



<http://www.lamazeinternational.org>

Ασφαλείς πρακτικές που προάγουν τον φυσικό τοκετό

Ν^ο 4: Κατά τη διάρκεια του τοκετού σας αποφύγετε παρεμβάσεις που δεν είναι απαραίτητες για ιατρικούς λόγους της Judith A. Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE¹

Μια έγκυος σε ένα μάθημα Lamaze ρωτά την εκπαιδευτριά: «Στην τηλεόραση βλέπουμε ότι οι γυναίκες που γεννούν είναι ξαπλωμένες στο κρεβάτι συνδεδεμένες με μηχανήματα, όπως αυτό που παρακολουθεί τους χτύπους της καρδιάς του εμβρύου. Δεν είναι ασφαλέστερος ο τοκετός με τέτοιες τεχνολογικές παρεμβάσεις;»

Η βελτίωση των συνθηκών ιατρικής περίθαλψης κατέστησε τον τοκετό ασφαλέστερο για τις γυναίκες που είχαν εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου, ενώ όσον αφορά τα πρόωρα μωρά η σύγχρονη τεχνολογία σώζει ζωές. Ο τοκετός για τις περισσότερες γυναίκες είναι πιο ασφαλής απ' ό,τι ήταν πριν από 100 χρόνια, όχι χάρη στην τεχνολογία, αλλά χάρη στη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης και υγιεινής και στη διαθεσιμότητα των αντιβιοτικών (Rooks, 1999). Σε αρκετά μαιευτήρια, μαιευτικές παρεμβάσεις, όπως ο περιορισμός στη λήψη στερεών τροφών ή υγρών, οι ενδοφλέβιοι οροί, η **ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου**, η επιτάχυνση του τοκετού και η επισκληρίδιος αναισθησία χρησιμοποιούνται συχνά σε όλες τις γυναίκες, ακόμα και χωρίς συγκεκριμένο ιατρικό λόγο, «για καλό και για κακό». Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται ότι τους στερούν την ανθρώπινη υπόσταση όταν είναι συνδεδεμένες με καλώδια και μηχανήματα κατά τη διάρκεια του τοκετού και της γέννησης. Το πιο σημαντικό είναι ότι αυτές οι παρεμβάσεις, όταν χρησιμοποιούνται ως μέρος της ρουτίνας, έχουν απρόσμενες συνέπειες οι οποίες ουσιαστικά

¹ Επεξήγηση των τίτλων πιστοποίησης της συγγραφέως:

RN: Registered Nurse (εγγεγραμμένη νοσηλεύτρια)

PhD: Doctor of Philosophy (διδακτορικός τίτλος σπουδών)

LCCE: Lamaze Certified Childbirth Educator (πιστοποιημένη εκπαιδευτριά περιγεννητικής αγωγής Lamaze)

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

Μαρία Ανδρεουλάκη, βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδευτριά 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>

αυξάνουν τους κινδύνους για τις μητέρες και τα μωρά. Η χρήση αυτών των παρεμβάσεων ρουτίνας δεν καθιστά τον τοκετό ασφαλέστερο για τις γυναίκες και τα μωρά. Στην πραγματικότητα, αν δεν υπάρχει σαφής ιατρικός λόγος για τη χρήση της τεχνολογίας ή άλλων παρεμβάσεων, η παρεμπόδιση της φυσικής διαδικασίας του τοκετού και της γέννησης έχει πολλές πιθανότητες να μην είναι ωφέλιμη· αντιθέτως μάλιστα, μπορεί να αποβεί επιζήμια. Είναι πιο ασφαλές να αφήνουμε τον τοκετό να εξελίσσεται από μόνος του και να μην γίνονται παρεμβάσεις στη φυσική διαδικασία, εκτός κι αν υπάρχει σαφής ιατρική ένδειξη γι' αυτό.

Περιορισμός στη λήψη στερεών τροφών και υγρών

Η τροφή και τα υγρά παρέχουν την ενέργεια που χρειάζεται η επίτοκος για να αντεπεξέλθει στον τοκετό. Σπάνια μένει κάποιος χωρίς τροφή ή υγρά για παραπάνω από μερικές ώρες, επομένως, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι στα μέρη που επιτρέπουν στις γυναίκες να τρώνε και να πίνουν κατά τη διάρκεια του τοκετού, οι περισσότερες γυναίκες το επιλέγουν. Εντούτοις, σε πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Αμερικανίδες που γέννησαν μέσα στο 2005, μόνο το 40% έλαβε υγρά κατά τον τοκετό, ενώ μόνο το 15% έφαγε (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, 2006). Τα νοσοκομεία άρχισαν να περιορίζουν τη λήψη στερεών και υγρών πριν από 60 χρόνια περίπου, όταν οι γυναίκες λάμβαναν πολλά φάρμακα κατά τη διάρκεια του τοκετού και γεννούσαν με γενική αναισθησία χωρίς τραχειοσωλήνα. Εκείνη την εποχή, οι γιατροί θεωρούσαν ότι η νηστεία μειώνει την πιθανότητα να εισχωρήσει το περιεχόμενο του στομάχου στους πνεύμονες (εισρόφηση) εάν η γυναίκα έκανε εμετό ενόσω βρισκόταν υπό γενική αναισθησία. Εκείνη την εποχή επίσης, η πνευμονία από εισρόφηση ήταν η πρώτη αιτία θανάτου των μητέρων στις Η.Π.Α., αλλά από τότε τα πράγματα έχουν αλλάξει δραστικά. (Rooks, 1999). Οι τεχνικές της αναισθησίας έχουν βελτιωθεί πολύ τα τελευταία 60 χρόνια. Η γενική αναισθησία σπάνια χρησιμοποιείται στη σύγχρονη μαιευτική, ενώ και η εισρόφηση κατά την αναισθησία είναι εξαιρετικά σπάνιο φαινόμενο. Επίσης, γνωρίζουμε πλέον ότι η νηστεία δεν συνεπάγεται πως το στομάχι θα είναι άδειο, καθώς και ότι το στομάχι αδειάζει σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη υγρών. Παρά το γεγονός αυτό, πολλοί γιατροί εξακολουθούν να περιορίζουν τη λήψη τροφών και υγρών κατά τον τοκετό.

Μια ανασκόπηση της έρευνας πάνω σε αυτό το θέμα κατέδειξε ότι δεν υπάρχει καμία ένδειξη πως ο περιορισμός στη λήψη στερεών τροφών και υγρών είναι ωφέλιμος (Goer, Leslie & Romano, 2007). Σε πρόσφατη έρευνα, η λήψη τροφής κατά τη διάρκεια του τοκετού δεν αύξησε τα περιστατικά εμετών, τις ιατρικές παρεμβάσεις κατά τον τοκετό ή τα δυσμενή αποτελέσματα, παρόλο που οι τοκετοί διήρκεσαν λίγο περισσότερο (Parson, Bidewell & Griffiths, 2007). Πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι η κατανάλωση τροφής και υγρών είναι ασφαλής κατά τον τοκετό (Goer et al., 2007; Kubli, Scrutton, Seed & O' Sullivan, 2002; Scrutton, Metcalfe, Lowy,

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), εκπαιδευτήρια 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>

Seed, & O' Sullivan, 1999; Tranmer, Hodnett, Hannah, & Stevens, 2005) και, κατά συνέπεια, δεν θα πρέπει να περιορίζεται ως μέρος της ρουτίνας κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Τι λένε οι ειδικοί; Η Αμερικανική Εταιρεία Αναισθησιολόγων (American Society of Anesthesiologists) και το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (American College of Obstetricians and Gynecologist – ACOG) συνιστούν τη χρήση υγρών σε χαμηλού κινδύνου επιτόκου (ACOG, 2002; American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia, 2007). Το Αμερικάνικο Κολλέγιο Μαιευτικών Νοσηλευτριών (American College of Nurse-Midwives) (2008) συνιστά να μην υπάρχει περιορισμός στη λήψη στερεάς τροφής και υγρών ως μέρος της ρουτίνας του τοκετού και ότι υγιείς γυναίκες με φυσιολογικούς τοκετούς θα πρέπει να καθορίζουν από μόνες τους αν και τι θέλουν να φάνε και να πουν. Η ομάδα Cochrane για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group), μια διεθνώς αναγνωρισμένη πηγή πληροφόρησης που ορίζει τις εγκυρότερες πρακτικές φροντίδας βάσει ερευνών, συστήνει διατροφή που αποτελείται από εύπεπτες τροφές και υγρά κατά τη διάρκεια του τοκετού (Enkin et al., 2000). Θα μπορείτε να αντεπεξέλθετε πιο εύκολα στις απαιτήσεις του τοκετού, και πιθανώς να αισθανθείτε καλύτερα κατά τη διάρκειά του, εάν τρώτε όταν πεινάτε και πίνετε όταν διψάτε.

Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών

Η ενδοφλέβια χορήγηση χρησιμοποιείται ως μέρος της συνήθους διαδικασίας του τοκετού, με σκοπό να αποφευχθεί ο κίνδυνος της αφυδάτωσης των επιτόκων που έχουν περιορισμό στη λήψη στερεών τροφών και υγρών, καθώς και να παρέχει εύκολη πρόσβαση σε φλέβα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Εντούτοις, οι ερευνητές διατυπώνουν αμφιβολίες για την αναγκαία χρήση ενδοφλέβιων ορών σε όλες τις επιτόκους (Begum, Sengupta, Chattopadhyay, Thornton, & Sengupta, 1999; Goer et al., 2007). Στους τοκετούς χαμηλού κινδύνου σπάνια παρουσιάζονται επείγουσες επιπλοκές που απειλούν τη ζωή της επιτόκου. Επίσης, οι ενδοφλέβιοι οροί δεν είναι αβλαβείς για την υγεία. Οι οροί δεν παρέχουν στο σώμα την ιδανική ισορροπία τροφής και ενέργειας που παίρνουμε από τις τροφές και τα υγρά που καταναλώνουμε. Μερικές γυναίκες μάλιστα νιώθουν ότι το να έχουν ορό στο χέρι τους προκαλεί πόνο και άγχος. Επιπλέον, η χρήση ενδοφλέβιων ορών δεν επιτρέπει στις επιτόκους να αλλάζουν στάσεις και να κινούνται ελεύθερα στον χώρο. Επίσης, εκφράζεται αυξανόμενη ανησυχία ότι οι οροί μπορεί να συντελούν στην τοξίκωση από νερό, πράγμα επικίνδυνο τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό (Ophir, Solt, Odeh, & Bornstein, 2007). Πρόσφατες έρευνες υποδεικνύουν ότι οι οροί μπορεί να επιβραδύνουν τον τοκετό, να παρατείνουν το στάδιο της εξώθησης και να αυξήσουν τον κίνδυνο παρεμβάσεων (με εμβρυολκούς ή βεντούζες) και της καισαρικής τομής (Moen, Brudin, Rundgren, & Irestedt,

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>

2009). Σύμφωνα με την ομάδα Cochrane για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group), η χρήση των ορών ως μέρος της ρουτίνας πιθανώς να μην είναι ευεργετική (Enkin et al., 2000). Καμιά μελέτη δεν έχει δείξει ότι τα αποτελέσματα βελτιώνονται όταν τοποθετείται ορός σε γυναίκες με τοκετό χαμηλού κινδύνου ως μέρος της καθιερωμένης ρουτίνας (Enkin et al., 2000; Goer et al., 2007).

Εάν κάνετε πρόκληση ή επιτάχυνση τοκετού, εάν έχετε λάβει επισκληρίδιο αναισθησία, εάν χρειάζεται να πάρετε ενδοφλέβια φάρμακα, όπως αντιβιοτικά, ή αν για κάποιους λόγους δεν μπορείτε να φάτε και να πιείτε, τότε χρειάζεστε ενδοφλέβιο ορό. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις δεν υπάρχει ανάγκη για κάτι τέτοιο.

Συνεχής ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου

Ανεξαρτήτως του ποιος είναι ο γιατρός σας ή ο χώρος στον οποίο θα γεννήσετε, ο καρδιακός παλμός του μωρού σας θα παρακολουθείται στενά. Ο καρδιακός παλμός του μωρού σας μπορεί να παρακολουθείται είτε ακούγοντάς τον με sonicaid ή με ειδικό στηθοσκόπιο (ακρόαση) είτε παρακολουθώντας τον καρδιοτοκογράφο. Η ηλεκτρονική παρακολούθηση μπορεί να γίνεται είτε διακεκομμένα είτε συνεχόμενα.

Ένα παράδειγμα διακεκομμένης παρακολούθησης είναι όταν η οθόνη τοποθετείται πάνω σας επί 20 λεπτά για κάθε ώρα τοκετού και αφαιρείται για τα υπόλοιπα 40 λεπτά. Όταν η οθόνη είναι κλειστή μπορείτε να κινήστε ελεύθερα και να χρησιμοποιείτε ήπιες μεθόδους ανακούφισης, όπως η μπανιέρα ή το ντους. Η συνεχόμενη παρακολούθηση με ηλεκτρονικό καρδιοτοκογράφο περιορίζει την ικανότητά σας να περπατάτε, να κινείστε και να αλλάζετε στάσεις. Σε πολλά νοσοκομεία μπορεί να σας επιβάλουν να μείνετε στο κρεβάτι. Η πρόσβαση σε μια πληθώρα μεθόδων ανακούφισης (όπως ντους, μπανιέρα ή μπάλα) μπορεί να περιορίζεται όταν είστε υπό συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση. Πολλές γυναίκες, όταν ακούν και παρακολουθούν την οθόνη, νιώθουν ότι αποσπάται η προσοχή τους και αισθάνονται ανησυχία. Ο Munro et al. (2002) διαπίστωσε ότι ο ηλεκτρονικός καρδιοτοκογράφος παρεμβαίνει στη σχέση μεταξύ των μαιών και των επιτόκων και συχνά είναι η αρχή για μια πληθώρα παρεμβάσεων. Ο Walsh (2007) αναφέρει ότι ο καρδιοτοκογράφος δημιουργεί συχνά ένα «παράξενο συνονθύλευμα συναισθημάτων εφησυχασμού αλλά και ανησυχίας» (σελ. 75). Η ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου έγινε μέρος της φροντίδας της επιτόκου από τη δεκαετία του 1970, όταν δεν υπήρχαν έρευνες για τη χρησιμότητά της. Από τότε όμως, οι έρευνες που συνέκριναν τη διακεκομμένη ακρόαση με τη συνεχόμενη έδειξαν ότι η συνεχόμενη ακρόαση αυξάνει τον αριθμό παρεμβάσεων κατά τον τοκετό, καθώς και τις πιθανότητες καισαρικής τομής και παρεμβάσεων με εμβρυολκούς ή βεντούζες. Όμως, το πιο σημαντικό εύρημα των ερευνών πιθανόν να είναι ότι τα μωρά που γεννιούνται έπειτα

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), εκπαιδευτριά 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>

από συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση δεν είναι πιο υγιή από αυτά που κατά τον τοκετό τους παρακολουθούνται με διακεκομμένη ακρόαση (Goer et al., 2007; Thacker, Stroup, & Chang, 2001).

Για όλους τους παραπάνω λόγους, η Ένωση Νοσηλευτών/τριών Γυναικείας Υγείας, Μαιευτικής και Νεογνών(2009) (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses) και το Αμερικάνικο Κολλέγιο Μαιευτικών Νοσηλευτριών (2007) (American College of Nurse – Midwives) υποστηρίζουν ότι για τις επιτόκους χαμηλού κινδύνου η προτιμότερη μέθοδος παρακολούθησης του μωρού είναι η διακεκομμένη ακρόαση. Το Αμερικάνικο Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) (2005) υποστηρίζει ότι υγιείς γυναίκες χωρίς επιπλοκές μπορούν να παρακολουθούνται είτε με διακεκομμένη ακρόαση είτε με ηλεκτρονικό καρδιοτοκογράφο. Το ACOG (2000) προτείνει μάλιστα τη χρήση διακεκομμένης ακρόασης αντί του ηλεκτρονικού καρδιοτοκογράφου ως μέσου μείωσης του ποσοστού καισαρικών τομών.

Η διακεκομμένη ακρόαση με Doppler είναι η λιγότερο περιοριστική μέθοδος παρακολούθησης των παλμών του μωρού και είναι ασφαλής σε τοκετούς χωρίς επιπλοκές ή σε περιπτώσεις που ενδείκνυται η χρήση του καρδιοτοκογράφου. Με τη διακεκομμένη ακρόαση, μπορείτε να γεννήσετε σε οποιαδήποτε στάση επιθυμείτε ενόσω η νοσοκόμα ή η μαία ακούν τους παλμούς του μωρού σας για μικρά χρονικά διαστήματα. Στους περισσότερους τοκετούς, η νοσοκόμα ή η μαία ακούει τους καρδιακούς παλμούς του μωρού κάθε 30 λεπτά στον ενεργό τοκετό και κάθε 15 λεπτά στο στάδιο της εξώθησης. Σε τοκετούς υψηλού κινδύνου ή εάν συντρέχει ιατρικός λόγος, η νοσοκόμα ή η μαία ακούει τους παλμούς πιο συχνά (ACOG, 2005).

Σε πολλά νοσοκομεία, οι γυναίκες χαμηλού κινδύνου στις οποίες γίνεται διακεκομμένη ακρόαση κατά τον τοκετό, παρακολουθούνται για 20 λεπτά συνεχόμενα με καρδιοτοκογράφο κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Αυτή η ηλεκτρονική παρακολούθηση κατά την εισαγωγή θεωρείται ακίνδυνη παρέμβαση που καθυστερεί το προσωπικό του νοσοκομείου, το οποίο συνήθως νιώθει πιο άνετα με τους καρδιοτοκογράφους, ότι όντως οι επίτοκοι έχουν χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών. Η παρακολούθηση κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, όπως και η συνεχής παρακολούθηση με καρδιοτοκογράφο, διαδόθηκε ευρύτατα προτού ακόμα διεξαχθούν έρευνες που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά της. Επίσης, η παρακολούθηση κατά την εισαγωγή, όπως και η συνεχόμενη ηλεκτρονική παρακολούθηση, δεν παρέχει τα αναμενόμενα οφέλη, αλλά αντιθέτως αυξάνει τους κινδύνους (αυξημένα ποσοστά χειρουργικών τοκετών) (Gourounti & Sandall, 2007). Συζητήστε με τον γιατρό σας τη χρήση ακρόασης ή διακεκομμένης παρακολούθησης με καρδιοτοκογράφο αντί της συνεχόμενης. Θα είστε σε θέση να κινηστείτε ελεύθερα, να χαλαρώνετε μεταξύ των συσπάσεων και θα αποφύγετε το άγχος που προκαλείται από τη σύνδεση με ένα μηχάνημα. Εντούτοις, εάν παρουσιάσετε ιατρική επιπλοκή ή εάν ο τοκετός σας έχει ξεκινήσει με πρόκληση ή έχει επιταχυνθεί με τεχνητά μέσα, εάν έχετε λάβει επισκληρίδιο

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>

αναισθησία ή εάν παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα κατά τον τοκετό, τότε θα χρειαστείτε συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση. Σε κάθε άλλη περίπτωση, η διακεκομμένη ακρόαση είναι πιο ασφαλής.

Επιτάχυνση του τοκετού: τεχνητή ρήξη των υμένων και ενίσχυση του τοκετού

Το να επιταχυνθεί ένας τοκετός ακούγεται δελεαστικό, αλλά όταν παρεμβαίνουμε στον ρυθμό και τη διάρκεια του τοκετού χωρίς ιατρικούς λόγους ενδέχεται να μην έχουμε ευεργετικά αποτελέσματα (Enkin et al., 2000). Κάθε τοκετός είναι μοναδικός και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι, μεταξύ άλλων, το μέγεθος και η θέση του μωρού, η ικανότητα της επιτόκου να κινείται στον χώρο, η αυτοπεποίθηση που νιώθει και η υποστήριξη που δέχεται κατά τον τοκετό.

Η τεχνητή ρήξη των υμένων θεωρείτο ότι επιτάχυνε τον τοκετό, όμως οι τελευταίες ανασκοπήσεις των ερευνών που δημοσιεύονται στη βάση δεδομένων Cochrane (Database of Systematic Reviews) υποδεικνύουν ότι δεν ισχύει κάτι τέτοιο (Smyth, Alldred, & Markham, 2007). Ακόμα κι αν η ρήξη των υμένων επιταχύνει πράγματι τον τοκετό, **οι μητέρες και τα μωρά επωφελούνται από έναν μικρότερης διάρκειας τοκετό, εφόσον με αυτόν τον τρόπο αποτρέπονται ανεπιθύμητα αποτελέσματα ή μειώνεται η ανάγκη για καισαρική τομή ή άλλες επιζήμιες ή ανεπιθύμητες παρεμβάσεις.** Η τεχνητή ρήξη του αμνιακού σάκου δεν παρέχει κανένα πλεονέκτημα. Αντιθέτως μάλιστα, τα ευρήματα της **συστημικής** ανασκόπησης των ερευνών κατά Goer et al. (2007) και Smyth et al. (2007) συνδέουν την τεχνητή ρήξη υμένων με την καισαρική τομή. Ο Smyth et al. (2007) συστήνει να διεξαχθούν περαιτέρω έρευνες ώστε να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της τεχνητής ρήξης υμένων και των κλινικών αποτελεσμάτων, καθώς επίσης και ο βαθμός ικανοποίησης των γυναικών. Εν τω μεταξύ, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η τεχνητή ρήξη των υμένων δεν προσφέρει ιδιαίτερα οφέλη και μπορεί να αποβεί επιζήμια (Fraser, Marcoux, Moutquin, & Christen, 1993; Goer et al., 2007; Smyth et al., 2007).

Ο σάκος με το αμνιακό υγρό που περιβάλλει το μωρό σας το προστατεύει από μολύνσεις και από τυχόν πίεση που ασκείται καθώς κατεβαίνει στη γεννητική οδό. Εάν ο γιατρός σας σπάσει τις μεμβράνες (ρήξη θυλακίου) σε πρόωμη φάση του τοκετού, οι έρευνες δείχνουν ότι οι πιθανότητες για καισαρική τομή αυξάνονται (Fraser, Turcot, Krauss, & Brisson – Carrol, 1999; Smyth et al., 2007). Όσο περισσότερος χρόνος έχει περάσει από τη στιγμή που σπάνε τα νερά τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος μόλυνσης για τη μητέρα και το μωρό. Με άλλα λόγια, ο χρόνος αρχίζει να μετρά αντίστροφα όταν σπάσουν τα νερά. Εάν ο τοκετός δεν εξελιχθεί μετά τη ρήξη των υμένων, ο γιατρός μπορεί να συστήσει τη χρήση τεχνητής ωκυτοκίνης για να επιταχυνθεί ο τοκετός.

Στον φυσικό τοκετό, η ωκυτοκίνη εκλύεται στον εγκέφαλο της μητέρας. Η ωκυτοκίνη είναι η

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), εκπαιδευτριά 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>

ορμόνη που προκαλεί τις συσπάσεις κατά τον τοκετό. Όσο πιο δυνατές είναι οι συσπάσεις τόσο πιο επώδυνες (και περισσότερο αποτελεσματικές) είναι. Όταν η φυσικά παραγόμενη ωκυτοκίνη φθάσει σε υψηλό επίπεδο, αρχίζουν να εκλύονται ενδορφίνες. Οι ενδορφίνες, οι φυσικές ορμόνες περιορισμού του πόνου, βοηθούν τις γυναίκες να αντιμετωπίσουν τον πόνο του τοκετού. Η ωκυτοκίνη που δίδεται μέσω ορού δεν φθάνει στον εγκέφαλο και έτσι δεν παράγονται ενδορφίνες που μειώνουν τον πόνο. Αυτό καθιστά τον τοκετό πιο δύσκολο.

Η τεχνητή ωκυτοκίνη αλλάζει την εξέλιξη του τοκετού και με άλλους τρόπους. Οι συσπάσεις είναι πιο έντονες, διαρκούν περισσότερο και συχνά είναι πιο επώδυνες. Με τις πιο έντονες και μεγαλύτερες σε διάρκεια συσπάσεις λόγω της τεχνητής ωκυτοκίνης, ο μυς της μήτρας δεν μπορεί να χαλαρώσει πλήρως μεταξύ των συσπάσεων. Έτσι, οι συσπάσεις είναι πιο πιεστικές για τη μήτρα σας και το μωρό σας, καθώς επίσης και για εσάς. Κατά συνέπεια, όταν χρησιμοποιείται τεχνητή ωκυτοκίνη, οι γυναίκες χρειάζονται άλλες παρεμβάσεις, όπως είναι ο ενδοφλέβιος ορός και η συνεχής παρακολούθηση με ηλεκτρονικό καρδιοτοκογράφο. Εξαιτίας της τεχνητής ωκυτοκίνης, οι γυναίκες συνήθως περιορίζονται στο κρεβάτι και στερούνται την ανακούφιση που προσφέρει η ελεύθερη κίνηση στον χώρο ή ένα ζεστό μπάνιο ή ντους. Οι εντονότερες συσπάσεις, η απώλεια των ενδορφινών και ο περιορισμός στη χρήση φυσικών μεθόδων ανακούφισης αυξάνουν την πιθανότητα χρήσης επισκληριδίου αναισθησίας.

Σύμφωνα με την ομάδα Cochrane για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) «το να επιτρέπουμε στις γυναίκες να κινούνται ελεύθερα και να τρώνε και να πίνουν όπως αυτές επιθυμούν μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματικό και σίγουρα πιο ευχάριστο για μια μεγάλη μερίδα γυναικών που θεωρείται ότι χρειάζονται ενίσχυση του τοκετού» (Enkin et al., 2000, σελ. 237). Η τεχνητή ρήξη υμένων και η χρήση τεχνητής ωκυτοκίνης για ενίσχυση του τοκετού πρέπει να περιορίζονται σε τοκετούς των οποίων η πρόοδος είναι έξω από τα φυσιολογικά (Fraser et al., 1999). Καμιά από αυτές τις δύο παρεμβάσεις δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μέρος της ρουτίνας του τοκετού ή χωρίς ιατρικό λόγο.

Ο τοκετός χρειάζεται υπομονή. Όταν ακολουθούμε τον ρυθμό του, ακόμα κι αν αυτός εξελίσσεται αργά, μπορούμε συνήθως να τον διαχειριστούμε καλύτερα, ενώ είναι πιο ασφαλής για εσάς και το μωρό σας.

Επισκληρίδιος αναισθησία

Οι περισσότερες γυναίκες φοβούνται τον πόνο του τοκετού και της γέννησης και είναι πρόθυμες να χρησιμοποιήσουν αναλγητικά φάρμακα, ιδιαίτερα όταν αυτά είναι τόσο αποτελεσματικά όσο η επισκληρίδιος ή όταν τα νοσοκομεία με τους περιορισμούς τους δυσχεραίνουν την αντιμετώπιση του πόνου χωρίς φάρμακα. Σε κάποια νοσοκομεία, πάνω από το 90% των επιτόκων κάνουν χρήση

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), εκπαιδευτριά 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>

επισκληριδίου αναισθησίας. Σε πρόσφατη έρευνα στις Η.Π.Α., 76% των γυναικών που είχαν γεννήσει κοιλικά είχαν κάνει χρήση επισκληριδίου (Declercq et al., 2006). Σε παλαιότερη έρευνα, το 41% των γυναικών που χρησιμοποίησαν επισκληρίδιο κατά τον τοκετό τους δεν γνώριζαν εκ των προτέρων τις πιθανές παρενέργειες της διαδικασίας (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, & Risher, 2002).

Με την επισκληρίδιο, λόγω του ότι οι πυελικοί μύες χαλαρώνουν, το μωρό μπορεί να χρειαστεί περισσότερο χρόνο για να γυρίσει και να κατέβει μέσα στον γεννητικό σωλήνα, ενώ είναι πιο πιθανό το μωρό να κολλήσει σε μια θέση (οπίσθια θέση), γεγονός το οποίο καθιστά την καισαρική πιο πιθανή (Lieberman, Davidson, Lee-Parritz, & Shearer, 2005). Η απουσία πόνου μπορεί να παρεμβληθεί στη φυσική παραγωγή της ωκυτοκίνης και να οδηγήσει στη χρήση τεχνητής ωκυτοκίνης. Η επισκληρίδιος μπορεί να προκαλέσει πτώση στην πίεση του αίματος. Θα χρειαστείτε, επομένως, ενδοφλέβια υγρά τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της επισκληριδίου. Η χαμηλότερη πίεση μπορεί να προκαλέσει μείωση στο αίμα (και το οξυγόνο) που παρέχεται στο μωρό σας, και, συνεπώς, θα χρειαστείτε συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση εάν κάνετε επισκληρίδιο. Μερικές γυναίκες που έχουν κάνει χρήση επισκληριδίου δεν αισθάνονται την ανάγκη να ουρήσουν και έτσι μπορεί να χρειαστούν καθετήρα.

Οι αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο εξελίσσεται ο τοκετός και η γέννηση, και οι παρεμβάσεις που απαιτούνται για να παρακολουθήσουμε, να αποτρέψουμε και να διαχειριστούμε τις παρενέργειες της επισκληριδίου αποτελούν το έδαφος για ορισμένα προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν. Οι μελέτες δείχνουν ότι η επισκληρίδιος συνδέεται με χαμηλά ποσοστά αυθόρμητης κοιλικής γέννας, μεγαλύτερο ποσοστό επεμβατικών τοκετών (εμβρυουλκός ή βεντούζα) και τοκετούς μεγαλύτερης διάρκειας, ιδιαίτερα στις πρωτοτόκους. Οι μελέτες δείχνουν επίσης ότι οι γυναίκες που κάνουν επισκληρίδιο έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν πυρετό κατά τον τοκετό και, ως αποτέλεσμα, μετά τη γέννα τα μωρά τους θα πρέπει να εξεταστούν και να πάρουν αγωγή για πιθανή λοίμωξη, με συνέπεια να αποχωρίζονται τη μητέρα τους (Lieberman & O' Donoghue, 2002). Κάποια στοιχεία δείχνουν ότι η χρήση επισκληριδίου, ιδιαίτερα για τις πρωτοτόκες μητέρες, μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για καισαρική (Anim-Somuah, Smyth, & Howell, 2005; Lieberman & O' Donoghue, 2002).

Η επισκληρίδιος αναισθησία επηρεάζει και το μωρό. Τα νεογέννητα των οποίων οι μητέρες έχουν κάνει επισκληρίδιο (όταν περιλαμβάνει ναρκωτική ουσία) έχουν περισσότερα προβλήματα με τον θηλασμό τις πρώτες ώρες, ημέρες και εβδομάδες μετά τον τοκετό (Beilin et al., 2005; Jordan, Emery, Bradshaw, Watkins, & Friswell, 2005; Kuebernab & O' Donoghue, 2002; Radzynski, 2003, 2005; Torvaldsen, Roberts, Simpson, Thompson, & Ellwood, 2006). Ο θηλασμός τον πρώτο καιρό μπορεί να είναι πρόκληση για εσάς και το μωρό σας.

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>

Είναι λογικό να σταθμίζουμε προσεκτικά τους κινδύνους και τα οφέλη που απορρέουν από τη χρήση επισκληριδίου πριν πάρουμε κάποια απόφαση. Κάθε τοκετός είναι μοναδικός. Εάν ο τοκετός σας διαρκεί πολύ και είστε πολύ κουρασμένη, η επισκληρίδιος μπορεί να προσφέρει ένα ευεργετικό για εσάς διάλειμμα. Μπορεί να συντρέχει και ιατρικός λόγος για τη χρήση επισκληριδίου (π.χ. εάν κάνετε καισαρική). Εάν είστε ελεύθερη να κινείστε και σας ενθαρρύνουν να βρείτε τρόπους ανακούφισης του πόνου, είναι λιγότερο πιθανό να χρειαστείτε επισκληρίδιο στην αρχή του τοκετού ή να σας χορηγηθούν περισσότερα φάρμακα. Μια μικρότερη δόση φαρμάκου στην επισκληρίδιο ή η χορήγησή της σε μεταγενέστερο στάδιο του τοκετού μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες παρενεργειών. Αν αφήσετε τον τοκετό να ξεκινήσει αυθόρμητα, αν κινείστε ελεύθερα, αν καταφύγετε σε μια πληθώρα μεθόδων ανακούφισης και αν έχετε πολύ καλή υποστήριξη, θα μπορείτε να κάνετε χρήση της επισκληριδίου εάν και όταν τη χρειαστείτε, και όχι ως την πρώτη και μοναδική τεχνική αντιμετώπισης του πόνου. Αυτή η προσέγγιση είναι πιο ασφαλής για εσάς και το μωρό σας.

Περινεοτομή

Έως πρόσφατα, η περινεοτομή (χειρουργική τομή της περιοχής μεταξύ του κόλπου και του πρωκτού, η οποία ονομάζεται «περίνεο», με σκοπό να γίνει μεγαλύτερο το άνοιγμα του κόλπου κατά το στάδιο της εξώθησης) εκτελούνταν στις Η.Π.Α. ως μέρος της ρουτίνας του τοκετού. Το 2005, περινεοτομή πραγματοποιήθηκε στο 25% των γυναικών που γέννησαν στις Η.Π.Α., ποσοστό σημαντικά μειωμένο σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία (Declercq et al., 2006). Αυτή η μείωση ήταν αποτέλεσμα ευρημάτων ερευνών που έδειχναν ότι η χρήση της περινεοτομής ως μέρος της νοσοκομειακής ρουτίνας ή η συχνή χρήση της ήταν επιβλαβής πρακτική. Εντούτοις, το ποσοστό είναι ακόμα πολύ πιο υψηλό από ό,τι θα έπρεπε, ειδικά στις πρωτοτόκες μητέρες.

Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η περινεοτομή μειώνει τον κίνδυνο τραυματισμού του περινέου, βελτιώνει την επούλωση, προλαμβάνει τον τραυματισμό των μωρών κατά τον τοκετό ή μειώνει τον κίνδυνο για μελλοντική ακράτεια (ακούσια απώλεια ούρων ή κοπράνων), λόγοι για τους οποίους η περινεοτομή ήταν μέρος της ρουτίνας του τοκετού στις Η.Π.Α.. Στην πραγματικότητα, η περινεοτομή συνδέεται με περισσότερο πόνο, σεξουαλικά προβλήματα και ακράτεια μετά τον τοκετό (Goer et al., 2007; Hartmann et al., 2005; Klein et al., 1994; Renfrew, Hannah, Albers, & Floyd, 1998). Επίσης, οι περινεοτομές που γίνονται για να αποφευχθεί η πιθανή ρήξη του περινέου προκαλούν στην πραγματικότητα περισσότερες ρήξεις του περινέου (Dannecker et al., 2004). Το ποσοστό περινεοτομής μπορεί με ασφάλεια να μειωθεί στο 10% ή και ακόμα λιγότερο (Goer et al., 2007). Όχι μόνο θα αισθάνεστε πιο άνετα μετά τον τοκετό εάν δεν κάνετε περινεοτομή, αλλά θα έχετε και λιγότερες πιθανότητες για μακροχρόνια προβλήματα στο πυελικό έδαφος.

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), 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>

Συστάσεις από τον οργανισμό Lamaze International

Ο οργανισμός Lamaze International συνιστά τον περιορισμό στη λήψη τροφής και υγρών και τη χρήση ενδοφλέβιων ορών, συνεχούς ηλεκτρονικής παρακολούθησης με καρδιοτοκογράφο, την τεχνητή ρήξη των υμένων, την ενίσχυση του τοκετού, τη χρήση επισκληριδίου αναισθησίας και περινεοτομής μόνον όταν υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις. Όταν ο γιατρός παρεμβαίνει στη φυσική ροή του τοκετού ή της γέννησης, πρέπει να βασίζεται πάντα σε στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η παρέμβαση έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να ωφελήσει παρά να βλάψει. Ο οργανισμός Lamaze International σας παροτρύνει να έχετε εμπιστοσύνη στην ικανότητά σας να γεννήσετε χωρίς καθιερωμένες παρεμβάσεις και περιορισμούς. Σας ενθαρρύνει περαιτέρω να επιλέξετε τον γιατρό και τον χώρο όπου θα γεννήσετε που να σας παρέχει πλήρη γκάμα επιλογών για τη φροντίδα σας και να προβαίνει σε παρεμβάσεις μόνον όταν είναι ιατρικά απαραίτητες.

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

Τελευταία αναθεώρηση: Ιούλιος 2009

Βιβλιογραφία

American College of Nurse-Midwives. (2007). Intermittent auscultation for intrapartum fetal heart rate surveillance. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 314–319.

American College of Nurse-Midwives. (2008). Providing oral nutrition for women in labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 53(3), 276–283.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2000). *Evaluation of cesarean delivery*. Washington, DC: Author.

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), 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>

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2002). ACOG practice bulletin #36: Obstetric analgesia and anesthesia. *Obstetrics and Gynecology*, 100(1), 177–191.

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2005). ACOG practice bulletin #70: Intrapartum fetal heart rate monitoring. *Obstetrics and Gynecology*, 106(6), 1453–1460.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. (2007). Practice guidelines for obstetric anesthesia: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*, 104(4), 843–863.

Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Howell, C. (2005). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD000331.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2009). *Fetal heart rate monitoring: Principles and practices* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Begum, M., Sengupta, B., Chattopadhyay, S., Thornton, J., & Sengupta, P. (1999). Fluid management in labour. In P. Sengupta (Ed.), *Obstetrics for postgraduates and practitioners* (pp. 442–451). New Delhi, India: BI Churchill Livingstone Pvt. Ltd.

Beilin, Y., Bodian, C., Weiser, J., Hossain, S., Arnold, I., Feirman, D., et al. (2005). Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. *Anesthesiology*, 103(6), 1211–1217.

Dannecker, C., Hillemanns, P., Strauss, A., Hasbargen, U., Hepp, H., & Anthuber, C. (2004). Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: Randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(4), 364–368.

Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2006). *Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.

Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association (now, Childbirth Connection).

Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.

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>

Fraser, W., Marcoux, S., Moutquin, J., & Christen, A. (1993). Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women: The Canadian early amniotomy study group. *New England Journal of Medicine*, 328(16), 1145–1149.

Fraser, W., Turcot, L., Krauss, I., & Brisson-Carrol, G. (1999). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD000015.

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.

Gourounti, K., & Sandall, J. (2007). Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: Effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery—A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 1029–1035.

Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 293(17), 2141–2148.

Jordan, S., Emery, S., Bradshaw, C., Watkins, A., & Friswell, W. (2005). The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(7), 927–934.

Klein, M., Gauthier, R., Robbins, J., Kaczorowski, J., Jorgensen, S., Franco, E., et al. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 171(3), 591–598.

Kubli, M., Scrutton, M. J., Seed, P. T., & O’Sullivan, G. (2002). An evaluation of isotonic “sports drinks” during labor. *Anesthesia and Analgesia*, 94(2), 404–408.

Lieberman, E., Davidson, K., Lee-Parritz, A., & Shearer, E. (2005). Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstetrics and Gynecology*, 105(5, Part 1), 974–982.

Lieberman, E., & O’Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(Suppl. 5), S31–S68.

Lothian, J., & DeVries, C. (2005). *The official Lamaze guide: Giving birth with confidence*. Minneapolis, MN: Meadowbrook Press.

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>

Moen, V., Brudin, L., Rundgren, M., & Irestedt, L. (2009). Hyponatremia complicating labour—Rare or unrecognised? A prospective observational study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116 (4), 552–561.

Munro, J., Ford, H., Scott, A., Furnival, E., Andrews, S., & Grayson, A. (2002). Action research project responding to midwives' views of different methods of fetal monitoring in labour. *MIDIRS – Midwifery Digest*, 12(4), 492–495 .

Ophir, E., Solt, I., Odeh, M., & Bornstein, J. (2007). Water intoxication—A dangerous condition in labor and delivery rooms. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 62 (11), 731–738

Parsons, M., Bidewell, J., & Griffiths, R. (2007). A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. *Midwifery*, 23 (2), 131–138.

Radzysinski, S. (2003). The effect of ultra low dose epidural analgesia on newborn breastfeeding behaviors. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(3), 322–331.

Radzysinski, S. (2005). Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(3), 335–341.

Renfrew, M., Hannah, W., Albers, L., & Floyd, E. (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth*, 25(3), 143–160.

Rooks, J. (1999). *Midwifery and childbirth in America*. Philadelphia: Temple University Press.

Scrutton, M. J., Metcalfe, G. A., Lowy, C., Seed, P., & O'Sullivan, G. (1999). Eating in labour: A randomized controlled trial assessing the risk and benefits. *Anesthesia*, 54(4), 329–334.

Smyth, R., Alldred, S., & Markham, C. (2007). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD006167.

Thacker, S. B., Stroup, D., & Chang, M. (2001). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD000063.

Torvaldsen, S., Roberts, C. L., Simpson, J. M., Thompson, J. F., & Ellwood, D. A. (2006). Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: A prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 1:24. Retrieved May 31, 2007, from <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/24>

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>

Tranmer, J. E., Hodnett, E. D., Hannah, M. E., & Stevens, B. J. (2005). The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(3), 319–328.

Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth*. New York: Routledge.

Ευχαριστίες

Το παρόν έντυπο σχετικά με τις ασφαλείς πρακτικές τοκετού αναθεωρήθηκε και ενημερώθηκε από την Judith A. Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE.

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 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