

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΓΟΝΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΚΕΤΟΥ ΒΙΟΛΕΤΤΑ
Msc Πανεπιστημιακός Υπότροφος

ΠΑΤΡΑ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2016

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	viii
ABSTRACT.....	x
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	5
1.1. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	5
1.2. ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	6
1.2.1. Ωοθήκες.....	6
1.2.2. Σάλπιγγες.....	7
1.2.3. Μήτρα.....	8
1.2.4. Κόλπος.....	10
1.2.5. Παρθενικός Υμένας.....	11
1.3.ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	12
1.3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ.....	15
1.3.1. Άξονας Υποθαλάμου – Υπόφυσης – Ωοθήκης.....	15
1.3.2. Γυναικείες Γεννητικές Ορμόνες.....	17
1.4. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ.....	19
2. Η ΕΓΚΥΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ.....	21
2.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	21
2.1.1. Βασική φυσιολογία αναπαραγωγής.....	21
2.1.1.1. Πλακούντας.....	23
1.2.1.2. Αμνιακός Σάκος και Αμνιακό Υγρό.....	24
1.2.1.3. Ομφάλιος Λώρος.....	25
2.1.2. Λειτουργική ανατομία τοκετού.....	26
2.2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ.....	28
2.3. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΑΣΘΕΝΗ.....	31
2.4. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	32

2.4.1. Αρχική αναλυτική εξέταση	33
2.5. ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	34
3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΥΗΣΗΣ	36
3.1. ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ	36
3.3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	38
3.3.1. Εξωμήτρια (έκτοπη) κύηση.....	39
3.2.1.1. Αιτίες εξωμήτριας (έκτοπη) κύηση	40
3.2.1.2. Διάγνωση εξωμήτριας (έκτοπη) κύηση	40
3.2.1.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση εξωμήτριας (έκτοπη) κύηση.....	41
3.3.2. Αποβολή ή Παλίνδρομη Κύηση.....	42
3.3.2.1. Αιτίες Αποβολής	43
3.3.2.2. Διάγνωση Αποβολής	44
3.3.2.3. Είδη αποβολών	45
3.3.2.4. Θεραπευτική αντιμετώπιση αποβολών	48
3.3.2.5. Τεχνητή αποβολή - έκτρωση	50
3.3.3. Ολιγοάμνιο – χαμηλό αμνιακό υγρό	51
3.3.3.1. Αιτίες χαμηλού αμνιακού υγρού.....	52
3.3.3.2. Διάγνωση του χαμηλού αμνιακού υγρού	52
3.3.4. Τοξιναιμία – προεκλαμψία – εκλαμψία	53
3.3.4.1. Αιτίες τοξιναιμίας – προεκλαμψίας – εκλαμψίας.....	55
3.3.4.2. Διάγνωση τοξιναιμίας – προεκλαμψίας – εκλαμψίας.....	55
3.3.4.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση τοξιναιμίας – προεκλαμψίας – εκλαμψίας ..	56
3.3.5. Πρόδρομος πλακούντας.....	57
3.3.5.1. Αιτίες προδρομικού πλακούντα.....	58
3.3.5.2. Διάγνωση προδρομικού πλακούντα	58
3.3.5.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση προδρομικού πλακούντα.....	59
3.3.6. Αποκόλληση πλακούντα	60
3.3.6.1. Αιτίες αποκόλλησης πλακούντα.....	62
3.3.6.2. Διάγνωση αποκόλλησης πλακούντα.....	62
3.3.6.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση αποκόλλησης πλακούντα	63
3.3.7. Σακχαρώδης διαβήτης.....	63
3.3.7.1. Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη.....	67
3.3.7.2. Θεραπευτική αντιμετώπιση σακχαρώδη διαβήτη	68
3.3.8. Πρόωρος τοκετός.....	68

3.3.8.1. Αιτίες πρόωρου τοκετού	69
3.3.8.2. Διάγνωση πρόωρου τοκετού	70
3.3.8.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση πρόωρου τοκετού.....	70
4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ.....	73
4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	73
4.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ	73
4.3. ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ.....	75
4.4. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	75
4.4.1. Εγκυμοσύνη	77
4.4.2. Προετοιμασία χώρου.....	78
4.4.3. Προετοιμασία της μητέρας στην αίθουσα τοκετού.....	79
4.4.4. Φροντίδα της μητέρας στην αίθουσα τοκετού.....	80
4.4.5. Μεταφορά ασθενούς στην χειρουργική τράπεζα	81
4.4.6. Μεταφορά ασθενούς στο δωμάτιο.....	83
4.5. ΣΥΝΟΨΗ ΕΥΘΥΝΩΝ – ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ – ΥΛΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ - ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	84
5. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ.....	88
5.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ.....	88
5.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ..	91
5.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ - ΛΕΧΩΙΔΑΣ.....	94
5.4. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ.....	96
5.4.1. Χώρος νοσηλείας των επιτόκων.....	97
5.4.2. Στελέχωση μαιευτικής - γυναικολογικής κλινικής.....	100
5.5. Αγωγή υγείας.....	101
5.6. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΛΕΧΩΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	105
5.6.1. Μητρικός θηλασμός, πιθανά προβλήματα και αντιμετώπιση τους.....	107
5.6.2. Διατροφή και μητρικός θηλασμός.....	109
5.7. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ – ΚΛΙΝΙΚΗ	110
6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	113
6.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	113
6.2. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	114

6.2.1. Α Περιστατικό Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	114
6.2.2. Β Περιστατικό Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	118
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	122
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	124
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	125

Περιεχόμενα Εικόνων

Εικόνα 1: Αναπαραγωγικό σύστημα γυναικάς	5
Εικόνα 2: Ωοθήκη.....	6
Εικόνα 3: Σάλπιγγες.....	7
Εικόνα 4: Μήτρα.....	8
Εικόνα 5: Τράχηλος - Μυομήτριο -Ενδομήτριο	9
Εικόνα 6: Κόλπος – Κολπικός θόλος	11
Εικόνα 7: Εξωτερικά γεννητικά όργανα γυναίκα.....	12
Εικόνα 8: Αναπαραγωγικός κύκλος.....	19
Εικόνα 9: Γονιμοποίηση, αυλάκωση και εμφύτευση.....	22
Εικόνα 10: Πλακούντας, αμνιακός σάκος, αμνιακό υγρό, ομφάλιος λώρος.....	26
Εικόνα 11: Εντοπισμός εξωμήτριας κύησης.....	39
Εικόνα 12: Απειλούμενη και αναπόφευκτη αποβολή	46
Εικόνα 13: Ατελής και παλίνδρομη αποβολή	47
Εικόνα 14:Πρόδρομος πλακούντα.....	57
Εικόνα 15: Αποκόλληση πλακούντα	61
Εικόνα 16: Σακχαρώδης διαβήτης κύησης.....	66
Εικόνα 17: Προετοιμασία επιτόκου στην χειρουργική τράπεζα	82

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Συγκεντρωτικός Πίνακας Προεγχειρητική Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	84
Πίνακας 2: Συγκεντρωτικός Πίνακας περιεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας.....	85
Πίνακας 3: Συγκεντρωτικός Πίνακας νοσηλευτικής φροντίδας στη περίοδο της λοχείας.....	87

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Νοσηλευτική ορίζεται ως την επιστήμη και την τέχνη που ασχολείται με την υγεία του ανθρώπου. Συγκεκριμένα η νοσηλευτική ασχολείται με την φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με στόχο την πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε ένα ευρύ φάσμα φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της (Καπετάνου και Καρακούση, 2015).

Ο νοσηλευτής – νοσηλεύτριας πρέπει να συνεργάζεται πλήρως με τον ιατρό και να κάνει εφαρμογή κάθε οδηγία που του δίνεται. Ο νοσηλευτής – νοσηλεύτριας έχει την δυνατότητα να χορήγει την φαρμακευτική αγωγή, να πραγματοποιεί την διαλογή των ασθενών και να παρέχει βοήθεια στον ιατρό κατά την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων ή χειρουργικών επεμβάσεων (Καπετάνου και Καρακούση, 2015).

Το έργο της Νοσηλευτικής προσφέρει στους νοσηλευτές, μόρφωση, καλλιέργεια ψυχής και παράλληλα βοηθά στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας τους. Γίνεται κατανοητό ότι το έργο της Νοσηλευτικής είναι έργο ευθύνης λόγω της μέγιστης αξίας της υγείας του ανθρώπου όπου και την υπηρετεί. Κάποια λανθασμένη νοσηλευτική πράξη ή παράλειψη οδηγεί τον νοσηλευτή – νοσηλεύτρια αντιμετώπιση με τις σοβαρές συνέπειες (Ραγιά, 2002).

Κάνοντας χρήση τα όσα διδάσκονται από το Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας θα εκπονηθεί η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «Επιπλοκές κύησης και νοσηλευτικές παρεμβάσεις»

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κυρ. Σακέτου Βιολέτα (Msc Πανεπιστημιακός Υπότροφος) για την αμέριστη συμπαράστασή της κατά την διεξαγωγή της παρούσας εργασίας. Την ευχαριστώ για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που μου προσέφερε για την πραγματοποίησή της. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υπομονή και στήριξη που μου παρείχαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας αλλά και συνολικά κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει σκοπό την περιγραφή και την ανάλυση των επιπλοκών κύησης καθώς και την νοσηλευτική διεργασία που πραγματοποιείται όταν λάβει χώρα ένα τέτοιο περιστατικό. Αρχικά πραγματοποιείται μια ιστορική αναδρομή αναδεικνύοντας των τεχνολογική ανάπτυξη και την θνησιμότητα από επιπλοκές κύησης.

Στο 1^ο Κεφάλαιο αναλύεται η ανατομία των γυναικείων γεννητικών οργάνων. Περιγράφεται λεπτομερώς το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκα, τα εσωτερικά και εξωτερικά γεννητικά όργανα. Επιπλέον, αναλύονται οι λειτουργίες των γυναικείων ορμονών και ο αναπαραγωγικός κύκλος της.

Στο 2^ο Κεφάλαιο η έγκυος αντιμετωπίζεται ως ασθενής. Αρχικά αναλύεται η ανατομία και η φυσιολογία της και ακολουθεί η ανασκόπηση των ειδικών συμπτωμάτων και οι επιπτώσεις κύησης που μπορεί να υπάρξουν. Στην συνέχεια περιγράφεται η διαδικασία της φυσικής εξέτασης και οι μεταγενέστερες προγεννητικές εξετάσεις.

Στο 3^ο Κεφάλαιο αναλύονται οι περιπτώσεις των επιπλοκών κύησης οι συνηθέστερες είναι η εξωμήτρια (έκτοπη), η αποβολή ή παλίνδρομη, το ολιγοάμνιο, η τοξιναιμία, ο πρόδρομος πλακούντας, η αποκόλληση πλακούντα, ο σακχαρώδης διαβήτης και ο πρόωρος τοκετός. Σε κάθε μια από τις προαναφερόμενες περιπτώσεις καταγράφονται οι πιθανές αιτίες που προκάλεσαν την επιπλοκή, ο τρόπος διάγνωσης καθώς η θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Στο 4^ο Κεφαλαίο περιγράφεται η νοσηλευτική παρέμβαση κατά την παραλαβή της επιτόκου. Πραγματοποιείται η εκτίμηση των ζωτικών σημείων της επιτόκου και γίνεται η αρχική εκτίμηση της κατάσταση της. Στην συνέχεια αναλύεται η διαδικασία της καισαρική τομής.

Στο 5^ο Κεφάλαιο αναφέρονται οι τρόποι υποστήριξης της επιτόκου. Περιγράφονται οι ψυχολογικές αντιδράσεις που παρουσιάζει η έγκυος ή λεχωίδα και δίνεται έμφαση στον ρόλο του νοσηλευτή και στην αντιμετώπιση των διαταραχών

που μπορούν να παρουσιαστούν. Στην συνέχεια δίνονται οι απαραίτητες οδηγίες για την φροντίδα την λεχώιδας μετά την έξοδο από την Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική καθώς και την μετέπειτα ψυχολογική υποστήριξη της.

Στο 6^ο Κεφάλαιο πραγματοποιείται η νοσηλευτική διεργασία. Αρχικά δίνεται ο ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας και ακολουθεί η περιγραφή δύο περιστατικών που εμφάνισαν επιπλοκή κύησης.

Τέλος, ο επίλογος της παρούσας πτυχιακής εργασίας τονίζει την σπουδαιότητα του νοσηλευτή καθώς και την αναγκαιότητα να εκπαιδεύεται διαρκώς με στόχο να έχει την δυνατότητα να ανταπεξέλθει σε οποιαδήποτε νοσηλευτικό περιστατικό.

ABSTRACT

The aim of the present dissertation is to describe and analyze the pregnancy complications and the nursing treatment when such incidents occur. Firstly, an historical retrospection is presented highlighting the technological advance and the mortality related to the pregnancy complications.

The 1st Chapter expands on the anatomy of the female genital organs. It describes in detail the female reproductive system, subdivided into the internal and external genitalia. Furthermore, it examines the functions of the female hormones and the menstrual cycle.

In the 2nd Chapter the pregnant woman is treated like a patient. Firstly, the woman's anatomy and physiology are analyzed. Next, follows a review of the possible special symptoms and pregnancy effects that might occur. Then, the process of the physical examination and the posterior prenatal examinations are described.

The 3rd Chapter analyzes the more common cases of pregnancy complications such as: ectopic pregnancy, miscarriage or fetal loss, oligoamnios, toxemia, placenta previa, placental abruption, diabetes and preterm birth. In each of the above-mentioned cases possible causes of the complications, the diagnosis method and their therapeutic treatment are chronicled.

The 4th chapter describes the nursing intervention after having received the parturient woman. Parturient woman's vital signs assessment and an initial assessment of her situation are carried out. Then, the process of cesarean section is analyzed.

The 5th Chapter describes the ways of the parturient woman's support. The psychological reactions of the pregnant or the postpartum woman are described and the role of the nurse in the treatment of the complications that can occur is emphasized. Next, the necessary instructions for the postpartum care after leaving the Obstetrics - Gynecology Clinic and the subsequent psychological support are presented.

In the 6th Chapter the nursing process is taken place. Firstly, the nursing process is defined followed by the description of two cases of pregnancy complications.

Finally, the epilogue of the present dissertation stresses the importance of the nurses and the need of their continuing training aimed at providing nurses with the ability to manage any kind of medical incident.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 2007, ο συντελεστής γεννητικότητας σε παγκόσμια επίπεδα κυμάνθηκε στις 20 γεννήσεις ζωντανών βρεφών ανά 1000 άτομα ετήσιος. Αυτό σημαίνει ότι στα 6,6 εκατομμύρια πληθυσμού αντιστοιχούν 134 εκατομμύρια γεννήσεις νεογνών κατά ένα έτος. Το 2007 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), ο συντελεστής γεννητικότητας ήταν 14,16 ανά 1000 άτομα. Ο μικρός αυτός αριθμός γεννήσεων στις ΗΠΑ οφείλεται στο γεγονός ότι η αναλογία των γυναικών που είναι σε ηλικία τεκνοποίησης είναι μικρότερη, επισημαίνοντας ότι οι Αμερικάνοι έχουν αυξήσει τα μέσο όρος ηλικίας τους. Στην Ελλάδα ο ρυθμός γεννήσεων για το έτος 2006 ήταν 10,1 ανά πληθυσμός 1000 ατόμων.

Οι χαμηλότεροι ρυθμοί γεννήσεων παγκοσμίως καταγράφηκαν στην Γερμανία, Ιαπωνία, Σιγκαπούρη, Χονγκ Κονγκ και το Μακάο και κυμαίνονταν κάτω από 8,5 ανά 1000 άτομα. Ωστόσο, οι μεγαλύτεροι ρυθμοί γεννήσεων καταγράφηκαν στη Νιγηρία, Λιβερία, Γουινέα και Δημοκρατία Κονγκό και κυμαίνονταν από 49 και πάνω ανά 1000 άτομα.

Οι κυήσεις μεταξύ των εφήβων στις ΗΠΑ είναι πτωτικές από τα τέλη του 1950, με εξαίρεση μια απότομη αύξηση που παρατηρήθηκε την μια δεκαετία περίπου από το 1980 έως το 1991. Ο ρυθμός γεννήσεων για το έτος 2004 ήταν 33% χαμηλότερος από το 1991. Συγκεκριμένα καταγράφησαν 41,2 γεννήσεις ανά 1000 άτομα ηλικίας από 15 έως 19.

Επιπλέον, παρουσιάζεται μία αύξηση των γεννήσεων με καισαρική τομή όπου ξεπερνά το 25%. Συγκεκριμένα το συνολικό ποσό γεννήσεων με καισαρική τομή στις ΗΠΑ φτάνει το 26,1 και είναι το υψηλότερο που καταγράφεται μέχρι σήμερα, ενώ στην χώρα μας το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 45%. Η μέση ηλικία των πρωτόκων μητέρων αυξάνεται σταδιακά από το 1970 και φτάνει στο 25,1, όπου είναι και ο μέγιστος το 2002. Όσο αφορά τις «κακές» συνήθειες των γυναικών που είναι σε κύηση παρουσιάζεται η μία στις δέκα γυναίκες να καπνίζει κατά την διάρκεια του

έτους 2002 ποσοστό μειωμένο κατά 42% από το 1989 όπου πραγματοποιήθηκαν οι πρώτες έρευνες.

Ο κίνδυνος θανάτου από επιπλοκές της κύησης έχει μειωθεί κατά 99% περίπου κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα. Ωστόσο, από το 1982, δεν παρατηρείται περαιτέρω μείωση στη μητρική θνησιμότητα η φυλετική ανισότητα που υπάρχει συγκρινόμενη με την κύησης θνησιμότητας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες αφρικανικής καταγωγής παρουσιάζουν τριπλάσια – τετραπλάσια θνησιμότητα σε σχέση με τις «λευκές» γυναίκες.

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα Centers for Disease Control and Prevention (Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης των Λοιμώξεων) το 2003, είχε στόχο την ανασκόπηση της θνησιμότητας που σχετίζεται με την κύηση στις ΗΠΑ από το 1991 έως το 1999. Μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα παρατηρήθηκαν 4200 θάνατοι από παθήσεις που σχετίζονται με την κύηση θνησιμότητας η οποία ανερχόταν στο 11,8 για κάθε 100.000 γεννήσεις νεογνών.

Συγκριτικά με τη σχετιζόμενη κύηση θνησιμότητας των «λευκών» γυναικών, οι γυναίκες αφρικανικής καταγωγής παρουσιάζουν επιπρόσθετους κινδύνους ιδιαίτερα σε γυναίκες που έχουν συμπληρώσει τα 39 τους χρόνια. Σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί η συχνότερη έκβαση των κυήσεων που συνοδεύονταν από θάνατο της μητέρας ήταν η γέννηση του υγιείς βρέφους σε ποσοστό 60%, ακολουθούμενη σε κύηση που δεν κατέληξε σε τοκετό με 10% και με γέννηση του νερού βρέφους με ποσοστό 7%.

Οι κύριες αιτίες της κύησης που συνοδεύεται με θάνατο ήταν η εμβολή με ποσοστό 19,6%, η αιμορραγία με ποσοστό 17,2%, η προκαλούμενη από την κύηση υπέρταση σε ποσοστό 15,7%, η λοίμωξη με ποσοστό 12,6%, η μυοκαρδιοπάθεια με ποσοστό 8,3%, το αγγειακό εγκεφαλικό με ποσοστό 5% και οι επιπλοκές της αναισθησίας με το μικρότερο ποσοστό 1,6%.

Κάθε γυναίκα που παρουσιάζει καθυστέρηση στην έμμηνο ρύση και βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία και είναι σεξουαλικά ενεργή πρέπει να θεωρείται ότι είναι έγκυος μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο. Ακόμα και στην περίπτωση που εμφανίζονται συμπτώματα που δεν σχετίζονται άμεσα με την κοιλία, θα πρέπει να ελέγχετε οι πιθανότητες της εγκυμοσύνης. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να πραγματοποιούνται οι απαραίτητες εξετάσεις με στόχο να διακριβώνεται η ύπαρξη ή μη μιας εγκυμοσύνης.

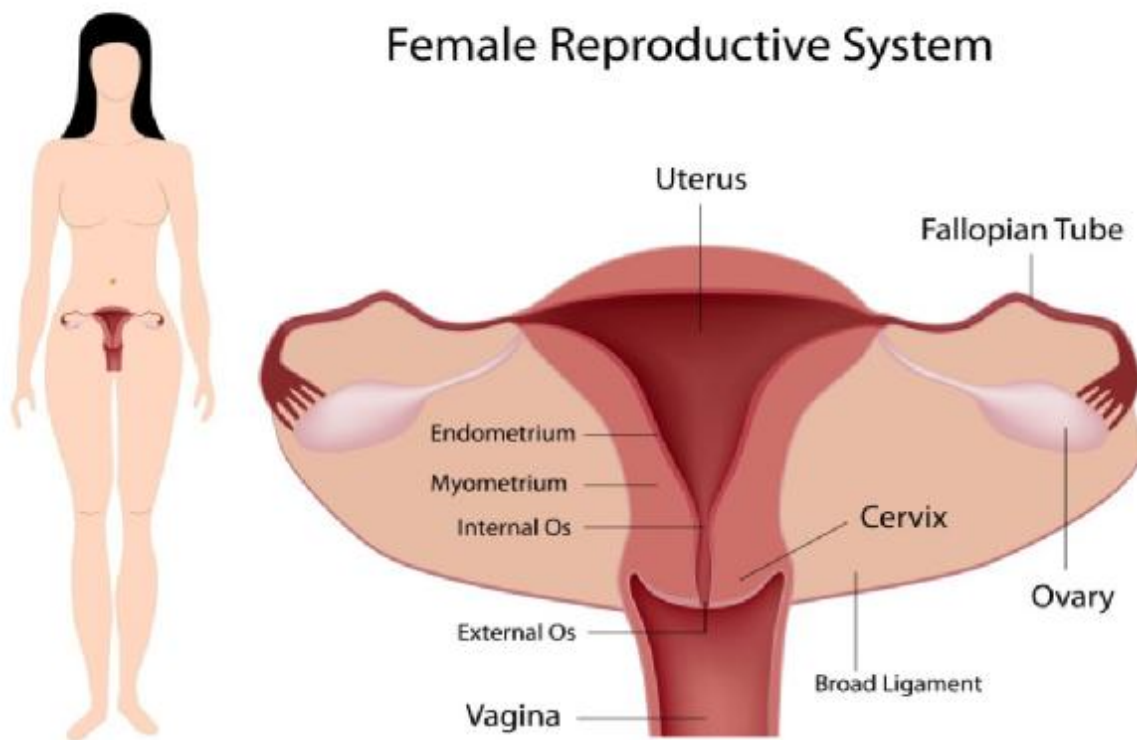
Η διάγνωση και η θεραπεία ενός παθολογικού ή χειρουργικού προβλήματος μιας γυναίκας ενδέχεται να είναι βλαπτική για την ανάπτυξη του εμβρύου. Τα περισσότερα συμπτώματα της εγκυμοσύνης είναι μη ειδικά και μπορούν να παρερμηνευθούν αν δεν γίνει αντιληπτό ότι η μητέρα είναι σε κύηση. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι θα πρέπει σε γυναίκες που παρουσιάζουν τα προαναφερόμενα χαρακτηριστικά να γίνεται διάγνωση κύησης ή μη για την οποιαδήποτε διαδικασία εξέτασης ή χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής (Swartz, 2010).

ΜΕΡΟΣ Α'

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

1.1. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα εσωτερικά και εξωτερικά όργανα. Στα εσωτερικά όργανα ανήκουν τα εξής: ωθήκες, σάλπιγγες, μήτρα και κόλπος. Στα εξωτερικά όργανα, το αιδοίο δηλαδή, ανήκουν τα εξής: εφήβαιο, μεγάλα και μικρά χείλη, κλειτορίδα, πρόδρομος του κόλπου, βολβοί του προδόμου και αδένες του προδόμου. Το όριο παρουσιάζεται μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών οργάνων είναι ο παρθενικός υμένας (Διαμαντοπούλου Α. και Δριμάλα Χ., 2009).



Εικόνα 1: Αναπαραγωγικό σύστημα γυναίκας
(Μπιλάμη, 2016)

1.2. ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

1.2.1. Ωοθήκες

Οι ωοθήκες είναι οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας. Το σχήμα τους είναι ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο. Το μήκος τους κυμαίνεται μεταξύ 3 – 6 cm και το πλάτος τους μεταξύ 1,5- 3,5 cm. Τα μέρη που την αποτελούν είναι οι δύο επιφάνειες, η έσω και η έξω, δύο άκρα, το άνω και το κάτω και δύο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο (Κρεατσάς, 1999).



Εικόνα 2: Ωοθήκη

Οι ωοθήκες βρίσκονται μέσα στον ωοθηκικό βόθρο που σχηματίζεται από το περιτόναιο με όρια προς τα πάνω την ομφαλική αρτηρία και προς τα πίσω τον ουρητήρα και την μητριάα αρτηρία. Η θέση αυτή είναι που στηρίζεται η ωοθήκη από τα ακόλουθα:

- Το μεσσωθήκιο
- Τον κρεμαστήρα σύνδεσμο
- Τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης

Η ωοθηκική αρτηρία, η οποία προέρχεται από την κοιλιακή αορτή νευρώνεται από κλάδους του συμπαθητικού πλέγματος. Σημειώνεται ότι κάθε ωοθήκη αγγειούται από την ωοθηκική αρτηρία (Κακλαμάνης & Καμάς Α,1998).

Η αναπαραγωγική μονάδα των ωοθηκών είναι τα ωοθυλάκια, τα οποία είναι υπεύθυνα για την παραγωγή των γυναικείων γεννητικών ορμονών. Επίσης, τα ωοθυλάκια αποδίδουν ωάρια για γονιμοποίηση. Όταν η γυναίκα είναι σε περίοδο κύησης παρουσιάζεται αυξομείωση των ωοθυλακίων. Συγκεκριμένα στο μέσο της κύησης οι ωοθήκες του θήλεος εμβρύου περιέχουν 7.000.000 αρχέγονα ωοθυλάκια ενώ στο τέλος της κύησης παρουσιάζεται μία μείωση της τάξης του 80% των αρχέγονων ωοθυλακίων.

Η γυναίκα όταν βρίσκεται στο χρονικό διάστημα της ήβης, δηλαδή στο μεταβατικό στάδιο από παιδί σε νεαρή γυναίκα, οι ωθήκες της περιέχουν 300.000 - 400.000 αρχέγονα ωοθυλάκια, εκ των οποίων θα αποδοθούν 400 ωάρια σε όλη την διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής.

Τα ωοθυλάκια περνούν από διάφορες φάσεις ωρίμανσης. Όταν το θυλάκιο περάν την ώριμή φάση περιέχει μια κοιλότητα η οποία είναι γεμάτη με υγρό ονομάζεται θυλακικό άντρο και το ωοκύτταρο είναι τοποθετημένο έκκεντρα, στον πόλο, δηλαδή του ωοθυλακίου. Το θυλακικό τοίχωμα αποτελείται από δύο είδη κυττάρων τα οποία είναι τα ακόλουθα:

- Τα κοκκώδη κύτταρα που παράγουν οιστρογόνα
- Τα κύτταρα της έσω θήκης που παράγουν τα ανδρογόνα

Μετά την ωοθυλακιόρρηξη από τα κοκκώδη κύτταρα και τα κύτταρα της έσω θήκης σχηματίζεται το ωχρο σωματίο που παράγει κυρίως προγεστερόνη (Κανέλλος & Λυμπέρη, 1996).

1.2.2. Σάλπιγγες

Οι σάλπιγγες είναι δύο σωληνώδεις σχηματισμοί, με μήκους περίπου 12 cm. Έχουν διαφορετικούς διαμέτρους στη διαδρομή τους που πορεύονται κατά μήκος του άνω χείλους του πλατύ συνδέσμου και εκτείνονται από τα κέρατα της μήτρας, όπου υπάρχει το μητρικό τους στόμιο μέχρι τις ωθήκες, που υπάρχει το κωδωνικό τους στόμιο (Ιατράκης, 2004). Έχουν δύο μοίρες, την έσω ή ισθμό και την έξω ή λήκυθο και δύο στόμια, το έσω ή μητριάιο και το έξω ή κοιλιακό (Κακλαμάνης & Καμάς, 1998).



Εικόνα 3: Σάλπιγγες

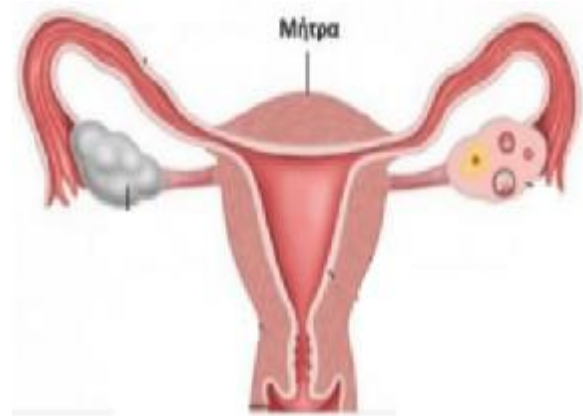
Το εξωτερικό άκρο της σάλπιγγας έχει κροσσωτό σχήμα με 12-15 κροσσούς οι οποίοι κρέμονται ελεύθεροι με εξαίρεση έναν από αυτούς, τον μεγαλύτερο (2-3 cm), ο

οποίος ονομάζεται ωθητικός κροσσός και φθάνει μέχρι την επιφάνεια της ωθήκης, διαγράφοντας μια πορεία κατά μήκος του τμήματος του μεσοσαλπιγγίου που ενώνει τη σάλπιγγα με την ωθήκη (κωδωνωθητικός σύνδεσμος). Ο ωθητικός κροσσός περιλαμβάνει πολλούς δευτερεύοντες κροσσούς στα χείλη του. Μέσω αυτού του κροσσού μεταφέρεται στη μήτρα το ωάριο σε κάθε ωορρηξία. Το ωάριο που παραλήφθηκε από τη σάλπιγγα μεταφέρεται μέσα σε τέσσερις ημέρες στη μήτρα (Κακλαμάνης & Καμάς Α, 1998).

Η αιμάτωση της σάλπιγγας πραγματοποιείται μέσω της σαλπιγγικής αρτηρίας και είναι ο κλάδος της μητριάας, και από την ωθηκική αρτηρία. Τα λεμφαγγεία της σάλπιγγας αναστομώνονται με τα λεμφαγγεία της μήτρας. Η νεύρωση της σάλπιγγας γίνεται από κλάδους του μητροκοιλιακού πλέγματος, που νευρώνει και τη μήτρα, και του ωθηκικού πλέγματος (Ιατράκης, 2004).

1.2.3. Μήτρα

Η μήτρα χρησιμεύει στην υποδοχή, στην εμφύτευση, στη συγκράτηση και στη θρέψη του γονιμοποιημένου ωαρίου και κατ' επέκταση στη διατήρηση του εμβρύου κατά την κύηση και την εξώθηση του εμβρύου κατά τον τοκετό. Επιπλέον, η μήτρα είναι υπεύθυνη για τον κύκλο της εμμηνορρυσίας (Lowdermilk & Perry, 2006).



Εικόνα 4: Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα μυώδες όργανο και έχει σχήμα κοίλο, το μήκος της κυμαίνεται μεταξύ 6-8 cm και το βάρος της από 50- 60 gr. Η μήτρα βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστης η οποία είναι μπροστά, του ορθού του οποίο είναι πίσω, των εντερικών ελίκων τα οποία είναι πάνω και τέλος από τον κόλπο που είναι κάτω από τη μήτρα (Κακλαμάνης & Καμάς Α, 1998).

Σύμφωνα με τον Ιατράκη (2004) η σχέση του άξονα του σώματος της μήτρας προς τον άξονα του τραχήλου της καθορίζει την κάμψη (συνήθως είναι πρόσθια), ενώ η σχέση του σώματος του άξονα της μήτρας με τον άξονα της πυέλου καθορίζει

την κλίση της (συνήθως είναι πρόσθια). Στο κατώτερο τμήμα της μήτρας βρίσκονται τα στόμια των ωαγωγών (σάλπιγγες). Στο σώμα της μήτρας εμφανίζονται δύο επιφάνειες, η πρόσθια η οποία είναι η κυστική και η οπίσθια όπου είναι τα δύο χείλη στα οποία προσφύεται ο πλατύς σύνδεσμος.

Ο τράχηλος της μήτρας χωρίζεται από το σώμα και τον ισθμό. Το κάτω μέρος του τραχήλου εισέρχεται εντός του κόλπου, έτσι ώστε να διακρίνονται δύο μέρη τα οποία είναι τα ακόλουθα:

- Υπερκοιλπικό
- Ενδοκοιλπικό.



Εικόνα 5: Τράχηλος - Μυομήτριο -Ενδομήτριο

Σύμφωνα με τον Κρεατσά (1999) το περιτόναιο καλύπτει τον πυθμένα και το σώμα της μήτρας, ενώ τον τράχηλο καλύπτει μόνο την οπίσθια επιφάνεια του υπερκοιλπικού μέρους. Αντίθετα η πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου παραμένει ακάλυπτη από το περιτόναιο, όπου ανακάμπει πάνω στην ουροδόχο κύστη, σχηματίζει την κυστεομητρική πτυχή και το κυστεομητρικό κόλπωμα ή πρόσθιο χώρο του Douglas. Πλάγια το περιτόναιο σχηματίζει αντίστοιχα μια τετράπλευρη πτυχή κατευθυνόμενη οριζόντια, όπως το σώμα της μήτρας, σχηματίζοντας τον πλατύ σύνδεσμο. Ο πλατύς σύνδεσμος εμφανίζει τέσσερα χείλη και δύο πέταλα. Η ωθήκη κρέμεται από το οπίσθιο πέταλο του πλατέως συνδέσμου με μια πτυχή, η οποία ονομάζεται μεσωθήκιο. Μεταξύ των δύο πετάλων υπάρχει συνδετικός ιστός και ο χώρος που σχηματίζεται ονομάζεται παραμήτριο (Κρεατσάς,1999).

Όπως διακρίνεται και στην Εικόνα 5 το τελευταίο τμήμα της μήτρας είναι ο τράχηλος. Η κοιλότητα του τραχήλου προς τα κάτω καταλήγει, μέσω του έξω τραχηλικού στομίου, στον κόλπο και προς τα επάνω, μέσω του έξω τραχηλικού στομίου, στην κοιλότητα της μήτρας. Το τοίχωμα της μήτρας έχει πάχος 10-20 mm και αποτελείται από τρεις χιτώνες οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι:

- Ορογόνο (περιμήτριο)
- Μυϊκό (μυομήτριο)
- Βλεννογόνο (ενδομήτριο)

Οι σύνδεσμοι της μήτρας είναι οι εξής:

- Οι πλατείς σύνδεσμοι (δεξιός και αριστερός)
- Οι ευθυμητρικοί (ιερομητρικοί) σύνδεσμοι.
- Το παραμήτριο
- Οι στρογγύλοι σύνδεσμοι.

Σημειώνεται ότι στην φάση της εξώθησης, κατά την διάρκεια του τοκετού, οι στρογγύλοι σύνδεσμοι καθλώνουν την μήτρα και εμποδίζουν την προς τα πάνω μετακίνηση της (Κακλαμάνης & Καμάς Α, 1998).

Η μήτρα αιματώνεται από την μητριάια αρτηρία, η οποία είναι κλάδος της έσω λαγονίου. Η αρτηρία αυτή εισέρχεται στον πλατύ σύνδεσμο από το κάτω χείλος του και παράλληλα προς τα πλάγια χείλη της μήτρας πορεύεται προς τα κάτω μέχρι τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης, όπου διακλαδώνεται και δίνει τελικούς κλάδους, πολλοί από τους οποίους αναστομώνονται με την ωοθηκική αρτηρία. Στο εσωτερικό του παραμητρίου η μητριάια αρτηρία σχηματίζει διασταύρωση 1,5 cm κάτω από το πλάγιο χείλος της μήτρας και 1,5 cm πάνω από τον τράχηλο με τον σύστοιχο ουρητήρα.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην ολική υστερεκτομή όπου μπορεί να προκληθεί κάκωση στον ουρητήρα κατά την απολίνωση των μητριάιων αγγείων. Οι φλέβες δημιουργούν ένα δίκτυο το οποίο είναι αρκετά πυκνό και έχουν φορά προς την μητριάια αρτηρία και φτάνουν ως την έσω λαγονία φλέβα και μερικώς στην έσω σπερματική. Τα νεύρα της μήτρας προέρχονται από το 4^ο ιερό νεύρο και από το μητροκολεϊκό πλέγμα (Ιατράκης, 2004).

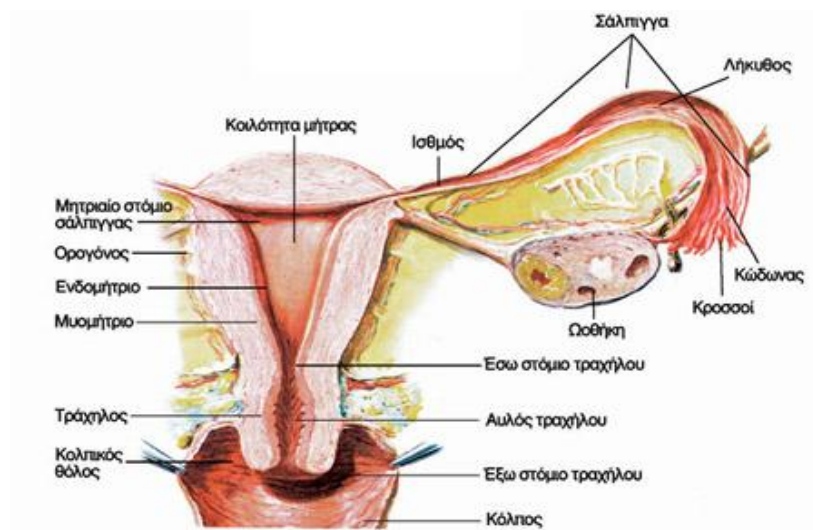
1.2.4. Κόλπος

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα και το μήκος του κυμαίνεται σε 8 -10 cm και έχει σχήμα κυλινδρικό. Ο κόλπος εκτείνεται ανάμεσα στον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Επιπλέον, ο κόλπος έχει τέσσερα τοιχώματα τα οποία είναι τα εξής: πρόσθιο, οπίσθιο και δυο πλάγια, το αριστερό και το δεξιό. Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι ώστε η κάτω μοίρα του τράχηλου να

προβάλλει μέσα στον κόλπο. Επιπλέον, ο κόλπος στηρίζεται από τα πλάγια με τους εγκάρσιους συνδέσμους. Συγκεκριμένα το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου συνδέεται χαλαρά με την ουροδόχο κύστη προς τα πάνω και στερεότερα με την ουρήθρα προς τα κάτω. Η κάτω μοίρα του κόλπου στηρίζεται με τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού και με τους εξωτερικούς μύς του περινέου.

Η υφή των κολπικών τοιχωμάτων αποτελούνται από τρεις στιβάδες. Η πρώτη στιβάδα είναι η εξωτερική και είναι αυτή που διακρίνεται όταν ο κόλπος ανοίξει. Η δεύτερη είναι η μέση στιβάδα όπου είναι το στρώμα των τοιχωμάτων του κόλπου και η Τρίτη είναι η εσωτερική στιβάδα (Παπανικολάου, 1986).

Ο κόλπος λειτουργεί ως δίοδος της εμμηνορρυσίας, ως όργανο συνουσίας και ως μέρος του γεννητικού σωλήνα για τον κολπικό τοκετό. Ο τράχηλος της μήτρας προβάλλει σε έναν τυφλό θόλο στο άνω άκρο του κόλπου. Το κάτω άκρο του κόλπου καταλήγει στον πρόδρομο του αιδοίου μέσω ενός στομίου, πέριξ του οποίου υπάρχει συνδετικός ιστός, ο παρθενικός υμένας (Κρεατσάς, 1999).



Εικόνα 6: Κόλπος – Κολπικός θόλος
(Διαμαντοπούλου & Δριμάλα, 2009)

1.2.5. Παρθενικός Υμένας

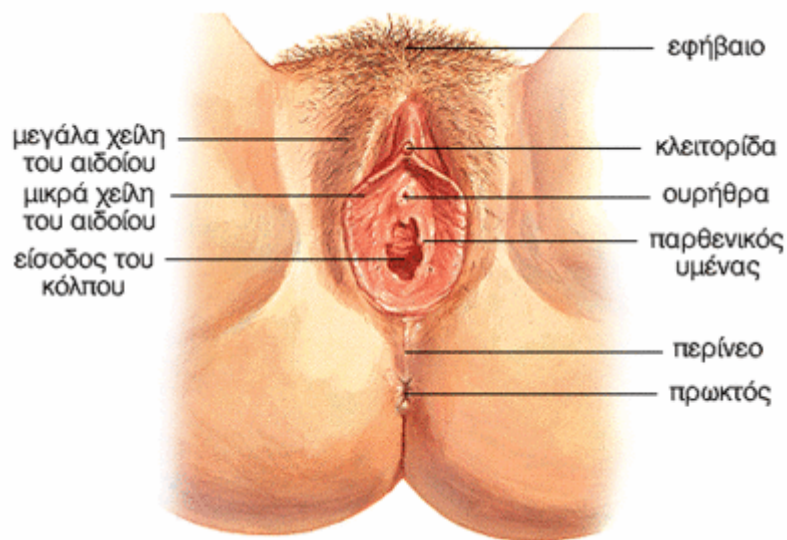
Ο παρθενικός υμένας εμφανίζει δύο επιφάνειες, την κολπική (άνω) και την αιδοϊκή (κάτω) η οποία και χωρίζεται από τα μικρά χείλη του αιδοίου με την

νυμφοϋμενική αύλακα. Στην περίπτωση που η γυναίκα δεν έχει σεξουαλικές επαφές, το ελεύθερο χείλος του υμένα εμφανίζει ομαλά όρια. Στην αντίθετη περίπτωση, όταν δηλαδή μια γυναίκα έχει σεξουαλικές επαφές το χείλος εμφανίζεται κροσσωτό.

Ανάλογα του σχήματος του ελεύθερου χείλους του υμένα χαρακτηρίζεται ως κροσσωτός, μηνοειδής, δίθυρος, πολύθυρος ή άτρητος. Ωστόσο, σημειώνεται ότι χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση του παρθενικού υμένα μετά τον τοκετό και ιδιαίτερα μετά από επανειλημμένους τοκετούς, όπου το ελεύθερο χείλος εμφανίζεται πολλαπλώς ερρηγμένο με επάρματα και κοιλάνσεις, γνωστά ως μύρτα (Κρεατσάς, 1999).

1.3.ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΌΡΓΑΝΑ

Το αιδοίο μαζί με τα στοιχεία που το απαρτίζουν αποτελούν τα εξωτερικά γεννητικά όργανα μίας γυναίκα. Στην Εικόνα 7 διακρίνονται όλα τα στοιχεία που τα αποτελούν.



Εικόνα 7: Εξωτερικά γεννητικά όργανα γυναίκας
(Διαμαντοπούλου & Δριμάλα, 2009)

Τα επιμέρους στοιχεία του αϊδίου είναι τα ακόλουθα (Κρεατσάς, 1999):

- Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης
- Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου
- Τα μικρά χείλη του αιδοίου (νύμφαι)
- Η κλειτορίδα
- Ο πρόδομος του κόλπου
- Οι βολβοί του προδόμου
- Οι αδένες του προδόμου, ή αδένες του βαρθολίνιου

Στην συνέχεια θα πραγματοποιηθεί μια σύντομη αναφορά για κάθε ένα επιμέρους στοιχείο (Κρεατσάς, 1999 ; Διαμαντοπούλου & Δριμάλα, 2009).

- ✓ Εφήβαιο: είναι ένα τρίγωνο τριχωτό του δέρματος που έχει την βάση προς το υπογάστριο και κορυφή η οποία καταλήγει προς τα κάτω, και βρίσκεται περίπου 3 cm πάνω από τον πρωκτό. Η ανάπτυξη της τρίχωσης πραγματοποιείται στην ήβη και η μείωση της παρουσιάζεται στην κλιμακτήριο και την εμμηνόπαυση.
- ✓ Μεγάλα χείλη: δημιουργούνται από δύο πτυχές του δέρματος με μήκους που κυμαίνεται κάπου στα 9 cm. Μεταξύ των δύο μεγάλων χειλιών υπάρχει η αιδοϊκή σχισμή. Επιπλέον σε κάθε χείλος υπάρχουν δύο επιφάνειες η έσω και η έξω καθώς και τα δύο άκρα, τα οποία είναι το πρόσθιο και το οπίσθιο. Στην εξωτερική επιφάνεια είναι η τριχωτή και χωρίζεται με τα μικρά χείλη, την αιδοιομητρική αύλακα, ενώ η έσω μοιάζει με βλεννογόνο. Σημειώνεται ότι υπάρχουν περιπτώσει όπου είτε τα πρόσθια άκρα ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν έναν σύνδεσμο είτε καταλήγουν στο εφηβαίο. Τα οπίσθια άκρα συνδέονται μεταξύ τους και δημιουργούν τον οπίσθιο σύνδεσμο των χειλέων, όπου κάτω από τον σύνδεσμο παρατηρείται η ραφή του περινέου.
- ✓ Μικρά χείλη: εντοπίζονται στο εσωτερικό των μεγάλων χειλέων. Παρουσιάζουν και αυτά πτυχές του δέρματος με άφθονους σμηγματογόνους αδένες. Η εξωτερική τους επιφάνεια διαχωρίζεται από την μεσοχείλιο αύλακα και η εσωτερική από τον πυθμένα του προδόμου με την νυμφουμένικη αύλακα. Το πρόσθιο άκρο περιβάλλει από όλες τις πλευρές την κλειτορίδα και

δημιουργείται η πόσθη (πάνω) και το χαλινό της κλειτορίδας (κάτω). Στα οπίσθια άκρα υπάρχει συνένωση και δημιουργείται το χαλινό των μικρών χειλέων και στην συνέχεια σχηματίζεται ο σκαφοειδής βόθρος.

- ✓ Κλειτορίδα: είναι μεταξύ των μεγάλων χειλέων και έχει μήκος 2 – 6 cm. Αποτελείται από στυτικό ιστό και διαιρείται στα σκέλη, το σώμα και την βάλανο. Επιπλέον, έχει αρκετές νευρικές απολήξεις. Τα σκέλη της κλειτορίδας δημιουργούνται από τους ηβοϊσχιακούς κλάδους. Τα σκέλη συνενώνονται μεταξύ τους κοντά στην ηβική σύμφυση. Στο άκρο του σώματος σχηματίζεται η βάλανος, η οποία καλύπτεται από την πόσθη. Τα σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας περιβάλλονται από μία ινώδη μεμβράνη η οποία φέρεται προς τα πάνω και προσφύεται στην ηβική σύμφυση. Η πόσθη και ο χαλινός της κλειτορίδας σχηματίζονται από τα δύο σκέλη στα οποία καταλήγουν προς τα πάνω τα μικρά χείλη του αιδοίου. Γύρωθεν της πόσθη υπάρχουν σμηγματογόνοι αδένες, που εκκρίνουν το σμήγμα της κλειτορίδας.
- ✓ Πρόδρομος του κόλπου: σχηματίζεται από το κάτω μέρος του χαλινού της κλειτορίδας και από τα μικρά χείλη. Κάτω από την κλειτορίδα βρίσκονται το έξω στόμιο της ουρήθρας, στα πλάγια του οποίου εκβάλλουν αδένες ονομαζόμενοι παραουρηθραίοι ή αδένες του Skene. *Προς τα κάτω βρίσκεται ο παρθενικός υμένας, ο οποίος αποτελεί το όριο μεταξύ έσω και έξω γεννητικών οργάνων.*
- ✓ Βαρθολίνιοι αδένες: βρίσκονται εκατέρωθεν εκτός των μεγάλων χειλέων και εκβάλλουν το περιεχόμενό τους με εκφορητικό πόρο μήκους 1 εκ. περίπου στην νυμφούμενική αύλακα. Το έκκριμά τους διευκολύνει την συνουσία.
- ✓ *Βολβοί του προδρόμου:* εμφανίζουν σχήμα αμυγδάλου και σχηματίζονται από πυκνό φλεβικό πλέγμα που μοιάζει με τα σηραγγώδη σώματα της ανδρικής ουρήθρας. Κατά την επαφή οι βολβοί διογκώνονται λόγω της πλήρωσης των φλεβών από αίμα και στενεύουν το στόμιο του κόλπου, έλκοντας έτσι τα μικρά χείλη του αιδοίου. Η έλξη αυτή μεταδίδεται στην κλειτορίδα μέσω του χαλινού ούτως, ώστε η βάλανος της να εφάπτεται της ράχης του πέους και να διεγείρονται τα αισθητικά νεύρα προκαλώντας με την τριβή το αίσθημα της ηδονής.

Η αιμάτωση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της γυναίκας πραγματοποιείται από την εσωτερική και εξωτερική αιδοϊκή αρτηρία που είναι κλάδοι της έσωτερικής λαγονίου και της μηριαίας αρτηρίας αντίστοιχα. Η εσωτερική αιδοϊκή αρτηρία δίνει την κάτω αιμορροϊδική αρτηρία και διαιρείται σε δύο τελικούς κλάδους, την περινεϊκή αρτηρία και την αρτηρία της κλειτορίδας. Η εξωτερική αιδοϊκή αρτηρία δίνει κλάδους στα μεγάλα χείλη και στα βουβωνικά λεμφογάγγλια.

Το φλεβικό αίμα από τα έξω γεννητικά όργανα φέρεται κυρίως στις αιδοϊκές φλέβες. Τα λεμφαγγεία των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και της γειτονικής περιοχής εκβάλλουν στα επιπολής και στα εν τω βάθει βουβωνικά λεμφογάγγλια και στα λαγόνια λεμφογάγγλια. Στα επιπολής βουβωνικά λεμφογάγγλια εκβάλλουν τα επιπολής λεμφαγγεία των έξω γεννητικών οργάνων και του πρωκτού, της περινεϊκής και της υποομφαλίου χώρας και τα επιπολής λεμφαγγεία των κάτω άκρων (DiSaia, 1996).

Το αιδοίο νευρώνεται κυρίως από αισθητήριους κλάδους του αιδοϊκού νεύρου που προέρχεται από το αιδοϊκό πλέγμα (που είναι συνέχεια του ιερού πλέγματος). Το αιδοϊκό νεύρο πορεύεται κατά μήκος της έσω αιδοϊκής αρτηρίας και της έσω αιδοϊκής φλέβας και διακλαδίζεται σε διαπιτραίνον δερματικό νεύρο, κάτω αιμορροϊδικό νεύρο, περινεϊκό νεύρο και ραχιαίο νεύρο της κλειτορίδας.

1.3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ

1.3.1. Άξονας Υποθαλάμου – Υπόφυσης – Ωθήκης

Ο υποθάλαμος είναι μια περιοχή του εγκεφάλου η οποία είναι αρκετά μικρή σε έκταση. Οι πυρήνες του υποθαλάμου συγκροτούνται από τις νευρώσεις, οι οποίες έχουν την δυνατότητα να παράγουν ορμόνες. Οι ορμόνες αυτές χαρακτηρίζονται νευροορμόνες, διότι προέρχονται από τα νευρικά κύτταρα.

Στον υποθάλαμο παράγονται και αποθηκεύονται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης οι ακόλουθες ορμόνες:

1. Οι τελικές ορμόνες αντιδιουρητική ADH (Antidiuretic Hormone) και ωκυτοκίνη OT (Oxytocin).
2. Εκλυτικές ορμόνες (Releasing Hormones), ή εκλυτικοί παράγοντες (Releasing Factors) για τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Οι σπουδαιότερες υποθαλαμικές εκλυτικές ορμόνες είναι οι ακόλουθες:
 - Η εκλυτική ορμόνη της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης TRH (Thyroid-stimulating hormone Releasing Hormone).
 - Η εκλυτική ορμόνη της κορτικοτροπίνης CRH (Corticotropin Releasing Hormone).
 - Η εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπινών GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone).
 - Η εκλυτική ορμόνη της αυξητικής ορμόνης GHRH (Growth Hormone Releasing Hormone).
3. Ανασταλτικές ορμόνες IH (Inhibiting Hormones). Οι σπουδαιότερες ανασταλτικές ορμόνες είναι οι ακόλουθες:
 - Η ανασταλτική ορμόνη της αυξητικής ορμόνης GHRH (Growth Hormone Release Inhibiting Hormone).
 - Η ανασταλτική ορμόνη της προλακτίνης PIH ή PIF (Prolactin Inhibiting Hormone)

Η υπόφυση είναι ένα μικρό σωματίο, με βάρος περίπου 0,6 gr και διαμέτρου που κυμαίνεται μεταξύ των 6-7 mm. Το σωματίδιο αυτό κρέμεται από την βάση του εγκεφάλου και κατασκηνώνει στο χώρο του Τουρκικού Εφιππίου. Αποτελείται από δύο κύριους λοβούς, τον αδενούπόφυση (πρόσθιο) και τον νευροϋπόφυση (οπίσθιο) (Κανέλλος & Λυμπέρη, 1996).

Με την αρμονική συνεργασία του άξονα «υποθάλαμος - υπόφυση- ωθήκες» διασφαλίζεται ο φυσιολογικός γεννητικός κύκλος με φυσιολογική εμφάνιση της εμμηνου ρύσης.

Η εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπινών GnRH εκκρίνεται κατά ώσεις στο υποθαλαμοϋποφυσιακό πυλαίο σύστημα όπου και δεσμεύεται από ειδικούς υποδοχείς του πρόσθιου λοβού του υποφυσιακού αδένος ώστε να προκαλείται παραγωγή, έκκριση ή αποθήκευση των γοναδοτροπινών, δηλαδή της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH) μέσα στα γοναδοτρόπα κύτταρα της υπόφυσης (Casan et al., 1999).

Με την έκκρισή τους, η LH και η FSH δρουν στους γοναδικούς υποδοχείς για να διεγείρουν και να διατηρήσουν την παραγωγή και απελευθέρωση των φυλετικών ορμονών. Επομένως γίνεται κατανοητό ότι οι γοναδοτροπίνες είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη των ωοθυλακίων. Για να γίνει αυτό, οι υποδοχείς της FSH στις μεμβράνες των κοκκωδών κυττάρων, αυξάνουν κάτω από την δράση της FSH και των οιστρογόνων.

Τα οιστρογόνα προκαλούν μιτωτική δραστηριότητα των κοκκωδών κυττάρων που συνεπάγεται περαιτέρω αύξηση των υποδοχέων της FSH. Στα κοκκώδη κύτταρα η FSH αρωματοποιεί τα ανδρογόνα προς οιστρογόνα. Αρκετά πριν την ωορρηξία έχουμε αυξημένη έκκριση της οιστραδιόλης καθώς επίσης και αύξηση της FSH και LH και τέλος επέρχεται ρήξη του ωοθυλακίου. Η ωορρηξία ακολουθεί 24-36 ώρες μετά την μεγαλύτερη τιμή της LH (Ιατράκης, 2004).

1.3.2. Γυναικείες Γεννητικές Ορμόνες

Οι γυναικείες γεννητικές ορμόνες είναι οι εξής: τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Από τις ωοθήκες δύνεται η δυνατότητα να παράγονται μικρές ποσότητες ανδρογόνων που χρησιμοποιούνται ως υπόστρωμα για την παραγωγή οιστρογόνων.

ν Οιστρογόνα

Στα κοκκώδη κύτταρα παράγονται τα οιστρογόνα των ωοθηκών, τα οποία έχουν προκύψει από την μετατροπή των ανδρογόνων. Το κύριο οιστρογόνο των ωοθηκών είναι η οιστραδιόλη (E_2) και παράγεται από αρωματοποίηση της Δ_4 Ανδροστενεδιόνης (Δ_4A). Τα οιστρογόνα κυκλοφορούν στο αίμα και είναι συνδεδεμένα συνήθως με την πρωτεΐνη SHBG (Sex Hormone Binding Globulin).

Τα οιστρογόνα ευνοούν τα ακόλουθα (Διαμαντοπούλου & Δριμάλα, 2009):

- Στην μήτρα προάγουν την ανάπτυξή της και διεγείρουν την υπερπλασία του βλεννογόνου της.
- Στις ωοθήκες ευνοούν την ωρίμανση ωοθυλακίου και ωαρίου.
- Στον κόλπο προκαλούν πάχυνση του βλεννογόνου και απόπτωση γλυκογονούχων κυττάρων. Το παραγόμενο από την διάσπαση του

γλυκογόνου, γαλακτικό οξύ, ρίχνει το Ph του κόλπου και μειώνει τον κίνδυνο λοίμωξης.

- Στον τράχηλο της μήτρας μεταβάλλουν την σύσταση της βλέννης, έτσι ώστε να διευκολύνεται η κίνηση των σπερματοζωαρίων.
- Δρουν στον υποθάλαμο και προκαλούν την έκκριση της LRH μέσω της οποίας εκκρίνεται η αυξημένη ποσότητα LH από την αδenoϋπόφυση και επέρχεται ωορρηξία.
- Έχουν δράση στην ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του γυναικείου φύλου. Επίσης προάγουν την ανάπτυξη του μαστικού αδένου.
- Τέλος με την επίδραση τους στο ΚΝΣ συμμετέχουν στην διαμόρφωση της ψυχολογίας του θήλεος (σεξουαλική συμπεριφορά, ψυχικές αντιδράσεις κ.α.).

ν Προγεστερόνη

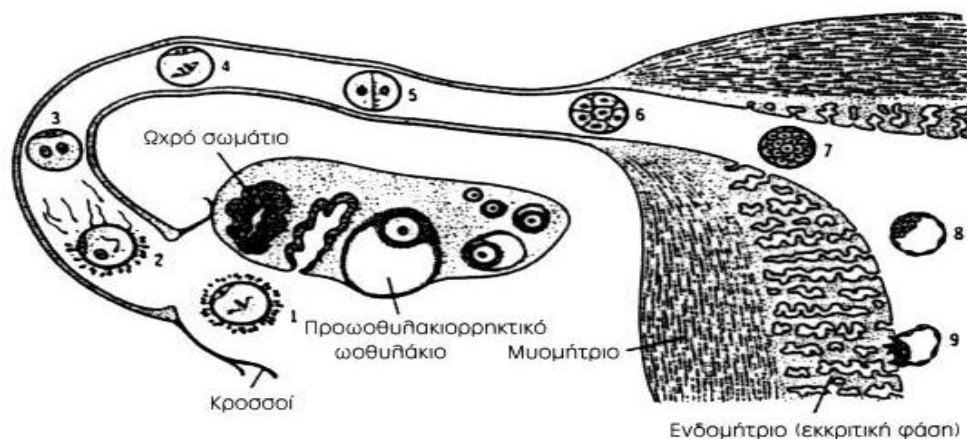
Η προγεστερόνη παράγεται κυρίως από το ωχρό σωματίο, με την επίδραση της LH. Για τις περισσότερες από τις δράσεις της προγεστερόνης είναι απαραίτητο να έχει προηγηθεί ή να εκδηλώνεται ταυτόχρονα και δράση των οιστρογόνων.

Η προγεστερόνη ευνοεί τα ακόλουθα (Διαμαντοπούλου & Δριμάλα, 2009):

- Η μήτρα είναι το κύριο όργανο που στοχεύει η προγεστερόνη. Η προγεστερόνη προάγει την μετατροπή του βλεννογόνου της μήτρας από την υπερπλαστική στην εκκριτική φάση, διεγείρει την πάχυνση του μυομητρίου και ευνοεί την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα.
- Στον τράχηλο, μεταβάλλει την σύσταση της βλέννας και την καθιστά αδιαπέραστη στα σπερματοζωάρια (αντισυλληπτική δράση).
- Αναστέλλει την παραγωγή της LH και έτσι αναστέλλει την ωορρηξία.
- Προάγει την διατήρηση της εγκυμοσύνης με περαιτέρω ανάπτυξη του βλεννογόνου της μήτρας. Η προγεστερόνη που παράγεται κατά την κύηση από τον πλακούντα, προάγει την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού.
- Στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) προάγει την αύξηση της βασικής θερμοκρασίας στο μέσον του κύκλου και επίσης θεωρείται εν μέρη υπεύθυνη, για τις ψυχολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στο τέλος της εγκυμοσύνης και πριν από την εμμηνορρυσία.

1.4. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Ο αναπαραγωγικός κύκλος μιας γυναίκας διακρίνεται σε 2 κύκλους και κατ' επέκταση σε φάσεις. Αρχικά έχουμε τον ωθητικό κύκλο που διακρίνεται στην προωρρηκτική φάση και την μετωρρηκτική φάση και ακολουθεί ο ενδομήτριος κύκλος που διακρίνεται στην εμμηνορρυσιακή φάση, παραγωγική φάση, εκκριτική φάση και ισχαιμική φάση.



Εικόνα 8: Αναπαραγωγικός κύκλος
(Διαμαντοπούλου & Δριμάλα, 2009)

▼ Ο Ωθητικός Κύκλος:

- Προωρρηκτική φάση: τα ωοθυλάκια ωριμάζουν υπό την επίδραση της θηλακιότροπου ορμόνης και των οιστρογόνων. Η απότομη αύξηση της ωχρινοτρόπου ορμόνης προκαλεί την ωορρηξία (1^η – 14^η ημέρα του κύκλου)
- Μετωρρηκτική φάση: το ωάριο ελευθερώνεται από το ώριμο ωοθυλάκιο. Το ωχρο σωματίο αναπτύσσεται από την επίδραση της ωχρινοτρόπου ορμόνης και παράγει υψηλά επίπεδα προγεστερόνης και κάποια οιστρογόνα (15^η - 28^η ημέρα του κύκλου).

▼ Κύκλος του Ενδομητρίου:

- Εμμηνορρυσιακή φάση: γίνεται απόπτωση των επιφανειακών στοιβάδων του ενδομητρίου κατά την εμμηνορρυσία. Τα επίπεδα οιστρογόνου είναι χαμηλά (1^η – 5^η ημέρα του κύκλου).

- Παραγωγική φάση: το ενδομήτριο μεγαλώνει. Το ωοθυλάκιο μεγαλώνει, ωριμάζει και γίνεται ωορρηξία. Τα επίπεδα οιστρογόνου ανεβαίνουν κατακόρυφα πριν την ωορρηξία (6^η – 14^η ημέρα του κύκλου).
- Εκκριντική φάση: τα επίπεδα οιστρογόνων μειώνονται με γοργούς ρυθμούς και η προγεστερόνη αυξάνεται για να επιτευχθεί η πάχυνση του ενδομητρίου (15^η – 26^η ημέρα του κύκλου).
- Ισχαιμική φάση: το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται προκαλώντας πτώση των επιπέδων οιστρογόνων και προγεστερόνης (27^η – 28^η ημέρα).

2. Η ΕΓΚΥΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

2.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η ανατομία και οι φυσιολογικές μεταβολές που συνοδεύουν τον εμμηνορρυσιακό κύκλο σε μία μη έγκυο γυναίκα αναλύθηκαν στον προηγούμενο Κεφάλαιο. Το παρόν Κεφάλαιο θα πραγματοποιήσει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις φυσιολογικές αλλαγές που συνοδεύουν την εγκυμοσύνη καθώς και της λειτουργική ανατομία της πυελού της γυναίκας.

2.1.1. Βασική φυσιολογία αναπαραγωγής

Όταν το σπέρμα εναποτεθεί στον κόλπο, τα σπερματοζωάρια πορεύονται μέσω του τραχήλου και του σώματος της μήτρας προς τις σάλπιγγες όπου, αν υπάρχει ωάριο, μπορεί να πραγματοποιηθεί γονιμοποίηση. Η πλειοψηφία των σπερματοζωαρίων που εναποτίθενται στο κόλπο πεθαίνουν εντός των πρώτων ωρών (1–2 ώρες) εξαιτίας του φυσιολογικά όξινου περιβάλλοντος. Τα σπερματοζωάρια υποβοηθούνται στην πορεία τους προς τις σάλπιγγες από τις συσπάσεις της μήτρας και των σαλπίγγων. Απαραίτητη για την διάβαση των σπερματοζωαρίων προς τις σάλπιγγες είναι η κατάλληλη σύσταση βλέννης (Swartz, 2010).

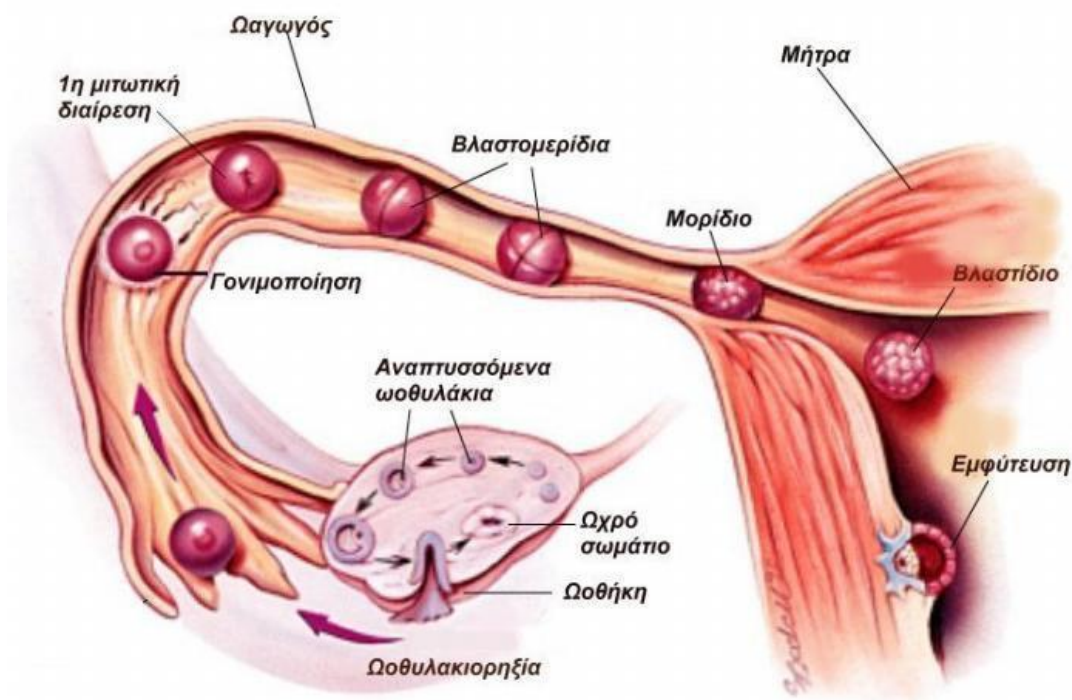
Το γονιμοποιημένο ωάριο (ζυγωτής) παραμένει στην σάλπιγγα για περίπου 3 ημέρες. Ενώσω βρίσκεται εντός της σάλπιγγας, το γονιμοποιημένο ωάριο διαιρείται επανειλημμένα για το σχηματισμός σφαιρικής μάζας κυττάρων που ονομάζεται μορίδι. Αν υπάρχει υπόφραξη της σάλπιγγας, το γονιμοποιημένο ωάριο μπορεί να παγιδευτεί εντός της σάλπιγγας και να εμφυτευτεί στο τοίχωμα αυτής, δημιουργώντας μια σαλπιγγική κύηση) (Ιατράκης, 2004).

Στη φυσιολογική εγκυμοσύνη, περίπου 6 – 8 ημέρες μετά την γονιμοποίηση το μορίδιο εξελίσσεται σε βλαστοκύστη, η οποία μεταναστεύει μέσω της σάλπιγγας

προς τη μήτρα, όπου προσκολλάται στο ενδομήτριο, με την εσωτερική μάζα κυττάρων κοντά στην επιφάνεια του ενδομητρίου. Απελευθερώνεται ουσίες οι οποίες καταστρέφουν τα επιθηλιακά κύτταρα επιτρέποντας την βλαστοκύστη να διεισδύσει εντός του ενδομητρίου. Στην συνέχεια το ενδομήτριο αναπτύσσεται γύρω από την εισβάλλουσα βλαστοκύστη, καλύπτοντας της πλήρως.

Το αρχέγονο χόριο, ο συνδυασμός τροφοβλάστης και αρχέγονου μεσοδέρματος, εκκρίνει μια ορμόνη την ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη, η οποία έχει την δυνατότητα να ελέγχει το ωχρό σωματίο και να αναστέλλει την υποφυσιακή γοναδοτροπίνη δραστηριότητα. Αμέσως μετά, αφού η διείσδυση συνεχίζεται τα μητρικά φλεβικά αγγεία διαστέλλονται ώστε να σχηματίσουν λίμνες αίματος με στόχο να σχηματίσουν τις χοριακές λάχνες. Αυτές μπορούν να αναγνωριστούν ήδη από την 12^η ημέρα μετά την γονιμοποίηση. Οι λάχνες παίρνουν μια φυλλόμορφη έμφαση και σχηματίζουν το λαχνωτό χόριο.

Μέχρι και τη 15^η μέρα μετά τη γονιμοποίηση, τα μητρικά αγγεία έχουν αρχίσει να εκβάλλουν στις μητρικές λίμνες αίματος μετά την 17^η έως και την 18^η ημέρα, έχει εγκατασταθεί μια λειτουργική πλακουντιακή κυκλοφορία. Στην τελειόμηνη κύηση, η μητροπλακουντιακή αιματική ροή υπολογίζεται περίπου 500 έως 700 mlit/min (Swartz, 2010).



Εικόνα 9: Γονιμοποίηση, αυλάκωση και εμφύτευση
(emBIO, 2016)

Το ενδομήτριο της κύησης ονομάζεται φθαρτός. Υπάρχουν τρεις τύποι, που διακρίνονται με βάση την έντονη σε σχέση με το αναπτυσσόμενο έμβρυο και είναι οι ακόλουθοι:

- Θυλακοειδής φθαρτός: υπερκείμενο υπιθήλιο που καλύπτει το κυήμα
- Βασικός φθαρτός: βρίσκεται ανάμεσα στη βλαστοκύστη και το μυομήτριο
- Τοιχωματικός ή γνήσιος φθαρτός: είναι ο φθαρτός του υπολοίπου της ενδομητρικής κοιλότητας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μια από τις πρώτες ορμόνες που παράγονται από τον αναπτυσσόμενο τροφοβλαστό ιστό είναι η HCG. Η ορμόνη αυτή εκκρίνεται από την 8^η μέρα μετά την γονιμοποίηση. Οι τίτλοι της αυξάνονται έως ένα μεγάλο επίπεδο περίπου κατά την 60^η έως 70^η ημέρα μετά την γονιμοποίηση και στην συνέχεια μειώνεται. Η κύρια λειτουργία αυτής της ορμόνης είναι η διατήρηση του ωχρού σωματίου κατά τους δύο πρώτους μήνες της κύησης, μέχρις ότου ο ίδιος ο πλακούντας μπορεί να παράγει αρκετή προγεστερόνη.

Ωστόσο, ο πλακούντας είναι υπεύθυνος για την παραγωγή αρκετών ορμονών, όπως ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο, ανθρώπινη χοριακή θυρετροπίνη, φλοιοεπινεφριδιότροπος ορμόνη και οιστρογόνα (Swartz, 2010).

2.1.1.1. Πλακούντας

Ο πλακούντας όπως προαναφέραμε είναι υπεύθυνος για την παραγωγή διάφορων ορμονών. Ωστόσο, είναι και το βασικό όργανο για την διατροφή του εμβρύου, του οποίου η ακεραιότητα εξαρτάται πλήρως από την επάρκεια του πλακούντα. Ο πλακούντας προέρχεται από την τροφοβλάστη του γονιμοποιημένου ωαρίου, συνδέεται στενά με την κυκλοφορία της μητέρας και διεκπεραιώνει λειτουργίες ζωτικής σημασίας για την ζωή του εμβρύου.

Το σχήμα του πλακούντα είναι στρογγυλό και επίπεδο και έχει διάμετρο περίπου 20 cm και πάχους 2,5 cm. και το βάρος του είναι περίπου το 1/6 του βάρους του νεογνού στο τέλος της εγκυμοσύνης (Τραγέα, 1999).

Η μητρική επιφάνεια έχει χρώμα σκούρο κόκκινο και χωρίζεται σε 20 περίπου κοτυληδόνες, που χωρίζονται μεταξύ τους με αύλακες. Κάθε κοτυληδόνα έχει μια λάχνη και τους κλάδους της. Το άμνιο καλύπτει την εμβρυϊκή επιφάνεια και της δίνει μια υπόλευκη λεία όψη. Είναι ορατοί οι κλάδοι των ομφαλικών αγγείων, που αρχίζουν από τον ομφάλιο λώρο, συνήθως στο κέντρο του πλακούντα και καταλήγουν στην περιφέρεια. Εάν το άμνιο αφαιρεθεί, μένει το χόριο, από το οποίο αναπτύχθηκε ο πλακούντας (Διαμαντοπούλου & Δριμάλα, 2009).

Το γονιμοποιημένο ωάριο καλύπτεται από λεπτές προεκβολές που προέρχονται από την τροφοβλάστη. Τρεις βδομάδες μετά την γονιμοποίηση, οι προεκβολές που βρίσκονται στην περιφέρεια ατροφούν, ενώ αυτές που έχουν διεισδύσει στο φθαρτό, οι λάχνες, αναπτύσσονται.

Το άθροισμα των λαχνών αποτελεί τον πλακούντα. Ο πλακούντας είναι τελείως σχηματισμένος στο τέλος της 10^{ης} εβδομάδας της κύησης. Μεταξύ της 12^{ης} και 20^{ης} εβδομάδας ο πλακούντας ζυγίζει περισσότερο από το έμβρυο, διότι τα όργανα του εμβρύου δεν έχουν σχηματιστεί και έχει αποκλειστικά αναλάβει το μεταβολισμό και τη διατροφή του εμβρύου. Επιπλέον, το εμβρυϊκό αίμα ωθείται από την εμβρυϊκή καρδιά στον πλακούντα μέσω των ομφαλικών αρτηριών και μεταφέρεται με τα τριχοειδή στις λάχνες. Από εκεί αφού πάρει οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά, επιστρέφει στο έμβρυο με την ομφαλική φλέβα (Τραγέα, 1999).

1.2.1.2. Αμνιακός Σάκος και Αμνιακό Υγρό

Ο αμνιακός σάκος αποτελείται από δύο μεμβράνες οι οποίες είναι οι εξής (Τραγέα, 1999):

- Εξωτερική μεμβράνη: το χόριο, η οποία είναι μια αδιαφανής μεμβράνη, πιο παχιά από το άμνιο, εύθραυστη, που δημιουργήθηκε από την τροφοβλάστη.
- Εσωτερική μεμβράνη: το άμνιο, μια διαφανής, λεία μεμβράνη. Πιστεύεται ότι συμβάλλει στην παραγωγή του αμνιακού υγρού.

Ωστόσο, ο αμνιακός σάκος είναι τεντωμένος με την βοήθεια του αμνιακού υγρού, όπου επιτρέπει την αύξηση αλλά και την κίνηση του εμβρύου στο εσωτερικό

της κοιλιακής χώρας. Επιπλέον, το αμνιακό υγρό έχει την δυνατότητα να εξουδετερώνει τις πιέσεις με συνέπεια να προστατεύει το έμβρυο από τραυματισμούς. Κρατά σταθερή την θερμοκρασία και εξασφαλίζει στο έμβρυο μερικά θρεπτικά συστατικά.

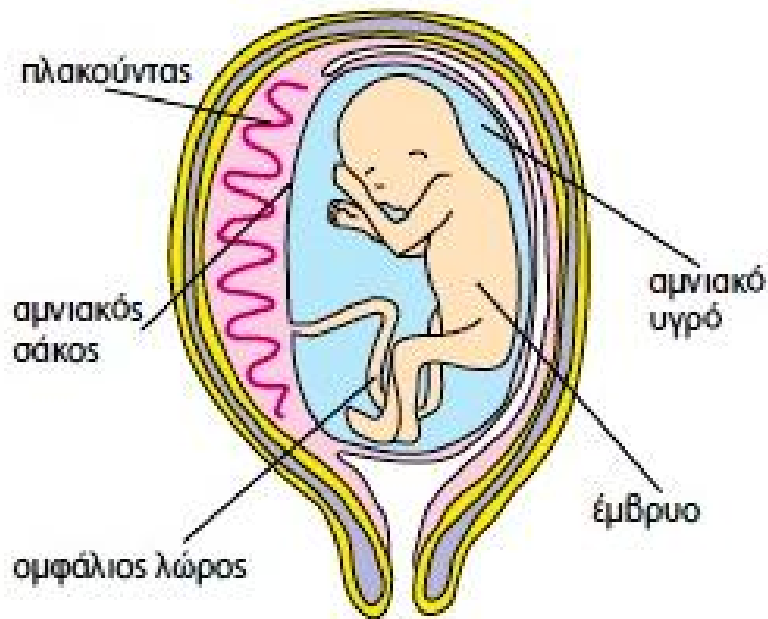
Στον τοκετό και εφόσον το θυλάκιο παραμείνει άρρηκτο, το αμνιακό υγρό προστατεύει τον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα από την πίεση των συστολών της μήτρας. Επίσης, βοηθά στην εξάλειψη του τραχήλου και στην διαστολή του τραχηλικού στομίου (Τραγέα, 1999).

Το αμνιακού υγρού αυξάνεται μέχρι την 38^η εβδομάδα της κύησης και φτάνει περίπου το 1 lit. Μετά την 38^η εβδομάδα μειώνεται σταδιακά και φτάνει τα 800 gr στο τέλος της εγκυμοσύνης. Στην περίπρωση που το αμνιακό υγρό ξεπεράσει τα 1500 ml – 2000 mlit, χαρακτηρίζεται ως υδράμνιο ή πολυάμνιο, ενώ το αμνιακού υγρού είναι λιγότερο από 300 mlit, χαρακτηρίζεται ως ολιγάμνιο (Ιατράκης, 2004).

1.2.1.3. Ομφάλιος Λώρος

Ο ομφάλιος λώρος συνδέει το έμβρυο με τον πλακούντα και περιέχει τρία αγγεία, δύο αρτηρίες και μία φλέβα. Τα αγγεία περιβάλλονται από μια ζελατινώδη ουσία, την βαρθώνιο γέλη, που δημιουργείται από το μεσόδερμα. Ολόκληρος ο ομφάλιος λώρος καλύπτεται από το άμνιο. Το μήκος του ποικίλλει από 50 cm - 90 cm με μέσο όρο 55 cm και έχει διάμετρο 2 cm.

Επειδή, ο πλακούντας αναπτύσσεται από τις χοριακές λάχνες, ο ομφάλιος λώρος συνήθως εντοπίζεται κεντρικά. Η περιφερειακή πρόσφυση απαντάται λιγότερο συχνά και ορίζεται, στην περίπτωση αυτή, ως πλακούντας με επιχείλια πρόσφυση του ομφαλίου λώρου. Τα αιμοφόρα αγγεία διατάσσονται από το κέντρο σε όλες τις περιοχές του πλακούντα (Lowdermilk & Perry, 2006).



Εικόνα 10: Πλακούντας, αμνιακός σάκος, αμνιακό υγρό, ομφάλιος λώρος
(emBIO, 2016)

2.1.2. Λειτουργική ανατομία τοκετού

Η πυελική κοιλότητα ορίζεται προς τα πάνω από το επίπεδο εισόδου, προς τα κάτω από το επίπεδο εξόδου, προς τα πίσω από το ιερό οστό, στα πλάγια από τους ισχιοϊερούς συνδέσμους και τα ισχιακά οστά και προς τα εμπρός από τους ηβικούς σάκους.

Ο γενετικός σωλήνας, μέσω του οποίου εξέρχεται το έμβρυο κατά τον τοκετό, μπορεί να θεωρηθεί σαν μια κυλινδρική δίοδος με τοιχώματα που αποτελούνται εν μέρει από ανελαστικά τμήματα και εν μέρει από μαλακούς ιστούς. Η εγκάρσια διατομή του κυλίνδρου είναι ωοειδής, με σκοπό να δίνεται η δυνατότητα να φιλοξενήσει την ωοειδή εγκάρσια διατομή της εισερχόμενης μοίρας του εμβρύου καθώς αυτή κατεβαίνει μέσω της πυελού ως αποτέλεσμα της εξώθησης δράσης των συστολών της μήτρας.

Ο μηχανισμός του τοκετού είναι και η αντίστοιχη ανατομία του περιπλέκονται εξαιτίας του ότι ο επιμήκης άξονας του ωοειδούς σχήματος, ο οποίος κείται εγκάρσια

στην είσοδο της πυελού, παίρνει προσθοπίσθια κατεύθυνση στη μεσότητά της. Το εισερχόμενο τμήμα του εμβρύου πρέπει συνεπώς να κατέλθει σε σπειροειδή πορεία καθώς προωθείται μέσω του γεννητικού σωλήνα (Swartz, 2010).

Η διαδικασία του τοκετού ποικίλει και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και τις σχέσεις που έχουν μεταξύ τους και με την ανατομία της μητέρας. Οι παράγοντες αυτοί είναι το σχήμα, η προβολή, η στάση και η θέση προβολής του εμβρύου. Αναλυτικότερα ισχύουν τα κάτωθι (Swartz, 2010):

- Σχήμα: ο όρος αυτός αναφέρεται στην σχέση ανάμεσα στον επιμήκη άξονα του εμβρύου και σε αυτόν της μητέρας. Το 99% των τελειώμενων κυήσεων ο άξονας του εμβρύου είναι παράλληλος με αυτόν της μητέρας. Αυτό ονομάζεται επίμηκες ή κάθετο σχήμα. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ο επιμήκης άξονας του εμβρύου σχηματίζει γωνία 90° με την μητρική πυελό και ονομάζεται εγκάρσιο σχήμα
- Προβολή: ο όρος αυτός αναφέρεται στην μοίρα του εμβρύου που βρίσκεται στον κάτω πόλο της μήτρας, πάνω από την είσοδο του πυελού και μπορεί να ψηλαφηθεί μέσω του τραχύλου. Συνήθως η κεφαλή του εμβρύου είναι σε θέση κάμψης, έτσι ώστε ο πώγωνας να είναι σε επαφή με τον θώρακα. Στην περίπτωση αυτή, η οπίσθιας πηγή είναι η προβάλλουσα μοίρα, και η προβολή ονομάζεται ινιακή προβολή. Όταν η κεφαλή βρίσκεται σε μερική κάμψη, πρόκειται για βρεγματική προβολή. Στο 95% του συνόλου των τοκετών το έμβρυο βρίσκεται σε ινιακή ή βρεγματική προβολή.
- Στάση: η στάση του εμβρύου είναι η θέση του σώματος του εμβρύου, η κάμψη, η ελαφρυά κάμψη ή η έκταση. Στις περισσότερες περιπτώσεις το έμβρυο κάμπτεται έτσι ώστε η ράχη του να είναι κυρτή, η κεφαλή σε στενή επαφή με το θώρακα, οι μηροί σε κάμψη προς την κοιλία και τα πόδια λυγισμένα στα γόνατα (στάση κάμψης).
- Θέση προβολής: η σχέση ανάμεσα σε αυθαίρετα επιλεγμένο οδηγό σημείο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου κι της μητρικής πυελού. Στην περίπτωση της ινιακής προβολής το επιλεγμένο οδηγό σημείο είναι το εμβρυϊκό ινίο ή η οπίσθια πηγή. Στην περίπτωση της ισχιακής προβολής είναι το ιερό οστό και στην περίπτωση της προσωπικής προβολής ο πώγωνας. Η μητρική πυελός διαιρείται σε οκτώ τμήματα σε σκοπό τον λεπτομερέστερο προσδιορισμό της θέσης προβολής.

- Επίπεδο ή ύψος: χαρακτηρίζεται ότι ύψος της καθόδου της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου. Στην περίπτωση του επιπέδου 0 σημαίνει ότι το εμβρυϊκό ινίο έχει φτάσει στο ύψος των ισχιακών ακάνθων της μητέρας και ότι το ευρύτερο εγκάρσιο τμήμα της εμβρυϊκής κεφαλής βρίσκεται στο ύψος του ακρωτηρίου (εμπέδωση). Στην περίπτωση του επιπέδου -1 σημαίνει ότι η κορυφή του κρανίου βρίσκεται σε ύψος 1cm πάνω από το επίπεδο των ισχιακών ακάνθων της μητέρας, με συνέπεια η κεφαλή του μβρού να μην έχει εμπεδωθεί.

Οι βασικές κινήσεις του τοκετού είναι οι εξής (Swartz, 2010):

- | | |
|--------------------|--------------|
| · Εμπέδωση | · Έκταση |
| · Κάθοδος | · Έξω στροφή |
| · Κάμψη έσω στροφή | · Έξοδος |

Υπάρχουν επίσης τέσσερις πυελικές μορφολογίες οι οποίες είναι οι ακόλουθες (Swartz, 2010):

- Γυναικοειδής
- Ανθρωποειδής
- Ανδροειδής
- Πλατυπυελοειδής

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η προαναφερόμενη διάκριση βασίζεται στο σχήμα εισόδου, της μεσότητας της πυελού και της εξόδου. Κάθε πυελός είναι δυνατό να συνδυάζει χαρακτηριστικά περισσότερα από μία μορφολογίες.

2.2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Τα συνηθέστερα συμπτώματα που έχει μια γυναίκα κατά την κύηση είναι τα ακόλουθα (Swartz, 2010):

- Αμηνόρροια
- Ναυτία
- Μεταβολές των μαστών
- Οπισθοστερνικός καύσος
- Οσφυαλγία
- Διόγκωση της κοιλίας
- Αντίληψη σκιρτημάτων εμβρύου
- Μεταβολές δέρματος
- Διαταραχές ούρησης
- Κολπικό έκκριμα κόπωση
- Κόπωση

Στην συνέχεια θα πραγματοποιηθεί ανάλυση των προαναφερόμενων με στόχο την πλήρη κατανόηση των συχνότερων συμπτωμάτων μιας γυναίκας που βρίσκεται σε κύηση (Swartz, 2010).

- ✓ *Αμηνόρροια:* οφείλεται στα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων, προγεστερόνη και HCG, τα οποία προκαλούν διόγκωση του ενδομητρίου του σε φθαρό, εμποδίζοντας το να αποπέσει ως έμμηνος ρύση.
- ✓ *Ναυτία:* με η χωρίς εμετό, είναι η καλούμενη πρωινή αδιαθεσία κύησης. Τα συμπτώματα εμφανίζεται συνήθως χειρότερο νωρίς το πρωί και υποχωρεί σε λίγες ώρες, υπάρχουν περιπτώσεις που διαρκεί περισσότερο. Περισσότερες από 50% γυναίκες σε κύηση παρουσιάζουν γαστρεντερικά συμπτώματα τους πρώτους 3 μήνες της κύησης. Αν και η αιτία είναι άγνωστη, για την εκδήλωση τους έχουν ενοχοποιηθεί τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων και HCG.επιπλέον, οι περισσότερες γυναίκες σε κύησης είναι αρκετά ευαίσθητες στις οσμές. Η πρωινή ναυτία βελτιώνεται την 12^η έως την 16^η εβδομάδα, όταν τα επίπεδα HCG έχουν μειωθεί. Μπορεί να παρατηρηθούν έντονοι εμετοί, με αποτέλεσμα αφυδάτωση κα κέτωση αλλά αυτό το φαινόμενο είναι σπάνιο και το εμφανίζει μόνο το 2% των γυναικών σε κύηση.
- ✓ *Μεταβολές των μαστών:* Οι μαστοί υφίστανται αρκετές μεταβολές εξαιτίας της κύησης. Ένα από τα πρώτα συμπτώματα είναι η αύξηση της αγγειοβρίθειας του μαστού, που συνοδεύεται από μια αίσθηση βάρους, σχεδόν πόνου. Αυτό παρατηρείται μετά την 6^η εβδομάδα. Μέχρι την 8^η εβδομάδα η θηλή και η θηλαία μπορεί να γίνουν πιο μελαγχρωματικές και η θηλή καθίσταται πιο στητή. Από την 16^η εβδομάδα, εκκρίνεται και μπορεί να αποκριθεί από τη θηλή ένα διαυγές υγρό που ονομάζεται πρωτόγαλα. Από την 20η εβδομάδα, αναπτύσσεται περαιτέρω μελάγχρωση και διάστιξη της θηλαίας.

- ✓ *Οπισθοστερνικός καύσος:* στην κύηση συμβαίνει διότι η προγεστερόνη προκαλεί χαλάρωση του γαστροοισοφαγικού σφιγκτήρα. Μια άλλη αιτία του οπισθοστερνικού καύσου στον τρίτο μήνα είναι η προς τα άνω διόγκωση της μήτρας. Αυτή η προς τα άνω μετατόπιση ασκεί πίεση στο στομάχι. Παρατηρείται μείωση της κινητικότητας του στομάχου, καθώς και μείωση της έκκρισης γαστρικού οξέος, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της πέψης.
- ✓ *Οσφυαλγία:* αποτέλεσμα της έκκρισης οιστρογόνων και προγεστερόνης, οι πυελικές αρθρώσεις χαλαρώνουν και το αυξημένο βάρος της μήτρας επιτείνει τη λόρδωση. Οι κοιλιακοί μύες διατείνονται και χάνουν το μυϊκό τους τόνο.
- ✓ *Διόγκωση της κοιλίας:* η μήτρα ανέρχεται από την πυελό προς το εσωτερικό της κοιλίας και μετά την 12^η εβδομάδα της κύησης και κατά την 15^η εβδομάδα είναι συνήθως εμφανής η αύξηση της περιφέρειας της κοιλίας. Η διόγκωση αυτή είναι εμφανέστερη νωρίτερα στις πολύτοκες γυναίκες, οι κοιλιακοί μύες των οποίων έχουν χάσει μέρος του μυϊκού τους τόνου στη διάρκεια των προγενέστερων κυήσεων.
- ✓ *Αντίληψη σκιρτημάτων εμβρύου:* η αντίληψη των σκιρτημάτων του εμβρύου συνήθως αρχίζει την 20^η στην πρωτότοκο, αλλά γίνεται αισθητή 2 έως 3 εβδομάδες νωρίτερα στην πολύτοκο. Στην αρχή η αίσθηση είναι αμυδρή. Ωστόσο η αντίδραση αυτή θεωρείται σημαντική δεν αποτελεί αξιόπιστο σημείο της κύησης, επειδή μια γυναίκα μπορεί να πείσει τον εαυτό της για την παρουσία του
- ✓ *Μεταβολές δέρματος:* εκτός από τις μελαγχρωματικές μεταβολές που προαναφέρθηκαν στο μαστό τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται και σε άλλα σημεία του σώματος. Τα συμπτώματα αυτά τα εμφανίζουν γυναίκες μελαχρινές ή γυναίκες με σκούρα επιδερμίδα. Η περιοχές που τείνουν να σκουραίνουν είναι αυτές που εμφανίζουν περισσότερες τριβές. Νέες περιοχές μελάγχρωσης του προσώπου, επονομαζόμενες χλόασμα, αναπτύσσονται επίσης στις παρειές, το μέτωπο, τη μύτη και τον πώγωνα. Αυτές οι μεταβολές οφείλονται στην παρουσία υψηλών επιπέδων ωοθηκικών, πλακουντιακών και υποφυσιακών ορμονών. Επιπλέον, στις μεταβολές του δέρματος κατατάσσονται και οι ραβδώσεις της κύησης, όπου είναι ακανόνιστες, γραμμοειδείς, ερυθροϊώδεις βλάβες που αναπτύσσονται στην κοιλία, τους μαστούς, το ανώτερο τμήμα των βραχιόνων, τους γλουτούς και τους μηρούς. Οι ραβδώσεις οφείλονται σε διάταση και ρήξη του συνδετικού ιστού κάτω από την

κερατίνη στιβάδα. Επιπλέον, παρουσιάζονται μεταβολές στα νύχια που συνήθως παρατηρούνται αυλακώσεις, καθώς και ευθρυπτότητα ή μαλθακή σύστασή τους. Η εκκρίνης εφίδρωση αυξάνει προοδευτικά στη διάρκεια της κύησης, ενώ η δραστηριότητα των αποκρινών αδένων μειώνεται. Υπερτρίχωση, η οποία οφείλεται σε αυξημένη έκκριση ανδρογόνων, μπορεί επίσης να παρατηρηθεί στο πρόσωπο, τα χεριά, τα πόδια και η ράχη.

- ✓ *Διαταραχές ούρησης:* αρχίζουν από την 6^η εβδομάδα. Η συχνουρία θεωρείται ότι προκαλείται εξαιτίας της αγγειοβρίθειας της κύστης, καθώς επίσης εξαιτίας της πίεσης που ασκεί η διογκούμενη μήτρα πάνω στην κύστη. Καθώς η μήτρα ανέρχεται πάνω από την πυελό, τα συμπτώματα τείνουν να μειώνονται. Ωστόσο, προς το τέλος της κύησης τα συμπτώματα από το ουροποιητικό ξαναεμφανίζονται, καθώς η κεφαλή του εμβρύου εμπεδώνεται εντός της μητρικής πυελού και περιορίζει την χωρητικότητα της ουροδόχου κύστης.
- ✓ *Κολπικό έκκριμα κόπωση:* η παρουσία μιας ασυμπτωματικής, λευκωπής, γαλακτώδους κολπικής έκκρισης είναι συχνή, καθώς τα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων διεγείρουν την παραγωγή τραχηλικής βλέννης και εκκρίσεων από τα τοιχώματα του κόλπου.
- ✓ *Κόπωση:* η κόπωση είναι συχνή ιδιαίτερα στην διάρκεια της πρώιμης κύησης. Μερικοί ιατροί θεωρούν ότι η προγεστερόνη έχει υπναγωγό δράση και ευθύνεται για την κόπωση.
- ✓ *Άλλα συμπτώματα:* υπάρχουν πολλές γυναίκες όπου παρουσιάζουν και άλλα συμπτώματα όπως είναι οι κρισοί, κεφαλαλγία, κράμπες στα κάτω άκρα, οιδήματα άνω και κάτω άκρων, δυσκοιλιότητα, ουλορραγία, αϋπνία και ζαλάδες.

2.3. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Η κύηση μπορεί να αποτελέσει μια από τις πιο συναρπαστικές περιόδους στη ζωή μας γυναίκας, ή μία από τις χειρότερες. Ακόμα και μία γυναίκα που νιώθει χαρούμενη επειδή έμεινε έγκυος μπορεί να βασανίζεται από άγχος σε όλη την διάρκεια της κύησης. Οι γυναίκα που βρίσκεται σε κύηση καθημερινά δημιουργεί πολλές απορίες που συχνά εμφανίζουν οι περισσότερες γυναίκες σε κύηση και τα ζητήματα αυτά

προκαλούν μεγάλο άγχος. Καθώς η κύηση βρίσκεται σε εξέλιξη πολλές γυναίκες ανησυχούν για την εξωτερική τους εμφάνιση και το σώματος.

Η κύηση μπορεί να επιδεινώσει μια υφιστάμενη ψυχιατρική νόσο, και η κύηση και η λοχεία μπορεί να είναι τόσο αγχογόνες που μπορούν να προκαλέσουν και να εμφανίζουν ψυχιατρικά προβλήματα. Έχει υπολογιστεί ότι μία στα 5 γυναίκες που βρίσκονται σε κύηση παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, βαρύ επεισόδιο εμφανίζουν οι 1 έως 2 γυναίκες ανά 1000 γεννήσεις νεογνών.

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται στις γυναίκες που βρίσκονται σε κύηση. Το 15% όλων των εγκύων πάσχει από κάποιο βαθμό κατάθλιψης κατά την διάρκεια της κύησης, ενώ το 8% εμφανίζει κατάθλιψη διαρκούς της λοχείας. Η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να σχετίζεται με ορμονικές μεταβολές μετά τη γέννηση του βρέφους, στέρηση ύπνου στη διάρκεια του τοκετού, άγχος σχετικά με την ικανότητα φροντίδας του βρέφους δυσκολίες σίτισης και ανησυχίες σχετικά με την εμφάνιση. Ευτυχώς η επιλόχεια κατάθλιψη είναι αυτοπεριοριζόμενη και υποχωρεί εντός μιας εβδομάδας. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν συχνότερα επιλόχεια κατάθλιψη είναι αυτές που παρουσιάζουν προβλήματα στο γάμο τους ή είχαν ανεπιθύμητη κύηση.

Σε ασθενείς με επιβαρυσμένο παρελθόν είναι πιθανόν να εμφανιστεί κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια κατά τη λοχεία. Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν αυτές οι γυναίκες είναι σύγχυση, παρανοειδείς ιδέες και αποπροσανατολισμό. Επιπλέον, είναι σημαντικό να σημειωθεί το σύμπτωμα της αποστροφής προς το νεογνό (Swartz, 2010).

2.4. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ο απαραίτητος εξοπλισμός για την εξέταση μιας εγκύου είναι ο ίδιος με μια μη έγκυο γυναίκα. Ωστόσο, χρησιμοποιούνται και κάποια επιπλέον ειδικευμένα όργανα όπως το εμβρυϊκό στηθοσκόπιο, ο υπέρηχος Doppler κ.ά.. Ο υπέρηχος έχει την δυνατότητα να ανίχνευση τις καρδιακές σφίξεις του εμβρύου ήδη από την 6^η και 7^η εβδομάδα κύησης. Επιπλέον, ο υπέρηχος Doppler χρησιμοποιείται μετά την 10^η εβδομάδα ενώ το εμβρυϊκό στηθοσκόπιο χρησιμοποιείται μετά την 20^η εβδομάδα για την ακρόαση του καρδιακού παλμού του εμβρύου.

Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται άνετα. Κάθε εξέταση θα πρέπει να πραγματοποιείται σε άνετο περιβάλλον, με σεβασμό στην ιδιωτικότητα της εγκύου. Επιπλέον, ενδυμασία της εγκύου θα πρέπει να ανοίγει εύκολα από μπροστά για να διευκολύνεται όσο μπορεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης και να νιώθει άνετα. Τα μέλη της ασθενούς που δεν εξετάζονται θα πρέπει να καλύπτονται.

Επιπλέον, καλό είναι να υπενθυμίσουμε στην έγκυο να ουρήσει πριν την γυναικολογική εξέταση. Ακόμα σημειώνεται ότι τα χέρια πλένονται πάντα πριν ξεκινήσει εξέταση και βεβαιωνόμαστε ότι είναι στεγνά με σκοπό αν ο ιατρός χρειαστεί κάτι να μπορεί το νοσηλευτικό προσωπικό να τον βοηθήσει χωρίς να δημιουργήσει προβλήματα στην εξέταση ή στην έγκυο (Swartz, 2010).

2.4.1. Αρχική αναλυτική εξέταση

Τρεις είναι οι κύριοι στόχοι της αρχικής εκτίμησης και είναι οι ακόλουθοι (Swartz, 2010):

- Ο προσδιορισμός της κατάσταση υγείας της μητέρας και του εμβρύου
- Ο προσδιορισμός ηλικίας κύησης του εμβρύου
- Καταγραφή πλάνου συνεχιζόμενης φροντίδας

Η φυσική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα (Swartz, 2010):

- Υπολογισμός ύψους και βάρους
- Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης
- Επισκόπηση δοντιών
- Ψηλάφηση θυρεοειδούς αδένα
- Ακρόαση καρδίας και πνευμόνων
- Εξέταση μαστών και θηλέων'
- Εξέταση κοιλίας
- Εξέταση των ποδιών για κίρσους
- Επισκόπηση αϊδίου, κόλπου και τραχήλου
- Κυτταρολογική μελέτη (Τεστ ΠΑΠ)

- Λήψη επιχρίσματος για χλαμύδια και γονόρροια
- Ψηλάφηση τραχήλου, της μήτρας και των εξαρτημάτων συμπεριλαμβανομένης της κλινικής εκτίμησης του μεγέθους της μήτρας σε ότι αφορά την ηλικία της κύησης.

Επιπλέον, όποτε είναι δυνατόν θα πρέπει να διενεργείται ένα υπερηχογράφημα κατά την πρώτη προγεννητική επίσκεψη με στόχο να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη ενδομήτριας κύησης με παρουσία εμβρυϊκών καρδιακών σφίξεων, να επιβεβαιωθεί να διορθωθεί η ηλικία κύησης και να ελεγχθεί το ενδεχόμενο πολύδυμης κύησης. Μια δεύτερη υπερηχογραφική εξέταση πραγματοποιείται συνήθως μεταξύ της 16^η και 20^η εβδομάδα προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι η κύηση εξελίσσεται φυσιολογικά και να αναγνωριστούν τυχόν μείζονες ανωμαλίες (Swartz, 2010).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό υποχρεούται να γνωρίζει όλη την διαδικασία των εξετάσεων ωστόσο δεν μπορεί να πραγματοποιήσει τα προαναφερόμενα εκτός από τον υπολογισμό του ύψους και του βάρους της γυναίκας που κυοφορεί καθώς και να μέτρηση την αρτηριακή της πίεση.

2.5. ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι μεταγενέστερες προγεννητικές εξετάσεις είναι σημαντικές για τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τυχόν ενδομήτρια δυστροφία, ανώμαλη προβολή, αναιμία, προεκλαμψία ή άλλα προβλήματα. Επί απουσίας συγκεκριμένων αιτιάσεων από την ασθενή έγκυο ή παθολογικών ευρημάτων στην αρχική κλινική εξέταση ή τις αρχικές εργαστηριακές και υπερηχογραφικές εξετάσεις, μόνο ορισμένα τμήματα της φυσικής εξέτασης που μόλις περιγράφηκαν διενεργούνται ως ρουτίνα σε κάθε επίσκεψη. Ωστόσο, στα προαναφερόμενα περιλαμβάνονται και η εξέταση του βάρους, ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και η εξέταση της κοιλιακής χώρας.

Με την φυσική εξέταση θα πρέπει να επιβεβαιωθεί η άρτια ανάπτυξη του εμβρύου και αν συμβαδίζει με την ηλικία της κύησης. Θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην αξιολόγηση του σχήματος και της προβολής του εμβρύου. Από την 28^η εβδομάδα κύησης έως στην ολοκλήρωση της υπάρχουν τέσσερις χειρισμοί γνωστοί

ως χειρισμοί Leopold, όπου απαντούν τα προαναφερόμενα. Οι χειρισμοί Leopold είναι οι ακόλουθοι (Swartz, 2010):

- Ο πρώτος χειρισμός χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του άνω πόλου και προσδιορίζει το τμήμα του εμβρύου που βρίσκεται στον πυθμένα της μήτρας
- Ο δεύτερος χειρισμός χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό της θέσης της ράχης του εμβρύου
- Ο τρίτος χειρισμός είναι η ψηλάφηση του κάτω πόλου του εμβρύου
- Ο τέταρτος χειρισμός πραγματοποιείται για την επιβεβαίωση της προβάλλουσας μοίρας και τον εντοπισμό του προεξέχοντα τμήματος της κεφαλής του εμβρύου.

3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΥΗΣΗΣ

3.1. ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Επιπλοκή στην ιατρική: ορίζεται η δυσμενής εξέλιξη μιας ασθένειας, μιας πάθησης ή μιας θεραπευτικής αγωγής

Κύηση – Εγκυμοσύνη: ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία μια γυναίκα φέρει ένα γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο αναπτύσσεται και εξελίσσεται στο σώμα της, διαρκεί περίπου 280 ημέρες, δηλαδή μέχρι την γέννηση του νεογνού

Τοκετός: ορίζεται η διαδικασία που ξεκινά με την εκδήλωση επαναλαμβανόμενων και ισχυρών συστολών της μήτρας, ικανών να προκαλέσουν διαστολή του τραχήλου, και τελειώνει με τη γέννηση του εμβρύου

Επιπλοκή κύησης: ορίζεται η δυσμενής εξέλιξη μιας εγκυμοσύνης

3.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΥΗΣΗΣ

Για να μελετηθούν οι κίνδυνοι που μπορεί να διατρέχει μια γυναίκα έγκυος θα πρέπει αρχικά να καταγραφεί το ιατρικό ιστορικό της. το ιατρικό ιστορικό καταγράφεται με παρόμοιο τρόπο όπως καταγράφεται σε μια γυναίκα μη έγκυος. Ο θεράπων ιατρός είναι υπεύθυνος να εκτίμηση την κατάσταση μιας εγκύου και να τονίζει τους μαιευτικούς κινδύνους που μπορούν να προκύψουν.

Οι μαιευτικοί κίνδυνοι αξιολογούνται σύμφωνα με κάποιους παράγοντες, οι οποίοι είναι οι κάτωθι:

- Ηλικία
- Αριθμός τοκετών
- Ύψος
- Βάρος κύησης
- Σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, νεφρική νόσο
- Αιμοσφαιρινοπάθεια και ισοαννοποίηση

- Ιστορικό προηγούμενων κυήσεων
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις
- Άλλες λοιμώξεις
- Χρήση καπνού αλκοόλ και άλλων ουσιών

Οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο σύλληψης εμβρύων με χρωμοσωματικές ανωμαλίες. Η πιθανότητα γέννησης ενός παιδιού με χρωμοσωματικές ανωμαλίες είναι περίπου 1:200 στην ηλικία των 35 ετών και φτάνει 1:20 σε ηλικία άνω των 44. Γυναίκες ηλικίας κάτω των 20 ετών κατά κανόνα γενούν περισσότερα πρόωρα νεογνά και νεογνά με χαμηλότερος βάρος γέννησης από ότι η γυναίκες ηλικίας 25 έως 35 ετών.

Επιπλέον, ο αριθμός τοκετών παίζει σημαντικό ρόλο, διότι γυναίκες που έχουν πάνω από πέντε παιδιά παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο προδρομικού πλακούντα και σπιφρού πλακούντα. Επιπλέον η ρήξη μήτρας μετά τον τοκετό εμφανίζεται αρκετά συχνά. Το ύψος της γυναικός επηρεάζει την φυσιολογική γέννηση του μωρού, διότι γυναίκες με ύψος μικρότερου των 152cm συνήθως παρουσιάζουν μικρές πτυελούς με συνέπεια να παρουσιάζουν προδιάθεση για κεφαλοπυελική δυσαναλογία και απαιτείται καισαρική τομή.

Όσο αφορά ασθένειες - νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, νεφρική νόσο) που παρουσιάζουν οι γυναίκες κατά την κύηση μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές επιπλοκές και απαιτείται ιδική παρακολούθηση από τον ιατρό τους. Η αιμοσφαιρινοπάθεια και ισοαννοποίηση μπορεί να δημιουργηθεί διότι κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να πυροδοτηθεί μια παρόξυνση της αναιμίας. Υπάρχουν σοβαρές περιπτώσεις που το έμβρυο μπορεί να παρουσιάσει βαριά αιμολυτική αναιμία πριν τον τοκετό.

Ωστόσο, σημειώνεται ότι το ιστορικό το προηγούμενων κυήσεων είναι πολύ σημαντικό. Ένα ιστορικό αποβολής λόγω τραυματισμού ή αποβολής κατά τον 2 ή 3 μήνα κύησης αυξάνει την πιθανότητα βλάβης του τράχηλου με συνέπεια ανεπάρκεια αυτού. Επιπλέον, ένα ιστορικό πρόωρου τοκετού ή γέννηση ελλιποβαρούς νεογνού (<1000 gr) αυξάνει την πιθανότητα πρόωρου τοκετού. Στις γυναίκες που έχουν πραγματοποίηση καισαρική τομή πρέπει να λαμβάνονται όλες οι πληροφορίες για τον λόγο που δεν πραγματοποιήθηκε φυσιολογικός τοκετός, ποιός τύπο καισαρικής τομής χρησιμοποιήθηκε για να μπορεί να καθοριστεί αν η έγκυος μπορεί να πραγματοποίηση κολπικό τοκετό.

Στην περίπτωση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων λοιμώξεων απαιτείται έλεγχος που με το πέρασα των χρόνων έχει γίνει έλεγχος ρουτίνας. Κάθε ιατρός θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός και σε περίπτωση που θεωρηθεί ότι η σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το έμβρυο πραγματοποιείται καισαρική τομή. Σε άλλες λοιμώξεις πραγματοποιείται προληπτικός έλεγχος σύμφωνα με την εβδομάδα κύησης.

Αν οι γυναίκες σε κύηση κάνουν χρήση εθιστικών ουσιών, τοξικές ουσίες στον χώρο εργασίας, καθώς και έκθεση σε άλλους τετράγωνους παράγοντες θα πρέπει να διερευνάται πλήρως η κατάσταση της, διότι τίθεται σε κίνδυνό το έμβρυο.

Οποιοσδήποτε από τους προαναφερόμενους παράγοντες μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μητρικής και εμβρυϊκής νοσηρότητας και θνησιμότητας και θα πρέπει να αξιολογείται (Swartz, 2010).

3.3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΥΗΣΗΣ

Οι επιπλοκές κύησης που εμφανίζονται συχνότερα είναι οι ακόλουθες:

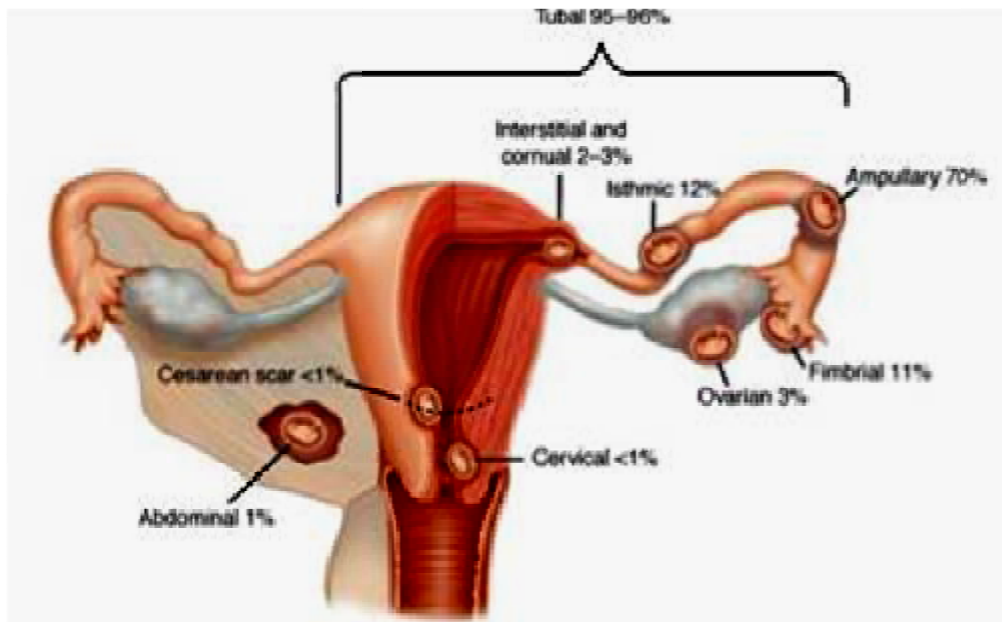
- Εξωμήτρια (έκτοπη) κύηση
- Αποβολή ή Παλίνδρομη κύηση
- Ολιγοάμνιο – χαμηλό αμνιακό υγρό
- Τοξιναιμία – προεκλαψία - εκλαμψία
- Πρόδρομος πλακούντας
- Αποκόλληση πλακούντα
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Πρόωρος τοκετός

Στα επόμενα εδάφια θα πραγματοποιηθεί η ανάλυση των προαναφερόμενων επιπλοκών κύησης, με στόχο την κατανόηση που δημιουργούνται καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης τους.

3.3.1. Εξωμήτρια (έκτοπη) κύηση

Η εξωμήτριος (έκτοπη) κύηση ορίζεται η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου σε θέση εκτός της κοιλότητας της μήτρας. Η έκτοπη κύηση μπορεί να συμβεί μετά από αυτόματη σύλληψη σε ποσοστό 1-1,5%. Σημειώνεται ότι στα προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής το ποσοστό παρουσιάζει κάποια αύξηση. Η εξωμήτριος (έκτοπη) κύηση θεωρείται από τις πιο σοβαρές επιπλοκές και θεωρείται συχνά απειλητική για τη ζωή της μητέρας. Καλείται να αναγνωριστεί και να αντιμετωπιστεί άμεσα (Λούβρου, 2009)

Η συνηθέστερη θέση εντοπισμού της εξωμητρίου κύησης είναι η σάλπιγγα και ονομάζεται σαλπιγγική κύηση. Το ποσοστό που επικρατεί η σαλπιγγική κύηση φτάνει το 98%, ενώ το υπόλοιπο 2% μπορεί να πραγματοποιηθεί στις ωοθήκες, στην περιτοναϊκή κοιλότητα, στον τράχηλο της μήτρας και στο σημείο που ενώνεται η μήτρα με τη σάλπιγγα (διάμεση κύηση). Ωστόσο, σε πολύ σπάνια περίπτωση μπορεί να υπάρχει ταυτόχρονη ύπαρξη ενδομήτριας και εξωμήτριας κύησης, η οποία ονομάζεται ετερότοπη κύηση (Γκικόντες, 2004 ; Λούβρου, 2009).



Εικόνα 11: Εντοπισμός εξωμήτριας κύησης
(Παπακωνσταντίνου, 2015)

3.2.1.1. Αιτίες εξωμήτριας (έκτοπη) κύηση

Οι αιτίες που οφείλεται μια έκτοπη κύηση ποικίλουν και σε μεγάλο ποσοστό δεν δύνεται η δυνατότητα να εντοπιστούν. Ωστόσο τα αίτια αυτά προκαλούν ολική ή μερική απόφραξη στις σάλπιγγες με συνέπεια να υπάρχει μειωμένη λειτουργικότητα. Όλα αυτά οδηγούν στην μη εφικτή μετάβαση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην ενδομήτρια κοιλότητα (Γκικόντες, 2004).

Οι κυριότερες αιτίες έκτοπης κύησης σύμφωνα με την Παπακωνσταντίνου (2015) είναι τα ακόλουθα:

- Ανατομικές ανωμαλίες διάπλασης των σαλπίγγων (οφιοειδής σάλπιγγα)
- Μικροβιακές σαλπιγγίτιδες (γονοκοκκικής και χλαμυδιακής αιτιολογίας)
- Προηγηθείσες επεμβάσεις στις σάλπιγγες (σαλπιγγοστομία)
- Ενδομητρίωση της σάλπιγγας και περισαλπιγγικές συμφύσεις
- Προηγηθείσα έκτοπη κύηση (αύξηση πιθανότητας στο 7-10%)
- Χρήση ενδομήτριων σπειραμάτων
- Ινομύματα (κοντά στο σαλπιγγικό στόμιο)
- Μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

3.2.1.2. Διάγνωση εξωμήτριας (έκτοπη) κύηση

Στην εξωμήτριας (έκτοπη) κύηση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί εύκολα διάγνωση διότι στα αρχικά τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι τα ίδια με της ενδομήτριας κύησης. Δηλαδή παρουσιάζει καθυστέρηση της έμμηνης ρύσης, θετικό τεστ κύησης, και κάποιες ασαφείς κοιλιακές ενοχλήσεις. Η διάγνωσή της έγκαιρα είναι σπουδαία διότι η καθυστέρηση μπορεί να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα στην γυναίκα όπως είναι η ρήξη της έκτοπης κύησης με συνοδό αιμορραγία όπου και θεωρείται απειλητική για την ζωή της.

Όλα τα προαναφερόμενα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι όταν μια γυναίκα αναληφθεί την κύηση με ένα τεστ εγκυμοσύνης να απευθυνθεί στον ιατρό της με σκοπό να ελεγχτεί πολύ νωρίς αν η κύησης είναι ενδομήτρια ή μη (Παπακωνσταντίνου, 2015).

Η διάγνωση την εξωμήτριος (έκτοπη) κύηση πραγματοποιείται με τον συνδυασμός εξετάσεων, οι οποίες είναι η β χοριακής γοναδοτροπίνης (β-HCG), τη διακολπική υπερηχογραφία και την κλινική εξέταση. Αναλυτικά παρατηρείται στα αρχικά στάδια της κύησης, όπου η ενδομήτρια κύηση δεν μπορεί να αποδειχθεί υπερηχογραφικά, η β-HCG πρέπει να αυξάνεται $\geq 66\%$ σε μια φυσιολογική κύηση σε χρονικό διάστημα 48 ωρών (2 ημερών), ενώ αντίθετα μια μικρότερη αύξηση ή σταθεροποίηση των τιμών σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο είναι ενδεικτικά εξωμήτριος (έκτοπη) κύηση (Γκικόντες, 2004).

Η ερμηνεία των υπερηχογραφικών ευρημάτων απαιτεί τον συνδυασμό με τις τιμές της β-HCG. Με τιμές β-HCG πάνω από 2.000 mIU/ml ο διακολπικός υπέρηχος μπορεί να αναδείξει ενδομήτριο σάκο και η συνοδός παρουσία άλλων εμβρυϊκών στοιχείων, όπως ο λεκιθικός ασκός εντός αυτού, μπορούν να αποκλείσουν την περίπτωση του ψευδοεμβρυϊκού σάκου ή της ενδομήτριας συλλογής υγρού, καταστάσεις που μιμούνται τη φυσιολογική ενδομήτρια κύηση. Η αναγνώριση εξαρτηματικών μαζών συσχετίζεται συχνά με την εξωμήτρια κύηση και, στην περίπτωση που συνυπάρχει και καρδιακή λειτουργία εντός αυτών, η διάγνωση της εξωμήτριας κύησης θεωρείται βέβαιη (Παπακωνσταντίνου, 2015).

3.2.1.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση εξωμήτριας (έκτοπη) κύησης

Η θεραπεία για την αντιμετώπιση της εξωμήτριος (έκτοπη) κύησης μπορεί να είναι συντηρητική, φαρμακευτική ή χειρουργική. Αναλυτικότερα για ισχύει κάθε τρόπο αντιμετώπισης της εξωμήτριος κύησης τα εξής (Παπακωνσταντίνου, 2015):

- Φαρμακευτική θεραπεία: πραγματοποιείται με τη χορήγηση μεθοτρεξάτης, η οποία είναι μία ουσία που παρεμποδίζει τη σύνθεση του DNA - με απαραίτητη προϋπόθεση η ασθενής να είναι αιμοδυναμικά σταθερή, οι τιμές της β-hCG να είναι μικρότερες από 7.000 mIU/ml και το κύημα να είναι μικρότερο από 3,5cm. Συνήθως γίνεται ενδομυϊκή χορήγηση μεθοτρεξάτης μαζί με φολικό οξύ και στην συνέχεια παρακολουθείται η ασθενής με μέτρηση των επιπέδων της β-hCG. Η πτώση της β-hCG σε χαμηλά επίπεδα θεωρείται ικανοποιητικό κριτήριο για την επιτυχή αντιμετώπιση της έκτοπης κύησης. Η χορήγηση της

μεθοτρεξάτης έχει ποσοστό επιτυχίας περίπου 80%-90%. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση.

- Χειρουργική αντιμετώπιση: αποτελεί την συχνότερη μέθοδο αντιμετώπισης. Οι εγχειρητικές τεχνικές που εφαρμόζονται είναι:

- Σαλπινγεκτομή: όπου εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ρήξης του τοιχώματος της σάλπιγγας ή σε περιπτώσεις που η σάλπιγγα παρουσιάζει σοβαρές βλάβες. Είναι η πιο συχνά τακτική.

- Σαλπινγοτομία: όπου εφαρμόζεται κυρίως στις περιπτώσεις εκείνες που δεν υπάρχει η άλλη σάλπιγγα ή όταν αυτή έχει σοβαρή βλάβη. Με την τεχνική αυτή διενεργείται τομή στο αντιμεσεντερικό χείλος της σάλπιγγας και στην συνέχεια αφαίρεση του κυήματος.

Οι προαναφερόμενες τεχνικές μπορούν να εφαρμοστούν με την διενέργεια λαπαροτομίας (ανοιχτό χειρουργείο) ή λαπαροσκοπικά. Σημειώνεται ότι σε σπάνιες περιπτώσεις της εξωμήτριος (έκτοπη) κύησης μπορεί να γίνει αυτόματη απορρόφηση/αποβολή του εξωμήτριου κυήματος (Γκικόντες, 2004).

3.3.2. Αποβολή ή Παλινδρομη Κύηση

Μια κύηση μπορεί να καταλήξει σε αποβολή ή παλινδρόμηση τις πρώτες 13 εβδομάδες. Το ποσοστό των κυήσεων που καταλήγουν σε αποβολή ή παλινδρόμηση είναι περίπου το 15% με 20%, δηλαδή μία στις 5 – 6 γυναίκες θα αποβάλλουν τους πρώτους τρεις μήνες της κύησης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά μπορεί στην πραγματικότητα να είναι λίγο μεγαλύτερα, διότι πολλές πρώιμες αυτόματες εκτρώσεις διατρέχουν ασυμπτωματικά και είναι δύσκολο να διαγνωσθούν. Οι περισσότερες από αυτές τις αποβολές είναι «τυχαίες» και δεν έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται με συνέπεια η γυναίκα να έχει πολύ μεγάλη πιθανότητα για μια επόμενη επιτυχή κύηση (Κολέσκας, 2016).

3.3.2.1. Αιτίες Αποβολής

Οι κυριότερες αιτίες αποβολή ή παλίνδρομης κύησης είναι οι ακόλουθες (Παπακωνσταντίνου, 2015):

√ Από το κύημα:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των αυτόματων αποβολών σχετίζονται με την μη ομαλή ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου, του εμβρύου και του πλακούντα. Το 65% - 70% θεωρείται αποτέλεσμα χρωματοσωμικών ανωμαλιών του εμβρύου. Οι ανωμαλίες αυτές πολύ σπάνια κληρονομούνται αυτός είναι και ο λόγος που δεν χρειάζεται το αποβληθέν κύημα να υποβληθεί σε έλεγχο DNA.

√ Από την μητέρα:

Η οργανισμός της μητέρας μπορεί να προκαλέσει πολλές αιτίες αποβολών. Αρχικά η ηλικία της παίζει σημαντικό ρόλο αφού οι πιθανότητες αποβολής για μητέρες μεγαλύτερη των 40 ετών φτάνει στο 50%, ενώ για μητέρες 30 ετών το ποσοστό είναι όνο 20%. Επιπλέον, μια βασική αιτία αποβολής είναι τα συστηματικά νοσήματα της μητέρας όπως είναι ο ελεγχόμενος σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, νοσήματα κολλαγόνου κ.ά..

Οι λοιμώξεις είναι αυτές που προκαλούν αυτόματες αποβολές. Οι συνηθέστεροι μικροβιακοί παράγοντες είναι το Mycoplasma, το Ureaplasma urealyticum, το Toxoplasma gondii, τα Chlamydia trachomatis και ο CMV. Ακόμα οι ενδοκρινολογικές παθήσεις, όπως είναι ο υποθυρεοειδισμός, ο σακχαρώδης διαβήτης και η ανεπάρκεια έκκρισης προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο.

Ωστόσο, η μητέρα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά μια κύηση από τον τρόπο διαβίωσης καθώς και τις συνήθειες της. Για παράδειγμα το κάπνισμά, η υπερβολική χρήση αλκοόλ, η λήψη φαρμάκων ή ναρκωτικών ουσιών, η κακή διατροφή και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο προδιαθέτουν στην πρόκληση αυτομάτων αποβολών.

Οι ανοσολογικοί παράγοντες είναι οι διάφοροι αυτοάνοσοι ή αλλοάνοσοι μηχανισμοί που μπορεί να ευθύνονται για τις αυτόματες αποβολές. Στους αυτοάνοσους μηχανισμούς συμπεριλαμβάνεται και το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, στο οποίο ανιχνεύονται αντικαρδιολιπινικά αντισώματα και τα αντιπηκτικά του λύκου. Τα αντισώματα αυτά στρέφονται εναντίον των αιμοπεταλίων και του ενδοθηλίου των

αγγείων με αποτέλεσμα την θρόμβωση των αγγείων του πλακούντα και τελικά την αυτόματη αποβολή. Οι αλλοάνοσοι μηχανισμοί προκαλούνται από παράγοντες που διαταράσσουν την φυσιολογική ισορροπία συνύπαρξης του εμβρύου και της μητέρας. Στους παράγοντες αυτούς συμμετέχουν τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας (HLA), οι ανασταλτικοί παράγοντες και τα αντιπατρικά αντιγόνα.

Επιπλέον, οι παθήσεις της μητέρας (δίκερη, δίδελφους και μονόκερη μήτρα) είναι από τις βασικές αιτίες αυτόματων αποβολών. Οι συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας ευθύνονται για το 15% περίπου των αυτόματων αποβολών. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλες παθήσεις που επηρεάζουν μια κύηση και την ωθούν σε αποβολή. Οι παθήσεις αυτές είναι τα υποβλεννογόνια ινομύματα, η αδενομύωση, οι ενδομητρικοί πολύποδες και οι ενδομήτριες συμφύσεις (σύνδρομο Ashermann).

Η ανεπάρκεια έσω τραχηλικού στομίου σημαίνει ότι μπορεί να υπάρξει βίαιη διαστολή του τραχηλικού σωλήνα κατά την απόξεση της μήτρας. Τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως στο 2^ο τρίμηνο της κύησης, με διαστολή του τραχήλου, προβολή του θυλακίου και τελικά ρήξη των εμβρυϊκών υμένων. Η κύηση οδηγείται αναπόφευκτα σε αυτόματη αποβολή. Στις γυναίκες που δεν βρίσκονται σε κύηση η διάγνωση τίθεται είτε με την υστεροσαλπιγγογραφία είτε με την εισαγωγή ενός κηρίου Hegar διαμέτρου 8mm. Στις εγκυμονούσες γυναίκες η διάγνωση τίθεται με την βοήθεια της υπερηχογραφίας. Η αντιμετώπιση της τραχηλικής ανεπάρκειας γίνεται με την περίδεση του τραχήλου, συνήθως με την τεχνική Shirodkar ή την τεχνική McDonald.

3.3.2.2. Διάγνωση Αποβολής

Όταν μια γυναίκα αποβάλει παρουσιάζει κάποια συμπτώματα. Τα βασικά συμπτώματα είναι ο έντονος κοιλιακός πόνος, όπου πολλές φορές συγκρίνεται με τον πόνο της έμμηνο ρύσης ή και ισχυρότερος. Επιπλέον, παρουσιάζεται και κολπική αιμορραγία, η οποία μπορεί να είναι ήπια έως και πολύ βαριά. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, η διάγνωση της αποβολής είναι εντελώς αναπάντεχη, αφού κανένα από τα παραπάνω συμπτώματα δεν παρατηρείται πριν από το υπερηχογράφημα, το οποίο δείχνει ότι η εγκυμοσύνη δεν εξελίσσεται (Κρεατσάς, 2005).

Για την πραγματοποίηση της διάγνωσης της αποβολής κύησης λαμβάνονται υπόψη τα προαναφερόμενα συμπτώματα και με την βοήθεια του διακολπικού υπερηχογραφήματος σε συνδυασμό με εξέταση αίματος. Συγκεκριμένα μετράται η χοριακή γοναδοτροπίνη στο αίμα και συναξιολογείται με την υπερηχογραφική εικόνα (Παπακωνσταντίνου, 2015)

3.3.2.3. Είδη αποβολών

Με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων και ανάλογα με την εξέλιξη είναι δυνατόν να διακριθούν τα εξής είδη αποβολών (Κρεατσάς, 2005):

- Επαπειλούμενη
- Αναπόφευκτη
- Ατελής
- Τελεία
- Παλίνδρομη
- Σηπτική
- Καθ' ἑξιν εκτρώσεις.

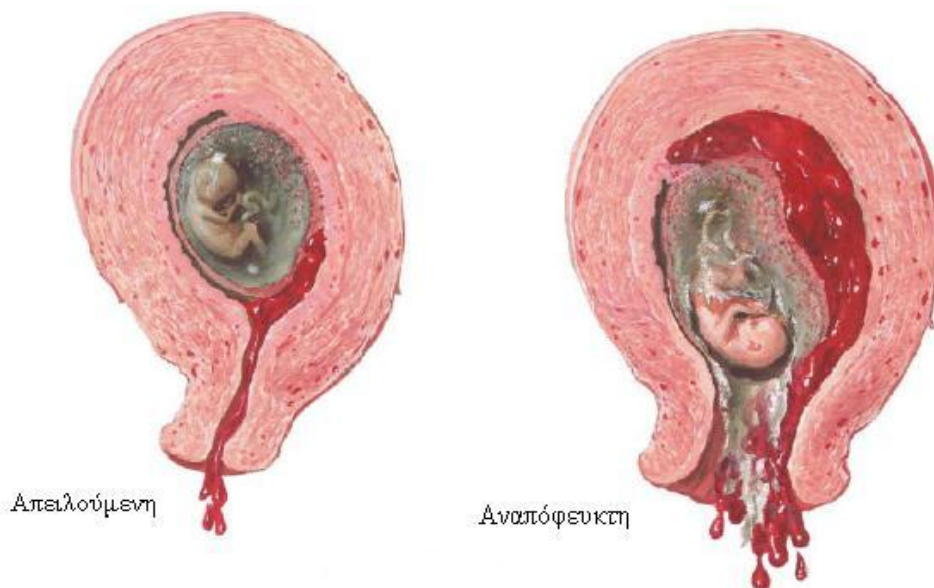
Στην συνέχεια θα πραγματοποιηθεί η ανάλυση των προαναφερόμενων ειδών των αποβολών.

▼ Επαπειλούμενη αποβολή

Το βασικό σύμπτωμα που παρουσιάζει η απειλούμενη αποβολή είναι η εμφάνιση αιμορραγίας. Σε μεγάλο ποσοστό εμφανίζεται να συνυπάρχει με ήπιο άλγος στο υπογάστριο. Ωστόσο, αυτό που θεωρείται σημαντικό εύρημα είναι ότι το έσω τραχηλικό στόμιο παραμένει κλειστό, ενώ η μήτρα είναι διογκωμένη και αντιστοιχεί στην ηλικία της κύησης. Σημειώνεται ότι είναι το μόνο είδος αποβολή που η κύησης μπορεί να φθάσει το τέρμα της σε ποσοστό περίπου 50%, ανεξάρτητα από τον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης της (Κρεατσάς, 2005).

▼ **Αναπόφευκτη αποβολή**

Στην περίπτωση που τα συμπτώματα της επαπειλούμενη αποβολής επιταθούν, δηλαδή οι συσπάσεις γίνουν πιο έντονες, αρχίσει η διαστολή του τραχήλου της μήτρας και επιταθεί η αποκόλληση του πλακούντα και η αιμόρροια από τα γεννητικά όργανα, η αποβολή καθίσταται αναπόφευκτη. Ο όρος αναπόφευκτη αποβολή σημαίνει ότι οι μεταβολές του τραχήλου είναι μη αναστρέψιμες και οποιαδήποτε προσπάθεια διατήρησης της κύησης είναι ανώφελη (Παπακωνσταντίνου, 2015).



Εικόνα 12: Απειλούμενη και αναπόφευκτη αποβολή
(Ζαργάνης, 2016)

▼ **Ατελής αποβολή**

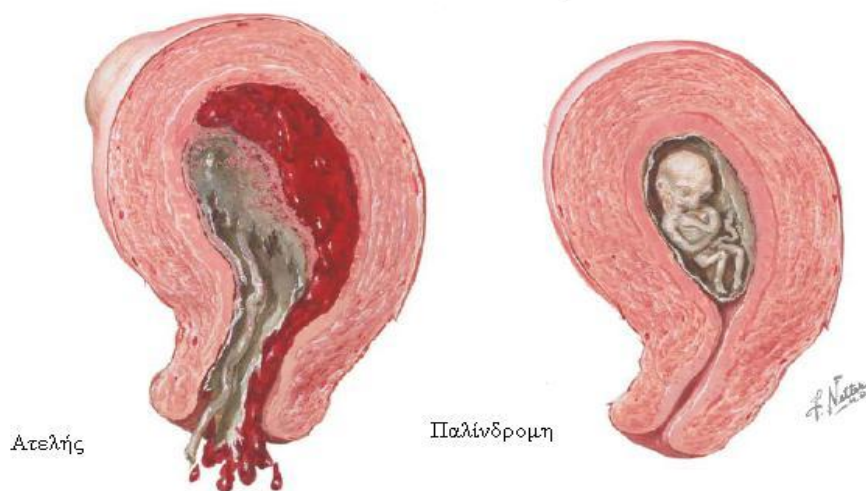
Το βασικό σύμπτωμα που παρουσιάζει η ατελής αποβολή είναι η έντονη αιμορραγία λόγω παραμονής των εμβρυικών στοιχείων στην κοιλότητα της μήτρας. Η απώλεια του αίματος μπορεί να είναι τόσο μεγάλη, με αποτέλεσμα να οδηγήσει σε ολιγαιμικό shock. Σημειώνεται ότι θεραπευτικά πρέπει να διενεργείται άμεση εκκένωση της μήτρας με απόξεση και σε περιπτώσεις υποογκαιμικού shock να χορηγούνται υγρά, πλάσμα και αίμα (Κρεατσάς, 2005).

✓ **Τέλεια αποβολή**

Η τέλεια αποβολή χαρακτηρίζεται από έντονα συμπτώματα άλγους και αιμορραγίας με συνέπεια την πλήρη έξοδο του εμβρύου και του πλακούντα. Ωστόσο, επιβάλλεται ο επιμελής έλεγχος του κυήματος για διαπίστωση τυχόν υπολειμμάτων εντός της μήτρας και η ιστολογική του εξέταση (Ιατράκης, 2006).

✓ **Παλίνδρομη αποβολή**

Παλίνδρομη αποβολή είναι η κατακράτηση του νεκρού εμβρύου εντός της κοιλότητας της μήτρας. Κλινικά τα συμπτώματα της κύησης εξαφανίζονται, ενώ το μέγεθος της μήτρας δεν αντιστοιχεί στην ηλικία της κύησης. Δεν είναι απαραίτητο να παρουσιαστεί κοιλιακή αιμόρροια. Επιπλέον, η τιμή της β-HCG παρουσιάζει πτώση. Θεραπευτικά πρέπει να διενεργείται απόξεση και εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας (Παπακωνσταντίνου, 2015).



Εικόνα 13: Ατελής και παλίνδρομη αποβολή

(Ζαργάνης, 2016)

✓ **Σηπτική αποβολή**

Σηπτική αποβολή θεωρείται οποιαδήποτε μορφή αποβολή που επιπλέκεται με λοίμωξη. Τις περισσότερες φορές δημιουργείται από επιμόλυνση εναπομεινάντων στοιχείων του κυήματος μετά από ατελή αποβολή. Η εκδήλωση της γίνεται με πυώδη κοιλιακή έκκριση, υψηλό πυρετό με ρίγος, κοιλιακό άλγος και ευαισθησία κατά την

ψηλάφηση, ειδικά στην υπερηβική περιοχή. Σημειώνεται ότι σε τέτοιες περιπτώσεις η ασθενής θα πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο με στόχο να της χορηγηθούν τα απαραίτητα υγρά και ενδοφλέβια αντιβίωση. Μετά την έναρξη της αντιβιοτικής αγωγής γίνεται εκκένωση της μήτρας από τα υπολείμματα της κύησης (Κρεατσάς, 2005).

v Καθ' ἑξιν αποβολές

Με τον όρο καθ' ἑξιν αποβολές, ορίζονται οι επαναλαμβανόμενες αποβολές μιας γυναίκας, η οποίες μπορούν να είναι από τρεις και πάνω. Σε αυτές τις περιπτώσεις η πιθανότητα να επιτευχθεί κύηση μετά από δύο αποβολές είναι περίπου 80%, ενώ μετά από τρεις 55%-75%. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν μεγάλες πιθανότητας για νέα αποβολή, με συνέπεια να καθιστά απαραίτητο τον ενδελεχή έλεγχο του ζευγαριού για την ανεύρεση του αιτίου.

Οι βασικές αιτίες των καθ' ἑξιν αποβολών μπορεί να είναι οι παθήσεις της μήτρας (συγγενείς ανωμαλίες, επίκτητες παθολογικές καταστάσεις όπως σύνδρομο Ashermann, ινομύματα, αδеноμύωση, διαταραχές της αιμάτωσης της μήτρας, φλεγμονές του ενδομητρίου), ορμονικές και μεταβολικές διαταραχές (ανεπάρκεια ωχρινικής φάσης, σακχαρώδης διαβήτης, υποθυρεοειδισμός, κλπ.), γενετικοί παράγοντες, ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου και τέλος σε ανοσολογικούς παράγοντες. Σημειώνεται ότι οι ανοσολογικοί παράγοντες είναι οι πλέον συχνοί και σημαντικοί αιτιολογικοί παράγοντες των καθ' ἑξιν αποβολών. Παρ' όλη την εκτεταμένη έρευνα για τον ρόλο τους στις καθ' ἑξιν αποβολές δεν έχουν διευκρινισθεί πλήρως αρκετά σημεία στο θέμα αυτό (Παπακωνσταντίνου, 2015).

3.3.2.4. Θεραπευτική αντιμετώπιση αποβολών

Αρχικά θα πρέπει να εκτιμηθούν τα συμπτώματα που παρουσιάζει η γυναίκα κατά την αποβολή καθώς και τα αντικειμενικά ευρήματα. Στην συνέχεια ακολουθεί η γυναικολογική εξέταση, ο αιματολογικός και κυρίως ο υπερηχογραφικός έλεγχος των έσω γεννητικών οργάνων. Ωστόσο, συνιστάται να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην εκτίμηση της κατάστασης του έσω τραχηλικού στομίου της μήτρας.

Σε κάθε μία από τις προαναφερόμενες περιπτώσεις αποβολής συστήνονται κάποιες συμβουλές από τον ιατρό. Στην επαπειλούμενη αποβολή προτείνεται κατάκλιση, αποφυγή κόπωσης και σεξουαλικής επαφής μέχρι να υποχωρήσει η αιμορραγία. Υπάρχουν περιπτώσεις που χορηγείται προγεστερόνης, διότι μπορεί να βοηθήσει. Η χορήγηση της πραγματοποιείται είτε από το στόμα είτε διακολπικά. Στην περίπτωση που η αποβολή συνοδεύεται από μεγάλη ποσότητα αίματος και άλγος θα πρέπει να γίνει μετάγγιση αίματος και χορήγηση αναλγητικών (Ιατράκης, 2006).

Στην περίπτωση της σηπτικής αποβολής θα πρέπει να πραγματοποιείται αιματολογικός έλεγχος καθώς και καλλιέργεια κολπικού εκκρίματος για την ανεύρεση του αιτιολογικού παράγοντα και χορήγηση της κατάλληλης αντιβίωσης. Σημειώνεται ότι είναι πολύ σημαντικό η εκκένωση της μήτρας στην σηπτική έκτρωση να πραγματοποιηθεί με πολύ μεγάλη προσοχή και να αποφευχθούν βίαιοι χειρισμοί με στόχο να μην υπάρξει διασπορά μικροβίων δια την αιματικής οδού με κίνδυνο γενικευμένης μόλυνσης (σηψαιμίας).

Στην περίπτωση που το κύημα δε είναι ζωντανό ή δεν έχει αποβληθεί τελείως τότε θα πρέπει να πραγματοποιηθεί εκκένωση της μήτρας με θεραπευτική απόξεση ή αναρρόφηση. Σε αποβολές που πραγματοποιούνται στο 2^ο τρίμηνο η χορήγηση προσταγλανδινών, κυρίως από την κολπική οδό, είναι η μέθοδος εκλογής για την όσο το δυνατόν ατραυματική περάτωση της επέμβασης, περιορίζοντας σημαντικά τις επιπλοκές. Τα υπολείμματα της κύησης πρέπει πάντοτε να αποστέλλονται για ιστολογική εξέταση.

Στη περίπτωση των καθ' ἑξιν αποβολών η αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνεται με έλεγχο του καρυοτύπου των γονέων, έλεγχο για επίκτητη και κληρονομική θρομβοφιλία, έλεγχο της λειτουργίας του θυρεοειδούς και έλεγχο των αιτιολογικών παραγόντων φλεγμονών. Η κοιλότητα της μήτρας και το έσω τραχηλικό στόμιο θα πρέπει να ελέγχονται με απεικονιστικές μεθόδους (υστεροσαλπιγγογραφία, υπερηχογράφημα) κυρίως όμως υστεροσκοπικά. Σε διαπιστωμένη ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου προτείνεται η συρραφή του έσω τραχηλικού στομίου με ειδική τεχνική. Σε περίπτωση ανεύρεσης θρομβοφιλίας η χορήγηση ηπαρινών χαμηλού μοριακού βάρους, ασπιρίνης και πιθανότατα κορτικοστεροειδών βοηθά στην αντιμετώπιση (Παπακωνσταντίνου, 2015).

3.3.2.5. Τεχνητή αποβολή - έκτρωση

Η βίαιη διακοπή της κύησης, πριν το έμβρυο γίνει βιώσιμο, ονομάζεται Τεχνητή Αποβολή ή Τεχνίτη Έκτρωση ή Άμβλωση. Η τεχνική έκτρωση δηλώνει την τεχνητή δημιουργία διαστολής του τραχήλου και αφαίρεσης του κυήματος. Διακρίνεται στις εξής κατηγορίες:

- Πρώιμη: όταν η άμβλωση διενεργείται μέχρι την 12^η εβδομάδα
- Όψιμη: όταν συμβαίνει μεταξύ της 12^{ης} κ 24^{ης} εβδομάδας της κύησης.

Στις προαναφερόμενες περιπτώσεις το αποβαλλόμενο έμβρυο δεν υπερβαίνει σε βάρος τα 500βgr και σε μήκος τα 18 cm.

Η Τεχνίτη Έκτρωση πραγματοποιείται σύμφωνα με την επιθυμία και την συγκατάθεση της μητέρας. Η νομιμότητα της, υπό ορισμένες προϋποθέσεις έχει υιοθετηθεί σε πολλές χώρες (Καρπάθιος 1998 ; Μαρούλης, 2007).

Η τεχνητή διακοπή της κύησης ανάλογα με τους λόγους που οδηγούν στην εκτέλεση της, διακρίνεται σε:

✓ Θεραπευτική διακοπή της κύησης

Η τεχνητή διακοπή της κύησης πραγματοποιείται με σκοπό την προστασία της υγείας της μητέρας. Οι ενδείξεις που οδηγούν σε αυτή την ενέργεια είναι οι βαριές καρδιοπάθειες, η βαριά υπέρταση, οι κακοήθεις νόσοι της μητέρας και οι ανατομικές ανωμαλίες του εμβρύου που είναι ασύμβατες με την ζωή. Επιπλέον, κυήσεις αποτέλεσμα σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και κυήσεις από μητέρες φορείς του ιού HIV έχουν σχετική ένδειξη διακοπής (Παπακωνσταντίνου, 2015).

✓ Διακοπή ανεπιθύμητης κύησης

Όταν η κύηση διακοπή πριν το έμβρυο καταστεί βιώσιμο, δηλαδή πριν την 24^η εβδομάδα κύησης, μετά από επιθυμία της μητέρας και όχι για λόγους μητρικής υγείας ή εμβρυϊκής ανωμαλίας, ονομάζεται άμβλωση (Παπαϊωάννου & Σάπκα, 2009).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την τεχνητή διακοπή της κύησης μπορεί να είναι χειρουργικές ή φαρμακευτικές. Στην περίπτωση της χειρουργικής διακοπής

κύησης γίνεται διαστολή του τραχηλικού στομίου με την χρησιμοποίηση των κηρίων Hegar και στην συνέχεια εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας με την βοήθεια αναρρόφησης ή μαιευτικών ξέστρων. Σημειώνεται ότι η χειρουργική μέθοδος χρησιμοποιείται για την διακοπή κυήσεων του 1^{ου} τριμήνου. Οι άμεσες επιπλοκές της μεθόδου αυτής είναι η αιμορραγία, η διάτρηση της μήτρας και η φλεγμονή. Απώτερες επιπλοκές της μεθόδου είναι η δημιουργία ενδομήτριων συμφύσεων, η ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου και η φλεγμονή των σαλπίνγων, που έχουν ως αποτέλεσμα την υπογονιμότητα. Στην περίπτωση των φαρμακευτικών μεθόδων εφαρμόζεται κυρίως για την τεχνητή διακοπή κυήσεων του 2^{ου} τριμήνου. Χρησιμοποιούνται η ενδοφλέβια χορήγηση οξυτοκίνης, η χορήγηση προσταγλανδινών με τη μορφή κολπικών υπόθετων και η χορήγηση αντιπρογεστερινοειδών (μιφεπριστόνη-RU 486) (Παπακωνσταντίνου, 2015).

3.3.3. Ολιγοάμνιο – χαμηλό αμνιακό υγρό

Το αμνιακό υγρό, όπως έχει προαναφερθεί, είναι άσηπτο, σχεδόν άχρωμο υγρό, εμβρυϊκής και μητρικής προέλευσης. Η ανακύκλωση του πραγματοποιείται σε γρήγορους ρυθμούς με ένα χρόνο ημιζωής μόνο δύο ή τριών ωρών. Η ρύθμιση της ποσότητας και της ποιότητας του αμνιακού υγρού εξαρτάται από παράγοντες όπως είναι ο όγκος που αποβάλλεται μέσω των ουρών καθώς και την ποσότητα που καταπίνει το έμβρυο.

Ο κύριος παράγοντας που είναι υπεύθυνος για την παραγωγή του αμνιακού υγρού μετά την 18^η εβδομάδα κύησης είναι η εμβρυϊκή απέκκριση ούρων. Στην περίπτωση που υπάρχουν διαταραχές σε αυτό το μηχανισμό πραγματοποιείται μείωση της ποσότητας του αμνιακού υγρού και καλείται ολιγάμνιο, είτε αύξηση της ποσότητάς του οπότε καλείται πολυάμνιο.

Ολιγάμνιο ορίζεται η παθολογική μείωση της ποσότητας του αμνιακού υγρού κάτω των 400 mlit ή του δείκτη αμνιακού υγρού κάτω των 5 cm. Η συνήθης συχνότητα είναι 1 περίπτωση στις 500 γεννήσεις (Κρεατσάς, 1999).

3.3.3.1. Αιτίες χαμηλού αμνιακού υγρού

Οι κυριότερες αιτίες που προκαλείται το χαμηλό αμνιακό υγρό είναι οι ακόλουθες (Κρεατσάς, 1999):

- Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών μεμβρανών
- Συγγενείς ανωμαλίες του ουροποιητικού συστήματος στο 1ο τρίμηνο, που περιλαμβάνουν:
 - αμφοπλευρη νεφρική αγενεσία
 - νεφρική ανεπάρκεια ή απόφραξη της ουρήθρας
 - πολυκυστικούς νεφρούς
 - δυσπλαστικούς νεφρούς
 - αποφρακτικές ουροπάθειες (βαλβίδες οπίσθιας ουρήθρας)
- Ενδομήτριος καθυστέρηση της κύησης
- Μητροπλακουντιακή ανεπάρκεια
- Εμβρυϊκή δυσφορία
- Εμβρυϊκές ανωμαλίες ή/και ανευπλοειδίες
- Προεκλαμψία
- Ιατρογενή αίτια (κατά την αμνιοπαρακέντηση)

3.3.3.2. Διάγνωση του χαμηλού αμνιακού υγρού

Η διάγνωση του χαμηλού αμνιακού υγρού πραγματοποιείται με τη βοήθεια του υπερηχογραφήματος, όπου υπολογίζεται ο δείκτης του αμνιακού υγρού, ως άθροισμα της κάθετης διαμέτρου της μεγαλύτερης λίμνης αμνιακού υγρού σε κάθε τεταρτημόριο της μήτρας. Εντοπίζεται απουσία ηχογένειας γύρω από το έμβρυο.

Οι επιπλοκές που μπορούν να δημιουργηθούν στην κύηση λόγω του ολιγοάμνιο είναι οι εξής:

- Πνευμονική υποπλασία
- Ανωμαλίες του κρανίου, του προσώπου, του σκελετού
- Fetal demise

Όταν παρουσιάζεται χαμηλό αμνιακό υγρό το 2^ο τρίμηνο της κύησης η πρόγνωση θεωρείται αρκετά κακή. Το ποσοστό των αποβολών σε περίπτωση πρόωρης ρήξης μεμβρανών στις πρώτες 5 ημέρες φτάνει το 40% ενώ στο υπόλοιπο 60% των κυήσεων, ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% των νεογέννητων καταλήγουν λόγω πνευμονικής υποπλασίας.

Επιπλέον, ασθενείς με ολιγοϋδράμιο στο 2^ο τρίμηνο κύησης έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα πρόκλησης συγγενών ανωμαλιών και το ποσοστό φτάνει στο 50,7% και χαμηλότερο ποσοστό επιβίωσης που κυμαίνεται στο 10,2% από γυναίκες που εμφανίζουν ολιγοϋδράμιο στο 3^ο τρίμηνο εμφανίζουν ποσοστό 22,1% και 85,3% αντίστοιχα. Μια μητροπλακουντιακή ανεπάρκεια που προκαλεί ολιγάμιο στην 18-22 εβδομάδα κύησης πιθανότατα θα οδηγήσει σε ενδομητρικό θάνατο (Κρεατσάς, 1999).

3.3.4. Τοξιναιμία – προεκλαμψία – εκλαμψία

Η προεκλαμψία – εκλαμψία είναι μια από τις πιο σοβαρές επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει μια γυναίκα που κυοφορεί. Αυτός ο τύπος της επιπλοκής εγκυμονεί κινδύνους και για το έμβρυο αλλά και για την ίδια την μητέρα. Η προεκλαμψία – εκλαμψία ονομάζεται και τοξιναιμία της κύησης (Μεταξάς, 2012).

Η προεκλαμψία παρουσιάζεται σε ποσοστό που κυμαίνεται από 3 έως 8% σε γυναίκες που βρίσκονται σε κύηση. Συνήθως την 20^η εβδομάδα της κύησης μπορεί να παρουσιάσει κάποια συμπτώματα που είναι η υπέρταση, το λεύκωμα στα ούρα και το οίδημα χαρακτηρίζουν την πάθηση.

Η προεκλαμψία εμφανίζεται συνήθως μετά την 37^η εβδομάδα κύησης. Ωστόσο, μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή κατά το 2^ο ήμισυ της κύησης ή στον τοκετό (εντός 48 ωρών). Η προεκλαμψία μπορεί να είναι ήπια ή και πιο σοβαρή και η εξέλιξή της αργή ή γρήγορη. Όποια και αν είναι η περίπτωση θα πρέπει η έγκυος να απευθυνθεί στον ιατρό ιδιαίτερα στην περίπτωση που παρατηρηθεί πρήξιμο στο πρόσωπο ή οίδημα γύρω από τα μάτια σας, ελαφρύ πρήξιμο στα χέρια σας ή υπερβολικό και απότομο πρήξιμο των ποδιών ή των αστραγάλων σας. Το απότομο πρήξιμο προκαλείται από κατακράτηση υγρών που μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ταχεία αύξηση του βάρους (ΡΕΑ, 2014).

Ωστόσο, στην περίπτωση που η προεκλαμψία είναι σοβαρή, ενδέχεται να παρουσιαστούν και άλλα συμπτώματα, τα οποία είναι τα ακόλουθα:

- Σοβαρούς ή μόνιμους πονοκεφάλους
- Ευαισθησία στο φως ή προσωρινή απώλεια της όρασης
- Έντονο πόνο στην άνω κοιλιακή χώρα
- Ναυτία και εμετό

Τα συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν από γυναίκα σε γυναίκα όπως επίσης μπορεί να προκύψει προεκλαμψία χωρίς εμφανή συμπτώματα, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια (PEA, 2014).

Οι επιπλοκές της προεκλαμψίας μπορεί να περιλαμβάνουν (Σπηλιωτόπουλος, 2015):

- *Μειωμένη ροή αίματος προς τον πλακούντα:* η προεκλαμψία επηρεάζει τις αρτηρίες που μεταφέρουν το αίμα στον πλακούντα. Εάν ο πλακούντας δεν αιματώνεται σωστά, το έμβρυο μπορεί να λαμβάνει λιγότερο οξυγόνο και λιγότερα θρεπτικά συστατικά. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε επιβράδυνση της ανάπτυξης, χαμηλό βάρος γέννησης, πρόωρο τοκετό και αναπνευστική δυσχέρεια του εμβρύου.
- *Αποκόλληση του πλακούντα:* η προεκλαμψία αυξάνει τον κίνδυνο αποκόλλησης του πλακούντα, όπου ο πλακούντας χωρίζει από το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας, πριν από τον τοκετό. Σοβαρή αποκόλληση πλακούντα μπορεί να προκαλέσει βαριά αιμορραγία, η οποία μπορεί να είναι απειλητική για τη ζωή του εμβρύου.
- *HELLP σύνδρομο:* που σημαίνει αιμόλυση (καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων), αυξημένα ηπατικά ένζυμα και χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων – το σύνδρομο αυτό μπορεί γρήγορα να γίνει απειλητικό για τη ζωή σας και του εμβρύου. Τα συμπτώματα του συνδρόμου HELLP περιλαμβάνουν ναυτία και έμετο, κεφαλαλγία και άνω δεξιό κοιλιακό άλγος.
- *Εκλαμψία:* Όταν η προεκλαμψία δεν ελέγχεται, μπορεί να επέλθει εκλαμψία – η οποία είναι ουσιαστικά προεκλαμψία με κρίσεις. Τα συμπτώματα της εκλαμψίας περιλαμβάνουν δεξιό άνω κοιλιακό άλγος, έντονο πονοκέφαλο, προβλήματα όρασης και αλλαγή της νοητικής κατάστασης, όπως μειωμένη εγρήγορση. Η εκλαμψία μπορεί να βλάψει μόνιμα τα όργανα ζωτικής

σημασίας, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου, του ήπατος και των νεφρών. Εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, η εκλαμψία μπορεί να προκαλέσει κώμα, εγκεφαλική βλάβη και θάνατο της μητέρας και του εμβρύου.

- *Καρδιαγγειακή νόσο:* έχοντας προεκλαμψία μπορεί να αυξηθεί ο κίνδυνος μελλοντικής καρδιαγγειακής νόσου.
- *Συμβολή υπερήχων στη έγκαιρη διάγνωση:* από την 12^η εβδομάδα κύησης μπορούμε να εκτιμήσουμε τον αριθμό των γυναικών που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουνε πρώιμη προεκλαμψία (πριν την 34^η εβδομάδα), μετρώντας με την εξέταση Doppler τη ροή αίματος στις μητριάιες αρτηρίες της εγκύου.

3.3.4.1. Αιτίες τοξιναιμίας – προεκλαμψίας – εκλαμψίας

Η προεκλαμψία, όπως προαναφέρθηκε ονομάζεται και τοξιναιμία, ο λόγος ήταν επειδή πιστεύεται ότι προκαλείται από μια τοξίνη στο αίμα μιας γυναίκας που κυοφορεί. Η θεωρία έχει απορριφθεί, αλλά οι ερευνητές δεν έχουν ακόμη καθορίσει τι προκαλεί την προεκλαμψία. Οι πιθανές αιτίες μπορεί να περιλαμβάνουν την προεκλαμψία είναι οι ακόλουθες (Μεταξάς, 2012):

- Ανεπαρκή ροή αίματος στη μήτρα
- Βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία
- Πρόβλημα με το ανοσοποιητικό σύστημα
- Κακή διατροφή
- Άλλες διαταραχές υψηλής πίεσης του αίματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

3.3.4.2. Διάγνωση τοξιναιμίας – προεκλαμψίας – εκλαμψίας

Η διάγνωση της προεκλαμψίας πραγματοποιείται με τον έλεγχο των προαναφερόμενων συμπτωμάτων, εάν η έγκυος παρουσιάζει αυξημένη πίεση και πρωτεΐνη στα ούρα η διάγνωση είναι βέβαιη.

Η πίεση αίματος θεωρείται υψηλή εάν συστολική μέτρηση 140 ή μεγαλύτερη ή διαστολική μέτρηση 90 ή υψηλότερη. Επειδή, η πίεση του αίματος μπορεί να παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας, θα πρέπει να κάνετε περισσότερες από μία μετρήσεις για να επιβεβαιώσετε ότι η αρτηριακή πίεση είναι σταθερά υψηλή.

Επίσης, πρέπει να γίνεται εξέταση ούρων για να ελεγχθεί το επίπεδο των πρωτεϊνών στα ούρα, διότι οι πρωτεΐνες στα ούρα μπορεί να παρουσιάζουν διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας, προτείνεται συλλογή ούρων για 24 ώρες (Μεταξάς, 2012).

3.3.4.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση τοξιναιμίας – προεκλαμψίας – εκλαμψίας

Μια κύηση που επηρεάστηκε από προεκλαμψία δεν έχει την δυνατότητα να επιστρέψει πλήρως στην κανονική κατάσταση. Ωστόσο, βελτιώσει παρουσιάζεται μετά την γέννα. Η θεραπεία που συνίσταται στην προεκλαμψία είναι η παρακολούθηση του παιδιού και της μητέρας, μέχρι τον τοκετό όπου προτείνεται να επισπευσθεί με στόχο να αποφευχθούν επιπλοκές.

Τα προληπτικά μέτρα που λαμβάνονται είναι να ελέγχεται συχνά η πίεση της μητέρας, τα ούρα για πρωτεΐνες. Επιπλέον, πραγματοποιούνται εξετάσεις αίματος για να διαπιστωθεί η καλή λειτουργία των νεφρών και του ήπατος, καθώς και το σύστημα πήξης του αίματος. Η ανάπτυξη του εμβρύου ελέγχεται με υπέρηχο και εξετάσεις όπως το καρδιογράφημα. Σε κάποιες περιπτώσεις, πραγματοποιείται μια εξέταση Doppler για να μετρήσει τη ροή του αίματος στον πλακούντα.

Σε ελαφριές μορφές προεκλαμψίας ο έλεγχος είναι απλός. Σε βαριές μορφές, επιβάλλεται η εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο. Κάποιες φορές χρησιμοποιούνται αντι-υπερτασικά φάρμακα με στόχο τον έλεγχο της πίεσης του αίματος καθώς και την καθυστέρηση του προώρου τοκετού. Η απόφαση για επίσπευση του τοκετού λαμβάνει πάντα υπόψη τον κίνδυνο τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο καθώς και τις συνέπειες αν συνεχιστεί η κυοφορία παρά τις ενδείξεις για επίσπευση του τοκετού (Μεταξάς, 2012).

3.3.5. Πρόδρομος πλακούντας

Ο πρόδρομος πλακούντας αναπτύσσεται στο χαμηλότερο τμήμα της μήτρας και καλύπτει μέρος ή και ολόκληρο το τραχηλικό στόμιο εμποδίζοντας έτσι τη κάθοδο και έξοδο (τοκετό) του εμβρύου από τη μήτρα. Είναι πιο συχνός σε γυναίκες που έχουν κάνει πολλά παιδιά ενώ στις πρωτότοκους εμφανίζεται με συχνότητα 1 στις 1500 κύσεις (Μεταξάς, 2012).

Διακρίνουμε τέσσερις μορφές προδρομικού πλακούντα (Μεταξάς, 2012):

- Χαμηλή πρόσφυση πλακούντα
- Παραχείλιο
- Επιχείλιο
- Επιπωματικό



Εικόνα 14: Πρόδρομος πλακούντας
(Πέτρου, 2015)

Το βασικό σύμπτωμα που παρουσιάζεται σε αυτή την επιπλοκή είναι η αιμορραγία από το κόλπο που δεν συνοδεύεται όμως από πόνο (ανώδυνη αιμορραγία). Συνήθως το σύμπτωμα παρουσιάζεται μεταξύ του 7^{ου} και του 8^{ου} μήνα κύησης και είναι αποτέλεσμα αποκόλλησης ενός τμήματος του πλακούντα.

3.3.5.1. Αιτίες προδρομικού πλακούντα

Οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν προδρομικό πλακούντα εξαρτώνται άμεσα από την υγεία της μητέρας καθώς και το ιατρικό ιστορικό της (Μεταξάς, 2012). Οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για προδρομικό πλακούντα, είναι αυτές είχαν προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στη μήτρα, όπως (Σπηλιωτόπουλος, 2015):

- Η καισαρική τομή
- Χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση ινομυωμάτων
- Διαστολή και απόξεση (D & C)

Ο προδρομικός πλακούντας είναι επίσης πιο συχνός στις γυναίκες που παρουσιάζουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Σπηλιωτόπουλος, 2015):

- Πολύτοκες
- Είχαν προδρομικό πλακούντα σε προηγούμενη εγκυμοσύνη
- Κυφορούν πολύδημες κυήσεις
- Είναι ηλικίας 35 ετών και άνω
- Ασιάτισες
- Καπνίστριες

3.3.5.2. Διάγνωση προδρομικού πλακούντα

Ο προδρομικός πλακούντας μπορεί να διαγνωστεί μέσω υπερήχων, είτε κατά τη διάρκεια ενός υπερηχογραφήματος ρουτίνας είτε μετά από ένα επεισόδιο κολπικής αιμορραγίας. Ο πλακούντας σε ένα ποσοστό της τάξεως του 10-15% στον υπερηχογραφικό έλεγχο ρουτίνας την 22^η εβδομάδα μπορεί να βρίσκεται κοντά στον τράχηλο της μήτρας και ονομάζεται, πλακούντας χαμηλής πρόσφυσης. Φυσιολογικά ο πλακούντας θεωρείται φυσιολογικός, όταν απέχει περισσότερο από 2,5 cm από το έσω τραχηλικό στόμιο. Ένας πλακούντας ονομάζεται προδρομικός εφόσον παραμένει χαμηλός μετά τη 28^η εβδομάδα κύησης. Σε ένα ποσοστό της τάξεως του

95% περίπου, οι χαμηλής πρόσφυσης πλακούντες την 22^η εβδομάδα, μεταναστεύουν προς τα επάνω καθώς η κύηση προχωράει.

Στην περίπτωση που ο ιατρός θέλει να βεβαιωθεί για το αν υπάρχει ο προδρομικός πλακούντας, πραγματοποιεί δακτυλική εξέταση ρουτίνας για να μειώσει τον κίνδυνο της έντονης αιμορραγίας. Επιπλέον, μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμα ένας υπερήχους για να καθοριστεί η ακριβής θέση του πλακούντα σας πριν από τον τοκετό (Σπηλιωτόπουλος, 2015):

3.3.5.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση προδρομικού πλακούντα

Η θεραπεία για τον προδρομικό πλακούντα εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι (Σπηλιωτόπουλος, 2015):

- Το ποσό της κοιλιακής αιμορραγίας
- Το αν η αιμορραγία έχει σταματήσει
- Την ηλικία κύησης
- Την υγεία του μωρού σας
- Τη θέση του πλακούντα και του μωρού

✓ 1^η περίπτωση: Μικρή ή καθόλου αιμορραγία:

- ü Αν υπάρχει λίγη ή καθόλου αιμορραγία, συστήνεται ξεκούραση στο κρεβάτι (σπίτι). Θα πρέπει να αποφεύγονται οι ερωτικές επαφές διότι μπορεί να προκληθεί αιμορραγία. Θα πρέπει να υπάρχει ιατρική φροντίδα έκτακτης ανάγκης αν αυξηθεί η αιμορραγία.
- ü Εάν ο πλακούντας δεν καλύπτει πλήρως τον τράχηλό, μπορεί να επιτραπεί κοιλιακός τοκετός. Αν η αιμορραγία αυξηθεί τότε προτείνεται επείγουσα καισαρική.

✓ 2^η περίπτωση: Βαριά αιμορραγία:

Στην περίπτωση που η αιμορραγία είναι σοβαρή, τότε μπορεί να χρειαστεί μετάγγιση αίματος για να αντικαταστήσει το αίμα που χάθηκε. Ο ιατρός θα προγραμματίσει πιθανώς μια καισαρική τομή το συντομότερο, ιδανικά μετά από την 36^η εβδομάδα κύησης. Αν δεν είναι δυνατό να περιμένει, θα

χρησιμοποιηθεί μια προηγούμενη καισαρική τομή. Σε αυτήν την περίπτωση, μπορεί να χορηγηθούν κορτικοστεροειδή για να επιταχυνθεί η ανάπτυξη των πνευμόνων του μωρού σας.

v 3^η περίπτωση: Αιμορραγία που δεν θα σταματήσει

Εάν η αιμορραγία σας δεν μπορεί να ελεγχθεί ή το έμβρυο είναι σε κίνδυνο, προτείνεται επείγουσα καισαρική τομή - ακόμη και αν το έμβρυο είναι πρόωρο. (Σπηλιωτόπουλος, 2015).

3.3.6. Αποκόλληση πλακούντα

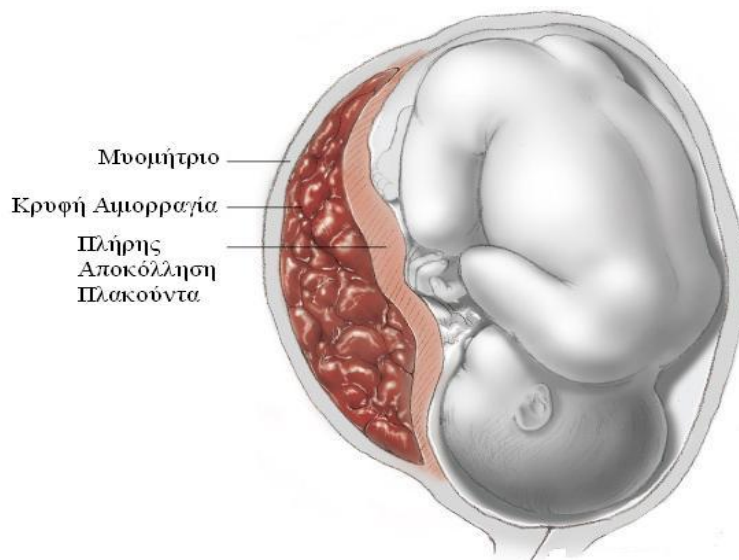
Η αποκόλληση πλακούντα αποτελεί ένα φυσιολογικό γεγονός που συμβαίνει στο τρίτο στάδιο του τοκετού (υστεροτοκία). Μετά την έξοδο του εμβρύου και του αμνιακού υγρού ελαττώνεται ο όγκος στο εσωτερικό της μήτρας και ο σχετικά ανελαστικός πλακούντας υπό την συνεχή επίδραση των συσπάσεων της μήτρας αποκολλάται στην αρχή μερικά και στη συνέχεια ολόκληρος από τη μήτρα.

Υπάρχουν δύο ειδών αποκολλήσεις πλακούντα που συμβαίνουν στο στάδιο της υστεροτοκίας: η περιφερική, όπου ξεκολλάει η περιφέρεια του πλακούντα και συνοδεύεται από αιμορραγία και η κεντρική στην οποία δημιουργείται ένα οπισθοπλακουντιακό αιμάτωμα, ο πλακούντας ξεκολλάει στο κέντρο του και δεν υπάρχει αιμορραγία μέχρι το αιμάτωμα να φτάσει στην περιφέρεια του.

Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, μπορεί να συμβεί αποκόλληση πλακούντα στη διάρκεια της κύησης. Η εμφάνιση αποκόλλησης πλακούντα είναι 1 στις 120 γεννήσεις και ο κίνδυνος επανεμφάνισης στις επόμενες εγκυμοσύνες είναι πολύ υψηλότερος. Εκδηλώνεται συνήθως με κολπική αιμορραγία που ποικίλλει σε ένταση ενώ μπορεί να συνυπάρχει πόνος είτε συνεχής είτε με τη μορφή περιοδικών ωδινών. Στην περίπτωση της κεντρικής αποκόλλησης που είναι και η σοβαρότερη απουσιάζει η αιμόρροια ενώ συνήθως συνυπάρχει σοβαρό κοιλιακό άλγος. Ανάλογα με τη συμπτωματολογία διακρίνονται διαφορετικού βαθμού αποκολλήσεις που ξεκινούν από ασυμπτωματικές αποκολλήσεις που διαπιστώνονται σε τυχαίο υπερηχογραφικό έλεγχο και είναι αυτοπεριοριζόμενες, σε σοβαρότερου βαθμού όπου μπορεί να συνυπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια της εγκύου, διαταραχές πήξης και σημεία εμβρυϊκής δυσπραγίας (Κοσμάς, 2012).

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει η γυναίκα σε κύηση όταν υπάρχει η επιπλοκή της αποκόλλησης πλακούντα είναι τα ακόλουθα (Μεταξάς, 2012):

- Συσπάσεις οι οποίες δε σταματούν (και πιθανώς ακολουθούν η μία την άλλη τόσο γρήγορα ώστε μοιάζουν συνεχείς)
- Πόνος στη μήτρα
- Ευαισθησία στην κοιλιά
- Κολπική αιμορραγία (μερικές φορές)
- Η μήτρα μπορεί να μεγαλώσει δυσανάλογα
- Ωχρότητα



Εικόνα 15: Αποκόλληση πλακούντα
(Ζαργάνης, 2016)

Οι αποκολλήσεις ταξινομούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα με τον ακόλουθο τρόπο (Κοφινάς, 2012):

- *Βαθμός 0:* ασυμπτωματική και μόλις διαγνωστεί με εξέταση του πλακούντα μετά τον τοκετό.
- *Βαθμός 1:* Η μητέρα μπορεί να έχει κολπική αιμορραγία της μήτρας με ήπια ευαισθησία ή τετανία, αλλά δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για την μητέρα ή το έμβρυο.

- *Βαθμός 2:* Η μητέρα είναι συμπτωματική, αλλά όχι σε κατάσταση σοκ. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις της εμβρυϊκής δυσφορίας οι οποίες μπορούν να βρεθούν με την παρακολούθηση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού.
- *Βαθμός 3:* Σοβαρή αιμορραγία (η οποία μπορεί να είναι απόκρυφη) οδηγεί τη μητέρα σε σοκ και το έμβρυο σε θάνατο. Μπορεί να υπάρχουν διαταραχές διάχυτης ενδαγγειακής πήξης στη μητέρα. Το αίμα μπορεί να διαπεράσει διάμεσου του τοιχώματος της μήτρας στον ορογόνο υμένα.

3.3.6.1. Αιτίες αποκόλλησης πλακούντα

Η συχνότερη αιτία αποκόλλησης του πλακούντα είναι στη διάρκεια της προεκλαμψία, όπως προαναφέρθηκε όταν η γυναίκα σε κύηση έχει αυξημένη αρτηριακή πίεση και λευκωματουρία. Εκδηλώνεται στο δεύτερο μισό της κύησης και μια από της επιπλοκές της αποτελεί η αποκόλληση πλακούντα.

Επιπλέον, αιτία αποτελούν τα τραύματα κατόπιν τροχαίου ατυχήματος ή άμεσης πλήξης στην κοιλιακή χώρα. Εκτός από την άμεση πλήξη η αιφνίδια επιβράδυνση μπορεί να αποτελέσει σπανιότερα αίτιο αποκόλλησης η οποία μπορεί να μην εμφανιστεί άμεσα. Για το λόγο αυτό σε έγκυες που εμπλέκονται σε τροχαίο ατύχημα συνιστάται η παραμονή τους στο νοσοκομείο για 24-48 ώρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση ζώνης ασφαλείας κατά τη διάρκεια της κύησης προφυλάσσει από κακώσεις κοιλιακής χώρας με προϋπόθεση τη σωστή τοποθέτηση των ιμάντων μεταξύ των μαστών και χαμηλά στο υπογάστριο.

Ωστόσο οι παράγοντες που επηρεάζουν την αποκόλληση πλακούντα είναι η πολύδυμη κύηση και το υδράμνιο λόγω της μεγάλης διάτασης της μήτρας, η χρήση κοκαΐνης και άλλων ναρκωτικών ουσιών, διαταραχές της πήξης του αίματος (θρομβοφιλίες, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο),ο εξαιρετικά βραχύς ομφάλιος λώρος, η αυξημένη ηλικία της μητέρας και η πολυτοκία (Κοσμάς, 2012).

3.3.6.2. Διάγνωση αποκόλλησης πλακούντα

Η διάγνωση της αποκόλλησης πλακούντα πραγματοποιείται συνήθως μέσω των συμπτωμάτων που παρουσιάζει η γυναίκα που κυοφορεί. Μικρές υποκλινικές

ασυμπτωματικές αποκολλήσεις δεν διαγιγνώσκονται και αποδράμουν χωρίς να γίνουν αντιληπτές.

Η παρουσία κολπικής αιμορραγίας που συνοδεύεται από άλλοτε άλλοι μεγέθους πόνο οδηγεί τη διαγνωστική σκέψη στο ενδεχόμενο αποκόλλησης. Σημειώνεται ότι ο υπέρηχος καταδεικνύει την ύπαρξη της αποκόλλησης του πλακούντα σε ποσοστό περίπου 15-20% κάνοντας σαφές ότι η διάγνωση της αποκόλλησης δεν θα πρέπει να βασίζεται στα υπερηχογραφικά ευρήματα (Κοσμάς, 2012).

3.3.6.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση αποκόλλησης πλακούντα

Η αποκόλληση του πλακούντα στην πραγματικότητα δεν θεραπεύεται με την έννοια ότι δεν υπάρχει κάποιο φάρμακο ή τεχνική που να προκαλεί επανασυγκόλληση του πλακούντα. Η περαιτέρω αντιμετώπιση εξαρτάται από την βαρύτητα των συμπτωμάτων και την εβδομάδα της κύησης. Σε αποκολλήσεις με μικρή κολπική αιμορραγία και ελάχιστο πόνο συνιστάται κατάκλιση, χορήγηση τοκολυτικών φαρμάκων και ενδεχομένως να γίνει ωρίμανση των πνευμόνων του εμβρύου με τη χορήγηση κορτιζόνης ενώ αν το έμβρυο είναι τελειόμηνο μπορεί να επισπευθεί ο τοκετός. Σε βαρύτερη συμπτωματολογία με μεγάλη αιμόρροια που κινδυνεύει η ζωή της μητέρας επισπεύδεται ο τοκετός ανεξαρτήτως εβδομάδας κύησης και λαμβάνονται μέτρα υποστήριξης της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας της εγκύου (Κοσμάς, 2012).

3.3.7. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι μια ενδοκρινοπάθεια κατά την οποία είτε υπάρχει μειωμένη έκκριση της ορμόνης Ινσουλίνης, είτε υπάρχει μειωμένη δραστηριότητα της ορμόνης αυτής. Η Ινσουλίνη παράγεται από την ενδοκρινή μοίρα ενός αδένου του σώματος μας που λέγεται πάγκρεας. Η μειωμένη έκκριση της ή η μειωμένη δραστηριότητα της οδηγεί σε ανωμαλίες στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών στον οργανισμό. Η μεταβολική αυτή

διαταραχή, ο Σακχαρώδης διαβήτης, είναι η πιο συχνή ενδοκρινοπάθεια που μπορεί να εμπλακεί με την εγκυμοσύνη ή να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. (Μαυρίδης, 2014)

Σε μια διαβητική γυναίκα όπου το σάκχαρο του αίματος δεν είναι ρυθμισμένο, η γονιμότητα είναι πολύ περιορισμένη και η γυναίκα είναι δύσκολο να μείνει έγκυος. Αν όμως συμβεί εγκυμοσύνη τότε υπάρχει μεγάλο ποσοστό αυτόματης αποβολής, η μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας. Με τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση της πάθησης με τη βοήθεια της Ινσουλίνης, Οι κίνδυνοι αυτοί μειώθηκαν πάρα πολύ και έτσι σήμερα μία γυναίκα με καλά ρυθμιζόμενο Διαβήτη μπορεί εύκολα να μείνει έγκυος με πιθανότητα αυτόματης έκτρωσης σχεδόν στο ίδιο ποσοστό όπως και στο γενικό πληθυσμό των φυσιολογικών εγκύων.

Ο κίνδυνος μητρικής θνησιμότητας σχεδόν εκμηδενίστηκε, η δε περιγεννητική θνησιμότητα μειώθηκε μεν σημαντικά αλλά παραμένει σε ποσοστά μεγαλύτερα από ότι στις φυσιολογικές έγκυες. Πάντως όσο καλύτερα ρυθμίζεται ο Διαβήτης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε συνδυασμό με τη σωστή απόφαση για το χρόνο του τοκετού και τη σωστή φροντίδα του νεογνού τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος της περιγεννητικής θνησιμότητας.

Για αυτό πάντοτε μία διαβητική έγκυος πρέπει να παρακολουθείται συχνότερα όχι μόνο από το Γυναικολόγο της αλλά και από το Διαβητολόγο για τη σωστή ρύθμιση της υπογλυκαιμίας και τη σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση της οποιασδήποτε επιπλοκής που είναι πιθανό να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Μεταξάς, 2012).

Όταν ο Διαβήτης εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ονομάζεται Διαβήτης της εγκυμοσύνης. Υπάρχει μια κατηγορία γυναικών οι οποίες έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν τέτοιο Διαβήτη. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται γυναίκες που έχουν (Μεταξάς, 2012):

- Οικογενειακό ιστορικό με Σακχαρώδη Διαβήτη
- Γέννηση προηγουμένως παιδιού με βάρος πάνω από 4 κιλά
- Ενδομήτριο θάνατο κατά τους τελευταίους μήνες μίας προηγούμενης εγκυμοσύνης
- Υπερβολικό βάρος οι ίδιες
- Προηγούμενο παιδί με συγγενείς ανωμαλίες

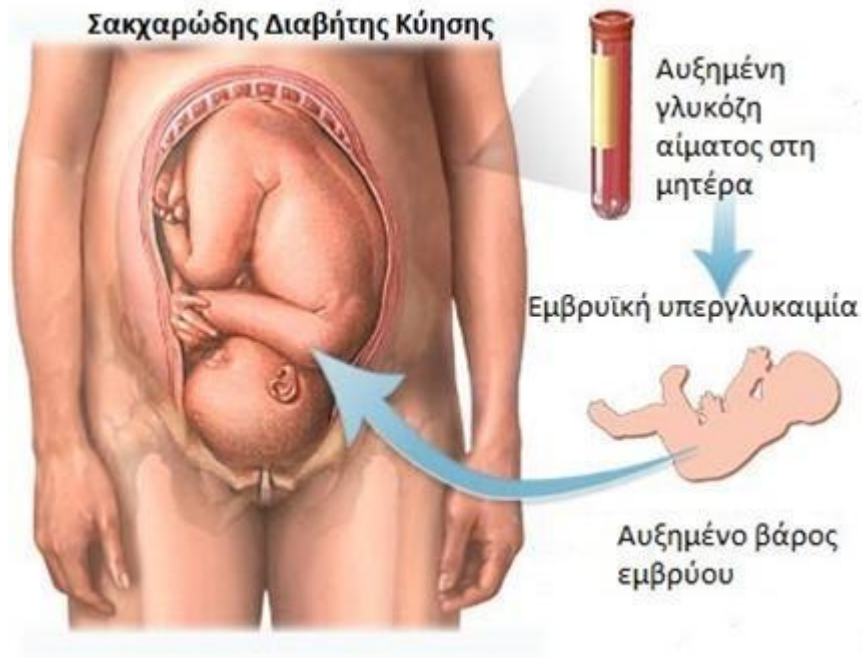
- Υδράμνιο (μεγαλύτερη ποσότητα αμνιακού υγρού από το φυσιολογικό).

Στην κατηγορία αυτή των εγκύων γυναικών πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή και να ελέγχονται έγκαιρα και συχνά ώστε σε περίπτωση που εμφανιστεί ο Διαβήτης να ξεκινήσει έγκαιρα η θεραπεία και να μην επηρεασθεί έτσι και η υγεία της εγκύου και η φυσιολογική πορεία της εγκυμοσύνης.

Οι επιπτώσεις που έχει ο σακχαρώδης διαβήτης στην κύηση είναι οι ακόλουθες (Μεταξάς 2012 ; Ζωγράφου, 2013):

- Όσο καλύτερα ρυθμισμένος είναι ο Διαβήτης τόσο λιγότερα είναι και τα αναμενόμενα προβλήματα. Σε γυναίκες που το Σάκχαρο τους για οποιοδήποτε λόγο δεν είναι ρυθμισμένο καλά, οι επιπλοκές από την επίδραση του Διαβήτη θα είναι πιο συχνές. Τέτοιες επιπλοκές είναι οι αυτόματες εκτρώσεις κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης σε μια συχνότητα περίπου στο τριπλάσιο από ότι στις φυσιολογικές εγκυμοσύνες.
- Συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου όπως ανωμαλίες του σκελετού (δισχιδής ράχη, μηνιγγομυελοκηλη) και της καρδιάς. Το ποσοστό εμφάνισης τους δυστυχώς δεν μειώθηκε αισθητά παρόλη τη χρήση της Ινσουλίνης, σε σχέση με τη μείωση των άλλων επιπλοκών του Διαβήτη στην εγκυμοσύνη. Η συχνότητα δε εμφάνισης τους είναι ανάλογη με την βαρύτητα της νόσου (ύπαρξη αγγειακών και νεφρικών επιπλοκών στην έγκυο) και τα χρόνια που νοσεί η διαβητική γυναίκα.
- Υδράμνιο αλλά και ολιγάμνιο.
- Υπέρταση, προεκλαμψία, εκλαμψία.
- Πρόωρος τοκετός
- Υπολειπόμενη ενδομήτριος ανάπτυξη του εμβρύου. Το έμβρυο δεν αναπτύσσεται καλά και έτσι έχει μικρό βάρος γέννησης σε σχέση με την ηλικία της εγκυμοσύνης.
- Υπέρβαρα έμβρυα: Έμβρυα με μεγάλο βάρος συνήθως πάνω από 4 κιλά.
- Ενδομήτριος θάνατος: Συνήθως συμβαίνει μετά την 36^η εβδομάδα από επεισόδια υπογλυκαιμίας του εμβρύου.
- Μετά τον τοκετό το νεογνό βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, γιατί μπορεί να εμφανίσει σύνδρομο

αναπνευστικής δυσχέρειας λόγω ανωριμότητας του αναπνευστικού συστήματος, υπογλυκαιμία και υπερχολερυθριναιμία.



Εικόνα 16: Σακχαρώδης διαβήτης κύησης
(Ντέλη, 2015)

Όλες οι επιπλοκές της κύησης μπορούν να εμφανιστούν αν η γυναίκα που βρίσκεται σε κύηση δεν ελέγξει το σακχαρώδη Διαβήτη. Σε καλά ρυθμισμένο Διαβήτη το ποσοστό εμφάνισης τους είναι μικρό. Για αυτό έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη ανίχνευση του Διαβήτη της εγκυμοσύνης. Η ανίχνευση αυτή γίνεται με διάφορες δοκιμασίες μέτρησης του σακχάρου του αίματος της γυναίκας-σάκχαρο αίματος, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, καμπύλη ανοχής γλυκόζης κλπ.

Στην περίπτωση που μια διαβητική γυναίκα μείνει έγκυος δε υπάρχει μεγάλος κίνδυνος διότι το πρόβλημα είναι γνωστό, με συνέπεια να ξέρει πως πρέπει να παρακολουθείται. Ωστόσο, μείζονος σημασίας είναι οι γυναίκες σε κύηση, που στο παρελθόν δεν παρουσίαζαν το πρόβλημα του σακχαρώδη Διαβήτη, να πραγματοποιούν τις απαραίτητες εξετάσεις, διότι μπορεί να κρύβουν μέσα τους τον λανθάνοντα το μή Διαγνωσμένο Διαβήτη. Έναν διαβήτη που ίσως να εμφανιστεί εκτός εγκυμοσύνης μετά από μερικά χρόνια στη γυναίκα αυτή αλλά η εγκυμοσύνη το φέρνει στην επιφάνεια νωρίτερα.

Οι δοκιμασίες για την ανίχνευση του διαβήτη πρέπει να γίνονται σε όλες τις εγκυμονούσες πρώτα στην αρχή της εγκυμοσύνης και στη συνέχεια κατά την 23^η – 27^η εβδομάδα και οπωσδήποτε σε όλες τις έγκυες που ανήκουν στην κατηγορία των γυναικών που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο. Απαραίτητη είναι η συνεργασία του Μαιευτήρα με Διαβητολόγο καθώς και με άλλους ειδικούς που πιθανά να χρειασθούν. Η ασθενής εκπαιδεύεται στο να ρυθμίζει το Σάκχαρο της, λαμβάνοντας την Ινσουλίνη που χρειάζεται, ενώ ίσως χρειασθεί να νοσηλευθεί κάποιες φορές στο Μαιευτήριο για πιο ειδική αντιμετώπιση.

Η εξέλιξη της εγκυμοσύνης και η ανάπτυξη του εμβρύου παρακολουθείται με ειδικές εξετάσεις έτσι ώστε να προλάβουμε τις επιπλοκές. Το υπερηχογράφημα, το Doppler των ομφαλικών και μητριάων αγγείων, το καρδιοτοκογράφημα, η μέτρηση διάφορων ουσιών όπως η Οιστριόλη, το Πλακουντιακό Γαλακτογόνο και η γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη αποτελούν πολύτιμα βοηθήματα του Μαιευτήρα. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την βαρύτητα της ασθένειας.

Σε περιπτώσεις που η έγκυος ρυθμίζεται μόνο με δίαιτα και παρακολουθείται με συχνές μετρήσεις του σακχάρου του αίματος, αφήνουμε την εγκυμοσύνη να εξελιχθεί μέχρι τέλους (Μεταξάς, 2012).

3.3.7.1. Διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη

Σύμφωνα με τα καινούρια κριτήρια διάγνωσης και πρόληψης, κάθε γυναίκα πρέπει να ελέγχεται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης με έλεγχο σακχάρου νηστείας ή γλυκοσυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

Εάν το σάκχαρο νηστείας είναι >92 mg/dl (σε δύο διαφορετικές μετρήσεις) στον πρώτο έλεγχο μετά την επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης, η έγκυος θεωρείται ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη και πρέπει να συμβουλευτεί άμεσα ενδοκρινολόγο για την έναρξη κατάλληλης αγωγής. Εάν το σάκχαρο είναι φυσιολογικό στις πρώτες εξετάσεις, γίνεται επανέλεγχος μεταξύ της 24^{ης} και 28^{ης} εβδομάδας της κύησης. Η διάγνωση γίνεται με την «καμπύλη σακχάρου», η οποία αφορά την μέτρηση του σακχάρου πριν και μετά την πόση ενός υγρού με μεγάλη περιεκτικότητα σε γλυκόζη, συνήθως 75 ή 100 gr.

Αν διαγνωσθεί διαβήτης κύησης θα πρέπει η έγκυος να δει άμεσα Ενδοκρινολόγο για να ξεκινήσει ένα κατάλληλο πρόγραμμα διατροφής, ελαφράς

άσκησης και καθημερινής παρακολούθησης του σακχάρου για τη διατήρηση του σε συγκεκριμένα όρια (Μετζελοπούλου, 2013)

3.3.7.2. Θεραπευτική αντιμετώπιση σακχαρώδη διαβήτη

Σε περίπτωση όπου μια γυναίκα έγκυος παρουσιάσει παθολογική καμπύλη σακχάρου, συνιστάται έλεγχος από ειδικό ενδοκρινολόγο, ο οποίος ανάλογα με την περίπτωση προτείνει συγκεκριμένη διατροφή. Επιπλέον, στην περίπτωση που το σάκχαρο δεν μπορεί να ρυθμιστεί μόνο με τη διατροφή προστίθεται και αγωγή με ινσουλίνη (Σπηλιωτόπουλος, 2015).

3.3.8. Πρόωρος τοκετός

Πρόωρος χαρακτηρίζεται ο τοκετός που γίνεται είτε μετά την 20^η εβδομάδα κύησης είτε, κατ' άλλους, μετά την 23^η - 24^η εβδομάδα και οπωσδήποτε πριν τη συμπλήρωση 37^η εβδομάδων (Μπούνταλη & Ξανθοπούλου, 2008).

Η συχνότητα του πρόωρου τοκετού ανέρχεται σε περίπου 10% των συνολικών κυήσεων, ένα ποσοστό που παραμένει αναλλοίωτο την τελευταία είκοσι χρόνια. Ο πρόωρος τοκετός αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία, λόγω του υψηλού ποσοστού θνησιμότητας και νοσηρότητας των πρόωρων νεογνών, αλλά και λόγω των πιθανών απώτερων επιπλοκών του νεογνού με συνέπεια να απαιτούνται μακροχρόνιες νοσηλείες και θεραπείες αποκατάστασης (Σαλαμαλέκης, 2002).

Επιπλέον, υπάρχουν και μια σειρά από παράγοντες κινδύνου οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι (Παπανικολάου, 2015):

- Ένας προηγούμενος πρόωρος τοκετός
- Εγκυμοσύνη με δίδυμα ή και περισσότερα
- Ηλικία κάτω των 17 και πάνω από 35
- Βάρος κάτω από το κανονικό ή όχι αρκετό βάρος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης

- Κολπική αιμορραγία στο πρώτο ή δεύτερο τρίμηνο.
- Σοβαρή ή μέτρια αναιμία
- Κατάχρηση καπνού αλκοόλ ή χρήση ναρκωτικών
- Χωρίς προγεννητική φροντίδα ή πολύ καθυστερημένη
- Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Επίσης υπάρχει μία σύνδεση μεταξύ των υψηλών επιπέδων του στρες και του πρόωρου τοκετού. Το στρες μπορεί να απελευθερώσει ορμόνες οι οποίες προκαλούν συσπάσεις της μήτρας και πρόωρο τοκετό. Αυτό εξηγεί γιατί οι γυναίκες που είναι θύματα ενδοοικογενειακής βίας έχουν υψηλότερο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό. Όπως επίσης και αυτές που έχουν μία πολύωρη και κουραστική εργασία (Παπανικολάου, 2015).

3.3.8.1. Αιτίες πρόωρου τοκετού

Τις περισσότερες φορές του πρόωρου τοκετού η αιτία είναι άγνωστη, ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν ή να παίξουν σημαντικό ρόλο στον πρόωρο τοκετό. Οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι οι ακόλουθοι (Παπανικολάου, 2015):

- Ορισμένες λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων σχετίζονται με πρόωρο τοκετό. Ουσίες που παράγονται από τα βακτήρια στα γεννητικά όργανα μπορεί να αποδυναμώσουν τις μεμβράνες γύρω από τον αμνιακό σάκο και να προκαλέσουν την ρήξη του. Ακόμη και όταν οι μεμβράνες παραμείνουν ανέπαφες, τα βακτήρια μπορεί να προκαλέσουν μόλυνση και φλεγμονή στη μήτρα, η οποία πυροδοτεί μία αλυσίδα γεγονότων που οδηγούν σε πρόωρο τοκετό. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και γενικά τις λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων. Ορισμένες άλλες λοιμώξεις, όπως των νεφρών, του ουροποιητικού συστήματος, πνευμονία και σκωληκοειδίτιδα αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο του πρόωρου τοκετού. Εάν υπάρχει πρόβλημα με τον πλακούντα. Όπως προδρομικός ή αποκόλληση του πλακούντα.

- Υπερβολικά μεγάλη μήτρα.
- Πρόβλημα στον τράχηλο, όπως να είναι μικρότερος από τον κανονικό, ή να διαστέλλεται χωρίς συστολές.
- Και αν, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, έπρεπε να κάνετε μία εγχείρηση στην κοιλιακή χώρα. Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για πρόωρο τοκετού.

3.3.8.2. Διάγνωση πρόωρου τοκετού

Η διάγνωση του πρόωρου τοκετού αποτελεί δύσκολη διαδικασία και βασίζεται κυρίως στην κλινική εκτίμηση της δραστηριότητας του μυομητρίου και των μεταβολών του τραχήλου. Η πρακτική αυτή οδηγεί σε ποσοστό 25 έως 75 % περίπου λανθασμένη χορήγηση τοκολυτικών φαρμάκων, ενώ τις περισσότερες φορές ο τοκετός πραγματοποιείται τις τελευταίες εβδομάδες. Η παρουσία συστολών του μυομητρίου με διαστολή του τραχήλου μεγαλύτερη των 2 cm, και η ανίχνευση της φιμπρονεκτίνης στις κολποτραχηλικές εκκρίσεις θέτουν τη διάγνωση της έναρξης του πρόωρου τοκετού.

Πολλοί μαιευτήρες, σε περιπτώσεις με ύποπτα συμπτώματα πρόωρου τοκετού υποβάλλουν τις εγκύους σε θεραπευτική αγωγή. Εάν δεν χρειάζεται η χορήγησή τους, θέτουν σε κίνδυνο τη φυσιολογική πορεία της μητέρας και του εμβρύου λόγω των σημαντικών παρενεργειών των φαρμάκων αυτών.

Οι επικίνδυνες εβδομάδες για πρόωρο τοκετό είναι οι 10 εβδομάδες από την 24η έως την 34η. Από την 24^η έως την 29^η εβδομάδα η κύρια αιτία είναι η λοίμωξη και από την 29^η έως την 34^η ο πρόωρος τοκετός είναι είτε ιδιοπαθής (αυτόματος) είτε ιατρογενής (προκλητός), λόγω παθολογικών αιτίων της μητέρας ή του εμβρύου. Στον αληθή πρόωρο τοκετό, όλες οι μελέτες συμφωνούν ότι ο μακρύτερος χρόνος παράτασης της κύησης που επιτυγχάνεται είναι οι 5 εβδομάδες, και στη συνέχεια πραγματοποιείται ο τοκετός (Σαλαμαλέκης, 2002).

3.3.8.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση πρόωρου τοκετού

Στην περίπτωση που τεκμηριωθεί η διάγνωση του κινδύνου για πρόωρο τοκετό, τότε οφείλετε να αναπαύεστε και να παραμείνετε κλινήρης. Ενδεχομένως να νοσηλευθείτε αν δεν μπορείτε να παραμείνετε στο σπίτι σας, για πρακτικούς λόγους, (όπως πχ. η φροντίδα παιδιών). Στην περίπτωση που μπορείτε να παραμείνετε ξαπλωμένη σπίτι σας σε αυστηρή ανάπαυση, τότε κατά πάσα πιθανότητα να αποφύγετε τη νοσηλεία. `Ανάλογα με τον τύπο της απειλής πρόωρου τοκετού θα σάς χορηγηθεί και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή (Λιακάκος 2013):

- Αν είστε σε διαδικασία τοκετού με πρόωρες πρόκειται συσπάσεις, θα χορηγηθεί αγωγή με σκοπό την αναστολή των συσπάσεων. Επίσης θα χορηγηθεί αγωγή με κορτικοειδή (κορτιζόνη), ώστε να επιταχυνθεί η ωρίμανση των πνευμόνων του μωρού σας.
- Ορισμένες φορές χορηγείται προγεστερόνη
- Αν γίνει πρόωρη ρήξη των υμένων, αφού αποκλειστεί η πιθανότητα ενδομήτριας φλεγμονής, θα χορηγηθούν προληπτικά αντιβιοτικά για την αποφυγή μόλυνσης του αμνιακού υγρού.

ΜΕΡΟΣ Β'

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Νοσηλευτική Παρέμβαση στην επιτόκου που μπορεί να πραγματοποιηθεί αρχικά είναι η εκτίμηση των ζωτικών σημείων. Στην περίπτωση επιπλοκών ή μη το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την δυνατότητα να πραγματοποιήσει εκτίμηση της θερμοκρασίας του σώματος, των περιφερικών σφύξεων, την ταυτόχρονη εκτίμηση της καρδιακής συχνότητας στη θέση της κορυφής της καρδιάς και των σφύξεων στην κερκιδική αρτηρία, την εκτίμηση των αναπνοών, της αρτηριακής πίεσης καθώς και τον κορεσμό του αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο.

Ωστόσο, στην περίπτωση που θα πραγματοποιηθεί είτε φυσιολογικός τοκετός είτε καισαρική τομή θα πρέπει να ακολουθηθεί συγκεκριμένη διαδικασία η οποία θα αναλυθεί στην συνέχεια του Κεφαλαίου, δίνοντας έμφαση στον ρόλο και τα καθήκοντα του/της νοσηλευτή – νοσηλεύτριας.

4.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ

Η εκτίμηση των ζωτικών σημείων της επιτόκου ξεκινούν με την εκτίμηση της θερμοκρασίας, όπου αντιπροσωπεύει το ισοζύγιο της παραγόμενης και της αποβαλλόμενης θερμότητας από το σώμα. Η θερμομέτρηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο τρόπους είτε με την μέτρηση του πύρινα είτε με την μέτρηση της επιφάνειας. Η θερμοκρασία του πυρήνα αφορά την θερμοκρασία των εν τω βάσει ιστών του οργανισμού και αντιπροσωπεύει ένα εύρος τιμών θερμοκρασίας. Η επιφανειακή θερμοκρασία αφορά την θερμοκρασία δέρματος και των υποδορίων ιστών και υφίσταται αυξομειώσεις ανάλογα με την θερμοκρασία περιβάλλοντος. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την θερμοκρασία ποικίλουν. Ο νοσηλευτής

υποχρεούται να γνωρίζει τις φυσιολογικές μεταβολές της θερμοκρασίας και συγκεκριμένα στην περίπτωση της εγκύου η θερμοκρασία αυξάνεται ελαφρώς καθ' όλη την διάρκεια της κύησης (Berman et al., 2010).

Ακολουθεί η εκτίμηση των σφύξεων, όπου εξετάζονται παράμετροι όπως η συχνότητα, η ρυθμικότητα και το εύρος του σφυγμού. Σημειώνεται ότι η εκτίμηση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε κεντρική ή σε περιφερική θέση. Με τον όρο σφυγμό χαρακτηρίζεται η ροή του αίματος κατά κύματα που προκαλείται από την περιοδική σύσπασση της αριστερής κοιλίας της καρδιάς. Σε γενικές γραμμές το σφυγικό κύμα εξαρτάται από τον όγκο του αίματος που εξωθείται σε κάθε συστολή της καρδιάς και από την ενδοτικότητα των αρτηριών. Η συχνότητα του σφυγμού εκφράζεται ως τον ρυθμό των σφύξεων ανά λεπτό. Όταν μια γυναίκα είναι έγκυος παρατηρείται αύξηση του μεγέθους της καρδιάς και οι σφυγμοί αυξάνονται κατά δέκα ανά λεπτό, με συνέπεια ημερήσιος οι σφυγμοί να είναι 14.400 περισσότεροι. Ωστόσο, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα του σφυγμού σε μία έγκυο γυναίκα, οι σημαντικότεροι είναι η ηλικία, η υπογκαιμία / αφυδάτωση, το στρες, η θέση του σώματος (Berman et al., 2010).

Στην συνέχεια ακολουθεί η εκτίμηση της αναπνοής. Με τον όρο αναπνοή χαρακτηρίζεται η διαδικασία πρόσληψης οξυγόνου και αποβολής διοξειδίου του άνθρακα από το αναπνευστικό σύστημα, η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται με εισπνοές και εκπνοές και ονομάζεται αερισμός. Επιπλέον, στην περίπτωση του που πραγματοποιούνται πολύ βαθιές αναπνοές και γρήγορες γίνεται υπεραερισμός ενώ στην περίπτωση των επιπόλαιων αναπνοών γίνεται υποαερισμός. Οι νοσηλευτές παρακολουθούν δύο τύπους αναπνοής και είναι η θωρακική αναπνοή, όπου γίνεται αντιληπτή από την μετακίνηση του θώρακα προς τα πάνω και έξω και η διαφραγματική αναπνοή, όπου γίνεται αντιληπτή από την μετακίνηση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Οι αναπνοές που πρέπει να παίρνει μία έγκυο γυναίκα κυμαίνονται από 10 έως 20 ανά λεπτό, όμως κατά την διάρκεια της 34^{ης} - 36^{ης} εβδομάδας παρουσιάζεται το αίσθημα της δύσπνοιας σημειώνεται ότι ο παράγοντας ηλικία και στρες είναι αυτοί που επηρεάζουν και τον ρυθμό της αναπνοής (Berman et al., 2010).

Τέλος, πραγματοποιείται η εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης, όπου είναι το μέτρο της πίεσης που ασκείται από το αίμα κατά τη ροή του μέσω των αρτηριών. Καθώς η ροή του αίματος είναι παλμική υπάρχουν δύο μεγέθη αρτηριακής πίεσης τα οποία είναι η συστολική και η διαστολική. Στην περίπτωση της συστολικής πίεσης, αναφέρεται η πίεση του αίματος που προκύπτει από την σύσπασση των κοιλιών, ενώ

στην περίπτωση της διαστολική αναφέρεται στην πίεση που επικρατεί στα αγγεία όταν οι κοιλίες είναι σε διαστολή. Συνεπώς, η διαστολική πίεση είναι χαμηλότερη πίεση που επικρατεί στις αρτηρίες. Επιπλέον στην περίπτωση που έχουμε υπέρταση του επιτρεπτού εύρους τιμών της πίεσης ονομάζεται υπέρταση στην αντίθετη περίπτωση υπόταση. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αρτηριακή πίεση σε μία έγκυο γυναίκα είναι η ηλικία, η φυλή και η παχυσαρκία. Σημειώνεται ότι κατά την διάρκεια της κύησης υπέρταση ορίζεται συστολική πίεση πάνω από 140 mmHg ή/και η διαστολική πάνω από 90 mmHg (Berman et al., 2010).

4.3. ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

Όταν η έγκυος έρχεται αντιμέτωπη με κάποια από τις επιπλοκές που προαναφέρθηκαν στο προηγούμενο Κεφάλαιο 3, ο ιατρός Μαιευτήρας – Γυναικολόγος πρέπει να την ενημερώσει και να την καθοδηγήσει με στόχο την ασφάλεια της ίδιας και του εμβρύου. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που αναλαμβάνει την φροντίδα της εγκύου και κατ' επέκταση του νεογνού.

Σε μία ποικιλία καταστάσεων που επηρεάζουν αρνητικά την έγκυο απαιτείται χειρουργική παρέμβαση. Τέτοιες περιπτώσεις είναι στη προεκλαμψία και στο προδρομικό πλακούντα. Όπως έχει ειδη προαναφερθεί, η προεκλαμψία συνήθως εμφανίζεται στα τελευταία στάδια της κύησης και αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα μπορεί να οδηγήσει σε εκλαμψία προκαλώντας κρίσεις και σπασμούς με συνέπεια να επηρεάζει ζωτικά όργανα. Επιπλέον, στον προδρομικό πλακούντα ο πλακούντας αναπτύσσεται στο κατώτερο σημείο της μήτρας με συνέπεια να θεωρείται αδύνατο η πραγματοποιηθεί φυσιολογικός τοκετός (Woodhead & Wicker, 2007).

4.4. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, ο Ιούλιος Καίσαρας γεννήθηκε με την μέθοδο που σήμερα αποκαλείται καισαρική τομή. Ωστόσο, υπάρχουν πηγές που αναφέρουν ότι η καισαρική τομή σχετίζεται με έναν αρχαίο Ρωμαϊκό νόμο/οδηγία

που θέσπισε ο Καίσαρας, ο οποίος καθόριζε ότι αν μια γυναίκα πεθάνει στην διάρκεια του τοκετού επιτρέπεται να «ανοιχθεί» με την ελπίδα να σωθεί το νεογνό. Ωστόσο, όλα αυτά στις μέρες μας έχουν ακαδημαϊκό ενδιαφέρον και αυτό που έχει σημασία είναι ότι η προαναφερόμενη διαδικασία περιλαμβάνει χειρουργική διάνοιξη του κοιλιακού τοίχους στο τελευταίο στάδιο της κύησης σε μια προσπάθεια να γεννηθεί το έμβρυο με ασφάλεια (Woodhead & Wicker, 2007).

Οι προγραμματισμένες καισαρικές τομές λαμβάνουν χώρα μια εβδομάδα νωρίτερα από την ημερομηνία του αναμενόμενου τοκετού. Η φροντίδα οφείλει να είναι επικεντρωμένη στην ασθενή, καθώς όλη η διαδικασία μπορεί να είναι αρκετά στρεσογόνος. Η προγραμματισμένη καισαρική τομή έχει ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τα οποία είναι τα ακόλουθα (Woodhead & Wicker, 2007):

✓ *Πλεονεκτήματα Καισαρικής Τομής:*

- Η μητέρα είναι πλήρως ενημερωμένη για την ακριβή ημερομηνία του τοκετού και μπορεί να οργανώσει καλύτερα της υποχρεώσεις της καθώς και τα απαραίτητα του νοσοκομείου – μαιευτηρίου
- Αποφεύγεται η εμβρυϊκή δυσχέρεια.

✓ *Μειονεκτήματα Καισαρικής Τομής:*

- Η χειρουργική προσπέλαση παρεμβάλλει τομή μυϊκών ομάδων, των οποίων η αποκατάσταση απαιτεί χρόνο, συνέπεια η νοσηλεία της μητέρας να παρατείνεται συγκρινόμενη με αυτής του φυσιολογικού τοκετού
- Κατά την μετεγχειρητική περίοδο, ιδιαίτερα τα δύο πρώτα 24ώρα, εξαρτάται από τρίτο πρόσωπο για την μετακίνηση της
- Υπάρχει τάση στην περιοχή της τομής όπου μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στον θηλασμό
- Υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος
- Υπάρχει πιθανότητα τραυματισμού παρακείμενων οργάνων, όπως ουροδόχος κύστη ή ουρητήρας
- Υπάρχει κίνδυνός για μετεγχειρητική αιμορραγία και θρόμβωση.

4.4.1. Εγκυμοσύνη

Κατά την διάρκεια της κύησης λαμβάνουν χώρα αλλαγές στη σύσταση του αίματος, χωρία απαραίτητα να συνοδεύονται από αλλαγές της αρτηριακής πίεσης. Σε μια φυσιολογική κύηση, η καρδιακή παροχή είναι μείζονος σημασίας για τη σωστή ανάπτυξη του εμβρύου μέσα στη μήτρα (Woodhead & Wicker, 2007).

Σύμφωνα με τον Redman (1992) ο όγκος του αίματος και η καρδιακή συχνότητα αυξάνονται κατά 30% αυξάνοντας έτσι την καρδιακή παροχή. Τα αποτελέσματα θα μπορούσε να είναι μια αύξηση της αρτηριακής πίεσης, λόγω και της αντιδραστικής αγγειοσύσπασης. Ωστόσο, οι ορμόνες που σχετίζονται με την κύηση, όπως η προλακτίνη και η προγενέστερη, οδηγούν στο αντίθετο αποτέλεσμα προκαλώντας αγγειοδιαστολή. Αυτό αυξάνει τις απαιτήσεις και από τα υπόλοιπα ζωτικά όργανα της εγκύου. Η αύξηση του κυκλοφορούντος όγκου αίματος και της ανάγκης για απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού της μητέρας και του εμβρύου θα αυξήσουν τις απαιτήσεις από τους νεφρούς, όπου ο ρόλος τους είναι η παραγωγή ούρων και η αποβολή τους από την ουροδόχο κύστη. Σημειώνεται ότι η αυξημένη ποσότητα πρωτεΐνης στα ούρα είναι ένδειξη λοίμωξης ή νεφρικής ανεπάρκειας που πολλές φορές αποτελούν ένδειξη καισαρικής τομής (Redman, 1992).

Η καισαρική τομή συνεπάγεται και αυξημένες απαιτήσεις από επαγγελματίες νοσηλευτές όσο αφορά την φροντίδα της επιτόκου. Αρχικά, το ενδεχόμενο του φυσιολογικού τοκετού έχει αποκλειστεί για κάποιες γυναίκες. Ορισμένες πάλι θα ήθελαν να γεννήσουν σε ένα οικείο περιβάλλον βιώνοντας τους φυσιολογικούς πόνους του τοκετού. Στο μαιευτήριο, η απουσία των στοιχείων που περιλαμβάνει ο φυσιολογικός τοκετός, όπως ο πόνος ενδέχεται να επηρεάσει τους γονείς.

Τα μαιευτήρια μερικές φορές είναι «ψυχρά», και το κλινικό περιβάλλον δεν συμβάλλει στη δημιουργία της ιδιαίτερης στιγμής που αναμένεται για τους γονείς. Οι νοσηλευτές οφείλουν να προσπαθήσουν να δημιουργήσουν το κατάλληλο κλίμα (Woodhead & Wicker, 2007).

4.4.2. Προετοιμασία χώρου

Οι καισαρικές τομή λαμβάνει χώρα σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους τοκετού, μέσα σε μαιευτικές κλινικές στελεχωμένες από προσωπικό που απασχολείται αποκλειστικά στο χώρο αυτό. Το προσωπικό αυτό θα πρέπει να είναι διαθέσιμο ανά πάσα στιγμή και ο χώρος να είναι πάντα προετοιμασμένος. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει τις ιδιαίτερες σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες της μητέρας και του νεογνού καθ' όλη την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

Η ίδια ενδεδειγμένη προετοιμασία και προσοχή απαιτείται τόσο στις προγραμματισμένες όσο και στις επείγουσες καισαρικές τομές. Γίνεται κατανοητό ότι στις επείγουσες καισαρικές τομές παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα, όπου η επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ξέρουν και να γνωρίζουν με στόχο να αντιμετωπίσουν ότι προκύψει με επιτυχία.

Παράλληλα ανεξάρτητα από το είδος της αναισθησίας που χρησιμοποιείται, γενική ή περιοχική ή τοπική, το προσωπικό οφείλει να επιδεικνύει την ίδια επιμέλεια και προσοχή στη λεπτομέρεια. Επιπλέον, η επικοινωνία με τη μητέρα είναι μείζονος σημασίας, όταν αυτή είναι ξύπνια και διατηρεί την επαφή της, στην περίπτωση της όπου γίνεται η περιοχική αναισθησία. Ιδιαίτερη προσοχή στον τομέα αυτό της επικοινωνίας πρέπει να δίνεται στις περιπτώσεις που είναι παρών και ο σύντροφος της επιτόκου, όπως συμβαίνει σε αρκετά κέντρα.

Επιπλέον, η χρήση της περιοχικής αναισθησίας εμφανίζει το βασικό πλεονέκτημα της άμεσης επαφής του νεογνού με τη μητέρα σε αντίθεση με την γενική αναισθησία που υπάρχει μια καθυστέρηση στην επαφή μητέρας – νεογνού. Επίσης, το προσωπικό θα πρέπει να είναι προσεκτικό σε κάθε περίπτωση και να φροντίσει για τα συνηθισμένα θέματα, όπως για παράδειγμα την φύλαξη των μη χρησιμοποιημένων υλικών τα οποία θα πρέπει να απομακρύνονται και να φυλάσσονται σε συγκεκριμένο χώρο.

Κατά την διάρκεια της εισαγωγής της αναισθησίας στο χώρο θα πρέπει να επικρατεί ησυχία και να μην υπάρχει συνωστισμός ατόμων. Σε αντίθετη περίπτωση προκαλείται στρες στην μητέρα και έχει αντιδράσεις άγχους.

Επιπλέον, τα μηχανήματα ανάνηψης του νεογνού θα πρέπει να είναι τοποθετημένα σε σωστές αποστάσεις με στόχο να μην προκαλούν προβλήματα κατά την διαδικασία αλλά να είναι και εύκολα προσβάσιμα, παρέχοντας στους παιδίατρους

και τις μαίες την άνεση να φροντίζουν το νεογνό. Το προσωπικό θα πρέπει να φροντίζουν το χώρο λες ότι είναι οι ίδιοι ασθενείς, χρησιμοποιώντας παράλληλα της γνώσεις και τις ικανότητες τους. Αξιοσημείωτο παράδειγμα είναι η φιλικότητα του χειρουργικού χώρου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και να επιλέγονται οι πλέον κατάλληλοι χρωματικοί συνδυασμοί (Woodhead & Wicker, 2007).

4.4.3. Προετοιμασία της μητέρας στην αίθουσα τοκετού

Ο κύριος παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι ότι υπάρχουν δύο ασθενείς, η μητέρα και το νεογνό, και το προσωπικό οφείλει να του παρέχει την απαραίτητη φροντίδα. Αυτή είναι και η ουσιαστική διαφορά με τις υπόλοιπες επεμβάσεις. Επίσης επειδή η μητέρα δεν θεωρείται «άρρωστη» και η καισαρική τομή δεν την θεραπεύει, το αποτέλεσμα δεν είναι η ίαση αλλά ο ερχομός μιας νέας ζωής.

Οι μητέρες, προσερχόμενες στο χειρουργείο θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένες για τη επέμβαση και να τους δίνεται η διαβεβαίωση ότι εξακολουθούν να συμμετέχουν στην διαδικασία του τοκετού. Πρέπει να έχει προηγηθεί επαρκής ιατρική προετοιμασία, που θα περιλαμβάνει εξέταση αίματος, διασταύρωση δύο ομάδων αίματος και υπερηχογράφημα. Σημειώνεται ότι όλες οι μαιευτικές κλινικές πρέπει να κρατείται το πρωτόκολλο αντιμετώπισης μείζονος αιμορραγίας, το οποίο περιλαμβάνει και την ύπαρξη μονάδων αίματος O- αρνητικό για έκτακτες ανάγκες και επείγουσες μεταγγίσεις μη διασταυρωμένου αίματος.

Επιπλέον, το προσωπικό οφείλει να φροντίζει και τον συνοδό της επιτόκου, αφού πολύ συχνά εισέρχεται στον χώρο του χειρουργείου για πρώτη φορά και μπορεί να βρει την εμπειρία τρομαχτική. Υπάρχουν περιπτώσεις που οι συνοδοί εκφράζουν τα συναισθήματα τους και υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν τα εκφράζουν διότι σκέπτονται τις ανάγκες της επιτόκου. Η εμπειρία της συνοδείας της επιτόκου μπορεί να είναι τόσο έντονη, σε σημείο που να χρειαστούν οι ίδιοι φροντίδα. Για παράδειγμα, το άγχος και μπορεί να προκαλέσει ωχρότητα και βραδυκαρδία οδηγώντας σε λιποθυμία. Επομένως θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα ταυτόχρονης αντιμετώπισης επιτόκου και συντρόφου.

Αρκετοί επαγγελματίες υγεία αισθάνονται ικανοποίηση βοηθώντας σε μία γέννηση και συνεργαζόμενοι με την υπόλοιπη ομάδα. Η συζήτηση μεταξύ του

εξειδικευμένου προσωπικού και των μαθητευόμενων που συμμετέχουν στη πρώτη τους καισαρική τομή επιβεβαιώνει τα ανωτέρω και αποκαλύπτει την πληθώρα των ανθρωπίνων συναισθημάτων. Για τον λόγο αυτό πολλές φορές το προσωπικό νιώθει ότι συμμετέχει ενεργά. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι μέσα από αυτή τη χειρουργική διαδικασία οι επαγγελματίες υγείας αγγίζουν όλα τα φάσματα των πιθανών ρόλων λειτουργώντας από τεχνικό έως νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιώντας όλο το εύρος του διατιθέμενου εξοπλισμού καθώς και προσωπικών δεξιοτήτων του.

Σε κάποιο βαθμό το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει αντιφατικά συναισθήματα όταν αντιμετωπίζει καισαρική τομή γιατί υγιή άτομα εισέρχονται στον χώρο του, αντίθετα από ότι συμβαίνει στις συνήθεις χειρουργικές επεμβάσεις. Ωστόσο, καθ' όλη περιεγχειρητική περίοδο υπάρχει η πιθανότητα να προκύψουν ανεπιθύμητες καταστάσεις, των οποίων η έκβαση να εξαρτάται από τις ικανότητες, την εκπαίδευση και τον επαγγελματισμό του επαγγέλματος υγείας. Πιθανότητα καμία άλλη κατάσταση στην οποία εμπλέκεται ο νοσηλευτής δεν είναι παρόμοια.

Τα συναισθήματα που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας, προκειμένου η έκβαση για την μητέρα να είναι επιθυμητή, του προσφέρουν μια μοναδική εμπειρία, που ενισχύεται και από τη μέριμνα ένα υγιές νεογνό (Woodhead & Wicker, 2007).

4.4.4. Φροντίδα της μητέρας στην αίθουσα τοκετού

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αίθουσα τοκετού είναι ένας ρόλος κλειδί που διασφαλίζει τα δικαιώματα των ασθενών (Woodhead & Wicker, 2007). Ο Kneeder (1992) ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας να υιοθετούν μια ανθρώπινη και φιλική προσέγγιση που δίνει την δυνατότητα η βοήθεια που παρέχεται να είναι και υποστηρικτική και συμπονετική απέναντι στην ασθενή.

Όταν ο νοσηλευτής είναι ο βοηθός του αναισθησιολόγου θα πρέπει να προγραμματίζει τις ανάγκες της αναισθησίας. Αυτό περιλαμβάνει τον έλεγχο του μηχανήματος αναισθησίας, σύμφωνα με τις συστάσεις του κατασκευαστή και της Αναισθησιολογικής Εταιρίας. Απαιτείται αυξημένη επαγρύπνηση, ιδιαίτερα μετά από τραγικά γεγονότα όπως ένας θάνατος (Hutton, 2010).

Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι προσεκτικός με την επαναχρησιμοποίηση των υλικών μιας χρήσεως και να ενημερώνει το κοινό για αυτή

την αμφισβητούμενη πρακτική. Ακόμα, ο νοσηλευτής υποχρεούται να θυμάται τον κώδικα δεοντολογίας της εργασίας τους, με συνέπεια να διασφαλίστούν τα δικαιώματα των ασθενών. Ο επαγγελματίας της υγείας οφείλει να παρέχει περιεγχειρητική φροντίδα σε όλους τους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένου και του εμβρύου, το οποίο παρουσιάζει ευαισθησία στα ακουστικά ερεθίσματα από τα πρώτα κιόλας στάδια της κύησης (Woodhead & Wicker, 2007).

4.4.5. Μεταφορά ασθενούς στην χειρουργική τράπεζα

Η πεθιδίνη παραμένει δημοφιλής στον έλεγχο του πόνου της μητέρας, παρά την ιδιότητα να της διαπερνά τον εμβρυοπλακουντιακό φραγμό και να ασκεί κατασταλτική δράση στα ζωτικά σημεία του νεογνού και ιδιαίτερα στην αναπνοή του. Οι μητέρες πρέπει να μεταφέρονται στην αίθουσα του χειρουργείου όσο το δυνατό συντομότερο αφού ληφθεί η απόφασή για καισαρική τομή.

Για να αποφευχθεί το σύνδρομο κάτω κοίλης φλέβας, η επίτοκος θα πρέπει να τοποθετηθεί σε ελαφρώς αριστερή πλάγια θέση από αυτό κιόλας το σημείο και ταυτόχρονα να της χορηγηθεί οξυγόνο. Το σύνδρομο κάτω κοίλης φλέβας προκαλεί υπόταση κατά την κατάκλιση.

Η μητέρα, τις περισσότερες φορές, μεταφέρεται κατευθείαν στην αίθουσα και τοποθετείται στο χειρουργικό τραπέζι σε ελαφρώς αριστερή θέση, με τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από το δεξιό ισχίο ή με κλίση του τραπεζιού κατά 15° αριστερά. Ένα άτομο θα πρέπει να βρίσκεται αριστερά της ασθενούς, ώστε να προλάβει μια πτώση που πάντα υπάρχει ως πιθανότητα. Η πιθανότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί λόγω των σωματομετρικών χαρακτηριστικών της μητέρας ή από την χρήση περιοχικής αναισθησίας, όπου η μητέρα δεν ελέγχει πλήρως τις κινήσεις και δεν έχει αισθητικότητα.

Επιπλέον, θα πρέπει να τοποθετείται στήριγμα κάτω από το αριστερό άνω άκρο, διότι οι περισσότερες ασθενείς έχουν ένα φλεβικό καθετήρα στο μη επικρατούν αριστερό χέρι αλλά και η διάταξη αυτή προσφέρει ένα είδος ακινητοποίησης και ισορροπίας για την ασθενή. Σημειώνεται ότι η προαναφερόμενη θέση δεν έχει αναφερθεί ποτέ σαν εμπόδιο για την ολοκλήρωση της διαδικασίας (Woodhead & Wicker, 2007).

Κατά την διάρκεια της μεταφοράς προς το χειρουργικό κρεβάτι, είναι απαραίτητη η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του εμβρύου και η χορήγηση οξυγόνου στη μητέρα, χωρίς αυτά να διακόπτονται παρά μόνο για το απολύτως απαραίτητο χρονικό διάστημα.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις όποιες πολιτισμικές ή θρησκευτικές ιδιαιτερότητες, με το δεδομένο ότι η ασθενής είναι μια γυναίκα που βρίσκεται σε εξαρτημένη και ευπρόσβλητη θέση, σε ένα χώρο που πιθανότατα είναι ανδροκρατούμενος. Έτσι οι παράγοντες όπως οι γυναίκες συνοδοί, η παρουσία συγγενικών προσώπων, η ενδυμασία κ.ά. θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και παράλληλα να ενημερώνεται διαρκώς η ασθενής για το τι συμβαίνει ή το τι πρόκειται να συμβεί. Στην περίπτωση που θα πραγματοποιηθεί μια επείγουσα καισαρική τομή αναπόφευκτα θα υπάρχει κινητικότητα και θόρυβος λόγω της προετοιμασίας της χειρουργικής αίθουσας. Η ασθενής θα πρέπει να είναι ενημερωμένη ότι όλη αυτή η κατάσταση είναι φυσιολογική.

Η ενημέρωση της ασθενούς θα πρέπει να γίνεται διαρκώς και ταυτόχρονα με την προετοιμασία της αίθουσας. Μόλις η ασθενής τοποθετηθεί κατάλληλα και με ασφάλεια στο χειρουργικό τραπέζι και ενώ τα χορηγείται οξυγόνο, θα πρέπει να ξυριστεί η υπερηβική περιοχή και να καθετηριαστεί η ουροδόχος κύστη. Ανάλογα με την πολιτική του κάθε τμήματος, τα ανωτέρω μπορούν να τα εκτελέσουν είτε πριν είτε αφού λάβει η ασθενής την αναισθησία. Ωστόσο, προτείνεται τα προαναφερόμενα να πραγματοποιούνται πριν την χορήγηση της αναισθησία με στόχο να μην χάνεται πολύτιμος χρόνος και να μην υπάρχει καθυστέρηση του χειρουργείου.



Εικόνα 17: Προετοιμασία επιτόκου στην χειρουργική τράπεζα

Στην πράξη όμως εξαρτάται άμεσα από την κατάσταση του εμβρύου ή για το αν υπάρχει κάποια επείγουσα κατάσταση που θα πρέπει να πραγματοποιηθεί η καισαρική τομή (Woodhead & Wicker, 2007).

4.4.6. Μεταφορά ασθενούς στο δωμάτιο

Η μετάφερα της μητέρας στο δωμάτιο μετά τον τοκετό είτε φυσιολογικό είτε με καισαρική τομή πραγματοποιείται αμέσως μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση που το νεογνό είναι υγιές μπορεί και αυτό να μεταφερθεί μαζί της στο δωμάτιο μετά της απαραίτητες εξετάσεις που θα πραγματοποιηθούν από τον παιδίατρο.

Μετά τον ερχομό του νεογνού οι περισσότερες μητέρες έρχονται αντιμέτωπες με νέες φοβίες, οι οποίες βασίζονται στην ικανότητα τους να παρέχουν στο νεογνό τα απαραίτητα, δηλαδή να μπορούν να το θηλάσουν, να το αλλάξουν κ.ά.. Οι φοβίες αυτές μπορούν να προκαλέσουν στην μητέρα άγχος, στρες ακόμα και κατάθλιψη. Σε αυτό το σημείο παίζει καθοριστικό ρόλο το νοσηλευτικό προσωπικό όπου πρέπει να ενημερώσει την μητέρα και να την υποστηρίξει με στόχο να μειώσει τα προαναφερόμενα συμπτώματα. (Παπανικολάου, 2007)

Σύμφωνα με έρευνες, οι γυναίκες που έχουν τραυματική εμπειρία μετά από τον τοκετό διαπιστώνουν ότι η ενημέρωση, η υποστήριξη, η παροχή συμβουλών, η κατανόηση και η επίλυση των αποριών τους, είναι οι πιο χρήσιμες θεραπευτικές μέθοδοι για την ψυχική τους υγεία.

Η μητέρα μεταφέρεται στο δωμάτιο της το οποίο θα πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένο με στόχο το περιβάλλον να είναι όμορφο και φιλικό προς αυτήν. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη με σκοπό να την ενημερώσει για την νέα τάξη πραγμάτων στην ζωή της και να την εκπαιδεύσει για τις ανάγκες του μωρού της. Επιπλέον, θα πρέπει να την ενημερώνει διαρκώς για την πορεία υγείας της ίδιας και του νεογνού, ιδιαίτερα σε περίπτωση το νεογνό δεν μπορεί να μείνει μαζί της (θερμοκοιτίδα). Σημειώνεται ότι ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο τα πρώτα 24ώρα διότι η μητέρα θα πρέπει να του εκφράσει τα συναισθήματα και τις φοβίες που μπορεί να την διακατέχουν μετά τον ερχομό του νεογνού.

4.5. ΣΥΝΟΨΗ ΕΥΘΥΝΩΝ – ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ – ΥΛΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ - ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα της επιτόκου που πρόκειται να επιβληθεί σε καισαρική τομή δηλαδή χειρουργική επέμβαση (προγραμματισμένη ή επείγουσα) διαρκεί μέχρι τη στιγμή που η ασθενής μεταφέρεται στον χειρουργικό χώρο. Στόχος της προεγχειρητικής φροντίδας είναι η σωματική και η ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή πριν την επέμβαση.

Πίνακας 1: Συγκεντρωτικός Πίνακας Προεγχειρητική Νοσηλευτικής Φροντίδας (Νταντούμη, 2014)

Ευθύνες και αρμοδιότητες νοσηλεύτη
<ul style="list-style-type: none">· Παροχή ασφαλούς προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας· Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία· Μέτρηση, εκτίμηση καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενή
Βασικές αρχές
<ul style="list-style-type: none">· Συνεχής ψυχολογική υποστήριξη ασθενή· Προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος του ασθενή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και ανάλογα με το είδος της αναισθησία και της επέμβασης· Χορήγηση ή διακοπή φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία· Προεγχειρητική δίαιτα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία· Απαγόρευση λήψης στερεάς τροφής και υγρών για συγκεκριμένες ώρες· Αυστηρή τήρηση των βασικών προφυλάξεων επαφής

Το στάδιο προετοιμασία περιλαμβάνει κάποια υλικά με σκοπό να ολοκληρωθεί πλήρως η προετοιμασία της επιτόκου για την καισαρική τομή. Τα βασικά υλικά που χρησιμοποιούνται είναι τα ακόλουθα:

- Σφουγγάρι και σαπούνι σώματος
- Σκευασμα υποκλισμού
- Ξυριστική μηχανή
- Ενδυμασία χειρουργείου (μπλούζα, σκούφος)
- Υλικά για φλεβοκέντηση
- Τολύπια βάμβακος
- Ασετόν
- Ψηφιακό Θερμόμετρο
- Πιεσόμετρο
- Εξασκητής αναπνοών

Το χειρουργείο είναι ένας ιδιαίτερος και εξειδικευμένος χώρος του νοσοκομείου. Ο νοσηλευτής του χειρουργείου απαιτείται να διαθέτη επιστημονική κατάρτιση και δεξιότητες για την ασφαλή παροχή περιεγχειρητική νοσηλευτικής φροντίδας

Πίνακας 2: Συγκεντρωτικός Πίνακας περιεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας
(Νταντούμη, 2014)

Ευθύνες και αρμοδιότητες νοσηλευτή
<ul style="list-style-type: none"> · Ταυτότητα ασθενή · Επιβεβαίωση είδους και της περιοχής της επέμβασης · Παραλαβή φακέλου ασθενή · Έλεγχος σωστή ενδυμασίας ασθενή · Έλεγχος σωστής προεγχειρητικής ετοιμασίας ασθενή · Έλεγχος θερμοκρασία της χειρουργικής αίθουσας · Έλεγχος σωστής λειτουργίας εξοπλισμού χειρουργικής αίθουσας · Τοποθέτηση μηχανημάτων στην σωστή θέση μέσα στην χειρουργική αίθουσα · Έλεγχος διαθεσιμότητας απαραίτητου εξοπλισμού και υγειονομικού υλικού, καθώς και ημερομηνίας λήξης · Προετοιμασία και το χειρισμό του αποστειρωμένου υλικού με τεχνικές που εξασφαλίζουν συνθήκες ασηψίας – αντισηψίας
Βασικές αρχές
<ul style="list-style-type: none"> · Παρουσίας ενός νοσηλευτή εργαλειοδοσίας και ενός νοσηλευτή κυκλοφορίας ανά λειτουργούσα χειρουργική αίθουσα · Διασφάλιση αξιοπιστίας του ασθενή, του ιατρικού απορρήτου και της εμπιστευτικότητας · Προετοιμασία χειρουργικής αίθουσας, ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή ασφάλεια · Τήρηση των βασικών αρχών χειρισμού του αποστειρωμένου υλικού · Αυστηρή τήρηση των βασικών προφυλάξεων επαφής · Κυκλοφορία στο χώρο σύμφωνα με τον κανονισμό του χειρουργείου · Σωστή διαχείριση αιχμηρών αντικειμένων · Σωστός διαχωρισμός και διάθεση των ιατρικών αποβλήτων · Συμπλήρωση των ειδικών εντύπων τεκμηρίωσης της χειρουργικής επέμβασης

Ωστόσο, στο χώρο του χειρουργείου, όπως προαναφέρθηκε, θα πρέπει να έχει πραγματοποιηθεί μια προετοιμασία των υλικών που χρειάζονται καθώς και των μηχανημάτων για την διεξαγωγή της καισαρικής τομής. Τον έλεγχο αυτό τον

πραγματοποιεί ο νοσηλευτής και στο στάδιο αυτό ελέγχονται τα ακόλουθα (Νταντούμη, 2014):

- Αποστειρωμένα σετ εργαλείων ανάλογα με την επέμβαση
- Αποστειρωμένο σετ ιματισμού
- Αποστειρωμένες γάζες διαφόρων μεγεθών
- Αναλώσιμο υγειονομικό υλικό (σύριγγες βελόνες, λάμες, γάντια κ.ά.)
- Χειρουργικά ράμματα
- Διαλύματα για την αντισηψία του χειρουργικού πεδίου
- Διαθερμία
- Συσκευή αναρρόφησης
- Δοχεία παρασκευασμάτων
- Ταινίες μέτρησης σακχάρου και ούρων
- Κολλητική ταινία
- Συνδετικό 3 way
- Υλικά τοποθετήσεις καθετήρα σε περίπτωση επείγουσας καισαρικής τομής
- Ψηφιακό θερμόμετρο
- Πιεσόμετρο
- Γέλη υπερήχων
- Ειδικά μηχανήματα ανάλογα την περίπτωση.
- Μηχανήματα ακρόασης εμβρυικών παλμών
- Καρδιοτοκογράφος
- Καρδιογράφος

Μετά από την αίθουσα τοκετού ή την χειρουργική αίθουσα η μητέρα μεταφέρεται στο δωμάτιο και ξεκινά η περίοδος της λοχείας όπου διαρκεί 6 εβδομάδες. Η λεχιάδα πρέπει να έχει στενή επιτήρηση και παρακολούθηση στη διάρκεια των πρώτων ωρών μετά τον τοκετό σε περιβάλλον φιλικό και θερμοκρασία πάνω από 25° C.

Πίνακας 3: Συγκεντρωτικός Πίνακας νοσηλευτικής φροντίδας στη περίοδο της λοχείας (Σταυροπούλου, 2013)

Ευθύνες και αρμοδιότητες νοσηλεύτη
<ul style="list-style-type: none">· Την κολπική αιμόρροια και της συσπάσεις της μήτρας· Τη κένωση της ουροδόχου κύστης.· Μέτρηση ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφύξεις, θερμοκρασία).· Το ύψος και η υφή της μήτρας· Τα λόγια (ποσότητα, σύσταση, οσμή)· Οι μαστοί και οι γαστροκνημίες· Θα πρέπει να ενημερώνονται για τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό.· Για συμπτώματα που θα ανησυχούν, όπως μεγάλη κολπική αιμορραγία, έντονη ταχυκαρδία, πόνος στη γαστροκνημία, πόνος στο θώρακα ή δύσπνοια και αύξηση της θερμοκρασίας πάνω από 38°C σε δύο μετρήσεις τις πρώτες 14 ημέρες.· Για την προσωπική της υγιεινή, με έμφαση στο τραύμα της περινεοτομής.· Για τους τρόπους ανακούφισης από το αίσθημα του πόνου.· Για το θηλασμό.· Για την ανάγκη κινητοποίησης, διότι παρέχει ευεξία, μειώνει τις επιπλοκές του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, την πιθανότητα εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων και διευκολύνει την έξοδο των λοχίων.· Για την αντισύλληψη και την επανεκκίνηση των σεξουαλικών σχέσεων.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πολλές από τις προαναφερόμενες ευθύνες - αρμοδιότητες της αναλαμβάνει η μαία, η οποία είναι υπεύθυνη για την έγκυο, αφού αυτή δίνει πολλές φορές τις εντολές στο νοσηλευτικό προσωπικό και το συντονίζει με σκοπό το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Επίσης, σε περίπτωση επιπλοκής είναι αρμόδια για την γρήγορη ενημέρωση του ιατρού.

5. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

5.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

Η κύηση αποτελεί μια ξεχωριστή περίοδο για την ζωή της γυναίκας, χαρακτηρίζεται από τις συνεχείς αλλαγές της ψυχολογία της. Η διάθεση της γυναίκας που βρίσκεται σε κύηση έχει πολλές μεταπτώσεις συναισθημάτων όπου μπορούν να κυμαίνονται μεταξύ ενθουσιασμού, άγχους ακόμα και κατάθλιψης (Αθανασίου, 2014).

Αυτό δεν σημαίνει ότι όλες οι γυναίκες παρουσιάζουν τις ίδιες μεταπτώσεις στη ψυχολογία τους και με την ίδια εναλλαγή. Οι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν διαφορές ψυχολογικές διαταραχές κατά την διάρκεια της κύησης αλλά και της λοχείας είναι το άγχος που προκαλείται για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, ο φόβος για τον τοκετό, η τροποποίηση της οικογενειακής συσχέτισης και οι τυχόν οικονομικές ή άλλες επιβαρύνσεις από την παρουσία του νέου μέλους στην οικογένεια (Παπανικολάου, 2007).

Η γυναίκα αυτούς τους εννέα μήνες περνά από κάποια στάδια τα οποία θεωρούνται φυσιολογικά στάδια κύησης και η άμεση απόρροια όλων αυτών είναι οι σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στο γυναικείο σώμα. Τα στάδια διαχωρίζονται σε τρίμηνα και ισχύουν τα ακόλουθα (Αθανασίου, 2014):

✓ *Στάδιο 1^ο :*

Τους πρώτους τρεις μήνες μία έγκυος δεν έχει πάντα την δυνατότητα να δει τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της. Ωστόσο, οι αλλαγές αυτές είναι πολύ σημαντικές. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου, κάποιες νέες μητέρες μπορεί να έχουν αισθήματα ανησυχίας για την απώλεια του μωρού τους. Αυτοί οι φόβοι, αν και αβάσιμοι, είναι απόλυτα φυσιολογικοί.

Τα συνηθισμένα συναισθήματα αμφιθυμίας μεγεθύνονται αυτή την περίοδο και ιδιαίτερα αν είναι η πρώτη εγκυμοσύνη της γυναίκας. Καταστάσεις που κανονικά δεν θα περνούσαν απαρατήρητες μπορούν να προκαλέσουν δάκρυα ή να δημιουργήσουν συναισθήματα κατάθλιψης ή θυμού με τον εαυτό της ή με τους κοντινούς της ανθρώπους.

Αυτές οι ξαφνικές συναισθηματικές διακυμάνσεις είναι πιο έντονες σε ορισμένες γυναίκες από ό, τι σε άλλες. Αυτό εξαρτάται από την προσωπικότητά τους, το είδος του στρες που βιώνουν, τη συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνουν, τις ορμονικές αλλαγές στο σώμα τους καθώς και από την περίπτωση κάποια προηγούμενης εγκυμοσύνης με σοβαρή επιπλοκή.

▼ *Στάδιο 2^ο :*

Αφού περάσουν οι πρώτοι τρεις μήνες όπου η έγκυος έχει αρκετό άγχος και στρες για την ασφάλεια του εμβρύου, αρχίζουν οι συναισθηματικές μεταβολές του δεύτερου τριμήνου. Τα συναισθήματα κατά τη διάρκεια αυτού του τριμήνου είναι συνήθως λιγότερο έντονα, όμως μπορεί να είναι εξίσου ανησυχητικά. Πολλές μητέρες ανησυχούν για την εξωτερική τους εμφάνιση με συνέπεια να αισθάνονται αμήχανα για το βάρος τους και αυτά τα συναισθήματα μπορεί να οδηγήσουν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Ψυχολογικά, οι μέλλουσες μητέρες μπορεί να αισθάνονται αυξημένη εξάρτηση από το σύντροφό τους. Έχουν περισσότερες ανάγκες απ' ό,τι συνήθως και μπορεί να ανησυχούν για το αν ο σύντροφός τους θα είναι διαθέσιμος, και σε θέση να τις υποστηρίξει κατά τη διάρκεια των αλλαγών αυτής της περιόδου. Κατά τη διάρκεια αυτού του τριμήνου (4^{ος} -6^{ος} μήνας), τόσο η κοιλιακή λίπανση όσο και η ροή του αίματος στην πνευλική περιοχή αυξάνονται. Αυτές οι αλλαγές, καθώς και η μείωση της ναυτίας και της ευαισθησίας του στήθους του πρώτου τριμήνου, αυξάνουν την επιθυμία για σεξουαλική επαφή.

Επιπλέον, αρκετές γυναίκες ανησυχούν για το αν ο σύντροφός τους εξακολουθεί να έχει το ίδιο ενδιαφέρον γι' αυτές. Η συζήτηση μεταξύ του ζευγαριού εδώ λειτουργεί καταλυτικά για το θέμα αυτό βοηθώντας στην μείωση των φόβων και των ανησυχιών, έτσι ώστε το ζευγάρι να μπορεί να απολαύσει μια υγιή σεξουαλική ζωή κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου της κύησης.

▼ *Στάδιο 3^ο :*

Στο τρίτο τρίμηνο, οι γυναίκες αναμένουν τον τοκετό και έρχονται αντιμέτωπες με σημαντικές φυσικές αλλαγές. Οι φόβοι για μια αποβολή έχουν συνήθως εξαφανιστεί, και την θέση αυτού την παίρνει ο φόβος της άφιξης του νεογνού καθώς και ο φόβος αν όλα κυλήσουν ομαλά χωρίς κάποια επιπλοκή, αφού οι ανησυχίες για

τον τοκετό και τη γέννηση είναι κοινές κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων μηνών της κύησης.

Οι φυσικοί περιορισμοί μιας γυναίκας που βρίσκεται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης είναι μια αντανάκλαση των ανησυχιών και των συναισθημάτων των τους για την επικείμενη μητρότητα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, μπορεί να χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή από τον σύντροφό τους, την οικογένειά τους και τους φίλους τους. Μπορεί να χρειάζονται διαβεβαίωση σχετικά με τη φυσική τους εμφάνισή, ειδικά αν η σεξουαλική ορμή τους έχει μειωθεί και πάλι, καθώς και τη διαβεβαίωση σχετικά με την ικανότητά τους ως γονέας.

Ιδιαίτερα ο τελευταίος μήνας της κύησης χαρακτηρίζεται από κούραση λόγω του βάρους της κοιλιάς, αϋπνίες, αφού παρουσιάζονται δυσκολίες στον ύπνο λόγω υπερέντασης που διαδέχεται η υπερκόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Όπως προαναφέρθηκε υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική αντίδραση της γυναίκα στα στάδια της κύησης. Οι κύριοι είναι οι ακόλουθοι (Παπανικολάου, 2007):

- Η ηλικία της γυναίκας
- Προηγούμενη εμπειρία (ιδιαίτερα αν έχουμε ιστορικό αποβολών)
- Εμφάνιση κάποιας επιπλοκής στην κύηση
- Υγεία του εμβρύου
- Εκδήλωση ανησυχίας για τις δεξιότητες που απαιτεί η μητρότητα
- Ο σωστός προγραμματισμός της κύησης
- Οι κοινωνικές σχέσεις της
- Η οικογενειακή στήριξη και ιδιαίτερα η σχέση με τον σύντροφο
- Η κατάσταση επαρκούς στέγασης
- Η εργασία
- Ο προσωπικός χρόνος μετέπειτα
- Αν η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη ή όχι
- Σωματικές αλλαγές κατά την διάρκεια της κύησης

Ωστόσο κατά την διάρκεια της κύησης και του τοκετού σημαντικό ρόλο παίζει οι ορμόνες που εκκρίνονται για να ρυθμίσουν πολλές αλλαγές στο σώμα αλλά

ταυτόχρονα επηρεάζουν και τα συναισθήματα της εγκύου. Βέβαια όμως και κατά τον τοκετό βοηθούν το έμβρυο να γεννηθεί με ασφάλεια (Αθανασίου, 2014).

Η νοσηλευτική παρέμβαση που μπορεί να πραγματοποιηθεί σε αυτή την περίπτωση είναι ο νοσηλευτής να προτείνει στην ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα της για την κατάσταση που βιώνει καθώς και για την εικόνα του σώματος της που μπορεί να την προβληματίζει. Ο νοσηλευτής έχει την δυνατότητα να βοηθήσει αφού έχει την κατάλληλη εμπειρία και να επιδείξει μια ρεαλιστική αντίδραση στις σωματικές αλλαγές ενισχύοντας τα συναισθήματα αυτοεκτίμησης.

Επιπλέον, προτείνει ο σύντροφος να εκφράζει τα θετικά συναισθήματα προς αυτή και σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι η ασθενής καταβάλλεται από πολύ έντονα συναισθήματα άγχους, στρες και κατάθλιψης προτείνεται να ζητηθεί βοήθεια από ψυχολόγο – ψυχίατρο. Η συνεργασία ψυχολόγου-ψυχίατρου είναι πολύ σημαντική αφού θα δοθεί στην μητέρα η δυνατότητα να αντιμετωπίσει τους φόβους της και τα προβλήματα που μπορούν να δημιουργούνται στην καθημερινότητα της είτε πριν είτε μετά την γέννηση του νεογνού (Σουμίλας, 1997).

5.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ

Οι περισσότερες γυναίκες φοβούνται και μόνο στην ιδέα για μια μελλοντική γέννα κατά τη διάρκεια ή ακόμα και πριν από την κύηση. Ο φόβος αυτός θεωρείται αναμενόμενος και δικαιολογημένος. Η πράξη του τοκετού συνοδεύεται από πιθανούς φυσικούς κινδύνους αλλά και μεγάλες αλλαγές στη μετέπειτα ζωή της γυναίκας και του συντρόφου της. Όλα αυτά δικαιολογούν το αίσθημα του φόβου και της ανησυχίας που νιώθει η γυναίκα. Η ένταση του φόβου μπορεί να επηρεάζεται από την προσωπικότητα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γυναίκας και από τη δομή του οικείου της περιβάλλοντος, με συνέπεια κάποιες γυναίκες να λειτουργούν καλύτερα ενάντια σε αυτόν σε σύγκριση με άλλες (Μεσσήνη & Μπάκολα, 2016)

Όλα αυτά τα έντονα συναισθήματα επιτείνουν την ανασφάλεια και την ανησυχία που αισθάνεται, αλλά και πολλές φορές δυσκολεύουν το χαρακτήρα της με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η επικοινωνία και η συνεργασία με το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο νοσηλευτής θεωρείται ότι έχει την

καλύτερη κατανόηση της ανησυχίας και της δυναμικής της, είναι περισσότερο ικανός να την αξιολογεί και να την αντιμετωπίζει.

Η ανησυχία περιγράφεται ως μία νοσηλευτική διάγνωση η οποία έχει προσδιοριστικά χαρακτηριστικά αβεβαιότητας, φόβου, απόγνωσης, προφορικής έκφρασης ανησυχίας, επώδυνα και επίμονα συναισθήματα ολοένα αυξανόμενης ανικανότητας, ανεπάρκειας και βαθιάς λύπης. Ωστόσο, παρουσιάζονται και άλλα συμπτώματα που περιλαμβάνουν ταραχή, νευρικές κινήσεις, απροσδιόριστο φόβο, αυξημένη προφυλακτικότητα, μικρή προσήλωση οφθαλμών, σύρσιμο των ποδιών και έκφραση ανησυχίας για πιθανές αλλαγές σε μελλοντικά σχέδια στη ζωή του ασθενούς (Κοτρώτσιου & Αργυρούδης, 2001).

Δύο κυρίως τύποι συμπεριφοράς πηγάζουν από την ανησυχία:

- 1^{ος} τύπος: ο ασθενής πιθανόν να παρουσιάζει ψυχολογική απομάκρυνση με το να μην αλληλεπιδρά κοινωνικά με τους άλλους και να μην μιλάει με τους νοσηλευτές
- 2^{ος} τύπος: ο ασθενής να παρουσιάζει συμπεριφορά με υπερβολική φλυαρία, ταραχή και ανικανότητα συγκέντρωσης σε κάποιες δραστηριότητες.

Σημειώνεται ότι το βασικό που θα πρέπει να θυμάται ο νοσηλευτής είναι ότι κάθε άτομο είναι μοναδικό στην αντίδρασή του και ότι χρησιμοποιεί διάφορες συμπεριφορές σε μια προσπάθεια να ανακουφίζει την απόγνωσή του.

Ο βασικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να ακούει προσεκτικά τους ασθενείς με σκοπό να του δύνεται η δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τις φοβίες τους. Άρα γίνεται κατανοητό ότι θα πρέπει να δημιουργεί μια ατμόσφαιρα αποδοχής και κατανόησης των διαφόρων συμπεριφορών τους. Αυτό επιτυγχάνεται με την ενεργητική ακρόαση η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα:

- Προσδιορισμός του σκοπού του μηνύματος
- Ένδειξη γνώσης και ευαισθησίας στα συναισθήματα
- Προσοχή και ένδειξη ενδιαφέροντος
- Ακρόαση του τι λέγεται
- Ερμηνεία του μηνύματος
- Απάντηση στο μήνυμα
- Ένδειξη κατανόησης και αποδοχής του μηνύματος

Επιπλέον, ο νοσηλευτής παρέχει πληροφορίες σχετικά με την κύηση ή και την επιπλοκή που μπορεί να έχει δημιουργηθεί, με σκοπό να δίνεται η δυνατότητα να λύνονται οι απορίες τις ασθενούς με έναν ρεαλιστικό τρόπο. Επιπρόσθετα, οι πληροφορίες δίνονται σχετικά με το πώς η ασθενής μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό της με στόχο να δίνει την δυνατότητα στην ασθενή να συμμετέχει στην φροντίδα της.

Δημιουργώντας μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή και παρέχοντας του τις απαραίτητες πληροφορίες, την βοηθάμε να δεχτή της νέες ευθύνες και το νέο ξεκίνημα με τον ερχομό του νεογνού. Συνέπεια αυτού είναι η αύξηση της ικανοποίησης της ασθενούς και επομένως της ψυχολογικής της ευφορίας, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται το συναίσθημα της ανησυχίας. Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι μεγάλη αξία έχει η συμμετοχή της οικογένειας και ιδιαίτερα του συντρόφου στην ανακούφιση της ανησυχίας του ασθενούς. Η παροχή πληροφοριών στον σύντροφο και κατ' επέκταση της οικογενείας κάνει την ασθενή πιο συνεργάσιμη και με λιγότερη ανησυχία.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής μπορεί να προτείνει στην ασθενή είτε να ακούει χαλαρωτική μουσική με την οποία μπορούν να μειωθούν τα επίπεδα ανησυχίας είτε να παρακολουθεί ταινίες με χιουμοριστικό περιεχόμενο (κωμωδίες) όπου θεωρούνται ότι έχουν ευεργετική επίδραση στη μείωση των επιπέδων ανησυχίας είτε διάφορα προγράμματα που ευχαριστούν την ασθενή.

Η επαφή με γυναίκες, που έχουν γίνει πρόσφατα μητέρες ή με άλλες εγκύους βοηθάει στο να αντιμετωπίσει η ασθενής τις ανησυχίες της. Μπορεί να πάρει κουράγιο και ελπίδα από γυναίκες που έφεραν στη ζωή το μωρό τους υγιές και είχαν κάποια επιπλοκή. Επίσης, να έρθει σε επαφή με μητέρες που αντιμετώπιζαν τις ίδιες φοβίες με αυτή και τις ξεπέρασα. Όλα αυτά δημιουργούν ελπίδες και δίνεται η δύναμη να αντιμετωπίσουν ότι ανησυχία έχει δημιουργηθεί.

Αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι οι ασθενείς με ισχυρή θρησκευτική πίστη παρουσιάζουν σημαντικά λιγότερη ανησυχία, θεωρούν ότι με την βοήθεια του θεού μπορούν να αντιμετωπίσουν τα δύσκολα και να τα ξεπεράσουν. Αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι με την κύηση προμηνύεται η δημιουργία μιας ζωής και αυτό είναι πολύ σημαντικό για να δώσεις την μητέρα την δύναμη που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τις όποιες ανησυχίες προκύψουν.

Συμπέρασμα των προαναφερομένων είναι η πρόκληση που δημιουργείται στο νοσηλευτή για τη βελτίωση των γνώσεων και την εξειδικευμένης φροντίδας, την οποία θα παρέχει στους χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας, με αποτέλεσμα την αύξηση της καλής ψυχολογικής τους κατάστασης, τις δραστηριότητες αυτοφροντίδας και την ανάρρωση αλλά και την δική του επαγγελματική καταξίωση και ικανοποίηση (Κοτρώτσιου & Αργυρούδης, 2001)

5.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΟΚΟΥ - ΛΕΧΩΙΔΑΣ

Η αυτοεικόνα ενός ανθρώπου περιλαμβάνει κάποια στάδια τα οποία είναι τα ακόλουθα (Μιχαλοπούλου & Μιχαλοπούλου, 2002):

- Η εικόνα του σώματός του
- Η αυτοεκτίμησή του
- Ο ρόλος του οποίου καλείται να ανταποκριθεί.
- Η ταυτότητά του

Το κάθε στάδιο αναπτύσσεται από τη γέννηση του ατόμου και αντανακλά σε όλες τις αλλαγές της εικόνας σώματος που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η εικόνα σώματος είναι η ψυχολογική εμπειρία ενός ατόμου στο πως βλέπει και αντιλαμβάνεται το σώμα του, δηλαδή ο συνδυασμός του ιδεατού και πραγματικού, συμπεριλαμβανομένων των διαθέσεων και συναισθημάτων σε ό,τι αφορά στο σώμα του.

Η αυτοεικόνα ενός ατόμου επηρεάζεται από την άποψη που έχει για τα φυσικά χαρακτηριστικά του και τις φυσικές του ικανότητες. Επειδή, η εικόνα του σώματος ενός ατόμου βασίζεται μόνο εν μέρει στην πραγματικότητα, οι άνθρωποι, με δυσκολία προσαρμόζονται στις αλλαγές του σώματός τους.

Η αλλαγή της εικόνας του σώματος ορίζεται η οποιαδήποτε μεταβολή που δεν σχετίζεται με την κανονική φυσιολογική ανάπτυξη και ενδέχεται να προέλθει από εσωτερικές ή εξωτερικές διεργασίες ή και από τον συνδυασμό αυτών (Μιχαλοπούλου & Μιχαλοπούλου, 2002).

Η γυναίκα κατά την διάρκεια της κύησης, όπως έχει προαναφερθεί παρουσιάζει αλλαγές στην εικόνα του σώματος της (π.χ αύξηση βάρους) με συνέπεια πολλές φορές να επηρεάζεται η ψυχολογία της. Ωστόσο, μια σειρά μεταβολών πραγματοποιούνται μετά τον τοκετό. Η απότομη μείωση του βάρους, η εξαφάνιση της κοιλιάς, τα τραντάγματα στην πίεση του αίματος, οι αλλαγές στην παραγωγή των ορμονών, οι μεταβολές στο μέγεθος του στήθους, η συστολή της μήτρας, είναι διαδικασίες που πραγματοποιούνται στη περίοδο της λοχείας.

Όλες οι προαναφερόμενες μεταβολές πολλές φορές τις δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα για την εικόνα τους γιατί πολλές θεωρείται από τις μητέρες ότι θα επανέλθουν αμέσως μετά τον τοκετό. Επίσης, αρκετές φορές μια εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλέσει κάποια μόνιμα σημάδια όπως για παράδειγμα αν έχει πραγματοποιηθεί καισαρική τομή ή κάποιες ραγάδες στην περιοχή της κοιλιάς.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει αρχικά να μπορεί να έχει τον έλεγχο των προσωπικών του συναισθημάτων καθώς και των αντιδράσεων του απέναντι στην ασθενή. Θα πρέπει να θυμάται ότι αποτελεί πρότυπο για τη ασθενή και τους οικείους οι οποίοι παρατηρούν τις αντιδράσεις του νοσηλευτή σε ότι αφορά στη νέα κατάσταση της. Άρα είναι απαραίτητο για τον νοσηλευτή να κατανοεί τον εξαιρετικής σημασίας ρόλο του, καθώς ενδέχεται να έχει ζωτική επίδραση στην ασθενή. Η συμπεριφορά του νοσηλευτή θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, θα πρέπει να αποφεύγονται οι χειρονομίες, οι άσχημοι χαρακτηρισμοί διότι μπορεί να προσβληθεί η ασθενής με αποτέλεσμα να υπάρχει η τελική άρνηση να συνεργαστεί.

Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις στις νέες μητέρες εμφανίζεται το συναίσθημα της ανασφάλεια και του φόβου απόρριψης, συνήθως από τον σύντροφό τους και έπειτα από τον περίγυρο. Ο νοσηλευτής που έρχεται αντιμέτωπός με τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να τον διακατέχει η ευαισθησία καθώς και να έχει τις απαραίτητες γνώσεις με στόχο να την στηρίξει και να την συμβουλευεί.

Η θλίψη που είναι συχνό συναίσθημα στις εγκύους ή στις λεχώιδες παρουσιάζει τέσσερα στάδια που ο ασθενής χρησιμοποιεί έως ότου αποδεχτεί την αλλαγή της εικόνας του σώματός του:

- Σοκ
- Άρνηση
- Αποδοχή
- Προσαρμογή

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναγνωρίζει το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η ασθενής ώστε να προφέρει την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Πρέπει να επέμβει χρησιμοποιώντας τεχνικές επικοινωνίας και συμβουλευτικής, για να βοηθήσει την έγκυο ή την λεχωίδα να αποδεχθεί και να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση ζωής. Επιπλέον, ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να γνωρίζει τις τεχνικές επικοινωνίας με στόχο να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή του, να δείξει το απαραίτητο ενδιαφέρον για τον ασθενή, να τον κάνει να αισθανθεί άνετα, ώστε να αποκαλύψει τα προσωπικά του συναισθήματα, τις απόψεις και τα προβλήματά του.

Ο ασθενής θα πρέπει να αισθάνεται ότι ο νοσηλευτής είναι ανοικτός σε οποιαδήποτε άποψη άσχετα με το αν συμφωνεί με αυτήν ή όχι. Ακόμα ότι ο νοσηλευτής είναι ειλικρινής μαζί του και θα του φέρεται ως άτομο με ίσα δικαιώματα, χωρίς να τον μειώνει. Επίσης, προσπαθεί να κατανοήσει, όσο μπορεί, το παρελθόν του, την κουλτούρα του πως δημιουργήθηκε το πρόβλημά του και πως θα μπορέσει να λυθεί (Μιχαλοπούλου & Μιχαλοπούλου, 2002).

Ο νοσηλευτής – σύμβουλος θα πρέπει να αντιμετωπίζει κάθε έγκυο και λεχωίδα με αξιοπρέπεια, πρέπει να αποδέχεται κάθε ασθενή με όποια προβλήματα και αν αντιμετωπίζει και να υπενθυμίζει στην ασθενή ότι με υπομονή και θέληση μπορούν να ξεπεραστούν όλα τα προβλήματα που μπορούν να δημιουργηθούν κατά την κύηση ή την λοχεία (Παπανικολάου, 2007).

5.4. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Οι μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές θα πρέπει να παρέχουν ιατρική μέριμνα και προσωπική φροντίδα σε κάθε γυναίκα αλλά και σε κάθε νεογνό στις πρώτες μέρες της ζωής του. Το προσωπικό κάθε μαιευτική – γυναικολογική κλινική θα πρέπει να απαρτίζεται από έμπειρους ιατρούς (Γυναικολόγους – Μαιευτήρες – Χειρουργούς) καθώς και ειδικευμένο μαιευτικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Στόχο έχουν να καλύψουν κάθε περίπτωση της υγείας της γυναίκας με ευαισθησία, αξιοπιστία και συνέπεια.

Τα τμήματα που αποτελούν μια μαιευτική – γυναικολογική κλινική θα πρέπει να είναι ειδικευμένα και να προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες και φιλοξενία υψηλού επιπέδου για την νέα μητέρα και το νεογνό. Σημειώνεται ότι καλό θα ήταν αυτές οι

κλινικές να συνεργάζονται με όλες τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και τον ΕΟΠΥΥ, και να διαθέτουν τμήματα που παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης ή θεραπείας.

5.4.1. Χώρος νοσηλείας των επιτόκων

Μία μαιευτική - γυναικολογική κλινική αποτελείται από συγκεκριμένα τμήματα με στόχο την πλήρη κάλυψη των αναγκών των εγκύων, των λεχωϊδών και των νεογνών. Τα τμήματα – οι χώροι των προαναφερόμενων κλινικών είναι τα ακόλουθα:

- θάλαμοι ασθενών, εγκύων και λεχωϊδών
- αίθουσα τοκετών
- χειρουργείο
- αίθουσα παρακολούθησης εγκύων υψηλού κινδύνου (Μονάδα Εμβρυομητρικής Ιατρικής)
- εξωτερικά ιατρεία
- ειδικά τμήματα
 - τμήμα υπερηχογραφίας
 - τμήμα κολποσκοπήσεων
- Λοιποί χώροι (Γραφεία Ιατρών – νοσηλευτικού προσωπικού - γραμματική υποστήριξη)

Ωστόσο κάθε ένα από τα προαναφερόμενα τμήματα αποτελείται από επιμέρους τμήματα, τα οποία είναι τα ακόλουθα:

√ Γενικά τμήματα μαιευτικής - γυναικολογικής κλινικής

- Θάλαμοι ασθενών, εγκύων και λεχωϊδών
 - διαγνωστική διερεύνηση
 - συντηρητική αντιμετώπιση
 - προεγχειρητική προετοιμασία
 - μετεγχειρητική παρακολούθηση
 - παρακολούθηση λεχωϊδών

- Αίθουσα τοκετών
 - παρακολούθηση επιτόκων
 - διενέργεια φυσιολογικών τοκετών
 - διενέργεια καισαρικών τομών
 - παρακολούθηση λεχωϊδων
- Γυναικολογικό χειρουργείο
 - διενέργεια όλων των μεγάλων, μεσαίων και μικρών χειρουργικών γυναικολογικών επεμβάσεων κλασικής και ενδοσκοπικής χειρουργικής
- Τμήμα μικρών χειρουργικών επεμβάσεων
 - διενέργεια όλων των μικρών γυναικολογικών και μαιευτικών επεμβάσεων και μικροεπεμβάσεων
- Μονάδα παρακολούθησης εγκύων υψηλού κινδύνου
 - εντατική παρακολούθηση εγκύων με επιπτεπλεγμένη πορεία της κύησης, διενέργεια όλων των επεμβατικών μεθόδων που απαιτούνται στις εγκύους αυτές
 - καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση επιτόκων
- Τμήμα τακτικών γυναικολογικών και μαιευτικών εξωτερικών ιατρείων
 - κλινική εξέταση, προγραμματισμός εισαγωγής για χειρουργικές επεμβάσεις
 - χορήγηση πιστοποιητικών
- Τμήμα επειγόντων εξωτερικών ιατρείων
 - άμεση κλινική εξέταση
 - συντηρητική αντιμετώπιση ή εισαγωγή στην Κλινική για την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής

ν Ειδικά τμήματα μαιευτικής - γυναικολογικής κλινικής

- Τμήμα ενδοσκοπήσεων
 - διάγνωση, διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών λαπαροσκοπικών και υστεροσκοπικών επεμβάσεων
- Τμήμα υπερηχογραφίας
 - διενέργεια διακοιλιακών και διακολπικών υπερηχογραφημάτων μαιευτικών και γυναικολογικών περιστατικών

- ÷ διενέργεια μικροεπεμβάσεων σε μαιευτικά και γυναικολογικά περιστατικά υπό υπερηχογραφικό έλεγχο
- Τμήμα παθολογίας τραχήλου και κολποσκοπήσεων
 - ÷ διενέργεια κολποσκοπικού ελέγχου σε γυναίκες με παθολογικά ή άτυπα
 - ÷ κολποτραχηλικά επιχρίσματα
 - ÷ λήψη τεστ Παπανικολάου, λήψη βιοψιών από τον τράχηλο της μήτρας
 - ÷ αιδοιοσκοπήσεις, λήψη βιοψιών αιδοίου
 - ÷ χειρουργική αντιμετώπιση των παθολογικών καταστάσεων του αιδοίου και του τραχήλου
- Τμήμα εμβρυομητρικής ιατρικής
 - ÷ προγεννητικός έλεγχος
 - ÷ διενέργεια μαιευτικών μικροεπεμβάσεων
 - ÷ διαγνωστική - θεραπευτική προσέγγιση και παρακολούθηση γυναικών με κύηση υψηλού κινδύνου

ν **Ειδικά εξωτερικά ιατρεία**

- Εξωτερικό ιατρείο μαστού
 - ÷ κλινική εξέταση
 - ÷ προληπτικός έλεγχος
 - ÷ εισαγωγή στην Κλινική για χειρουργική αντιμετώπιση κύστεων, λιπωμάτων και ιναδενωμάτων του μαστού
- Εξωτερικό ιατρείο εμμηνόπαυσης και οστεοπόρωσης
 - ÷ παρακολούθηση
 - ÷ μέτρηση οστικής πυκνότητας με ειδικό μηχάνημα
 - ÷ χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής
- Εξωτερικό ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού
 - ÷ κλινική εξέταση
 - ÷ τοποθέτηση ενδομητρικών σπειραμάτων
 - ÷ προγραμματισμός για διενέργεια τεχνητής διακοπής εγκυμοσύνης
 - ÷ συμβουλευτική πληροφόρηση
- Εξωτερικό ιατρείο εμβρυομητρικής ιατρικής
 - ÷ διάγνωση, παρακολούθηση και θεραπευτική αντιμετώπιση γυναικών με κύηση υψηλού κινδύνου

5.4.2. Στελέχωση μαιευτικής - γυναικολογικής κλινικής

Το μόνιμο προσωπικό πρέπει να αποτελείται από το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.

- **Ιατρικό προσωπικό:** ο διευθυντής της μονάδας προτείνεται να είναι Μαιευτήρας – Γυναικολόγος – Χειρουργός με στόχο την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι διαθέσιμοι Ειδικοί Μαιευτήρες Γυναικολόγοι, Μαιευτήρες Χειρουργοί, Αναισθησιολόγος και Παιδίατρος.
- **Μαιευτικό προσωπικό:** θα πρέπει να διαθέτει την ανάλογη επιστημονική κατάρτιση και εξειδίκευση, καθώς και αριθμητικό δυναμικό
- **Νοσηλευτικό προσωπικό:** θα πρέπει να διαθέτει την ανάλογη επιστημονική κατάρτιση και εξειδίκευση, καθώς και αριθμητικό δυναμικό.
- **Παραϊατρικό προσωπικό:** Για τη στελέχωση του βιοχημικού εργαστηρίου της μονάδας πρέπει να υπάρχουν βοηθοί εργαστηρίου, που θα εξυπηρετούν τη λειτουργία της όλο το 24ωρο.
- **Βοηθητικό προσωπικό:** είναι οι τραπεζοκόμοι, καθαρίστριες, γραμματεία κ.ά. και μπορεί να προέρχεται και από τη δύναμη του νοσοκομείου αν η κλινική ανήκει σε Νοσοκομείο.

Ωστόσο, κάθε μαιευτική – γυναικολογική κλινική υποστηρίζεται από προσωπικό με μερική απασχόληση που το αποτελούν:

A. Ιατρικό

- Μικροβιολόγος
- Κυτταρογόνος
- Παθολόγος επί λοιμώξεων
- Οφθαλμίατρος
- Ωτορινολαρυγγολόγος

B. Παραϊατρικό

- Ψυχολόγος – Ψυχίατρος
- Κοινωνικός λειτουργός
- Διαιτολόγος
- Τεχνικός – συντήρησης μηχανημάτων
- Εκπαιδευτικός (για παιδιά)

Οι υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες θα καλούνται κατά περίπτωση από τα υπάρχοντα τμήματα του νοσοκομείου και σε περίπτωση που η μαιευτική - γυναικολογική κλινική δεν ανήκει σε νοσοκομειακό τμήμα και αντιμετωπίζει σοβαρό περιστατικό τότε καλείται να μεταφέρει την ασθενή στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Σε

περιστατικά μικρότερης σοβαρότητας αν δεν καλύπτεται από το προσωπικό μερικής απασχολήσεις, καλείται να έχει εξωτερικούς συνεργάτες για την ασφάλεια των ασθενών της.

5.5. Αγωγή υγείας

Οι μορφές περίθαλψης των ασθενών διαχωρίζονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψης και πραγματοποιούνται στα ακόλουθα (Πιτσάκη, 2013):

- Πρωτοβάθμια Περίθαλψη: Κέντρο Υγείας, Ιδιωτικό Ιατρείο, Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων. Πληροφόρηση – Διάγνωση – Θεραπεία.
- Δευτεροβάθμια Περίθαλψη: Νοσοκομείο Εισαγωγή – Πρόγραμμα Θεραπείας – Παρακολούθηση Ασθενή.
- Τριτοβάθμια Περίθαλψη: Εξειδικευμένα Τμήματα - Πρόγραμμα Θεραπείας – Αποκατάσταση

Στην επίτοκο παρέχεται η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια περίθαλψη. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί την πρώτη μορφή επικοινωνίας του ασθενή με το υγειονομικό σύστημα και αποβλέπει στη θεραπεία κοινών νοσημάτων, για τα οποία δεν κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία στο νοσοκομείο. Επιπλέον, περιλαμβάνει την αγωγή υγείας και τη διαφώτιση στις μεθόδους πρόληψης, εξασφάλισης σωστής διατροφής και παροχής υγειονομικής περίθαλψης της μητέρας και του παιδιού συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα κοινοτικά και ιδιωτικά ιατρεία, τα πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών (ΕΟΠΥΥ), τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και συνδέθηκε, κυρίως, με τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας.

Στην δευτεροβάθμια περίθαλψη πραγματοποιούνται υπηρεσίες που παρέχονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, σε άτομα που έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα της νόσου. Αφορά κυρίως την αποκατάσταση της υγείας και όχι την πρόληψη

Στην περίπτωση της επιτόκου, όπως προαναφέρθηκε δεν υπάρχει «άρρωστος» αλλά χρειάζεται την απαραίτητη φροντίδα με στόχο η κύηση να ολοκληρωθεί ομαλά και να διασφαλιστεί η υγεία του εμβρύου και της μητέρας. Επίσης, η μητέρα πρέπει να παρακολουθείται στενά με στόχο να αποφευχθούν οι επιπλοκές κύησης κάνοντας τις απαραίτητες εξετάσεις εντός του χρονικού διαστήματος της κύησης καθώς και της λοχείας. Σε περίπτωση επιπλοκής μπορεί να απαιτηθεί από την μητέρα να νοσηλευτεί ή να παρακολουθείται σε μικρότερα χρονικά διαστήματα με σκοπό να αντιμετωπιστεί ή να ρυθμιστεί κάθε επιπλοκή.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη που παρέχεται σε μία επίτοκό είναι η ακόλουθη(Πιτσάκη, 2013):

- Διάγνωση κύηση
- Προετοιμασία για γονεϊκότητα (μαθήματα ανώδυνου τοκετού).
- Φροντίδα κατά την κύηση
- Φροντίδα κατά τον τοκετό
- Φροντίδα κατά την λοχεία
- Φροντίδα νεογνού
- Παραγωγή μητρικού θηλασμού και υποστήριξη μητέρων κατ' οίκον μετά τν τοκετό
- Τέστ παπ (πρόληψη καρκίνου τραχήλου της μήτρας).
- Εξέταση μαστών (διδασκαλία αυτοεξέτασης, παραπομπή για υπέρηχο μαστών και μαστογραφία) Πρόληψη Καρκίνου του μαστού.
- Αμφίχειρη Γυναικολογική εξέταση και υπερηχογραφία.
- Καλλιέργεια Κολπικού υγρού (πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, πρόληψη συγγενών ανωμαλιών κατά την κύηση).
- Φροντίδα κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση.
- Διαχείριση της ακράτειας ούρων.
- Σεξουαλική υγεία (μαθήματα σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία)
- Οικογενειακός Προγραμματισμός και Συμβουλευτική για αντισύλληψη (πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων και εκτρώσεων).

Σημειώνεται ότι οι προαναφερόμενες υπηρεσίες πραγματοποιούνται από την μαία. Ωστόσο, σε πολλές Μαιευτικές – Γυναικολογικές Κλινικές το νοσηλευτικό

προσωπικό είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και μπορεί με εντολή Ιατρού να πραγματοποιηθούν και από αυτό.

Επιπλέον, υπάρχουν και οι εναλλακτικές μορφές περίθαλψης οι οποίες είναι οι ακόλουθες (Πιτσάκη, 2013):

- Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι
- Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας
- Νοσοκομείο Ημέρας

Οι εναλλακτικές μορφές περίθαλψης είναι αποτέλεσμα της αυξητικής τάσης της ζήτησης των υγειονομικών υπηρεσιών και της έκρηξης των δαπανών που επέφερε την κρίση των υγειονομικών συστημάτων.

Μια επίτοκος δέχεται υπηρεσία Νοσηλείας στο σπίτι σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και για συγκεκριμένους λόγους. Ωστόσο, οι εξετάσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν γίνονται σύμφωνα με την διαδικασία που έχει προαναφερθεί χωρίς να υπάρχει η παράληψη αυτών. Οι επισκέψεις και ο τοκετός στο σπίτι μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο στην περίπτωση που βαίνουν όλα καλά και δεν υπάρχει κάποια ένδειξη επιπλοκής. Επιπλέον, οι επισκέψεις αυτές πραγματοποιούνται μόνο από ιατρούς και μαίες

Τα πλεονεκτήματα που δίνουν σε μία επίτοκο οι επισκέψεις στο σπίτι είναι τα ακόλουθα (Πιτσάκη, 2013):

- Κατά τη διάρκεια της κύησης η έγκυος μπορεί να παραμείνει κλινήρης
- Ο ιατρός ή η μαία είναι σε θέση να παρατηρεί και να έρχεται σε επαφή με όλα τα μέλη της οικογένειας στο φυσικό περιβάλλον τους
- Ο ιατρός ή η μαία είναι σε θέση να εκτιμήσει την ασφάλεια του περιβάλλοντος
- Η διδασκαλία μπορεί να προσαρμοστεί στις συνθήκες του περιβάλλοντος που επικρατούν στο σπίτι
- Η φροντίδα στο σπίτι πριν από τον τοκετό, παρατείνει την κύηση και μειώνει τον κίνδυνο νοσηλείας του νεογνού στις μονάδες εντατικής θεραπείας, με αποτέλεσμα χαμηλότερο κόστος στην υγεία

Τα μειονεκτήματα που δίνουν σε μία επίτοκο οι επισκέψεις στο σπίτι είναι τα ακόλουθα (Πιτσάκη, 2013):

- Ο χρόνος που απαιτείται
- Η διαθεσιμότητα του προσωπικού

Η παρακολούθηση στο σπίτι συνήθως προτείνεται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως (Πιτσάκη, 2013):

- Σε ιδιαίτερα απομακρυσμένα χωριά
- Υπερέμεση – Οροί – Κλινοστατισμός
- Σε ειδικούς πληθυσμούς υψηλού κινδύνου (π.χ. έφηβες ή γυναίκες που διατρέχουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού)
- Οικογένειες που είναι επιρρεπείς στη βία
- Ψυχικά ευαίσθητα άτομα

Επιπλέον, για την αποδοχή των επισκέψεων στο σπίτι ελέγχονται οι εξής παράγοντες (Πιτσάκη, 2013):

- Η κατάσταση υγείας της μητέρας και του εμβρύου ή του νεογνού
- Η κατάσταση πρέπει να είναι σοβαρή αλλά και σταθερή, ώστε να είναι επαρκής η περιοδική παρακολούθηση
- Η διαθεσιμότητα των επαγγελματιών υγείας
- Οι πόροι της οικογένειας (ψυχοκοινωνικοί, οικονομικοί)
- Κόστος – όφελος (αποτελεσματικότητα).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθούν οι ικανότητες της Μαίας που αναλαμβάνει φροντίδα κατ' οίκον Γνώσεις (θεωρητικές και πρακτικές) και είναι οι ακόλουθες (Πιτσάκη, 2013):

- Εμπειρία
- Ευστροφία
- Ικανότητα επικοινωνίας

- Παρατηρητικότητα
- Ψυχραιμία
- Ταχύτητα λήψης αποφάσεων
- Ικανότητα αντίληψης του κινδύνου

Τέλος, τονίζεται ότι ο νοσηλευτής δεν έχει την δυνατότητα να πραγματοποιήσει κατ' οίκον επίσκεψη παρά μόνο ως βοηθός ιατρού ή μαίας.

5.6. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΛΕΧΩΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μετά την ολοκλήρωση της γέννας είτε με φυσιολογικό τοκετό είτε με καισαρική τομή, η μητέρα παραμένει στην Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική για τρεις ή τέσσερις μέρες αντίστοιχα. Η παραμονή της έχει στόχο την φροντίδα αυτής και του νεογνού. Στην περίπτωση του φυσιολογικού τοκετού ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή για την τοπική υγιεινή που είναι απαραίτητη για τη ταχύτερη επούλωση της τομής που γίνεται στο περίνεο για τη διευκόλυνση του τοκετού. Στην περίπτωση της καισαρικής τομής ο ιατρός είναι υπεύθυνος για τον καθαρισμό του τραύματος με στόχο την θρέψη του με ασφάλεια.

Κατά την παραμονή της μητέρας στη κλινική ο νοσηλευτής σύμφωνα με την εντολή του ιατρού της χορηγεί την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή, όπου και την συνεχίζει να την λαμβάνει και με την μεταφορά της στο σπίτι. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει μία αντιβίωση, ένα χάπι μητροσύσπασης, καθώς και το σίδηρο και το ασβέστιο που λάμβανε κατά τη διάρκεια της κύησης.

Ωστόσο, ο νοσηλευτής δίνει τις απαραίτητες οδηγίες σχετικά με την λοχεία και τον τρόπο που θα πρέπει να αντιμετωπισθεί από την νέα μητέρα, δίνοντας προσοχή στα σημεία που έχουν τονισθεί και από τον ιατρό. Η λεχωίδα ενημερώνεται για την παρουσία κολπικού εκκρίματος (το χρώμα θα αλλάζει από ροζ ή καφέ σε κίτρινο ή λευκό), για το χρονικό διάστημα που κρατά η παρουσία του (4-6 εβδομάδες) και για τα ενδεχόμενα που θα πρέπει να την ανησυχήσουν και να επικοινωνήσει άμεσα με τον ιατρό.

Η επικοινωνία της με τον ιατρό της θα πρέπει να πραγματοποιηθεί στις εξής περιπτώσεις (Κλίμης, 2012):

- Η ποσότητα του εκκρίματος σας αναγκάζει να αλλάζετε συχνά σερβιέτα. Το κοιλπικό έκκριμα παραμένει αιματηρό πέρα της μιας εβδομάδας ή υπάρχουν πήγματα αίματος.
- Το έκκριμα αναδύει αποκρουστική οσμή
- Παρουσιάζετε πυρετό (38°C) και άνω
- Πονάτε κατά την ούρηση ή παρουσιάζετε δυσουρικά ενοχλήματα.

Όπως έχει προαναφερθεί η περίοδος της λοχείας είναι μια περίοδο όπου ο οργανισμός προσπαθεί μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα να επανέλθει στα δεδομένα που ήταν πριν την κύηση. Ωστόσο, η μητέρα θα πρέπει να κατανοήσει αυτό που την συμβουλεύει και ο νοσηλευτής ότι η διαδικασία αυτή θέλει κάποιο χρονικό διάστημα μέχρι να δει η ίδια την αλλαγή στον καθρέπτη της καθώς επίσης απαιτείται και η απαραίτητη προσπάθεια από την ίδια. Σημειώνεται ο η λεχιάδα θα πρέπει να έχει οπλιστεί με μεγάλη υπομονή.

Επιπλέον, η συμβουλή που δίνεται από τον νοσηλευτή στην λεχιάδα για να μπορέσει να επανέλθει σωματικά μετά τον τοκετό είναι η γυμναστική (τον πρώτο καιρό προτείνεται κάποιο χαλαρό είδος γυμναστική π.χ. περπάτημα) και ένα υγιεινό, ισορροπημένο διαιτολόγιο με στόχο την σωστή απόλυτα βάρους.

Ακολουθούν οι συμβουλές για το στήθος όπου η λεχιάδα αρχικά θα το αισθάνεται πρησμένο, σκληρό και ευαίσθητο, αυτό θεωρείται λογικό διότι παράγεται γάλα μετά από την 3^η με 4^η μέρα του τοκετού. Προτείνεται το εφαρμοστό, υποστηρικτικό σουτιέν. Ωστόσο με το πέρασμα περίπου 10 ημερών το στήθος επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Όσο αφορά τις ορμόνες της λοχείας αποτυπώνονται στην επιδερμίδα. Σε πολλές περιπτώσεις εμφανίζεται ακμή ή επιδεινώνεται εφόσον προϋπήρχε. Πρόκειται, για ένα πρόβλημα που θα ξεπεραστεί από μόνο του σε μερικές εβδομάδες, όταν αποκατασταθεί η ισορροπία στα επίπεδα των ορμονών. Μέχρι τότε, προτείνεται να καθαρίζεται σχολαστικά το πρόσωπο πρωί και βράδυ και να το φροντίζεται με προϊόντα που έχουν μη φαγεσωρογόνο σύνθεση.

Επιπλέον, η διάθεση της λεχιάδας παρουσιάζει αρκετές μεταβολές. Πρόκειται για διαταραχές της διάθεσης γνωστά ως «maternity blues», που ξεκινούν γύρω στην

τρίτη μέρα από τον τοκετό και διαρκούν περίπου δύο εβδομάδες. Στη φυσιολογική μορφή τους, προκαλούν κάθε τόσο την αίσθηση ότι δεν είναι ικανή να ελέγξει τα νεύρα και τα συναισθήματά της. Αν η κατάσταση είναι πιο σοβαρή ή διαρκεί περισσότερο χρόνο, τότε δεν αποκλείεται να πρόκειται για επιλόχειο κατάθλιψη, μια κατάσταση που χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης.

Ακόμα, καθημερινές δραστηριότητες προκαλούν στην νέα μητέρα άγχος και στρες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η πρώτη επίσκεψη στην τουαλέτα όπου είναι τόσο αγχωτική για κάποιες γυναίκες όσο και ο τοκετός. Ο νοσηλευτής προτείνει άφθονο νερό και τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες (όπως φρούτα και λαχανικά), που συμβάλλουν στην καλή λειτουργία του εντέρου. Στην περίπτωση των αιμορροΐδων στη διάρκεια της κύησης, δεν αποκλείεται η κατάσταση να επιδεινωθεί μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό. Προτείνεται η ρύθμιση των κενώσεων με την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας και, στη συνέχεια, η τοπική εφαρμογή με ειδικά διαλύματα και καταπραϋντικές κρέμες. Επίσης, η επαφή με κρύο νερό ανακουφίζει από την ενόχληση.

Αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι απαραίτητη η ξεκούραση και ο ύπνος, όσο αυτό είναι εφικτό διότι δίνεται η δυνατότητα στην γρήγορη και φυσιολογική επαναφορά του οργανισμού στην προ της κύησης κατάσταση (Κλίμης, 2012).

5.6.1. Μητρικός θηλασμός, πιθανά προβλήματα και αντιμετώπιση τους.

Η μητέρα θα πρέπει να ενημερωθεί για τον μητρικό θηλασμό, τα πλεονεκτήματα που έχει για το βρέφος αλλά και για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που μπορούν να δημιουργηθούν από αυτόν.

Το μητρικό γάλα θεωρείται ως την βέλτιστη λύση για το βρέφος διότι δεν δημιουργεί προβλήματα στο στομάχι του και περιέχει αντισώματα τα οποία βοηθούν το μωρό σε αυτή την τόσο ευαίσθητη ηλικία να αντιμετωπίσει διάφορες μολύνσεις. Επιπλέον, έχει την δυνατότητα να βοηθήσει το βρέφος στο να μην αναπτύξει ευαισθησία στις αλλεργίες, όπως επίσης και να μην παχύνει. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο θηλασμός θεωρείται απαραίτητος για πρόωρα νεογνά (επιπλοκή) (Πατσούρου, 2013).

Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει – υποστηρίξει την μητέρα με στόχο να αναπτύξει αυτοπεποίθηση, άνεση και ικανότητα στη χρήση των τεχνικών της κατάλληλης επαφής με το παιδί, της σίτισης και της αποδέσμευσής του.

Ωστόσο, απαραίτητη είναι η ενημέρωση της μητέρας για την υποχρεωτική φροντίδα του στήθους, ώστε να ελαχιστοποιηθεί το ενδεχόμενο ερεθισμού των θηλών, που θα παρεμποδίσουν τον επιτυχή θηλασμό. Συνιστάται το πλύσιμο του μαστού και των θηλών με καθαρό νερό, χωρίς τη χρήση σαπουνιού, το οποίο απομακρύνει τις φυσικές λιπαντικές ουσίες του μαστού που προστατεύουν τις θηλές από την ξηρότητα και τις ρωγμές. Το λεπτομερειακό στέγνωμα των θηλών με αέρα, ηλιακό φως ή με ένα σεσουάρ σε χαμηλή θερμότητα, αποτρέπει τις εκδορές.

Όπως προαναφέρθηκε προτείνεται από τον νοσηλευτή να η λεχωίδα να φορά ένα στηθόδεσμο θηλασμού, ο οποίος υποστηρίζει αποτελεσματικά τους μαστούς της 24 ώρες την ημέρα. Επιπλέον, μαλακά, υφασμάτινα μαξιλαράκια μιας χρήσης θα πρέπει να εισάγονται μεταξύ του στηθόδεσμου και των θηλών, ώστε να απορροφάται οποιοδήποτε έκκριμα γάλακτος. Παρόλα αυτά, θα πρέπει να αποφεύγονται οι πλαστικές επενδύσεις, διότι κατακρατούν την υγρασία και τη θερμότητα του σώματος, η οποία μαλακώνει και υγραίνει τη θηλή (Κλίμης, 2012).

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, ορισμένες φορές δημιουργούνται κάποιες δυσάρεστες καταστάσεις για την μητέρα, οι οποίες με τη σωστή πρόληψη μπορούν να αποφευχθούν και να αντιμετωπισθούν χωρίς επιπτώσεις στο θηλασμό. Η συμφόρηση των μαστών είναι μια συνηθισμένη κατάσταση, ιδίως τις πρώτες μέρες του θηλασμού, όταν το βρέφος δεν είναι ακόμη σε θέση να θηλάζει αποτελεσματικά. Ενώ, δηλαδή, ο οργανισμός έχει αρχίσει να παράγει κανονικά μεγάλη ποσότητα γάλακτος, το βρέφος δεν μπορεί να αντλήσει αρκετό γάλα με αποτέλεσμα να νιώθετε το στήθος σας να πρήζεται και να γίνετε σκληρό. Για την αντιμετώπιση της συμφόρησης προτείνεται ότι θα πρέπει το μωρό να τρέφεται όσο πιο συχνά γίνεται αλλά και να εκθλίβεται το επιπλέον γάλα είτε με το χέρι είτε με κάποιο θήλαστρο.

Επιπλέον, χρήσιμο θεωρείται τα τοποθετούνται ζεστές κομπρέσες στο στήθος κατά τη διάρκεια του θηλασμού, μιας και βοηθούν στην αύξηση της ροής του γάλακτος, ενώ μετά το θηλασμό καλό είναι να τοποθετούνται κρύες κομπρέσες καθώς μειώνουν την παραγωγή γάλακτος. Η εναλλαγή της θερμοκρασίας είναι μια τεχνική που βοηθά πολλές μητέρες να ελέγξουν τη συμφόρηση και να ξεπεράσουν γρήγορα το πρόβλημα αυτό. Για το λόγο αυτό καλό είναι να διατηρείτε το στήθος

δροσερό. Σε κάθε περίπτωση, το πρόβλημα της συμφόρησης θα πρέπει να υποχωρήσει μέσα σε λίγες μέρες, διαφορετικά θα πρέπει να ενημερωθεί ο ιατρός της λεχωίδας (Κλίμης, 2012).

Η λανθασμένη θέση του βρέφους για θηλασμό μπορεί να δημιουργήσει τραυματισμό της θηλής, σε αυτή την περίπτωση ο θηλασμός δεν πρέπει να διακόπτεται, αλλά να βελτιώνεται η τεχνική θηλασμού. Σημειώνεται ότι προτείνεται ιδιαίτερα σε ένα τραυματισμό η μητέρα να διατηρεί το στήθος καθαρό και στεγνό με στόχο την αποφυγή μολύνσεων.

Ωστόσο σε περίπτωση που δεν δοθεί η απαραίτητη προσοχή στον τραυματισμό της θηλής μπορεί να δημιουργηθεί μαστίτιδα. Όμως και σε αυτή την περίπτωση ο θηλασμός δεν διακόπτεται, αντίθετα συνεχίζεται πιο τακτικά για την αποσυμφόρηση της περιοχής. Σε κάθε περίπτωση η συμβολή του ιατρού είναι απαραίτητη (Πατσούρου, 2013).

5.6.2. Διατροφή και μητρικός θηλασμός

Στην μητέρα προτείνεται κατά την περίοδο που θηλάζει να έχει μια προσεγγιμένη και ισορροπημένη διατροφής, η νέα μητέρα μπορεί να προφυλάξει τόσο τη δική της καλή υγεία, όσο και τη σωστή ανάπτυξη του μωρού της. Πρέπει, δηλαδή, το καθημερινό διαιτολόγιό της να την εφοδιάζει με τα απαραίτητα εκείνα στοιχεία, τα οποία μέσω του θηλασμού θα στηρίξουν και θα ενισχύσουν τον οργανισμό του βρέφους.

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, απαιτείται μια αύξηση στην πρόσληψη πρωτεϊνών από τη δίαιτα της μητέρας. Τροφές πλούσιες σε ασβέστιο είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα, (κυρίως το γάλα), τα αυγά, τα πορτοκάλια, τα ξερά φασόλια, το μπρόκολο, ο αρακάς και τα λαχανικά με σκούρα πράσινα φύλλα.

Το έμβρυο αντλεί σίδηρο από τα αποθέματα σιδήρου στο σώμα της μητέρας, προκειμένου να δημιουργήσει τα δικά του αποθέματα, μιας και τους πρώτους 4 με 6 μήνες της ζωής του θα τρέφεται αποκλειστικά με γάλα, που είναι φτωχό σε σίδηρο. Εξαιρετικές πηγές σιδήρου είναι το συκώτι, τα πουλερικά, τα αυγά, τα ψάρια, οι ξηροί καρποί, το κόκκινο κρέας, οι ελιές, το ψωμί, το ρύζι, τα ζυμαρικά και ο μαϊντανός.

Το φυλλικό οξύ αποτελεί μια βιταμίνη μεγάλης σημασίας τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και για τους πρώτους μήνες της ανάπτυξης του βρέφους. Τα αυγά, τα εσπεριδοειδή, οι πατάτες, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το ψωμί, τα δημητριακά, η μαγιά μπίρας, τα περισσότερα φρούτα και από τα λαχανικά κυρίως τα σκούρα πράσινα, είναι φυσικές πηγές φυλλικού οξέος. Η βιταμίνη D είναι απαραίτητη για το σχηματισμό των οστών αλλά και των δοντιών του βρέφους.

Με το θηλασμό υπάρχει απώλεια 50-70 mg μαγνησίου ημερησίως. Οι μπανάνες, το κρέας, τα μύδια και γενικά όλα τα θαλασσινά, τα μανιτάρια, οι ξηροί καρποί, το σπανάκι, ο αρακάς και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, μπορούν να συμβάλουν στην αναπλήρωση του μαγνησίου.

Τα λιπαρά ψάρια είναι πλούσια σε DHA, ένα λιπαρό οξύ που είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου κατά τη διάρκεια της κύησης και κατόπιν την ενίσχυση της ανάπτυξης του βρέφους. Οι σαρδέλες, ο σολομός, η τσιπούρα και το σκουμπρί είναι πολύτιμες πηγές για την πρόσληψη του λιπαρού οξέος και η κατανάλωσή τους από τις μητέρες που θηλάζουν είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη (Κλίμης, 2012).

5.7. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ – ΚΛΙΝΙΚΗ

Μετά από το πέρασμα των ημερών νοσηλείας της μητέρας και του βρέφους στην Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική επιστρέφουν στο σπίτι. Ωστόσο, στις περισσότερες μητέρες δημιουργούνται συναισθήματα άγχους, στρες ακόμα και κατάθλιψη σκεπτόμενες αν μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την νέα τάξη πραγμάτων. Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που υπήρχε κάποια επιπλοκή κατά την διάρκεια της κύησης (πρόωρος τοκετός) τα συναισθήματα εμφανίζονται εντονότερα. Η υποστήριξη είτε από τον νοσηλευτή, είτε από κάποιο κοινωνικό λειτουργό, είτε από κάποιο ψυχολόγο θεωρείται αρκετά σημαντική καθ' όλη την διάρκεια της κύησης.

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας παράγοντας ο οποίος βοηθάει πολλές φορές στην μείωση των καταθλιπτικών συναισθημάτων και του άγχους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Elgar et al., 2004). Η έλλειψη της κοινωνικής υποστήριξης είναι αδιαφιλονίκητα ένας παράγοντας που προωθεί αρνητικές εκβάσεις τόσο για την

υγεία της μητέρας όσο και για την υγεία και ανάπτυξη του εμβρύου/παιδιού (Dunkel - Schetter et al., 2000).

Η αποτελεσματικότητα της κοινωνικής υποστήριξης καθώς και η χρησιμότητά της εξαρτάται από πολλές άλλες μεταβλητές όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία, την καταγωγή κλπ. Κρίνεται αναγκαίο να υπάρχουν θεσμοί που παρέχουν κοινωνική υποστήριξη σε έγκυες και σε μητέρες, άσχετα με το αν ορισμένες γυναίκες μπορεί να μην χρησιμοποιήσουν αυτού του είδους την βοήθεια ή στρατηγική αντιμετώπισης.

Γίνεται κατανοητό ότι ορισμένες γυναίκες χρειάζονται και ίσως εξαρτώνται από την κοινωνική υποστήριξη και άλλες να μην την χρειάζονται καθόλου. Η υποστήριξη είναι μια διαδικασία στην οποία συμμετέχει αυτός που την παρέχει και αυτός που την δέχεται, είναι δηλ. μια διαδικασία αλληλεπίδρασης, η οποία μέσα από την παροχή υλικών και συναισθηματικών πόρων αποσκοπεί στην βελτίωση της αντιμετώπισης προβληματικών καταστάσεων, στην βελτίωση της εκτίμησης από τους άλλους (υπόληψης), στην βελτίωση του αισθήματος ότι το άτομο που ζητάει την βοήθεια αυτή ανήκει κάπου και στην βελτίωση της δεξιότητάς του (επαγγελματικής, κοινωνικής, επικοινωνιακής κλπ.) (Gottlieb, 2001).

Αν και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για την υποστήριξης, σε γενικές γραμμές η κοινωνική υποστήριξη νοείται σε τέσσερις διακριτές κατηγορίες υποστηρικτικής συμπεριφοράς: συναισθηματικής, υλικής/απτής, ενημερωτικής/πληροφοριακής, αξιολογικής (το άτομο αξιολογεί την κατάστασή του με πληροφορίες και τη βοήθεια που του παρέχεται, συνειδητοποιώντας το τι χρειάζεται να κάνει για να αντιμετωπίσει το δικό του πρόβλημα) (Φυρινίδου, 2014).

Όσον αφορά την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες καθώς και την πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση - θεραπεία αυτών, πρέπει να καταβληθούν μεγάλες προσπάθειες στην Ελλάδα, ούτως ώστε να αυξηθεί η συνείδηση του γενικού πληθυσμού για αυτά τα θέματα και να γνωρίζουν οι μέλλουσες μητέρες που μπορούν να απευθυνθούν εάν παρουσιάζουν την ανάλογη συμπτωματολογία.

Η δράση των οργανισμών, οργανώσεων, συλλόγων κλπ. είναι καθοριστική για την διάδοση των πληροφοριών, την εξάλειψη των προκαταλήψεων και την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σε αυτά τα θέματα. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι η δράση των οργανισμών θα πρέπει να γίνει πιο εντατική όσον αφορά την ενημέρωση των πολιτών πάνω στα ζητήματα αυτά (Φυρινίδου, 2014).

Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν καθώς και την βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι ναι μεν υπάρχουν οργανισμοί, σεμινάρια, κλπ. που βοηθούν τις υποψήφιες μητέρες σε σημαντικά θέματα της εγκυμοσύνης (συμπεριλαμβανομένης της επιλόχειου κατάθλιψης), εκλείπει όμως ένας φορέας που να προωθεί πληροφορίες σχετικά με την προγεννητική κατάθλιψη και το άγχος και να παρέχει στήριξη στις γυναίκες που την έχουν ανάγκη. Η σχετικά μεγάλη διαδικτυακή παρουσία των οργανισμών είναι ένα θετικό σημάδι, ωστόσο θα πρέπει οι οργανισμοί να ευαισθητοποιηθούν και στα θέματα της κατάθλιψης προ της γέννησης, η οποία – όπως προκύπτει είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης (Φυρινίδου, 2014).

Επίσης, για την ενημέρωση των πολιτών πάνω σε αυτό το θέμα χρειάζεται εκτός από παρουσία στο ιντερνέτ, και έμπρακτο ενδιαφέρον το οποίο εκδηλώνεται και σε εθνικό και σε τοπικό επίπεδο. Χρειάζονται καμπάνιες ευαισθητοποίησης και σεμινάρια που παρέχονται από ειδικούς σε όλες τις πόλεις της Ελλάδας αλλά και στην επαρχία. Η ελληνική κυβέρνηση είναι επίσης ένας φορέας που θα πρέπει να εντατικοποιήσει τις προσπάθειες καθιέρωσης θεσμών που σχετίζονται με τα παραπάνω θέματα. Πρέπει να παράσχει οικονομικά κίνητρα για την δημιουργία τέτοιων οργανισμών, να εκδώσει σχετικό ενημερωτικό υλικό που να είναι διαθέσιμο σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες και πρέπει να εντάξει μαθήματα σχετικής ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης στο πρόγραμμα της εκπαίδευσης(Φυρινίδου, 2014).

Εν κατακλείδι θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο νοσηλευτής μαζί με τους αρμόδιους θα πρέπει να κατευθύνει την μητέρα στην κατεύθυνση των οργανισμών υποστήριξης με στόχο την ψυχική της υγεία. Επιπλέον, θα πρέπει να επαγρυπνήσει τον σύζυγο ή την οικογένεια της εγκύου/λεχιάδας/μητέρας αν τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι πολύ έντονα.

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ως νοσηλευτική διεργασία ορίζεται η συστηματική μέθοδος που κατευθύνει το νοσηλευτή και τον ασθενή στον αμοιβαίο προσδιορισμό των αναγκών για νοσηλευτική φροντίδα, στον σχεδιασμό και εφαρμογή της φροντίδας καθώς και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Η διεργασία παρέχει το πλαίσιο που δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή και τον ασθενή να πραγματοποιήσουν τα ακόλουθα:

- Συστηματική συλλογή των δεδομένων του ασθενούς (αξιολόγηση)
- Σαφής προσδιορισμός των δυνατοτήτων και των προβλημάτων του ασθενούς(διάγνωση)
- Ανάπτυξη ολιστικού εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας το οποίο καθορίζει τους επιθυμητούς σκοπούς του ασθενούς και τις αναμενόμενες εκβάσεις, καθώς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να βοηθήσουν τον ασθενή να επιτύχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα (σχεδιασμός)
- Εκτέλεση του σχεδίου της φροντίδας(εφαρμογή)
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου φροντίδας, όσον αφορά στην επίτευξη των σκοπών του ασθενούς(εκτίμηση αποτελεσμάτων).

Σε όλα τα στάδια της διεργασίας απαιτείται η συνεργασία νοσηλευτή και ασθενή. Ωστόσο, οι παράγοντες που επηρεάζει αυτή την συνεργασία είναι οι πόροι και η κατάσταση υγείας του ασθενούς αφού μπορεί να μειώνεται η δυνατότητα συνεργασίας του. Όταν ο ασθενής είναι βρέφος, αναισθητός ή μη συνεργάσιμος, τα στάδια της διεργασίας υλοποιούνται με τη βοήθεια ενός μέλους της οικογένειας ή ενός υποστηρικτικού ατόμου.

Ο πρωταρχικός σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι να βοηθήσει το νοσηλευτή να διαχειρίζεται τη φροντίδα κάθε ασθενούς με επιστημονικό, ολιστικό και δημιουργικό τρόπο. Προϋπόθεση για την επιτυχία αυτού του στόχου είναι οι πολλές διανοητικές, τεχνικές, διαπροσωπικές, και ηθικές/νομικές ικανότητες του νοσηλευτή, καθώς και η θέληση να τις χρησιμοποιήσει δημιουργικά όταν εργάζεται με ασθενείς, ώστε να προάγει την ευεξία, να προλαμβάνει την ασθένεια, να αποκαταστήσει την υγεία και να διευκολύνει την αντιμετώπιση της διαταραγμένης λειτουργικότητας (Carol et al., 2006).

6.2. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.2.1. Ά Περιστατικό Νοσηλευτικής Διεργασίας

Στις 5/7/2015 εισήλθε στην Μαιευτική Μονάδα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», η ασθενής Α.Α. του Χ., ηλικίας 37 ετών, και μόνιμη κάτοικος Πατρών. Η εισαγωγή πραγματοποιήθηκε 23:00 από τον Σύζυγο Γ.Κ. Η διάγνωση εισαγωγής ήταν επιπλοκή κύησης την 34^η εβδομάδα και συγκεκριμένα μέτρια προεκλαμψία. Η ασθενής παρουσίασε αύξηση της αρτηριακής πίεσης και έντονη κεφαλαλγία.

Η ασθενής βρισκόταν σε προχωρημένη εγκυμοσύνη και το έμβρυο δεν είχε την κατάλληλη ωριμότητα με συνέπεια να απαιτείται η νοσηλεία της με στόχο την ολοκλήρωση της κύησης έως ότου το έμβρυο παρουσιάσει την απαραίτητη πνευμονική ωρίμανση. Απατήθηκε ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης η οποία κυμαινόταν στα 150/95 mmHg με ενδοφλέβια αντιυπερτασικά φάρμακα και θειικό μαγνήσιο. Επίσης, έγιναν ενέσεις με κορτικοστεροειδή για να επιταχυνθεί η πνευμονική ωρίμανση του εμβρύου. Καθ' όλη την διάρκεια της παραμονής της επιτόκου στο νοσοκομείων βρισκόταν σε συνεχή παρακολούθηση για αποφυγή και πρόληψη επιπλοκών.

Πραγματοποιήθηκε καισαρική τομή 13/7/2015, όπου μητέρα και έμβρυο δεν παρουσίασαν περεταίρω προβλήματα. Η εισαγωγή της μητέρας στη μονάδα μαιευτικής ήταν από 5/7/2015 έως 17/7/2015.

ΙΑΤΡΙΚΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
	<p>Όνοματεπώνυμο ασθενούς: A.A Όνομα Πατρός: X. Φύλο: Γυνή Ηλικία: 37 ετών Τόπος Γέννησης: Αθήνα Τόπος Κατοικίας: Πάτρα Επάγγελμα: Ιδιωτικός Υπάλληλος Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμη Τέκνα : - Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών: 0 Ημερομηνία Εισαγωγής : 5/7/2015 Διάγνωση Εισαγωγής: Επιπλοκή Κύησης (Μέτρια Προεκλαμψία) Πηγή Ιστορικού: Η ασθενής και ο Σύζυγος</p>
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	
	<p>Ημερομηνία Εισόδου: 05/07/2015 Ώρα Παραλαβής: 23:00 Είδος Εισαγωγής: Έκτακτη Τρόπος Μεταφοράς: Περιπατητικός Συνοδεύεται από: Οικογένεια (Σύζυγος) Τις πληροφορίες δίνει: Η ασθενής και ο Σύζυγος</p>
ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ	
	<p>Αλλεργίες: καμία Λοιμώδη Νοσήματα: κανένα Χρόνια Νοσήματα: κανένα Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής: -</p>
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
Από τον πατέρα	Υπέρταση
Από την μητέρα	-
ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Πιθανή διάγνωση εισόδου	Επιπλοκή Κύησης (Μέτρια προεκλαμψία)
Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή	Υπέρταση Έντονη κεφαλαλγία
Ζωτικά Σημεία	Αρτηριακή Πίεση = 150/95 mmHg Σφίξεις = 70 σφίξεις Θερμοκρασία = 37 °C

	Αναπνοές = 24/min Ύψος: 1,65 m Βάρος: 80kg
ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ	
Αισθητήρια όργανα	Ομιλία: καλή Όραση: καλή Ακοή καλή
Δέρμα	Φυσιολογικό
Αναπνευστικό	Αναπνοή: φυσιολογική Βήχας: δεν βήχει
Κυκλοφορικό	Υπέρταση Καρδιακός Ρυθμός: ρυθμικός
Πεπτικό	Δίαιτα: ελεύθερη Όρεξη: μειωμένη Κένωση Εντέρου: φυσιολογική
Ουροποιητικό	Δυσουρία
Μυοσκελετικό	Αυτοεξυπηρέτηση: ναι Βάδιση: κανονική Ιστορικό Κατάγματος: κανένα
Ενδοκρινικό	Φυσιολογικό
Ψυχική διανοητική κατάσταση	Φοβισμένος Ενήμερος για την νόσο Επικοινωνία: προφορική
Νευρικό	Κεφαλαλγία
Επίπεδο συνείδησης	Προσανατολισμένος (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ	
	Κάπνισμα: όχι Αριθμός τσιγγάρων/24ωρο: - Χρήση οιοπνεύματος: Όχι Είδος/ποσότητα:- Ύπνος (ώρες ανά 24ωρο): 8 ώρες
ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
	Έγγαμος: Ναι Τέκνα: - Σχέση με την οικογένεια του: υποστηρικτική Οικονομική κατάσταση: Μέτρια
ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ	
	Είδος: - Δόση: - Τελευταία Λήψη: -
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	
	Υψηλή πίεση Κεφαλαλγία Εμετός Φοβισμένος ασθενή

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Αυξημένη αρτηριακή πίεση	Αποκατάσταση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα για την πρόληψη επιπλοκών	Προγραμματίζεται η έναρξη ταχείας χορήγηση αντιυπερτασικά Αιματολογικές/Βιοχημικές Εξετάσεις Συνεχής παρακολούθηση μέτρηση αρτηριακής πίεσης ανά 8 ώρες	Χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως αντιυπερτασικά α - μεθυλντόπα και υδραλαζίνη Labetalol : 20mg iv και στα 10 λεπτά δόσεις από 20 έως 80 mg με μέγιστη δόση τα 200mg Hydralasine : 5 mg iv σε 2 λεπτά. Αν σε 20' iv ΑΠ δεν πέσει, μπορούμε να χορηγήσουμε bolus 20mg. Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως τύπου Folley για ωριαία παρακολούθηση της διούρησης.	Ικανοποιητικά αποτελέσματα σε φυσιολογικά επίπεδα η αρτηριακή πίεση.
Κεφαλαλγία	Ανακούφιση ασθενή από τις κεφαλαλγίες	Χορήγηση αντίστοιχου φαρμάκου	Χορήγηση ακεταμινοφαίνη 1000 mg	Σταμάτησε η κεφαλαλγία
Εμετός	Ανακούφιση ασθενή από τους εμέτους	Χορήγηση αντίστοιχου φαρμάκου	Χορήγηση 1amp. Primperan ενδοφλεβίως 1x1(για 2 ημέρες).	Δεν παρουσίασε άλλο έμετο
Φοβισμένος	Απομάκρυνση φόβου	Ενημέρωση για την κατάσταση	Ψυχολογική Υποστήριξη	Η ασθενής αισθάνεται ασφάλεια

6.2.2. Β Περιστατικό Νοσηλευτικής Διεργασίας

Στις 10/10/2015 εισήλθε στο Ιάσω Μαιευτήριο – Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, η ασθενής Μ.Α. του Α., ηλικίας 32 ετών, και μόνιμη κάτοικος Αθηνών. Η εισαγωγή πραγματοποιήθηκε 10:00 πμ από τον Σύζυγο Χ.Α. Η διάγνωση εισαγωγής ήταν επιπλοκή κύησης την 32^η εβδομάδα και συγκεκριμένα παρατηρήθηκε μικρή αιμορραγία.

Η ασθενής επιβλήθηκε στις απαραίτητες εξετάσεις και απαραίτητους υπέρηχους και διαγνωστεί επιπλοκή κύησης και συγκεκριμένα προδρομικός πλακούντας. Λόγω ότι η ασθενής βρισκόταν >36 εβδομάδων απαιτήθηκε κατάκλιση και παρακολούθηση με στόχο τον πλήρη έλεγχο της αιμοδυναμικής αίματος της έως ότου έφτασε στην 36^η εβδομάδα κύηση όπου πραγματοποιήθηκε καισαρική τομή στις 22/10/2015. Μητέρα και έμβρυο δεν παρουσίασαν περαιτέρω προβλήματα. Η εισαγωγή της μητέρας στη μονάδα μαιευτικής ήταν από 10/10/2015 έως 26/10/2015.

ΙΑΤΡΙΚΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
	Όνοματεπώνυμο ασθενούς: Μ.Α Όνομα Πατρός: Α. Φύλο: Γυνή Ηλικία: 32 ετών Τόπος Γέννησης: Αθήνα Τόπος Κατοικίας: Αθήνα Επάγγελμα: Δημόσιο Υπάλληλος (Δασκάλα) Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμη Τέκνα : 1 Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών: 1 Ημερομηνία Εισαγωγής : 10/10/2015 Διάγνωση Εισαγωγής: Επιπλοκή Κύησης (Προδρομικός Πλακούντας) Πηγή Ιστορικού: Η ασθενής
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	
	Ημερομηνία Εισόδου: 10/10/2015 Ωρα Παραλαβής: 10:00 πμ Είδος Εισαγωγής: Έκτακτη Τρόπος Μεταφοράς: Περιπατητικός Συνοδεύεται από: Οικογένεια (Σύζυγο) Τις πληροφορίες δίνει: Η ασθενής

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ	
	Αλλεργίες: καμία Λοιμώδη Νοσήματα: κανένα Χρόνια Νοσήματα: κανένα Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής: κύηση – τοκετός
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
Από τον πατέρα	-
Από την μητέρα	-
ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Πιθανή διάγνωση εισόδου	Επιπλοκή Κύησης (Προδρομικός πλακούντας)
Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή	Μικρή Αιμορραγία
Ζωτικά Σημεία	Αρτηριακή Πίεση = 135/ 85mmHg Σφίξεις = 60 σφίξεις Θερμοκρασία = 36,6 °C Αναπνοές = 22/min Ύψος: 1,70 m Βάρος: 72kg
ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ	
Αισθητήρια όργανα	Ομιλία: καλή Όραση: καλή Ακοή καλή
Δέρμα	Ωχρο
Αναπνευστικό	Αναπνοή: φυσιολογική Βήχας: δεν βήχει
Κυκλοφορικό	Καρδιακός Ρυθμός: ρυθμικός
Πεπτικό	Δίαιτα: ελεύθερη Όρεξη: φυσιολογική Κένωση Εντέρου: φυσιολογική
Ουροποιητικό	Φυσιολογική
Μυοσκελετικό	Αυτοεξυπηρέτηση: ναι Βάδιση: κανονική Ιστορικό Κατάγματος: κανένα
Ενδοκρινικό	Φυσιολογικό
Ψυχική διανοητική κατάσταση	Ανήσυχος Φοβισμένος Επικοινωνία: προφορική
Νευρικό	Τρόμος
Επίπεδο συνείδησης	Προσανατολισμένος (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ	
	Κάπνισμα: ναι Αριθμός τσιγγάρων/24ωρο: 7

	Χρήση οιοπνεύματος: Όχι Είδος/ποσότητα:- Ύπνος (ώρες ανά 24ωρο): 7 ώρες
ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
	Έγγαμος: Ναι Τέκνα: 1 Σχέση με την οικογένεια του: υποστηρικτική Οικονομική κατάσταση: Καλή
ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ	
	Είδος: - Δόση: - Τελευταία Λήψη: -
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	
	Αιμορραγία Αίσθημα υποθερμίας Ανήσυχος ασθενής Φοβισμένος ασθενή

Ανάγκες – Προβλήματα Ασθενών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Αιμορραγία	Ενημέρωση ασθενή για την σοβαρότητα της κατάστασης	Ενημέρωση ιατρού	Παροχή ασθενή κατάλληλου εξοπλισμού – μέσα (ρόμππα, σερβιέτες κ.ά.)	Μικρή αιμορραγία λόγω προδρομικού πλακούντα
Αίσθημα υποθερμίας	Αίσθημα εφίδρωσης της ασθενή	Προγραμματισμός για την μέτρηση ζωτικών σημείων	Μέτρηση θερμοκρασίας ασθενή και μέτρηση αρτηριακής πίεσης	Ικανοποιητικά αποτελέσματα σε φυσιολογικά επίπεδα η θερμοκρασία και η αρτηριακή πίεση
Ανήσυχος ασθενής	Αίσθηση άνεσης του ασθενή για την καλύτερη ψυχολογική του κατάσταση Ικανοποίηση των ψυχικών αναγκών του ασθενούς.	Προγραμματισμός μέτρων για την άνεση του ασθενή	Ανύψωση πλάτης κρεβατιού και τοποθετήσει μαξιλάρας.	Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα.
Φοβισμένος	Απομάκρυνση φόβου	Ενημέρωση για την κατάσταση	Ψυχολογική Υποστήριξη	Η ασθενής αισθάνεται ασφάλεια

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία είχε σκοπό την περιγραφή και την ανάλυση των επιπλοκών κύησης καθώς και την νοσηλευτική διεργασία που πραγματοποιείται όταν λάβει χώρα ένα τέτοιο περιστατικό.

Καθημερινά πολλές γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με κάποια επιπλοκή κατά την διάρκεια της κύησης του μωρού τους. Το σημαντικό σε μια τέτοια κατάσταση είναι η γρήγορη επέμβαση του Ιατρού Μαιευτήρα – Γυναικολόγου με στόχο είτε τον έλεγχο της επιπλοκής δηλαδή με κάποια φαρμακευτική αγωγή ή ακόμα και την νοσηλεία σε Νοσοκομείο ή Κλινική. Ωστόσο, υπάρχουν και οι περιπτώσεις που η κύησης πρέπει να τερματιστεί με στόχο την ασφάλεια της μητέρας.

Αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι κατά την διάρκεια κάποιας επιπλοκής σημαντικό ρόλο παίζει η νοσηλευτική διεργασία. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προετοιμάσει τον χώρο ώστε η μητέρα να αισθάνεται άνετα και να νιώθει το περιβάλλον φιλικό. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να καθησυχάσει την «ασθενή» να μην στρεσάρεται και να μην αγχώνεται και να της εξηγήσει και της αναλύσει ότι πρόκειται να συμβεί καθώς και τα βήματα της διαδικασίας που θα ακολουθηθούν.

Τα συμπεράσματα κατά την νοσηλευτική διεργασία των περιστατικών της παρούσας εργασίας είναι ότι και στις δύο περιπτώσεις ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στην «ασθενή» με στόχο την μείωση των φόβων και του άγχους της. Επίσης, η «ασθενής» θα πρέπει να έχει πλήρη γνώση της κατάστασης για να μπορεί να εμπιστευτεί τους ανθρώπους που την φροντίζουν. Επιπλέον, σε περίπτωση που χρειαστεί κάποια φαρμακευτική αγωγή δίνεται πάντα με την εντολή του Ιατρού. Ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να ακολουθεί λεπτομερώς τις εντολές που δίνονται από τον Μαιευτήρα – Γυναικολόγο καθώς και από την Μαία.

Για την βέλτιστη αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκπαιδεύεται κατάλληλα στον κλάδο της μαιευτικής με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Επίσης, κατά την διάρκεια της φοίτησης στο Τμήμα Νοσηλευτικής θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα μαθήματα που σχετίζονται με τον τομέα της μαιευτικής και της παιδιατρικής.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το σημαντικότερο θα είναι ο νοσηλευτής να μην επηρεάζεται ψυχολογικά από τα περιστατικά με στόχο να μπορεί να ανταπεξέλθει με ψυχραιμία και με λογική σε ότι καλεστεί να αντιμετωπίσει. Με αυτό τον τρόπο θα μπορεί να δώσει την ψυχολογική συμπαράσταση που χρειάζεται η «ασθενής» τις ώρες που την κυριεύουν οι φοβίες και το άγχος.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τις περισσότερες φορές η κύηση εξελίσσεται χωρίς σημαντικά προβλήματα. Ωστόσο, θεωρείται απαραίτητο κάθε μέλλουσα μητέρα να ενημερώνεται για πιθανές επιπλοκές κύησης με στόχο να έχει πλήρη γνώση και να της δύνεται η δυνατότητα αν παρουσιάσει κάποια συμπτώματα να μην τα αμελήσει και να απευθυνθεί άμεσα στον μαιευτήρα – γυναικολόγο της.

Όπως αναλύθηκε στην παρούσα εργασία η γυναίκα που βρίσκεται σε κύηση παρουσιάζει πολλές μεταβολές στην ψυχολογία της καθ' όλη την διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Σε περίπτωση επιπλοκής τα συναισθήματα του άγχους, του στρες και της κατάθλιψης γίνονται εντονότερά. Ο φόβος για την υγεία του εμβρύου και έπειτα για την δικής της γίνεται εντονότερος, αφού τα συμπτώματα κάθε επιπλοκής δημιουργούν δυσάρεστα συναισθήματα.

Επιπλέον, πραγματοποιούνται εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα, υπάρχει ο διαρκής έλεγχος ή και ακόμα η εισαγωγή σε μονάδα μαιευτικής με συνέπεια η διαδικασία αυτή να είναι αρκετά αγχωτική. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός για συμβάλει στην συχνότερη και αποτελεσματικότερη πρόληψη και διάγνωση καθώς και στην άμεση παραπομπή για κάθε πρόβλημα που δημιουργείται, λόγω της άμεσης επαφής που έχει με τον ασθενή του. Μπορεί σε συνεργασία με τον γυναικολόγο/μαιευτήρα να διεξάγει τους προληπτικούς ελέγχους. Επίσης, μπορεί να ενημερώνει την «ασθενή» για κάθε βήμα των ελέγχων, εξετάσεων που πραγματοποιούνται με συνέπεια να την καθησυχάζει και να την υποστηρίζει ψυχολογικά όταν αυτή αισθάνεται φοβισμένη και αγχωμένη.

Εν κατακλείδι θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει και σχετική συνεχόμενη εκπαίδευση, ούτως ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις τεχνικές και ψυχολογικές απαιτήσεις που προκύπτουν από τους ελέγχους αυτούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασίου Β. (Μαιευτήρας- Χειρουργός γυναικολόγος, επιστημονικός διευθυντής του Κέντρου Εξωσωματικής Αθηνών), Πως αλλάζει η ψυχολογία της γυναίκας στην εγκυμοσύνη <http://ygeia.tanea.gr>, Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 27, 2014
- Bellack J.P. (1999). Emotional intelligence: a missing ingredient. *Journal of nursing education*. σελ.3-4 5.
- Berman A., Snyder S. and Jackson C. (2010). Η νοσηλευτική στην Κλινική πράξη, Έκδοση 5 – Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.
- Γκιγκόντες Ε. (Μευτήρας – Χειρουργός Γυναικολόγος), Εξωμήτριος κύηση, <http://www.iatronet.gr>. Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 6, 2004
- Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone. (μετάφραση – επιμέλεια Λεμονίδου Χ., Πατηράκη - Κουρμπάνη Ε.) (2006). Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής, η Επιστήμη και η Τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα. σελ 248-249
- Casan AM., Raga F., Polan ML., (1999). Gnhrmrn And Protein Expression In Human Preimplantation Embryos. *Mol. Hum. Reprod.* pages: 234-239
- Διαμαντοπούλου Α. και Δριμάλα Χ. (2009). Κύηση στα άκρα της αναπαραγωγικής ηλικίας. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα.
- DiSaia PJ. (1996). *Clinical Anatomy of the Female Genital Tract*. In: Danforth's Handbook of Obstetrics and Gynaecology. Lippincott Raven. Philadelphia.
- Dunkel-Schetter, C., Feldman, P.J., Sandman, C.A. και Wadhwa, P.D., (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), σελ. 715-25.
- Gottlieb, B.H. και Friedman, H.S., ed., (2001). Support groups. *Assessment and Therapy: Specialty Articles from the Encyclopedia of Mental Health*. San Diego Academic Press. σελ. 307-320.

Elgar, F.J., Glazier, R.H., Goel, V. και Holzapfel, S., (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(3-4), σελ. 247-55.

emBIO, Medical Center, <https://www.ivf-embryo.gr>, 2016

Ζαργάνης Π., (Μαιευτική Γυναικολογική Μέριμνα), Γενικά για την Εγκυμοσύνη, <http://www.pzarganis.com>, Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος, 2016

Ζωγράφου Ι., Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης, <http://www.med.auth.gr/depts/bpp/lessons/2013-2014/.pdf>, Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 30, 2013.

Hutton P. (2001). President's statement. Bulletin 10. London: Royal College of Anesthetists

Ιατράκης Μ. Γ. (2004). Βιβλίο Μαιευτικής, Φυσιολογία Και Παθολογία Μητέρας Και Εμβρύου, Εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα. σελ. 31- 43, 45-47.

Ιατράκης Μ.Γ. (2006). Βιβλίο Γυναικολογίας, Εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα. σελ. 585-608, 791-848.

Ιατρό net, Υγεία και γυναικολογία <http://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia>

Κακλαμάνης Ν.και Καμάς Α. (1998). Η Ανατομική Του Ανθρώπου. Εκδόσεις. Μ. EDITTION. Αθήνα. σελ. 524- 542.

Κανέλλος Ε. και Λυμπέρη Μ. (1996). Φυσιολογία ΙΙ (Τόμος 2^{ος}). Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα. σελ. 149- 153, 205- 210

Καπετάνου Μ. και Καρακούση Θ. (2015). Συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας των νοσηλευτών. Παράγοντες που οδηγούν στην απουσία από την εργασία και τη λήψη αναρρωτικών αδειών. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης. Διδυμότειχο.

Καρπάθιος Σ.Ε. (1998). Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική και Γυναικολογία. (Τόμος 1^{ος}). Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. σελ. 215-246

Κλήμης Ν. (Χειρουργός Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστήμιο Αθηνών). Φροντίδα και Υγεία μετά από τον Τοκετό, <http://www.advancehealth.gr/>, Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 13, 2012

Κολέσκας Δ., (Μαιευτήρας – Χειρουργός Γυναικολόγος), Αποβολή – Παλίνδρομη Κύηση, <http://www.koleskas.gr/> , Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος, 2016

Κοσμάς Σ. (Μαιευτήρας Γυναικολόγος) Εγκυμοσύνη και αποκόλληση πλακούντα, <http://www.babyonline.gr>, Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 15, 2012

Κοτρώτσιου Ε. και Αργυρούδης Ε., (2001), Προεγχειρητική ανησυχία-άγχος: Ο ρόλος του νοσηλευτή. Νοσηλευτική, 40(3): 39-45.

Κοφινάς Α, Αποκόλληση πλακούντα, Παθοφυσιολογία, Διάγνωση και Αντιμετώπιση, Associate Professor Clinical Obstetrics and Gynecology, Cornell University, College of Medicine.<http://docplayer.gr/5225092-Apokollisi-plakounta.html>, Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 3, 2012

Κρεατσάς Γ. (1999) Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Γυναικολογία Ι. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα. σελ. 8- 16, 340- 343.

Κρεατσάς Γ, Αυτόματη αποβολή, <http://panacea.med.uoa.gr/>, Νοέμβριος 2005.

Kneedler JZ, Dodge GH. (1994). Perioperative patient care: the nursing perspective. Boston: Jones and Bartlett

Λιακάκος Θ, (Μαιευτήρας Γυναικολόγος – Χειρουργός Μαστού), Διάγνωση και θεραπεία πρόωρου τοκετού, <http://www.drliakakos.gr>, Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 10, 2015.

Λούβρου Φ. (2009). Φυσικοθεραπεία στη μαιευτική, επιπλοκές και προβλήματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά. Θεραπεία και Αντιμετώπιση. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη 2009

Lowdermilk L.L., Perry E.S., (μετάφραση - επιμέλεια Λυκερίδου Α και Δελτσίδου Α.). (2006). Νοσηλευτική Μητρότητας. (Τόμος 1^{ος}). Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα. σελ. 59- 60, 63- 66, 496- 497.

Μαρούλης Χ.Γ (2007). Μαιευτική και Γυναικολογία. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα. σελ. 190-195.

Μαυρίδης Ε. (2014). Η επίγνωση θεμάτων που αφορούν το Σακχαρώδη Διαβήτη στον "υγιή" αιμοδοτικό πληθυσμό. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Μεσσήνη Λ. και Μπάκολα Π. (2016). Νοσοκομειακές Φοβίες και ο ρόλος του νοσηλευτή για την αντιμετώπισή τους, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, Ιωάννινα

Μεντζελοπούλου Π., (Ενδοκρινολόγος, Λέκτορας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Harvard) Διαβήτη κήσης: Τι σημαίνει η διάγνωση του για εσάς και το μωρό σας; www.endodiabetes.gr, τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 14, 2013

Μεταξάς Η., (Μαιευτήρας Γυναικολόγος), Υπέρταση – προεκλαμψία - εκλαμψία <http://www.drmetaxas.gr/>, Νοέμβριος, 2012

Μιχαλοπούλου Α-Μ. και Μιχαλοπούλου, Ε. (2002), Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος του ασθενούς. Νοσηλευτική, 41 (3): 253-257.

Μπιλάμη Χ., Γυναίκειο αναπαραγωγικό σύστημα, <http://harroulabilali.gr/>, Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 15, 2015

Μπούνταλη Σ. και Ξανθοπούλου Α.. (2008). Πρόωρος τοκετός. Τεχνολογικό Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών, Αθήνα.

Νταντούμη Σ και συν. (Νοσηλευτική Υπηρεσία). (2014). Εγχειρίδιο νοσηλευτικών πρωτοκόλλων. Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας. Αθήνα.

Παπαϊωάννου Φ. και Σάπκα Μ. (2009). Διακοπή κήσης και προβλήματα που ανακύπτουν. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών, Αθήνα.

Ντελή Β. (Μαιευτήρας – Γυναικολόγος), Σακχαρώδης Διαβήτη Κήσης <https://nucleus2012.wordpress.com>, Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 25, 2015

Παπακωνσταντίνου Κ. (Μαιευτήρας – Γυναικολόγος), Εξωμήτριος κήση <http://www.kparakonstantinou.com>, Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 20, 2015

Παπανικολάου Ν. (1986). Γυναικολογία. (Τόμος 2^{ος}). Θεσσαλονίκη. σελ. 23-34

Παπανικολάου Ν. (Μαιευτήρας Γυναικολόγος), Πρόωρος Τοκετός: Συμπτώματα και Αντιμετώπιση, <http://www.babyonline.gr>, Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 21, 2015

Πατσούρου Α. (2013). Θηλασμός: οδηγίες για επιστήμονες υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.

Πέτρου Π., (Μαιευτήρας), Πρόδρομος πλακούντας <http://solidaritymit.blogspot.gr>, Τελευταία Προσπέλαση Μάιος 4, 2015

Πιτσάκη Κ. (2013). Κοινωνική μαιευτική φροντίδα, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Μακεδονίας, Πτολεμαΐδα.

Ραγιά Α. Νοσηλευτική: Επιστήμη, τέχνη και αξιολογικός προσανατολισμός. Νοσηλευτική 2011, 50 (2), 121-122

ΡΕΑ, (Γυναικολογική Μ.Χ.Δ.Θ. Κλινική), Γυναικολογικές και Μαιευτικές Υπηρεσίες <http://www.reamaternity.gr>, Τελευταία προσπέλαση 2014.

Redman C., walker I. pre – eclampsia: the facts, Oxford: OUP; 1992

Σαλαμαλέκης Ε. (2002). Πρόωρος τοκετός: Έλεγχος και παρακολούθηση. Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο. Αθήνα

Σπηλιωτόπουλος Ι, (Μαιευτήρας – Χειρουργός Γυναικολόγος), Προγεννητικός έλεγχος, <http://www.embryo-center.gr/>, Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος, 2016

Σταυροπούλου Ν. (2013) Η νοσηλευτική διαχείριση της εγκυμοσύνης και του σακχαρώδη διαβήτη κύησης, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ανατολική Μακεδονία και Θράκης, Διδυμότειχο

Σουμίλας, Α-Γ. (1997). Χειρουργική Νοσηλευτική. (Τόμος 1^{ος}). Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα σελ. 277-305.

Swartz Μ.Η. (μετάφραση- επιμέλεια Ελισάφ Μ. και Καραγιάννης Α.). (2010). Κλινική Διάγνωση Ιστορικό και Φυσική Εξέταση. Έκδοση 6 - Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα. σελ 706-707

Ταρλατζής Β. (2014). Επιπλοκή Ιατρικής Πράξης - Θεραπευτικός Κίνδυνος – Ιατρικό Σφάλμα – Lege Artis Ιατρική Πράξη: Χρήσιμες Ιατρικές Έννοιες για τους Εφαρμοστές του Δικαίου. Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ., Αθήνα.

Τραγέα Ρ. (1999). Μαιευτική Φροντίδα. (Τόμος 1^{ος}). Εκδόσεις Γιαννακόπουλος. Αθήνα. σελ. 51- 63.

Φυρινίδου Σ. (2015). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας γυναικών: Η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης. Διδυμότειχο.

Farrell G.A. (1997). Aggression in clinical settings: nurses' views. Journal of Advanced nursing. σελ. 501- 508

Woodhead K. & Wicker P. (Μετάφραση Θεοφάνης Ν. και Καραμάνης Φ.). (2007). Περιεργητική Νοσηλευτική φροντίδα, Έκδοση Λαγός Δημήτριος. Αθήνα.