



<http://www.lamazeinternational.org>

Ασφαλείς πρακτικές που προάγουν τον φυσικό τοκετό

Ν° 1: Αφήστε τον τοκετό να ξεκινήσει αυθόρμητα
της Debby Amis, RN, BSN, CD (DONA), LCCE, FACCE¹

Μια έγκυος σε ένα μάθημα Lamaze λέει στην εκπαιδύτρια και τις συνεκπαιδευόμενες της: «Ο γιατρός μου είπε ότι το μωρό μου είναι αρκετά μεγάλο. Η γειτόνισσά μου έκανε πρόκληση τοκετού, διότι το μωρό της θεωρήθηκε πολύ μεγάλο. Νομίζετε ότι θα πρέπει κι εγώ να ζητήσω πρόκληση τοκετού;

Στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε πολλές άλλες χώρες, ακούμε παρόμοιες δηλώσεις σε μαθήματα προετοιμασίας τοκετού. Η πρόκληση τοκετού, δηλαδή η έναρξη του τοκετού με τεχνητά μέσα, είναι ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα θέματα στην περιγεννητική φροντίδα σήμερα. Σε πολλά νοσοκομεία η πρόκληση τοκετού γίνεται μόνο για ιατρικούς λόγους και το ιατρικό προσωπικό ακολουθεί αυστηρές οδηγίες. Εντούτοις, σε άλλα νοσοκομεία, η πρόκληση τοκετού γίνεται κατόπιν επιλογής, περισσότερο για διευκόλυνση των εμπλεκόμενων μερών παρά για ιατρικούς λόγους. Πολλές γυναίκες αναρωτιούνται σε ποιες περιπτώσεις είναι όντως απαραίτητη η πρόκληση τοκετού. Προκαλούνται προβλήματα λόγω της πρόκλησης; Ποια είναι τα οφέλη αν επιτρέψουμε να ξεκινήσει αυθόρμητα ο τοκετός; Πότε είναι απαραίτητο να γίνεται πρόκληση τοκετού και πότε είναι καλύτερο να περιμένουμε; Τι είναι πιο ασφαλές για εσάς και το μωρό σας;

Καθώς θα διαβάζετε το παρακάτω κείμενο, είναι σημαντικό να θυμάστε ότι ο οργανισμός Lamaze International μπορεί να σας βοηθήσει να συνεργαστείτε αποτελεσματικά με τον γιατρό σας και από κοινού να λάβετε τις αποφάσεις που σας κάνουν να νιώθετε καλά και θα σας βοηθήσουν να

¹ **Επεξήγηση των τίτλων πιστοποίησης της συγγραφέως:**

RN: Registered Nurse (εγγεγραμμένη νοσηλεύτρια)

BSN: Bachelor of Science in Nursing (πτυχίο νοσηλευτικής)

CD: Certified Doula (πιστοποιημένη βοηθός μητρότητας)

LCCE: Lamaze International Certified Childbirth Educator (πιστοποιημένη εκπαιδύτρια περιγεννητικής αγωγής Lamaze International)

FACCE: Fellow, American College of Childbirth Educators (μέλος του Αμερικανικού Κολλεγίου Εκπαιδευτών Περιγεννητικής Αγωγής)

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φύλιππάκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδύτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org



<http://www.lamazeinternational.org>

έχετε μια ασφαλή και ικανοποιητική εμπειρία τοκετού.

Το σχέδιο της φύσης για τον τοκετό

Παρόλο που ο τοκετός μπορεί να είναι συγκλονιστική εμπειρία, η φυσική προσέγγιση του οργανισμού Lamaze International αφαιρεί το μυστήριο από τη διαδικασία. Το σώμα σας είναι άριστα σχεδιασμένο για να γεννήσει. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων της εγκυμοσύνης, το σώμα σας, καθώς και το μωρό σας, προετοιμάζονται για τον τοκετό. Στις πρωτοτόκους το μωρό συχνά εμπεδώνεται μερικές εβδομάδες πριν από τον τοκετό. Ο τράχηλος παίρνει κλίση προς τα εμπρός και σταδιακά αρχίζει να μαλακώνει. Κατά τη διάρκεια μιας περιόδου που διαρκεί από λίγες ημέρες έως λίγες εβδομάδες, μπορεί να νιώθετε ακανόνιστες συσπάσεις που βοηθούν τον τράχηλο να λεπτύνει και ίσως ακόμα και να διασταλεί μερικά εκατοστά.

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας περιόδου της εγκυμοσύνης, οι πνεύμονες του μωρού ωριμάζουν, το μωρό αποκτά ένα προστατευτικό στρώμα λίπους και παίρνει τη χαρακτηριστική όψη του νεογέννητου. Η ανάπτυξη του εγκεφάλου συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της 41^{ης} εβδομάδας κύησης. Σύμφωνα με εκτιμήσεις των επιστημόνων, παρατηρείται πενταπλάσια αύξηση στον όγκο της «λευκής ουσίας» του εγκεφάλου του εμβρύου από την 35^η έως την 41^η εβδομάδα κύησης. Οι ερευνητές εξακολουθούν να διερευνούν πώς αναπτύσσεται ο εγκέφαλος του νεογέννητου μετά τον τοκετό σε σύγκριση με την ανάπτυξη του εγκεφάλου μέσα στη μήτρα (Kinney, 2006).

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι όταν τα όργανα του μωρού είναι πλήρως διαμορφωμένα και ώριμα και το μωρό είναι έτοιμο για τη ζωή έξω από τη μήτρα, τότε το σώμα του απελευθερώνει ελάχιστη ποσότητα μιας ουσίας που δίνει σήμα στις ορμόνες της μητέρας για την έναρξη του τοκετού (Condon, Pancharatnam, Faust & Mendelson, 2004). Ο καταγισμός ορμονών που συνοδεύει την ολοκλήρωση της κύησης και την αυθόρμητη κοιλική γέννα φαίνεται ότι βοηθά το μωρό να προετοιμαστεί για τη μετάβαση από την ενδομήτριο ζωή στον έξω κόσμο και, ειδικότερα, να αναπνεύσει για πρώτη φορά με τους πνεύμονές του (Jain & Eaton, 2006). Ακόμα κι αν γνωρίζετε εκ των προτέρων ότι είναι απαραίτητο το μωρό σας να γεννηθεί με καισαρική, ο καλύτερος τρόπος για να καταλάβετε ότι το μωρό σας είναι ώριμο να γεννηθεί είναι να αφήσετε τον τοκετό να ξεκινήσει αυθόρμητα.

Ιατρικοί λόγοι για πρόκληση τοκετού

Υπάρχουν σοβαροί ιατρικοί λόγοι που οδηγούν στην πρόκληση τοκετού. Μπορεί να γίνει πρόκληση τοκετού εάν είναι πιο επικίνδυνο για το μωρό να παραμείνει μέσα στη μήτρα παρά να

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φύλιππάκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδευτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org



<http://www.lamazeinternational.org>

γεννηθεί. Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG 2005), μπορεί να γίνει πρόκληση τοκετού, εάν συντρέχει ένας από τους παρακάτω λόγους:

- Τα νερά σας έσπασαν και ο τοκετός δεν έχει ξεκινήσει
- Η εγκυμοσύνη σας είναι σε παράταση (έχει ξεπεράσει τις 42 εβδομάδες)
- Έχετε υψηλή πίεση λόγω της εγκυμοσύνης
- Έχετε προβλήματα υγείας, όπως διαβήτη, τα οποία μπορεί να βλάψουν το μωρό σας
- Υπάρχει μόλυνση στη μήτρα
- Το μωρό σας δεν μεγαλώνει ικανοποιητικά

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι κύηση σε παράταση σημαίνει ότι βρίσκεστε δύο εβδομάδες μετά την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού. Το ACOG και οι διεθνείς μαιευτικοί οργανισμοί καθορίζουν ότι η φυσιολογική εγκυμοσύνη διαρκεί από 38 έως 42 εβδομάδες. Σε περίπτωση που ξεπεράσετε την πιθανή ημερομηνία τοκετού σας, οι απόψεις των επιστημόνων δίστανται για το κατά πόσον είναι πιο ασφαλές για το μωρό σας να γεννηθεί στο τέλος της 41^{ης} εβδομάδας ή στο τέλος της 42^{ης} εβδομάδας. Εντούτοις, σε πρόσφατη ιατρική έρευνα, οι ερευνητές αποφάνθηκαν ότι δεν επηρεάζεται σημαντικά η νεογνική θνησιμότητα (ο αριθμός των νεογνών που πεθαίνουν) τόσο στην περίπτωση πρόκλησης τοκετού στις 41 εβδομάδες όσο και στην περίπτωση που επιτρέπουμε στην εγκυμοσύνη να συνεχιστεί (Wennerholm, Hagberg, Brorsson, & Bergh, 2009).

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι εξειδικευμένοι ιατροί που συνέταξαν ένα από τα κορυφαία συγγράμματα, το Williams Obstetrics (Cunningham et al., 2005) και οι οποίοι έχουν υιοθετήσει την πρακτική της στενής παρακολούθησης για τις γυναίκες που έχουν φτάσει στις 41 εβδομάδες κύησης. Σύμφωνα με την πρακτική αυτή, δεν γίνεται πρόκληση τοκετού πριν από τη συμπλήρωση 42 εβδομάδων κύησης, εκτός κι αν συντρέχει ιατρικός λόγος. Υποστηρίζουν ότι εάν γινόταν πρόκληση τοκετού στις 41 εβδομάδες (παρά στις 42), τότε θα πραγματοποιούνταν παρεμβάσεις σε πάνω από 500.000 τοκετούς, οι οποίες δεν είναι αποδεδειγμένα απαραίτητες ή ακίνδυνες (Cunningham et al., 2005).

Είναι επίσης σημαντικό να γνωρίζουμε ότι το ενδεχόμενο ενός μεγάλου ή πολύ μεγάλου μωρού δεν συνιστά ιατρικό λόγο για πρόκληση τοκετού. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι η πρόκληση τοκετού λόγω μακροσωμίας (μεγάλου βάρους γέννησης) σχεδόν διπλασιάζει το ποσοστό καισαρικής επέμβασης χωρίς να βελτιώνει τα αποτελέσματα για το μωρό (Horrigan, 2001; Leaphart, Meyer, & Capeless, 1997; Sadeh-Mestechkin et al., 2008; Sanchez-Ramos, Bernstein, & Kaunitz, 2002). Επιπλέον, είναι πολύ δύσκολο να υπολογίσουμε το ακριβές βάρος του μωρού πριν γεννηθεί. Οι

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φιλιππάκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδευτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org



<http://www.lamazeinternational.org>

υπέρηχοι δεν είναι αξιόπιστοι στην πρόβλεψη του πολύ μεγάλου βάρους γέννησης των βρεφών (μακροσωμία). Σύμφωνα με το ACOG (2009), η πρόβλεψη του βάρους γέννησης μέσω υπερήχου είναι ανακριβής και η απόκλιση μπορεί να κυμαίνεται από 16% έως 20%.

Πρόκληση τοκετού για διευκόλυνση

Πολλές φορές, η πρόκληση τοκετού εξυπηρετεί τα εμπλεκόμενα μέρη. Τα νοσοκομεία μπορούν να προβλέψουν το επιπλέον προσωπικό όταν η πρόκληση είναι προγραμματισμένη, οι γιατροί μπορούν να προγραμματίσουν τοκετούς σε μέρες και ώρες που τους εξυπηρετεί, οι μέλλοντες γονείς μπορούν να προγραμματίσουν εργασιακά και οικογενειακά θέματα ανάλογα με την προβλεπόμενη ημερομηνία της πρόκλησης.

Παρ' όλα αυτά, η πρόκληση τοκετού κατόπιν επιλογής μπορεί να μην εξυπηρετεί, εάν η έναρξη της πρόκλησης καθυστερήσει λόγω των διαδικασιών του νοσοκομείου. Επίσης, δεν εξυπηρετεί όταν η πρόκληση δεν εξελίσσεται σε τοκετό και η έγκυος επιστρέφει στο σπίτι της ύστερα από μια αποτυχημένη προσπάθεια για να δοκιμάσει μια άλλη φορά. Και φυσικά η πρόκληση δεν εξυπηρετεί τον σκοπό της όταν οδηγεί σε καισαρική, μια σημαντική κοιλιακή επέμβαση με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, όπως η μόλυνση και η θρόμβωση (Liu et al, 2007; Villar et al., 2007). Σε σύγκριση με την κοιλιακή γέννα, το μωρό που γεννιέται με καισαρική έχει αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσει αναπνευστικά προβλήματα (Hansen, Wisborg, Ulbjerg, & Henriksen, 2008) και πιθανώς να εισαχθεί στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) (Villar et al., 2007). Ο αποχωρισμός μητέρας – μωρού μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εξέλιξη του θηλασμού, καθώς και τον δεσμό μητέρας – μωρού. Πριν αποφασίσετε να προχωρήσετε σε πρόκληση τοκετού για λόγους μη ιατρικούς, λάβετε υπόψη σας τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν για εσάς και το μωρό σας.

Πώς γίνεται η πρόκληση τοκετού

Η πιο συνηθισμένη μέθοδος πρόκλησης τοκετού γίνεται στο νοσοκομείο με τη χορήγηση τεχνητής ωκυτοκίνης (pitocin) μέσω ενδοφλέβιου ορού (IV) στη μητέρα. Το 2007, το Ινστιτούτο Ασφαλών Φαρμακευτικών Πρακτικών πρόσθεσε την ωκυτοκίνη μέσω ενδοφλέβιου ορού στη λίστα με τα φάρμακα «υψηλής επικινδυνότητας». Τα φάρμακα «υψηλής επικινδυνότητας» είναι αυτά που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να προκαλέσουν ζημιά στον ασθενή εάν χρησιμοποιηθούν λανθασμένα. Εάν, κατά τον τοκετό, σας χορηγήσουν τεχνητή ωκυτοκίνη για ιατρικούς λόγους, τόσο εσείς όσο και το μωρό σας θα είστε υπό στενή παρακολούθηση. Μερικές φορές, φάρμακα που αποκαλούνται «παράγοντες ωρίμανσης» χρησιμοποιούνται πριν από την πρόκληση με σκοπό να μαλακώσουν τον τράχηλο και να προετοιμάσουν το σώμα για τον τοκετό.

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φύλιππάκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδευτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org



<http://www.lamazeinternational.org>

Η τεχνητή ωκυτοκίνη και τα φάρμακα που ονομάζονται «σκευάσματα συνθετικής προσταγλανδίνης E2» και χρησιμοποιούνται ως παράγοντες ωρίμανσης έχουν πάρει την έγκριση του αμερικάνικου ΕΟΦ (FDA).

Σε μερικές περιπτώσεις, για την πρόκληση τοκετού χρησιμοποιείται το φάρμακο misoprostol (Cytotec). Το φάρμακο αυτό έχει πάρει έγκριση από τον αμερικάνικο ΕΟΦ για τη θεραπεία έλκους στο στομάχι, αλλά δεν έχει εγκριθεί για πρόκληση τοκετού. Ο αμερικάνικος ΕΟΦ (2005) προειδοποιεί ότι όταν χρησιμοποιείται το φάρμακο misoprostol για την πρόκληση τοκετού, μπορεί να υπάρξουν σπάνιες μεν αλλά σοβαρές παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένης και της ρήξης μήτρας. Η ρήξη μήτρας μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αιμορραγία με συνέπεια την αφαίρεσή της (υστερεκτομή) ή μπορεί να προκαλέσει τον θάνατο της μητέρας ή του μωρού. Οι παρενέργειες του misoprostol είναι πιο πιθανό να εμφανιστούν σε γυναίκες που έχουν κάνει προηγούμενη επέμβαση στη μήτρα, καισαρική ή πολλές προηγούμενες γέννες (FDA, 2005).

Τι μας λένε οι έρευνες

Τα στοιχεία που μας υποδεικνύουν ότι υπάρχουν κίνδυνοι από την πρόκληση τοκετού όλο και πληθαίνουν. Το 2007, οι Goer, Leslie και Romano μελέτησαν όλη τη βιβλιογραφία σχετικά με τους κινδύνους της πρόκλησης τοκετού σε υγιείς γυναίκες με φυσιολογικές εγκυμοσύνες.

Διαπίστωσαν ότι τα ακόλουθα είναι πιο πιθανό να παρουσιαστούν σε έναν τοκετό στον οποίο έχει γίνει πρόκληση:

- Χρήση εμβρυουλκού ή βεντούζας σε κολπική γέννα
- Καισαρική τομή
- Προβλήματα κατά τον τοκετό, όπως πυρετός, αλλαγές στον καρδιακό παλμό του νεογνού και δυστοκία ώμων (όταν οι ώμοι του μωρού «σφηνώνουν» στο γεννητικό κανάλι)
- Η επίτοκος κάνει χρήση επισκληριδίου ή άλλων αναλγητικών φαρμάκων
- Χαμηλό βάρος γέννησης
- Εισαγωγή στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών
- Βαρύς νεογνικός ίκτερος (λόγω της διάσπασης των ερυθρών αιμοσφαιρίων το δέρμα γίνεται κίτρινο) για τον οποίο απαιτείται θεραπεία, και
- Παράταση της παραμονής στο μαιευτήριο για τη μητέρα και το μωρό

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φύλιππάκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδύτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org

Προωρότητα

Ένας από τους λόγους που τα μωρά τα οποία έχουν γεννηθεί κατόπιν επιλεγόμενης πρόκλησης τοκετού μπορεί να έχουν χαμηλό βάρος γέννησης, αναπνευστικά προβλήματα και ίκτερο είναι ότι κάποια από αυτά δεν είναι τελειόμηνα, δηλαδή δεν έχουν συμπληρώσει τις 37 εβδομάδες κύησης. Κι αυτό συμβαίνει, γιατί η πρόβλεψη της ημερομηνίας τοκετού δεν είναι πάντα αξιόπιστη. Ο Engle (2006) διαπίστωσε ότι οι προγεννητικοί έλεγχοι που υπολογίζουν την ηλικία κύησης έχουν περιθώριο σφάλματος συν / πλην δύο εβδομάδες. Σύμφωνα με το ACOG (2004), οι υπέρηχοι που προσδιορίζουν την ημερομηνία τοκετού κατά τις πρώτες 20 εβδομάδες κύησης είναι ακριβείς με σφάλμα 7 ημερών. Οι υπέρηχοι που γίνονται από την 20^η έως την 30^η εβδομάδα κύησης είναι ακριβείς με σφάλμα 14 ημερών, ενώ αυτοί που γίνονται κατά τις 10 τελευταίες εβδομάδες κύησης είναι ακριβείς με σφάλμα 21 ημερών (ACOG, 2004). Εάν, δηλαδή, υπάρχει σφάλμα δύο εβδομάδων στον προσδιορισμό της ημερομηνίας κύησης, καταλαβαίνουμε ότι εάν γίνει πρόκληση τοκετού σε μία γυναίκα με ηλικία κύησης 38 εβδομάδων, μπορεί στην πραγματικότητα να έχει ηλικία κύησης 36 εβδομάδων.

Τα μωρά που γεννιούνται μεταξύ 34^{ης} και 36^{ης} εβδομάδας κύησης θεωρούνται ότι είναι οριακά πρόωρα. Σε μια έρευνα που εξέτασε τα αρχεία τοκετών και βρεφικών θανάτων στις Η.Π.Α. από το 1995 έως το 2002, οι ερευνητές συμπέραναν ότι τα οριακά πρόωρα μωρά έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν τον πρώτο χρόνο της ζωής τους σε σχέση με τα τελειόμηνα (Tomashek, Shapiro – Mendoza, Davidoff, & Petrini, 2007). Στην έρευνα αυτή, τα αίτια των θανάτων συμπεριελάμβαναν γενετικές ανωμαλίες, σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου, ατυχήματα, παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, ανεπαρκή οξυγόνωση μέσα στη μήτρα, ανεπαρκή οξυγόνωση κατά τον τοκετό. Οι ερευνητές που εξέτασαν την ανάπτυξη του εγκεφάλου των οριακά πρόωρων βρεφών διαπίστωσαν ότι υπάρχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να γίνει διάγνωση εγκεφαλικής παράλυσης σε αυτά τα βρέφη σε σύγκριση με τα τελειόμηνα μωρά. (Petrini et al., 2009). Άλλες έρευνες έδειξαν ότι τα οριακά πρόωρα μωρά που γεννιούνται την 35^η με 36^η εβδομάδα κύησης έχουν αυξημένο κίνδυνο για επιπλοκές, όπως αναπνευστικά προβλήματα, ίκτερο, διατροφικές δυσκολίες και προβλήματα σταθεροποίησης της θερμοκρασίας τους (Shapiro-Mendoza et al., 2008; Wang, Dorer, Fleming & Catlin, 2004). Στο κύριο άρθρο του περιοδικού "The Journal of Pediatrics" ο γιατρός Dr. Michael S. Kramer (2009) έγραφε ότι οι εξελίξεις στη νεογνική φροντίδα «έχουν οδηγήσει ενδεχομένως τους μαιευτήρες και τους νεογνολόγους να πιστεύουν ότι οι γέννες οριακά πρόωρων βρεφών είναι χωρίς κινδύνους» (σελ. 159). Ο γιατρός Dr. Kramer έγραφε επίσης: «Πρέπει να αναλογιστούμε εάν η όλο και συχνότερη πρόκληση τοκετών μπορεί να κάνει περισσότερο κακό παρά καλό» (σελ. 160).

Το ίδρυμα March of Dimes (2006) πραγματοποίησε εκστρατεία ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τους αυξημένους κινδύνους που αντιμετωπίζουν τα βρέφη που γεννιούνται μεταξύ 34^{ης} και 36^{ης} εβδομάδας κύησης.

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φύλιππάκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδευτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org



<http://www.lamazeinternational.org>

Το ίδρυμα, μέσω του εκπαιδευτικού κέντρου Εγκυμοσύνης και Υγείας των Νεογνών, παροτρύνει τις γυναίκες να μην ζητούν και να μην συμφωνούν σε πρόκληση τοκετού αν δεν συντρέχουν ιατρικοί λόγοι (March of Dimes, 2008a, 2008b, 2008c). Μαζί με το Ινστιτούτο Παιδιατρικής Johnson & Johnson και την Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας του Κεντάκι, το ίδρυμα March of Dimes δημιούργησε ιστοσελίδα με τίτλο «Αξίζει κανείς να περιμένει για να έχει ένα υγιές μωρό» (www.prematurityprevention.org). Η ιστοσελίδα φιλοξενεί άρθρα σχετικά με τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από έναν οριακά πρόωρο τοκετό, από την πρόκληση τοκετού και από έναν πρόωρο τοκετό (Healthy Babies are Worth the Wait, 2008a, 2008b).

Επιπλοκές και καισαρική τομή

Οι έρευνες έχουν δείξει επανειλημμένα ότι η πρόκληση τοκετού διπλασιάζει σχεδόν τις πιθανότητες για καισαρική τομή (Glantz, 2005; Gier et al., 2007). Επίσης, στα νοσοκομεία όπου η πρόκληση τοκετού αποτελεί συνήθη πρακτική, μια χαμηλού κινδύνου επίτοκος στο πρώτο της παιδί έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να γεννήσει με καισαρική τομή (Main et al., 2006). Ο κίνδυνος δεν μειώνεται όταν χρησιμοποιούνται φάρμακα για την ωρίμανση του τραχήλου. Μάλιστα, όταν πριν από τη χρήση τεχνητής ωκυτοκίνης γίνεται χρήση φαρμάκων για την ωρίμανση του τραχήλου, ο κίνδυνος καισαρικής είναι ακόμη μεγαλύτερος (Ben-Haroush et al., 2004; Hoffman, 2003; Vahratian, Zhang, Troendle, Sciscione, & Hoffman, 2005; Vrouenraets et al., 2005). Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος μιας σπάνιας αλλά θανατηφόρας επιπλοκής η οποία ονομάζεται «εμβολή αμνιακού υγρού» είναι διπλάσιος για τις γυναίκες των οποίων ο τοκετός έχει ξεκινήσει με πρόκληση (Kramer, Rouleau, Baskett, & Joseph, 2006).

Άλλα θέματα υπό εξέταση

Αυξημένη ανάγκη για όλο και περισσότερες παρεμβάσεις

Η πρόκληση τοκετού, εκτός από τον αυξημένο κίνδυνο για ελαφρά προωρότητα και καισαρική τομή, συχνά δημιουργεί την ανάγκη για περισσότερες ιατρικές παρεμβάσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις, εάν κάνετε πρόκληση τοκετού, θα σας χορηγήσουν ενδοφλέβιο ορό και θα γίνεται συνεχής παρακολούθηση του μωρού με καρδιοτοκογράφο. Σε πολλά νοσοκομεία, θα πρέπει να παραμείνετε στο κρεβάτι ή πολύ κοντά σε αυτό. Ως αποτέλεσμα, μάλλον δεν θα είστε σε θέση να περπατάτε ελεύθερα ή να αλλάζετε στάσεις ανάλογα με τις συσπάσεις του τοκετού και, κατά συνέπεια, θα επιβραδύνετε πιθανώς τον τοκετό σας. Μάλλον δεν θα είστε σε θέση να κάνετε μπάνιο ή ένα ζεστό ντους για να απαλύνετε τους πόνους των συσπάσεων. Οι συσπάσεις που προκαλούνται από τεχνητή πρόκληση τοκετού φτάνουν στην κορύφωσή τους πιο γρήγορα και παραμένουν έντονες για πολύ περισσότερο διάστημα σε σχέση με τις φυσικές συσπάσεις. Κατά συνέπεια, μπορεί να χρειάζεστε περισσότερα αναλγητικά φάρμακα. Η πρόκληση τοκετού οδηγεί

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φύλιππáκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδευτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org



<http://www.lamazeinternational.org>

σε αλληπάλληλες επεμβάσεις, οι οποίες συχνά καταλήγουν σε καισαρική τομή.

Ψυχολογική επίδραση

Η πρόκληση τοκετού, ιδίως όταν δεν είναι ιατρικά ενδεδειγμένη, δίνει το μήνυμα στη γυναίκα ότι το σώμα της δεν είναι επαρκές και δεν λειτουργεί σωστά – ότι χρειάζεται, δηλαδή, βοήθεια για να ξεκινήσει ο τοκετός της. Όταν ο τοκετός ξεκινήσει αυθόρμητα, θα αισθανθείτε μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση για τις ικανότητές σας να γεννήσετε και να φροντίσετε το μωρό σας αφού γεννηθεί.

Συστάσεις του οργανισμού Lamaze International

Ο οργανισμός Lamaze International συνιστά στις γυναίκες να μην επιλέγουν πρόκληση τοκετού ή να μην συμφωνούν σε αυτήν, αν δεν συντρέχει πραγματικός ιατρικός λόγος. Ένα «μεγάλο» ή ακόμη και «πολύ μεγάλο» μωρό δεν συνιστά ιατρικό λόγο για πρόκληση τοκετού. Σχεδόν σε κάθε περίπτωση, ο καλύτερος τρόπος για να μάθετε ότι το μωρό σας είναι αρκετά υγιές για να γεννηθεί είναι να αφήνετε το σώμα σας να ξεκινήσει τον τοκετό αυθόρμητα. Ο αυθόρμητος τοκετός αυξάνει επίσης τις πιθανότητες να ακολουθήσετε τις άλλες πρακτικές για ασφαλή τοκετό που συστήνει ο οργανισμός Lamaze International – όπως η ελευθερία κινήσεων και η αποφυγή παρεμβάσεων ρουτίνας.

Όταν βιώνετε τις συσπάσεις που προκαλούνται από τη φυσική έκκριση ωκυτοκίνης, μπορείτε να ανταποκριθείτε σε αυτές με μεγαλύτερη ελευθερία, περπατώντας, αλλάζοντας στάσεις και κάνοντας μπάνιο ή ντους. Η παρέμβαση ή η αντικατάσταση των φυσικών ορμονών του τοκετού, της γέννησης, του θηλασμού και του μητρικού δεσμού, ενδέχεται να έχουν επιπτώσεις που δεν μπορούμε ακόμα να κατανοήσουμε πλήρως. Η αποφυγή άσκοπων ιατρικών παρεμβάσεων μειώνει την πιθανότητα επιπλοκών που επηρεάζουν τόσο εσάς όσο και το μωρό, ενώ αυξάνεται η πιθανότητα να έχετε έναν ασφαλή τοκετό και θετικές, αξέχαστες αναμνήσεις από αυτήν την εμπειρία.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με έναν ασφαλή και χωρίς κινδύνους τοκετό, μπορείτε να διαβάσετε τον οδηγό *The Official Lamaze International Guide: Giving Birth with Confidence* (Lothian & DeVries, 2005), να επισκεφτείτε την ιστοσελίδα του οργανισμού Lamaze International, www.Lamaze_International.org και να εγγραφείτε για να λαμβάνετε την εβδομαδιαία ηλεκτρονική ενημέρωση του «Lamaze International... Building Confidence Week by Week»

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φύλιππάκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδύτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org



<http://www.lamazeinternational.org>

Τελευταία αναθεώρηση: Ιούλιος 2009

Βιβλιογραφία

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2004). ACOG Practice Bulletin No. 55: Management of postterm pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 104(3), 639–646.

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2009). ACOG Practice Bulletin No. 101: Ultrasonography in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 113(2, Part 1), 451–461.

Ben-Haroush, A., Yogev, Y., Bar, J., Glickman, H., Kaplan, B., & Hod, M. (2004). Indicated labor induction with vaginal prostaglandin E2 increases the risk of cesarean section even in multiparous women with no previous cesarean section. *Journal of Perinatal Medicine*, 32(1), 31–36.

Condon, J. C., Pancharatnam, J., Faust, J. M., & Mendelson, C. R. (2004). Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(14), 4978–4983.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L. C., & Wenstrom, K. D. (2005). *Williams obstetrics* (22nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Engle, W. A. (2006). A recommendation for the definition of “late-preterm” (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 2–7.

Glantz, J. C. (2005). Elective induction vs. spontaneous labor associations and outcomes. *The Journal of Reproductive Medicine*, 50(4), 235–240.

Goer, H., Leslie, M. S., & Romano, A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *The Journal of Perinatal Education*, 16(Suppl. 1), 32S–64S.

Hansen, A. K., Wisborg, K., Uldbjerg, N., & Henriksen, T. B. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: Cohort study. *BMJ*, 336(7635), 1–7.

Hoffman, M. K. (2003, April 29). *Abstract 7S: Preinduction cervical ripening significantly increases risk of cesarean*. Abstract presented at the 51st annual clinical meeting of the American College of

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φιλιππάκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδευτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org



<http://www.lamazeinternational.org>

Obstetricians and Gynecologists, New Orleans, LA. Also, reviewed April 30, 2003, in *Medscape Medical News*, retrieved January 31, 2009, from www.medscape.com/viewarticle/453298_print

Horrigan, T. J. (2001). Physicians who induce for fetal macrosomia do not reduce cesarean delivery rates. *Journal of Perinatology*, 21(2), 93–96.

Institute for Safe Medication Practices [ISMP]. (2007). *ISMP's list of high-alert medications*. Retrieved January 31, 2009, from www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20070809.pdf

Jain, L., & Eaton, D. C. (2006). Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 34–43.

Kinney, H. C. (2006). The near-term (late-preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: A review. *Seminars in Perinatology*, 30(2), 81–88.

Kramer, M. S. (2009). Late preterm birth: Appreciable risk, rising incidence [Editorial]. *The Journal of Pediatrics*, 154(2), 159–160.

Kramer, M. S., Rouleau, J., Baskett, T. F., & Joseph, K. S. (2006). Amniotic-fluid embolism and medical induction of labor: A retrospective, population-based cohort study. *The Lancet*, 368(9545), 1444–1448.

Leaphart, W. L., Meyer, M. C., & Capeless, E. L. (1997). Labor induction with a prenatal diagnosis of fetal macrosomia. *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 6(2), 99–102.

Liu, S., Liston, R. M., Joseph, K. S., Heaman, M., Sauve, R., & Kramer, M. S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 176(4), 455–460.

Main, E. K., Moore, D., Farrell, B., Schimmel, L. D., Altman, R. J., Abrahams, C., et al. (2006). Is there a useful cesarean birth measure? Assessment of the nulliparous term singleton vertex cesarean birth rate as a tool for obstetric quality improvement. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(6), 1644–1651; discussion 1651–1652.

March of Dimes. (2006). *Late preterm birth: Every week matters. Medical perspectives on prematurity*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/files/MP_Late_Preterm_Birth-Every_Week_Matters_3-24-06.pdf

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φιλιππάκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδευτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org



<http://www.lamazeinternational.org>

Petrini, J. R., Dias, T., McCormick, M. C., Massolo, M. L., Green, N. S., & Escobar, G. J. (2009). Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, *154*(2), 169–176.

Sadeh-Mestechkin, D., Walfisch, A., Shachar, R., Shoham-Vardi, I., Vardi, H., & Hallak, M. (2008). Suspected macrosomia? Better not tell. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *278*(3), 225–230.

Sanchez-Ramos, L., Bernstein, S., & Kaunitz, A. M. (2002). Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, *100*(5), 997–1002.

Shapiro-Mendoza, C. K., Tomashek, K. M., Kotelchuck, M., Barfield, W., Nannini, A., Weiss, J., et al. (2008). Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics*, *121*(2), e223–e232.

Tomashek, K. M., Shapiro-Mendoza, C. K., Davidoff, M. J., & Petrini, J. R. (2007). Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995–2002. *The Journal of Pediatrics*, *151*(5), 450–456.

U.S. Food and Drug Administration [FDA]. (2005). *Misoprostol (marketed as Cytotec) information*. Retrieved January 31, 2009, from www.fda.gov/Cder/drug/infopage/misoprostol/default.htm

Vahratian, A., Zhang, J., Troendle, J. F., Sciscione, A. C., & Hoffman, M. K. (2005). Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced nulliparas. *Obstetrics and Gynecology*, *105*(4), 698–704.

Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., & Faundes, A., et al., (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *BMJ*, *335*(7628), 1–11.

Vrouenraets, F. P., Roumen, F. J., Dehing, C. J., van den Akker, E. S., Aarts, M. J., & Scheve, E. J. (2005). Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. *Obstetrics and Gynecology*, *105*(4), 690–697.

Wang, M. L., Dorer, D. J., Fleming, M. P., & Catlin, E. A. (2004). Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics*, *114*(2), 372–376.

Wennerholm, U-B., Hagberg, H., Brorsson, B., & Bergh, C. (2009). Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: Is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *88*(1), 6–17.

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φιλιππίκη, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδευτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org



<http://www.lamazeinternational.org>

Χρήσιμες πηγές ειδικά για εγκύους

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2005). *Your pregnancy and birth* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2006). *What to expect after your due date*. Retrieved January 31, 2009, from www.acog.org/publications/patient_education/bp069.cfm?printerFriendly=yes

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2009). *Labor induction*. Retrieved May 11, 2009, from www.acog.org/publications/patient_education/bp154.cfm

Healthy Babies Are Worth the Wait. (2008a). *Handout #4: The problem with late preterm birth*. Retrieved January 31, 2009, from www.prematurityprevention.org/download/Problem.pdf

Healthy Babies Are Worth the Wait. (2008b). *Handout #7: Labor induction and preterm birth*. Retrieved January 31, 2009, from www.prematurityprevention.org/download/Labor_Induction.pdf

March of Dimes, Pregnancy & Newborn Health Education Center. (2008a). *Inducing labor*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/pnhec/240_20202.asp

March of Dimes, Pregnancy & Newborn Health Education Center. (2008b). *Induction by request*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/pnhec/240_20203.asp

March of Dimes, Pregnancy & Newborn Health Education Center. (2008c). *Labor & delivery: Why the last weeks of pregnancy count*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/pnhec/240_48590.asp

Ευχαριστίες

Το παρόν κείμενο συντάχθηκε από τη Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE. Η Debby Amis είναι μια από τις κύριες συντάκτριες των εκδόσεων του κειμένου το 2003 και το 2007.

Τα έξι έντυπα σχετικά με τις ασφαλείς πρακτικές τοκετού συντάχθηκαν το 2003 από τον οργανισμό Lamaze International με τίτλο «Τα 6 έντυπα για τις πρακτικές της μαιευτικής φροντίδας».

Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2013

Μετάφραση από τα Αγγλικά:

Γιολάντα Γεωργίου, μεταφράστρια-διερμηνέας MA, βοηθός μητρότητας

Επιστημονική επιμέλεια:

Ευαγγελία Φίλιππική, γενική οικογενειακή γιατρός GP, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας IBCLC

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδύτρια βοηθών μητρότητας (doula trainer), Ελληνίδα εκπρόσωπος των διεθνών οργανισμών IMBCI-www.imbci.org, DONA International-www.DONA.org, ENCA-www.enca.info, EDN-www.european-doula-network.org