ελλάδα. Το 1955 με ΒΔ. 18-21/6/1955 έγινε η μετονομασία του Δημόσιου Μαιευτηρίου Αθηνών σε Μαιευτήριο “Αλεξάνδρα” και στέγασε την Σχολή Μαιών “Βασίλισσα Φρειδερίκη” (Λυκερίδου, 2011).

Το 1970 οι σχολές αυτές εντάσσονται στην ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης με το ΝΔ 781/31-12-70 και από τότε έως και σήμερα υπάγονται στο Υπουργείο Παιδείας. Με το ΝΔ 652/70 ιδρύθηκαν οι Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, στις οποίες εντάχθηκε και η σχολή μαιών, στα Κέντρα Ανωτέρας Τεχνικής Εκπαίδευσης (Κ.Α.Τ.Ε.). Τα κέντρα αυτά με το Ν.576 της 13/4/1977 έγιναν Κέντρα Ανωτέρας Τεχνικής και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (Κ.Α.Τ.Ε.Ε.). Το 1983, με το Ν. 1404/1983, ιδρύθηκαν τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.), στα οποία υπάρχουν Σχολές Μαιευτικής και ανήκουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Τέλος, το 2019 με τον νόμο 4610/2019: ΦΕΚ Α 70 – 07.05.2019 έγινε η κατάργηση των Τ.Ε.Ι. και η συγχώνευση και ένταξη των τμημάτων τους, μαζί και των σχολών Μαιευτικής, στα Ανώτερα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Α.Ε.Ι.) και πραγματοποιήθηκε έτσι ολική αναβάθμιση του πτυχίου της μαιίας/ του μαιευτή (Λυκερίδου, 2011).

Καθώς η μαιευτική τέχνη άρχισε να απομακρύνεται από την “εμπειρική μαιευτική” και να γίνεται επάγγελμα και πλέον η “μαμή” άρχισε να γίνεται “επαγγελματίας υγείας”, ξεκίνησαν και οι πρώτες αναφορές σε νομοθετικό πλαίσιο για την άσκηση του επαγγέλματος της Μαιευτικής. Οι πρώτες αναφορές σε νομοθεσία που διέπει την μαιευτική κλινική πράξη έγιναν το 1801 στην Αυστρία, την Νορβηγία και την Σουηδία. Η Αγγλία και η Ουαλία ακολούθησαν, το 1902, με την ίδρυση του Κεντρικού Συμβουλίου Μαιών μετά από την ψήφιση της Πρώτης Νομοθετικής Πράξης περί Μαιών (Marshall & Raynor, 2021). Στην Ελλάδα, η πρώτη αναφορά της νομικής υπόστασης του επαγγέλματος της Μαιευτικής έγινε το 1926, ενώ το 1960 δημοσιεύθηκε το Βασιλικό Διάταγμα Υπ’ Αριθμ. 686 της 14 Σεπτεμβρίου/ 4 Οκτωβρίου 1960 – ΦΕΚ Α’ 159 το οποίο όρισε ρητά τον δεοντολογικό κανονισμό των μαιών για όλη την Ελλάδα (Λυκερίδου, 2011).

Έως και σήμερα, τα επαγγελματικά δικαιώματα των μαιών και των μαιευτών κατοχυρώνονται από το Άρθρο 2 του Π.Δ. 351/1989 – ΦΕΚ 159 Α/ 14.6.1989. Το άρθρο αυτό όρισε τα δικαιώματά τους καθώς και τις υποχρεώσεις των απόφοιτων Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών

Ιδρυμάτων Μαιευτικής. Τέλος, έθεσε ρητά τους τομείς στους οποίους μπορεί να δραστηριοποιηθεί μια μαία/ ένας μαιευτής ούσα/ όντας κάτοχος πτυχίου Τ.Ε.Ι. Μαιευτικής. Οι τομείς αυτοί είναι οι εξής (Λυκερίδου, 2011):

- Πρωτοβάθμια φροντίδα: Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Αγροτικά Ιατρεία, Υγειονομικοί Σταθμοί, Μαιευτικά-Γυναικολογικά Ιατρεία ΙΚΑ, και άλλων Δημοσίων Επιχειρήσεων και Οργανισμών, στο Εθνικό Κέντρο άμεσης βοήθειας (ΕΚΑΒ) στις μονάδες μεταφοράς επειγόντων μαιευτικών, γυναικολογικών και νεογνικών περιστατικών, κέντρα και τμήματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα: Γενικά και Ειδικά Νοσοκομεία, Μαιευτικά Τμήματα (Αίθουσα τοκετών, εξωτερικά μαιευτικά Ιατρεία, τμήματα λεχώνων, φυσιολογικών νεογνών Ιου επιπέδου νοσηλείας, προγεννητικού ελέγχου, μονάδας εγκυμοσύνης υψηλού κινδύνου, εντατικής νοσηλείας νεογνών), Γυναικολογικά τμήματα, Γυναικολογική ογκολογία, εξωτερικά Γυναικολογικά Ιατρεία, Χειρουργεία, τμήματα Μαιευτικής – Γυναικολογικής στειρώσεως, Κέντρα μαστού, Κέντρα ανίχνευσης καρκίνου γεννητικών οργάνων.
- Στην εκπαίδευση: σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία. Μπορούν επίσης να εξελίσσονται σε όλο το φάσμα της σχετικής με την ειδικότητά τους διοικητικής ιεραρχίας.
- Να ασκήσουν ελεύθερο επάγγελμα: Υπό την προϋπόθεση ότι θα έχουν επί Ζετία ασκήσει τις δραστηριότητές τους, σύμφωνα με τα αντικείμενα της εκπαίδευσής τους, σε Νοσοκομεία ή άλλους φορείς υγείας, αναγνωρισμένους για το σκοπό αυτό, και κατόπιν σχετικής άδειας από το Υπουργείο Υγείας.

Με την αλλαγή των Τ.Ε.Ι. σε Α.Ε.Ι. εμφανίστηκε η ανάγκη για νέα νομοθεσία η οποία να ορίζει τα επαγγελματικά δικαιώματα των αποφοίτων Ανωτέρων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων Μαιευτικής. Λύση σε αυτό το πρόβλημα έδωσε το Άρθρο 32 του ν. 4999/2022 - ΦΕΚ 225/Α/7-12-2022 “Επαγγελματικά δικαιώματα επαγγελματιών υγείας”. Αυτό το άρθρο όρισε ότι “τα επαγγελματικά δικαιώματα που ρυθμίζονται σε προεδρικά διατάγματα, [...], Μαιευτικής, [...] της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας και του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, [...] ισχύουν αντίστοιχα και για τους πτυχιούχους των αντίστοιχων Σχολών [...] Μαιευτικής, [...], των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Α.Ε.Ι.)”, βοηθώντας τις μαίες και τους μαιευτές να συνεχίσουν την άσκηση του επαγγέλματός τους βασισμένη σε ενημερωμένες νομοθεσίες (ΦΕΚ 225/Α/7-12-2022).

2. Γενικά Καθήκοντα μιας Μαιίας/ ενός Μαιευτή.

Με βάση το Άρθρο 2 του Π.Δ. 351/1989 – ΦΕΚ 159 Α/ 14.6.1989 και το Άρθρο 32 του ν. 4999/2022 ορίστηκαν τα γενικά καθήκοντα μιας μαιίας / ενός μαιευτή, τα οποία οφείλουν να πραγματοποιούν με επαγγελματισμό και ασφάλεια αναλόγως τον τομέα στον οποίο εργάζονται. Τα καθήκοντα αυτά συνοπτικά είναι:

- Εκτέλεση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας και παρασκευή παρεντερικών διαλυμάτων (από το στόμα, ορθό, κόλπο, ενέσεις υποδόριες, ενδομυϊκές, ενδοδερμικές, ενδοφλέβιες).
- Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης.
- Τοποθέτηση καθετήρα LEVAIN κατόπιν ιατρικής οδηγίας.
- Περιποίηση τραύματος και χειρουργικών τομών σε περιπτώσεις ανάγκης.
- Συρραφή μικροτραυμάτων σε περίπτωση ανάγκης.
- Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις.
- Λήψη επιχρισμάτων για έγκαιρη διάγνωση του Ca των γεννητικών οργάνων (PAP TEST) και κολλικού εκκρίματος για μικροβιολογική εξέταση.
- Προετοιμασία και αποστείρωση εργαλείων και υγειονομικού υλικού.
- Εξέταση ούρων εγκύου γυναίκας για την εξακρίβωση σακχάρου, οξόνης και λευκώματος κατά την εξέταση.
- Λήψη και καταγραφή μαιευτικού ιστορικού.
- Παροχή ολοκληρωμένης Νοσηλευτικής φροντίδας της εγκύου, επιτόκου, λεχώνας και νεογέννητου στο Νοσοκομείο και στο σπίτι σύμφωνα με καθηκοντολόγιο.
- Τήρηση απαραίτητων εγγράφων, διαγραμμμάτων, μητρώων, ιστορικών και αρχείων και με χρήση σύγχρονης τεχνολογίας.
- Συνταγογράφηση: φάρμακα, Βιταμίνες, Σίδηρο, Σπασμολυτικά, Πεθιδίνη, Μητροσυσταλτικά, Μητροσυσπαστικά και τοπικά αναισθητικά.
- Σωστή πληροφόρηση, παροχή οδηγιών σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και εφαρμογή καθορισμένων μεθόδων αντισύλληψης.
- Ενημέρωση της οικογένειας σε θέματα της αρμοδιότητάς τους.
- Εκτέλεση γραπτών οδηγιών που έχουν οριστεί από το γιατρό.
- Λήψη μέτρων για την πρόληψη και καταστολή των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Έκδοση πιστοποιητικού γέννησης (δήλωση) σε περίπτωση εκτέλεσης τοκετού από την ίδια.

3. Ειδικά Καθήκοντα μιας Μαίας / ενός Μαιευτή.

Ομοίως, με βάση το Άρθρο 2 του Π.Δ. 351/1989 – ΦΕΚ 159 Α/ 14.6.1989 και το Άρθρο 32 του ν. 4999/2022 ορίστηκαν τα ειδικά καθήκοντα μιας μαίας / ενός μαιευτή, τα οποία διαχωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες: στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό και στην λοχεία. Τα καθήκοντά τους στην εγκυμοσύνη περιλαμβάνουν:

- Διάγνωση της εγκυμοσύνης και κλινική παρακολούθηση φυσιολογικής εγκυμοσύνης.
- Έγγραφο ή συμβουλευτική παροχή οδηγιών για τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις με σκοπό την όσο γίνεται έγκαιρη διάγνωση κάθε εγκυμοσύνης υψηλού κινδύνου και τη μεταφορά στα ειδικά κέντρα ή κλήση του γιατρού.
- Παροχή οδηγιών στον τομέα της υγιεινής και της διατροφής.
- Κατάρτιση προγράμματος προετοιμασίας γονέων για το μελλοντικό τους ρόλο και εξασφάλιση πλήρους προετοιμασίας για τον φυσικό τοκετό (ψυχοπροφυλακτική).

Στον τοκετό, αντίστοιχα, τα επαγγελματικά καθήκοντα των μαιών και μαιευτών αφορούν τα ακόλουθα:

- Παρακολούθηση, φροντίδα, προετοιμασία και βοήθεια της επιτόκου κατά τον τοκετό.
- Έλεγχο της κατάστασης του εμβρύου και της λειτουργίας της μήτρας με όλα τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα (MONITORS κ.τ.λ.) κατόπιν ιατρικής οδηγίας.
- Εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού, περινεοτομίας μετά από τοπική αναισθησία και συρραφή περινέου, όπου χρειάζεται και μέχρι ρήξεως II βαθμού.
- Εκτέλεση τοκετού επί ισχιακής προβολής σε περίπτωση ανάγκης και απουσίας Μαιευτήρος.
- Έγκαιρη διάγνωση παθολογικών συμπτωμάτων στην επίτοκο και το έμβρυο που απαιτούν παρέμβαση γιατρού και συνεργασία με γιατρό σε περίπτωση μαιευτικής επέμβασης.
- Λήψη απαραίτητων και επειγόντων μέτρων που επιβάλλονται σε απουσία γιατρού, όπως είναι (δακτυλική αποκόλληση πλακούντα και επισκόπηση μήτρας).
- Επισκόπηση τραχήλου, κόλπου.

Τέλος, το καθηκοντολόγιο των μαιών και των μαιευτών στην φάση της λοχείας περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση και νοσηλευτική φροντίδα λεχώνας στο Νοσοκομείο και στο σπίτι μέχρι 6 εβδομάδες.
- Παρακολούθηση και νοσηλευτική φροντίδα του νεογέννητου μέχρι την 28η μέρα.
- Παροχή βοήθειας και καθοδήγησης για την εγκατάσταση και διατήρηση του μητρικού θηλασμού.

- Παροχή οδηγιών για την τεχνητή διατροφή όπου χρειάζεται.
- Φροντίδα του νεογέννητου αμέσως μετά τον τοκετό, λήψη όλων των μέτρων που επιβάλλονται σε περίπτωση ανάγκης.
- Σε περίπτωση πρόωρου ή προβληματικού νεογέννητου αναλαμβάνει τη μεταφορά του στην κατάλληλη μονάδα.
- Προετοιμασία για την υποδοχή πρόωρου ή προβληματικού νεογνού και νοσηλευτική φροντίδα αυτού στις Νοσηλευτικές μονάδες.

4. Δικαιώματα Επιτόκου κατά τον τοκετό της.

Η γυναίκα, όταν είναι σε τοκετό, είναι στην πιο ευάλωτη κατάσταση που θα μπορούσε να βρεθεί και είναι δύσκολη η υποστήριξη της θέσης της και των δικαιωμάτων της, ιδίως όταν δεν τα γνωρίζει. Τα δικαιώματα μιας γυναίκας στον τοκετό είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια και το καλώς έχειν, τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού. Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι η ενδυνάμωση των επιτόκων μέσω της ενημέρωσης και εξασφάλισης των δικαιωμάτων των γυναικών κατά τον τοκετό, σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά ικανοποίησής τους αλλά και βελτίωσης των περιγεννητικών αποτελεσμάτων και μείωση της ιατροκοποίησης του τοκετού. Είναι, λοιπόν, άκρως σημαντική η εκπαίδευση των εγκύων πριν τον τοκετό τους για τα δικαιώματά τους και πως μπορούν να τα ασκήσουν και να τα εξασφαλίσουν. Ολοκληρώνοντας, είναι βασικό να γνωρίζουν και οι επαγγελματίες υγείας ακριβώς ποια είναι αυτά έτσι ώστε να μπορέσουν να βοηθήσουν και να υποστηρίξουν τις γυναίκες, σε κάθε φάση του τοκετού τους (Χατζηγεωργίου, 2009).

Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (ICM) σε συνεδρίαση του Συμβουλίου του Durban το 2011, ψήφισε την Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Επιτόκων και των Μαιών/ Μαιευτών με στόχο την αναγνώριση των ακόλουθων βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τις γυναίκες και τις μαιές/ τους μαιευτές παγκοσμίως (ICM, 2011):

- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα να λάβει φροντίδα στον τοκετό από αυτόνομη και αρμόδια μαιά.
- Κάθε νεογέννητο μωρό έχει δικαίωμα σε μια υγιή και καλά ενημερωμένη μητέρα.
- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα σεβασμού ως άτομο με αξία.
- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα στην ασφάλεια του σώματός της.
- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα να είναι απαλλαγμένη από κάθε μορφής διάκριση.
- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα να έχει πρόσβαση σε ενημερωμένες και πρόσφατες ιατρικές πληροφορίες.
- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα να συμμετέχει ενεργά στις αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική της περίθαλψη και να προσφέρει την ενημερωμένη συγκατάθεσή της.
- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα στην ιδιωτικότητα.
- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα να επιλέξει τον τόπο που θα γεννήσει.

Τα συμπεράσματα της συνεδρίασης αναθεωρήθηκαν και εγκρίθηκαν εκ νέου στη συνεδρίαση του Συμβουλίου του Τορόντο το 2017.

Στην Ευρώπη έχει δημιουργηθεί ο “Χάρτης των Δικαιωμάτων της Γυναίκας κατά την Τεκνοποιία”, όπου αναφέρεται τόσο στα δικαιώματα των γυναικών στην τεκνοποίηση όσο και στα δικαιώματά τους ως επίτοκες, η εφαρμογή του οποίου προωθείται από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με βάση αυτόν, όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωση οφείλουν να διασφαλίζουν στις επίτοκες τα εξής (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2005 • Μωραΐτου, 2005 • Χατζηγεωργίου, 2009):

- Μαιευτικό Δελτίο με όλα τα στοιχεία που αφορούν την εγκυμοσύνη, το οποίο θα είναι στη διάθεση της ενδιαφερόμενης και των προσώπων που την πλαισιώνουν κατά και μετά την εγκυμοσύνη.
- Συμμετοχή της γυναίκας και του συντρόφου της σε μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό, στα οποία θα εξετάζεται η εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού από σωματική και ψυχολογική άποψη, καθώς και οι διάφορες τεχνικές και μέθοδοι για αντιμετώπιση του πόνου.
- Ελεύθερη επιλογή του τόπου τοκετού και της εφαρμοστέας μεθόδου στάσης κατά τον τοκετό, καθώς και του θηλασμού και του είδους της διατροφής του βρέφους.
- Κατάλληλη συνδρομή με γνώμονα την ψυχοσωματική κατάσταση της εγκύου και του εμβρύου, καθώς και των συνθηκών του περιβάλλοντος της γυναίκας που επιλέγει να γεννήσει στο σπίτι.
- Φυσιολογικός τοκετός χωρίς επιτάχυνση ή επιβράδυνση, όταν κάτι τέτοιο δεν υπαγορεύεται από λόγους, που αφορούν αποκλειστικά την κατάσταση της εγκύου και του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί.
- Προσφυγή σε καισαρική τομή μόνο όταν αυτό είναι πραγματικά απαραίτητο.
- Δυνατότητα, εφόσον το επιθυμεί η επίτοκος, να παρίσταται κάποιο άτομο κατά τον τοκετό και μετά απ’ αυτόν, λ.χ. σύντροφος, συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο.
- Δικαίωμα της επίτοκου, αφού προηγουμένως έχει κατάλληλα ενημερωθεί, να αποφασίζει από κοινού με το μαιευτήρα ή τη μαία για τη μέθοδο τοκετού.
- Δυνατότητα της μητέρας να έχει κοντά της το βρέφος κατά την περίοδο του μητρικού θηλασμού και να το θηλάζει ανάλογα με τις ανάγκες του και όχι σύμφωνα με το ωράριο του Νοσοκομείου.

Τέλος, συγκεκριμένα στην Ελλάδα, για τους τοκετούς στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία ισχύει το Άρθρο 49 του Ν.2071/15-07-1992, ΦΕΚ 123 το οποίο κατοχυρώνει τα δικαιώματα όλων των νοσοκομειακών ασθενών μαζί και των γυναικών που πηγαίνουν για να γεννήσουν, χωρίς να αναφέρονται ξεχωριστά οι επίτοκες διότι θεωρούνται και αυτές “τρόφιμοι νοσοκομείου”. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, τα δικαιώματα των επιτόκων είναι, συνοπτικά (ΦΕΚ 123/Α/15-7-1992):

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.
- Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του.
- Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.
- Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.
- Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

5. Η Συμβολή της Μαίας/ του Μαιευτή σε έναν Μη Παρεμβατικό Τοκετό.

Μια μαία/ ένας μαιευτής έχει καθοριστικό ρόλο στην πορεία εξέλιξης ενός τοκετού. Ως επαγγελματίας υγείας οφείλει να μπορεί να αφουγκραστεί την γυναίκα με την οποία συνεργάζεται κάθε φορά και να καταλαβαίνει τις εξατομικευμένες ανάγκες της, με σκοπό την κάλυψή τους. Ιδανικά η γνωριμία με το ζευγάρι θα πρέπει να έχει γίνει πριν την έναρξη του τοκετού έτσι ώστε να προλάβει να δημιουργηθεί ο πολύ σημαντικός δεσμός μεταξύ του ζευγαριού και της μαίας/ του μαιευτή, να νιώσουν μέλη της ίδιας ομάδας και τελικά να χτίσουν αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό – βασικά εργαλεία για μια παραγωγική συνεργασία. Ιδιαίτερα όταν η πρώτη επαφή γίνεται κατά την έναρξη του τοκετού, η μαία/ ο μαιευτής οφείλει να είναι προσιτή/τός, ευγενική/ός και καλοπροαίρετη/τος με στόχο την επιτάχυνση της διαδικασίας που αναφέρθηκε παραπάνω.

Αφού επιτευχθεί το συναισθηματικό δέσιμο με την επίτοκο, η μαία/ ο μαιευτής είναι αυτή/αυτός που μπορεί να βοηθήσει την γυναίκα με το να πετύχει έναν μη παρεμβατικό τοκετό. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς τρόπους, όπως είναι η ενημέρωσή της για τα δικαιώματά της, τις επιλογές που έχει για την θέση τοκετού καθώς και για τις διαθέσιμες μεθόδους αναλγησίας. Επίσης, έπειτα από συζήτηση με την επίτοκο για τις επιθυμίες της, μπορεί να διαμορφώσει αναλόγως το περιβάλλον που θα πραγματοποιηθεί ο τοκετός. Πολλές γυναίκες επιλέγουν έναν ήσυχο χώρο, με μέτριο φωτισμό, με κλειστή πόρτα και μειωμένο προσωπικό παρόν κατά την γέννηση. Τέλος, η μεγαλύτερη και πιο ουσιαστική βοήθεια που μπορεί να προσφέρει μια μαία/ ένας μαιευτής στην επίτοκο γυναίκα είναι η υποστήριξη των επιθυμιών της, των δικαιωμάτων της καθώς και το πλάνο τοκετού της – αν υπάρχει – απέναντι σε κάθε επαγγελματία υγείας που προσπαθεί να τα παραβλέψει ή να τα απορρίψει (Marshall & Raynor, 2021).

5.1 Εξάλειψη Εμποδίων Επικοινωνίας (Επίτοκου - Μαιευτικής Ομάδας)

Η καλή επικοινωνία είναι ο θεμέλιος λίθος για την προαγωγή ενός μη παρεμβατικού τοκετού και για την εξασφάλιση της βέλτιστης εμπειρίας της επίτοκου. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η θετική εμπειρία του τοκετού αυξάνεται όταν η γυναίκα νιώθει ότι η ίδια ελέγχει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και όταν νιώθει ότι εισακούγεται. Βασική προϋπόθεση για να συμβεί αυτό είναι η εξάλειψη κάθε πιθανού εμποδίου επικοινωνίας μεταξύ της μαιευτικής ομάδας και της επίτοκου. Επίσης, η σωστή επικοινωνία, τόσο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας όσο και μεταξύ της ομάδας με την επίτοκο, έχει φανεί ότι είναι απαραίτητη για την παροχή ολιστικής φροντίδας και υποστήριξης της γυναίκας σε κάθε στάδιο του τοκετού της καθώς και στην περίοδο της λοχείας. Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η επικοινωνία αφορά τόσο όλα όσα λέγονται (λεκτική επικοινωνία) όσο και τις πράξεις και τις συμπεριφορές (μη λεκτική επικοινωνία). (Marshall & Raynor, 2021).

Υπάρχουν τρία σημαντικά εμπόδια τα οποία πιθανόν να χρειαστεί να διαχειριστούν οι μαίες και οι μαιευτές στην προσπάθεια επίτευξης της βέλτιστης επικοινωνίας (Marshall & Raynor, 2021):

- **Ύπαρξη γλωσσικών φραγμών:** Εφόσον γίνει αντιληπτό ότι η μαία/ ο μαιευτής δεν μπορεί να κατανοήσει την γυναίκα (ή/ και το αντίστροφο) τότε είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη η χρήση των υπηρεσιών διερμηνείας. Ο διερμηνέας καλό είναι να μην είναι κάποιο μέλος της οικογένειας ή φίλος της επιτόκου αλλά μάλλον κάποιος επαγγελματίας εκπαιδευμένος στην συγκεκριμένη διαδικασία. Σκοπός αυτού είναι πρώτα η προστασία τυχόν λεπτών προσωπικών δεδομένων της γυναίκας και έπειτα η εξασφάλιση της ορθής μετάφρασης και κατανόησης ορολογιών και ορισμών της ιατρικής γλώσσας και, αντίστοιχα, αποριών της επιτόκου.
- **Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο γυναίκας:** Οι μη προνομιούχες γυναίκες συχνά παρατηρείται πως δυσκολεύονται να κατανοήσουν όρους σχετικά με την φροντίδα της υγείας τους και των διαδικασιών του τοκετού. Το χάσμα αυτό στην επικοινωνία μπορεί να καλυφθεί αρχικά με της αποφυγή χρήσης ορολογιών και ιατρικών λέξεων και έπειτα με την λήψη βοήθειας από κοινωνικούς λειτουργούς και έμπειρο ιατρικό προσωπικό.
- **Διαφορές στην κουλτούρα και στο θρήσκευμα των γυναικών:** Κάθε θρήσκευμα και κάθε κουλτούρα έχει διαφορετικές συνήθειες και πρακτικές που οφείλονται να τηρούνται από όσους προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες στα άτομα αυτά. Η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, και κυρίως των μαιών και των μαιευτών, για τις ιδιαιτερότητες της κάθε θρησκείας και της κάθε κουλτούρας είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση σωστής επικοινωνίας αλλά κυρίως για την εξασφάλιση του σεβασμού και της εμπιστοσύνης των γυναικών. Τέλος, η υιοθέτηση μιας τέτοιας στάσης συνεχούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας επάνω σε θέματα διαφορετικότητας, αποτελεί σημαντικό “όπλο” για την καταπολέμηση του φαινομένου του ρατσισμού στον χώρο της υγείας.

Ολοκληρώνοντας, η μαία/ ο μαιευτής οφείλει να είναι ενημερωμένος για όλες τις μεθόδους με τις οποίες μπορεί να επιτύχει σωστή και ουσιαστική επικοινωνία με το ζευγάρι. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να προσφέρει στην γυναίκα την κατάλληλη συμβουλευτική, δίνεται στην επίτοκο η δυνατότητα της ενημερωμένης συγκατάθεσης και χτίζεται ένα κλίμα αλληλοσεβασμού και αλληλοεκτίμησης, όλα χρήσιμα εργαλεία που αυξάνουν την θετική εμπειρία μιας γυναίκας από τον τοκετό της. Τέλος, η επιτυχής επικοινωνία είναι κλειδί για την προαγωγή ενός μη παρεμβατικού τοκετού, καθώς είναι ο μοναδικός τρόπος για να ενημερωθεί σωστά η γυναίκα, να ξέρει όλες τις επιλογές και να κατευθυνθεί αναλόγως από την μαία/ τον μαιευτή κατά τον τοκετό.

<u>Η ενημέρωση των γυναικών, για να θεωρείται “πλήρης”, οφείλει να περιλαμβάνει:</u>
Διαδικασίες που αφορούν την διάγνωση
Διάγνωση
Διάφορες επιλογές θεραπείες, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους, προβλεπόμενες συνέπειες για την υγεία
Άμεσους και έμμεσους κινδύνους της υποβολής σε κάποια θεραπεία ή άρνηση αυτής
Διαδικασία της θεραπείας, τη διάρκειά της, τον πόνο, την ταλαιπωρία που συνεπάγεται
Πρόγνωση
Αποτελέσματα και παρενέργειες των φαρμάκων, αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα
Κατάσταση της υγείας και τρόπο ζωής μετά την θεραπεία

Πίνακας 7. Ενότητες “πλήρους” ενημέρωσης των γυναικών.

5.2 Ψυχοσωματική Προετοιμασία – Μαθήματα Προετοιμασίας Τοκετού

Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός, ο θηλασμός και η λοχεία είναι όλες ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις για μια γυναίκα, γεμάτες με σωματικές και συναισθηματικές μεταβολές. Τα μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό στοχεύουν στην περιγεννητική εκπαίδευση του ζευγαριού ώστε να καταφέρει να αποκτήσει έγκυρες, ασφαλείς και βασισμένες σε βιβλιογραφία πληροφορίες και να μπορέσει η γυναίκα να είναι σε θέση να λάβει ενημερωμένες αποφάσεις για την ίδια και το νεογνό της. Η προετοιμασία της εγκύου, μέσα από αυτά τα μαθήματα, θα την βοηθήσει τόσο στο να διαχειριστεί καλύτερα κάποιες καταστάσεις και να έχει επίγνωση των όσων συμβαίνουν, όσο και να κατανοήσει ότι η εμπειρία της κατά τον τοκετό είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ζωή της και την μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού της (Lowdermilk et al., 2020).

Σε συγκριτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2020 φάνηκε ότι υπήρχε σημαντική διαφορά στις παρεμβάσεις κατά τον τοκετό μεταξύ των γυναικών που είχαν παρακολουθήσει μαθήματα προετοιμασίας και σε αυτές που δεν είχαν παρακολουθήσει. Συγκεκριμένα, οι

συμμετέχουσες που είχαν παρακολουθήσει μαθήματα είχαν χαμηλότερα ποσοστά πρόκλησης τοκετού – 17.07% έναντι του 29.57% των γυναικών που δεν είχαν κάνει μαθήματα – ($p = 0,0441$) και μικρότερη χρήση φαρμακευτικών αναλγητικών ($p = 0,0006$). Επίσης, παρατηρήθηκε και διαφορά όσον αφορά τα ποσοστά θηλασμού μεταξύ των δύο ομάδων όπου και φάνηκε ότι όσες μητέρες είχαν παρακολουθήσει τα μαθήματα θήλασαν αποκλειστικά το νεογνό τους σε ποσοστό 95%, ενώ όσες δεν είχαν παρακολουθήσει είχαν μικρότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού, της τάξης του 78% (Mueller, Webb & Morgan, 2020). Επίσης, σε αντίστοιχη αναδρομική μελέτη του 2020, φάνηκε ότι η ομάδα με τις γυναίκες που παρακολούθησαν μαθήματα προετοιμασίας τοκετού είχαν αρκετά υψηλότερα ποσοστά επιτυχούς κοιλικού τοκετού (80.5%) σε σχέση με την ομάδα που δεν είχε παρακολουθήσει σχετικά μαθήματα (58.5%) (Gluck et al., 2020). Τέλος, σε ανασκόπηση από την National Guideline Alliance της RCOG, 6 τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών φάνηκε ότι η παρακολούθηση μαθημάτων προετοιμασίας τοκετού έχει θετικά αποτελέσματα στις απόψεις των γυναικών για τον τοκετό τους και στην ικανοποίησή τους από την εμπειρία τους (NG201 Evidence Review [E], 2021)

Τα μαθήματα προετοιμασίας για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό πραγματοποιούνται, δια ζώσης, διαδικτυακά ή υβριδικά, από μαίες και μαιευτές οι οποίοι είναι σε θέση να δώσουν στην γυναίκα όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που μπορεί να χρειαστεί αλλά και έγκυρες πηγές στις οποίες μπορεί να καταφύγει σε περίπτωση που το επιθυμεί. Παλαιότερα, τα μαθήματα προετοιμασίας πραγματοποιούνταν κατά την διάρκεια του τρίτου τριμήνου της εγκυμοσύνης όμως πλέον ξεκινάνε από αρκετά νωρίτερα, καθώς περιλαμβάνουν θεματολογίες που καλύπτουν ολόκληρη την εγκυμοσύνη και όχι μόνο – από την σύλληψη έως και τους πρώτους μήνες στο σπίτι με το νεογνό. Συγκεκριμένα, ανάλογα το τρίμηνο στο οποίο αναφέρονται και τις ανάλογες απορίες και απαιτήσεις των γυναικών σε αυτά, τα μαθήματα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες αντίστοιχα (Lowdermilk et al., 2020):

- Μαθήματα πρώτου τριμήνου: Είναι μαθήματα που συμβαίνουν στην αρχή της εγκυμοσύνης και στοχεύουν στην εκπαίδευση των ζευγαριών για την ανάπτυξη του εμβρύου, για τις αλλαγές που θα βιώσει η έγκυος σωματικά και συναισθηματικά, για ζητήματα σεξουαλικότητας καθώς και για την διατροφή της γυναίκας κατά την κύηση. Σε αυτή την φάση αναφέρονται επίσης ζητήματα που αφορούν την εργασία των γυναικών, φάρμακα που τυχόν λαμβάνουν και η ασφάλεια αυτών στην εγκυμοσύνη, τα συμπτώματα του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης και την ανακούφιση αυτών καθώς και επιλύονται όποιες απορίες έχουν οι έγκυες.
- Μαθήματα δευτέρου τριμήνου: Πραγματοποιούνται στην μέση της εγκυμοσύνης και επικεντρώνονται στην αυτοφροντίδα της εγκύου. Αυτά τα μαθήματα προσπαθούν να υπενθυμίσουν στην γυναίκα ότι πρέπει να προσέχει τον εαυτό της έτσι ώστε να μπορεί να φροντίσει το έμβρυό της και έπειτα το νεογνό της. Μαθαίνει για την διατροφή της, συνήθειες υγιεινής, για τον θηλασμό και την σίτιση του νεογνού καθώς και την αντιμετώπιση όλων όσων μπορεί να της προκαλούν δυσφορία. Επίσης, αρχίζει σταδιακά η εισαγωγή πληροφοριών για τον προγραμματισμό του τοκετού και η δημιουργία ενός πλάνου τοκετού.
- Μαθήματα τρίτου τριμήνου: Αυτά τα μαθήματα γίνονται στο τρίτο, και τελευταίο, τρίμηνο της εγκυμοσύνης και είναι η τελική προετοιμασία πριν από τον τοκετό. Δίνεται έμφαση στον

πόνο του τοκετού και την διαχείριση αυτού με φυσικές μεθόδους. Η γυναίκα μαθαίνει για όλες τις μη φαρμακευτικές μεθόδους αναλγησίας και επιλέγει να εμβαθύνει σε όσες της ταιριάζουν περισσότερο. Επίσης, ενημερώνεται και για τις φαρμακευτικές επιλογές ανακούφισης από τον πόνο. Γίνονται πολλές συζητήσεις για την μείωση του φόβου γύρω από τον τοκετό. Τέλος, συνήθως σε αυτά τα μαθήματα γίνεται και η πρώτη γνωριμία του ζευγαριού με τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου/ κλινικής/ νοσοκομείου.

Πέρα από τα βασικά μαθήματα προετοιμασίας, υπάρχουν και προγράμματα περιγεννητικής εκπαίδευσης τα οποία προσφέρουν εξειδικευμένες θεματολογίες, καλύπτοντας έτσι κάθε μαθησιακή και εκπαιδευτική ανάγκη των γυναικών. Αυτά τα μαθήματα μπορεί να αφορούν (Lowdermilk et al., 2020):

- Έφηβες έγκυες.
- Πρωτοτόκες άνω των 35 ετών.
- Ανύπαντρες γυναίκες.
- Ομόφυλα ζευγάρια.
- Ζευγάρια με παρένθετη μητέρα.
- Θετούς γονείς.
- Γονείς πολυδύμων.
- Γυναίκες με ειδικές ανάγκες.
- Γυναίκες μετά από κάποια εγκυμοσύνη που δεν κατάφερε να εξελιχθεί.
- Γυναίκες που δεν μιλάνε την επίσημη γλώσσα του κράτους.
- Ζευγάρια που έχουν ήδη παιδιά.
- Προετοιμασία ζευγαριών για καισαρική τομή.
- Προετοιμασία ζευγαριών για Φυσιολογικό Τοκετό Μετά Από Καισαρική (VBAC).

Στα μαθήματα προετοιμασίας μπορούν να συμμετέχουν οι γυναίκες με τον σύντροφο ή κάποιο άλλο άτομο που θα είναι παρόν στον τοκετό. Υπάρχουν και μαθήματα για παππούδες και γιαγιάδες ώστε να μπορούν να βοηθήσουν καταλλήλως τους νέους γονείς να προσαρμοστούν στον – καινούργιο για αυτούς – ρόλο της γονεϊκότητας. Τα μαθήματα αυτά προσφέρουν, επίσης, και συστήματα ασφαλείας στις γυναίκες ώστε να γνωρίζουν ότι υπάρχουν φορείς στους οποίους μπορούν να απευθυνθούν, εφόσον τους χρειαστούν. Ολοκληρώνοντας, τα μαθήματα περιγεννητικής εκπαίδευσης έχουν δημιουργηθεί και δομηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθήσουν τα ζευγάρια να μπορούν να λάβουν ενημερωμένες και ασφαλείς αποφάσεις για όσα θέματα χρειαστεί να

αντιμετωπίσουν, με αυτοπεποίθηση και σιγουριά, ενώ επίσης έχει φανεί στην βιβλιογραφία ότι μειώνουν τα ποσοστά παρεμβάσεων κατά τον τοκετό και των καισαρικών τομών (Lowdermilk et al., 2020).

5.3 Προετοιμασία και Προστασία Περινέου

Στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει βρεθεί ότι ετησίως καταγράφονται περίπου 85 περιπτώσεις περινεϊκών τραυματισμών ανά 100 γυναίκες. Αντίστοιχα είναι τα νούμερα και για τις υπόλοιπες χώρες. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες που έχει ένα τέτοιο τραύμα στην κάθε γυναίκα. Ένα τραύμα στο περίνεο μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα, ενώ μπορεί να επηρεάσει την σεξουαλική και κοινωνική ζωή μιας γυναίκας. Επίσης, ο πόνος που προκαλεί καθιστά δύσκολη την φροντίδα του νεογνού και του εαυτού της κατά την περίοδο της αποκατάστασης του τραυματισμού, επηρεάζοντας την καθημερινότητά της με ιδιαίτερα δυσάρεστο τρόπο. Επομένως είναι απαραίτητη η προετοιμασία του περινέου πριν από τον τοκετό καταλλήλως, η φροντίδα του κατά τον τοκετό καθώς και η προστασία του από τραυματισμούς (Marshall & Raynor, 2021).

Για την πρόληψη τραυμάτων του περινέου, είναι απαραίτητη η κατανόηση του τρόπου εμφάνισής τους καθώς και το ποιές ανατομικές δομές επηρεάζουν. Ένα τραύμα μπορεί να προκληθεί είτε από την φυσιολογική διαδικασία του τοκετού (“αυτόματο τραύμα”), είτε ιατρογενώς με την περινεοτομή και χωρίζεται σε πρόσθιο και οπίσθιο – εξαρτάται το προς τα που επεκτείνεται η βλάβη. Το αυτόματο τραύμα χωρίζεται σε 4 βαθμούς και η αντιμετώπιση διαφέρει αναλόγως τον βαθμό. Η ταξινόμηση είναι η εξής (Lowdermilk et al., 2020):

- Ρήξη πρώτου βαθμού: ρήξη στο κοιλικό επιθήλιο, στο δέρμα του περινέου και/ ή στον βλεννογόνο του κόλπου. Η συρραφή μπορεί να γίνει είτε από γυναικολόγο είτε από μαία/ μαιευτή.
- Ρήξη δευτέρου βαθμού: ρήξη των μυών του περινέου. Η περινεοτομή είναι ρήξη δευτέρου βαθμού. Η συρραφή μπορεί να γίνει είτε από γυναικολόγο είτε από μαία/ μαιευτή.
- Ρήξη τρίτου βαθμού: ρήξη του περινέου που αφορά τους μύες του σφιγκτήρα του πρωκτού. Έχει τρεις υποκατηγορίες αναλόγως το μέγεθος του σφιγκτήρα που έχει υποστεί βλάβη. Η συρραφή μπορεί να γίνει είτε από γυναικολόγο είτε από μαία/ μαιευτή.
- Ρήξη τετάρτου βαθμού: ρήξη που αφορά τους μύες του σφιγκτήρα του πρωκτού καθώς και το επιθήλιό του. Η συρραφή γίνεται από έμπειρο χειρουργό.

Οι μαίες και οι μαιευτές οφείλουν να είναι εκπαιδευμένοι στις τεχνικές που ελαττώνουν την πιθανότητα για τραύματα του περινέου και είναι αρμοδιότητά τους να ενημερώνουν τις γυναίκες καταλλήλως. Υπάρχουν στην βιβλιογραφία κάποιες παρεμβάσεις οι οποίες έχει φανεί ότι δρουν

προστατευτικά στο περίνεο όταν θα έρθει η ώρα του τοκετού. Συνοπτικά κάποιες από αυτές είναι (Lowdermilk et al., 2020):

- Μασάζ περινέου από τις 34 εβδομάδες της εγκυμοσύνης και έπειτα.
- Αυθόρμητη εξώθηση κατά την διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού.
- Εφαρμογή ζεστών επιθεμάτων στο περίνεο κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού.
- Η εφαρμογή “hands on” όσον αφορά την συγκράτηση του περινέου κατά την εμφάνιση της κεφαλής.
- Σωστή επικοινωνία μεταξύ της μαιευτικής ομάδας και της επιτόκου κατά τον τοκετό.
- Η αποφυγή “προφυλακτικής περινεοτομής”.
- Οι αναπνοές κατά την έξοδο της κεφαλής του εμβρύου.
- Ο τοκετός στο σπίτι/ σε κέντρο τοκετού.

Συμπερασματικά, οι βλάβες στο περίνεο μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την γυναίκα σε πολλούς τομείς της ζωής της. Οι μαίες και οι μαιευτές έχουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ορθή ενημέρωση των γυναικών έτσι ώστε να γνωρίζουν πως μπορούν να βοηθήσουν το σώμα τους, από την εγκυμοσύνη ακόμα, για να διαχειριστούν με τον βέλτιστο τρόπο τον τοκετό τους. Επίσης, οι μαίες και οι μαιευτές πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένοι σε χρήσιμα εργαλεία προστασίας του περινέου κατά την διάρκεια του τοκετού, όπως είναι η εφαρμογή επιθεμάτων και η “hands on” διαχείριση της εξόδου του νεογνού, με στόχο την ελάττωση των βλαβών και ρήξεων του. Τέλος, η συνεργασία της μαιευτικής ομάδας με την επίτοκο, η ανοιχτή επικοινωνία και η εμπιστοσύνη φαίνεται πως βοηθούν ιδιαιτέρως στην μείωση των περιπτώσεων περινεϊκών τραυμάτων.

5.4 Χρήση Μπάλας - Νερού – Rebozo

Ένας μη παρεμβατικός τοκετός ξεκινάει από την αρχή με διαφορετική ψυχολογία και λογική, τόσο από μεριάς των επαγγελματιών υγείας όσο και από τις γυναίκες. Η γυναίκα, συνήθως μέσα από τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής, μαθαίνει πως μπορεί να εμπιστευτεί το σώμα της για να πραγματοποιήσει από μόνη της τον τοκετό του νεογνού της. Μαθαίνει επίσης ότι ο πόνος του τοκετού είναι “κύματα” τα οποία κορυφώνονται και μετά περνάνε και επομένως είναι διαχειρίσιμα από την ίδια. Αντί για την χρήση, επομένως, φαρμακευτικής αναλγησίας η γυναίκα επιλέγει να υποστηρίξει το σώμα της και τις ικανότητές της και επιλέγει μη φαρμακευτικές μεθόδους για να αντιμετωπίσει τα “κύματα” και την δυσφορία που μπορεί να νιώσει κατά την γέννηση του παιδιού της.

Μια από αυτές τις μεθόδους είναι η χρήση της μπάλας. Πρόκειται για φουσκωτή μπάλα γυμναστηρίου, τύπου yoga, η οποία υπάρχει σε διάφορα μεγέθη ώστε να επιλέξει η γυναίκα αυτήν στην οποία νιώθει μεγαλύτερη σιγουριά. Η επίτοκος έχει την επιλογή να κάθεται πάνω σε αυτήν κάνοντας όποια κίνηση – κυκλική, πάνω και κάτω, μισές περιστροφές, κ.α. - , αξιοποιώντας την βαρύτητα για την βελτίωση της εξέλιξης του τοκετού και ταυτόχρονα ανακουφίζοντας τον πόνο και την πίεση στην πλάτη και την περιοχή της λεκάνης. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα στον σύντροφο να της κάνει μασάζ ή να ασκήσει αρνητική πίεση στο κατώτερο μέρος της πυέλου, αυξάνοντας παραπάνω τα αναλγητικά αποτελέσματα (Mehta, 2021).



Εικόνα 22. Χρήση της Μπάλας Τοκετού.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η μπάλα τοκετού πρέπει να είναι αρκετά μεγάλη σε μέγεθος ώστε: τα γόνατα της γυναίκας όταν κάθεται να σχηματίζουν ορθή γωνία, να μπορεί να πατάει καλά στο πάτωμα και τα πόδια της να έχουν απόσταση περίπου 1 μέτρο (Lowdermilk et al., 2020). Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της χρήσης της μπάλας τοκετού, τυχαioποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή το 2011 έδειξε ότι υπήρχε 30-40% θετική συσχέτιση μεταξύ της χρήσης των ασκήσεων στην μπάλα και της μείωσης του πόνου του τοκετού (Gau et al., 2011). Τέλος, σε πειραματική μελέτη του 2018 φάνηκε ότι η χρήση της μπάλας στο πρώτο στάδιο του τοκετού – κατά την ενεργό και την μεταβατική φάση – οδηγεί σε μειωμένα επίπεδα του πόνου και άγχους των γυναικών με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0.01$ και $P = 0.03$ αντίστοιχα) (Farrag, 2018).

Κατά την διάρκεια του τοκετού η γυναίκα μπορεί να χρησιμοποιήσει για αναλγησία και το στοιχείο του νερού. Η μέθοδος ονομάζεται “υδροθεραπεία” και μπορεί να εφαρμοστεί με τρεις βασικούς τρόπους (Lowdermilk et al., 2020):

- ζεστό μπάνιο,
- ντους και,
- εμβύθιση σε πισίνα τοκετού.

Ο μηχανισμός πίσω από την αναλγητική ικανότητα του νερού δεν είναι γνωστός ακόμα, όμως η βιβλιογραφία αναφέρει πως το ζεστό νερό πιθανόν εμποδίζει το ερέθισμα του πόνου να φτάσει στον εγκέφαλο χρησιμοποιώντας τη θεωρία πύλης ελέγχου του πόνου (Lowdermilk et al., 2020). Σύμφωνα με την ACOG, η εμβύθιση στο νερό κατά το πρώτο στάδιο σχετίζεται με συντομότερο τοκετό και μειωμένη χρήση ραχιαίας και επισκληριδίου αναλγησίας και μπορεί να προσφέρεται σε υγιείς γυναίκες με χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη μεταξύ 37 0/7 εβδομάδων και 41 6/7 εβδομάδων κύησης (ACOG, 2016). Επίσης, η χρήση του νερού κατά τον τοκετό μπορεί να προσφέρει στην μητέρα την κατάλληλη ηρεμία που χρειάζεται ώστε να συγκεντρωθεί στο σώμα της και στην διαδικασία του τοκετού, καθώς και να την βοηθήσει να λάβει πιο ενεργό ρόλο στην γέννηση του παιδιού της (National Childbirth Trust, 2019). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, για όσες γυναίκες επιλέξουν τον τοκετό στο νερό, πρέπει να παρακολουθείται η θερμοκρασία της γυναίκας και του νερού ανά ώρα για να βεβαιωθεί ο επαγγελματίας υγείας ότι η γυναίκα αισθάνεται άνετα και ότι δεν έχει πυρετό. Η θερμοκρασία του νερού δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 37,5°C (NICE, 2017). Τέλος, σε εθνική αναδρομική μελέτη κούρτης που πραγματοποιήθηκε το 2015 έως το 2016 στην Αγγλία βρέθηκε, μεταξύ άλλων, ότι υπήρξε συσχέτιση μεταξύ του τοκετού με νερό και της μειωμένης επίπτωσης της αιμορραγίας μετά τον τοκετό (adjOR 0,68 (0,51,0,90)) και της εισαγωγής στη μονάδα νεογνών (adjOR 0,65 (0,53,0,78)) (Aughey et al., 2021).



Εικόνα 23. Χρήση του Νερού κατά τον Τοκετό.

Μια ακόμα μέθοδος διαχείρισης του πόνου του τοκετού που είναι ιδιαίτερα γνωστή στο εξωτερικό, και σταδιακά ξεκινάει να εφαρμόζεται και στην Ελλάδα, είναι η χρήση του Rebozo. Το Rebozo είναι ένα ιδιαίτερο πλεκτό ύφασμα, που υφάινεται από ντόπιες υφάντρες στο Μεξικό και περνάει από γενιά σε γενιά και από μαία σε μαία. Οι μαίες, μετά από εκπαίδευση στην χρήση του, μπορούν να εκπαιδεύσουν τις γυναίκες και τους συντρόφους τους στην ένταξη αυτής της πρακτικής κατά την διάρκεια του τοκετού καθώς και στα οφέλη του. Το μαντίλι Rebozo μπορεί να τοποθετηθεί κάτω από την κοιλία της εγκύου, όταν η ίδια βρίσκεται σε γονατοαγκωνιαία θέση, και να βοηθήσει στο να ελαττώσει το βάρος της εγκύμονος μήτρας που επωμίζεται η επίτοκος και έτσι μειώνεται η δυσφορία της, προάγοντας την ηρεμία, την χαλάρωση των συνδέσμων και την ανακούφιση του πόνου στην περιοχή της λεκάνης. Επίσης, μπορεί να τυλιχθεί το μαντίλι γύρω από την περιοχή της

λεκάνης της επιτόκου και, με ήρεμες κινήσεις από πλευρά σε πλευρά, έχει την ικανότητα να προσφέρει την αίσθηση και ανακούφιση ενός ήπιου μασάζ (Graves, 2015). Τέλος, σε πειραματική έρευνα του 2023 φάνηκε ότι η χρήση Rebozo μειώνει την διάρκεια του πρώτου σταδίου και βοηθάει στην ανακούφιση από τον πόνο του τοκετού που παρατηρείται χαμηλά στην πλάτη (Wijayanti & Marfu'ah, 2023).



Εικόνα 24. Χρήση του Rebozo κατά τον Τοκετό.

5.5 Κινητοποίηση της Επιτόκου και Θέσεις Τοκετού.

Αν κάποιος παρατηρήσει την διαδικασία τοκετού των θηλαστικών θα ανακαλύψει ότι υπάρχει έντονη κινητικότητα σε όλα τα στάδια και συνεχής εναλλαγή θέσεων. Επίσης, θα παρατηρηθεί ότι κανένα θηλαστικό δεν γεννάει ξαπλωμένο στην ράχη του. Τέλος, ο παρατηρητής θα δει ότι τα θηλαστικά αποφεύγουν να γεννήσουν σε ένα φωτεινό περιβάλλον, γεμάτο με κόσμο και φασαρία, και πάντα επιλέγουν να πάνε σε κάποια ήσυχη γωνία, με ημίφως ή και με απόλυτο σκοτάδι, όπου νιώθουν πως μπορούν να φέρουν τα μωρά του σε ένα μέρος με ασφάλεια. Έπειτα από τα ανωτέρω, εύλογα δημιουργούνται, λοιπόν, ερωτήματα και απορίες για την μορφή του τοκετού των ανθρώπων των οποίων ο τοκετός – αν και θηλαστικά και οι ίδιοι – διαφέρει εντελώς από τον τρόπο που η φύση έχει επιλέξει για την γέννηση των θηλαστικών.

Η βασική διαφορά των ανθρώπων με τα υπόλοιπα θηλαστικά είναι ότι οι γυναίκες δεν έχουν, στην πλειοψηφία τους, την δυνατότητα της επιλογής της θέσης του τοκετού τους ενώ επίσης δεν

τους επιτρέπεται – σε μεγάλο βαθμό – η ελεύθερη κίνηση στον χώρο κατά την διάρκεια των σταδίων του τοκετού. Σύμφωνα με τις οδηγίες της NICE, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενθαρρύνουν τη γυναίκα να κινείται και να υιοθετεί όποιες στάσεις θεωρεί πιο άνετες καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού (NICE, 2017). Συχνά, οι επίτοκες χρειάζεται να ξαπλώσουν σε ύπτια θέση για τις ανάγκες κάποιας εξέτασης – για παράδειγμα, καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση, ή αξιολόγηση της προόδου του τοκετού με κολπική δακτυλική εξέταση – και, εφόσον τελειώσει η εξέταση, δεν αλλάζουν την θέση τους, παραμένοντας καθηλωμένες στο κρεβάτι. Οι μαίες και οι μαιευτές πρέπει να παροτρύνουν τις γυναίκες να επιστρέψουν σε προηγούμενη θέση ή και να δοκιμάσουν καινούργιες θέσεις (Charman & Charles, 2020).

Σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ανάγκη για συνεχή καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση και δεν υπάρχει η επιλογή ασύρματων κεφαλών καρδιοτοκογράφου, η γυναίκα είναι αναγκασμένη να βρίσκεται ξαπλωμένη. Και σε αυτές τις περιπτώσεις, η μαία/ ο μαιευτής οφείλει να την βοηθάει να κάνει μικρές αλλαγές κινήσεων ανά τακτά χρονικά διαστήματα όπως η επιλογή της πλάγιας θέσης, ή την αλλαγή σε ημικαθιστή (Johnson & Taylor, 2021). Συγκεκριμένα για το δεύτερο στάδιο του τοκετού, η γυναίκα καλό είναι να αποθαρρύνεται από το να ξαπλώνει σε ύπτια ή ημι-ύπτια θέση και ενθαρρύνεται η υιοθέτηση οποιονδήποτε άλλων θέσεων πιο άνετων για την ίδια (NICE, 2017).

Οι θέσεις που συνήθως χρησιμοποιούνται από τις γυναίκες κατά τον τοκετό τους, όταν τους δίνεται η επιλογή, είναι οι εξής (Johnson & Taylor, 2021):

- Κατακεκλιμένη θέση – Ύπτια: Υπάρχει κίνδυνος συμπίεσης της αορτής και της κάτω κοίλης φλέβας από την ευμεγέθη μήτρα και ελάττωσης της παροχής αίματος προς την μήτρα και της επαναφοράς αίματος προς την καρδιά της μητέρας (“Σύνδρομο Κάτω Κοίλης Φλέβας”). Επομένως, προτείνεται να μην χρησιμοποιείται από την γυναίκα. Εάν επιθυμεί η ίδια να βρίσκεται σε ύπτια θέση, τότε πρέπει να τοποθετείται κάποιο υποστήριγμα κάτω από την δεξιά της πλευρά, μειώνοντας έτσι την πίεση από την μήτρα.
- Ημικατακεκλιμένη θέση – Ημικαθιστή: Συνήθως, είναι μια ξεκούραστη θέση για τις γυναίκες.
- Πλάγια θέση: Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όσες γυναίκες χρειάζεται να είναι ξαπλωμένες κατά τον τοκετό τους ώστε να μπορέσουν να ανακουφίσουν την πίεση στους γλουτούς και στην ιεροκοκκυγική περιοχή.
- Γονατοαγκωνιαία θέση: Μπορεί να επιλέγεται από τις επίτοκους καθώς επιτρέπει στην βαρύτητα να δράσει και επίσης ανακουφίζει την πίεση από την περιοχή της λεκάνης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί συνδυαστικά με την μπάλα τοκετού.

Give it a go, it'll be worth it



The Royal College of Midwives recommends the use of active and upright positions to assist with labour and birth

To find out more about the RCM Better Births initiative, visit betterbirths.rcm.org.uk

Better Births

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES

Εικόνα 25. Διάφορες Θέσεις και Στάσεις Τοκετού.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, φαίνεται πως γενικά καλό είναι να προτιμούνται όρθιες θέσεις από την επίτοκο, εφόσον η ίδια νιώθει άνετα με αυτές, καθώς βοηθάνε την κάθοδο του εμβρύου με την χρήση της βαρύτητας και επίσης έχουν συσχετιστεί με μικρότερο πρώτο στάδιο τοκετού, ελάττωση του πόνου και μειωμένη ανάγκη για φαρμακευτικές μορφές αναλγησίας. Επίσης, έρευνες έδειξαν ότι η πλάγια θέση κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού μειώνει την ανάγκη χρήσης εμβρυουλκού και επιταχύνει τον τοκετό (RCM, 2012). Τέλος, είναι σημαντικό να γνωρίζει η μαία/ ο μαιευτής ότι η γυναίκα κατά την αλλαγή θέσης μπορεί να εμφανίσει ζάλη και είναι επομένως σημαντική η σταδιακή εναλλαγή των στάσεων υπό την επίβλεψη του επαγγελματία υγείας (Lowdermilk et al., 2020).

Γ' ΜΕΡΟΣ – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή και Σκοπός της Έρευνας

1.1 Εισαγωγή

Η γέννηση έχει γίνει όλο και περισσότερο ιατροκοιμημένη, σε σημείο που ολόκληρη η περιγεννητική περίοδος επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από ιατρικές διαδικασίες και διεργασίες, ορισμένες από τις οποίες έχουν γίνει τόσο συνηθισμένες που δεν θεωρούνται πλέον ως παρέμβαση, όπως οι τακτικές κολπικές εξετάσεις κατά τη γέννα (Clesse et al., 2018 • Shepherd et al., 2010). Το ζήτημα της ιατροκοποίησης του τοκετού έχει βρεθεί στο επίκεντρο της επιστημονικής έρευνας για περισσότερα από 40 χρόνια τώρα, με αρκετές προσπάθειες από τις αντίστοιχες αρχές και επιστημονικές εταιρείες να αναδιαμορφώσουν τις ενδοκλινικές πρακτικές και να υποστηρίξουν την κανονικότητα κατά τον τοκετό (Clesse et al., 2018).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) το 1996 δημοσίευσε τον ορισμό του "φυσιολογικού" τοκετού και δήλωσε ότι στόχος του φυσιολογικού τοκετού είναι μια υγιής μητέρα και ένα υγιές παιδί με τον ελάχιστο δυνατό αριθμό ιατρικών παρεμβάσεων (WHO, 1996). Και πάλι, ο ΠΟΥ το 2018 δημοσίευσε μια έκθεση με συστάσεις σχετικά με τις ενδομήτριες παρεμβάσεις που πρέπει να αξιοποιούνται για την υποστήριξη των διαδικασιών του φυσιολογικού τοκετού και τις παρεμβάσεις που πρέπει να απορρίπτονται (WHO, 2018). Παρ' όλα αυτά, ο τοκετός τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες συνεχίζει να απομακρύνεται από την έννοια της κανονικότητας με το ελάχιστο δυνατό επίπεδο παρεμβάσεων και γίνεται ακόμη πιο ιατροκοιμημένος (Johanson et al., 2002).

Τις τελευταίες δεκαετίες, ο τοκετός έχει γίνει ιδιαίτερα ιατροκοιμημένος στην Ελλάδα, παρόμοια με τις περισσότερες δυτικές χώρες. Σχεδόν όλοι οι τοκετοί πραγματοποιούνται σε νοσοκομειακό περιβάλλον τόσο στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας όσο και στο ιδιωτικό σύστημα υγείας (Papoutsis et al., 2014). Παρά τη νομοθετική πράξη του 2022 που εισήγαγε για πρώτη φορά την ίδρυση κέντρων τοκετού, σήμερα δεν υπάρχουν στο σημερινό ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινοτικές μαίες ή μαιευτικές μονάδες τοκετού.

Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορίσουμε το είδος και τον επιπολασμό των ιατρικών παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού και του τοκετού σε Ελληνίδες εγκύους με τη χρήση ενός διαδικτυακού ερωτηματολογίου.

1.2 Σκοπός της Έρευνας

Ο σκοπός πραγματοποίησης της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η αποτύπωση του βαθμού παρεμβατικότητας και του είδους των παρεμβάσεων κατά την παρακολούθηση των γυναικών στη διάρκεια του τοκετού τους στην σημερινή ελληνική πραγματικότητα. Πιο αναλυτικά, διερευνήθηκαν οι μέθοδοι παρακολούθησης του τοκετού, προσδιορίστηκαν οι παράγοντες εκείνοι που ελαττώνουν τον αριθμό των παρεμβάσεων και καταγράφηκαν οι διαφορές στον βαθμό παρεμβατικότητας του τοκετού τα τελευταία 20 χρόνια (σε σχέση με παλαιότερες εποχές). Τέλος, συσχετίστηκε ποσοτικά ο αριθμός και το είδος των παρεμβάσεων με την συνολική εμπειρία του τοκετού.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με διαδικτυακό ερωτηματολόγιο ώστε να μπορέσουν να συλλεχθούν δεδομένα από γυναίκες σε όλη την Ελλάδα το οποίο έπειτα διαμοιράστηκε σε ηλεκτρονικά μέσα πανελλαδικής εμβέλειας. Οι γυναίκες, μέσω του εισαγωγικού κειμένου στην αρχή του ερωτηματολογίου, λάμβαναν γνωστοποίηση για το στόχο της έρευνας, την ανώνυμη αποθήκευση των δεδομένων που συλλέγονται και την δυνατότητα αποχώρησης ανά πάσα στιγμή.

2. Υλικά και Μέθοδος

2.1 Εργαλεία

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή δεδομένων για τις ανάγκες της έρευνας ήταν ένα δομημένο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο και η διαδικασία συλλογής τους έγινε με την μέθοδο της δειγματοληψίας (survey). Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 54 ερωτήσεις και διακρινόταν σε τρεις θεματικές ενότητες:

Μέρος Α'	A. Δήλωση Συγκατάθεσης
Μέρος Β'	B. Δημογραφικά Στοιχεία
Μέρος Γ'	Γ. Στοιχεία που αφορούν τον τελευταίο τοκετό των γυναικών

Πίνακας 8. *Ανάλυση Τμημάτων Ερωτηματολογίου*

Το μέρος Α' περιείχε εγγράφως αναλυτικά την ενημέρωση των συμμετεχόντων για τα προσωπικά τους δεδομένα και την επεξεργασία τους για σκοπούς επιστημονικής έρευνας καθώς και την δήλωση συγκατάθεσής τους στην αναφερόμενη επεξεργασία. Το μέρος Β' αποτελούνταν από 14 ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών καθώς και

ερωτήσεις για τις καθημερινές τους συνήθειες. Το μέρος Γ' αποτελούσε το ειδικό τμήμα της έρευνας και περιείχε 40 ερωτήσεις που αφορούσαν τον τελευταίο τοκετό των γυναικών. Από τις 54 ερωτήσεις, οι 17 είχαν απαντήσεις ελεύθερου κειμένου (ανοιχτού τύπου), οι 33 ήταν πολλαπλών επιλογών με μια πιθανή απάντηση, οι 2 ήταν πολλαπλών επιλογών με περισσότερες από μια πιθανές απαντήσεις και οι 2 ήταν με κλίμακα Likert με βαθμολόγηση από 0 (καθόλου) έως 4 (πολύ).

Το ερωτηματολόγιο αυτό δοκιμάστηκε αρχικά πιλοτικά σε 10 συμμετέχουσες, τα αποτελέσματα των οποίων δεν περιλαμβάνονται στην παρούσα ανάλυση. Με βάση την ανατροφοδότηση από την πιλοτική δοκιμή, το ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε απλό και εύκολο στη συμπλήρωση. Απαιτούσε περίπου 10-15 λεπτά για να ολοκληρωθεί, ενώ 5 στοιχεία αναδιατυπώθηκαν τελικά για λόγους σαφήνειας.

Το τελικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα έρευνα βρίσκεται στα παραρτήματα της έρευνας.

2.2 Πληθυσμός και δείγμα

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με δημοσκόπηση (survey). Επομένως, λήφθηκαν απαντήσεις από ένα μικρότερο μέρος του γενικού πληθυσμού – γυναίκες που γεννήσαν στην Ελλάδα. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 1.023 γυναίκες, εκ των οποίων 1009 ήταν από την Ελλάδα (98.6%), 5 από την Κύπρο (0,5%), 3 από την Αλβανία (0,3%), 1 από την Βουλγαρία (0,1%), 1 από την Γερμανία (0,1%), 1 από την Αγγλία (0,1%), 1 από την Πολωνία (0,1%), 1 από την Σερβία (0,1%) και 1 από την Σλοβακία (0,1%).

2.3 Περιορισμοί και Πλεονεκτήματα Έρευνας

Αυτή η διαδικτυακή έρευνα έχει αρκετούς περιορισμούς. Πρώτον, υπάρχει σφάλμα ανάκλησης λόγω του χρονικού διαστήματος μέχρι την τελευταία γέννηση των συμμετεχόντων. Αυτό σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα από το συμβάν, τόσο λιγότερο ακριβείς είναι οι παρεχόμενες πληροφορίες. Δεύτερον, η ακρίβεια των δεδομένων διακυβεύεται περαιτέρω από το γεγονός ότι δεν αντλούνται από τα αρχεία των νοσοκομείων, αλλά προέρχονται από τις αναμνήσεις των γυναικών. Τρίτον, όπως συμβαίνει με όλες τις διαδικτυακές έρευνες, το δείγμα της μελέτης δεν είναι αντιπροσωπευτικό του ελληνικού πληθυσμού. Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, η συντριπτική πλειονότητα των γυναικών ήταν κάτοχοι πανεπιστημιακού πτυχίου και όλες είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο και διέθεταν την προθυμία να συμμετάσχουν σε μια διαδικτυακή έρευνα. Δεν μπορεί λοιπόν να γίνει η υπόθεση ότι τα ευρήματα αυτά μπορούν να γενικευτούν στον ελληνικό πληθυσμό, καθώς δεν έχουν καταγραφεί δεδομένα από γυναίκες με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο

και οι οποίες δεν έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο ή δεν επιθυμούν να συμμετάσχουν σε διαδικτυακές έρευνες.

Το κύριο πλεονέκτημα της έρευνας είναι το γεγονός ότι παρά τους παραπάνω περιορισμούς επιτεύχθηκε η καταγραφή δεδομένων με ένα σχετικά μεγάλο δείγμα σε έναν τομέα της βιβλιογραφίας όπου τα στοιχεία, για το είδος και το μέγεθος των παρεμβάσεων κατά την διάρκεια του τοκετού στις Ελληνίδες εγκύους, είναι ελάχιστα ή ανύπαρκτα.

2.4 Ηθική και Δεοντολογία

Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας λαμβάνοντας υπόψη:

1. Την υπ. Αριθμ. 2-2023/12-09-2022 αίτηση έγκρισης διεξαγωγής έρευνας με τίτλο «Μη παρεμβατικοί τρόποι παρακολούθησης της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού: Η ελληνική πραγματικότητα» που υπέβαλε ο κ. Παπουτσής Δημήτριος ως Επιστημονικά Υπεύθυνος
2. Την ισχύουσα εθνική και διεθνή νομοθεσία σχετικά με την Ηθική και τη Δεοντολογία της Έρευνας
3. Τον Κανονισμό της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας
4. Την εισήγηση 305B/12.09.2022 του Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων Π.Δ.Μ. κ. Διονύσιου Καλογερά

Αποφάσισε, στην υπ' αριθμό 31/29-09-2022 Συνεδρίαση όπως εγκρίνει τη διεξαγωγή έρευνας με τίτλο «Μη παρεμβατικοί τρόποι παρακολούθησης της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού: Η ελληνική πραγματικότητα» που υπέβαλε ο κ. Παπουτσής Δημήτριος ως Επιστημονικά Υπεύθυνος.

Σχετικό αντίγραφο της απόφασης έγκρισης βρίσκεται στα παραρτήματα της έρευνας.

3. Αποτελέσματα της Έρευνας

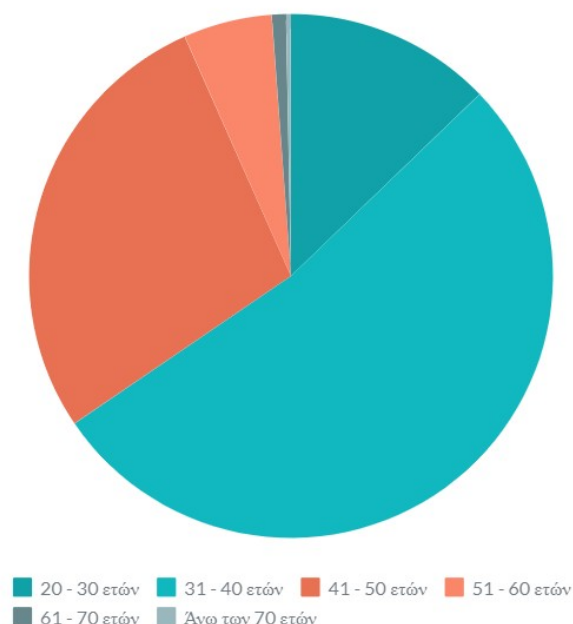
Στο μέρος Β' του ερωτηματολογίου υπήρχαν ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών και τις καθημερινές τους συνήθειες.

- **Ηλικία του Δείγματος**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 9 και Γράφημα 1, όπου αναλύεται η ηλικία του δείγματος, από τις 1.023 γυναίκες οι 131 ήταν μεταξύ των 20 και 30 ετών (12,9%), οι 539 γυναίκες ήταν μεταξύ 31 και 40 ετών (52,6%), οι 285 γυναίκες ήταν μεταξύ 41 και 50 ετών (27,7%), οι 56 γυναίκες ήταν μεταξύ 51 και 60 ετών (5,6%), οι 9 γυναίκες ήταν μεταξύ 61 και 70 ετών (0,9%), ενώ 3 γυναίκες ήταν άνω των 70 ετών (0,3%). Η διάμεση ηλικία ήταν τα 38 έτη, ενώ το εύρος ήταν από 20-70 χρονών.

	Συχνότητα	Ποσοστό
20 – 30 ετών	131	12,9
31 – 40 ετών	539	52,6
41 – 50 ετών	285	27,7
51 – 60 ετών	56	5,6
61 – 70 ετών	9	0,9
Άνω των 70 ετών	3	0,3
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 9. Περιγραφικός Πίνακας της Ηλικίας του Δείγματος.

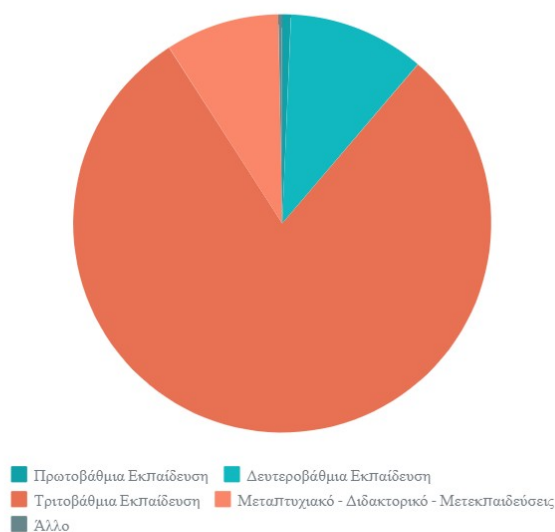


Γράφημα 1. Σχηματική Απεικόνιση της Ηλικίας του Δείγματος .

- **Μορφωτικό Επίπεδο**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 10 και Γράφημα 2, όπου αναλύεται το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος, από τις 1.023 γυναίκες οι 7 ήταν απόφοιτες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (0,7%), οι 108 ήταν απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (10,5%), οι 815 ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (79,7%), οι 90 είχαν ολοκληρώσει κάποιο μεταπτυχιακό – διδακτορικό – άλλη μετεκπαίδευση (8,8%) και 3 γυναίκες δήλωσαν “άλλο” (0,3%). Συνολικά, 905 γυναίκες ήταν απόφοιτες ανώτατης εκπαίδευσης [Τριτοβάθμια Εκπαίδευση + Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Μετεκπαιδεύσεις] (88,5%).

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	7	0,7
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	108	10,5
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	815	79,7
Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό - Μετεκπαιδεύσεις	90	8,8
Άλλο	3	0,3
Σύνολο:	1.023	100,0



Πίνακας 10. Περιγραφικός Πίνακας του Μορφωτικού Επιπέδου του Δείγματος.

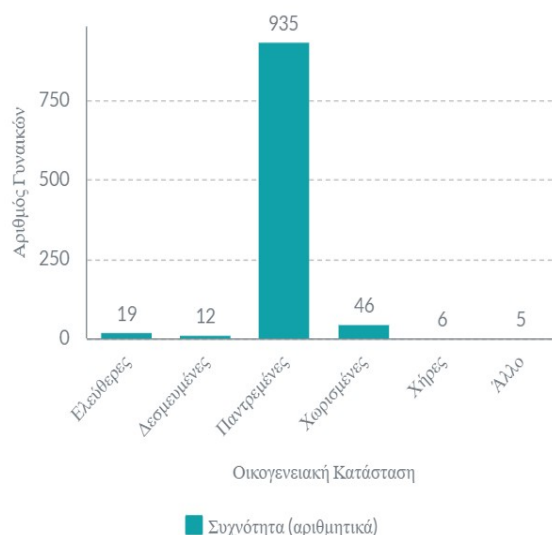
Γράφημα 2. Σχηματική Απεικόνιση του Μορφωτικού Επιπέδου του Δείγματος.

- **Οικογενειακή Κατάσταση**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 11 και Γράφημα 3, όπου αναλύεται η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, από τις 1.023 γυναίκες οι 19 ήταν ελεύθερες (1,8%), οι 12 ήταν δεσμευμένες (1,2%), οι 935 ήταν παντρεμένες (91,4%), οι 46 ήταν χωρισμένες (4,5%), οι 6 ήταν χήρες (0,6%) και 5 γυναίκες δήλωσαν “άλλο” (0,5%).

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ελεύθερες	19	1,8
Δεσμευμένες	12	1,2
Παντρεμένες	935	91,4
Χωρισμένες	46	4,5
Χήρες	6	0,6
Άλλο	5	0,5
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 11. Περιγραφικός Πίνακας της Οικογενειακής Κατάστασης του Δείγματος.



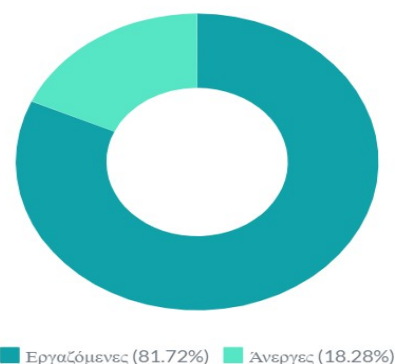
Γράφημα 3. Σχηματική Απεικόνιση της Οικογενειακής Κατάστασης του

- **Επάγγελμα**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 12 και Γράφημα 4, όπου αναλύεται το επάγγελμα του δείγματος, από τις 1.023 γυναίκες οι 187 γυναίκες ήταν άνεργες (18,3%), ενώ οι 836 ήταν εργαζόμενες (81,7%). Από το σύνολο των γυναικών του δείγματος, οι 126 γυναίκες ήταν επαγγελματίες υγείας (12,3%).

	Συχνότητα	Ποσοστά
Εργαζόμενες	836	81,7
Άνεργες	187	18,3
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 12. Περιγραφικός Πίνακας της Επαγγελματικής Κατάστασης του Δείγματος.



Γράφημα 4. Σχηματική Απεικόνιση του Επαγγελματικής Κατάστασης του Δείγματος.

- **Συνήθειες της Καθημερινότητας**

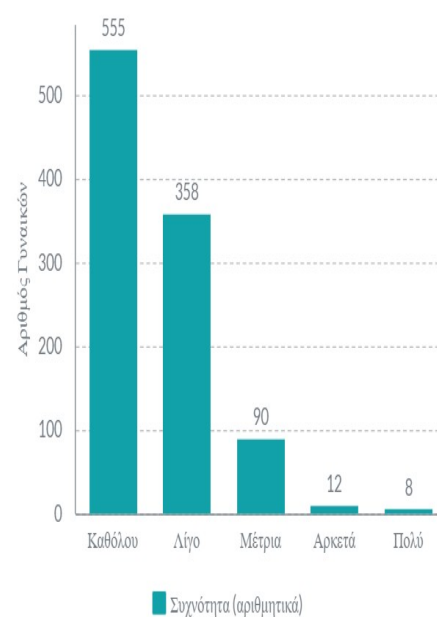
Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 13, όπου αναλύονται οι καπνιστικές συνήθειες του δείγματος, από τις 1.023 γυναίκες οι 283 καπνίζουν (27,7%), οι 512 δεν καπνίζουν (50%), ενώ 228 γυναίκες κάπνιζαν αλλά το έχουν κόψει (22,3%).

ΚΑΠΝΙΣΜΑ	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	283	27,7
Όχι	512	50
Κάπνιζα αλλά το έχω κόψει.	228	22,3
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 13. Περιγραφικός Πίνακας των Καπνιστικών Συνηθειών του Δείγματος.

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 14 και Γράφημα 5, όπου αναλύεται η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ του δείγματος, από τις 1.023 γυναίκες οι 555 δήλωσαν ότι δεν πίνουν καθόλου (54,2%), οι 358 δήλωσαν ότι πίνουν λίγο [1 – 2 ποτήρια/ εβδομάδα] (35%), οι 90 δήλωσαν ότι πίνουν μέτρια [3 – 4 ποτήρια/ εβδομάδα] (8,8%), οι 12 δήλωσαν ότι πίνουν αρκετά [5 – 6 ποτήρια/ εβδομάδα] (1,2%), ενώ 8 γυναίκες δήλωσαν ότι πίνουν πολύ [>6 ποτήρια/ εβδομάδα] (0,8%).

ΑΛΚΟΟΛ	Συχνότητα	Ποσοστά
καθόλου: 0 ποτήρια/ εβδομάδα	555	54,2
λίγο: 1-2 ποτήρια/ εβδομάδα	358	35
μέτρια: 3-4 ποτήρια/ εβδομάδα	90	8,8
αρκετά: 5-6 ποτήρια/ εβδομάδα	12	1,2
πολύ: >6 ποτήρια/ εβδομάδα	8	0,8
Σύνολο:	1.023	100,0



Πίνακας 14. Περιγραφικός Πίνακας της Απεικόνιση της Κατανάλωσης Αλκοόλ του Δείγματος.

Γράφημα 5. Σχηματική Απεικόνιση Κατανάλωσης Αλκοόλ.

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 15, όπου αναλύονται οι συνήθειες χρήσης ουσιών του δείγματος, από τις 1.023 γυναίκες οι 6 γυναίκες κάνουν χρήση εθιστικών ουσιών (0,6%), οι 1.005 δεν έχουν κάνει χρήση (98,2%), ενώ 12 γυναίκες έκαναν αλλά το έχουν σταματήσει (1,2%).

<u>ΕΘΙΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	6	0,6
Όχι	1005	98,2
Έκανα αλλά έχω σταματήσει.	12	1,2
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 15. Περιγραφικός Πίνακας της Χρήσης Εθιστικών Ουσιών του Δείγματος.

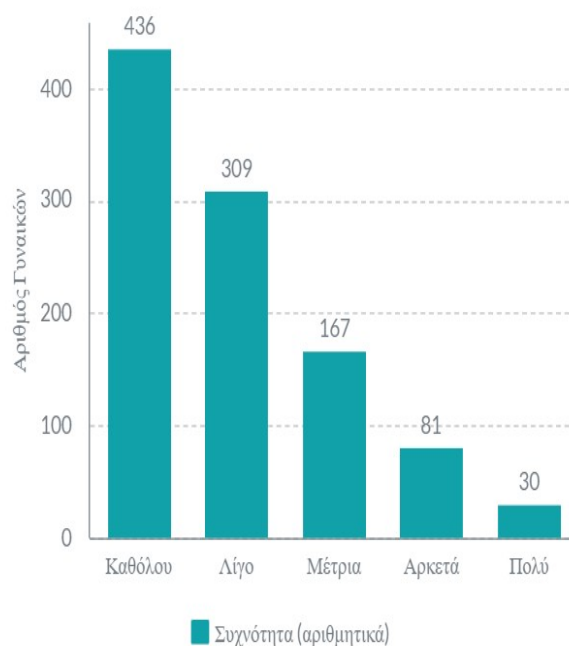
Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 16, όπου αναλύεται η συστηματική λήψη φαρμακευτικής αγωγής από το δείγμα, από τις 1.023 γυναίκες οι 286 γυναίκες λαμβάνουν συστηματικά κάποια φαρμακευτική αγωγή (28%), ενώ 737 γυναίκες δεν λαμβάνουν συστηματικά (72%).

<u>ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	286	28
Όχι	737	72
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 16. Περιγραφικός Πίνακας της Συστηματικής Λήψης Φαρμακευτικής Αγωγής του Δείγματος.

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 17 και Γράφημα 6, όπου αναλύεται η συχνότητα άθλησης του δείγματος, από τις 1.023 γυναίκες οι 436 δήλωσαν ότι δεν αθλούνται καθόλου (42,7%), οι 309 δήλωσαν ότι αθλούνται λίγο [1 – 2 φορές/ εβδομάδα] (30,2%), οι 167 δήλωσαν ότι αθλούνται μέτρια [3 – 4 φορές/ εβδομάδα] (16,3%), οι 81 δήλωσαν ότι αθλούνται αρκετά [5 – 6 φορές/ εβδομάδα] (7,9%), ενώ 30 γυναίκες δήλωσαν ότι αθλούνται πολύ [>6 φορές/ εβδομάδα] (2,9%).

ΑΘΛΗΣΗ	Συχνότητα	Ποσοστά
καθόλου: 0 φορές/ εβδομάδα	436	42,7
λίγο: 1-2 φορές/ εβδομάδα	309	30,2
μέτρια: 3-4 φορές/ εβδομάδα	167	16,3
αρκετά: 5-6 φορές/ εβδομάδα	81	7,9
πολύ: >6 φορές/ εβδομάδα	30	2,9
Σύνολο:	1.023	100,0



Πίνακας 17. Περιγραφικός Πίνακας της Συχνότητας Άθλησης του Δείγματος.

Γράφημα 6. Σχηματική Απεικόνιση της Συχνότητας Άθλησης του Δείγματος.

- **Αριθμός Γεννήσεων**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 18, όπου αναλύεται ο αριθμός γεννήσεων του δείγματος, από τις 1.023 γυναίκες οι 447 γυναίκες είχαν γεννήσει μια φορά (43,7%), 455 γυναίκες είχαν γεννήσει δύο φορές (44,5%), 103 γυναίκες είχαν γεννήσει τρεις φορές (10,1%), 13 γυναίκες είχαν γεννήσει τέσσερις φορές (1,2%), 2 γυναίκες είχαν γεννήσει πέντε φορές (0,2%), 1 γυναίκα είχε γεννήσει έξι φορές (0,1%), ενώ 2 γυναίκες είχαν γεννήσει εννέα φορές (0,2%).

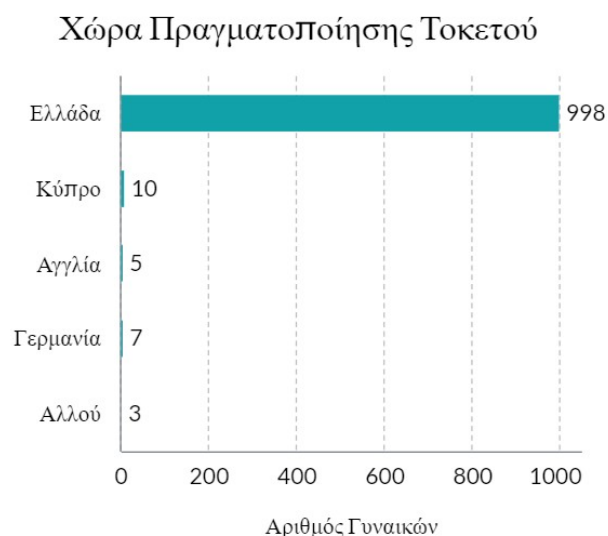
	Συχνότητα	Ποσοστό
1 φορά	447	43,7
2 φορές	455	44,5
3 φορές	103	10,1
4 φορές	13	1,2
5 φορές	2	0,2
6 φορές	1	0,1
9 φορές	2	0,2
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 18. Περιγραφικός Πίνακας του Αριθμού Γεννήσεων του Δείγματος.

- **Χώρα Πραγματοποίησης Τοκετού**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 19 και Γράφημα 7, όπου αναλύεται η χώρα γέννησης στο δείγμα, από τις 1.023 γυναίκες οι 998 γυναίκες γέννησαν στην Ελλάδα (97,6%), 10 γυναίκες γέννησαν στην Κύπρο (0,9%), 5 γυναίκες γέννησαν στην Αγγλία (0,5%), 7 γυναίκες γέννησαν στην Γερμανία (0,7%), ενώ 3 γυναίκες γέννησαν σε άλλες χώρες (0,3%).

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ελλάδα	998	97,6
Κύπρο	10	0,9
Αγγλία	5	0,5
Γερμανία	7	0,7
Αλλού	3	0,3
Σύνολο:	1.023	100,0



Πίνακας 19. Περιγραφικός Πίνακας των Χωρών των Πραγματοποίησης του Τοκετού του Δείγματος.

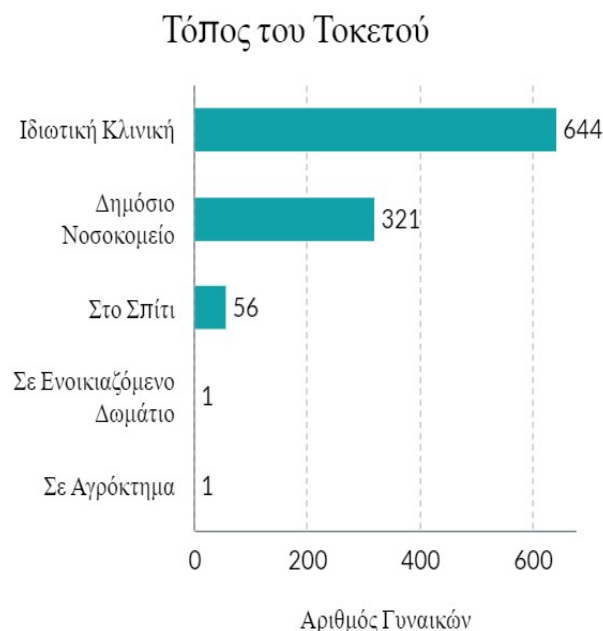
Γράφημα 7. Σχηματική Απεικόνιση Χώρων Πραγματοποίησης του Τοκετού.

Στο μέρος Γ' του ερωτηματολογίου υπήρχαν ερωτήσεις σχετικά με στοιχεία που αφορούσαν τον τελευταίο τοκετό των γυναικών.

- **Τόπος Τοκετού**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 20 και Γράφημα 8, όπου αναλύεται ο τόπος του τοκετού στο δείγμα, από τις 1.023 γυναίκες οι 644 γυναίκες γέννησαν σε Ιδιωτική Κλινική (63%), 321 γυναίκες γέννησαν σε Δημόσιο Νοσοκομείο (31,4%), 56 γυναίκες γέννησαν στο Σπίτι (5,4%), 1 γυναίκα γέννησε σε Ενοικιαζόμενο Δωμάτιο (0,1%) και 1 γυναίκα γέννησε σε Αγρόκτημα (0,1%).

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ιδιωτική Κλινική	644	63
Δημόσιο Νοσοκομείο	321	31,4
Στο Σπίτι	56	5,4
Σε Ενοικιαζόμενο Δωμάτιο	1	0,1
Σε Αγρόκτημα	1	0,1
Σύνολο:	1.023	100,0



Πίνακας 20. Περιγραφικός Πίνακας του Τόπου Πραγματοποίησης του Τοκετού του Δείγματος.

Γράφημα 8. Σχηματική Απεικόνιση του Τόπου Πραγματοποίησης του Τοκετού του Δείγματος.

- **Χαμηλού – Υψηλού Κινδύνου Εγκυμοσύνη**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 21 και Γράφημα 9, όπου αναλύεται η αξιολόγηση του κινδύνου της εγκυμοσύνης στο δείγμα, από τις 1.023 γυναίκες οι 809 γυναίκες είχαν χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη (79,1%), ενώ 214 γυναίκες είχαν εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου (20,9%).

	Συχνότητα	Ποσοστά
Χαμηλού Κινδύνου Εγκυμοσύνη	809	79,1
Υψηλού Κινδύνου Εγκυμοσύνη	214	20,9
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 21. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης του Κινδύνου της Εγκυμοσύνης του Δείγματος.



Γράφημα 9. Σχηματική Απεικόνιση της Αξιολόγησης του Κινδύνου της Εγκυμοσύνης του Δείγματος.

- **Προβολή Εμβρύου**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 22 και Γράφημα 10, όπου αναλύεται η προβολή του εμβρύου στο δείγμα, από τις 1.023 γυναίκες οι 923 γυναίκες είχαν κεφαλική προβολή (90,6%), οι 59 γυναίκες είχαν ισχιακή προβολή (5,7%), οι 6 γυναίκες δεν γνώριζαν την προβολή του εμβρύου (0,6%) και 32 γυναίκες απάντησαν “άλλο” (3,1%).

	Συχνότητα	Ποσοστά
Ισχιακή Προβολή	59	5,7
Κεφαλική Προβολή	926	90,6
“Δεν Ξέρω”	6	0,6
Άλλο	32	3,1
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 22. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης της Προβολής του Εμβρύου του Δείγματος.

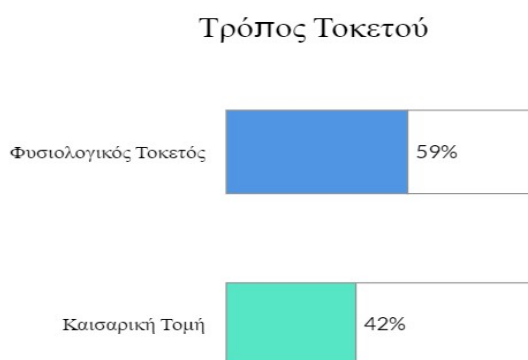


Γράφημα 10. Σχηματική Απεικόνιση της Αξιολόγησης της Προβολής του Εμβρύου του Δείγματος.

- **Τρόπος Τοκετού**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 23 και Γράφημα 11, όπου αναλύεται ο τρόπος τοκετού στο δείγμα, από τις 1.023 γυναίκες οι 598 γυναίκες είχαν φυσιολογικό τοκετό (90,6%), ενώ οι 425 γυναίκες είχαν κάνει καισαρική τομή (41,5%).

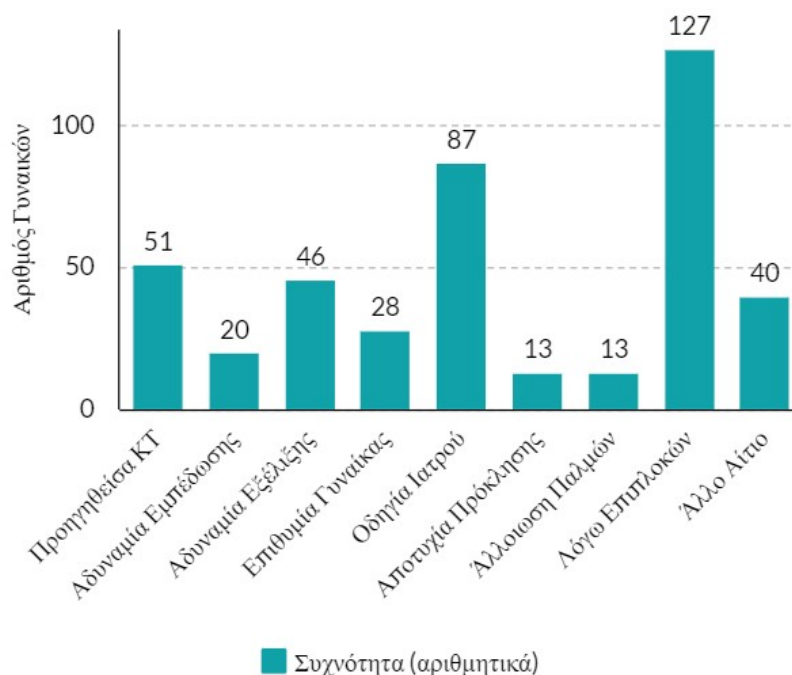
	Συχνότητα	Ποσοστά
Φυσιολογικός Τοκετός	598	58,5
Καισαρική Τομή	425	41,5
Σύνολο:	1.023	100,0



Πίνακας 23. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης του Τρόπου Τοκετού του Δείγματος.

Γράφημα 11. Σχηματική Απεικόνιση της Αξιολόγησης του Τρόπου Τοκετού του Δείγματος.

Στο Γράφημα 12 φαίνονται οι αιτίες καισαρικής τομής στο δείγμα. Από τις 1.023 γυναίκες που απάντησαν στην ερώτηση “Αν γεννήσατε με καισαρική τομή, γιατί έγινε αυτό; (πχ. από επιλογή σας, λόγω επιπλοκών, κ.α.)”, οι 51 γυναίκες έκαναν καισαρική λόγω προηγηθείσας καισαρικής τομής (4,9%), οι 20 γυναίκες έκαναν λόγω αδυναμία εμπέδωσης του εμβρύου (2%), οι 46 γυναίκες έκαναν λόγω αδυναμία εξέλιξης του τοκετού (4,5%), οι 28 γυναίκες έκαναν καισαρική γιατί το επιθυμούσαν οι ίδιες (2,7%), οι 87 γυναίκες έκαναν καισαρική τομή λόγω οδηγίας του/ της γιατρού τους (8,5%), οι 13 γυναίκες έκαναν καισαρική λόγω αποτυχίας της πρόκλησης (1,3%), οι 13 γυναίκες έκαναν καισαρική λόγω αλλοίωσης των παλμών του εμβρύου (1,3%), οι 127 έκαναν καισαρική λόγω επιπλοκών κατά την κύηση και/ ή τον τοκετό (12,4%) και οι 40 γυναίκες δήλωσαν πως είχαν άλλο αίτιο καισαρικής τομής (3,9%). Οι 598 γυναίκες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως.



Γράφημα 12. Σχηματική Απεικόνιση της Αξιολόγησης των Αιτιών Καισαρικής Τομής του Δείγματος.

- Στάση Τοκετού

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 24, όπου αναλύεται η στάση τοκετού στο δείγμα, από τις 1.023 γυναίκες οι 514 γυναίκες γέννησαν σε στάση λιθοτομής (50,2%), οι 7 γυναίκες γέννησαν σε όρθια στάση (0,7%), οι 28 γυναίκες γέννησαν καθιστές ή σε βαθύ κάθισμα (2,8%), οι 25 γυναίκες γέννησαν σε γονατοαγκωνιαία στάση (2,4%), οι 16 γυναίκες γέννησαν σε πλαϊνή στάση (1,6%), ενώ 8 γυναίκες ανέφεραν άλλη στάση (0,8%). Οι 425 γυναίκες γέννησαν με καισαρική τομή όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως.

	Συχνότητα	Ποσοστά
Στάση Λιθοτομής	514	50,2
Όρθια Στάση	7	0,7
Καθιστή Στάση	28	2,8
Γονατοαγκωνιαία Στάση	25	2,4

Ξαπλωμένη στο πλάι	16	1,6
Καισαρική Τομή	425	41,5
Άλλο	8	0,8
Σύνολο:	1.023	100,0

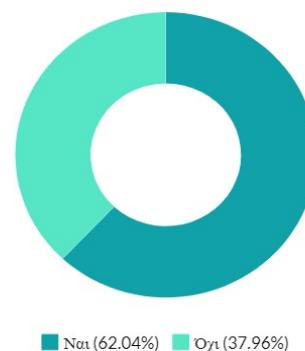
Πίνακας 24. Περιγραφικός Πίνακας της Στάσης Τοκετού του Δείγματος.

- **Επιλογή Αλλαγής Θέσεων και Στάσεων**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 25 και Γράφημα 13, αναλύεται η δυνατότητα των γυναικών να αλλάζουν θέσεις και στάσεις κατά τον τοκετό στο δείγμα. Από τις 1.023 γυναίκες του δείγματος, οι 371 γυναίκες μπορούσαν να αλλάξουν θέσεις κατά τον τοκετό τους (36,2%), ενώ σε 227 γυναίκες δεν τους επιτράπηκε να αλλάξουν θέσεις και στάσεις κατά τον τοκετό τους (22,3%). Οι 425 γυναίκες γέννησαν με καισαρική τομή όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως.

	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	371	36,2
Όχι	227	22,3
Καισαρική Τομή	425	41,5
Σύνολο:	1.023	100,0

Δυνατότητα Εναλλαγής Στάσεων/ Θέσεων σε Γυναίκες που Γέννησαν με Φυσιολογικό Τοκετό



Πίνακας 25. Περιγραφικός Πίνακας της Δυνατότητας Εναλλαγής Στάσεων και Θέσεων κατά τον Τοκετό των Γυναικών του Δείγματος.

Γράφημα 13. Σχηματική Απεικόνιση της Δυνατότητας Εναλλαγής Στάσεων και Θέσεων που Γέννησαν με Φυσιολογικό Τοκετό.

- **Έναρξη του Τοκετού**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 26 και Γράφημα 14, αναλύεται ο τρόπος έναρξης του τοκετού στο δείγμα. Από τις 1.023 γυναίκες του δείγματος, στις 343 γυναίκες ο τοκετός τους ξεκίνησε με αυτόματη ρήξη των υμένων (33,5%), στις 115 γυναίκες ο τοκετός τους ξεκίνησε με τεχνητή ρήξη των υμένων (11,3%), στις 255 γυναίκες ο τοκετός τους ξεκίνησε με πρόκληση τοκετού (25%), οι 200 γυναίκες έκαναν προγραμματισμένη καισαρική τομή, ενώ 110 γυναίκες επέλεξαν “άλλο”. Από τις 110 γυναίκες που επέλεξαν την επιλογή “Άλλο”, η πλειοψηφία τους (81 γυναίκες) ανέφερε ότι ο τοκετός τους ξεκίνησε με συστολές, χωρίς να έχει γίνει ρήξη των υμένων (7,9%).

	Συχνότητα	Ποσοστά
Αυτόματη ρήξη των υμένων	343	33,5
Τεχνητή ρήξη των υμένων	115	11,3
Πρόκληση τοκετού	255	25
Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή	200	19,5
Άλλο	110	10,7
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 26. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης του Τρόπου Έναρξης του Τοκετού.

Όπως φαίνεται από τα Γραφήματα 14 και 15, από τις 425 γυναίκες του δείγματος που έκαναν καισαρική τομή, οι 200 γυναίκες είχαν προγραμματισμένη καισαρική τομή (47,1%), ενώ οι 225 γυναίκες είχαν επείγουσα καισαρική τομή (52,9%).



Γράφημα 14. Σχηματική Απεικόνιση του Τρόπου Έναρξης του Τοκετού.



Γράφημα 15. Σχηματική Απεικόνιση των Ποσοστών Καισαρικής Τομής.

- **Διάρκεια του Τοκετού**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 27 και Γράφημα 16, αναλύεται η διάρκεια του τοκετού στο δείγμα. Από τις 1.023 γυναίκες του δείγματος, στις 191 γυναίκες ο τοκετός τους διήρκησε < 3 ώρες (18,7%), στις 152 γυναίκες ο τοκετός τους διήρκησε 3 – 5 ώρες (14,9%), στις 125 γυναίκες ο τοκετός τους διήρκησε 5 – 7 ώρες (12,2%), στις 74 γυναίκες ο τοκετός τους διήρκησε 7 – 9 ώρες (7,2%), στις 112 γυναίκες ο τοκετός τους διήρκησε 9 – 12 ώρες (10,9%), ενώ στις 169 γυναίκες ο τοκετός τους διήρκησε > 12 ώρες (16,6%). Οι 200 γυναίκες γέννησαν με προγραμματισμένη καισαρική τομή, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως.

	Συχνότητα	Ποσοστά
< 3 ώρες	191	18,7
3-5 ώρες	152	14,9
5-7 ώρες	125	12,2
7-9 ώρες	74	7,2
9-12 ώρες	112	10,9
>12 ώρες	169	16,6
Γέννησα με πκτ	200	19,5
Σύνολο:	1.023	100,0



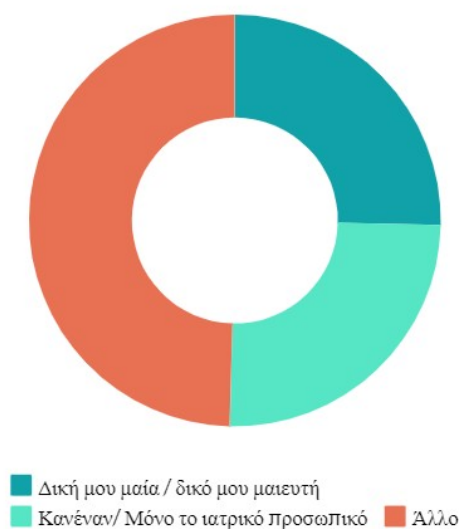
Πίνακας 27. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης της Διάρκειας του Τοκετού του Δείγματος.

Γράφημα 16. Σχηματική Απεικόνιση της Αξιολόγησης της Διάρκειας του Τοκετού του Δείγματος.

- **Συνοδός κατά τον Τοκετό**

Όπως φαίνεται στο Γράφημα 17, αναλύεται η παρουσία κάποιου συνοδού κατά τον τοκετό στο δείγμα. Στο 25,6% των γυναικών είχαν μαζί τους δικιά τους μαία/ δικό τους μαιευτή, στο 24,3% των γυναικών ήταν μόνες τους κατά τον τοκετό τους, ενώ το 50,1% ανέφερε ότι είχα άλλα άτομα παρόντες [γονείς, φίλους, κα.]. Από τις γυναίκες που ήταν μόνες τους, στο 73% των γυναικών αυτό δεν ήταν επιλογή τους, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας [Γράφημα 18].

Συνοδός στον Τοκετό



Κανέναν/ Μόνο το Ιατρικό Προσωπικό στον Τοκετό



Γραφήματα 17, 18. Σχηματικές Απεικονίσεις της Αξιολόγησης του Συνοδού κατά τον Τοκετό του Δείγματος.

- **Στοιχεία για την Παρακολούθηση του Τοκετού**

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 28, οι 254 γυναίκες παρακολουθούνταν με καρδιοτοκογράφο αλλά όχι συνεχόμενα (24,7%), οι 624 γυναίκες παρακολουθούνταν με καρδιοτοκογράφο συνεχόμενα (61%), στις 111 γυναίκες δεν χρησιμοποιήθηκε καθόλου καρδιοτοκογράφος (10,5), ενώ 34 γυναίκες επέλεξαν “άλλο” (3,8%).

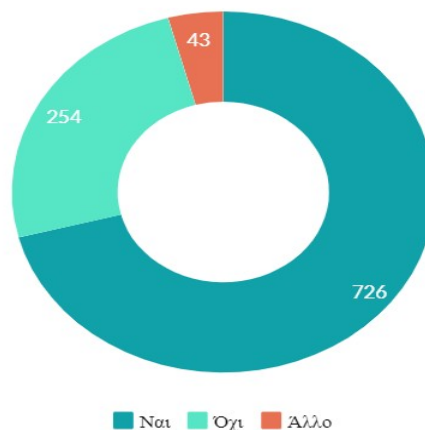
ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΟΣ	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι, με συνεχή	254	24,7
Ναι, αλλά όχι συνεχόμενα	624	61
Δεν χρησιμοποιήθηκε	111	10,5
Άλλο	34	3,8
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 28. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης της Παρακολούθησης με Καρδιοτοκογράφο του Δείγματος.

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 29 και Γράφημα 19, στις 726 γυναίκες η παρακολούθηση της εξέλιξης του τοκετού έγινε με δαχτυλική κολπική εξέταση (71%), στις 254 γυναίκες δεν χρησιμοποιήθηκε καθόλου η δαχτυλική κολπική εξέταση (24,9%), ενώ 43 γυναίκες επέλεξαν “άλλο” (4,1%).

<u>ΔΑΧΤΥΛΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	726	71
Όχι	254	24,9
Άλλο	43	4,1
Σύνολο:	1.023	100,0

Κολπική Δαχτυλική Εξέταση

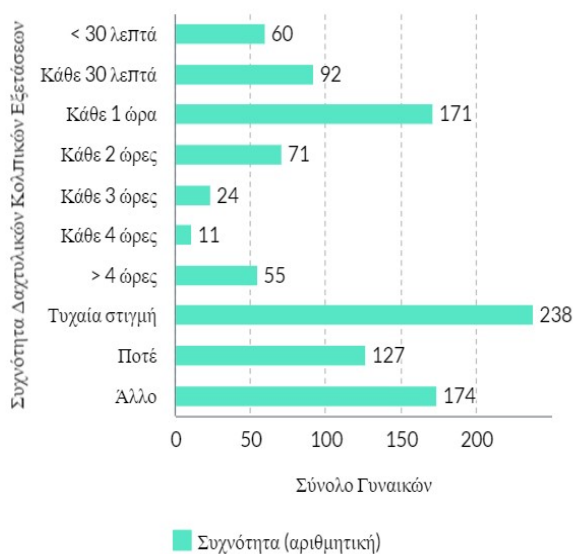


Πίνακας 29. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης της Πραγματοποίησης Δαχτυλικών Κολπικών Εξετάσεων του Δείγματος.

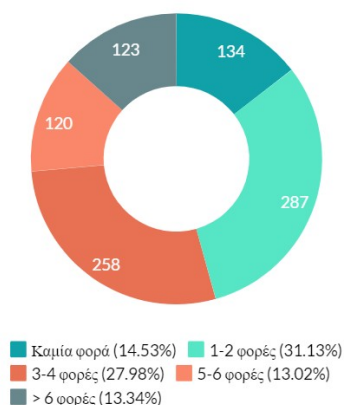
Γράφημα 19. Σχηματικές Απεικονίσεις της Αξιολόγησης της Πραγματοποίησης Δαχτυλικών Κολπικών Εξετάσεων του Δείγματος.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 30, στις 60 γυναίκες γινόταν δαχτυλική κολπική εξέταση πιο συχνά από 30 λεπτά (5,9%), στις 92 γυναίκες γινόταν δαχτυλική κολπική εξέταση κάθε 30 λεπτά (9%), στις 171 γυναίκες γινόταν δαχτυλική κολπική εξέταση κάθε 1 ώρα (16,6%), στις 71 γυναίκες γινόταν δαχτυλική κολπική εξέταση κάθε 2 ώρες (7%), στις 24 γυναίκες γινόταν δαχτυλική κολπική εξέταση κάθε 3 ώρες (2,3%), στις 11 γυναίκες γινόταν δαχτυλική κολπική εξέταση κάθε 4 ώρες (1,1%), στις 55 γυναίκες γινόταν δαχτυλική κολπική εξέταση πιο αραιά από 4 ώρες (5,4%) στις 238 γυναίκες γινόταν δαχτυλική κολπική εξέταση σε τυχαίες χρονικές στιγμές (23,3%), 127 γυναίκες ανέφεραν ότι δεν έγινε καμία φορά δαχτυλική κολπική εξέταση (12,4%), ενώ 174 γυναίκες επέλεξαν “άλλο”. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 30 και τα Γραφήματα 20 και 21, στο 60% περίπου των γυναικών έγιναν περισσότερες από 3 κολπικές εξετάσεις, με 1 στις 10 γυναίκες να υποβάλλονται σε κολπική εξέταση κάθε ώρα.

	Συχνότητα	Ποσοστά
< 30 λεπτά	60	5,9
Κάθε 30 λεπτά	92	9
Κάθε 1 ώρα	171	16,6
Κάθε 2 ώρες	71	7
Κάθε 3 ώρες	24	2,3
Κάθε 4 ώρες	11	1,1
> 4 ώρες	55	5,4
Τυχαία	238	23,3
Ποτέ	127	12,4
Άλλο	174	17
Σύνολο:	1.023	100,0



Αριθμός Κολπικών Δαχτυλικών Εξετάσεων



Πίνακας 30. Περιγραφικός Πίνακας της Συχνότητας των Κολπικών Δαχτυλικών Εξετάσεων του Δείγματος.

Γραφήματα 20,21. Σχηματικές Απεικονίσεις της Συχνότητας των κολπικών δαχτυλικών εξετάσεων και τον Αριθμό αυτών (Γράφημα 21) του Δείγματος.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται αναλυτικά οι παρεμβάσεις που μπορούν να συμβούν κατά τον τοκετό. Πιο αναλυτικά, σε 383 γυναίκες δεν επιτρεπόταν να κινούνται ελεύθερα στον χώρο κατά τον τοκετό τους (37,5%), σε 648 γυναίκες δεν επιτρεπόταν η κατανάλωση φαγητού (63,4%), σε 399 γυναίκες δεν επιτρεπόταν η κατανάλωση νερού (39%), 162 γυναίκες είχαν μόνιμο ουροκαθετήρα (15,8%) και 553 γυναίκες είχαν μόνιμο φλεβοκαθετήρα καθ'όλη την διάρκεια του τοκετού τους (54,1%).

<u>ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	440	43
Όχι	383	37,5
Γέννησα με ΠΚΤ	200	19,5
Σύνολο:	1.023	100,0
<u>ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΓΗΤΟΥ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	175	17,1
Όχι	648	63,4
Γέννησα με ΠΚΤ	200	19,5
Σύνολο:	1.023	100,0
<u>ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑΣ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	162	15,8
Όχι	661	64,7
Γέννησα με ΠΚΤ	200	19,5
Σύνολο:	1.023	100,0
<u>ΦΛΕΒΟΚΑΘΕΤΗΡΑΣ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	553	54,1
Όχι	270	26,4
Γέννησα με ΠΚΤ	200	19,5
Σύνολο:	1.023	100,0
<u>ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΝΕΡΟΥ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	424	41,5
Όχι	399	39
Γέννησα με ΠΚΤ	200	19,5

Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 31. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης των Παρεμβάσεων κατά τον Τοκετό του Δείγματος.

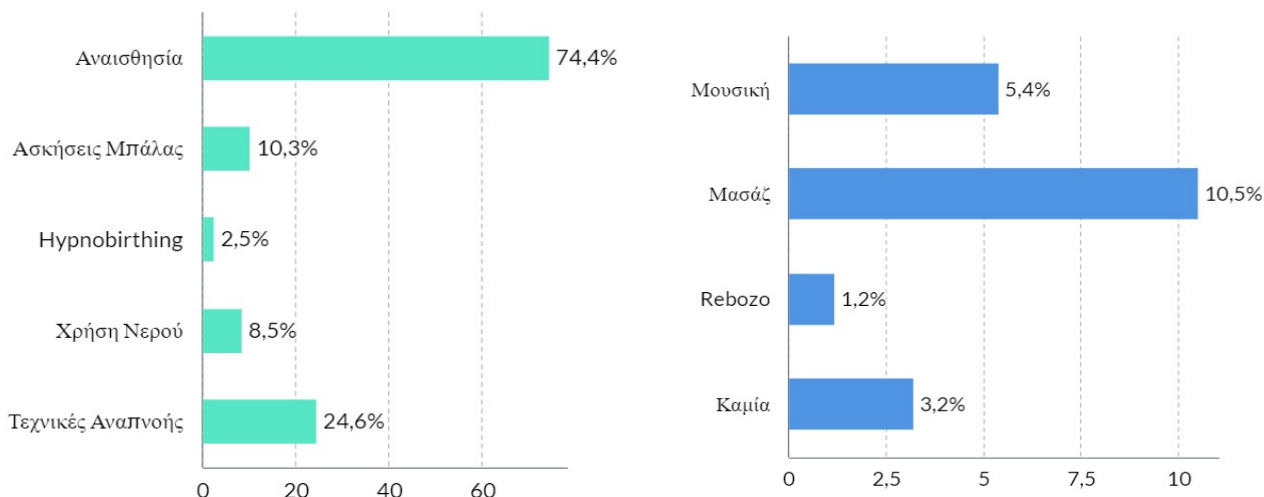
Στον παρακάτω πίνακα αναγράφονται τα ποσοστά εφαρμογής περινεοτομής, χρήσης ωκυτοκίνης και χρήσης συκίας/ εμβρυουλκίας στις γυναίκες του δείγματος που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό. Συγκεκριμένα, σε 282 γυναίκες έγινε περινεοτομή (47,1%), σε 303 γυναίκες χορηγήθηκε ωκυτοκίνη (50,7%) και σε 121 γυναίκες χρησιμοποιήθηκε συκία/ εμβρυουλκία.

<u>ΠΕΡΙΝΕΟΤΟΜΗ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	282	47,1
Όχι	316	52,9
Σύνολο:	598	100,0
<u>ΩΚΥΤΟΚΙΝΗ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	303	50,7
Όχι	295	49,3
Σύνολο:	598	100,0
<u>ΣΥΚΙΑ/ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	121	20,2
Όχι	477	79,8
Σύνολο:	598	100,0

Πίνακας 32. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης των Παρεμβάσεων κατά τον Φυσιολογικό Τοκετό του Δείγματος.

- **Αναλγησία κατά τον Τοκετό**

Όπως φαίνεται στα Γραφήματα 22 και 23, αναλύονται οι μέθοδοι αναλγησίας που χρησιμοποιήθηκαν, και προτιμήθηκαν, κατά τον τοκετό από τις γυναίκες του δείγματος.



Γράφημα 22, 23. Σχηματικές Απεικονίσεις της Αξιολόγησης των Μεθόδων Αναλγησίας κατά τον Τοκετό του Δείγματος.

- **Μωβ Γραμμή και Ρόμβος του Michaelis**

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 33, αναλύονται γνώσεις των γυναικών του δείγματος για την μωβ γραμμή και τον ρόμβο του Michaelis. Από τις 1.023 γυναίκες του δείγματος, μόνο 149 γνώριζαν τι είναι η μωβ γραμμή (14,5%) και μόνο 129 γυναίκες γνώριζαν τι είναι ο ρόμβος του Michaelis (12,6%).

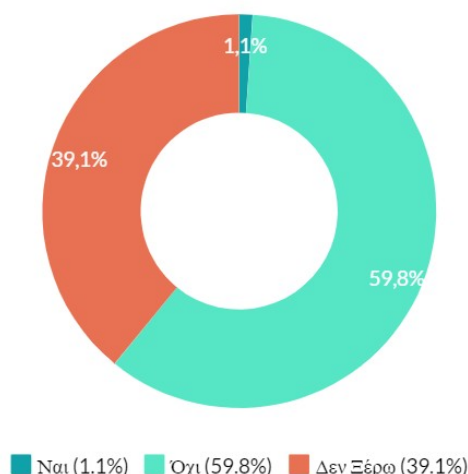
<u>ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΩΒ ΓΡΑΜΜΗΣ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	149	14,5
Όχι	874	85,5
Σύνολο:	1.023	100,0

ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΡΟΜΒΟΥ ΤΟΥ MICHAELIS	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	129	12,6
Όχι	894	87,4
Σύνολο:	1.023	100,0

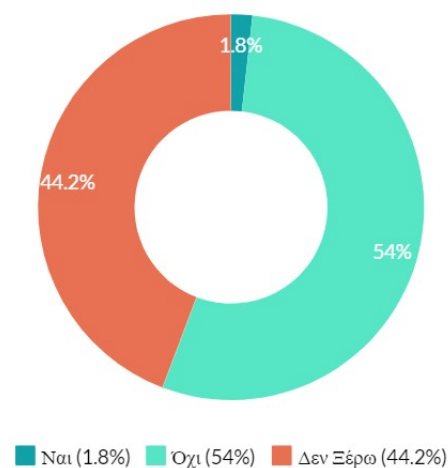
Πίνακας 33. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης των Γνώσεων των Γυναικών για την Μωβ Γραμμή και τον Ρόμβο του Michaelis του Δείγματος.

Όπως φαίνεται στα Γραφήματα 24 και 25, αναλύονται οι γνώσεις των γυναικών του δείγματος για την αξιολόγηση της προόδου του τοκετού τους με την Μωβ γραμμή και τον ρόμβο του Michaelis.

Αξιολόγηση της Προόδου του Τοκετού με την Μωβ Γραμμή



Αξιολόγηση της Προόδου του Τοκετού με τον Ρόμβο του Michaelis



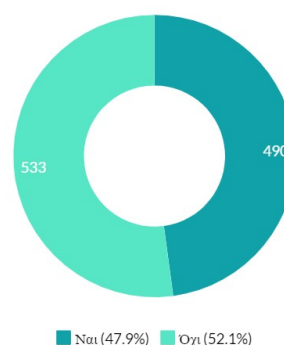
Γράφημα 24, 25.: Σχηματικές Απεικονίσεις της Αξιολόγησης των Γνώσεων των Γυναικών για την Παρακολούθηση της Εξέλιξης του Τοκετού με την Μωβ Γραμμή και τον Ρόμβο του Michaelis του Δείγματος.

- **Μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής – Προετοιμασίας**

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 34 και στο Γράφημα 26, αναλύονται τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος που παρακολούθησε μαθήματα προετοιμασίας τοκετού/ ψυχοπροφυλακτικής. Από τις 1.023 γυναίκες του δείγματος, οι 490 γυναίκες είχαν παρακολουθήσει μαθήματα σε τουλάχιστον μια από τις εγκυμοσύνες τους (47,9%), ενώ 533 γυναίκες δεν είχαν παρακολουθήσει ποτέ μαθήματα προετοιμασίας (52,1%).

<u>ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΤΟΚΕΤΟΥ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Έστω σε μια εγκυμοσύνη	490	47,9
Σε καμία εγκυμοσύνη	533	52,1
Σύνολο:	1.023	100,0

Παρακολούθηση Μαθημάτων Προετοιμασίας Τοκετού

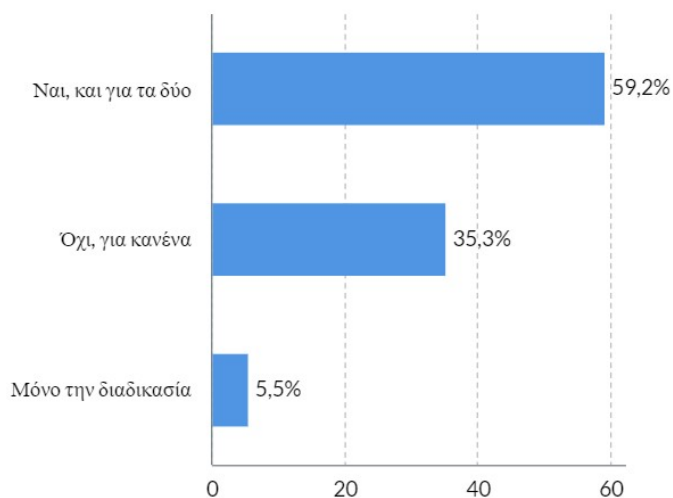


Πίνακας 34. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης των Γυναικών που έχουν Παρακολουθήσει Μαθήματα Προετοιμασίας Τοκετού του Δείγματος.

Γράφημα 26. Σχηματικές Απεικονίσεις των Γυναικών που έχουν Παρακολουθήσει Μαθήματα Προετοιμασίας Τοκετού του Δείγματος.

- **Δικαιώματα Γυναικών στον Τοκετό**

Όπως φαίνεται στο Γράφημα 27, αναλύονται τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος που γνώριζαν τις διαδικασίες του τοκετού και τα δικαιώματά τους κατά τον τοκετό.



Γράφημα 27. Σχηματικές Απεικονίσεις της Γνώσης των Γυναικών για την Διαδικασία του Τοκετού και για τα Δικαιώματά τους.

- Εμπειρία του Τοκετού

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 35, αναλύονται τα ποσοστά των γυναικών του δείγματος που πιστεύουν ότι έγιναν περιττοί χειρισμοί από ιατρούς/ μαιέες/ μαιευτές και που θα άλλαζαν κάτι σε προηγούμενο τοκετό/ θα αλλάξουν κάτι σε επόμενο τοκετό μετά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επίσης, αναλύεται η εμπειρία των γυναικών από τον τοκετό τους. Από τις 1.023 γυναίκες του δείγματος, οι 295 γυναίκες θεωρούν ότι έγιναν περιττοί χειρισμοί (28,8%) και οι 548 γυναίκες θα άλλαζαν κάτι σε προηγούμενο τοκετό/ θα αλλάξουν κάτι σε επόμενο τοκετό (53,6%). Τέλος, από τις 1.023 γυναίκες του δείγματος, οι 690 γυναίκες είχαν θετική εμπειρία τοκετού (67,4%), οι 50 γυναίκες είχαν μέτρια εμπειρία τοκετού (4,9%) και οι 283 γυναίκες είχαν αρνητική εμπειρία τοκετού (27,7%).

<u>ΠΕΡΙΤΤΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	295	28,8
Όχι	661	64,6
Δεν ξέρω	67	6,6
Σύνολο:	1.023	100,0
<u>ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥΣ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	548	53,6
Όχι	435	42,5
Άλλο	40	3,9
Σύνολο:	1.023	100,0
<u>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ</u>	Συχνότητα	Ποσοστά
Θετική	690	67,4
Μέτρια	50	4,9
Αρνητική	283	27,7
Σύνολο:	1.023	100,0

Πίνακας 35. Περιγραφικός Πίνακας της Αξιολόγησης της Εμπειρίας των Γυναικών.

4. Συζήτηση των Αποτελεσμάτων

Διαπιστώθηκε στην έρευνα ότι περίπου το 79% των γυναικών είχαν μια εγκυμοσύνη χαμηλού κινδύνου κατά τον τελευταίο τους τοκετό, ενώ το υπόλοιπο 21% που ανέφερε μια εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου περιέγραψε παράγοντες κινδύνου όπως διαβήτης κύησης, προεκλαμψία, προγεννητική αιμορραγία και προηγούμενη καισαρική τομή. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι το ποσοστό των γυναικών χαμηλού κινδύνου παρέμεινε αμετάβλητο τα τελευταία 20 χρόνια, γεγονός που μπορεί να προσδώσει στήριξη στο γεγονός ότι οι πιθανές αλλαγές στο πρότυπο των ιατρικώς υποβοηθούμενων γεννήσεων με την πάροδο του χρόνου δεν μπορούν να αποδοθούν στην ύπαρξη περισσότερων κυήσεων "υψηλού κινδύνου".

Διαπιστώθηκε επίσης ότι περίπου το 20% των γυναικών ανέφεραν κοιλική εξέταση κάθε μία ώρα ή ακόμη πιο συχνά κατά τη διάρκεια του τοκετού, ενώ περίπου το 30,5% υποβλήθηκε σε περισσότερες από πέντε κοιλικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού τους. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έκθεση του ΠΟΥ το 2018 και την καθοδήγηση του Εθνικού Ινστιτούτου Αριστείας για την Υγεία και την Φροντίδα (NICE) από το 2014, όπου έχουν κάνει τη σύσταση ότι μια κοιλική εξέταση θα πρέπει να πραγματοποιείται κάθε τέσσερις ώρες κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού (WHO, 2018 • NICE, 2014). Επιπλέον, στη βιβλιογραφία έχει αναφερθεί ότι οι γυναίκες λαμβάνουν κατά μέσο όρο περίπου 3 κοιλικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού με μέγιστο αριθμό εξετάσεων που σε ορισμένες περιπτώσεις φτάνει τις 7 (Shepherd et al., 2013).

Στις μισές περιπτώσεις της έρευνας, οι γυναίκες είχαν τη δυνατότητα να αλλάζουν θέση και να κινητοποιούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού και το 50,2% των γυναικών γέννησε σε θέση λιθοτομίας. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι σε έναν αδιατάρακτο φυσιολογικό τοκετό, όπου οι γυναίκες έχουν την ελευθερία και την επιλογή να πάρουν οποιαδήποτε θέση κατά τη διάρκεια του τοκετού, θα επιλέξουν να κινητοποιηθούν και να αλλάξουν τη θέση τους με μέσο όρο 7,5 αλλαγές θέσης κατά τη διάρκεια του τοκετού (Smith et al., 1991). Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κινητικότητα και η όρθια θέση συντομεύουν το πρώτο στάδιο του τοκετού, μειώνουν το ποσοστό καισαρικών τομών και οδηγούν σε λιγότερη χρήση επισκληριδίου (Lawrence et al., 2013). Λόγω των κλινικών πλεονεκτημάτων των όρθιων και κινητών θέσεων, ο ΠΟΥ συνιστά ανεπιφύλακτα την ενθάρρυνση της υιοθέτησης της κινητικότητας και της όρθιας θέσης κατά τη διάρκεια του τοκετού, ιδίως εάν διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών (WHO, 2018). Ο ΠΟΥ, στην έκθεσή του για το 2018, διατύπωσε περαιτέρω τη σύσταση ότι οι γυναίκες με χαμηλό κίνδυνο για επιπλοκές θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα επιλογής για λήψη τροφής και υγρών από το στόμα κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η έρευνα έδειξε ότι στις γυναίκες χαμηλού κινδύνου επιτρεπόταν να τρώνε και να πίνουν κατά τη διάρκεια του τοκετού μόνο στο 17,1% και στο 41,5% των περιπτώσεων, αντίστοιχα.

Άλλες ιατρικές παρεμβάσεις που εντοπίστηκαν στην έρευνα ήταν η χρήση ωκυτοκίνης στο 50,7%, η χρήση επισκληριδίου στο 69,6% και η επισιοτομή στο 47,1% των γυναικών του δείγματος. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η χρήση της ωκυτοκίνης στον τοκετό αυξάνεται παγκοσμίως, με μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση το 2022 να αναφέρει ότι τα ποσοστά χρήσης ωκυτοκίνης ξεπερνούν το 30% στις περισσότερες χώρες (Kujabi, 2022). Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι η επισκληριδίου αναλγησία αποτελεί το χρυσό πρότυπο για την ανακούφιση από τον πόνο στον τοκετό με περίπου 30% των γυναικών που γεννούν στο Ηνωμένο Βασίλειο και 60% στις Ηνωμένες Πολιτείες να λαμβάνουν επισκληριδίου (Halliday, 2022). Σε μια μελέτη μεταξύ 20 ευρωπαϊκών χωρών που διερευνούσε τις διαχρονικές τάσεις όσον αφορά τα ποσοστά των επισιοτομιών, δεν

υπήρχαν διαθέσιμα τοπικά δεδομένα για την Ελλάδα, ενώ για τις άλλες χώρες, υπήρχε σημαντική διακύμανση των επισιοτομιών που κυμαινόταν από 4,9% έως 75% (Blondel, 2016).

Οι γυναίκες που γέννησαν πριν από 10 έως 20 χρόνια σε σύγκριση με εκείνες που γέννησαν τα τελευταία 10 χρόνια, είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά αυθόρμητης έναρξης τοκετού και φαίνεται να έχουν βιώσει υψηλότερα ποσοστά ιατρικών παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού και της γέννας. Τα χαμηλότερα ποσοστά αυθόρμητης έναρξης του τοκετού εξηγούνται από το γεγονός ότι περισσότερες γυναίκες υποβάλλονταν σε πρόκληση και από τα υψηλότερα ποσοστά προγραμματισμένης καισαρικής τομής σε αυτές τις γυναίκες. Οι γυναίκες που γέννησαν τα τελευταία 10 χρόνια είχαν υψηλότερη αυθόρμητη έναρξη τοκετού και λιγότερες ιατρικές επεμβάσεις. Το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την αργή και σταδιακή αλλαγή στην ενδοκοιλιακή κλινική πρακτική που έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία με την εισαγωγή νέων εννοιών, όπως ο εξανθρωπισμός των τοκετών. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να κατανοήσουν και να ενσωματώσουν την ανθρωπιστική πρακτική, ενώ παράλληλα να υιοθετούν μια φιλοσοφία που επικεντρώνεται στη γυναίκα μαζί με λιγότερες αλλά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις κατά την υποστήριξη της σωματικής, ψυχολογικής και συναισθηματικής ευεξίας των γυναικών κατά τον τοκετό (WHO, 2018 • Curtin, 2022).

5. Συμπεράσματα της Έρευνας

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν την ιατροποίηση του τοκετού σε ένα δείγμα Ελληνίδων εγκύων τα τελευταία 20 χρόνια. Παρά τους εγγενείς περιορισμούς της διαδικτυακής αυτής έρευνας, καταγράφηκε το είδος και την επικράτηση των ιατρικών παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού και της γέννας και παρουσιάστηκε η διαχρονική τάση διερευνώντας τις περιγεννητικές πρακτικές ήδη από 2 δεκαετίες πίσω. Αν χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα της βάσης δεδομένων που παρέχονται από τον ΠΟΥ ή το ινστιτούτο NICE για να συγκριθούν με την επικράτηση των ιατρικών παρεμβάσεων που εντοπίστηκαν στην έρευνα, τότε ο τοκετός στο ελληνικό περιβάλλον είναι ιατροποιημένος σε μεγάλο βαθμό. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να χρησιμεύσουν ως σημείο αναφοράς με το οποίο θα συγκριθούν και θα προσδιοριστούν πιθανές αλλαγές στις μελλοντικές πρακτικές τοκετού που θα πρέπει να εφαρμοστούν για την προώθηση της κανονικότητας κατά τον τοκετό.

Δ' ΜΕΡΟΣ

1. Βιβλιογραφία

1. Aughey, H., Jardine, J., Moitt, N., Fearon, K., Hawdon, J., Pasupathy, D., Urganci, I. and Harris, T. (2021). Waterbirth: a national retrospective cohort study of factors associated with its use among women in England. *BMC Pregnancy & Childbirth*, [online] 21(1), pp.1–9. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03724-6>.
2. Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D., Smith, R., Casanova, R., Goepfert, A., Hueppchen, N. and Weiss, P. (2018). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. 1η Ελληνική - 7η Αγγλική ed. Translated by Α. Δαπόντε. Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας.
3. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž, *et al* Euro-Peristat Scientific Committee. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95:746-754.
4. Campbell, S. and Monga, A. (2008). *Μαιευτική & Γυναικολογία Ten Teachers*. 17η ed. Translated by Ε. Κουμαντάκης. and Translated by Δ. Πηγής. Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ.
5. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1997;24(2):121-123
6. Chapman, V. and Charles, C. (2020). *Φυσιολογικός και Ανώμαλος Τοκετός*. 4th ed. Translated by Κ. Λυκερίδου. Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας.
7. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, de Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*. 2018;66:161-167.
8. Curtin M, Savage E, Murphy M, Leahy-Warren P. A meta-synthesis of the perspectives and experiences of healthcare professionals on the humanisation of childbirth using a meta-ethnographic approach. *Women Birth*. 2022;35:e369-e378.
9. Halliday L, Nelson SM, Kearns RJ. Epidural analgesia in labor: A narrative review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;159:356-364.
10. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*. 2002;324:892-895.

11. Kordi, Masoumeh & Irani, Morvarid & Tara, Fateme. (2013). Comparing Diagnostic Accuracy of Purple Line with Transverse Diagonal of Michaelis sacral to Predict Labor Progress in Nulliparous and Multiparous Women. *Journal of Midwifery & Reproductive health (JMRH)*. 1. 7-12.
12. Kujabi ML, Mikkelsen E, Housseine N, Obel J, D'Mello BS, Meyrowitsch DW, *et al.* Labor augmentation with oxytocin in low- and lower-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AJOG Glob Rep*. 2022;2:100123.
13. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10):CD003934.
14. Papoutsis D, Labiris G, Niakas D. Midwives' job satisfaction and its main determinants: A survey of midwifery practice in Greece. *Br J Midwifery*. 2014;22:480–486.
15. Shepherd A, Cheyne H. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women Birth*. 2013;26:49-54.
16. Smith MA, Acheson LS, Byrd JE, Curtis P, Day TW, Frank SH, *et al.* A critical review of labor and birth care. Obstetrical Interest Group of the North American Primary Care Research Group. *J Fam Pract*. 1991;33:281-292.
17. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο: Ευρωπαϊκές Οδηγίες, 3620, 2005.
18. Χατζηγεωργίου, Ε. (2009). *ΓΕΝΙΚΟ ΑΡΘΡΟ Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό*. [online] ΕΛΕΥΘΩ. Available at: <http://ejournals.uniwa.gr/index.php/eleutho/article/viewFile/3862/3574> [Accessed 12 Sep. 2023].
19. Core Document Bill of Rights for Women and Midwives Background. (2011). [online] *International Confederation of Midwives*. Available at: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/01/cd2011_002-v2017-eng-bill_of_rights-2.pdf.
20. Deitra Leonard Lowdermilk, Perry, S.E. and Cashion, K. (2013). *Νοσηλευτική Μητρότητας*. 8th ed. Translated by Α. Λυκερίδου. and Translated by Α. Δελτσίδου. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός.
21. Deitra Leonard Lowdermilk, Perry, S.E. and Mary Catherine Cashion (2013). *Maternity Nursing - Text and Simulation Learning System*. Mosby Incorporated.

22. Dekker, R. (2018). *Evidence on: Birthing Positions - Evidence Based Birth®*. [online] Evidence Based Birth®. Available at: <https://evidencebasedbirth.com/evidence-birthing-positions/>.
23. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. (1992). *Νόμος 2071/1992 - ΦΕΚ 123/Α/15-7-1992 (Κωδικοποιημένος)*. [online] Available at: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2071-1992.html>.
24. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4610 Συνέργειες Πανεπιστημίων και Τ.Ε.Ι., πρόσβαση στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, πειραματικά σχολεία, Γενικά Αρχεία του Κράτους και λοιπές διατάξεις. (2019). [online] *ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ*. Available at: https://www.esos.gr/sites/default/files/articles-legacy/nomos_461019_.pdf [Accessed 7 May 2019].
25. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. (1989). *Προεδρικό 351/1989 - ΦΕΚ 159/Α/14-6-1989*. [online] Available at: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/noseleutries-nosokomes/proedriko-diatagma-351-1989-phek-159a-14-6-1989.html>.
26. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. (2022). *Νόμος 4999/2022 - ΦΕΚ 225/Α/7-12-2022*. [online] Available at: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4999-2022.html>.
27. epilegothilasma.gr. (n.d.). *ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ: Οδηγός για Επαγγελματίες*. [online] Available at: <https://epilegothilasma.gr/wp-content/uploads/HTML/files/assets/basic-html/page24.html> [Accessed 29 Aug. 2023].
28. Farrag, R.E. (2018). Using of Birthing Ball during the first Stage of Labor: Its Effect on the Progress of Labor and Outcome among Nulliparous Women. *International Journal of Nursing Didactics*, 8(09), pp.01-10. doi:<https://doi.org/10.15520/ijnd.v8i09.2289>.
29. Gau, M.-L., Chang, C.-Y., Tian, S.-H. and Lin, K.-C. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, 27(6), pp.e293–e300. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.02.004>.
30. Gluck, O., Mizrachi, Y., Ganer Herman, H., Bar, J., Kovo, M. and Weiner, E. (2020a). The correlation between the number of vaginal examinations during active labor and febrile morbidity, a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [online] 20(246). doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-020-02925-9>.

31. Gluck, O., Pinchas-Cohen, T., Hiaev, Z., Rubinstein, H., Bar, J. and Kovo, M. (2020b). The Impact of Childbirth Education Classes on Delivery Outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(3), pp.300–304. doi:<https://doi.org/10.1002/ijgo.13016>.
32. Hacker, N.F., Gambone, J.C. and Hobel, C.J. (2021). *ΑΡΧΕΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ*. 6η ed. Translated by Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
33. Hassan, S.J., Sundby, J., Husseini, A. and Bjertness, E. (2012). The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women’s feelings, opinions, knowledge and experiences. *Reproductive Health*, [online] 9(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-16>.
34. Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M. and Rodríguez-Borrego, M.A. (2017). Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [online] 25(0). doi:<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>.
35. Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies [T] Evidence review for labour after 42 weeks of pregnancy NICE guideline NG121 Evidence reviews for women at high risk of adverse outcomes for themselves and/or their baby because of obstetric complications or other reasons. (2019). Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121/evidence/evidence-review-t-labour-after-42-weeks-of-pregnancy-pdf-241806242809>.
36. Johnson, R. and Taylor, W. (2021). *Δεξιότητες στη Μαιευτική Φροντίδα*. 3rd ed. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
37. Katharine Graves (2015). *What is Rebozo?* [online] KG Hypnobirthing. Available at: <https://www.kghypnobirthing.com/katharines-hypnobirthing-blog/what-is-rebozo>.
38. Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K., Alden, K.R. and Olshansky, E.F. (2022). *Φροντίδα Μητρότητας και Υγείας των Γυναικών*. 12th ed. Translated by Ά. Δελτσίδου. and Translated by Γ. Κύρκου. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
39. Λυκερίδου, Α. (2011). *Κανόνες Ηθικής & Δεοντολογίας - Νομοθεσία Μαιών/των*. 2nd ed. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
40. Marshall, J. and Raynor, M. (2021). *Myles Textbook Μαιευτική Φροντίδα*. 16η ed. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

41. Mehta, P. (2021). *What Is a Birthing Ball?* [online] WebMD. Available at: <https://www.webmd.com/baby/what-is-a-birthing-ball>.
42. Μωραΐτου, Μ. (2012). *ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ, ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ, ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ-Προστασία Μητρότητας*. ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΕΠΕ.
43. Mueller, C.G., Webb, P.J. and Morgan, S. (2020). The Effects of Childbirth Education on Maternity Outcomes and Maternal Satisfaction. *The Journal of Perinatal Education*, 29(1), pp.16–22. doi:<https://doi.org/10.1891/1058-1243.29.1.16>.
44. National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Recommendations | Intrapartum Care for Healthy Women and Babies | Guidance | NICE*. [online] Nice.org.uk. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>.
45. National Institute for Health and Care Excellence (2022). *Intrapartum care for healthy women and babies clinical guideline*. [online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>.
46. National Institute for Health and Care Excellence Antenatal care [E] Antenatal classes NICE guideline NG201. (2021). Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/evidence/e-antenatal-classes-pdf-9202942626>.
47. NCT (National Childbirth Trust) (2019). *Water births and labouring in water: questions answered*. [online] NCT (National Childbirth Trust). Available at: <https://www.nct.org.uk/labour-birth/your-pain-relief-options/water-births-and-labouring-water-questions-answered>.
48. NICE (2015). *Overview | Preterm labour and birth | Guidance | NICE*. [online] Nice.org.uk. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25>.
49. Nunes, R.D., Locatelli, P. and Traebert, J. (2018). Use of the purple line to diagnose cervical dilatation and fetal head station during labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 141(2), pp.250–251. doi:<https://doi.org/10.1002/ijgo.12459>.
50. Papoutsis, D., Antonakou, A., Gornall, A. and Tzavara, C. (2023). The purple line and its association with cervical dilatation in labour: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, [online] 289, pp.91–99. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.08.383>.

51. Παπουτσή, Δ. and Αντωνάκου, Α. (2019). *Μαιευτική Φροντίδα στην Κύηση*. 1st ed. Broken Hill Publishers Ltd.
52. Παπουτσή, Δ., Ραρουτσίς, D., Αντωνάκου, Α. and Antonakou, Α. (2021). Μαιευτική Φροντίδα Τοκετού. *Kallipos.gr*. [online] doi:<https://doi.org/678-618-5726-98-0>.
53. ΠΡΩΤΟΠΑΠΑΣ, Α. (2022). *Ανατομία της Γυναικείας Πυέλου*. [online] Vasiliadis Medical Books. Available at: <https://www.vasiliadis-books.gr/Vasiliadis-books/wp-content/uploads/2022/11/%CE%94%CE%B5%CE%AF%CF%84%CE%B5-%CE%91%CF%80%CF%8C%CF%83%CF%80%CE%B1%CF%83%CE%BC%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%92%CE%B9%CE%B2%CE%BB%CE%AF%CE%BF%CF%85-24.pdf>.
54. Shepherd, A., Cheyne, H., Kennedy, S., McIntosh, C., Styles, M. and Niven, C. (2010). The purple line as a measure of labourprogress: a longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [online] 10(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-54>.
55. Βραχνής, Ν.Δ. (2019). *Εγχειρίδιο Καρδιοτοκογραφίας & STAN*. [online] Available at: <https://www.hsoge.gr/wp-content/uploads/2020/04/%CE%95%CE%93%CE%A7%CE%95%CE%99%CE%A1%CE%99%CE%94%CE%99%CE%9F-CTG-STAN-UPDATED-FEBUARY-2020.pdf>.
56. Walter, M.H., Abele, H. and Plappert, C.F. (2021). The role of oxytocin and the effect of stress during childbirth: Neurobiological basics and implications for mother and child. *Frontiers in Endocrinology*, [online] 12(742236). doi:<https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>.
57. Wijayanti, I.T. and Marfu'ah, S. (2023). THE EFFECTIVENESS OF THE REBOZO TECHNIQUE ON THE PROGRESS OF THE 1st CAGE OF LABOR. *Proceeding Cendekia International Conference Health and Technology*, [online] 1, pp.436–440. Available at: <https://proceedings.centamaku.ac.id/article/view/32> [Accessed 17 Sep. 2023].
58. www.acog.org. (n.d.). *Dictionary*. [online] Available at: <https://www.acog.org/womens-health/dictionary>.
59. www.acog.org. (2016). *Immersion in Water During Labor and Delivery*. [online] Available at: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/immersion-in-water-during-labor-and-delivery>.
60. www.nice.org.uk. (n.d.). *Care during labour | Information for the public | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE*. [online] Available at:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/ifp/chapter/care-during-labour#vaginal-examinations>.

61. www.nice.org.uk. (2022). *Recommendations | Fetal monitoring in labour | Guidance | NICE*. [online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229/chapter/recommendations#categorisation-of-cardiotocography-traces-all-stages-of-labour> [Accessed 5 Sep. 2023].
62. www.nice.org.uk. (n.d.). *What happens during labour? | Information for the public | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE*. [online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/ifp/chapter/What-happens-during-labour#the-first-stage>.

2. Πηγές Εικόνων

1. Παπουτσή, Δ. and Αντωνάκου, Α. (2019). *Μαιευτική Φροντίδα στην Κύηση*. 1st ed. Broken Hill Publishers Ltd.
2. Ένα μοναδικό σύστημα, δημιουργός ζωής. Το γυναικείο σύστημα [Internet]. BioLogia. 2020 [cited 2023 Jul 13]. Available from: <https://www.bio-logia.gr/post/ena-monadiko-systhma-dhmiourgou-ths-zwhs-to-gynekeio-systhma>
3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ. Διευθυντής: Καθηγητής Δημήτριος Λ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ. Διδακτορική Διατριβή Ο-Ν-ΑΚΕΤΥΛΟΓΛΥΚΟΖΑΜΙΝΗ ΕΠΙΤΟΠΟΥ Η ΣΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ, - PDF ΔΩΡΕΑΝ Λήψη [Internet]. docplayer.gr. [cited 2023 Jul 13]. Available from: <https://docplayer.gr/115610855-Ergastirio-anatomias-dieythytis-kathigitis-dimitrios-l-arvanitis-didaktoriki-diatrivi-o-n-aketyloglykozamini-epitopoy-i-sta-fysiologika.html>
4. Μήτρα [Internet]. www.eugonia.com.gr. Available from: <https://www.eugonia.com.gr/el/anthropini-anaparagogi/ta-anaparagogika-organa-tis-gynaikas/esoterika-gennitika-organa/mitra5>.
5. Board PS and PE. [Figure, Anatomy of the female breast...] [Internet]. www.ncbi.nlm.nih.gov. 2015. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65715.2/figure/CDR0000257995__91/?report=objectonly
6. Management of Normal Labor - Gynecology and Obstetrics [Internet]. Merck Manuals Professional Edition. [cited 2023 Jul 25]. Available from: <https://www.merckmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/normal-labor-and-delivery/management-of-normal-labor?>

[ruleredirectid=211&epik=dj0yJnU9cklxcDkzRm9KSGEzWFRWOFF2cGFUZXpVY2JvcjQ3TWgmcD0wJm49WDBELUVzRTY5b1V2Vm9MRkRGSG9fQSZ0PUFBQUFBR1M5TW](https://www.medicalnewstoday.com/articles/326380)
[Ew](https://www.medicalnewstoday.com/articles/326380)

7. What to know about cervical effacement: Measurements and diagram [Internet]. [www.medicalnewstoday.com](https://www.medicalnewstoday.com/articles/326380). 2019. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/326380>
8. Joseph DBT. Cervix Dilation Chart: Signs, Stages And Procedure To Check [Internet]. MomJunction. 2019 [cited 2023 Jul 25]. Available from: https://www.momjunction.com/articles/cervix-dilation_00478821/?utm_source=pinterest&utm_medium=referral&utm_campaign=200422mjtpin03
9. Pin on OBSTETRICS [Internet]. Pinterest. [cited 2023 Jul 25]. Available from: <https://pin.it/3RmqE0K>
10. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science*. 2014 Aug 14;345(6198):760–5.
11. Briscoe D, Nguyen H, Mencer M, Gautam N, Kalb DB. Management of pregnancy beyond 40 weeks' gestation. *American Family Physician* [Internet]. 2005 May 15 [cited 2023 Aug 6];71(10):1935–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15926409/>
12. Christina. Printable Birth Plan Checklist [Internet]. Troubleshooting Motherhood. 2023. Available from: <https://troubleshootingmotherhood.com/printable-birth-plan-checklist/>
13. Pinterest [Internet]. Pinterest. [cited 2023 Aug 13]. Available from: <https://pin.it/fsgEvA1>
14. Ariel. Love Like Enamel: Getting Ready for Baby [Internet]. Love Like Enamel. 2015 [cited 2023 Aug 13]. Available from: <http://lovelikeenamel.blogspot.com/2015/04/getting-ready-for-baby.html?m=1>
15. Give it a go, it'll be worth it The Royal College of Midwives recommends the use of active and upright positions to assist with labour and birth [Internet]. Available from: <https://www.rcm.org.uk/media/2313/rcm-a3-positions-poster-download.pdf>
16. Stevenson H, Chandraharan E. Understanding the CTG: Technical Aspects [Internet]. Chandraharan E, editor. Cambridge University Press. Cambridge: Cambridge University Press; 2017 [cited 2023 Sep 18]. p. 26–31. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/abs/handbook-of-ctg-interpretation/understanding-the-ctg/28848ABE6115E35663A0989267C79315>
17. Fetal Monitoring [Internet]. St George's University Hospitals NHS Foundation Trust. Available from: <https://www.stgeorges.nhs.uk/service/maternity-services/giving-birth/fetal-monitoring/>
18. How To Properly Use a Pinard Horn Fetoscope [Internet]. Cascade Health Care Inc. [cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://cascadehealth.com/blog/how-to-properly-use-a-pinard-horn-fetoscope/>
19. Using a birthing ball [Internet]. BabyCentre UK. 2018. Available from: <https://www.babycentre.co.uk/a1048463/using-a-birthing-ball>

20. Powerful and peaceful water birth photos [Internet]. BabyCenter. [cited 2023 Sep 18]. Available from: https://www.babycenter.com/pregnancy/hear-from-moms/powerful-and-peaceful-water-birth-photos_40009144
21. Using the Rebozo Technique for Labor & Birth [Internet]. Serenity Birth. [cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://www.serenitybirth.com/free-stuff/rebozo-techniques-for-labor-birth>
22. Pinterest. (n.d.). *Dilation | Nursing notes, Midwifery student, Midwifery*. [online] Available at: <https://pin.it/2p2dePm> [Accessed 13 Aug. 2023].
23. Saxena, Kirti & Nischal, Hitesh & Batra, S. (2009). Intracutaneous Injections of Sterile Water over the Sacrum for Labour Analgesia. *Indian journal of anaesthesia*. 53. 169-73.

3. Πηγές Πινάκων

1. Deitra Leonard Lowdermilk, Perry, S.E. and Cashion, K. (2013). *Νοσηλευτική Μητρότητας*. 8th ed. Translated by Α. Λυκερίδου. and Translated by Α. Δελτσίδου. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός.
2. Kordi, Masoumeh & Irani, Morvarid & Tara, Fateme. (2013). Comparing Diagnostic Accuracy of Purple Line with Transverse Diagonal of Michaelis sacral to Predict Labor Progress in Nulliparous and Multiparous Women. *Journal of Midwifery & Reproductive health (JMRH)*. 1. 7-12.
3. NICE. (2022). *IPC High Risk. Electronic Fetal Monitoring Consultation*. [online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121/documents/consultation-comments-and-responses>.
4. Shepherd, A., Cheyne, H., Kennedy, S., McIntosh, C., Styles, M. and Niven, C. (2010). The purple line as a measure of labour progress: a longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [online] 10(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-54>.

Ε' ΜΕΡΟΣ – ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Α] ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο διεξάγεται στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας για το Τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας με τίτλο "Μη παρεμβατικοί τρόποι παρακολούθησης της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού: Η ελληνική πραγματικότητα.", υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή κ. Δημήτρη Παπουτσή του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας.

Το παρόν ερωτηματολόγιο αφορά γυναίκες που έχουν γεννήσει.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα. Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς και στατιστικούς σκοπούς.

Ο χρόνος που θα χρειαστείτε για την συμπλήρωσή του είναι περίπου 15 λεπτά.

Για τυχόν ερωτήσεις σας σχετικά με την έρευνα, παρακαλώ επικοινωνήστε με:

Δημήτριος Παπουτσης, Επίκουρος Καθηγητής, email: dparoutsis@uowm.gr

Νικολέτα Χατζηπαναγιωτίδου, Φοιτήτρια Μαιευτικής, email: nikoletahatz27@gmail.com

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!

*Οι απαντήσεις να δοθούν με βάση τον τελευταίο σας τοκετό.

A. ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΣΚΟΠΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα των συμμετεχόντων στην έρευνα τυγχάνουν επεξεργασίας από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας (Υπεύθυνος Επεξεργασίας), με έδρα στην Τοπική Κοινότητα Κοίλων του Δήμου Κοζάνης και στοιχεία επικοινωνίας 24610 56710 και info@uowm.gr.

Το Π.Δ.Μ. έχει ορίσει ως Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων, με διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου dpo@uowm.gr. Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα των συμμετεχόντων προορίζονται για τον σκοπό διεξαγωγής επιστημονικής έρευνας με αντικείμενο (τίτλο) : “Μη

παρεμβατικοί τρόποι παρακολούθησης της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού: Η ελληνική πραγματικότητα". Η ερευνητική δραστηριότητα περιλαμβάνει συμπλήρωση ερωτηματολογίου μέσω της πλατφόρμας Google Form όπου η καταγραφή των απαντήσεων είναι ανώνυμη και δεν μπορεί να υποδείξει την πηγή προέλευσης.

Σε κάθε περίπτωση, μόλις το επιτρέψουν οι επιστημονικοί σκοποί και, πάντως, πριν από την ολοκλήρωση της έρευνας και τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων αυτής, τυχόν προσωπικά δεδομένα ανωνυμοποιούνται αμέσως, εκτός εάν αυτό είναι αντίθετο προς το έννομο συμφέρον σας και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς σε αναγνωρισμένα Διεθνή / Εθνικά επιστημονικά συνέδρια ή περιοδικά. Τα συλλεγόμενα δεδομένα θα αποθηκευτούν με ασφάλεια σε ηλεκτρονική μορφή, θα είναι προσβάσιμα μόνο από τον επιστημονικό υπεύθυνο της έρευνας και θα διαφυλαχθούν από οποιαδήποτε εξωτερική πρόσβαση. Τα ευρήματα της έρευνας θα αποτελέσουν ένα χρήσιμο κλινικό εργαλείο κατά τον τοκετό καθώς θα μπορεί να συμβάλει στην ελάττωση των παρεμβάσεων στη διάρκεια του τοκετού. Η επεξεργασία των δεδομένων σας για τον ανωτέρω σκοπό και η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγονται δικαίωμα αποζημίωσης ή οικονομικά οφέλη οποιασδήποτε μορφής. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας διενεργείται, εφόσον την παράσχετε, με τη ρητή συγκατάθεσή σας κατ' άρθρο 6 § 1 περίπτωση α) ή 9 § 2 περίπτωση α) ΓΚΠΔ, την οποία δικαιούστε να ανακαλέσετε οποτεδήποτε και αζημίως, εκτός αν αυτό καθιστά αδύνατη ή παρακωλύει σοβαρά την έρευνα. Τα δεδομένα που συλλέγονται μέσω του Google Form διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκέπτεστε την πολιτική απορρήτου κάθε εν λόγω εταιρίας.

Έχετε δικαίωμα πρόσβασης στα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν και σε πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία τους, δικαίωμα διόρθωσης ανακριβών ή συμπλήρωσης ελλιπών δεδομένων, υπό προϋποθέσεις δικαίωμα διαγραφής των δεδομένων σας, δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσής σας, δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας των δεδομένων σας, δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία ανά πάσα στιγμή και για λόγους που σχετίζονται με την ιδιαίτερη κατάστασή σας.

Μπορείτε να ασκείτε τα παραπάνω δικαιώματά σας αποστέλλοντας σχετικό αίτημα προς τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Πανεπιστημίου, στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου dpo@uowm.gr. Παράλληλα, αν θεωρείτε ότι η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορά παραβαίνει τον ΓΚΠΔ, έχετε δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr) ή στην εποπτική αρχή του κράτους μέλους της ΕΕ όπου διαμένετε ή εργάζεστε ή στην εποπτική αρχή του τόπου της εικαζόμενης παράβασης.

Α κ ο λ ο υ θ ε ί : ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Συμφωνώ με την επεξεργασία των δεδομένων μου αποκλειστικά για σκοπούς επιστημονικής έρευνας κατά τα ανωτέρω :

ΝΑΙ ΟΧΙ

B. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ποια είναι η ηλικία σας αυτή την στιγμή? (αριθμητικά) *

[ελεύθερο κείμενο]

Εθνικότητα*

- Ελληνική
- Άλλη: *[ελεύθερο κείμενο]*

Εκπαίδευση*

- Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)
- Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο)
- Τριτοβάθμια (Α.Ε.Ι. / Τ.Ε.Ι.)
- Άλλο: *[ελεύθερο κείμενο]*

Οικογενειακή Κατάσταση*

- Άγαμη
- Έγγαμη
- Δεσμευμένη
- Χωρισμένη
- Χήρα
- Άλλο: *[ελεύθερο κείμενο]*

Επάγγελμα*

[ελεύθερο κείμενο]

Κατοικία*

- Πόλη
- Κωμόπολη
- Χωριό

Καπνίζετε?*

- Ναι
- Όχι
- Κάπνιζα αλλά το έχω κόψει

Καταναλώνετε αλκοόλ?*

(καθόλου: 0 ποτήρια/ εβδομάδα, λίγο: 1-2, μέτρια: 3-4, αρκετά: 5-6, πολύ: >6)

Καθόλου 0 1 2 3 4 Πολύ

Κάνετε χρήση εθιστικών ουσιών?*

- Ναι
- Όχι
- Έκανα αλλά έχω σταματήσει

Λαμβάνετε συστηματικά φαρμακευτική αγωγή? Για ποιόν λόγο? *

[ελεύθερο κείμενο]

Αθλείστε? *

(καθόλου: 0 φορές/ εβδομάδα, λίγο: 1-2, μέτρια: 3-4, αρκετά: 5-6, πολύ: >6 φορές)

Καθόλου 0 1 2 3 4 Πολύ

Πόσες φορές έχετε γεννήσει? (αριθμητικά)*

[ελεύθερο κείμενο]

Σε ποια χώρα γεννήσατε?*

- Ελλάδα
- Άλλο: *[ελεύθερο κείμενο]*

Πόσο χρονών ήσασταν σε κάθε γέννα? (αριθμητικά – στρογγυλοποιημένο στα χρόνια)*

[ελεύθερο κείμενο]

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΑΣ ΤΟΚΕΤΟ

Που γεννήσατε?*

- Στο σπίτι
- Σε δημόσιο νοσοκομείο
- Σε ιδιωτική κλινική
- Άλλο: *[ελεύθερο κείμενο]*

Η εγκυμοσύνη σας ήταν χαμηλού κινδύνου (low risk) (δηλαδή ομαλά εξελισσόμενη και ανεπίπλεκτη) ή υψηλού κινδύνου (high risk)? Αν ήταν υψηλού κινδύνου, γιατί? *

[ελεύθερο κείμενο]

Ποιά ήταν η προβολή του εμβρύου? *

- Κεφαλική: το κεφάλι του εμβρύου είναι στραμμένο προς τα κάτω
- Ισχιακή: το έμβρυο "κατεβαίνει" με τους γλουτούς ή με τα πόδια
- Άλλο: *[ελεύθερο κείμενο]*

Με ποιόν τρόπο γεννήσατε? *

- Κολπικός τοκετός
- Καισαρική τομή

Αν γεννήσατε με καισαρική τομή, γιατί έγινε αυτό? (πχ. από επιλογή σας, λόγω επιπλοκών, κ.α.)*

[ελεύθερο κείμενο]

Εάν γεννήσατε κολπικά, σε ποιά στάση τοκετού γεννήσατε?*

- Ξαπλωμένη ανάσκελα στο κρεβάτι, με τα πόδια ανασηκωμένα στα υποστηρίγματα (θέση γυναικολογικής εξέτασης)
- Όρθια Στάση
- Καθιστή Στάση
- Γονατοαγκωνιαία Στάση – Στάση στα τέσσερα
- Ξαπλωμένη στο πλάι
- Σε βαθύ κάθισμα
- Γέννησα με καισαρική τομή
- Άλλο: *[ελεύθερο κείμενο]*

Είχατε την επιλογή να αλλάζετε θέσεις και στάσεις κατά την διάρκεια εξέλιξης του τοκετού σας?*

- Ναι
- Όχι
- Γέννησα με καισαρική τομή

Πως ξεκίνησε ο τοκετός σας?*

- Αυτόματη ρήξη των υμένων (“έσπασαν τα νερά από μόνα τους”)
- Τεχνητή ρήξη των υμένων
- Πρόκληση τοκετού
- Προγραμματισμένη καισαρική τομή
- Άλλο: *[ελεύθερο κείμενο]*

Εάν ξεκίνησε ο τοκετός με κάποιον άλλον τρόπο πέρα από την αυτόματη ρήξη των υμένων, γιατί έγινε αυτό?*

[ελεύθερο κείμενο]

Πόσο διήρκησε ο τοκετός σας? (από την έναρξη της διαστολής έως την γέννηση του νεογνού)*

- < 3 ώρες
- 3-5 ώρες
- 5-7 ώρες
- 7-9 ώρες
- 9-12 ώρες
- >12 ώρες
- Γέννησα με καισαρική τομή

Είχατε κάποιον μαζί σας κατά τη διάρκεια του τοκετού? [πολλαπλές επιλογές]*

- Σύντροφο
- Μητέρα/ Πατέρα
- Πεθερά/ Πεθερό
- Αδέλφια
- Βοηθό Μητρότητας (doula)
- Δική μου μαία / δικό μου μαιευτή
- Τον/την γυναικολόγο μου
- Κανένα/ Μόνο το ιατρικό προσωπικό
- Άλλο: *[ελεύθερο κείμενο]*

Εάν κανένα, ήταν δική σας επιλογή?

- Ναι
- Όχι
- Άλλο: *[ελεύθερο κείμενο]*

Η παρακολούθηση της εξέλιξης του τοκετού σας από τις μαίες/ τους μαιευτές έγινε με καρδιοτοκογράφο?*



- Ναι, με συνεχή παρακολούθηση στον καρδιοτοκογράφο.
- Ναι, αλλά δεν με παρακολουθούσαν συνεχόμενα.
- Όχι, δεν με παρακολούθησαν με καρδιοτοκογράφο.
- Άλλο: [ελεύθερο κείμενο]

Η παρακολούθηση της εξέλιξης του τοκετού σας από τις μαίες/ τους μαιευτές έγινε με δακτυλική εξέταση?*

- Ναι
- Όχι
- Άλλο: [ελεύθερο κείμενο]

Πόσο συχνά πραγματοποιούνταν δακτυλική εξέταση ώστε να καταγραφεί η διαστολή του τραχήλου?*

- Πιο συχνά από 30 λεπτά
- Κάθε 30 λεπτά
- Κάθε 1 ώρα
- Κάθε 2 ώρες
- Κάθε 3 ώρες
- Κάθε 4 ώρες
- Πιο αραιά από 4 ώρες
- Σε τυχαίες χρονικές στιγμές
- Άλλο: [ελεύθερο κείμενο]

Πόσες φορές σας εξέτασαν δακτυλικά συνολικά?*

- Καμία φορά
- 1-2 φορές
- 3-4 φορές
- 5-6 φορές
- > 6 φορές
- Γέννησα με καισαρική τομή.

Μπορούσατε να κινηθείτε ελεύθερα μέσα στο δωμάτιο?*

- Ναι
- Όχι
- Γέννησα με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Μπορούσατε να φάτε κατά την διάρκεια του τοκετού σας?*

- Ναι
- Όχι
- Γέννησα με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Μπορούσατε να πιείτε νερό κατά την διάρκεια του τοκετού σας?*

- Ναι
- Όχι
- Γέννησα με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Είχατε μόνιμο ουροκαθετήρα κατά την διάρκεια του τοκετού σας?*

- Ναι
- Όχι
- Γέννησα με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Είχατε μόνιμο φλεβοκαθετήρα κατά την διάρκεια του τοκετού σας?*

- Ναι
- Όχι
- Γέννησα με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Πραγματοποιήθηκε περινεοτομή?*

- Ναι
- Όχι
- Γέννησα με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Εάν πραγματοποιήθηκε περινεοτομή, γιατί έγινε αυτό?*

[ελεύθερο κείμενο]

Έγινε χρήση συκίας (βεντούζας) / εμβρουλκίας?*

- Ναι
- Όχι
- Γέννησα με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Αν έγινε χρήση, γιατί?*

[ελεύθερο κείμενο]

Έγινε χρήση της ωκυτοκίνης κατά την διάρκεια του τοκετού?*

- Ναι
- Όχι
- Γέννησα με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Εάν έγινε χρήση, γιατί?*

[ελεύθερο κείμενο]

Ποιές μέθοδοι αναλγησίας χρησιμοποιήθηκαν?* [πολλαπλές απαντήσεις]

- Επισκληρίδιος αναλγησία
- Ραχιαία αναισθησία
- Γενική αναισθησία
- Χρήση του νερού (σε πισίνα)
- Χρήση του νερού (στο ντους)
- Μασάζ
- Ασκήσεις στην μπάλα
- Τεχνικές αναπνοής
- Rebozo
- Hypnobirthing
- Μουσική
- Άλλο: *[ελεύθερο κείμενο]*

Γνωρίζετε τον όρο «Μωβ γραμμή – purple line»? *

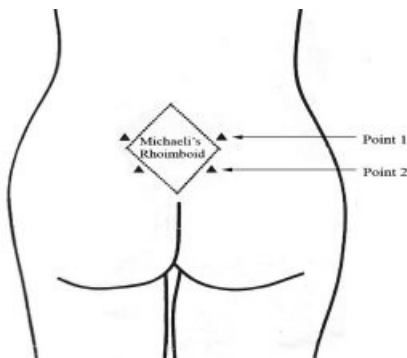


- Ναι
- Όχι

Χρησιμοποιήθηκε η μωβ γραμμή για την παρακολούθηση της εξέλιξης του τοκετού σας?*

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω
- Γέννησα με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Γνωρίζεται τον όρο «Ρόμβος του Michaelis – rhombus of Michaelis»?*



- Ναι
- Όχι

Χρησιμοποιήθηκε ο ρόμβος του Michaelis για την παρακολούθηση της εξέλιξης του τοκετού σας?*

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω
- Γέννησα με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Πως θα περιγράφατε το περιβάλλον στο οποίο γεννήσατε? (πχ. ήσυχο, με φασαρία, υπερβολικά φωτεινό, άνετο, αφιλόξενο, κ.α.)*

[ελεύθερο κείμενο]

Είχατε παρακολουθήσει μαθήματα τοκετού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σας?*

- Ναι, στην πρώτη μου εγκυμοσύνη.
- Ναι, στην δεύτερη εγκυμοσύνη.
- Ναι, στην τρίτη εγκυμοσύνη.
- Ναι, σε κάθε μου εγκυμοσύνη.
- Όχι, σε καμία εγκυμοσύνη μου.
- Άλλο: [ελεύθερο κείμενο]

Εάν όχι, γιατί?*

[ελεύθερο κείμενο]

Είχατε ενημερωθεί/ γνωρίζατε πριν τον τοκετό σας για την διαδικασία του τοκετού και τα δικαιώματά σας κατά τον τοκετό?*

- Ναι
- Όχι
- Άλλο: [ελεύθερο κείμενο]

Θεωρείτε ότι έγιναν περιττοί χειρισμοί από μεριάς των ιατρών/ μαιών/ μαιευτών? Ποιοι ήταν αυτοί κατά την γνώμη σας?*

[ελεύθερο κείμενο]

Εάν έχετε γεννήσει πάνω από μια φορά, κάνατε κάτι διαφορετικό στους επόμενους τοκετούς σας? Γιατί?*

[ελεύθερο κείμενο]

Μετά την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου, θέλετε να κάνετε κάτι διαφορετικό σε επόμενη εγκυμοσύνη σας/ θα θέλατε να είχατε κάνει κάτι διαφορετικό σε προηγούμενη εγκυμοσύνη?*

[ελεύθερο κείμενο]

Πως ήταν συνολικά η εμπειρία του τελευταίου τοκετού σας?*

[ελεύθερο κείμενο]

Β] ΕΓΚΡΙΣΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας
Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας
Κοΐλα Κοζάνης, 50 100 Κοζάνη
e-mail: ehde@uowm.gr

Κοζάνη, 30/09/2022
Αριθμ. Πρωτ.: 10/2023

Θέμα: “Έγκριση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας”

Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας λαμβάνοντας υπόψη:

1. Την υπ. Αριθμ. 2-2023/12-09-2022 αίτηση έγκρισης διεξαγωγής έρευνας με τίτλο «Μη παρεμβατικοί τρόποι παρακολούθησης της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού: Η ελληνική πραγματικότητα» που υπέβαλε ο κ. Παπουτσής Δημήτριος ως Επιστημονικά Υπεύθυνος
2. Την ισχύουσα εθνική και διεθνή νομοθεσία σχετικά με την Ηθική και τη Δεοντολογία της Έρευνας
3. Τον Κανονισμό της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας
4. Την εισήγηση 305B/12.09.2022 του Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων Π.Δ.Μ. κ. Διονύσιου Καλογερά

Αποφάσισε,

στην υπ' αριθμό 31/29-09-2022 Συνεδρίαση όπως εγκρίνει τη διεξαγωγή έρευνας με τίτλο **«Μη παρεμβατικοί τρόποι παρακολούθησης της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού: Η ελληνική πραγματικότητα»** που υπέβαλε ο κ. Παπουτσής Δημήτριος ως Επιστημονικά Υπεύθυνος.

Η παρούσα απόφαση της Ε.Η.Δ.Ε. Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά άλλη απαιτούμενη έγκριση ή αδειοδότηση από άλλη αρμόδια δημόσια υπηρεσία, διοικητικό όργανο ή ανεξάρτητη διοικητική Αρχή, που δύναται επιπλέον να απαιτείται εκ του νόμου.

Ο Πρόεδρος της Ε.Η.Δ.Ε.

Ομ. Καθ. Ιωάννης Μπάρτζης

