

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ
ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ
ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.**



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΚΥΡΙΑΚΗ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΣΚΟΝΔΡΑ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2018

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω πρωτίστως την επιβλέπουσα Καθηγήτρια μου, Κα. Σκόνδρα Μαρία, για την άψογη συνεργασία και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μου.

Επιπλέον, θα ήθελα να αφιερώσω την πτυχιακή μου εργασία στην οικογένεια μου και τους φίλους μου, για την ηθική συμπαράσταση που μου παρείχαν καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το θέμα της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η καισαρική τομή και ο μητρικός θηλασμός και πώς επηρεάζουν την υγεία του παιδιού.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να αναπτυχθεί το θέμα του μητρικού θηλασμού και όλων των θετικών και ευεργετικών αποτελεσμάτων που προσφέρει στο νεογνό, στην μητέρα και στην κοινωνία και πως η καισαρική τομή επηρεάζει την υγεία του νεογνού καθώς επίσης και τον μητρικό θηλασμό.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων και ερευνών των τελευταίων χρόνων προκειμένου να διαπιστωθεί αν η καισαρική τομή επηρεάζει την υγεία του παιδιού και το μητρικό γάλα, καθώς επίσης και το πόσο σπουδαία είναι η έννοια του μητρικού θηλασμού.

Αποτελέσματα: Τα παιδιά που γεννιούνται με καισαρική τομή έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από κάποιες ασθένειες έναντι των παιδιών που γεννιούνται με φυσιολογικό τοκετό. Επίσης η καισαρική τομή δεν επηρεάζει το μητρικό θηλασμό, εκτός αν πραγματοποιηθεί γενική αναισθησία.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με μελέτες, έχει διαπιστωθεί ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί την καλύτερη τροφή για το νεογνό και μόνο θετικά αποτελέσματα μπορεί να προσφέρει στην μετέπειτα ζωή του. Η καισαρική τομή μπορεί να επηρεάσει την υγεία ενός παιδιού καθώς επίσης και την διαδικασία του μητρικού θηλασμού, αν αυτή πραγματοποιηθεί με γενική αναισθησία.

Λέξεις-κλειδιά: καισαρική τομή, μητρικός θηλασμός, κατανόηση της γαλουχίας, μαστός.

ABSTRACT

Introduction: The subject of this dissertation is cesarean section and breastfeeding and how they affect the child's health.

Purpose: The aim of this work is to develop the issue of breastfeeding and all the positive and beneficial effects it has on the newborn, the mother and the community and how the caesarean section affects the health of the newborn as well as maternal breastfeeding.

Methodology: A bibliographic review of articles and research has been carried out in recent years to determine whether Caesarean section affects the health of the child and breast milk, as well as the importance of the concept of breastfeeding.

Results: Children born with caesarean section are more likely to suffer from certain illnesses than children born with normal labor. Also, cesarean section does not affect breastfeeding unless general anesthesia occurs.

Conclusions: According to studies, breastfeeding has been found to be the best food for the infant and only positive results can be provided in later life. Caesarean section can affect the health of a child as well as the process of breastfeeding if done with general anesthesia.

Key words: cesarean section, breastfeeding, understanding breastfeeding, breast.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την άφιξη ενός παιδιού στον κόσμο είτε με φυσιολογικό τοκετό είτε με καισαρική τομή, αποτελεί σταθμό ζωής για μία γυναίκα. Από την σύλληψη και ανάπτυξη του εμβρύου μέχρι και την έξοδο του είναι μια σπουδαία διαδικασία. Οι φυσιολογικές αλλαγές της μητέρας κατά την κύηση οφείλονται στις ορμόνες. Αδιαμφισβήτητα το μητρικό γάλα αποτελεί ιδανική τροφή για τα βρέφη. Τα πλεονεκτήματα για την υγεία των παιδιών είναι πολλά και αναντικατάστατα. Η φύση προνόησε ώστε το παιδί να συνεχίζει να τρέφεται από τη μητέρα του και μετά τη γέννησή του. Η κάθε μητέρα είναι προικισμένη με ένα σπουδαίο χάρισμα που κανείς δεν μπορεί να αντιγράψει. Αποτελεί την πηγή για το μητρικό γάλα, το οποίο είναι το πολυτιμότερο δώρο για το μωρό.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας πραγματοποιείται η ανατομική καταγραφή των έσω και έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας καθώς και η διαδικασία σύλληψης και ανάπτυξης του εμβρύου όπως επίσης οι εργαστηριακές εξετάσεις που πρέπει να κάνει η έγκυος και οι συναισθηματικές αλλαγές που έχει κατά τη διάρκεια της κύησης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η καισαρική τομή. Διατυπώνεται ο λόγος για τον οποίο επιλέγεται, καθώς και οι πιθανές επιπλοκές που προκύπτουν και οι επιπτώσεις στο νεογνό. Επίσης περιγράφεται η διαδικασία και τα είδη της καισαρικής τομής. Ο θηλασμός μετά από καισαρική τομή μπορεί να ξεκινήσει αμέσως μετά την γέννηση εκτός και αν η καισαρική τομή πραγματοποιήθηκε με γενική αναισθησία.

Αντικείμενο του τρίτου κεφαλαίου είναι ο φυσιολογικός τοκετός, τα σημεία έναρξης και τα στάδια έναρξης του τοκετού. Τα οφέλη του φυσιολογικού τοκετού είναι πολύ περισσότερα τόσο για την μητέρα και το νεογνό, όσο και για το γάλα έναντι της καισαρικής τομής. Παράλληλα γίνεται και σύγκριση φυσιολογικού τοκετού και καισαρικής τομής.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια του μητρικού θηλασμού, γίνεται καταγραφή των ανατομικών περιοχών των μαστών της γυναίκας, δίνεται έμφαση στην λειτουργία τους, όπως επίσης και κατανόηση της γαλουχίας. Το ανθρώπινο γάλα είναι μοναδικό και μόνο θετικά αποτελέσματα μπορεί να προσφέρει στο νεογνό, σε μερικές περιπτώσεις όμως αντενδείκνυται ο μητρικός θηλασμός. Για έναν επιτυχή θηλασμό απαραίτητη προϋπόθεση είναι και η σωστή στάση σώματος που πρέπει να έχει η μητέρα καθώς θηλάζει, έτσι ώστε να μην υπάρχει τραυματισμός της θηλής. Επίσης γίνεται αναφορά, αν η μητέρα μπορεί να θηλάσει ύστερα από καισαρική τομή.

Ακολουθώντας στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις ψυχοσωματικές επιπλοκές της λοχείας που είναι η επιλόχειος κατάθλιψη όπου περιλαμβάνει τις συναισθηματικές διαταραχές, την κατάθλιψη χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα και την κατάθλιψη με ψυχωσικά συμπτώματα.

Εν κατακλείδι στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται δύο νοσηλευτικές διεργασίες και ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στον μητρικό θηλασμό και στην καισαρική τομή.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	10
ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	
1.1 ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	10
1.2 ΣΥΛΛΗΨΗ ΕΜΒΡΥΟΥ.....	12
1.3 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΜΒΡΥΟΥ.....	13
1.4 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.....	15
1.5 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	17
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	
2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....	17
2.2 ΕΙΔΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	18
2.3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	19
2.4 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	20
2.5 ΛΟΓΟΙ ΑΥΞΗΣΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	20
2.6 ΕΙΔΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ.....	21
2.7 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	25
2.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	25
2.9 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ.....	26
2.10 ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....	26
2.11 ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	28

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

3.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ (ΟΡΙΣΜΟΣ).....	28
3.2 ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	28
3.3 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	29
3.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	31
3.5 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ Ή ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....35

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

4.1 ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ(ΟΡΙΣΜΟΣ).....	35
4.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	36
4.3 ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ.....	37
4.4 ΜΟΝΑΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ.....	38
4.5 ΠΥΑΡ Ή ΠΡΩΤΟΓΑΛΑ.....	38
4.6 ΩΡΙΜΟ ΓΑΛΑ.....	39
4.7 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	39
4.8 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	43
4.9 ΣΩΣΤΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	44
4.10 ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....	47
4.11 ΕΠΩΔΥΝΕΣ ΘΗΛΕΣ.....	48
4.12 ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....51

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

5.1 ΕΠΠΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	51
5.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	51
5.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	51
5.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	52
5.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	53

5.6	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΛΟΧΕΙΑΣ	ΜΕ	ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΑ	
	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....				53
5.7	ΙΑΤΡΙΚΗ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	ΛΟΧΕΙΑΣ	ΜΕ
	ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....			54
5.8	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΠΑΝΙΚΟΥ	ΚΑΤΑ	ΤΗ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ
	ΛΟΧΕΙΑΣ.....				55
5.9	ΙΑΤΡΙΚΗ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	ΠΑΝΙΚΟΥ	ΚΑΤΑ
	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΤΗΣ	ΛΟΧΕΙΑΣ.....		56
5.10	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΓΙΑ	ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ	
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....				56
5.11	ΑΛΛΕΣ	ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	ΓΙΑ	ΤΗΝ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
	ΛΟΧΕΙΑΣ.....				57
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....				58
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ- ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ				
6.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	1.....		58
6.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	2.....		65
6.3	ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	ΣΤΗΝ	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	ΤΟΜΗ.....
					71
6.4	ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	ΣΤΟΝ	ΜΗΤΡΙΚΟ	ΘΗΛΑΣΜΟ.....
					71
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....				73
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΕΣ.....				75
	ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....				81

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1.1 Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από:

A. Έσω γεννητικά όργανα τα οποία είναι:

- Κόλπος
- Μήτρα
- Σάλπιγγες
- Ωοθήκες

ΚΟΛΠΟΣ:

Ο κόλπος είναι ινομυώδης, σχετικά καμπύλος σωλήνας με μεγάλη διατασιμότητα και εύρος 3-4cm στην άτοκο και περίπου διπλάσιο στην πολύτοκο. Καθώς ο τράχηλος προβάλλει μέσα στον κόλπο, γύρω από τον τράχηλο σχηματίζονται οι κολπικοί θόλοι (DiSaia 1996). Μικρή αύξηση των διαμέτρων του κόλπου γίνεται κατά την συνουσία (Anderson & Genardy 2002).

ΜΗΤΡΑ:

Είναι κοίλο, μυώδες όργανο, σχήματος αχλαδιού, μήκος 6-8cm που σχηματίζεται από τη συνένωση των δύο πόρων του Muller και βρίσκεται μέσα στη μικρή πύελο. Η θέση της είναι πίσω από την ουροδόχο κύστη, μπροστά από τον απευθυσμένο, κάτω από τις εντερικές έλικες και πάνω από τον κόλπο (Anderson & Genardy 2002).

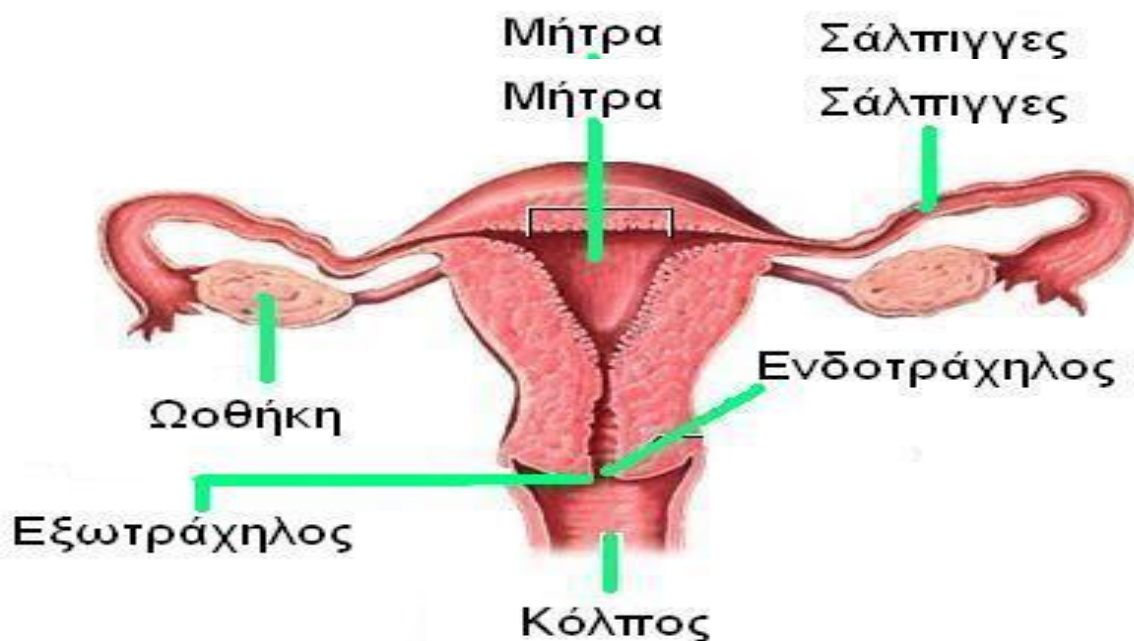
ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ:

Είναι δύο σωληνώδεις σχηματισμοί, μήκους περίπου 12cm, με διαφορετικές διαμέτρους στη διαδρομή τους, που πορεύονται κατά μήκος του άνω χείλους του πλατέος συνδέσμου και εκτείνονται από τα κέρατα της μήτρας όπου υπάρχει το μητρικό τους στόμιο μέχρι της ωοθήκες όπου υπάρχει το κωδωνικό τους στόμιο. Οι σάλπιγγες περικλείονται σε μια περιτοναϊκή πτυχή

όπου ονομάζεται μεσοσαλπύγγιο, που είναι τμήμα του πλατύ συνδέσμου (Crombleholme 1993).

ΩΟΘΗΚΕΣ:

Οι ωοθήκες είναι οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας και βρίσκονται από μία, δεξιά και αριστερά της μήτρας. Είναι λευκωπές, ωοειδείς, και συμπαγείς (Crombleholme 1993). Η φυσιολογική Ωοθήκη ποικίλει σε μέγεθος, με μετρήσεις 3 έως 5 X 2 έως 3 X 1 έως 3cm (Anderson & Genardy 2002). Το μέγεθος της ωοθήκης μεταβάλλεται ανάλογα με το σε ποια ωοθήκη θα γίνει ωοθυλακιορρηξία και με τη φάση του κύκλου (Anderson & Genardy 2002).

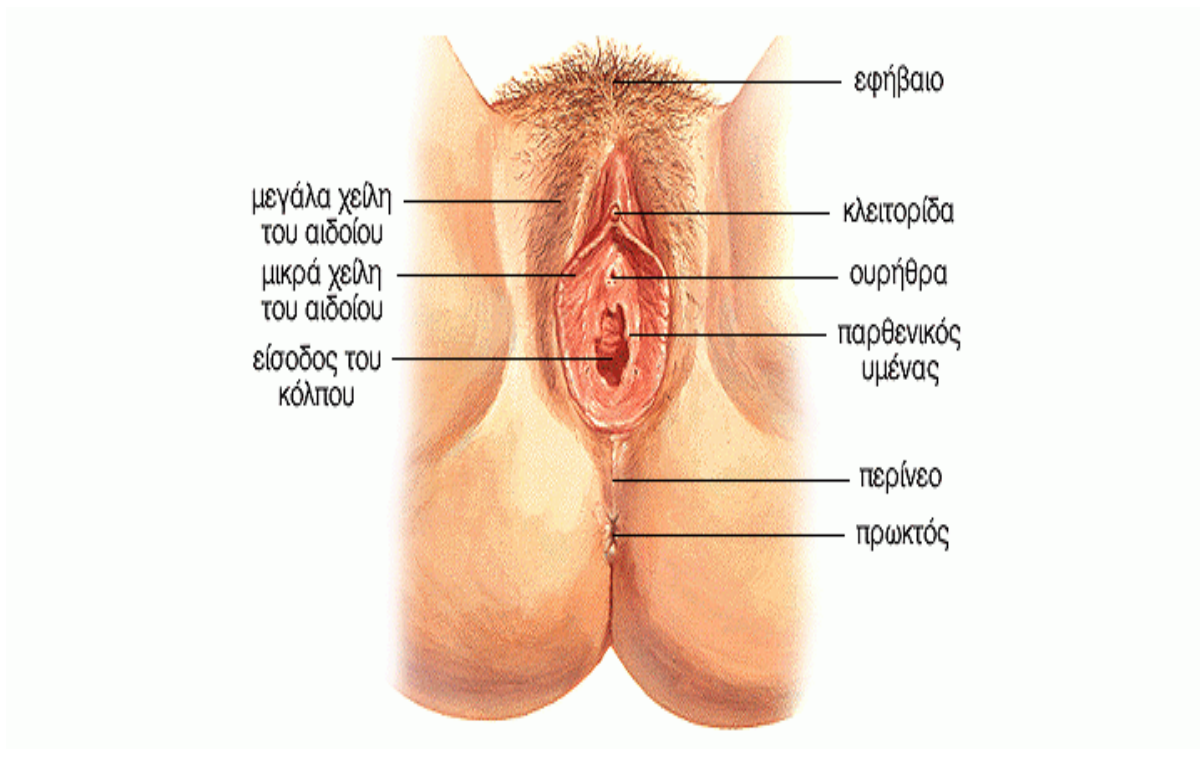


Εικόνα 1.14 Εσωτερικά γεννητικά όργανα γυναίκας.

B. Τα έξω γεννητικά όργανα τα οποία είναι:

- Εφήβαιο
- Κλειτορίδα
- Ουρήθρα
- Παρθενικός Υμένας

- Περίνεο
- Πρωκτός
- Μεγάλα χείλη
- Μικρά χείλη
- Είσοδος του Κόλπου



Εικόνα 1.1B Εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας.

1.2 ΣΥΛΛΗΨΗ ΕΜΒΡΥΟΥ

Η ανθρώπινη αναπαραγωγή έχει σαν κύριο σκοπό την ένωση ενός ωαρίου, από ένα θηλυκό οργανισμό και ενός σπερματοζωαρίου, από ένα αρσενικό οργανισμό. Το αναπαραγωγικό σύστημα και στα δύο φύλα είναι φτιαγμένο κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνει την ένωση αυτών των φυλετικών (γεννητικών) κυττάρων. Το ωάριο παράγεται από την ωοθήκη, βγαίνει κατά την διάρκεια της ωορρηξίας και περνάει στην σάλπιγγα.

Τα σπερματοζωάρια παράγονται στα ορχικά σωληνάρια και αποθηκεύονται στην επιδιδυμίδα. Κατά την διάρκεια της εκσπερμάτωσης που

γίνεται κατά την συνουσία, τα σπερματοζωάρια αφήνονται στον κόλπο. Γρήγορα περνούν από τον ισθμό του τραχήλου στην κοιλότητα της μήτρας και από εκεί στην σάλπιγγα και τελικά στη λήκυθο όπου θα γίνει η γονιμοποίηση, εφόσον έχει γίνει ωορρηξία (Χατζηραφαήλ, 2017).

1.3 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΜΒΡΥΟΥ

Μετά τη γονιμοποίηση ξεκινάει το ταξίδι του εμβρύου μέσα στη μήτρα. Αρχικά εμφυτεύεται σε ένα σημείο στο ενδομήτριο. Μετά ξεκινά να πολλαπλασιάζεται και χωρίζεται σε δύο μέρη. Το ένα θα είναι το έμβρυο και το άλλο θα είναι ο πλακούντας και οι υμένες. Μέχρι τις έξι εβδομάδες της κύησης, δηλαδή τέσσερις εβδομάδες μετά την σύλληψη δεν είμαστε σε θέση να δούμε το έμβρυο. Στις έξι εβδομάδες όμως έχει δημιουργηθεί η καρδιά του και ακούμε τους χτύπους της με τη βοήθεια υπέρηχων. Όλο το έμβρυο είναι περίπου 2 χιλιοστά.

Το έμβρυο τώρα αναπτύσσεται πολύ γρήγορα. Σχηματίζονται τα μάτια και τα αυτιά. Δημιουργείτε ο πλακούντας, και προεξοχές στο σώμα του όπου εκεί θα δημιουργηθούν τα χέρια και τα πόδια. Μία εβδομάδα αργότερα το έμβρυο είναι περίπου ένα εκατοστό. Σε αυτή τη φάση αναπτύσσονται τα χέρια και τα πόδια, χωρίς να έχουν δημιουργηθεί ακόμα τα δάχτυλα. Μεγαλώνει ο εγκέφαλος και δημιουργούνται τα οστά στα χέρια τα πόδια και τα δάκτυλα. Το πρόσωπο του τώρα είναι διαφορετικό καθώς τα μάτια του, η μύτη του και τα αυτιά του αρχίζουν να φαίνονται. Τα δόντια δημιουργούνται μέσα στο στόμα. Το έντερο αρχίζει να περιελίσσεται.

Την επόμενη εβδομάδα τα μάτια έχουν σχηματιστεί πλήρως. Αρχίζει να δημιουργείται η γλώσσα και τα οστά του σώματος. Τα δάκτυλα του έχουν δημιουργηθεί, αλλά είναι κοντά ακόμα με τον αντίχειρα. Το κοιλιακό τοίχωμα ολοκληρώνεται περικλείοντας το έντερο. Μία εβδομάδα αργότερα το μωρό κινείται μέσα στην μήτρα, όμως είναι πολύ μικρό για να γίνει αισθητό. Οι περισσότεροι από τους συνδέσμους διαμορφώνονται τώρα, οι αγκώνες του, οι

καρποί του, τα γόνατα του, οι ώμοι του και οι αγκώνες καθώς επίσης τα χέρια, τα δάκτυλα, τα πόδια και τα δάκτυλα ποδιών. Το έμβρυο στην 11^η εβδομάδα έχει δημιουργήσει όλα τα σημαντικά του όργανα. Τα μάτια του κλείνουν ή έχουν κλείσει και το κεφάλι του είναι στρογγυλό. Είναι μια περίοδος γρήγορης ανάπτυξης, αφού στην αρχή αυτής της εβδομάδας είναι περίπου 3 εκατοστά ενώ στο τέλος το διπλάσιο. Το κεφάλι έχει περίπου το μισό μήκος από όλο το σώμα.

Στην 12^η εβδομάδα έχουν ολοκληρωθεί όλα τα όργανα του εμβρύου. Από δω και στο εξής θα αρχίσουν να μεγαλώνουν και να ωριμάζουν έως τον τοκετό. Το φύλο διακρίνεται εξωτερικά και μπορούμε να ξέρουμε εάν το έμβρυο είναι κοριτσάκι ή αγοράκι. Δάκτυλα, μαλλιά και νύχια αρχίζουν να μεγαλώνουν. Τα γενετικά όργανα αρχίζουν να σχηματίζονται και να παίρνουν την τελική τους μορφή. Το αμνιακό υγρό ξεκινάει να αυξάνεται καθώς τα νεφρά του μωρού αρχίζουν να λειτουργούν και να παράγουν ούρα. Αρχίζει να λειτουργεί το έντερο και το έμβρυο τώρα να καταπίνει αμνιακό υγρό. Μετά την 19-21^η εβδομάδα γίνονται αντιληπτές οι κινήσεις του εμβρύου και από τη μητέρα. Τις επόμενες εβδομάδες το έμβρυο μεγαλώνει αναπτύσσοντας όλα τα συστήματά του. Περίπου στις 24 εβδομάδες το σωματάκι του καλύπτεται από μια τυροειδή μεμβράνη και στις 26 εβδομάδες το σώμα και το κεφάλι του καλύπτεται από τις αρχικές τρίχες.

Στις 28 εβδομάδες το έμβρυο έχει μήκος περίπου 25cm. Σε αυτήν την εβδομάδα της κύησης τα μάτια είναι λίγο ανοιχτά και υπάρχουν σχηματισμένες βλεφαρίδες του εμβρύου. Σε λίγες μέρες τα μάτια του θα είναι ανοιχτά. Το κεφάλι έχει αρκετά μαλλιά και το δέρμα είναι λίγο ρυτιδωμένο. Στις 30 εβδομάδες υπάρχουν τα νύχια στα δάκτυλα των ποδιών και το σώμα αρχίζει να γεμίζει και να φαίνεται ολοκληρωμένο. Στις 32 εβδομάδες το έμβρυο έχει μήκος 30cm. Σε αυτήν την ηλικία τα νύχια του εμβρύου μπορούν και φθάνουν μέχρι την κορυφή των δακτύλων. Το δέρμα του είναι ρόδινο και μαλακό. Στις 36 εβδομάδες το σώμα του αρχίζει να γίνεται παχουλό. Οι αρχικές τρίχες (χνούδι), έχουν σχεδόν εξαφανιστεί και τα νύχια των ποδιών έχουν φθάσει τις κορυφές

των δακτύλων. Τέλος, στις 38 εβδομάδες το στήθος έχει αρχίσει να προεξέχει και οι μαζικοί αδένες να προβάλλουν. Οι όρχεις του είναι στο όσχεο ή στους βουβωνικούς πόρους και τα νύχια των δακτύλων έχουν ξεπεράσει τις άκρες από τα δάχτυλα (Χατζηραφαήλ, 2017).



Εικόνα 1.3 Ανάπτυξη εμβρύου ανά εβδομάδα.

1.4 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΥΣΗΣΗ (Προγεννητικός Έλεγχος)

- Εξετάσεις Αίματος, Επίπεδα Σιδήρου & Φερριτίνης
- Ομάδα αίματος & Rhesus
- Ανοσία σε ερυθρά
- Έλεγχος για τους ιούς Ηπατίτιδας B+C, HIV I&II, Σύφιλης
- Τοξοπλάσμωση
- Έλεγχος σακχάρου
- Έλεγχος Αυχενικής διαφάνειας Α' τριμήνου
- Λήψη Τροφοβλάστης
- Αμνιοπαρακέντηση
- Προγεννητικός Μοριακός Καρυότυπος

- Μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος
- Έλεγχος για Αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας Β' (Μπιλάλης, 2018).

1.5 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχουν τεράστιες σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές. Κάποιες θα είναι υπέροχες και κάποιες όχι και τόσο. Μπορεί σε κάποια φάση να υπάρχει ενθουσιασμός για τον ερχομό του νέου μέλους και μετά από λίγο αυτό το συναίσθημα να αντικατασταθεί από φόβο και άγχος και ίσως και δάκρυα. Αυτές οι ξαφνικές αλλαγές εμφανίζονται συχνότερα το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και προς το τέλος του τρίτου τριμήνου. Μάλιστα, οι ορμονικές αλλαγές που προκαλούνται στην έκτη με δέκατη εβδομάδα μπορούν να κάνουν τις εγκυμονούσες ιδιαίτερα επιρρεπείς σε αυτό το συναισθηματικό μπερδεμα. Η κύρια αιτία για αυτές τις συναισθηματικές αλλαγές είναι η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα. Όταν οι ορμόνες βιώνουν μεγάλες αλλαγές σε τόσο μικρό χρονικό διάστημα, οι νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου δεν μένουν ανεπηρέαστοι. Αυτά τα χημικά είναι που ρυθμίζουν την διάθεση και βρίσκονται σε κατάσταση αναταραχής (Διάκος, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Η καισαρική τομή είναι μια τεχνική τεχνητού τοκετού κατά την οποία πραγματοποιείται χειρουργική τομή στην κοιλιακή χώρα (λαπαροτομία) της εγκύου και στη μήτρα της (κολπική υστεροτομία) για να γεννηθεί ένα ή και περισσότερα μωρά. Παλαιότερα συνηθιζόταν ο μαιευτήρας να καταφεύγει σε αυτή την έσχατη λύση στην περίπτωση που κατά το φυσιολογικό τοκετό παρουσιαζόταν κάποιος κίνδυνος για την υγεία και τη ζωή της εγκύου ή του κυοφορούμενου.

Ωστόσο, στις μέρες μας πολλές γυναίκες αποφασίζουν να γεννήσουν με καισαρική τομή, ακόμα και αν δεν συντρέχει σοβαρός λόγος να μη γεννήσουν φυσιολογικά, με συνηθέστερη δικαιολογία την αποφυγή του πολύωρου πόνου κατά τον τοκετό. Όταν μια έγκυος επιλέξει να γεννήσει με καισαρική τομή, οι μαιευτήρες, συνήθως, προτείνουν να πραγματοποιείται περίπου δέκα μέρες πριν την ολοκλήρωση των 9 μηνών κύησης ανάλογα με το βάρος του μωρού (Παπακωνσταντίνου, 2018).



Εικόνα 2.1 Έξοδος νεογνού με καισαρική τομή.

2.2 ΕΙΔΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Υπάρχουν δύο περιπτώσεις καισαρικής τομής: Η επείγουσα καισαρική, η οποία είναι απαραίτητη όταν συμβαίνει κάτι που σε αναγκάζει να αλλάξεις τον τρόπο του τοκετού και υπάρχει και η προγραμματισμένη καισαρική, η οποία αποφασίζεται εκ των προτέρων.

Προγραμματισμένη καισαρική τομή:

Ένας λόγος που οδηγεί τις γυναίκες στην επιλογή της καισαρικής τομής είναι η πεποίθηση ότι η διενέργεια της επέμβασης πρόκειται να αποτρέψει πιθανά μελλοντικά προβλήματα στην ανατομία της πυέλου ή στην σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας (Collard., 2008/2009· Thorp, 2009). Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι χαμηλότερη με την προγραμματισμένη καισαρική τομή συγκριτικά με τον φυσιολογικό τοκετό (Landon, 2007).

Οι γυναίκες προτιμούν αυτού του είδους την καισαρική τομή, καθώς τους παρέχει τη δυνατότητα να προγραμματίσουν την ημερομηνία τοκετού και να έχουν τον έλεγχο και την δυνατότητα επιλογής της ημερομηνίας αυτής (Williams, 2005).

Επίσης επειδή οι γυναίκες φοβούνται τον φυσιολογικό τοκετό ή έχουν άλλες ανησυχίες, θέλουν να είναι σίγουρες ότι το παιδί τους θα γεννηθεί αυτή την ημέρα αυτή την στιγμή και ότι όλα είναι έτοιμα (Γκαραβέλας, 2015). Οι πιθανοί κίνδυνοι αυτής της καισαρικής τομής είναι η μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας των γυναικών, ο αυξημένος κίνδυνος εκδήλωσης αναπνευστικών διαταραχών στο νεογνό και η αύξηση πιθανών επιπλοκών σε μελλοντικές κυήσεις, όπως η ρήξη της μήτρας και τα προβλήματα εμφύτευσης του πλακούντα (AGOG, 2007).

Επείγουσα καισαρική τομή:

Η άρνηση της γυναίκας για την εκτέλεση καισαρικής τομής όταν υπάρχει ένδειξη, για λόγους που αφορούν το έμβρυο, περιγράφεται συχνά ως σύγκρουση μητέρας-εμβρύου. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ηθική υποχρέωση να

προστατεύσουν την καλή κατάσταση της μητέρας και του εμβρύου. Η απόφαση για τον έναν επηρεάζει και τον άλλον. Εάν μία γυναίκα αρνηθεί τη συνιστώμενη καισαρική τομή εξαιτίας εμβρυικού κινδύνου, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν κάθε προσπάθεια να ανακαλύψουν γιατί αυτή αρνείται και να της παράσχουν τις κατάλληλες πληροφορίες που πιθανόν θα την πείσουν να αλλάξει γνώμη. Εάν η γυναίκα εξακολουθεί να αρνείται την επέμβαση, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αποφασίσουν εάν είναι ηθικό να αναζητήσουν δικαστική εντολή για την εκτέλεση της επέμβασης. Ωστόσο, πρέπει να γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια για να αποφευχθεί η νομική αυτή διαδικασία (AGOG, 2007).

2.3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Οι δύο βασικοί τύποι καισαρικής τομής είναι: Α) Η κάθετη, που εκτείνεται από τον ομφαλό μέχρι την ηβική χώρα και Β) Η εγκάρσια τομή στην κατώτερη κοιλιακή χώρα.

- Η εγκάρσια τομή (τομή bikini) εκτελείται συχνότερα από την κάθετη. Ο τύπος της τομής προσδιορίζεται κυρίως από την επιτακτικότητα της επέμβασης και την παρουσία ουλών από προηγούμενες επεμβάσεις. Ο τύπος της τομής που διενεργείται στο δέρμα δεν υποδεικνύει απαραίτητα και τον τύπο τομής στην μήτρα (Landon, 2007).



Εικόνα 2.2 Οριζόντια τομή και Εγκάρσια τομή.

2.4 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Υπάρχουν ορισμένες απόλυτες ενδείξεις για την καισαρική τομή. Κυρίως σε καταστάσεις που θέτουν σε κίνδυνο την μητέρα και το έμβρυο όπως για παράδειγμα ο πρόδρομος πλακούντας ή η αποκόλληση του πλακούντα (Landon, 2007).

Επίσης άλλες ενδείξεις είναι:

- Ø Πολύδυμη κύηση (δίδυμος, τρίδυμος κλπ.)
- Ø Έμβρυο με ισχιακή, λοξή ή εγκάρσια προβολή.
- Ø Έμβρυο με ανώμαλη κεφαλική προβολή.
- Ø Μη εξέλιξη του τοκετού. Συσπάσεις που ενώ είναι έντονες και συχνές δεν ανοίγουν τον τράχηλο και το κεφάλι του μωρού δεν κατεβαίνει στον κόλπο.
- Ø Πρόπτωση ομφαλίου λώρου.
- Ø Παθολογικό καρδιοτοκογράφημα γνωστό και ως «αλλοιώσεις παλμών».
- Ø Μακροσωμία του εμβρύου δηλαδή πολύ μεγάλο έμβρυο.
- Ø Προδρομικός πλακούντας ο οποίος βρίσκεται πολύ κοντά ή σκεπάζει τον τράχηλο (Μπαρτζιώκας, 2016).

2.5 ΛΟΓΟΙ ΑΥΞΗΣΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η επίπτωση της καισαρικής τομής έχει αυξηθεί στο 31,1% των γεννήσεων ζωντανών νεογνών το 2006. Το ποσοστό αυτό είναι το μεγαλύτερο ποσοστό που έχει σημειωθεί στις ΗΠΑ (Martin et al., 2009). Υπεύθυνη για την αύξηση αυτή είναι η αύξηση της συχνότητας ορισμένων παραγόντων κινδύνου, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες. Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται η μακροσωμία του εμβρύου η προχωρημένη ηλικία της γυναίκας, η παχυσαρκία, ο διαβήτης της κύησης και η πολύδυμη κύηση (Thorp, 2009). Η κακή πρακτική κατά την διενέργεια της καισαρικής τομής αποτελεί έναν ακόμη αιτιολογικό παράγοντα που σχετίζεται με την αύξηση της επίπτωσης,

ταυτόχρονα με την αύξηση του αριθμού των καισαρικών τομών κατόπιν απαίτησης της μητέρας, η οποία αποτελεί το 2,5% του συνόλου των τοκετών που διενεργούνται στις ΗΠΑ (AGOG, 2007). Η εκτίμηση σε διεθνές επίπεδο του ποσοστού επιλεκτικών καισαρικών τομών είναι σημαντικά υψηλότερη συγκριτικά με τις ΗΠΑ και κυμαίνεται από 4% έως 18% (Collard, Diallo, Habinsky, Hentshell, & Vezeau, 2008-2009).

Το ποσοστό των κολπικών τοκετών μετά από καισαρική τομή ελαττώνεται. Σήμερα, μόνο το 9% περίπου των γυναικών στις ΗΠΑ με προηγηθείσα καισαρική τομή υποβάλλονται σε δοκιμασία τοκετού με σκοπό την διενέργεια κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή. Η μείωση αυτή ενδεχομένως σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο ρήξης της μήτρας και άλλων επιπλοκών από την εκτέλεση κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή, με επακόλουθα μη ικανοποιητικά αποτελέσματα για τις γυναίκες και τα νεογνά τους (Landon, 2007). Ο τύπος της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί επίσης να επηρεάσει τη συχνότητα εκτέλεσης καισαρικών τομών. Μια προσέγγιση που βασίζεται στην αποκλειστική φροντίδα (1 μαία για 1 επίτοκο) και που δίνει έμφαση στο περπάτημα, στις αλλαγές θέσης και στη μη φαρμακευτική ανακούφιση του πόνου διευκολύνει τη φυσιολογική πρόοδο του τοκετού και τον αυτόματο κολπικό τοκετό (Albers, 2007). Ορισμένες μελέτες υποδεικνύουν ότι η προσέγγιση που μειώνει το ποσοστό των εκτελούμενων καισαρικών τομών είναι αυτή που βασίζεται στην αποκλειστική φροντίδα (π.χ., 1 μαία για 1 επίτοκο) [Berghella, Baxter, & Chauhan 2008· Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2007].

2.6 ΕΙΔΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

(Α) ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ η οποία γίνεται με:

1. Επισκληρίδιο αναισθησία
2. Ραχιαία αναισθησία
3. Συνδυασμός ραχιαίας-επισκληρίδιος

(B) ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

1. Επισκληρίδιος Αναισθησία

Αυτή η μορφή αναλγησίας επιτυγχάνεται με ένεση αναισθητικού στο χώρο της σπονδυλικής στήλης που περιβάλλει το νωτιαίο μυελό. Αυτό σημαίνει πως δεν υπάρχει κίνδυνος να μείνει παράλυτη η γυναίκα. Μπορεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις να τραυματιστεί ελαφρά κάποιο νεύρο, αλλά και αυτό δεν έχει παρά ασήμαντες επιπτώσεις.

Το πλεονέκτημα της επισκληριδίου αναισθησίας είναι πως ενώ η γυναίκα διατηρεί την αίσθηση της αφής, ταυτόχρονα είναι απαλλαγμένη από τον πόνο για μια ελεγχόμενη περιοχή του σώματός της, η οποία ξεκινά από τα κάτω άκρα και φθάνει μέχρι κάτω από το διάφραγμα. Αυτό σημαίνει πως η γυναίκα δεν πονά κατά τις συσπάσεις, τις αισθάνεται όμως και μπορεί να «σπρώξει» αποτελεσματικά, συμμετέχοντας με πολύ ενεργητικό τρόπο στον τοκετό. Σε περίπτωση καισαρικής τομής η αναλγητική δράση της επισκληριδίου αναισθησίας παρατείνεται για πολλές ώρες με αποτέλεσμα να μην πονά η γυναίκα.

Στα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής συγκαταλέγεται καταρχάς το γεγονός ότι είναι επεμβατική, με την έννοια ότι επεμβαίνει ο αναισθησιολόγος και αυτό αγχώνει λίγο περισσότερο την ασθενή. Ο σπάνιος ελαφρύς τραυματισμός ενός νεύρου ή της μήνιγγας μπορεί να προκαλέσει πονοκέφαλο ή/και ζάλη. Άλλες πιθανές παρενέργειες είναι μικρό τρέμουλο (όχι σπασμοί) ή και κνησμός. Κατά δεύτερο λόγο έχει βρεθεί ότι με την επισκληρίδιο αναισθησία η αρτηριακή πίεση της γυναίκας πέφτει (γι' αυτό και χρησιμοποιείται στην προεκλαμψία) προκαλώντας επιβράδυνση των καρδιακών παλμών του εμβρύου. Για να προληφθεί αυτό χορηγούνται ενδοφλεβίως υγρά στην γυναίκα πριν την αναισθησία.

Έχουν υπάρξει μερικές μελέτες που δείχνουν πως υπάρχει αυξημένο ποσοστό καισαρικής τομής μεταξύ των γυναικών που γεννούν με επισκληρίδιο αναισθησία. Εικάζεται πως ο λόγος γι' αυτό είναι πως η επισκληρίδιος

αναισθησία δεν βοηθά την διαστολή του τραχήλου. Καθότι κάτι τέτοιο δεν έχει ουσιαστικά αποδειχθεί, τα πλεονεκτήματα της μεθόδου την καθιστούν λύση εκλογής στην πλειοψηφία των γυναικών. Βεβαίως υπάρχουν περιπτώσεις όπου η επισκληρίδιος αναισθησία μπορεί να αντενδείκνυται, όπως σε ασθενείς με ιστορικό επέμβασης, ανατομική ανωμαλία ή τραυματισμό στην σπονδυλική στήλη. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να χρειασθεί συνεννόηση του μαιευτήρα, του αναισθησιολόγου και του ορθοπεδικού.

Τέλος, η επισκληρίδιος αναισθησία αργεί να δράσει (30'-40') γι' αυτό και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο τελικό στάδιο του τοκετού (Χηνιάδης, 2007).



Εικόνα 2.5 Επισκληρίδιος αναισθησία

2. Ραχιαία Αναισθησία

Η μέθοδος αυτή μοιάζει πολύ με την επισκληρίδιο, αλλά το φάρμακο αυτή τη φορά εισέρχεται στο υγρό που περιβάλλει το νωτιαίο μυελό – εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Έχει τις ίδιες πιθανές επιπλοκές με την επισκληρίδιο, έχει πολύ πιο γρήγορη δράση, αλλά επιδρά για πολύ λιγότερο χρόνο (90'). Για το λόγο αυτό προτιμάται κυρίως για την καισαρική τομή (Χηνιάδης, 2007).

3. Συνδυασμένη Επισκληρίδιος & Ραχιαία Αναισθησία

Η μέθοδος αυτή ουσιαστικά είναι ένας συνδυασμός των δύο προηγούμενων μεθόδων. Έχει το πλεονέκτημα της άμεσης αναλγησίας της

ραχιαίας, με την παρατεταμένη δράση της επισκληριδίου. Χρησιμοποιείται κατ' εξοχήν στην καισαρική τομή (Χηνιάδης, 2007).

(B) Γενική Αναισθησία

Η μέθοδος αυτή πολύ σπάνια χρησιμοποιείται στη Μαιευτική για οποιονδήποτε άλλο λόγο πλην της καισαρικής τομής. Η γυναίκα πρέπει να έχει άδειο στομάχι για την αποφυγή εμετού και εισρόφησης. Σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει κίνδυνος σοβαρής πνευμονικής λοίμωξης και δύσπνοιας. Εκτός από τις περιπτώσεις προγραμματισμένης καισαρικής τομής όπου για λόγους ιατρικούς (αντένδειξη επισκληριδίου/ραχιαίας) ενδείκνυται η Γενική Αναισθησία, υπάρχουν περιπτώσεις όπου υποκειμενικά μια ασθενής δεν θέλει για λόγους ψυχολογικούς να είναι ξύπνια κατά τη διάρκεια της καισαρικής.

Επίσης η Γενική Αναισθησία επειδή είναι εξαιρετικά γρήγορη και αποτελεσματική αποτελεί την μέθοδο εκλογής σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις όπου επιβάλλεται άμεση γέννηση του παιδιού (έντονη και παρατεταμένη βραδυκαρδία, πρόπτωση ομφαλίου λώρου, μεγάλη αιμορραγία). Ασφαλώς όταν ξυπνήσει η ασθενής νιώθει ζαλισμένη και αδύναμη καθώς είναι ακόμη υπό την επήρεια των αναισθητικών φαρμάκων, αλλά φυσικά δεν έχει πονέσει καθόλου ούτε και θυμάται τίποτε από την καισαρική τομή.

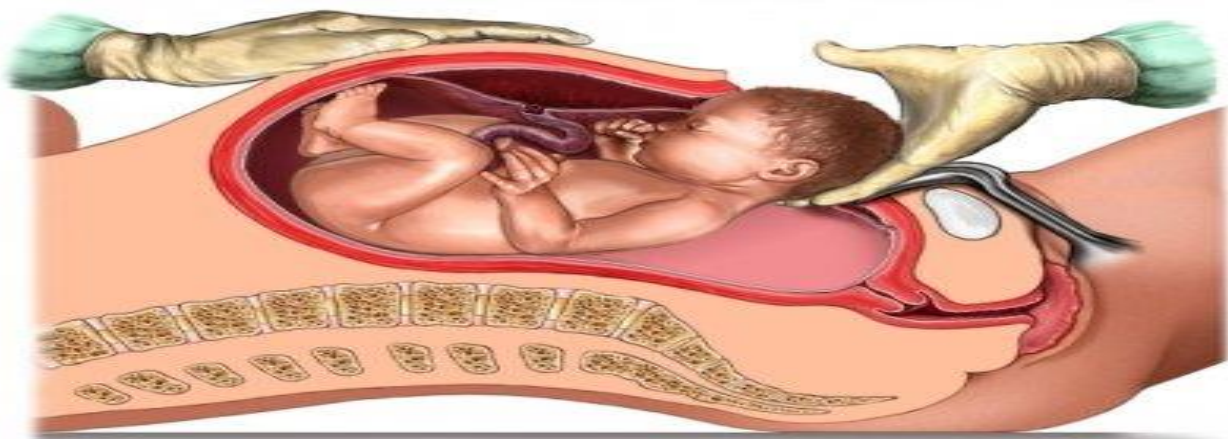
Γίνεται μάλλον εμφανές πως η επισκληρίδιος, η ραχιαία αναισθησία ή ο συνδυασμός και των δύο είναι η καλύτερη μέθοδος για την αποφυγή του πόνου στην καισαρική τομή. Εξαιρούνται οι περιπτώσεις όπου επιβάλλεται η Γενική αναισθησία για λόγους ιατρικούς.

Για το φυσιολογικό τοκετό οι περισσότερες μαιευτικές μονάδες προτείνουν και χρησιμοποιούν επισκληρίδιο αναισθησία. Αν βέβαια η ασθενής προτιμά να «νιώσει» τον τοκετό όσο πιο φυσιολογικά γίνεται, υπάρχουν πάντα οι εναλλακτικές μέθοδοι με προεξάρχουσα τη χορήγηση Πεθιδίνης ή άλλων συγγενών φαρμάκων σε συνδυασμό και με Entonox ή και τοπικής αναισθησίας. Ας μην ξεχνάμε βέβαια πως υπάρχουν γυναίκες οι οποίες έχουν γεννήσει χωρίς καμία αναλγητική μέθοδο νιώθοντας λίγο ή και καθόλου πόνο.

Εν κατακλείδι, σε περίπτωση όπου δεν υπάρχουν ιατρικές αντενδείξεις, η απόφαση για την αναλγησία πρέπει να λαμβάνεται από τη μέλλουσα μητέρα πάντα μετά από ενημέρωσή της από τον μαιευτήρα της και σε συνδυασμό με τις τεχνικές ευκολίες που παρέχονται από την μαιευτική κλινική (Χηνιάδης, 2007).

2.7 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Αρχικά γίνεται η αναισθησία (περιοχική ή γενική αναισθησία). Ένα παραβάν ή μια κουρτίνα τοποθετείται για να μην μπορεί η ασθενής να παρακολουθεί την επέμβαση. Τοποθετείται καθετήρας στην ουροδόχο κύστη. Έπειτα καθορίζεται η κατώτερη περιοχή της κοιλιάς με ένα αντισηπτικό και ο χειρουργός κάνει μία τομή οριζόντια πάνω από το εφήβαιο (τομή μπικίνι). Στη συνέχεια γίνεται μια νέα τομή (περίπου 8 έως 10 εκατοστών) στα τοιχώματα της μήτρας και ο γιατρός βγάζει με προσεκτικές κινήσεις το νεογνό. Τέλος κόβει τον ομφάλιο λώρο, αφαιρεί τον πλακούντα και κλείνει τις τομές με απορροφήσιμα ράμματα (Παπακωνσταντίνου, 2018).



Εικόνα 2.6 Διαδικασία Καισαρικής τομής.

2.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Στις πιθανότερες επιπλοκές της μητέρας από την καισαρική τομή περιλαμβάνεται η εισρόφηση, η αιμορραγία, η ατελεκτασία, η ενδομητρίτιδα, η διάνοιξη η επιμόλυνση του κοιλιακού τραύματος, οι ουρολοιμώξεις, ο τραυματισμός της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου που σχετίζονται με την αναισθησία. Μπορούν επίσης να παρατηρηθούν τραυματισμοί του εμβρύου από το χειρουργικό νυστέρι. Παράλληλα εμβρυική υποξία παρατηρείται όταν η μητέρα και ο πλακούντας δεν αιματώνονται επαρκώς, λόγω της μητρικής υπότασης από την τοπική αναισθησία (επισκληρίδια ή ραχιαία) ή τη θέση της μητέρας (Thorp, 2009).

2.9 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

Οι ίδιοι οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι εάν ένα βρέφος γεννηθεί με καισαρική τομή, αυτό είναι δυνατόν να μεταβάλει τη «φιλοξενία» του μικροβιώματος, που είναι η εξαιρετικής σημασίας μεταφορά των ωφέλιμων βακτηριδίων από τη μητέρα στο μωρό κατά τον τοκετό, αφού τα πρώτα μικρόβια με τα οποία θα αποικιστεί είναι τα μικρόβια του νοσοκομείου, για τα οποία δεν έχει καθόλου αντισώματα. Συνεπώς το ανοσοποιητικό σύστημα του βρέφους δεν αναπτύσσεται στον βαθμό που έχει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί, όπως τα βρέφη που περνούν τη διαδικασία του κοιλιακού τοκετού. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι αυτή η δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και οι αλλαγές στον μεταβολισμό ευθύνονται για την ανάπτυξη ασθενειών (<http://oneworldbirth.net/microbirth>). Μελέτες πληθυσμών έχουν καταδείξει ότι τα βρέφη με καισαρική τομή διατρέχουν, κατά ένα ποσοστό περίπου 20%, αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης άσθματος, 20% αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη Τύπου 1, παρόμοιο κίνδυνο να είναι παχύσαρκοι ενήλικες και ελαφρά μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης γαστρεντερικών παθήσεων, όπως είναι η νόσος του Crohn ή κοιλιόκακη (δυσανεξία στη γλουτένη). (Παναγιώτου, 2016).

2.10 ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Ο θηλασμός μπορεί να ξεκινήσει αμέσως μετά τη γέννηση, τοποθετώντας το νεογνό δέρμα με δέρμα στον θώρακα της μητέρας, εφόσον βέβαια το επιτρέπει η γενική κατάσταση και των δύο. Απαραίτητη προϋπόθεση: να έχει δηλωθεί η πρόθεση για θηλασμό στον γιατρό, τη μαία και το αρμόδιο προσωπικό του μαιευτηρίου. Η θέση βέβαια, στην οποία βρίσκεται η μητέρα, δεν της παρέχει μεγάλη άνεση και ευχέρεια κινήσεων, αυτό όμως δεν αποτελεί, σε καμία περίπτωση, εμπόδιο για να θηλάσει, με την καθοδήγησή των Μαιών.

Αντίθετα, στις περιπτώσεις όπου ο θηλασμός πρέπει να περιμένει (σε γενική αναισθησία ή όταν το νεογνό χρειάζεται σταθεροποίηση ή/και εντατική παρακολούθηση), ενθαρρύνεται η άμεση έναρξη της γαλουχίας με χρήση θηλάστρου (Λουκά, 2011).

2.11 ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Τα κύρια αναμενόμενα προβλήματα της γυναίκας για τις πρώτες λίγες μπορεί να είναι ο πόνος στην θέση της τομής και ο πόνος που οφείλεται στα αέρια του εντέρου, με αποτέλεσμα να απαιτείται αναλγησία. Για τις πρώτες 24 ώρες μετά την καισαρική τομή, μπορούν να χορηγηθούν οπιοειδή επισκληρίδια, ελεγχόμενη αναλγησία από τη γυναίκα ή ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή αναλγησία. Μετά το πρώτο 24ωρο χορηγούνται αναλγητικά από το στόμα. Μπορούν να εφαρμοσθούν και άλλα μέτρα ανακούφισης, όπως οι αλλαγές θέσης, η υποστήριξη της τομής με μαξιλάρια και τεχνικές χαλάρωσης.

Οι γυναίκες είναι συνήθως οι καλύτεροι κριτές για τις ανάγκες και αντοχές του σώματος τους, συμπεριλαμβανομένων της πρόληψης τροφής και υγρών μετεγχειρητικά. Συνήθως απαγορεύεται η σίτιση από το στόμα ή χορηγούνται γουλιές υγρών και κουταλιές τριμμένου πάγου μέχρι να επανέλθει η κινητικότητα του εντέρου. Στη συνέχεια μπορούν να πίνουν μόνο υγρά. Μετά την έναρξη της αποβολής αερίων, μπορεί να ξεκινήσει η κανονική σίτιση. Η

ενδοφλέβια χορήγηση υγρών σταματά μόλις η γυναίκα ξεκινήσει να πίνει υγρά (Gilbert, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

3.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Ορίζεται το σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων που συμβαίνουν στο τέλος της κύησης και συνεπάγονται τη δίοδο του εμβρύου και του πλακούντα με τους υμένες από τον πυελογεννητικό σωλήνα της εγκύου και την έξοδο τους από την σχισμή του αιδοίου. Στο 85% των εγκύων, αυτόματος τοκετός ξεκινά μεταξύ της 37ης και 42ης εβδομάδας κύησης (Beckmann et al 2002).

Πολύ μικρής έντασης συστολές του μυομητρίου (συστολές Braxton-Hicks) υπάρχουν γενικά κατά την διάρκεια της κύησης, που λόγω της πολύ μικρής έντασης τους δεν είναι αντιληπτές. Όσο πλησιάζει όμως το χρονικό διάστημα έναρξης του τοκετού, οι συστολές αυτές αποκτούν ελαφρά μεγαλύτερη ένταση και αρχίζουν να γίνονται αντιληπτές. Οι συστολές αυτές ονομάζονται προπαρασκευαστικές, αφού εμφανίζονται πριν την πραγματική έναρξη του τοκετού και εμφανίζονται με ποικίλα μεσοδιαστήματα. Τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης μπορεί να εμφανίζονται μερικές φορές και κάθε 20 λεπτά (Archie & Biswas 2003).



Εικόνα 3.1 Φυσιολογικός τοκετός.

3.2 ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

1. Αίσθημα ελάττωσης της κοιλιακής διάτασης
2. Επανεμφάνιση της συχνουρίας
3. Οσφυαλγία
4. Ισχυρότερες συστολές Braxton Hicks
5. Απώλεια βάρους 0,5- 1,5 kg
6. Υπερκινητικότητα
7. Αυξημένες κολπικές εκκρίσεις, βλεννοαιματηρή έκκριση
8. Ωρίμανση του τραχήλου
9. Πιθανή ρήξη υμένων (Gennero, Mayberry, & Kafulafula, 2007).

3.3 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η πορεία του φυσιολογικού τοκετού, που είναι αξιόλογα σταθερή, χαρακτηρίζεται από: (α) Τακτικές συστολές της μήτρας, (β) εξάλειψη και σταδιακή διαστολή του τραχήλου και (γ) σταδιακή κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου.

Το πρώτο στάδιο του τοκετού θεωρείται ότι αρχίζει με την έναρξη των τακτικών συστολών της μήτρας μέχρι την τέλεια διαστολή του τραχήλου. Η έναρξη του τοκετού συχνά προσδιορίζεται δύσκολα, διότι η γυναίκα μπορεί να εισαχθεί στην αίθουσα τοκετών λίγο πριν από τον τοκετό και η έναρξή του μπορεί να είναι μια απλή εκτίμηση. Το πρώτο στάδιο έχει μεγαλύτερη διάρκεια από το δεύτερο και τρίτο μαζί. Ο αριθμός των προηγούμενων κυήσεων επιδρά σημαντικά στην διάρκεια του πρώτου σταδίου. Τέλεια διαστολή μπορεί να επιτευχθεί σε λιγότερο από μία ώρα σε μερικές πολύτοκες. Στις πρωτότοκες, η πλήρης διαστολή του τραχήλου μπορεί να διαρκέσει έως και 20 ώρες (Gross, Drobnic, & Keirse, 2005).

Το πρώτο στάδιο του τοκετού υποδιαιρείται σε τρεις φάσεις:

- (1) Την λανθάνουσα φάση

(2) Την ενεργό φάση

(3) Τη μεταβατική φάση

(1) Λανθάνουσα φάση

Κατά την διάρκεια της λανθάνουσας φάσης παρατηρείται προοδευτική εξάλειψη του τραχήλου και ελαφρά αυξημένος ρυθμός καθόδου. Κατά την ενεργό και μεταβατική φάση παρατηρείται ταχεία διαστολή του τραχήλου και αυξημένος ρυθμός καθόδου της προβάλλουσας μοίρας (Liao, Buhimschi, & Norwitz, 2005).

(2) Ενεργός φάση

Το δεύτερο στάδιο αρχίζει από την πλήρη διαστολή του τραχήλου μέχρι την έξοδο του εμβρύου. Διαρκεί κατά μέσο όρο 20 λεπτά στις πολύτοκες και 50 λεπτά στις πρωτότοκες. Το δεύτερο στάδιο του τοκετού υποδιαιρείται και αυτό σε τρεις φάσεις: Η πρώτη φάση ξεκινά σχεδόν ταυτόχρονα με την πλήρη διαστολή του τραχήλου της μήτρας όταν οι συστολές είναι ανώδυνες ή ασθενείς και η γυναίκα δεν αισθάνεται την ανάγκη για εξώθηση, είναι ήρεμη ή κάνει μικρές προσπάθειες εξώθησης με τις συστολές. Η δεύτερη φάση είναι η περίοδος κατά την οποία ξαναρχίζουν οι συστολές, η γυναίκα κάνει έντονες προσπάθειες εξώθησης και εξελίσσεται η κάθοδος του εμβρύου. Η τρίτη φάση διαρκεί από την προβολή της κεφαλής το εμβρύου μέχρι τον τοκετό (Roberts 2002).

(3) Μεταβατική φάση

Το τρίτο στάδιο του τοκετού αρχίζει από τη γέννηση του εμβρύου και ολοκληρώνεται με την αποβολή του πλακούντα. Η αποκόλληση του πλακούντα συνήθως συμβαίνει κατά την 3^η ή 4^η ισχυρή συστολή της μήτρας μετά τη γέννηση του νεογνού. Μετά την αποκόλληση ο πλακούντας αποβάλλεται με την επόμενη συστολή της μήτρας. Η διάρκεια του τρίτου σταδίου είναι 3 έως 5 λεπτά, αν και διάρκεια μέχρι 30 λεπτά θεωρείται εντός των φυσιολογικών

ορίων. Ο κίνδυνος αιμορραγίας αυξάνει, καθώς αυξάνει η διάρκεια του τρίτου σταδίου (Battista & Wing, 2007).



Εικόνα 3.3 Στάδια φυσιολογικού τοκετού.

3.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ:

Οφέλη για τη μητέρα:

Ø Οι Ορμόνες: Οι γυναίκες λόγω του ότι είναι θηλαστικά μέσα στην εξέλιξη του είδους τους, έχουν αναπτύξει σύνθετοι νευρο-ορμονικοί μηχανισμοί που διευκολύνουν τον τοκετό. Η διαστολή της μήτρας, η έξοδος του νεογνού, η δυνατότητα η μητέρα να νιώθει κάποιο πόνο εξαρτώνται από τις ορμόνες (όπως η ωκυτοκίνη, η προλακτίνη, οι ενδορφίνες). Είναι στοιχεία τα οποία αποτελούν θετική αφετηρία για τη μελλοντική σχέση ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό της. Αυτό από το οποίο έχει ανάγκη το σώμα, ένας τοκετός που εξελίσσεται σύμφωνα με τη φύση και λαμβάνει χώρα χωρίς εμπόδια, με τις αναγκαίες παύσεις ανάμεσα στις συσπάσεις, βοηθά το σώμα της μητέρας να έχει τον χρόνο να ανακτήσει την ενέργεια που χρειάζεται πριν αντιμετωπίσει την τελική προσπάθεια.

Ø Μικρότερος κίνδυνος να τραυματισθεί το περίνεο: Αν τηρηθούν τα στάδια του τοκετού, είναι πιθανό το περίνεο να μην τραυματιστεί και να διατηρηθεί ακέραιο, αποφεύγοντας την επισιотоμία και τους τραυματισμούς. Περισσότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό σας: η μητέρα που γεννά φυσιολογικά αισθάνεται δυνατότερη κι έχει αρκετή ενέργεια για να φροντίσει το μωρό της. Οι μελέτες επιβεβαιώνουν ότι στην

περίπτωση του φυσιολογικού τοκετού, οι γυναίκες αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένες, μεγαλύτερη ευζωία και υποφέρουν λιγότερο από επιλόχεια κατάθλιψη.

Ø Καλύτερη σχέση με το μωρό: Οι αυξημένες συγκεντρώσεις ενδορφινών αμέσως μετά τη γέννηση επιτρέπουν ώστε η πρώτη επαφή μεταξύ μωρού και μητέρας να βιωθεί ως κάτι το εξαιρετικά ευχάριστο για αμφότερους. Επίσης οι ενδορφίνες, ασκούν χαλαρωτική και αναλγητική δράση που προσφέρει στη μητέρα ευφορία και ευεξία.

Ø Ταχύτερη ανάρρωση: Μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό ειδικά χωρίς επισιοτομία, η μητέρα αισθάνεται πολύ καλά και θα σηκωθεί άμεσα από το κρεβάτι.

Για το γάλα:

Ø Καλύτερη γαλουχία, κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας μετά τη γέννηση, η ωκυτοκίνη διατηρείται σε υψηλότερα επίπεδα συγκέντρωσης στο αίμα ενισχύοντας τη συσταλτικότητα των μυϊκών κυττάρων τα οποία επιτρέπουν την έξοδο του γάλακτος. Αντίθετα, όταν η μητέρα διακατέχεται από αισθήματα άγχους, η παραγωγή ωκυτοκίνης μπορεί να μειωθεί τόσο, ώστε να επηρεάσει αρνητικά την έναρξη της γαλουχίας.

Οφέλη για το νεογνό:

Ø Ο φυσιολογικός τοκετός είναι πολύτιμος για το νεογνό. Η γέννηση ενός μωρού χωρίς να έχουν προηγηθεί οι ωδίνες και ο απαραίτητος χρόνος για τη γέννηση, ενέχουν κινδύνους. Αυτό συμβαίνει με την καισαρική. Η γέννηση στο χειρουργείο σημαίνει ότι το μωρό «δεν επιλέγει» τη στιγμή της γέννησής του και περνά άμεσα από την κοιλιά της μητέρας του στο εξωτερικό περιβάλλον. Δεν υπάρχει δηλαδή μεταβατική φάση μεταξύ των δύο. Αυτό εκθέτει τα νεογνά σε αναπνευστικό κίνδυνο που είναι 7 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το φυσιολογικό τοκετό. Ο φυσιολογικός τοκετός προετοιμάζει καλύτερα το μωρό για τη ζωή έξω από τη μήτρα

της μητέρας του. Το μωρό που γεννιέται φυσιολογικά αναπνέει καλύτερα, είναι περισσότερο δραστήριο, και θηλάζει ευκολότερα.

- Ø Είναι σημαντικό να γεννηθεί τη σωστή στιγμή. Στον φυσιολογικό τοκετό, η ίδια η φύση αποφασίζει τη στιγμή της γέννησης. Όταν το μωρό είναι ώριμο να γεννηθεί, παράγονται ουσίες οι οποίες μπλοκάρουν τις ορμόνες της κύησης (π.χ. προγεστερόνη) και κινητοποιούν τη διαδικασία παραγωγής των ορμονών που ονομάζονται προσταγλανδίνες και προκαλούν τις συσπάσεις του τοκετού.
- Ø Το μωρό αναπνέει και θηλάζει καλύτερα. Κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού και της διέλευσης του μωρού από τη γυναικεία λεκάνη, πραγματοποιούνται κινήσεις περιστροφής και προώθησης. Χάρη στην ελαστικότητα των οστών του, τη στιγμή της εξώθησης, ο θώρακας του μωρού διαστέλλεται και παράγονται ουσίες όπως οι κατεχολαμίνες (παρόμοιες με την αδρεναλίνη) και καικορτιζόλη, που ευνοούν την ωρίμανση των πνευμόνων και ενεργοποιούν το μεταβολισμό του εμβρύου (για την παραγωγή ενέργειας και θερμότητας) βελτιστοποιώντας τη λειτουργικότητα της καρδιάς και την κυκλοφορία του αίματος. Έτσι το νεογνό βρίσκεται σε εγρήγορση, κατά τη διάρκεια των πρώτων ωρών μετά τον τοκετό, προκειμένου να αναζητήσει ενεργά το στήθος και να αρχίσει να θηλάζει. Με την έναρξη του θηλασμού κατά τη διάρκεια της πρώτης επαφής του δέρματος του νεογνού με αυτό της μητέρας, τα βακτήρια που βρίσκονται στο δέρμα της μητέρας έρχονται σε επαφή με το νεογνό και χρησιμεύουν για να βελτιώσουν το ανοσοποιητικό του (Λιακάκος, 2017).

3.5 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟ Η ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ;

Πλεονεκτήματα φυσιολογικού τοκετού:

- Προσφέρει την εμπειρία της συμμετοχής της μητέρας και του συντρόφου της στην γέννηση.

- Υπάρχει η δυνατότητα για απεριόριστο αριθμό τοκετών.
- Η γυναίκα μετά τον τοκετό μπορεί να σηκωθεί αμέσως και δεν έχει ορό η ουροκαθετήρα.

Μειονεκτήματα φυσιολογικού τοκετού:

- Μπορεί να είναι πολύωρος και δύσκολος.
- Ποτέ δεν είναι τελείως ανώδυνος.
- Είναι απρόβλεπτος και απρογραμματίστος.
- Η τάση που προωθείται τα τελευταία χρόνια για τοκετό στο σπίτι μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνη για τη μητέρα ή και το παιδί.

- Επηρεάζει τον κόλπο και το περίνεο ιδιαίτερα μετά την γέννηση μεγάλων νεογνών.

Πλεονεκτήματα καισαρικής τομής:

- Είναι πιο γρήγορη από τον φυσιολογικό τοκετό.
- Μπορεί να είναι προγραμματισμένη προκαλώντας λιγότερο άγχος από την άγνωστη έναρξη του τοκετού.
- Όταν γίνεται με επισκληρίδιο νάρκωση η μητέρα βλέπει και κρατάει το μωρό της αμέσως μετά την γέννηση όπως με τον φυσιολογικό τοκετό.
- Είναι πιο ασφαλής για το έμβρυο στην πλειονότητα των περιπτώσεων.
- Δεν προκαλεί βλάβες στον κόλπο και το περίνεο που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ζωή της γυναίκας στο μέλλον (σεξουαλική δυσλειτουργία, ακράτεια ούρων, πρόπτωση μήτρας).

Μειονεκτήματα καισαρικής τομής:

- Είναι μια επέμβαση. Υπάρχει πόνος, αν και με την επισκληρίδιο αναισθησία έχει μειωθεί αισθητά.
- Υπάρχουν ορροί και καθετήρας τουλάχιστον για το πρώτο 24ώρο.
- Πιθανότητα επιπλοκών (αιμορραγία, λοίμωξη) [Μάλλιου Κριαρά, 2013].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

4.1 ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τη φυσική προέκταση της κύησης και του τοκετού. Πρόκειται για κάτι πολύ περισσότερο από έναν τρόπο σίτισης του νεογνού. Οι γυναίκες που επιλέγουν τον θηλασμό γνωρίζουν συνήθως τα οφέλη του για το βρέφος. Πολλές γυναίκες αναζητούν την μοναδική εμπειρία του δεσμού που αναπτύσσεται μεταξύ μητέρας και βρέφους, που είναι χαρακτηριστική για τον θηλασμό. Οι γυναίκες τείνουν να επιλέγουν την ίδια μέθοδο σίτισης για κάθε παιδί τους. Εάν το πρώτο τους παιδί θήλασε, τα επόμενα παιδιά τους είναι πολύ πιθανόν να θηλάσουν επίσης (Taylor, Geller, Risica, Kirtania, & Cabral, 2008).

Η υποστήριξη του συντρόφου και της οικογένειας της μητέρας παίζει καθοριστικό ρόλο στη λήψη της απόφασης για θηλασμό. Οι γυναίκες που αντιλαμβάνονται ότι ο σύντροφός τους προτιμά το θηλασμό, επιλέγουν συχνότερα αυτή την μέθοδο σίτισης (Scott, Binns, Graham, & Oddy, 2006). Η γυναίκα έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσει με επιτυχία όταν ο σύντροφος και οι συγγενείς τους είναι θετικοί στο θηλασμό και διαθέτουν τις δεξιότητες να βοηθήσουν στη διαδικασία (Clifford & McIntyre, 2008). Βασικές παράμετροι για την ενθάρρυνση των μητέρων να θηλάσουν αποτελούν η εκπαίδευση και η προληπτική καθοδήγηση, ξεκινώντας το συντομότερο δυνατόν κατά την διάρκεια την κύησης, ακόμα και πριν την έναρξη της. Κάθε συνάντηση με την μέλλουσα μητέρα είναι μια ευκαιρία εκπαίδευσης, διάλυσης των μύθων, αποσαφήνισης των λανθασμένων πληροφοριών και συζήτησης των προσωπικών ανησυχιών. Η προγεννητική εκπαίδευση και προετοιμασία για τον θηλασμό επηρεάζουν τις αποφάσεις σχετικά με τη σίτιση του νεογνού, την επιτυχή



έκβαση του θηλασμού και την χρονική διάρκεια του (Rosen, Krueger, Carney, & Graham, 2008).

Εικόνα 4.1 Μητρικός Θηλασμός.

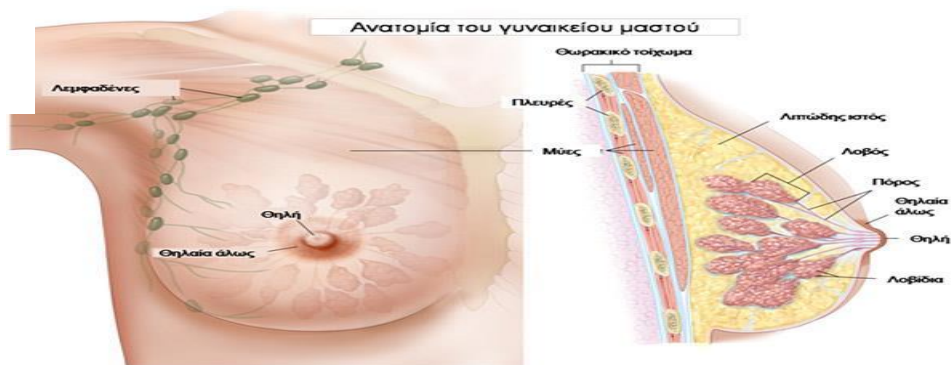
4.2 ANATOMIA ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός αποτελείται από ποικίλες ποσότητες λιπώδους ιστού και αδενικού ιστού με τους συνοδούς πόρους, αιμοφόρα αγγεία, νεύρα, λεμφαγγεία και συνδετικό ιστό (Symonds & Symonds, 2004).

Από μέσα προς τα έξω, ο μαστός «ακουμπά» πάνω στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και εμφανίζει τον μαζικό αδένα, το περιμαστικό λίπος και το δέρμα με τη θηλαία άλω και τη θηλή. Θηλαία άλως είναι η περιοχή γύρω από τη θηλή και περιέχει μικροσκοπικούς αδένες (αδένες Montgomery). Η θηλή καλύπτεται από κερατοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Ο μαζικός αδένας έχει σωληνοκυψελοειδή υφή και διαιρείται σε 15-20 λοβούς που διατάσσονται ακτινοειδώς γύρω από τη θηλή. Κάθε λοβός είναι ένας ξεχωριστός αδένας με δικό του εκφορητικό γαλακτοφόρο πόρο που έχει ανεξάρτητη έξοδο στη θηλή. Οι λοβοί συνδέονται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό και υποδιαιρούνται σε λόβια που φέρουν τις αδενοκυψέλες. Από τις αδενοκυψέλες ξεκινάνε μικροί γαλακτοφόροι πόροι που καταλήγουν σε μεγαλύτερους γαλακτοφόρους πόρους. Οι τελευταίοι περιβάλλονται από μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Οι γαλακτοφόροι πόροι συρρέουν προς τη βάση της θηλής του μαστού. Εκεί αναστομώνονται και σχηματίζουν τον γαλακτοφόρο

κόλπο που έχει την εμφάνιση ατρακτοειδούς ανευρύσματος. Από τη θέση αυτή, οι γαλακτοφόροι πόροι φέρονται στην κορυφή της θηλής, όπου εκβάλλουν. Οι μικροί πόροι, που ξεκινάνε από τις αδενοκυψέλες, καλύπτονται από δίστιβο επιθήλιο ενώ οι μεγαλύτεροι πόροι καλύπτονται από μονότιβο επιθήλιο. Οι γαλακτοφόροι πόροι καθώς πλησιάζουν προς τη θηλή καλύπτονται πάλι από δίστιβο επιθήλιο που μεταπίπτει σε πολύστιβο (πλακώδες) στη θέση εκβολής τους (Iatrakis, 2011).

Η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, το πλακουντιακό γαλακτογόνο, η προλακτίνη, η κορτιζόλη και η ινσουλίνη είναι εκείνες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του συστήματος των αδενοκυψελών και τον πόρων του μαστού στην διάρκεια της κύησης (Iatrakis 2011).



Εικόνα 4.2 Ανατομία Μαστού.

4.3 ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

Ο κάθε μαστός λειτουργεί ανεξάρτητα. Ο καθένας έχει πλούσια αιμάτωση, νεύρωση και λεμφική κυκλοφορία, και αποτελείται από αδενικό ιστό και λίπος. Υποστηρίζεται δε από την παρουσία συνδέσμων. Οι αναλογίες αδενικού προς λιπώδη ιστό ποικίλουν για κάθε γυναίκα. Ο μαζικός αδένας αυξάνεται κατά την διάρκεια της κύησης υπό την επίδραση των ορμονών και κατά την προετοιμασία για γαλουχία. Ο αδενικός ιστός αποτελείται από ένα εκτενές, πολύπλοκο δίκτυο αγωγών, τους γαλακτοφόρους πόρους, και διαχωρίζεται σε λοβούς. Οι λοβοί υποδιαιρούνται σε λόβια, κάθε ένα από τα

οποία περιέχει τις γαλακτοφόρους κυψέλες, οι οποίες παριστούν κοιλότητες επενδυμένες από έναν χιτώνα από βοτρυοειδή κύτταρα που περιστοιχίζονται από μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Κάτω από την επίδραση της προλακτίνης τα βοτρυοειδή κύτταρα παράγουν γάλα. Όταν το βρέφος θηλάζει (κάτω από την επίδραση της οξυτοκίνης) το γάλα προωθείται μέσα στο δίκτυο των αγωγών, διαμέσου της σύσπασης των μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Οι γαλακτοφόροι πόροι συνενώνονται σχηματίζοντας μεγαλύτερους αγωγούς, καταλήγοντας τελικά στην επιφάνεια της θηλής (Geddes, 2009).

4.4 Η ΜΟΝΑΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Το ανθρώπινο γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή για τα νεογνά/βρέφη. Πρόκειται για μια πολυδύναμη ουσία, η σύστασή της οποίας μεταβάλλεται προκειμένου να ανταποκριθεί στις διατροφικές και ανοσολογικές ανάγκες της αύξησης και ανάπτυξης του νεογνού και του βρέφους. Είναι ειδικό για τις ανάγκες κάθε νεογνού.

Έτσι, το γάλα των μητέρων πρόωρων διαφέρει ως προς τη σύσταση από εκείνο των μητέρων που έχουν γεννήσει τελειόμηνα νεογνά. Το ανθρώπινο γάλα περιέχει αντισώματα που περιέχουν κάποια προστασία έναντι ευρέος φάσματος βακτηριδιακών, ιογενών και πρωτοζωικών λοιμώξεων. Η εκκριτική IgA είναι η κύρια ανοσοσφαιρίνη στο μητρικό γάλα, το οποίο περιέχει επίσης IgG, IgM, IgD και IgE. Το ανθρώπινο γάλα περιέχει T και B λεμφοκύτταρα, επιδερμικό αυξητικό παράγοντα, κυτοκίνες, ιντερλευκκίνες, παράγοντα Bifidus, συμπλήρωμα (κλάσματα C3 και C4) και λακτοφερρίνη. Όλα τα ανωτέρω παίζουν συγκεκριμένο ρόλο στην πρόληψη των εντοπισμένων και συστηματικών βακτηριδιακών και ιογενών λοιμώξεων (Lawrence & Lawrence, 2005).

4.5 ΠΥΑΡ Η ΠΡΩΤΟΓΑΛΑ

Το πύαρ είναι το πρώτο γάλα που παίρνει το νεογέννητο. Έχει χρώμα λεμονοκίτρινο, η ποσότητα του είναι μικρή, αλλά η αξία του μοναδική, γιατί είναι πλούσιο σε λευκώματα, άλατα και βιταμίνες. Έχει λίπος που το κάνει ιδιαίτερα εύπεπτο για τις δύο-τρεις πρώτες μέρες της ζωής του μωρού. Το σπουδαιότερο όμως απ' όλα είναι ότι περιέχει πολλά αντισώματα, δηλ. ουσίες που κάνουν τα μωρά ανθεκτικά σε λοιμώξεις. Μερικές γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, βγάζουν κανονικά πύαρ άλλες μόνο λίγες σταγόνες και άλλες καθόλου. Είναι σημαντικό ότι όσο πιο γρήγορα μετά τον τοκετό και όσο πιο συχνά θηλάζει το μωρό, τόσο γρήγορα έρχεται το πύαρ και στη συνέχεια το κανονικό γάλα (Παπακωνσταντίνου, 2017).

4.6 ΩΡΙΜΟ ΓΑΛΑ

Μετά την τρίτη περίπου ημέρα από τον τοκετό, το πύαρ γίνεται μεταβατικό γάλα και μετά την έβδομη με δέκατη μέρα γίνεται ώριμο γάλα. Το χρώμα του είναι προς το άσπρο και στην σύσταση του πιο λεπτόρρευστη από το πύαρ. Αυτό δεν σημαίνει ότι έχει μικρότερη θρεπτική αξία, αλλά ότι αλλάζει σύμφωνα με τις ανάγκες του παιδιού. Περιέχει σε μοναδική αναλογία και ποιότητα λευκώματα, λίπη, υδατάνθρακες, άλατα, βιταμίνες και αντισώματα που δεν έχουν τα ξένα γάλατα και το κάνουν την αναντικατάστατη τροφή του νεογέννητου (Παπακωνσταντίνου, 2017)

4.7 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Πολυάριθμες ερευνητικές μελέτες έχουν αναγνωρίσει τις ενεργητικές επιδράσεις του μητρικού γάλακτος για τα βρέφη, κατά την διάρκεια του πρώτου έτους ζωής. Μακροχρόνιες επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι ευεργετικές αυτές επιδράσεις δεν σταματούν με τον απογαλακτισμό του βρέφους. Αντιθέτως, επεκτείνονται και πέραν της παιδικής ηλικίας. Ο θηλασμός διαθέτει πολλά πλεονεκτήματα για τις μητέρες, τις οικογένειες τους και γενικότερα για την κοινωνία (AAP Section on Breastfeeding, 2004·

Lawrence & Lawrence, 2005· Horta, Bahl, Martines, & Victora, 2007· Ip et al., 2007).

Πλεονεκτήματα για το νεογνό/βρέφος

1. Μείωση της επίπτωσης και της σοβαρότητας των λοιμωδών νοσημάτων: Βακτηριακή μηνιγγίτιδα, βακτηριαιμία, διάρροια, αναπνευστική λοίμωξη, διάμεση ωτίτιδα, λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος, καθυστερημένης έναρξης σήψη σε πρόωρα νεογνά, νεκρωτική εντεροκολίτιδα.
2. Μείωση της βρεφικής θνησιμότητας μετά τη νεογνική περίοδο.
3. Μείωση των ποσοστών SIDS (Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου).
4. Μείωση της επίπτωσης Σ.Δ τύπου 1 και 2.
5. Μείωσης της επίπτωσης λεμφώματος, της λευχαιμίας και της νόσου Hodgkin.
6. Μείωση κινδύνου παχυσαρκίας και υπερχοληστερολαιμίας.
7. Μείωσης της επίπτωσης και της βαρύτητας του άσθματος και άλλων αλλεργιών.
8. Ελαφρά ενίσχυση της ανάπτυξης των γνωσιακών λειτουργιών.
9. Ενίσχυση της ανάπτυξης των γνάθων και περιορισμός των προβλημάτων ατελούς σύγκλισης και κακής διάταξης οδόντων.
10. Αναλγητική δράση στα νεογνά που υποβάλλονται σε επώδυνες διαδικασίες, όπως η φλεβοπαρακέντηση.

Πλεονεκτήματα για την μητέρα

1. Περιορισμός της αιμορραγίας της λοχείας και ταχύτερη παλινδρόμηση της μήτρας.
2. Μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, του ενδομητρίου και των ωοθηκών.
3. Ταχύτερη ανάκτηση του σωματικού βάρους στα επίπεδα πριν την κύηση.
4. Μείωση του κινδύνου εμφάνισης μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης.
5. Μοναδική εμπειρία για την ανάπτυξη δεσμού μητέρας/βρέφους.

6. Συμβολή στην επίτευξη του μητρικού ρόλου.

Πλεονεκτήματα για τις οικογένειες και την κοινωνία

1. Ο θηλασμός είναι βολικός και μπορεί να διενεργηθεί άμεσα.
2. Δεν απαιτείται η αγορά μπουκαλιών ή άλλου απαραίτητου εξοπλισμού.
3. Ο θηλασμός είναι πιο οικονομικός από την σίτιση με τυποποιημένο γάλα.
4. Μείωση των ετήσιων εξόδων για την φροντίδα της υγείας.
5. Μείωση των απουσιών των γονέων από την εργασία λόγω ασθένειας του βρέφους.

Περιορισμός της επιβάρυνσης του περιβάλλοντος, συγκριτικά με την απόρριψη των συσκευασιών τυποποιημένου γάλακτος (Gartner, L., Morton, J., Lawrence, R., Naylor, A., O'Hare, D., Schanler, R., Eidelman, R et al., 2005· Lawrence & Lawrence, 2005· Horta, Bahl, Martines, & Victora, 2007· Breastfeeding: A guide for the medical profession (6th ed). Philadelphia: Mosby SIDS).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1	
ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΩΝ ΙΔΙΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ.	
ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ	ΔΡΑΣΗ
ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ	
<i>B</i> λεμφοκύτταρα	Αυξάνουν αντισώματα που στρέφονται έναντι ειδικών μικροβίων.
<i>Μακροφάγα</i>	Καταστρέφουν πλήρως τα μικρόβια του εντέρου του βρέφους, παράγουν λυσοζύμη και ενεργοποιούν άλλα στοιχεία του ανοσοποιητικού συστήματος.
<i>T</i> λεμφοκύτταρα	Καταστρέφουν τα μολυσμένα

	κύτταρα άμεσα ή διαβιβάζουν χημικά μηνύματα προκειμένου να κινητοποιηθούν άλλοι αμυντικοί μηχανισμοί. Πολλαπλασιάζονται παρουσία οργανισμών που προκαλούν σοβαρές βρεφικές ασθένειες. Συνθέτουν επίσης ουσίες που ενισχύουν την ανοσολογική απάντηση του βρέφους.
ΜΟΡΙΑ	
<i>Αντισώματα εκκριτικής ανοσοφαιρίνης IgA</i>	Συνδέονται με τα μικρόβια στο πεπτικό σύστημα του βρέφους, επιτρέποντας τη διόδο τους στους ιστούς του βρέφους διαμέσου των τοιχωμάτων του εντέρου.
<i>Συνδετική πρωτεΐνη με τη B12</i>	Μειώνει την ποσότητα της βιταμίνης B12 την οποία χρειάζονται τα βακτηρίδια προκειμένου να αναπτυχθούν.
<i>Παράγοντας Bifidus</i>	Προάγει την ανάπτυξη του γαλακτοβάκιλου Bifidus, ενός αβλαβούς βακτηριδίου της εντερικής χλωρίδας του βρέφους. Η ανάπτυξη τέτοιων μη παθογόνων μικροβίων βοηθά να αποκλεισθούν τα επικίνδυνα είδη.
<i>Λιπαρά Οξέα</i>	Διασπών τις μεμβράνες που περιβάλλουν συγκεκριμένους ιούς και

	τους καταστρέφουν.
<i>Ιντερφερόνη-γ</i>	Αυξάνει την αντιμικροβιακή δραστηριότητα των ανοσοκυττάρων.
<i>Ορμόνες και αυξητικοί παράγοντες</i>	Διεγείρουν την ταχεία ωρίμανση του πεπτικού συστήματος. Μόλις ωριμάσουν οι αρχικά «ερρηγμένες» μεμβράνες που επενδύουν το έντερο, τα βρέφη γίνονται λιγότερο ευάλωτα στους μικροοργανισμούς.
<i>Λακτοφερρίνη</i>	Συνδέεται με το σίδηρο, ένα μεταλλικό στοιχείο απαραίτητο για την επιβίωση πολλών βακτηρίων. Μειώνοντας τη διαθέσιμη ποσότητα του σιδήρου, η λακτοφερρίνη αναστέλλει την ανάπτυξη των παθογόνων βακτηρίων.
<i>Λισοζύμη</i>	Ασκεί βακτηριοκτόνο δράση καταστρέφοντας τα κυτταρικά τοιχώματα των βακτηρίων.
<i>Βλεννίνες</i>	Προσκολλώνται σε βακτήρια και ιούς, αποτρέποντας την πρόσδεση τους στις επιφάνειες των βλεννογόνων.
<i>Ολιγοσακχαρίτες</i>	Δεσμεύονται σε μικροοργανισμούς και τους εμποδίζουν να προσκολληθούν στις επιφάνειες των βλεννογόνων.

(Newman, J. 1995).

4.8 ANΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Σε ορισμένες καταστάσεις ο μητρικός θηλασμός αντενδείκνυται. Τα νεογνά που πάσχουν από γαλακτοζαιμία απαγορεύεται να θηλάζουν. Οι γυναίκες με ενεργό φυματίωση ή λοίμωξη από τον ιό ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου, καθώς και όσες φέρουν τον ανθρώπινο T- λεμφοτρόπο ιό τύπου I ή II δεν θα πρέπει να θηλάζουν. Ο θηλασμός αντενδείκνυται όταν οι μητέρες υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ή σε έγχυση ραδιενεργών ισοτόπων (π.χ σε διαγνωστικές διαδικασίες). Η χρήση ναρκωτικών ουσιών από τη μητέρα («street drugs») αποτελεί αντένδειξη για το θηλασμό (AAP Section on Breastfeeding, 2005· Lawrence, 2005).

4.9 ΣΩΣΤΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

(Α) Θηλασμός σε κλασική θέση αγκαλιάς, ή “θέση λίκνου”

Το πιο πιθανόν να υιοθετηθεί αυτή η θέση αυθόρμητα. Επιτρέπει να υπάρχει πιο στενή επαφή με το μωρό και να διορθώνονται τυχόν λάθη του. Η μητέρα κάθεται χαλαρά σε μια πολυθρόνα ή στο κρεβάτι της. Επίσης γίνεται τοποθέτηση μαξιλαριών για να υπάρχει στήριξη στην πλάτη και ένα σκαμνάκι για τα πόδια. Το μωρό είναι ξαπλωμένο στον πήχη του αντίστοιχου χεριού της πλευράς που πρόκειται να θηλάσει. Η κοιλίτσα του πρέπει να είναι σε επαφή με την κοιλιά της μητέρας και το στόμα του στο ύψος της θηλής. Η μητέρα μπορεί να χρησιμοποιήσει και ένα μαξιλάρι πάνω στα πόδια της για να μην χρειάζεται να κρατά όλο το βάρος του μωρού. Το κεφάλι του είναι ξαπλωμένο στην έσω πλευρό του χεριού, στο ύψος του αγκώνα, και κοιτάει προς τη θηλή. Με το άλλο χέρι η μητέρα πιάνει το στήθος, έτσι ώστε ο αντίχειρας να είναι 5εκ. πάνω από τη θηλή και όλα τα υπόλοιπα δάκτυλα 5εκ. κάτω από την θηλή (σχήμα μισοφέγγαρου).

Κατά αυτό τον τρόπο, γίνεται καλύτερη κατεύθυνση του στήθους. Η μητέρα αγγίζει με την θηλή τα χείλη του μωρού και περιμένει να ανοίξει το στόμα του. Τότε το τραβάει γρήγορα κοντά της, ώστε να πιάσει εκτός από τη

θηλή και ένα μεγάλο μέρος της θηλαίας άλω, έτσι ώστε η θηλή να είναι βαθιά στο στόμα του. Επίσης γίνεται έλεγχος για την μύτη και το σαγόνι προκειμένου να βρίσκονται σε επαφή με το στήθος, το κάτω χείλος να είναι γυρισμένο προς τα έξω και ένα μεγάλο μέρος της θηλαίας άλω να βρίσκεται στο στόμα του.



Εικόνα 4.9 (Α) Θηλασμός σε κλασική θέση αγκαλιάς, ή “θέση λίκνου”.

(Β) Θηλασμός σε ξαπλωτή θέση

Αυτή η στάση είναι ιδιαίτερα βολική τη νύχτα. Δεν χρειάζεται να σηκωθεί η μητέρα για να θηλάσει, ενώ στην περίπτωση που το μωρό κοιμάται κοντά, μπορεί επίσης η μητέρα να αποκοιμηθεί αμέσως μετά τον θηλασμό. Επίσης, η κούραση και η ένταση των πρώτων ημερών προκαλούν πόνους στην πλάτη και στον αυχένα. Όταν λοιπόν γίνεται θηλασμός με αυτό τον τρόπο, η μητέρα είναι πιο χαλαρή και πιο ξεκούραστη. Ξαπλώνει αναπαυτικά στην πλευρά που θέλει να θηλάσει και γίνεται τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι της ίδιας. Το μωρό είναι και αυτό ξαπλωμένο στο πλάι, αντικριστά της μητέρας, σε στενή επαφή με το σώμα της. Γίνεται υποστήριξη με το αντίστοιχο χέρι το κεφάλι του και το σώμα του, ενώ με το αντίθετο χέρι η μητέρα κρατάει το στήθος και ερεθίζει απαλά τα χείλη και τα μάγουλα του μωρού. Όταν εκείνο

ανοίξει καλά το στόμα του, σπρώχνει με το χέρι που κρατάει το μωρό, προς το



στήθος της.

Εικόνα 4.9 (B) Θηλασμός σε ξαπλωτή θέση.

(Γ) Θηλασμός σε θέση “ράγκμπι” ή “πλευρική στάση”

Η στάση αυτή συνίσταται σε περιπτώσεις συμφόρησης στήθους ή σε δίδυμα. Χρειάζεται ένα αναπαυτικό κάθισμα και ένα τουλάχιστον μαξιλάρι. Κάτω από το χέρι στην πλευρά που επρόκειτο να γίνει ο θηλασμός γίνεται τοποθέτηση μαξιλαριού, ώστε να μην χρειάζεται να σηκώνεται το σώμα του μωρού. Γίνεται τοποθέτηση του μωρού κάτω από την μασχάλη και το σώμα του μωρού να στηρίζεται στον πήχη της μητέρας, τα πόδια του να δείχνουν προς τα πίσω και η κοιλίτσα του να ακουμπάει τις πλευρές της μητέρας. Με το ίδιο χέρι η μητέρα πιάνει το κεφάλι του μωρού, ανάμεσα στο δείκτη και στον αντίχειρα, χωρίς να το κρατάει πολύ σφικτά και χωρίς να του πιέζει τα μάγουλα και το λαιμό του. Με το άλλο χέρι πιάνει το στήθος σαν μισοφέγγαρο. Πάλι με τον ίδιο τρόπο ακουμπάει τη θηλή της στο στόμα ή τα μάγουλα του, περιμένοντα να ανοίξει το στόμα του και σπρώχνει απαλά το μωρό προς στο στήθος της ώστε να πάρει το μεγαλύτερο μέρος της θηλαίας άλω και η θηλή να είναι βαθιά στο στόμα του (Μουζαλάς, 2014).



Εικόνα 4.9 (Γ) Θηλασμός σε θέση “ράγκμπι” ή “πλευρική στάση”.

4.10 ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Ο θηλασμός μπορεί να ξεκινήσει αμέσως μετά τη γέννηση, τοποθετώντας το νεογνό δέρμα με δέρμα στο θώρακα της μητέρας, εφόσον βέβαια το επιτρέπει η γενική κατάσταση και των δύο. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να έχει δηλωθεί η πρόθεση για θηλασμό στον γιατρό, τη μαία και το αρμόδιο προσωπικό του μαιευτηρίου. Η θέση βέβαια, στην οποία βρίσκεται η μητέρα, δεν της παρέχει μεγάλη άνεση και ευχέρεια κινήσεων, αυτό όμως δεν αποτελεί, σε καμία περίπτωση, εμπόδιο για να θηλάσει με την καθοδήγηση των μαιών. Αντίθετα, στις περιπτώσεις όπου ο θηλασμός πρέπει να περιμένει (γενική αναισθησία ή όταν το νεογνό χρειάζεται σταθεροποίηση ή και εντατική παρακολούθηση), ενθαρρύνεται η άμεση έναρξη της γαλουχίας με χρήση θηλασμού. Το σήμα για την έναρξη παραγωγής γάλακτος δίνεται με την έξοδο του πλακούντα από τη μήτρα. Ανεξάρτητα λοιπόν από τη μέθοδο τοκετού, ο οργανισμός λαμβάνει την ίδια εντολή, με τη μόνη διαφορά ότι το γάλα «κατεβαίνει» λίγο αργότερα σε περίπτωση καισαρικής (Λουκά, 2011).

4.11 ΕΠΩΔΥΝΕΣ ΘΗΛΕΣ

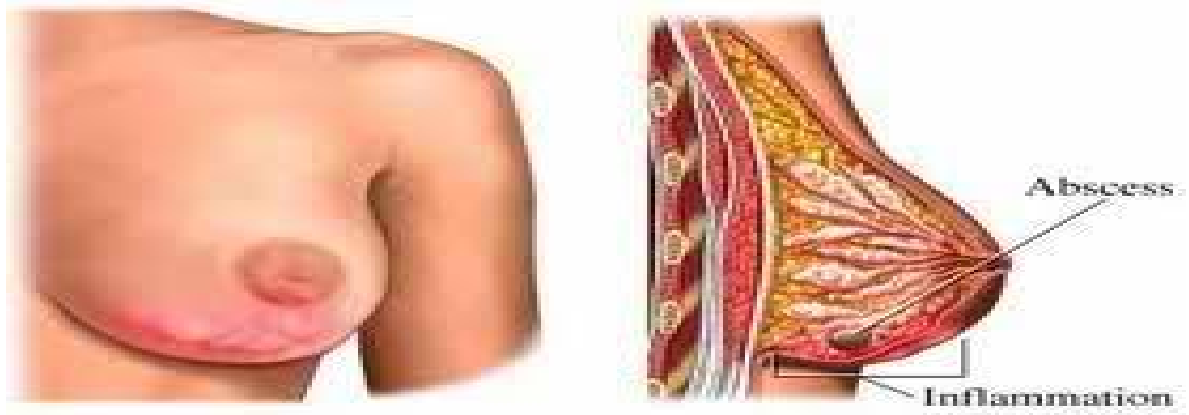
Η ελαφρά ευαισθησία των θηλών κατά την διάρκεια των πρώτων ημερών του θηλασμού αποτελεί σύνηθες φαινόμενο. Θηλές με σοβαρή ευαισθησία, εκδορές, ραγάδες ή αιμορραγία δεν είναι φυσιολογικές και συχνά είναι αποτέλεσμα ακατάλληλης θέσης, μη σωστής σύλληψης της θηλής, ακατάλληλων θηλαστικών κινήσεων ή μυκητιασικής λοίμωξης. Το έντονο άλγος των θηλών μπορεί να οφείλεται σε αγγειοσπασμό ή στο φαινόμενο Raynaud (Walker, 2008b). Βασική παράμετρος για την πρόληψη επώδυνων θηλών είναι η σωστή τεχνική του θηλασμού. Ο περιορισμός της παραμονής του βρέφους στο μαστό δεν θα αποτρέψει την εμφάνιση επώδυνων θηλών. Τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, η μητέρα πιθανόν να παρουσιάσει κάποια ευαισθησία με τις πρώτες θηλαστικές κινήσεις του νεογνού. Αυτή η ευαισθησία θα επεκταθεί γρήγορα καθώς ξεκινά η ροή του γάλακτος και λειτουργεί ως λιπαντικό.

Για να γίνουν οι πρώτες θηλαστικές κινήσεις λιγότερο επώδυνες, η μητέρα μπορεί να εκθλίψει μερικές σταγόνες γάλακτος για εφύγρανση της θηλής και της θηλαίας άλω πριν τη σύλληψη της θηλής από το νεογνό. Εάν η μητέρα εξακολουθεί να αισθάνεται πόνο ή ενόχληση στις θηλές μετά από ορισμένους θηλασμούς, θα πρέπει να αξιολογήσει τον τρόπο σύλληψης της θηλής καθώς και την θέση του νεογνού. Εάν ο πόνος ή η ενόχληση δεν σταματήσουν, η μητέρα θα πρέπει να απομακρύνει το νεογνό από το στήθος και να διακόψει το θηλασμό τοποθετώντας το δάκτυλό της στο στόμα του. Στην συνέχεια η μητέρα επιχειρεί εκ νέου τη σύλληψη της θηλής, διασφαλίζοντας ότι το στόμα του νεογνού είναι εντελώς ανοικτό, ώστε να συλλάβει σωστά την θηλή. Οι επώδυνες θηλές αποτελούν συχνά τη συνέπεια της τοποθέτησης του νεογνού στο μαστό της μητέρας ενώ αυτό δεν έχει ακόμη ανοίξει το στόμα του εντελώς (Dolberg, Botzer, Grunis, & Mimouni, 2006).

4.12 ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ

Παρά το γεγονός ότι ο όρος μαστίτιδα αναφέρεται στη φλεγμονή του μαστικού αδένου χρησιμοποιείται συχνότερα για τη λοίμωξη του μαστικού αδένου. Η φλεγμονή των μαστών ή μαστίτιδα χαρακτηρίζεται από αιφνίδια έναρξη συμπτωμάτων παρόμοια με αυτά της γρίπης, όπως πυρετός, ρίγος, πόνος στο σώμα και κεφαλαλγία. Παρατηρείται εντοπισμένη μασταλγία, ευαισθησία και μια θερμή, εξερυθρή περιοχή σφηνοειδούς σχήματος στους μαστούς. Η μαστίτιδα εμφανίζεται συχνότερα στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού. Μπορεί να προσβάλει τον ένα ή και τους δύο μαστούς. Στην πλειοψηφία των γυναικών εκδηλώνεται κατά την διάρκεια των πρώτων έξι εβδομάδων του θηλασμού. Ωστόσο, μπορεί να εμφανιστεί και σε οποιαδήποτε άλλη χρονική στιγμή.

Συγκεκριμένοι παράγοντες που μπορεί να προδιαθέσουν την γυναίκα στην ανάπτυξη της μαστίτιδας είναι: η ανεπαρκής κένωση των μαστών είναι συνήθης και σχετίζεται με συμφορητική διόγκωση των μαστών, απόφραξη των γαλακτοφόρων πόρων, διόγκωση των μαστών, απόφραξη των γαλακτοφόρων πόρων, αιφνίδια μείωση του αριθμού των σιτίσεων, απότομο απογαλακτισμό ή στηθόδεσμο με ενίσχυση. Οι επώδυνες θηλές με ραγάδες μπορεί να οδηγήσουν σε μαστίτιδα, συνιστώντας πύλη εισόδου για τους αιτιολογικούς παθογόνους μικροοργανισμούς (ο σταφυλόκοκκος, ο στρεπτόκοκκος και το *Escherichia coli* είναι οι συχνότεροι). Το στρες, η κόπωση της μητέρας, τα νοσούντα μέλη της οικογένειας, ο τραυματισμός των μαστών και η κακή διατροφή αποτελούν επίσης προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της μαστίτιδας. Γυναίκες με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μαστίτιδας (ABM Protocol Committee, 2008).



Εικόνα 4.12 Μαστίτιδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

5.1 ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί μία αρκετά συχνή συναισθηματική διαταραχή των γυναικών, η οποία σχετίζεται παθοφυσιολογικά με τις ορμονολογικές αλλαγές που υφίσταται η γυναικεία βιολογία αμέσως μετά τον τοκετό. Είναι, μάλιστα, χαρακτηριστικό το γεγονός πως η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών αυξάνει κατά πολύ στην περίοδο της λοχείας, η οποία περιλαμβάνει το πρώτο έτος μετά τον τοκετό (Λιάπης, 2015).

5.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι συναισθηματικές διαταραχές αποτελούν την κύρια διαταραχή της ψυχικής υγείας της γυναίκας στην περίοδο της λοχείας και τυπικά εμφανίζονται τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό. Πολλές γυναίκες βιώνουν ήπια κατάθλιψη ή μελαγχολία της λοχείας μετά την γέννηση του παιδιού. Άλλες γυναίκες παρουσιάζουν σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης, σε σημείο που μπορεί τελικά να περιορίζεται η ικανότητα τους να φροντίζουν τον εαυτό τους και το παιδί τους. Η εμφάνιση μιας διαταραχής της συναισθηματικής διάθεσης κατά τη διάρκεια των πρώτων τεσσάρων εβδομάδων της λοχείας μπορεί να συμβεί είτε χωρίς ψυχοσωματικά ευρήματα (π.χ. κατάθλιψη της λοχείας) είτε με ψυχοσωματικά συμπτώματα (π.χ. ψύχωση της λοχείας) [American Psychiatric Association-APA, 2000].

5.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η αιτιολογία της κατάθλιψης της λοχείας μπορεί να είναι βιολογική, ψυχολογική, περιστασιακή ή πολυπαραγοντική. Εμφανίζεται στο 13% των γυναικών παγκοσμίως. Το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής, η μελαγχολία και το άγχος κατά την διάρκεια της κύησης και η

μελαγχολία της λοχείας αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο της κατάθλιψης της λοχείας (APA, 2000· Milgrometal., 2008).

5.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΨΥΧΩΣΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη της λοχείας είναι μια σοβαρή διάχυτη λύπη με αστάθεια της συναισθηματικής διάθεσης και είναι πιο σοβαρή και επίμονη από την μελαγχολία της λοχείας. Τα αισθήματα έντονου φόβου, θυμού, άγχους και αποθάρρυνσης του παιδιού δεν αποτελούν φυσιολογικά στοιχεία της μελαγχολίας της λοχείας. Τα συμπτώματα αυτά που εμφανίζονται στο 10 έως το 15% περίπου των νέων μητέρων σπάνια αποδράμουν χωρίς εξωτερική βοήθεια. Το 50% των γυναικών αυτών δεν αναζητούν βοήθεια (Dennis&Chung-Lee, 2006).

Η επίπτωση της κατάθλιψης της λοχείας στις έφηβες μητέρες είναι κατά 50% περίπου υψηλότερη συγκριτικά με τις ενήλικες (Driscoll, 2006). Οι νέες ενήλικες μητέρες (νεότερες των 20 ετών) και οι έφηβες αναζητούν σπανιότερα βοήθεια και εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης συγκριτικά με τις μεγαλύτερες ηλικιακά μητέρες (Meyberry, Horowitz, &Decler, 2007).

Στην κατάθλιψη της λοχείας χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα μπορεί να συνοπάρει:

- Έντονη επιθυμία για ασυνήθιστες τροφές (κυρίως γλυκά επιδόρπια) και ποτά, με συνέπεια παθολογική όρεξη και αύξηση βάρους.
- Υπάρχει έντονη επιθυμία ύπνου, κοιμούνται βαριά αλλά αφυπνίζονται στιγμιαία με κάθε θόρυβο που προκαλεί το νεογνό και δεν μπορούν να κοιμηθούν μετά τις σιτίσεις του.
- Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης της λοχείας είναι η ευερεθιστικότητα.

- Οι γυναίκες με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια της λοχείας συνήθως εκδηλώνουν σοβαρό άγχος, προσβολές πανικού και αυθόρμητο κλάμα αρκετά μετά τη συνήθη διάρκεια της μελαγχολίας της λοχείας.
- Αισθάνονται ιδιαίτερα ένοχες για τα καταθλιπτικά τους αισθήματα σε μια περίοδο που θα έπρεπε να είναι ευτυχισμένες.
- Πιθανόν να είναι απρόθυμες να συζητήσουν σχετικά με τα συμπτώματα τους ή τα αρνητικά τους αισθήματα προς το παιδί.
- Κυρίαρχο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης της λοχείας είναι η απόρριψη του παιδιού, γεγονός που συνήθως, οφείλεται σε παθολογική ζήλια (American Psychiatric Association-APA, 2000).

5.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΨΥΧΩΣΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η φυσιολογική πορεία έγκειται στη βαθμιαία βελτίωση μετά τους έξι μήνες από τον τοκετό. Η υποστηρικτική φροντίδα από μόνη της δεν είναι αποτελεσματική για την μείζονα κατάθλιψη της λοχείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτείται φαρμακευτική παρέμβαση. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν την χορήγηση αντικαταθλιπτικών, αγχολυτικών παραγόντων και ηλεκτροσόκ. Οι εναλλακτικές θεραπείες με βότανα, συμπληρώματα διατροφής, μασάζ, αρωματοθεραπεία και βελονισμό ενδέχεται να ωφελήσουν την γυναίκα. Η ψυχοθεραπεία εστιάζεται στους φόβους και τις ανησυχίες της μητέρας αναφορικά με τις νέες ευθύνες και τους ρόλους της, καθώς και στην παρακολούθηση για τις σκέψεις ανθρωποκτονίας. Για ορισμένες γυναίκες είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο (Weier&Beal, 2004).

5.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ΜΕ ΨΥΧΩΣΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η ψύχωση της λοχείας είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται συχνά από κατάθλιψη, παραλυτικές ιδέες και σκέψεις της μητέρας σχετικές με πρόκληση βλάβης στο παιδί ή στον εαυτό της. Οι συναισθηματικές διαταραχές

στην περίοδο της λοχείας με ψυχωσικά χαρακτηριστικά παρατηρούνται σε 1 ή 2 περιπτώσεις ανά 1.000 γεννήσεις και είναι συχνότερες στις πρωτότοκες. Μόλις η γυναίκα εμφανίσει ένα επεισόδιο με ψυχωσικά συμπτώματα, υπάρχει 30% έως 50% πιθανότητα υποτροπής σε κάθε επόμενη γέννηση (American Psychiatric Association-APA, 2000). Τα συμπτώματα αρχίζουν συνήθως κάποιες ημέρες μετά τον τοκετό, αν και ο μέσος χρόνος έναρξης είναι 2 ή 3 εβδομάδες και σχεδόν πάντοτε μέσα σε 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό (Kaplan&Sadock, 2005).

Χαρακτηριστικά κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα:

- Αίσθημα κόπωσης.
- Αϋπνία και ανησυχία.
- Επεισόδια αυθόρμητου κλάματος και συναισθηματικής αστάθειας.
- Παραπονιέται ότι δεν μπορεί να κινηθεί, να σταθεί όρθια ή να εργαστεί.
- Αργότερα μπορεί να παρατηρηθούν καχυποψία, σύγχυση, ασάφεια λόγου.
- Παράλογοι ισχυρισμοί και έμμονες ιδέες σχετικά με την υγεία και την καλή κατάσταση του παιδιού.
- Παραισθήσεις μπορεί να εμφανιστούν στο 50% των γυναικών.
- Ψευδαισθήσεις στο 25% των γυναικών.
- Επίσης μπορεί να παρουσιαστούν σε σοβαρές περιπτώσεις ακουστικές ψευδαισθήσεις που επιβάλλει στην μητέρα να σκοτώσει το παιδί της (American Psychiatric Association-APA, 2000· Kaplan&Sadock, 2005).

5.7 ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ΜΕ ΨΥΧΩΣΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η επίτευξη της αίσια έκβασης σχετίζεται με καλή προσαρμογή(πριν από την έναρξη της νόσου) και καλό οικογενειακό υποστηρικτικό δίκτυο (Kaplan&Sadock, 2005). Επειδή οι συναισθηματικές διαταραχές είναι συνήθως επεισοδιακές, οι γυναίκες πιθανόν να παρουσιάσουν και άλλο επεισόδιο συμπτωμάτων 1 ή 2 έτη μετά τον τοκετό. Η ψύχωση της λοχείας συνιστά

επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση και η μητέρα ενδέχεται να χρειαστεί νοσηλεία. Η θεραπεία εκλογής είναι τα αντιψυχωσικά φάρμακα και οι σταθεροποιητές της συναισθηματικής διάθεσης. Εάν η μητέρα θηλάζει ορισμένοι ειδικοί συνιστούν προσοχή στην χορήγηση φαρμάκων.

Η χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων και λιθίου πρέπει να αποφεύγεται στις μητέρες που θηλάζουν. Ωστόσο, άλλοι σταθεροποιητές της συναισθηματικής διάθεσης μπορεί να είναι συμβατοί με το θηλασμό. Συνήθως είναι ωφέλιμο για τη μητέρα να έρχεται σε επαφή με το παιδί της, εάν το επιθυμεί, αλλά οι επισκέψεις πρέπει να επιτηρούνται στενά. Μετά την αποδρομή της οξείας ψύχωσης συνίσταται ψυχοθεραπεία (ACOG, 2008· Newport&Stowe, 2006).

5.8 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΑΝΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Το 3% έως το 5% περίπου των γυναικών εκδηλώνει διαταραχές πανικού ή ιδεοληπτικές διαταραχές κατά την περίοδο της λοχείας. Οι κρίσεις πανικού είναι συγκεκριμένες περιόδους κατά τις οποίες παρατηρείται αιφνίδια έναρξη αισθημάτων έντονου φόβου ή τρόμου (APA, 2000).

Κατά την διάρκεια των κρίσεων επικρατούν συμπτώματα όπως:

- Δύσπνοια
- Αίσθημα παλμών
- Πόνος στο στήθος
- Αίσθημα πνιγμονής και ασφυξίας
- Φόβος απώλειας ελέγχου
- Η γυναίκα διακατέχεται από ενοχλητικές σκέψεις σχετικές με πρόκληση φοβερών τραυματισμού στο παιδί, όπως μαχαίρωμα ή έγκλημα, μερικές φορές από την ίδια. Σπάνια προκαλεί κακό η ίδια στο βρέφος (APA, 2000).

5.9 ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΑΝΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η θεραπεία συνήθως συνίσταται σε συνδυασμό φαρμάκων, εκπαίδευσης, ψυχοθεραπείας και γνωσιακών/συμπεριφορικών παρεμβάσεων, σε συνδυασμό με την προσπάθεια ανίχνευσης οποιωνδήποτε ιατρικών ή φυσιολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση της διαταραχής. Τα αντικαταθλιπτικά όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) αποτελούν την θεραπεία εκλογής. Οι περισσότεροι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης έχουν εγκριθεί στις ΗΠΑ για την αντιμετώπιση των διαταραχών πανικού και των ιδεοληπτικών διαταραχών (Kirkwood&Melton, 2005).

5.10 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Στρες από τη φροντίδα του νεογνού
- Προγεννητικό άγχος
- Στρες καθημερινότητας
- Έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον
- Συζυγικά προβλήματα
- Ιστορικό κατάθλιψης
- Απαιτητικό χαρακτήρας νεογνού
- Μελαγχολία της λοχείας
- Άγαμη μητέρα
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- Μη προγραμματισμένη ή ανεπιθύμητη κύηση, Beck, C. (2001), Beck,C. (2002).

5.11 ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Στις θεραπείες της κατάθλιψης της λοχείας περιλαμβάνονται και οι συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες (π.χ., γιόγκα, μασάζ, τεχνικές χαλάρωσης), η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία. Οι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνες τους ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών αυτών θεραπειών για την επιβεβαίωση ότι η παρεχόμενη φροντίδα και συμβουλευτική καθοδήγηση βασίζονται σε στοιχεία (Lintner&Gray, 2006· Weier&Beal, 2004).



Εικόνα 5.1 Επιλόχειος κατάθλιψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ – ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Γυναίκα ασθενής Π. Μ, άγαμη, εργαζόμενη, ηλικίας 28 ετών, εισήχθη στην Γυναικολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου, ύστερα από εκδήλωση μαστίτιδας στον δεξί μαστό.

Συγκεκριμένα η ασθενής παρουσιάζει άλγος και διόγκωση του μαστού, ερυθρότητα, σκληρότητα στην θηλή, αίσθημα θερμότητας, έκκριση υγρού και αίσθημα κόπωσης.

Μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο ιδιωτικά, από τον σύζυγό της στις 14/09/2018 και ώρα 10 π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Π.Μ

Φύλλο: Θήλυ

Ημ. Γέννησης.: 20/01/1990

Ηλικία: 28 ετών

Διάγνωση: ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ

Οικ. Κατάσταση: Έγγαμη.

Τόκος: 1^{ος}

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η ασθενής κατά την λήψη του ατομικού ιστορικού ανέφερε ότι στο παρελθόν και συγκεκριμένα πριν από τρία χρόνια είχε παρακολουθήσει συνεδρίες ψυχοθεραπείας, καθώς είχε πρόβλημα διαχείρισης γενικευμένου άγχους. Επίσης στο παρελθόν, προ τετραετίας είχε ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή με την χορήγηση αντισυλληπτικών χαπιών λόγω διαταραχής της έμμηνου ρύσης, καθώς υπήρχε πρόβλημα δυσλειτουργίας ορμονικής φύσεως.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ:

Η ασθενής διανύει την τον 4^ο μήνα λοχείας της και το γάλα που παράγει από τους μαστούς είναι αρκετά ικανοποιητικό για την θρέψη του νεογνού. Επίσης παραπονιέται για δύσκολη καθημερινότητα εξαιτίας του έντονου φόρτου εργασίας που έχει, καθώς δεν της επιτρέπει να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της ως μητέρα αλλά και ως εργαζόμενη γυναίκα και αυτό της προκαλεί έντονο άγχος. Οι πολλές υποχρεώσεις και το πολύπλοκο ωράριο εργασίας της, την ανάγκασε να θηλάζει το νεογνό σε μακρά χρονικά διαστήματα και πολλές φορές βιαστικά.

Ο λανθασμένος τρόπος θηλασμού, η μερική κατάργηση του θηλασμού σε περιόδους που το μητρικό γάλα παραγόταν σε αυξημένη ποσότητα και η αγχώδης συμπεριφορά της θηλάζουσας προκάλεσε συμφόρηση και ερεθισμό του δεξιού μαστού με αποτέλεσμα την απόφραξη του γαλακτοφόρου πόρου και προκάλεσε την μαστίτιδα.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η ασθενής κατά την εισαγωγή της στην γυναικολογική κλινική παρουσίαζε την εξής συμπτωματολογία: άλγος μαστού, διόγκωση μαστού, ερυθρότητα, σκληρότητα στην θηλή, αίσθημα θερμότητας, έκκριση υγρού και αίσθημα κόπωσης. Η κλινική εικόνα είναι επαρκής για την διάγνωση μαστίτιδας. Ο γυναικολόγος σε συνεργασία με ειδικό μαστολόγο την παρότρυναν να πραγματοποιήσει κάποιες ειδικές εξετάσεις, όπως: καλλιέργεια μητρικού γάλακτος, αιματολογική ανάλυση και υπερηχογράφημα, με σκοπό να γίνει αποφυγή εκδήλωσης αποστήματος ως επιπλοκή της υπάρχουσας πάθησης και απόρριψής τυχόν μικροβιακών παραγόντων.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:

Μετά την πραγματοποίηση των εξετάσεων και αφού τα αποτελέσματα ήταν θετικά, ο γυναικολόγος καθησύχασε την θηλάζουσα μητέρα ότι τα

αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, καθώς η βλάβη είναι εύκολα αντιμετωπίσιμη και δεν αντενδείκνυται στον μητρικό θηλασμό. Η θεραπευτική αγωγή συμπεριλαμβάνει τις παρακάτω ιατρικές οδηγίες:

- Ξεκούραση θηλάζουσας
- Αποτροπή δίαιτας, υγιεινή διατροφή
- Τοπικές κυκλικές μαλάξεις μαστού
- Εφαρμογή κρύων κομπρέσων για ανακούφιση από το αίσθημα θερμότητας
- Πραγματοποιήθηκε ψυχολογική στήριξη, εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος
- Απαγόρευση επισκεπτηρίου
- Λήψη Ζ.Σ, σφίξεις και θερμοκρασίας ανά 2ωρο
- Αύξηση τεχνικής θηλασμού κάθε δύο ώρες για αποτελεσματική αφαίρεση του μαστού από το γάλα
- Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από έντονο πόνο (λήψη ακεταμινοφαίρης)
- Χορήγηση αντιφλεγμονωδών (ιβουπροφαίνη 1,6g.r/ ημερησίως)
- Εάν δεν υποχωρήσουν τα συμπτώματα και επιδεινωθούν και η ασθενής παρουσιάσει: άλγος αρθρώσεων-μυών, ρίγος, πυρετός>38,5 θα γίνει χορήγησή αντιβίωσης που θα είναι συμβατή με τον θηλασμό για να γίνει αποφυγή ανάπτυξης αποστήματος ή πρόωρου απογαλακτισμού.

Αξιολόγηση ασθενούς.	Αντικειμενικός σκοπός.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας.	Εκτίμηση-Αποτελέσματα.
Άλγος μαστού.	Αντιμετώπιση άλγους.	Ανακούφιση άλγους -με κρύα επιθέματα, μασάζ, ψυχολογική στήριξη, ήρεμο περιβάλλον. -Χορήγηση αναλγητικών (ακεταμινοφαίνης) , σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Τοποθετήθηκαν -κρύα επιθέματα, έγινε μασάζ, πραγματοποιήθηκε ψυχολογική στήριξη και εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος. -Χορήγηση αναλγητικών (ακεταμινοφαίνης) σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Το άλγος σταδιακά υποχώρησε
Διόγκωση μαστού.	Πρόληψη μικροβιακής μαστίτιδας.	Παρακολούθηση μαστού (εξάλειψη διόγκωσης) -Θηλασμός ανά 2 ώρες για αποτελεσματική αφαίρεση του μαστού από το γάλα	Πραγματοποιήθηκαν τοπικές κυκλικές μαλάξεις μαστού. -Έγινε θηλασμός ανά 2 ώρες για	Η διόγκωση του μαστού υποχώρησε -Συνέχιση γαλουχίας νεογνού.

<p>Ερυθρότητα α.</p>	<p>Αποτροπή επιπλοκών (πρόωρος απογαλακτισμός, απόστημα).</p>	<p>Παρακολούθηση μαστού (εξάλειψη ερυθρότητας).</p>	<p>αποτελεσματική αφαίρεση του μαστού από το γάλα. Πραγματοποιήθηκε η εφαρμογή κρύων κομπρεσών.</p>	<p>Η ερυθρότητα του μαστού υποχώρησε.</p>
<p>Αίσθημα θερμότητας (38°C).</p>	<p>Ανακούφιση θερμότητας.</p>	<p>Τακτική Λήψη ανά δίωρο: Ζ.Σ, σφίξεις, θερμοκρασίας. -Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων, κατάλληλο περιβάλλον (δροσερό), ελαφρύ διαιτολογιο, -Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων (ρίγος, άλγος μυών-αρθρώσεων, πυρετός >38,5°C), σε αυτή την περίπτωση θα</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε λήψη Ζ.Σ, σφίξεις και θερμοκρασίας ανά 2ωρο. -Τοποθετήθηκαν κρύες κομπρέσες, εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον και έγινε σωστή διατροφή με ελαφριά τροφή.</p>	<p>-Δεν υπάρχει αίσθημα θερμότητας. -Αποφυγή αντιβιοτικής αγωγής.</p>

		γίνει χορήγηση αντιβίωσης, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.		
Σκληρότητα θηλής.	Ανακούφιση θηλής.	Ανάπαυση και ξεκούραση θηλής και θηλάζουσας Ενημέρωση τήρησης υγιεινής μαστών.	-Έγινε ενημέρωση τήρησης υγιεινής μαστών. -Λήψη αντιφλεγμονώδων (ιβουπροφαίνη 1,6g.r/ ημερησίως) σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Η θηλή επανήλθε φυσιολογικά
Έκκριση υγρού.	Αποφυγή έκκρισης υγρού.	-Πρόληψη τραυματισμού θηλής (μόλυνση). -Διαδικασία ορθής τεχνικής θηλασμού. -Σωστή διατροφή (πλούσια σε βιταμίνες και	-Ανάπαυση και ξεκούραση θηλής και θηλάζουσας. -Έγινε ενημέρωση ορθής τεχνικής θηλασμού.(Απο	Η έκκριση υγρού υποχώρησε.

<p>Αίσθημα κόπωσης.</p>	<p>Αποφυγή εγκατάστασης αγχώδους συμπεριφοράς της μητέρας</p>	<p>σίδηρο). -Απαγόρευση επισκεπτηρίου. -Ήρεμο περιβάλλον. -Ψυχολογική στήριξη.</p> <p>Καθησυχασμός θηλάζουσας</p>	<p>φυγή μεγάλων μεσοδιαστημάτ ων θηλασμού). - Έγινε ενημέρωση σχετικά με τη σωστή διατροφή. - Απαγόρευση επισκεπτηρίου -Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος. -Ψυχολογική στήριξη.</p> <p>Εξασφάλιση ηρεμίας</p>	<p>Η γυναίκα είναι ήρεμη</p>
------------------------------------	---	---	---	----------------------------------

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Γυναίκα ασθενής Γ.Ε έγγαμη, εργαζόμενη, ηλικίας 38 ετών προσήλθε με ασθενοφόρο στις 10/6/18 στην Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου με πιθανή ημερομηνία τοκετού 30/6/18. Η γυναίκα προσήλθε με σημάδι και ρήξη αμνιακού υγρού, με διαστολή πέντε εκατοστά. Κατόπιν, εξέτασης από τον γυναικολόγο κρίθηκε απαραίτητο να πραγματοποιηθεί καισαρική τομή εξαιτίας της εγκάρσιας προβολής του εμβρύου.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Γ.Ε

Φύλλο: Θήλυ

Ημ. Γέννησης.: 15/03/1980

Ηλικία: 38 ετών

Διάγνωση: Εγκάρσια προβολή εμβρύου- Καισαρική Τομή

Οικ. Κατάσταση: Έγγαμη

Τόκος: 4^{ος}

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η γυναίκα κατά την λήψη του ατομικού ιστορικού ανέφερε ότι είναι ο 4^{ος} της τόκος και ότι οι προηγούμενοι τοκετοί είχαν πραγματοποιηθεί με φυσιολογικό τοκετό. Δεν ανέφερε προβλήματα υγείας, και δεν έχει κάνει καμία αποβολή και καμία έκτρωση.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ:

Η ασθενής βρίσκεται σε τελειόμηνη κύηση και το βρέφος βρίσκεται σε εγκάρσια προβολή και αυτό συμβαίνει, όταν το βρέφος είναι τοποθετημένο εγκάρσια στη μήτρα, συνήθως με τον ώμο πάνω από το γεννητικό σωλήνα. Η

προβολή αυτή είναι συνηθέστερη σε γυναίκες που έχουν κάνει τέσσερα ή περισσότερα παιδιά.

Ο κοιλικός τοκετός είναι αδύνατος, όταν ένα ζωντανό βρέφος βρίσκεται σε εγκάρσια θέση. Υπάρχει πραγματικός κίνδυνος περίσφιξης του ομφάλιου λώρου με αποτέλεσμα τη διακοπή της παροχής οξυγόνου στο μωρό. Επιπλέον, ένα βρέφος σε αυτή τη θέση δεν μπορεί να προωθηθεί δια μέσου του γεννητικού σωλήνα.

Η καισαρική τομή κρίνεται απαραίτητη είτε πριν αρχίσει ο ενεργός τοκετός είτε αμέσως μετά. Αν γίνει αργότερα, τόσο η μητέρα όσο και το μωρό της βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο λόγω ρήξεως της μήτρας και της πιθανότητας περίσφιξης του ομφάλιου λώρου.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η ασθενής κατά την εισαγωγή της στην γυναικολογική κλινική παρουσίαζε σημάδι και ρήξη αμνιακού υγρού, με διαστολή πέντε εκατοστά. Ο γυναικολόγος σε συνεργασία με το νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό πραγματοποίησε κοιλική εξέταση για να γίνει έλεγχος της διαστολής και της θέσης του εμβρύου. Επίσης υπερηχογράφημα και καλλιέργεια αίματος για να γίνει έλεγχος της ομάδας αίματος της γυναίκας σε τυχόν επιπλοκή.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:

Ο γυναικολόγος μετά την κοιλική εξέταση και το υπερηχογράφημα ενημέρωσε την γυναίκα ότι πρέπει να πραγματοποιηθεί καισαρική τομή εξαιτίας της εγκάρσιας προβολής του εμβρύου. Αφού πραγματοποιήθηκε η καισαρική τομή με επιτυχία και γεννήθηκε ένα υγιέστατο αγοράκι βάρους 3,500 kgr η λεχωίδα κατά το πρώτο 24ωρο παρουσίασε μετεγχειρητικά προβλήματα: Πόνο του εγχειρητικού τραύματος, πυρετός 38°C, ατονία εντέρου(τυμπανισμός), πονοκέφαλο, άγχος.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση συμπεριλαμβάνει τις παρακάτω ιατρικές οδηγίες:

- Û Χορήγηση παυσίπονου ύστερα από ιατρική οδηγία για ανακούφιση του πόνου (Depon 1x3).
- Û Πραγματοποίηση διαγράμματος για λήψη θερμοκρασίας ανά 2ωρο.
- Û Λήψη αίματος για αιμοκαλλιέργεια.
- Û Τοποθετήθηκαν κρύες κομπρέσες και έγινε εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος (δροσερό).
- Û Χορηγήθηκαν αναλγητικά και αντιπυρετικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Û Λήψη υγρών (τσάι, σούπα).
- Û Έγινε διδασκαλία σωστής διατροφής.
- Û Τοποθέτηση σωλήνα αερίων στο απευθυσμένο για την αποβολή αερίων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Û Πραγματοποιήθηκε καθαρισμός του τραύματος και απολύμανση και αντισηψία γύρω από το τραύμα για πρόληψη λοιμώξεων.
- Û Χορηγήθηκε παυσίπονο για τον πονοκέφαλο.
- Û Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος.

Αξιολόγηση ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση-Αποτελέσματα
Πόνος του εγχειρητικού ύ τραύματος.	Να μειωθεί ο πόνος και να ηρεμήσει η λεχωίδα.	-Να εξασφαλιστεί η κατάλληλη θέση σώματος. -Να κρατάει το τραύμα όταν	-Εξασφάλιση κατάλληλης θέσης σώματος. - Διδασκαλία να κρατάει το τραύμα όταν	Ο πόνος σταδιακά μειώθηκε και η λεχωίδα είναι

		βήχει. -Να δοθεί φαρμακευτική αγωγή ύστερα από ιατρική εντολή.	βήχει. -Χορήγηση παυσίπονου ύστερα από ιατρική εντολή (Depon 1x3).	ήρεμη.
Πυρετός (38°C).	Να γίνει ρύθμιση της θερμοκρασίας για αποκλεισμό λοίμωξης.	-Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων, κατάλληλο περιβάλλον(δρο σερό). -Συχνή μέτρηση Ζ.Σ, σφίξεις και θερμοκρασίας με τη δημιουργία διαγράμματος ανά 2ωρο. -Λήψη αίματος για καλλιέργεια. -Λήψη αναλγητικών και αντιπυρετικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία	-Τοποθετήθηκαν κρύες κομπρέσες, εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον. -Έγινε διάγραμμα και πραγματοποιήθη κε λήψη Ζ.Σ, σφίξεις και της θερμοκρασίας ανά 2ώρες. Έγινε λήψη αίματος για καλλιέργεια. -Χορήγηση αναλγητικών και αντιπυρετικών φαρμάκων σύμφωνα με	Η θερμοκρασί α επανήλθε στο φυσιολογικ ό επίπεδο (36,5°C).

		(παρακεταμόλη)	ιατρική οδηγία (παρακεταμόλη)	
Ατονία εντέρου, τυμπανισμό ς.	Το έντερο να λειτουργήσει φυσιολογικά, απομάκρυνση αερίων και να ανακουφισθεί η λεχωίδα.	Να γίνεται παρακολούθηση των συμπτωμάτων και ανεύρεση της αιτίας.	Δημιουργείται υποτονία των μυών, ως αποτέλεσμα να υπάρχουν κοιλιακοί πόνοι και φούσκωμα της κοιλιάς. Για την καταπολέμηση των αιτιών που προκάλεσαν τον τυμπανισμό γίνεται λήψη υγρών (τσάι, σούπα), σωστή διατροφή και τοποθέτηση σωλήνα αερίων στο απευθυσμένο με το οποίο βοηθείται η αποβολή των αερίων,	Έγινε διδασκαλία σωστής διατροφής. Η λεχωίδα ανακουφίζεται και είναι ηρεμη.

			σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	
Περιποίηση τραύματος.	Συχνή περιποίηση τραύματος για την πρόληψη λοιμώξεων	Να γίνεται προσεκτικός καθαρισμός του τραύματος και διδασκαλίας της λεχωίδας όσον αφορά την ατομική υγιεινή ακόμα και μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο.	Πραγματοποιήθ ηκε καθαρισμός του τραύματος με φυσιολογικό ορό και ήπιο αντισηπτικό	Δεν παρουσιάστ ηκε λοίμωξη, το τραύμα είναι σε φυσιολογικ ή κατάσταση και η λεχωίδα είναι ήρεμη.
Πονοκέφαλ ος	Ανακούφιση από τον πόνο.	-Εξασφάλιση ηρεμίας. -Ενημέρωση του γιατρού (panadol)	-Έγινε εξασφάλιση ηρεμίας. -Χορήγηση παυσίπων ύστερα από ιατρική οδηγία (panadol).	Ο πόνος υποχώρησε
Άγχος	Εξασφάλιση ηρεμίας της λεχωίδας,	-Να γίνει εξασφάλιση ηρεμίας και	-Έγινε εξασφάλιση ηρεμίας.	Η λεχωίδα είναι ήρεμη.

	μείωση στρες και αποκατάσταση της διάθεσης.	αίσθημα ασφάλειας. -Να μειωθεί το στρες. -Να γίνει αποκατάσταση της διάθεσης.	-Το στρες μειώθηκε. -Η διάθεση αποκαταστάθηκ ε.	
--	---	---	--	--

6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ:

Η στάση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη που έχει η γυναίκα για τον εαυτό της μετά την καισαρική τομή. Πρέπει να αντιμετωπίσουν την γυναίκα πρώτα ως νέα μητέρα και μετά ως χειρουργημένη ασθενή. Είναι σημαντικό να σημειωθούν τα συναισθήματα της μητέρας κατά την διάρκεια της λοχείας, πρέπει να παρέχεται φροντίδα που θα ανταποκρίνεται στις ψυχολογικές και εκπαιδευτικές ανάγκες της μητέρας η οποία έχει υποβληθεί σε καισαρική τομή.

Η καθημερινή φροντίδα περιλαμβάνει:

- ✓ Φροντίδα του περινέου, των μαστών
- ✓ Βοήθεια ατομικής φροντίδας όπως ντους
- ✓ Έλεγχος και φροντίδα χειρουργικής τομής
- ✓ Έλεγχος πυθμένα μήτρας
- ✓ Ζωτικά σημεία
- ✓ Έλεγχος αναπνευστικών και εντερικών ήχων
- ✓ Έλεγχος κυκλοφορίας κάτω άκρων
- ✓ Έλεγχος ούρησης και αφόδευσης (Gilbert, 2007).

6.4 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ:

Η αποτελεσματική φροντίδα της θηλάζουσας μητέρας και του νεογνού προϋποθέτει την πληροφόρηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα

πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού καθώς και τις βασικές γνώσεις της ανατομίας και φυσιολογίας αναφορικά με το θηλασμό. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν τους τρόπους υποστήριξης της γυναίκας όσον αφορά τον θηλασμό, καθώς και τις απαραίτητες παρεμβάσεις για τα συνήθη προβλήματα. Η συνεχής φροντίδα της μητέρας ενισχύει την αυτοπεποίθησή της και προάγει το αίσθημα της ικανοποίησης και της επιτυχίας στην εμπειρία του θηλασμού (AAP Section on breast feeding, 2005). Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να παρατηρεί και να καταγράφει χαρακτηριστικά της θηλάζουσας μητέρας, τα οποία ενδέχεται να πυροδοτήσουν κάποια ψυχική διαταραχή ή μια προσωρινή δυσλειτουργία της ολικής συμπεριφοράς της (Ραγιά, 2009).

Κάποια σημαντικά συμπτώματα είναι:

- ✓ Απραξία ή μειωμένη ενασχόληση με το βρέφος
- ✓ Τάση απομόνωσης
- ✓ Διάχυτη απελπισία
- ✓ Διαταραγμένη σκέψη
- ✓ Διαταραγμένη λεκτική επικοινωνία
- ✓ Έντονο άγχος
- ✓ Κρίσεις θυμού
- ✓ Σημάδια χαμηλής αυτοπεποίθησης
- ✓ Απρόσφορο συναίσθημα
- ✓ Μειωμένη κοινωνική επαφή
- ✓ Ανάρμοστη ή αδικαιολόγητη συμπεριφορά
- ✓ Έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις
- ✓ Καταθλιπτική διάθεση
- ✓ Κρίσεις πανικού
- ✓ Αίσθημα ενοχής και τύψεις
- ✓ Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- ✓ Απομάκρυνση από το βρέφος και άρνηση να το φροντίσει
- ✓ Παραμέληση των βασικών της αναγκών

- ▼ Αρνητικότητα και ανεξήγητη απώλεια διάθεσης ή ενεργητικότητας (Ραγιά, 2009· Edenhofer, 2015).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η περίοδος της κύησης αποτελεί την πιο σημαντική περίοδο για μια γυναίκα. Από την στιγμή που η γυναίκα συλλαμβάνει το έμβρυο μέχρι τη στιγμή που γεννά, αποτελεί μια όμορφη διαδικασία. Η ανάπτυξη του εμβρύου γίνεται μέσα στην μήτρα και σε διάστημα 11 με 12 εβδομάδων δημιουργούνται όλα τα όργανα και αναπτύσσονται μέχρι το στάδιο του τοκετού. Από την στιγμή που το έμβρυο αρχίζει να κινείται πολλά συναισθήματα χαράς και ευτυχίας κατακλύζουν την γυναίκα, αλλά και συναισθήματα άγχους για το αν θα πάνε όλα καλά και αν θα είναι καλή μητέρα.

Κάθε εγκυμοσύνη είναι ξεχωριστή μέχρι την έξοδο του εμβρύου είτε πραγματοποιείται με φυσιολογικό τοκετό είτε με καισαρική τομή. Η διαδικασία της καισαρικής τομής είναι πιο εύκολη από την διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού, αλλά η ανάρρωση της καισαρικής τομής είναι πιο δύσκολη από αυτή του φυσιολογικού τοκετού.

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αύξηση της καισαρικής τομής έναντι του φυσιολογικού τοκετού. Η καισαρική τομή θα πρέπει να αποτελεί αναγκαστική λύση για τον τοκετό και όχι να επιλέγεται ως εύκολη λύση για τον πόνο. Επίσης να σημειωθεί ότι επειδή αποτελεί επέμβαση, εγκυμονεί και αυτή τους κινδύνους για λοιμώξεις και μολύνσεις όπως όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις.

Επιπλέον η καισαρική τομή πραγματοποιείται με περιοχική αναισθησία όπου περιλαμβάνει: (α) την επισκληρίδιο αναισθησία, (β) την ραχιαία αναισθησία, (γ) τον συνδυασμό επισκληρίδιου-ραχιαίας και την γενική αναισθησία. Οι πρώτες τρεις αναισθησίες δεν επηρεάζουν την διαδικασία του μητρικού θηλασμού μετά την έξοδο του νεογνού, το οποίο μπορεί να αρχίσει να θηλάζει αμέσως. Στην περίπτωση της γενικής αναισθησίας όμως το νεογνό δεν

μπορεί να αρχίσει να θηλάζει αμέσως, έτσι ενθαρρύνεται η άμεση έναρξη της γαλουχίας με χρήση θηλάστρου.

Ο μητρικός θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο μωρό που το προσλαμβάνει αλλά και στην μητέρα, καθώς χτίζεται μία ισχυρή σχέση μεταξύ τους. Η σίτιση του νεογνού με μητρικό γάλα του προσφέρει πολλά θετικά και ευεργετικά αποτελέσματα για την υγεία του. Το ανθρώπινο γάλα περιέχει αντισώματα που περιέχουν κάποια προστασία έναντι ευρέος φάσματος βακτηριδιακών, ιογενών και πρωτοζωϊκών λοιμώξεων.

Επίσης σημαντικό ρόλο αποτελεί και η σωστή στάση σώματος της γυναίκας κατά την διάρκεια του θηλασμού, έτσι ώστε το νεογνό να μπορεί να θηλάζει σωστά και να μην τραυματίζεται η θηλή της γυναίκας όπου θα της δημιουργήσει επιπλοκές π.χ. μαστίτιδα.

Εν κατακλείδι, ο μητρικός θηλασμός αποτελεί την καλύτερη σίτιση του νεογνού και ενδείκνυται ακόμη και σε καισαρική τομή, εκτός αν η καισαρική τομή πραγματοποιείται με γενική αναισθησία, όπου η γυναίκα πρέπει να περιμένει λίγο μέχρι να αρχίσει να θηλάζει. Το μητρικό γάλα αποτελεί μια πολυδύναμη ουσία, η σύστασή της οποίας μεταβάλλεται προκειμένου να ανταποκριθεί στις διατροφικές και ανοσολογικές ανάγκες της αύξησης και ανάπτυξης του νεογνού και του βρέφους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson JR. Genardy R. Anatomy and Embryology. In: Novak's Gynecology. 13th edition. Berek JS, ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2007). Cesarean delivery on maternal request. ACOG Committee Opinion No. 394. Washington, DC: ACOG.

Albers, L. (2007). The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. Journal of Midwifery «Women's Health», 52(3), 207-215.

Archie CL, Biswas MK. The Course & Conduct of Normal Labor & Delivery. In: Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. DeCherney AH, Nathan L. New York, Lange Medical Books 2003.

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2008). Clinical protocol No. 4: Mastitis. Breastfeeding Medicine, 3(3), 177-180.

American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. Policy Statement. Pediatrics, 115(23), 496-506.

American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. (2005). The changing concept of sudden infant death syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*, 116(5), 1245-1255.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text version). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2006). Postpartum hemorrhage. *ACOG Practice Bulletin No. 76*. Washington, DC: ACOG.

Berghella, V., Baxter, J., & Chauhan, S. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 199(5), 445-454,

Beckman CR, Ling FW, Laube DW, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WNP. Intrapartum Care. In: *Obstetrics and Gynecology*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002.

Battista, L., & Wing, D. (2007). Abnormal labor and induction of labor. In S. Gabbe, J. Niebyl, & J. Simpson (Eds.), *Obstetrics: normal and problem pregnancies* (5th ed.). Philadelphia: Churchill Livingstone.

Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, Horta, B.L., Bahl, R., Martines, J, C., & Victoria, C. G (2007).

Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression: An update Nursing Research, 50(5), 275-282.

Beck, C (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 31(4), 394-402.

Cromblehome WR. Embryology & Anatomy of the Female Urogenital Tract. In: Handbook of Gynecology & Obstetrics. Brown JS, Crombleholme WR, eds. Connecticut Appleton & Lange 1993.

Collard, T., Diallo, H., Habinsky, A., Hentschell, C., & Vezeau, T. (2008/2009). Elective cesarean section: Why women choose it and what nurses need to know. Nursing for Women's Health, 12(6), 480-488.

Clifford, J., & McIntyre, E. (2008). Who supports breastfeeding? Breastfeeding Review, 16(2), 9-19

Disaia PJ. Clinical Anatomy of the female Genital Tract. In: Danforth's Handbook of the Obstetrics and Gynecology. Philadelphia, Lippincott-Raven 1996.

Dolberg, Botzer, E., Grunis, & Mimouni, F.B (2006). Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: A randomized, prospective study. Journal of Pediatric Surgery, 41(9). 1958-1600.

Dennis, C., Chung-Lee.L. (2006). Postpartumdepression helpseeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. Birth, 33(4), 323-331.

Driscoll, J . (2006). Prospartum depression: How nurses can identify and care for women grappling with this disorder AWHONN Lifelines, 10(5), 400-409.

Evidence of the long-term effects of breastfeeding. Geneva: World Health Organization; Lawrence, R. & Lawrence, R. (2005) Breastfeeding: A guide for the medical profession (6th ed). Philadelphia: Mosby. SIDS.

Edhohofer, Iris, (2015), Maternity - Guide to the New Mother, Publisher Malliaris Education, Athens.

Gilbert, E., (2007). Manual of high risk pregnancy and delivery (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Gennero, S., Mayberry, L., & Kafulafula, U. (2007). The evidence supporting nursing management of labor. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing.

Gross, M., Drobic, S., & Keirse, M. (2005). Influence of fixed and time-dependent factors on duration of normal first stage labor. Birth.

Geddes D: Ultrasound imaging of the lactating breast: methodology and application, Int Breastfeed J 4(4): 2009.

Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr G., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. In the Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD 003766.

Iatrakis G. Breast Changes During Pregnancy and Lactation. MANOSMED Advanced Course of Mastology, Beirut 2011.

Kaplan, H., & Sadock, B. (2005). Kaplan, Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kirkwood, C., & Melton, S. (2005). Anxiety disorders. I: Generalized anxiety, panic, and social anxiety disorders. In J. DiPiro, R. Talbert, G. Yee, G. Matzke, B. Wells, & M. Posey (Eds.), *Pharmacotherapy: pathophysiologic approach* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

Landon, M. (2007). Cesarean delivery. In S. Gabbe, J. Niebyl, & J. Simpson (Eds.), *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (5th ed.). Philadelphia: Churchill Livingstone.

Liao, J., Buhimschi, & Norwitz, E. (2005). Normal labor: Mechanism and duration. *Obstetric and Gynecologic Clinics of North America*.

L., Morton, J., Lawrence, R., Naylor, A., O'Hare, D., Schanler, R., Eidelman, R et al. (2005).

Lawrence, R., Lawrence, R. (2005). Breastfeeding. A guide for the medical profession (6th ed.). Philadelphia: Mosby.

Lintner, N., & Gray, B. (2006). Childbearing and depression: What nurses need to know. *AWHONN Lifelines*, 10(1), 50-57.

Lintner, N., & Gray, B. (2006). Childbearing and depression: What nurses need to know. *AWHONN Lifelines*, 10(1), 50-57.

Martin, S., & Foley, M. (2009). Intensive care monitoring of the critically ill pregnant patient. In R. Creasy, R. Resnik, & J. Iams (Eds.), *Creasy and*

Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice (6th ed.). Philadelphia: Saunders.

Milgrom, J., Gemmill, A., Bilszita, J., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-157.

Newman, J. (1995). How breast milk protects newborns. *Scientific American*(AAP Section on Breastfeeding, 2004 Lawrence & Lawrence, 2005 Horta, Bahl, Martines, & Victora, 2007 Ip et al., 2007).

Newport, D., & Stowe, Z. (2006). Psychopharmacology during pregnancy and lactation. In A. Schatzberg, & C. Nemeroff (Eds.), *Essentials of clinical psychopharmacology* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Rosern, I M., Krueger, M.V ., Carney, L. M., & Graham, J. A. (2008). Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. *MCN: The American Journal of Maternal /Child Nursing*, 33(1), 37-45.

Roberts, J. (2002). The "push" for evidence: Management of the second stage. *Journal of Midwifery & Women's Health*.

Symonds EM, Symond IM (eds). Breast anatomy (Physiological changes in pregnancy). In: *Essential Obstetrics and Gynaecology*. Edinburgh, Churchill Livingstone 2004.

Scott, J. A., Binns, C. W., Graham, K I., & Oddy, W. H. (2006). Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation. *Birth*, 33(1), 37-45.

Thorp, J. (2009). Clinical aspects of normal and abnormal labor. In R. Creasy, R. Resnik, & J. Iams (Eds.), *Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice* (6th ed.). Philadelphia: Saunders.

Taylor, J. S., Geller, L., Risica, P.M., Kirtania, U., & Cabral, H. J. (2008). Birth order and breastfeeding initiation: Results of a national survey. *Breastfeeding Medicine*, 3(1), 20-27.

Walker, M. (2008b). Conquering common breastfeeding problems. *Journal of perinatal Nursing*, 22(4), 267-274.

Weier, K., & Beal, M. (2004). Complementary therapies and adjuncts in the treatment of postpartum depression. *Journal of Midwifery. Women's Health*, 49(2), 96-104.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ραγιά, Αφροδίτη, (2009), *Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας*, 7^η έκδοση Βελτιωμένη, Αθήνα.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Γκαραβέλας Αθανάσιος (2014) *Καισαρική από την προετοιμασία έως το πρώτο κλάμα*. Ανακτήθηκε 29 Μαρτίου 2018.

<http://www.iatronet.gr/ygeia/maieftiki-egkymosyni/article/30706/kaisariki-apo-tin-proetoimasia-ews-to-prwto-klama.html>.

Δρ Γιάννης Μουζαλάς (2014). *Τεχνική μητρικού θηλασμού*. Ανακτήθηκε 20 Μαΐου 2018.

<http://www.mouzas.gr/loxeia/tehniki-mitrikoy-thilasmoy/>.

Θοδωρής Διάκος (2015) Αλλαγές στην διάθεση κατά την εγκυμοσύνη: Όσα πρέπει να ξέρετε. Ανακτήθηκε 26 Μαρτίου 2018.

<http://www.iatronet.gr/ygeia/maieftiki-egkymosyni/article/33105/allages-sti-diathesi-kata-tin-egkymosyni-osa-prepei-na-xerete.html>.

Δρ. Θεόδωρος Λιακάκος (2017) Φυσιολογικός τοκετός: Ποιά είναι τα οφέλη για την μητέρα και το μωρό. Ανακτήθηκε 6 Μαΐου 2018.

<http://www.followme.gr/healthy-living-ygeia/article/20251/fysiologikos-toketos-poia-einai-ta-ofeli-gia-ti-mitera-kai-neogno>.

Κατερίνα Παπακωνσταντίνου (2018) Ανακτήθηκε 29 Μαρτίου 2018.

http://www.kpapakonstantinou.com/cae1e9f3e1f1e9eade_d4efecde.html.

Δρ. Κατερίνα Παπακωνσταντίνου (2017). Μητρικός θηλασμός. Ανακτήθηκε 26 Μαΐου 2018. <http://www.kpapakonstantinou.com/thilasmos.html>.

Λουκά Αφροδίτη, Μαία Χειρουργείου (2011). Θηλασμός μετά απο καισαρική τομή. Ανακτήθηκε 20 Αυγούστου 2018.

http://www.letto.gr/page.aspx?p_id=1627.

Μπιλάλης Δημήτρης Α. (2018) Ποιές εξετάσεις περιλαμβάνει ο προγεννητικός έλεγχος. Ανακτήθηκε 24 Μαρτίου 2018.

<http://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia/article/28457/poies-exetaseis-perilamvanei-o-progennitikos-elegxos.html>.

Μπαρτζιώκας Γρ. Αθανάσιος (2016). ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ. Ανακτήθηκε 31 Μαρτίου 2018.

<http://www.bartziokas.gr/maieutiki/xeirurgikes-epemvaseis/kaisariki-tomi>.

Νίκη Παναγιώτου (2016) Φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή; Ανακτήθηκε 7 Αυγούστου 2018.

<http://www.sigmalive.com/simerini/world/311309/fysiologikos-toketos-i-kaisariki-tomi>

Σαββούλα Μάλλιου Κριαρά (2013). Τι να διαλέξετε καισαρική ή φυσιολογικό τοκετό; Ανακτήθηκε 6 Μαΐου 2018.

<http://emedi.gr/%CE%BA%CE%BB%CE%B1%CF%83%CE%B9%CE%BA%CE%AE->

<http://emedi.gr/%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE/%CE%B3%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1/item/1837-%CF%84%CE%B9-%CE%BD%CE%B1-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%BB%CE%AD%CE%BE%CE%B5%CF%84%CE%B5->

http://emedi.gr/%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%AE-%CF%86%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CF%84%CF%8C.html#.Wu730_mFPIU.

http://emedi.gr/%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%AE-%CF%86%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CF%84%CF%8C.html#.Wu730_mFPIU.

http://emedi.gr/%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%AE-%CF%86%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CF%84%CF%8C.html#.Wu730_mFPIU.

http://emedi.gr/%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%AE-%CF%86%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CF%84%CF%8C.html#.Wu730_mFPIU.

http://emedi.gr/%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%AE-%CF%86%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CF%84%CF%8C.html#.Wu730_mFPIU.

Χατζηραφαήλ, Βασιλική (2017) Κύηση-Τοκετός. Ανακτήθηκε 24 Μαρτίου 2018.

<http://www.hatzirafail.gr/departments/#pregnancy-birth>.

Χηνιάδης Χ. Χάρης (2007) Η αναλγησία στον τοκετό και την καισαρική τομή. Ανακτήθηκε 29 Μαρτίου 2018.

<http://www.iatronet.gr/ygeia/maieftiki-egkymosyni/article/3373/i-analgisia-ston-toketo-kai-tin-kaisariki-tomi.html>

Χρίστος Χ. Λιάπης, Ψυχίατρος – Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Α' Ψυχιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική, Tufts Medical Center, Boston Massachusetts (2015). Επιλόχειος κατάθλιψη Κίνδυνοι και αντιμετώπιση.

<https://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/32217/epiloxeios-katathlipsi-oi-kindynoi-kai-i-antimetwpisi.html>.