

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: Η συσχέτιση της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης με την γέννηση πρόωρου νεογνού



Από τους φοιτητές:
Καρατζά Αφροδίτη
Κιούκης Κωνσταντίνος
Τσιριγώτη Ελένη

Επιβλέπουσα καθηγήτρια
Δρ. Πατελάρου Ευριδίκη
Αν. Καθηγήτρια
ΤΕΙ Κρήτης

Ευχαριστίες

Για την επιτυχή ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά, την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας Δρ. Ευρυδίκη Πατελάρου για την πολύτιμη καθοδήγηση και υποστήριξή της, καθώς και τις οικογένειές μας για την υπομονή και την απεριόριστη βοήθεια καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησής της.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την βιβλιοθήκη του ΑΤΕΙ Κρήτης για την παροχή βιβλιογραφικού υλικού και την πρόσβαση στα επιστημονικά βιβλία και άρθρα που χρησιμοποιήσαμε για την υλοποίηση της εργασίας μας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων της κατανάλωσης αλκοόλ και ο βαθμός επίδρασης της στην εγκυμοσύνη και τον πρόωρο τοκετό. Αναλυτικότερα, στο παρόν πόνημα καταγράφονται οι επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην κύηση και συγκεκριμένα στην ανάπτυξη του εμβρύου, στο αποτέλεσμα της κύησης και στην παιδική ηλικία. Επίσης, αναλύονται οι επιπτώσεις της προωρότητας στην υγεία του νεογνού, ανά σύστημα στον οργανισμό και οι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι μπορούν να οδηγήσουν στην κατανάλωση αλκοόλ στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Τέλος, γίνεται αναφορά στον μείζονα ρόλο του νοσηλευτή στην διδασκαλία της εγκύου.

Υλικό και μέθοδος: Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονα ιατρικά και νοσηλευτικά βιβλία, επιστημονικά άρθρα και διαδικτυακές πηγές. Έγινε αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων όπως: PUBMED, IATROTEK, SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης κατέδειξαν την αναγκαιότητα κοινωνικής παρέμβασης και ενημέρωσης, γυναικών όλων των ηλικιακών ομάδων σχετικά με τους κινδύνους της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Συμπεράσματα: Μέσα από την παρούσα εργασία, συμπεραίνεται ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος κατά της διάρκεια της κύησης έχει πολλούς κινδύνους τόσο για την ανάπτυξη του εμβρύου και το αποτέλεσμα της κύησης όσο και για την φυσιολογική ανάπτυξη κατά την παιδική ηλικία. Επίσης, επιβεβαιώνεται η σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή στην διδασκαλία της εγκύου κατά την κύηση.

Λέξεις-κλειδιά: εγκυμοσύνη, προωρότητα, επιπλοκές κύησης, πρόωρος τοκετός, κατάχρηση αλκοόλ

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this review is to investigate the effects of alcohol consumption during pregnancy and associated risks for pregnancy and premature birth. More specifically, the present study discusses the effects of alcohol consumption on pregnancy, with a special focus on fetal development, pregnancy outcomes and associated childhood diseases.

Material and Methods: For the purposes of this review modern medical and nursing books, scientific articles and online resources were used. The bibliography has been searched for in databases such as: PUBMED, IATROTEK, SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR.

Results: The results of the research work have demonstrated the need for social intervention and information among women of all age groups about the dangers of alcohol consumption during pregnancy.

Conclusions: Through this study, it is concluded that alcohol consumption during gestation has many risks for both fetal development and pregnancy outcome as well as normal development during childhood. It also confirms the importance of the role of nurse in teaching the pregnant woman during pregnancy.

Keywords: pregnancy, prematurity, pregnancy complications, premature birth, alcohol abuse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	6
ΛΙΣΤΑ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Κατανάλωση Αλκοόλ.....	10
1.1 Κατανάλωση Αλκοόλ στον Ελλαδικό Χώρο : Ιστορική αναδρομή.....	10
1.2 Κατανάλωση Αλκοόλ – Ορισμοί.....	13
1.3 Κατανάλωση Αλκοόλ στον Ελλαδικό χώρο: Σύγχρονα	
Επιδημιολογικά Δεδομένα.....	18
1.4 Οι Επιπτώσεις της Κατανάλωσης Αλκοόλ στον Οργανισμό.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	
Πρόωρος Τοκετός.....	24
2.1 Η Έννοια του Τοκετού.....	24
2.2 Η Έννοια του Πρόωρου Τοκετού.....	28
2.3 Οι Επιπτώσεις της Προωρότητας στην Υγεία του Νεογνού.....	32
2.3.1 Αναπνευστικό Σύστημα.....	32
2.3.2 Θερμοκρασία Σώματος.....	35
2.3.3 Αιμοποιητικό Σύστημα.....	37
2.3.4 Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ).....	38
2.3.5 Νεφρική Λειτουργία.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	
Παράγοντες Κινδύνου για την Κατανάλωση Αλκοόλ στην Εγκυμοσύνη.....	42
3.1 Έλλειψη Προγεννητικής Φροντίδας.....	42
3.2 Βιολογικοί-Γενετικοί Παράγοντες.....	46
3.3 Κοινωνικοί Παράγοντες.....	48
3.4 Εργασιακές Συνθήκες της Εγκύου.....	50
3.5 Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	51
3.6 Πολιτισμικοί Παράγοντες.....	54
3.7 Κάπνισμα.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	59
Επιπτώσεις της Κατανάλωσης Αλκοόλ κατά την Διάρκεια της Κήσης.....	59
4.1 Ανάπτυξη του Εμβρύου και Αποτέλεσμα της Κήσης.....	59
4.2 Παιδική Ηλικία.....	70
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- ΜΕΘΟΔΟΙ.....	76
5.1 Ερευνητικό Ερώτημα.....	76
5.2 Συνδυασμός Λέξεων- Κλειδιά- Αλγόριθμος Αναζήτησης.....	76
5.3 Βάσεις Δεδομένων.....	76
5.4 Κριτήρια Εισαγωγής- Αποκλεισμού.....	77
5.5 Θεματική Ανάλυση.....	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	79
6.1 Εισαγωγή.....	79
6.2 Χαρακτηριστικά Μελετών.....	79
6.3 Θεματική Ανάλυση Ευρημάτων Μελετών.....	89
6.4 Δυνατά Σημεία και Περιορισμοί Μελετών.....	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7- ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	97
7.1 Σύνοψη Κυριότερων Ευρημάτων.....	97
7.2 Συζήτηση Κυριότερων Ευρημάτων.....	103
7.3 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Διδασκαλία της Εγκύου.....	104
7.4 Πλεονεκτήματα και Αδυναμίες Ανασκόπησης.....	107
7.5 Προοπτικές για Μελλοντική Έρευνα.....	108
7.6 Συμπεράσματα.....	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	111
Ξενόγλωσσα.....	111
Ελληνόγλωσσα.....	116

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κύριες διαταραχές του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου.....	71
Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά μελετών.....	81-88
Πίνακας 3: Θέματα και επιμέρους θέματα ανάλυσης.....	89

ΛΙΣΤΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Φυσιολογικός τοκετός.....	27
Εικόνα 2: Πρόωρο νεογνό.....	31
Εικόνα 3: Πρόωρο νεογνό με ρινική κάνουλα για την κάλυψη των αναγκών οξυγόνου	34
Εικόνα 4: Πρόωρο νεογνό με υδροκέφαλο	40
Εικόνα 5: Εξέταση της εγκύου από τον ιατρό	45
Εικόνα 6: Κατανάλωση αλκοόλ από έγκυο γυναίκα	53
Εικόνα 7: Η συνέπεια του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη	58
Εικόνα 8: Παιδί με Εμβρυϊκό Αλκοολικό Σύνδρομο (FAS)	74
Εικόνα 9: Νοσηλεύτρια παρέχει ψυχολογική υποστήριξη σε έγκυο γυναίκα.	106

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της πτυχιακής εργασίας αφορά στην επίδραση της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στην ανάπτυξη του εμβρύου και την πρόωρη γέννηση του (<37 βδομάδες κύησης). Ο Sullivan το 1899 ανακοίνωσε για πρώτη φορά την βλαπτική επίδραση του αλκοόλ στο έμβρυο και οι Rouquette (1957) και Lemoine (1968) παρουσίασαν τις κλινικές δυσμορφίες που προκαλεί το αλκοόλ στο έμβρυο (Ciarren S.K, 1981 & Jones K. , Smith D.W, 1973).

Μεταγενέστερες μελέτες έδειξαν ότι το αλκοόλ καταστέλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα ενώ ταυτόχρονα οι αντιδράσεις του οργανισμού επιβραδύνονται υπό την επήρειά του. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης του αλκοόλ δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί και ακόμη δεν έχουν καθοριστεί τα επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης αλκοόλ στην εγκυμοσύνη (Νοσηλευτική, 1998).

Εντούτοις όλοι οι ειδικοί επιστήμονες συμφωνούν στο ότι καμία ποσότητα αλκοόλ στην εγκυμοσύνη δεν πρέπει να θεωρείται ασφαλής δεδομένου ότι η γέννηση πρόωρου νεογνού αποτελεί σοβαρό πρόβλημα, το οποίο σχετίζεται με μια σειρά παθολογικών καταστάσεων/εκδηλώσεων στην μετέπειτα ζωή του νεογνού ως παιδί αλλά και ως ενήλικας (Νοσηλευτική, 1998).

Πληθώρα μελετών έχουν συσχετίσει την κατανάλωση αλκοόλ με τον πρόωρο τοκετό. Πρόσθετα μελέτες έχουν δείξει ότι η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μαιευτικών επιπλοκών όπως πρόωρη αποκόλληση πλακούντα, οξύ τοκετό και συσπάσεις μήτρας (Κίτσιου – Τζελή Σ., 1992).

Σύμφωνα με τις νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες του Βασιλικού Κολεγίου Μαιευτήρων – Γυναικολόγων της Μ. Βρετανίας (RCOG), τόσο οι γυναίκες που επιθυμούν να μείνουν έγκυες, όσο και εκείνες που διανύουν το πρώτο τρίμηνο της κύησης θα πρέπει να αποφεύγουν εντελώς το αλκοόλ διότι αυτό διαπερνά τον πλακούντα βλάπτοντας το έμβρυο. Το υψηλό επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα μπορεί να μειώσει το ποσοστό μεταφοράς τροφών και οξυγόνου, ουσίες που μεταφέρονται στο βρέφος μέσω του πλακούντα, όπως και να αυξήσει τα επίπεδα των καταστρεπτικών ελευθέρων ριζών του οξυγόνου (Kesmodel, U., et al., 2002).

Μια μεγάλη βρετανική μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2002 έδειξε ότι οι γυναίκες που είχαν καταναλώσει πέντε ή περισσότερα ποτά εβδομαδιαίως ήταν τρεις φορές πιθανότερο να έχουν ένα θνησιγενές μωρό από τις γυναίκες που είχαν καταναλώσει

λιγότερο από ένα ποτό εβδομαδιαίως. Πρόσθετα, το αλκοόλ επηρεάζει την ανάπτυξη του εμβρύου, ειδικά του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα την αναπτυξιακή υστέρηση, τον κίνδυνο θνησιγένειας και πρόωρο τοκετό (www.onmed.gr) (Robert J. Sokol et al., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Κατανάλωση Αλκοόλ

1.1 Κατανάλωση Αλκοόλ στον Ελλαδικό Χώρο : Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία του κρασιού είναι τόσο παλιά όσο και ο πολιτισμός των ανθρώπων. Σήμερα θεωρείται απολύτως σίγουρο ότι το κρασί και η μύρα ήταν γνωστά σε αρχαίους λαούς που δεν είχαν ανακαλύψει ακόμα την γραφή. Οι πρώτες αναφορές για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από τους ανθρώπους χάνονται στις απαρχές της ιστορίας. Το πιθανότερο είναι ότι τα πρώτα οινοπνευματώδη ποτά κατασκευάστηκαν κατά λάθος από φρούτα και καρπούς που είχαν αποθηκευτεί σε συνθήκες κατάλληλες ώστε να ξεκινήσει η ζύμωση. Συγκεκριμένες οι αναφορές στα Ομηρικά Έπη ως σύμβολο χαράς, εορταστικό απαραίτητο συμπλήρωμα κάθε σημαντικού γεύματος και μάλιστα από τότε διαχωρισμένο σε υψηλές και μέτριες ποιότητες με έναν δικό του θεό τον Διόνυσο και αμέτρητους θεραπευτές. Ακόμα και στα πνευματικά συμπόσια της Αρχαίας Αθήνας η μέτρια κατανάλωση οίνων θεωρείτο ότι βοηθούσε στην ανταλλαγή σκέψεων και αποφάσεων. Το αλκοόλ συνοδεύει τους ανθρώπους σε χαρές και λύπες εδώ και χιλιάδες χρόνια. Όπως και να έχουν τα πράγματα, ο άνθρωπος στην αρχαιότητα γνώριζε το αλκοόλ και τις επιδράσεις του (Μ.Α Μαλγαρινού – Σ.Φ Κωνσταντινίδου, 1995).

Η πρώτη εμφάνιση του αμπελιού, σύμφωνα με παλαιοντολόγους, έχει προϊστορία πολλών εκατομμυρίων χρόνων. Αναφέρεται ότι πριν από την εποχή των παγετώνων είχε ευδοκιμήσει σε χώρες της πολιτικής ζώνης όπως η Ισλανδία αλλά και γενικότερα στη Βόρεια Ευρώπη, τη βορειοδυτική Ασία, ακόμη και την Αλάσκα. Έλληνες, Ρωμαίοι είχαν την δυνατότητα να γνωρίσουν την οινοκαλλιέργεια και την οινοποίηση και να συνδεθούν μαζί τους για πάντα. Οι Ρωμαίοι διέπρεψαν στην παραγωγή, την καλλιέργεια αλλά και το εμπόριο του οίνου, κυριαρχώντας στην αγορά μέχρι και το τέλος της αρχαιότητας. Στα χρόνια μετά την κατάρρευση της Ρώμης η αμπελοργία βρέθηκε σε μία περίοδο οπισθοδρόμησης (Μ.Α Μαλγαρινού – Σ.Φ Κωνσταντινίδου, 1995).

Ο Διόνυσος ανακάλυψε το κρασί, δίδαξε την καλλιέργεια της αμπέλου και βοήθησε τους ανθρώπους να καλλιεργήσουν χέρσους τόπους. Το όνομα του Διονύσου σημαίνει «ο δίδους τον οίνον» (αυτός που προσφέρει το κρασί). Σύμφωνα με την ελληνική μυθολογία, ο Διόνυσος, ο θεός της χαράς, της ζωής και της παρέας χάρισε το

κρασί στους Έλληνες, με τρόπο που δημιουργεί σκέψεις για την παρουσία της αμπέλου στον ελλαδικό χώρο πολύ πριν την έλευση των Ελλήνων, ενώ επιπλέον το κρασί συνδέεται και με την Κρήτη και την Νάξο (μύθος «Διόνυσος και Αριάδνη»), ενισχύοντας την εκδοχή περί φοινικικής ή αιγυπτιακής προέλευσης (Τσαρούχας Κ., 2000).

Έντονο διονυσιακό χαρακτήρα είχαν οι πολυάριθμες γιορτές και κυρίως τα αφιερωμένα στο Διόνυσο «Μικρά και Μεγάλα Διονύσια». Δε πρέπει να παραλείψουμε και τα συμπόσια που θεωρούνταν ευκαιρία για πνευματικές συζητήσεις και ανταλλαγή ιδεών και είχαν ως άξονα την εθιμοτυπικά καθορισμένη οινοποσία (Μ.Α Μαλγαρινού – Σ.Φ Κωνσταντινίδου, 1995).

Οι Έλληνες αγάπησαν το κρασί, εκτιμώντας το γεγονός ότι τους βοηθούσε αναλόγως την περίσταση όπως να ξεχνούν τα προβλήματα που τους βασάνιζαν στη ζωή, να έρχονται σε έκσταση ή να δημιουργούν ευχάριστη ατμόσφαιρα και κέφι στη συντροφιά. Το κρασί εκτιμήθηκε από άρχοντες και λαό καθώς και από φιλοσόφους όλων των ρευμάτων. Αξίζει βέβαια να υπενθυμίσουμε το γεγονός ότι οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποιούσαν και στην πόση το ρητό «παν μέτρον άριστον» με αποτέλεσμα η μέτρια χρήση αλκοόλ να εκτιμάται κοινωνικά. Επικίνδυνο παιχνίδι όμως για τον άμαθο, αυτός που δεν μπορούσε να κρατήσει το «μέτρον» χλευασμός ήδη στα αρχαία κείμενα για τον μέθυσο, γι' αυτόν που το οινόπνευμα του πήρε την κρίση τον ζάλισε και του τύφλωσε, όπως φρόντισε να κάνει και ο πολυμήχανος Οδυσσέας στον Κύκλωπα Πολύφημο. Ο Πλάτων μάλιστα στην Πολιτεία προτείνει την απαγόρευση της χρήσης κρασιού ως τα 18 έτη, την μέτρια χρήση από τα 18 ως τα 30 και χωρίς περιορισμούς μετά τα 40 έτη. Επίσης προτείνει την απαγόρευση της χρήσης από πολεμιστές και σκλάβους (Τσαρούχας Κ., 2000).

Οι πρόγονοί μας έπιναν το κρασί με διάφορους τρόπους, όμως βασικότερος κανόνας ήταν η ανάμειξη του κρασιού με νερό, σε αναλογία 1:3, δηλαδή ένα μέρος οίνου προς τρία νερού. Στη διαρκή, μακράιωνη χρήση του προϊόντος της κράσης του οίνου οφείλεται η χρήση του ονόματος κρασί αντί του οίνου (Τσαρούχας Κ., 2000). Αλλαγές όμως και εξελίξεις δεν έχουν υπεισέλθει μόνο στον τρόπο που παρασκευάζεται το αλκοόλ γενικότερα αλλά και στον τρόπο που καταναλώνεται από τους Έλληνες. Ενώ το οινόπνευμα χρησιμοποιούνταν από τους Έλληνες κυρίως την ώρα του φαγητού και στις βασικές κοινωνικές εκδηλώσεις, πλέον τις τελευταίες

δεκαετίες χρησιμοποιούνται κυρίως αποσταγμένα ποτά, τα οποία καταναλώνονται με τρόπο άκριτο και άλογο. Στην Ελλάδα σημειώνεται μία από τις μεγαλύτερες καταναλώσεις «πυκνών ποτών» (τζιν, ουίσκι, βότκα) από όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η χώρα έρχεται πρώτη σε κατανάλωση αλκοόλ στους νέους ηλικίας 15 ετών-αγόρια και κορίτσια (Μ.Α Μαλγαρινού – Σ.Φ Κωνσταντινίδου, 1995).

Η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών από ολόένα και πιο νεαρές ηλικίες μπορεί να αποδειχτεί καθοριστική και ιδιαιτέρως ανησυχητική τόσο για την υγεία τους, όσο και για την μελλοντική τους συμπεριφορά απέναντι στα αλκοολούχα ποτά. Εκατομμύρια όμως είναι αυτοί που έχασαν τον έλεγχο, τους διέλυσε την οικογένεια, τους σταμάτησε από τη δουλειά, τους κατέστρεψε την ψυχή και το σώμα, τους οδήγησε νωρίς στο θάνατο. «Νερό της φωτιάς» το ονόμασαν οι ινδιάνοι (άμαθοι μέχρι την αποικιοποίηση της Αμερικής στο οινόπνευμα) γιατί πράγματι κάηκαν με αυτό (Τσαρούχας Κ., 2000).

Αναφερόμενοι στη νεότερη ελληνική πραγματικότητα πρέπει να επισημάνουμε ότι η ελληνική αμπελουργία υπέστη ολοκληρωτική καταστροφή κατά την επανάσταση του 1821. Όμως παράλληλα και σταδιακά με την αναγέννηση του ελληνικού γένους κατόρθωσε και η αμπελουργία να ορθοποδήσει και όχι μόνο να αποκατασταθούν αλλά και να αυξηθούν οι καλλιεργούμενες εκτάσεις. Στις επόμενες δεκαετίες η αμπελουργία και παρασκευή κρασιού αναπτύχθηκαν σε μεγάλο βαθμό, ενώ οι εκτάσεις στην ελληνική επικράτεια αυξήθηκαν (Μ.Α Μαλγαρινού – Σ.Φ Κωνσταντινίδου, 1995).

Το 1700 οι Ολλανδοί έφτιαξαν ένα ποτό που ονομάζεται τζιν, το οποίο γνωρίζει πολύ μεγάλη εξάπλωση στα χρόνια της βιομηχανικής επανάστασης. Έφτασε μάλιστα και στο σημείο να χρησιμοποιείται και ως τροφή αφενός γιατί ήταν πολύ φτηνό και αφετέρου γιατί ήταν πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά (Τσαρούχας Κ., 2000).

Στην Αρχαία Ελλάδα το κρασί δεν ήταν καθόλου άγνωστο. Από τον Όμηρο ήδη αναφέρονται φοβερά γλέντια με κρέας και κόκκινο κρασί το οποίο έπιναν αναμειγμένο με νερό. Η λέξη κρασί προέρχεται από την έκφραση "κράσις οίνου" δηλαδή ανάμιξη οίνου με νερό. Το καθαρό κρασί ονομαζόταν άκρατος οίνος. Θεός του κρασιού και προστάτης της μέθης ο Διόνυσος. Δίδασκε τους ανθρώπους που συναντούσε πώς να καλλιεργούν το αμπέλι και να φτιάχνουν κρασί. Για πολλές χιλιετίες, το κρασί ήταν ανεκτίμητη πηγή υγρών και θερμίδων (Τσαρούχας Κ., 2000).

1.2 Κατανάλωση Αλκοόλ – Ορισμοί

Εισαγωγή Ενότητας

Είναι γεγονός ότι σήμερα το ποτό αποτελεί αναπόσπαστο μέρος σχεδόν κάθε κοινωνικής εκδήλωσης και για πολλά άτομα ένα – δύο ποτήρια ποτού αποτελούν απόλαυση και απαραίτητο συμπλήρωμα του φαγητού της βραδινής ανάπαυσης ή διασκέδασης. Αποτελεί επίσης ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας τόσο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και στην χώρα μας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ στις χώρες της Ευρώπης βρίσκεται στο υψηλότερο επίπεδο σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο.

Όταν καταναλώνουμε μια μέτρια δόση οινοπνευματωδών, αυτό που συμβαίνει, είναι να ερεθίζεται η κυκλοφορία του αίματος και να δίνει ένα ευχάριστο και ζεστό συναίσθημα. Μια μεγαλύτερη όμως δόση, τείνει να ελαττώσει τη θερμοκρασία του σώματος, γιατί ενεργεί πάνω στον μηχανισμό του εγκεφάλου, που ρυθμίζει τη θερμοκρασία. Τα οινοπνευματώδη ενεργούν πάνω στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Τζάφφη και άλλοι, 1981).

Ίσως να μην είναι ιδιαίτερος γνωστό ότι το οινόπνευμα ή αλκοόλ αποτελεί φυσιολογικό συστατικό του σώματος και βρίσκεται στο αίμα μας σε αναλογία μικρότερη από 1,5 χιλιοστό του γραμμαρίου ανά λίτρο. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι βρισκόμαστε συνεχώς υπό την επίδραση του αλκοόλ, με όλες τις συνέπειες – ευχάριστες και δυσάρεστες – που προκύπτουν από αυτή την κατάσταση. Για να συμβεί κάτι τέτοιο θα πρέπει το οινόπνευμα στο αίμα να φτάσει και να ξεπεράσει τα 800 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο, πράγμα που επιτυγχάνεται μόνο με την πρόσληψη του με τη μορφή του αλκοολούχου ποτού. Το οινόπνευμα φαίνεται ότι έχει συντροφεύσει τον άνθρωπο, από τους προϊστορικούς χρόνους μέχρι σήμερα, σε ολόκληρη την ιστορία του πάνω στη γη. Χρησιμοποιήθηκε σαν θεραπευτική ουσία για την παροχή ενέργειας, ως ευφραντικό, ορεξιογόνο, διεγερτικό, καταπραϋντικό, ηρεμιστικό, παυσίπονο, αναισθητικό, ναρκωτικό, παραισθησιογόνο, διευκολυντικό της κοινωνικής και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, της εκδήλωσης του θάρρους, του θράσους, της τόλμης και της γενναιότητας, τροφή της φαντασίας, της έμπνευσης και της ευφορίας εδώ και 10.000 χρόνια.

Ορισμός του Αλκοόλ

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη "al koh1". Το αλκοόλ που βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C_2H_5OH . Το αλκοόλ είναι τοξική ουσία. Οι χημικές ενώσεις που βασίζονται στην αλκοόλη ξεπερνάνε τις 200.000 αλλά φυσικά όταν λέμε «οινοπνευματώδη» εννοούμε την αιθυλική αλκοόλη (CH_3-CH_2-OH). Η αιθανόλη μεταβολίζεται κατά 90-98% στο ήπαρ και το υπόλοιπο 2-10% απεκκρίνεται αυτούσιο από τους πνεύμονες, νεφρούς και δέρμα. Προσφέρει ενέργεια στον οργανισμό και συγκεκριμένα κάθε γραμμάριο αιθανόλης αποδίδει 7 θερμίδες (kcal), περισσότερες από εκείνες των υδατανθράκων και των πρωτεϊνών (4 θερμίδες ανά γραμμάριο), και δεν περιέχει κανένα θρεπτικό συστατικό. Ανέκαθεν το αλκοόλ ήταν η κατεξοχήν ουσία που προκαλούσε μέθη. Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. Σύμφωνα με τον Julien (1978), ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό, το οποίο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει μία γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αυτή είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση (Ποταμιάνος, 1991).

Είναι ένα διαφανές, άχρωμο υγρό που παράγεται μέσω της αναερόβιας ζύμωσης των σακχάρων που προέρχονται από φρούτα, λαχανικά και σιτηρά (Φερτάκης, 1991). Περιλαμβάνει τα μόρια γλυκόζης ($C_2H_{12}O_6$) που χωρίζονται για να παράγουν την αιθανόλη (C_2H_5OH), το διοξείδιο του άνθρακα (CO_2) και την ενέργεια. Αν και έχει χαρακτηριστεί ως τοξική ουσία, το οινόπνευμα αποτελεί συστατικό πολλών οινοπνευματωδών ποτών ολόκληρο τον κόσμο. Το ποσό του οινοπνεύματος που περιλαμβάνεται στα διάφορα οινοπνευματώδη ποτά ποικίλλει αρκετά και αναφέρεται ως «δύναμη του ποτού», το οποίο εκφράζεται ως ποσοστό του οινοπνεύματος από τον όγκο (Ποταμιάνος, 1991).

Ορισμός Αλκοολικού Ατόμου σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει σαν αλκοολικό το άτομο που χαρακτηρίζεται από «υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος και του οποίου η εξάρτηση από αυτό έχει φθάσει σε τέτοιο βαθμό ώστε διακρίνονται έντονα σημεία βλάβης της υγείας του - σωματικά και ψυχικά - , διαταραχές στην επικοινωνία του με τους συνανθρώπους του, όπως και βλάβες στο κοινωνικό και οικονομικό του

περιβάλλον» . Τα άτομα αυτά, ανίκανα να αντισταθούν στην αυξημένη επιθυμία τους, οδηγούνται σιγά-σιγά σε αδυναμία να λειτουργήσουν εάν δεν πιουν (συμπτώματα στέρησης), πράγμα καταστροφικό τόσο για τους ίδιους όσο και για τον περίγυρο (www.beststrong.org.gr).

Ορισμός Αλκοολισμού

Ο αλκοολισμός είναι μια πρωτογενής και χρόνια ασθένεια, της οποίας η εξέλιξη και οι εκδηλώσεις επηρεάζονται από γενετικούς, ψυχο-κοινωνικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Η εν λόγω ασθένεια είναι συχνά προϊούσα και θανατηφόρα. Χαρακτηρίζεται, σε συνεχή ή περιοδική βάση, από: μειωμένη ικανότητα ελέγχου χρήσης της ουσίας, έντονη και συνεχή πνευματική ενασχόληση με το «ναρκωτικό» αλκοόλ, τη χρήση αλκοόλ παρόλες τις δυσμενείς συνέπειες, όπως επίσης διαστρεβλωμένο τρόπο σκέψης και ιδιαίτερα άρνηση (www.sinougi.gr).

Επίσης, πρόκειται για την εξάρτηση από το αλκοόλ, η οποία δηλώνεται από την ανοχή δηλαδή την ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες αλκοόλ ώστε να φτάσει το άτομο στην επιθυμητή επίδραση και σημαντικά μειωμένη επίδραση με την συνεχή κατανάλωση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ και από τα συμπτώματα στέρησης για το αλκοόλ και την κατανάλωση του για την ανακούφιση και την αποφυγή των στερητικών συμπτωμάτων (Ε. Σαραγιανίδου - Ε. Κωστόλη, 1992).

Ο γιατρός John Coakly Lettersson είναι ο πρώτος που προσδιόρισε τον αλκοολισμό σαν μια ασθένεια. Με τον όρο αλκοολισμό εννοούμε την δηλητηρίαση από το αλκοόλ και διακρίνεται σε 2 κατηγορίες: την οξεία και την χρόνια μέθη.

Οξεία Μέθη

Η οξεία μέθη είναι ένα είδος αλκοολισμού που προκαλείται από την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ. Ο βασικός παράγοντας για να εκδηλωθεί η οξεία μέθη είναι η κατάσταση του ατόμου όπως για παράδειγμα το φύλο, η ιδιοσυγκρασία κλπ. Οι συνέπειες που έχει η οξεία μέθη είναι οι εξής: α) οι διαταραχές συνείδησης, β) η αναστολή φραγμών, γ) η μειωμένη αντίληψη μέχρι το κόμα και δ) ο θάνατος (Chrzan, 2012). Ένα ποτηράκι κρασί, το οποίο έχει 10-11% αλκοόλ μπορεί να ανεβάσει τα επίπεδα του αίματος από 20 έως πάνω από 50 mg/dl. Η οξεία δηλητηρίαση με μέθη χαρακτηρίζεται με ζάλη, αταξία, ναυτία και εμετό, καθώς προκύπτει σε επίπεδα πάνω από 150 mg/dl, ενώ σε επίπεδα πάνω από 350 mg/dl,

αναπνευστική καταστολή, σπασμοί, κόμα και θάνατος απειλούν τον πότη (www.sinouri.gr).

Καθώς το άτομο στην αρχή μπορεί να είναι αρκετά ευδιάθετο, ευχάριστο, κοινωνικό όσο περισσότερο καταναλώνει εμφανίζεται μελαγχολικό, με μειωμένη την ικανότητα σκέψης και στη συνέχεια μπορεί να χάσει τις αισθήσεις του. Ακόμη, τα περισσότερα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα που συμβαίνουν οφείλονται στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Chrzan, 2012).

Χρόνια Μέθη

Η δεύτερη κατηγορία του αλκοολισμού είναι η χρόνια μέθη η οποία αποτελεί μια κατάσταση όπου καταναλώνεται καθημερινά υπερβολική ποσότητα αιθανόλης. Τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε αυτή την κατάσταση δεν αντέχουν χωρίς αλκοόλ ούτε μπορούν να προβάλλουν αντίσταση με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η λειτουργία τους (Chrzan, 2012). Το αλκοόλ προκαλεί εθισμό όταν καταναλώνεται για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Το αλκοόλ απορροφάται με πολύ γρήγορο ρυθμό από το στομάχι και κατόπιν πηγαίνει σε όλα τα υγρά του σώματος. Σε ένα μεγάλο ποσοστό γίνεται διάσπαση από τα ένζυμα του ήπατος και ένα μικρό ποσοστό αποβάλλεται από τους πνεύμονες, τα ούρα και τον ιδρώτα. Τα ποτά που εμπεριέχουν αλκοόλ καθώς καταναλώνονται χαλαρώνουν τον οργανισμό και προσφέρουν μια ευφορία. Το άτομο καθώς κάνει κατάχρηση αλκοολούχων ποτών εμφανίζει συμπτώματα τα οποία επηρεάζουν το ανθρώπινο σώμα αλλά και την ψυχολογία του και ονομάζονται μέθη. Στα ψυχολογικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: α) η επιθετικότητα, β) η αδυναμία κριτικής σκέψης, γ) η αδυναμία συγκέντρωσης, δ) η ευερεθιστότητα, ε) η ευφορία ή η κατάθλιψη. Στα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: α) το κόκκινο πρόσωπο, β) η συγκεχυμένη ομιλία, γ) η αστάθεια στις κινήσεις (Shapiro, 2009).

Κατά τη συστηματική χρήση αλκοόλ, ορισμένα άτομα είναι πιο ανθεκτικά από άλλα, λόγω ποικίλων γενετικών παραγόντων. Υπάρχει συσχέτιση των διαφορών που παρατηρούνται στην ευαισθησία με πολυμορφισμούς γονιδίων που κωδικοποιούν τον

παράγοντα νέκρωσης όγκων A και το κυτόχρωμα P450 2E1. Οι γυναίκες, οι παχύσαρκοι και οι ηλικιωμένοι έχουν μικρότερη αντοχή στο αλκοόλ (www.sinouri.gr).

Συμπερασματικά, η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ δεν παύει να αποτελεί μία ευχάριστη νότα στην καθημερινότητα του ατόμου. Ωστόσο, επειδή ακριβώς στην αρχή το ποτό δημιουργεί ευχάριστα συναισθήματα, οι άνθρωποι που πίνουν σε καθημερινή βάση, μακροχρόνια μπορεί να προκαλέσει πλήθος αρνητικών επιπτώσεων στον οργανισμό και σε επιδείνωση της ψυχικής τους διάθεσης. Το άτομο μπορεί να αρχίσει να αισθάνεται περισσότερη κατάθλιψη και ευερεθιστότητα. Μπορεί να δυσκολεύεται ν' αντιμετωπίσει τους άλλους ανθρώπους και να χειριστεί τις όποιες καταστάσεις προκύπτουν καθημερινά. . Γι' αυτό «ο χρυσός κανόνας» είναι: αλκοόλ με μέτρο, και αυτό δεν θα πρέπει να το ξεχνούν ούτε οι νέοι που αρκετά συχνά προβαίνουν σε «αλόγιστη» χρήση του, αψηφώντας τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στην μετέπειτα ζωή τους.

1.3 Κατανάλωση Αλκοόλ στον Ελλαδικό χώρο: Σύγχρονα Επιδημιολογικά Δεδομένα

Η κατανάλωση στην Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις μεσαίες μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών και φαίνεται να παρουσιάζει ελάττωση. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. η κατανάλωση σκληρών αλκοολούχων ποτών στην Ελλάδα φαίνεται να μειώνεται, η κατανάλωση κρασιού να παραμένει περίπου σε σταθερά επίπεδα, ενώ να αυξάνεται εντυπωσιακά η κατανάλωση της μπίρας (WHO - Global Status Report on Alcohol, 2004).

Στη μελέτη ΑΤΤΙCΑ που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002, το ποσοστό καθημερινής κατανάλωσης αλκοόλ στους ενήλικες άνδρες έφτανε το 42,5% ενώ στις γυναίκες το 13,6%. Αντίστοιχα ποσοστά επιβεβαιώθηκαν και από άλλες έρευνες. Τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης και στα δύο φύλα, παρατηρούνται στην ηλικία 55 - 64 ετών. Αντίθετα, τα ποσοστά της πλήρους αποχής από το αλκοόλ είναι χαμηλά για την Ελλάδα και αφορούν στο 8,3% του πληθυσμού (άνδρες 1,2%, γυναίκες 15,4%) (WHO - Global Status Report on Alcohol, 2004).

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (2007) οι συνήθεις χώροι κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών μπορεί να είναι είτε στο σπίτι, είτε να σχετίζονται με κάποια μορφή διασκέδασης/ εξόδου. Συνήθως, ο ένας στους τρεις ερωτώμενους καταναλώνει αλκοολούχα στο σπίτι (31,9%) ή στο σπίτι κάποιου άλλου (5,5%), ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων (ποσοστό 61,9%) αναφέρει κατανάλωση αλκοολούχων εκτός σπιτιού και κυρίως σε χώρους διασκέδασης όπως μπαρ/ κλαμπ (28,5%), ταβέρνα/ εστιατόριο (19,2%) και καφενείο/ καφετέρια (14,2%). Σημαντικές διαφοροποιήσεις στο χώρο κατανάλωσης παρατηρούνται σε σχέση με το φύλο: οι γυναίκες αναφέρουν κατανάλωση αλκοολούχων στο σπίτι σε υψηλότερο ποσοστό από τους άνδρες (42,3% και 33,6%, αντίστοιχα), οι οποίοι αναφέρουν κατανάλωση αλκοολούχων κυρίως σε χώρους διασκέδασης και ιδιαίτερα σε μπαρ/ κλαμπ (30%) (www.bestrong.org.gr).

Όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοολούχων στους διάφορους χώρους διασκέδασης, οι γυναίκες συνήθως καταναλώνουν αλκοολούχα σε χώρους, οι οποίοι δεν αποτελούν μέρη αποκλειστικής κατανάλωσης αλκοόλ, όπως οι ταβέρνες και τα εστιατόρια, ως συνοδευτικό του φαγητού, ενώ οι άνδρες αρέσκονται σε μεγαλύτερο

ποσοστό να καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά στους χώρους διασκέδασης όπως μπαρ/κλαμπ, καθώς και στο καφενείο/ καφετέρια (www.bestrong.org.gr).

Η κατανάλωση αλκοόλ στους νέους

Το πρόβλημα κατανάλωσης αλκοόλ φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό στους νέους της Ελλάδας. Στην έρευνα HBSC οι έφηβοι ερωτήθηκαν πόσο συχνά καταναλώνουν αλκοόλ μέσα σε μια εβδομάδα. Τα αποτελέσματα από όλες τις χώρες έδειξαν συχνή κατανάλωση οποιουδήποτε αλκοολούχου ποτού για το 5% των εφήβων 11 ετών, το 11% των εφήβων 13 ετών και το 29% των εφήβων 15 ετών, ποσοστά τα οποία είναι ανησυχητικά για την εξάπλωση του αλκοόλ στις μικρές ηλικίες. Επιπλέον, οι έφηβοι φαίνεται να προτιμούν συγκεκριμένους τύπους ποτών, με την μπίρα να κατέχει την υψηλότερη θέση σε καταναλωτική προτίμηση, τα σκληρά ποτά να ακολουθούν στις περισσότερες περιπτώσεις και τελευταίο στην κατανάλωση να έρχεται το κρασί (Currie et al., 2004).

Τα στοιχεία που δίνει ο Π.Ο.Υ. για τη βαριά χρήση αλκοόλ μεταξύ των νέων είναι ιδιαίτερα αποθαρρυντικά, με την Ελλάδα να καταλαμβάνει μία από τις μεσαίες θέσεις. Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που καταδεικνύει η μελέτη του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (2007) σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ από τους έφηβους και νέους είναι το γεγονός ότι η μεγάλη πλειοψηφία (65,4%) των εφήβων καταναλώνει αλκοολούχα σε χώρους όπου σύμφωνα με τον υφιστάμενο νόμο απαγορεύεται η κατανάλωση τους από άτομα ηλικίας κάτω των 17 ετών. Το ποσοστό μεγαλώνει ακόμα περισσότερο, αν προστεθεί σε αυτό και το 4,6% που αναφέρει ότι καταναλώνουν αλκοολούχα σε ταβέρνα/ εστιατόριο (www.bestrong.org.gr).

Θνησιμότητα σχετιζόμενη με την κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα και μια από τις υψηλότερες στις τυχαίες δηλητηριάσεις. Σε έρευνα για τους τραυματισμούς από τροχαία που έκαναν εισαγωγή σε νοσοκομεία της Αθήνας, υπολογίστηκε ότι το 10% των τραυματισμών οφείλονται άμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ. Από τους οδηγούς που ενεπλάκησαν σε τροχαία ατυχήματα την περίοδο 1995 - 1997, το 41% διαπιστώθηκε ότι είχε κάνει χρήση αλκοόλ πριν την οδήγηση, ενώ στο 33% η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα ήταν πάνω από 80mg/dl. Σύμφωνα με στοιχεία της τροχαίας, κατά τα έτη 2005 και 2006, το ποσοστό των θανατηφόρων τροχαίων

ατυχημάτων που οφείλονται σε μέθη ήταν 28% και 25,4% αντίστοιχα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2007).

Η χρόνια νοσηρότητα και θνησιμότητα από αλκοόλ περιλαμβάνει τις παθήσεις που συνδέονται με αυτό και συγκεκριμένα τις αλκοολικές διαταραχές, την κίρρωση του ήπατος, τους καρκίνους που παρουσιάζουν άμεση συσχέτιση με το αλκοόλ και την ισχαιμική καρδιοπάθεια. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2007) περίπου 200.000 Έλληνες πάσχουν από αλκοολική εξάρτηση, ενώ εκτιμάται ότι περίπου 5.000 θάνατοι ετησίως μπορούν να αποδοθούν σε αιτίες που σχετίζονται με την κατάχρηση της κατανάλωσης αλκοόλ (www.bestrong.org.gr).

1.4 Οι Επιπτώσεις της Κατανάλωσης Αλκοόλ στον Οργανισμό

Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ)

Η κύρια δράση του αλκοόλ αφορά το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Η φαρμακολογική δράση του αλκοόλ στο ΚΝΣ είναι κατασταλτική και όχι διεγερτική. Σε μεγάλες μάλιστα ποσότητες, το κατασταλτικό αποτέλεσμα της δράσης του αλκοόλ είναι ιδιαίτερα αισθητό και μοιάζει με εκείνο των αναισθητικών φαρμάκων. Τα πρώτα συμπτώματα από το ΚΝΣ εκδηλώνονται μόλις η συγκέντρωση του αλκοόλ στο αίμα ξεπεράσει τα 40 mg/dl και περιλαμβάνουν την εξασθένηση της μνήμης και της προσοχής, ήπιες διαταραχές της ομιλίας, διαταραχές στην εκτέλεση λεπτών χειρισμών και μείωση της αντίδρασης σε αισθητηριακά ερεθίσματα. Στις συγκεντρώσεις αυτές, διατηρείται η πνευματική διαύγεια και το άτομο δεν έχει την αίσθηση της επίδρασης που ασκεί το αλκοόλ στον οργανισμό του (www.beststrong.org.gr).

Η πυκνότητα των 40mg/dl μπορεί να επιτευχθεί αρκετά εύκολα στον οργανισμό, π.χ. με την κατανάλωση 60 mg ουίσκι ή 200 mg κρασιού. Σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις, παρατηρείται σταδιακή θόλωση της διάνοιας (μέθη), κεφαλαλγίες κ.λπ., συμπτώματα που εμφανίζονται όταν η συγκέντρωση στο αίμα φτάσει τα 150 - 200mg/dl. Σε υψηλότερες συγκεντρώσεις εμφανίζεται η εικόνα της βαριάς μέθης και της δηλητηρίασης, με σύγχυση, λήθαργο και κώμα. Ο θάνατος είναι σπάνιος από οξεία δηλητηρίαση και μπορεί να επέλθει από παράλυση του κέντρου της αναπνοής, όταν η συγκέντρωση του αλκοόλ ξεπεράσει τα 450 - 500mg/dl (www.beststrong.org.gr).

Στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, η υπερβολική και παρατεταμένη κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί ποικίλες βλάβες του εγκεφάλου και των περιφερικών νεύρων. Οι βλάβες αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές αναπηρίες διαφόρων μορφών. Επιπλέον, μπορεί να εμφανισθούν επιληψία, περιφερική πολυνευροπάθεια και το σύνδρομο Wernicke - Korsakoff. Ο σχετικός κίνδυνος για την επιληψία, ήδη από τη μεσαία κατανάλωση αλκοόλ, είναι μέχρι και 7,5 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάνουν χρήση αλκοόλ. Επίσης, η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τη συχνότητα εκδήλωσης θανατηφόρων ή μη θανατηφόρων αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, με ένα σχετικό κίνδυνο που μπορεί να φτάσει στους άνδρες το 2,38 αλλά στις γυναίκες να προσεγγίζει το 8 (www.beststrong.org.gr).

Ήπαρ και Πεπτικό Σύστημα

Η γνωστότερη και σημαντικότερη βλαπτική επίδραση της χρόνιας, πέραν της συνήθους μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ, είναι η κίρρωση του ήπατος. Οι χρόνιοι χρήστες αλκοόλης έχουν κατά μέσο όρο 7,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ηπατική κίρρωση από ότι οι μη χρήστες, ενώ ειδικά οι άνδρες που κάνουν υψηλή κατανάλωση έχουν μέχρι και 13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα. Η κίρρωση του ήπατος είναι το τελικό στάδιο μιας χρόνιας και συνήθως ασυμπτωματικής ηπατικής βλάβης, της ονομαζόμενης αλκοολικής ηπατίτιδας (www.bestrong.org.gr).

Η ευαισθησία των ατόμων στην ανάπτυξη κίρρωσης ποικίλλει σημαντικά. Σε δόσεις 60 - 80 mg αλκοόλ την ημέρα, μετά 5 χρόνια, περίπου το 10 - 15% θα παρουσιαστεί ηπατικό πρόβλημα. Η αύξηση της ποσότητας επιφέρει ταχύτερα την ηπατική βλάβη και σε μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών. Επιπλέον, η χρήση αλκοόλ οδηγεί σε λιπώδη διήθηση του ήπατος και σε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος. Στο πεπτικό σύστημα, η χρόνια υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια ή οξεία παγκρεατίτιδα, έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου, χρόνια γαστρίτιδα, ατροφική γαστρίτιδα, δυσαπορρόφηση βιταμινών, ασβεστίου, μαγνησίου (www.bestrong.org.gr).

Αναπνευστικό Σύστημα

Η χρόνια χρήση αλκοόλ στο αναπνευστικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει κρίσεις άπνοιας κατά τον ύπνο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια από χημικό ερεθισμό των πνευμόνων, πνευμονία και καρκίνο του λάρυγγα και των πνευμόνων (www.bestrong.org.gr).

Καρδιαγγειακό Σύστημα

Είναι διαπιστωμένο ότι η μικρή ως μέτρια κατανάλωση αλκοόλ έχει προστατευτικό αποτέλεσμα στην πιθανότητα εμφάνισης ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Εντούτοις, το θετικό αποτέλεσμα αντιστρέφεται όταν η κατανάλωση ξεπεράσει κατά μέσο όρο τα 40 mg αλκοόλης την ημέρα για τις γυναίκες και τα 60 mg για τους άνδρες. Στην υψηλότερη κατανάλωση οινοπνεύματος, παρατηρείται αύξηση του σχετικού κινδύνου για ισχαιμική καρδιοπάθεια, η οποία στους άνδρες μπορεί να φτάσει μέχρι 65%. Παράλληλα, σε υψηλή κατανάλωση το αλκοόλ προκαλεί ταχυκαρδία, υπέρταση, καρδιακές αρρυθμίες και αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια (WHO, 2004).

Αλκοόλ και επίδραση στη κύηση

Κατά την κύηση, η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί στο έμβρυο σοβαρές βλάβες. Μπορούν να προκληθούν προωρότητα, αυτόματη αποβολή, χαμηλό βάρος γέννησης, συγγενείς ανωμαλίες, νευρολογικές αναπηρίες, διανοητική καθυστέρηση και ηπατικές βλάβες. Οι βλάβες είναι συχνότερες όταν η κατανάλωση του αλκοόλ γίνεται κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, κατά το οποίο, ακόμη και μια μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (1 - 2 ποτά την ημέρα) μπορεί να οδηγήσει σε εμβρυϊκές βλάβες (www.bestrong.org.gr).

Αλκοόλ και εμφάνιση καρκίνου

Η κατανάλωση αλκοόλ οδηγεί στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων καρκίνων του πεπτικού συστήματος, όπως του στόματος, του φάρυγγα, του οισοφάγου, του ήπατος, του παγκρέατος κ.λπ. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του πεπτικού συστήματος είναι συνολικά τετραπλάσιος σε σχέση με τους μη χρήστες αλκοόλ (www.bestrong.org.gr).

Αλκοόλ και Ψυχική Υγεία

Όσον αφορά την επίδραση του αλκοόλ στην ψυχική υγεία, παρόλο που το ποτό μπορεί να προωθήσει ευχάριστα συναισθήματα για λίγες ώρες, η μακρόχρονη κατανάλωση οδηγεί σε μια βαθμιαία επιδείνωση της ψυχικής διάθεσης. Το άτομο που κάνει κατάχρηση του αλκοόλ, θα αρχίσει να νιώθει μελαγχολία αλλά και ευερεθιστότητα. Υπάρχει η κοινή άποψη ότι το αλκοόλ, δρα σαν αφροδισιακό στην πραγματικότητα όμως πολλοί αλκοολικοί πάσχουν από ανικανότητα. Η ξαφνική απώλεια μνήμης, η αλκοολική ψευδαισθήτωση, το τρομώδες παραλήρημα και οι κρίσεις αποστέρησης είναι όλες πολύ δυσάρεστες συνέπειες του ποτού σε μεγάλη ποσότητα. Η κατάθλιψη και η αυτοκτονία είναι τόσο κοινές μεταξύ αλκοολικών, όσο σχεδόν και στους ανθρώπους, που πάσχουν από την καθαρή μορφή της κατάθλιψης (www.sinouri.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Πρόωρος Τοκετός

2.1 Η Έννοια του Τοκετού

Τοκετός είναι η διαδικασία κατά την οποία το έμβρυο, ο πλακούντας και οι υμένες διέρχονται μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013). Στους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης, οι ακανόνιστες, διαλείπουσες συστολές της μήτρας των πρώτων μηνών γίνονται φυσιολογικότερες, συχνότερες και πιο έντονες. Ο ρυθμικός χαρακτήρας των συστολών της μήτρας σηματοδοτεί την αρχή της διαδικασίας αποχωρισμού από τον μητρικό οργανισμό και της εκβολής του ώριμου προϊόντος της σύλληψης.

Σημεία Έναρξης του Τοκετού:

- Αίσθημα ελάττωσης της κοιλιακής διάτασης
- Επανεμφάνιση της συχνουρίας
- Οσφυαλγία
- Ισχυρότερες συστολές Braxton Hicks
- Απώλεια βάρους 0,5-1,5 kg
- Υπερκινητικότητα
- Αυξημένες κοιλιακές εκκρίσεις, βλενοαιματηρή έκκριση
- Ωρίμανση του τραχήλου
- Πιθανή ρήξη υμένων

(Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Αναγνωρίζονται 4 στάδια για τον τοκετό:

1. Το πρώτο στάδιο το οποίο αρχίζει με την έναρξη των τακτικών συστολών μέχρι και την τέλεια διαστολή του τραχήλου (διαστολή 10cm).
 - Σε μερικές πολυτόκες η διαστολή μπορεί να επιτευχθεί πολύ γρήγορα έως και 1 ώρα.
 - Στις πρωτότοκες η πλήρης διαστολή μπορεί να διαρκέσει και 20 ώρες.
2. Το δεύτερο στάδιο αρχίζει από την πλήρη διαστολή του τραχήλου μέχρι την έξοδο του εμβρύου.
3. Το τρίτο στάδιο ξεκινά από την γέννηση του εμβρύου και ολοκληρώνεται με την αποβολή του πλακούντα. Η διάρκεια του τρίτου σταδίου μπορεί να είναι από 5' έως 20' αλλά και μέχρι μια ώρα θεωρείται εντός φυσιολογικού ορίου.
4. Το τέταρτο στάδιο διαρκεί περίπου δυο ώρες μετά την αποβολή του πλακούντα. Είναι η περίοδος της άμεσης ανάνηψης και θεωρείται σημαντική περίοδος για τον έλεγχο πιθανών επιπλοκών και η στιγμή που θα λάβει χώρα ο πρώτος μητρικός θηλασμός (www.iaso.gr).

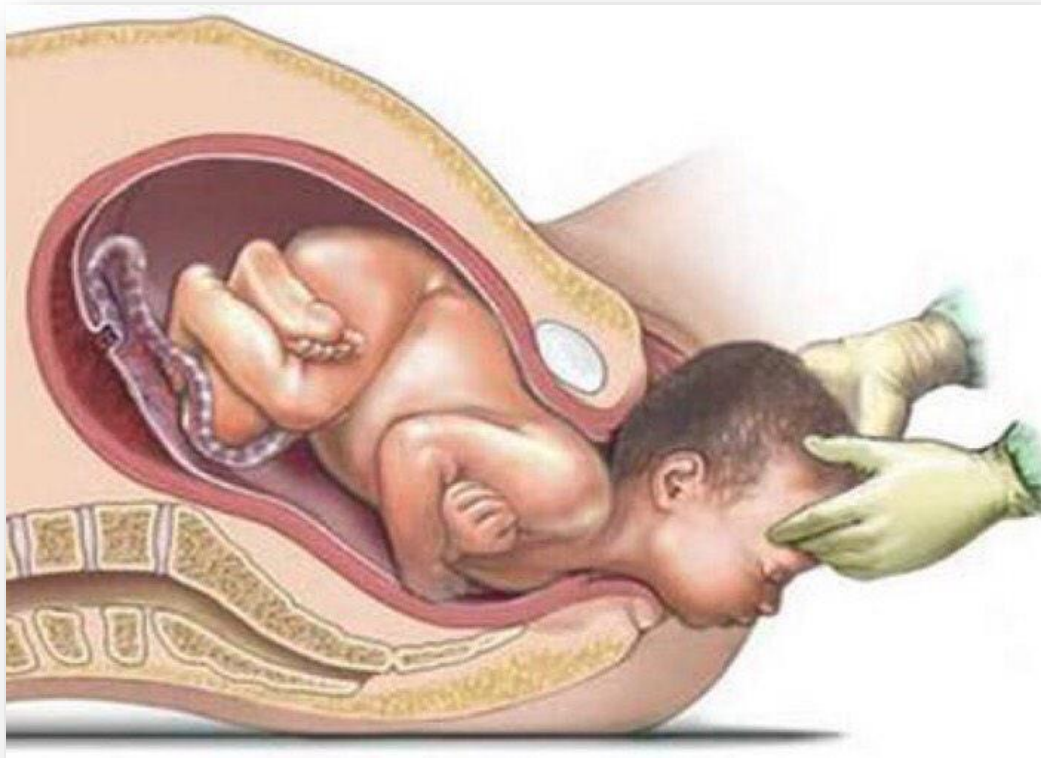
Ο τοκετός θεωρείται << φυσιολογικός>> όταν η κύηση είναι τελειόμηνη ή σχεδόν τελειόμηνη, όταν δεν υπάρχουν επιπλοκές, όταν ένα μόνο έμβρυο προβάλλει με το βρέγμα και ο τοκετός περατώνεται εντός 18 ωρών. Η πορεία του φυσιολογικού τοκετού, που είναι αξιόλογα σταθερή, χαρακτηρίζεται από:

1. Τακτικές συστολές της μήτρας
2. Εξάλειψη και σταδιακή διαστολή του τραχήλου
3. Σταδιακή κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου

(Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Σύμφωνα με τους RCOG, RCM (2007), φυσιολογικός τοκετός είναι “ο τοκετός χωρίς πρόκληση (προσταγλανδίνες, οκυτοκίνη, τεχνητή ρήξη θυλακίου), χωρίς χρήση γενικής, ραχιαίας ή επισκληριδίου αναλγησίας πριν ή κατά τη διάρκεια του, χωρίς εφαρμογή περινεοτομής, χωρίς χρήση συκίας ή εμβρυουλκού και καισαρικής τομής” (WHO 1996).

Εικόνα 1: Φυσιολογικός Τοκετός.



2.2 Η Έννοια του Πρόωρου Τοκετού

Ως πρόωρος τοκετός ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία συμβαίνουν αλλαγές στον τράχηλο και συστολές της μήτρας μεταξύ της 20^{ης} και της 37^{ης} εβδομάδας της κύησης. Πρόωρη είναι η γέννηση πριν από την συμπλήρωση της 37^{ης} εβδομάδας της κύησης (Iams & Romero, 2007). Πρόωρος τοκετός παρατηρείται στο 12,8% όλων γεννήσεων ζώντων νεογνών, με αυξανόμενη συχνότητα τα τελευταία χρόνια. Ο πρόωρος τοκετός αποτελεί το κυριότερο δυσεπίλυτο πρόβλημα της περιγεννητικής ιατρικής (Iams, Romero, & Creasy, 2009).

Το 75% του συνόλου των πρόωρων τοκετών λαμβάνουν χώρα μεταξύ της 34^{ης} και 36^{ης} εβδομάδας κύησης και γι' αυτό καλούνται όψιμοι πρόωροι. Παρά το γεγονός ότι τα νεογνά αυτά βιώνουν σημαντικές επιπλοκές, η μεγάλη πλειοψηφία των νεογνικών θανάτων και η σημαντικότερη νοσηρότητα παρατηρείται στο 16% του συνόλου των πρόωρων νεογνών που γεννιούνται πριν την 32^η εβδομάδα της κύησης (Iams et al., 2009).

Ο πρόωρος τοκετός διακρίνεται πλέον σε δύο κατηγορίες: στον αυτόματο και στον επιβαλλόμενο πρόωρο τοκετό. Ο αυτόματος πρόωρος τοκετός λαμβάνει χώρα μετά την πρόωρο έναρξη της διαδικασίας των ωδίνων. Καταστάσεις όπως ο πρόωρος τοκετός με ακέραιους υμένες, η πρόωμη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων (πρόωρη PROM), η ανεπάρκεια του τραχήλου και η αμνιονίτιδα συχνά οδηγούν σε πρόωρο τοκετό (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Συνήθη Αίτια Πρόκλησης Πρόωρου Τοκετού:

- Προεκλαμψία
 - Εμβρυϊκή δυσχέρεια
 - Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης (IUGR)
 - Αποκόλληση πλακούντα
 - Ενδομήτριος εμβρυϊκός θάνατος
 - Προ της κύησης διαβήτη και διαβήτη κύησης
 - Νεφρική νόσος
 - Ευαισθητοποίηση Rh
 - Συγγενείς διαμαρτίες της διάπλασης
- (Iams, J., Romero, R., & Creasy, R (2009). Preterm labor and birth. In R. Creasy, R. Resnik, & J. Iams (Eds.), *Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice* (6th ed.). Philadelphia: Saunders.)

Παράγοντες Κινδύνου για Αυτόματο Πρόωρο Τοκετό:

- Λοιμώξεις γεννητικού συστήματος
 - Μη λευκή φυλή
 - Πολύδυμη κύηση
 - Αιμορραγία δευτέρου τριμήνου
 - Χαμηλό σωματικό βάρος πριν την κύηση
 - Ιστορικό προηγούμενου αυτόματου πρόωρου τοκετού
- (Iams, J., Romero, R., & Creasy, R (2009). Preterm labor and birth. In R. Creasy, R. Resnik, & J. Iams (Eds.), *Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice* (6th ed.). Philadelphia: Saunders.)

Στους παράγοντες κινδύνου για τον αυτόματο πρόωρο τοκετό, περιλαμβάνεται επίσης η μη λευκή φυλή (ιδιαίτερα οι Αφροαμερικανές γυναίκες) , το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο, το χρόνιο στρες, το κάπνισμα, η κατάχρηση ουσιών, η σωματική καταπόνηση κατά την διάρκεια της εργασίας και η περιοδοντική νόσος (Iams et al., 2009). Μία πρόσφατη μελέτη αποκάλυψε ότι τα επίπεδα στρες την 28^η εβδομάδα της κύησης σε Αφροαμερικανές γυναίκες με πρόωρο τοκετό ήταν μεγαλύτερα συγκριτικά με τις σχεδόν τελειόμηνες κύσεις (Gennaro, Shults, & Garry, 2008). Επιπλέον, ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού

φαίνεται να εξαρτάται από γενετικούς παράγοντες. Οι συγγενείς γυναικών που γεννήθηκαν πρόωρα ή γέννησαν πρόωρα διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο για αυτόματο πρόωρο τοκετό (Iams et al., 2009).

Η λοίμωξη αποτελεί σήμερα μία από τις τεκμηριωμένες αιτίες, του πρόωρου τοκετού. Άλλο ένα αίτιο αποτελεί η αιμορραγία στο σημείο της εμφύτευσης του πλακούντα στη μήτρα κατά την διάρκεια του πρώτου ή του δεύτερου τριμήνου της κύησης. Η επακόλουθη μητροπλακουντιακή ισχαιμία ή αιμορραγία στο φθαρτό του πλακούντα ενδέχεται να ενεργοποιήσει τη διαδικασία του πρόωρου τοκετού. Η φλεγμονή του ενδομητρίου συσχετίζεται με λοίμωξη, αγγειακή ανεπάρκεια στη μήτρα και αιμορραγία στο φθαρτό, που ενδέχεται να συμβάλλουν στον πρόωρο τοκετό. Το στρες της μητέρας και του εμβρύου, η υπερδιάταση της μήτρας, η αλλεργική αντίδραση και η μείωση των επιπέδων προγεστερόνης πιθανόν να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην έναρξη του πρόωρου τοκετού (Iams et al., 2009· Romero & Lockwood, 2009).

Εικόνα 2: Πρόωρο Νεογνό.



2.3 Οι Επιπτώσεις της Προωρότητας στην Υγεία του Νεογνού

2.3.1 Αναπνευστικό Σύστημα

Τα νεογνά με ενδεχόμενη αναπνευστική καταστολή κατά τον τοκετό λόγω ασφυξίας, μητρικής αναλγησίας ή νόσου, ανωριμότητας των πνευμόνων ή συγγενών ανωμαλιών πιθανόν να εμφανίσουν κυάνωση, ασθμαίνουσα αναπνοή ή ανεπαρκή αναπνευστική λειτουργία, πλημμελή αιμάτωση, εισολκή, αναπέταση των πτερυγίων της μύτης, ταχύπνοια, μειωμένο μυϊκό τόνο ή συνδυασμό των προβλημάτων αυτών (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Πολύαριθμα προβλήματα μπορεί να επηρεάσουν το αναπνευστικό σύστημα των πρόωρων νεογνών και είναι πιθανόν να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Μειωμένο αριθμό λειτουργικών κυψελίδων
- Ανεπαρκή επίπεδα επιφανειοδραστικού παράγοντα
- Αναπνευστικό αυλό μικρής διαμέτρου
- Μειωμένη ποσότητα χόνδρου στην τραχεία
- Μεγαλύτερη πιθανότητα απόφραξης των αεροφόρων οδών
- Ανεπαρκή ασβεστοποίηση του θωρακικού κλωβού
- Κυκλοφορία προσταγλανδινών που ενδέχεται να επηρεάζουν την καρδιαγγειακή λειτουργία
- Ανώριμα και εύθραυστα πνευμονικά τριχοειδή
- Μεγαλύτερη απόσταση μεταξύ των λειτουργικών κυψελίδων και του τριχοειδικού δικτύου, ιδιαίτερα στα νεογνά εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης

(Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Σε συνδυασμό, τα ελαττώματα αυτά παρεμποδίζουν την αναπνευστική προσπάθεια του νεογνού και συμβάλλουν στην πρόκληση αναπνευστικής δυσχέρειας ή ανεπάρκειας. Τα πρώιμα σημεία της αναπνευστικής δυσχέρειας είναι η ταχύπνοια, η αναπέταση των πτερυγίων της μύτης και ο εκπνευστικός γογγυσμός. Ανάλογα με τη σοβαρότητα και τα αίτια της αναπνευστικής δυσχέρειας, οι εισολκές μπορεί να είναι υποπλεύριες, μεσοπλεύριες ή επιστερνικές. Η αυξανόμενη αναπνευστική προσπάθεια (π.χ., παράδοξοι τύποι αναπνοής, εισολκές, αναπέταση των πτερυγίων

της μύτης, εκπνευστικός γογγυσμός, ταχύπνοια ή άπνοια) του νεογνού είναι ενδεικτική έντονης δυσχέρειας (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Απαιτείται χορήγηση οξυγόνου σε υψηλή συγκέντρωση, που μπορεί να χρειαστεί να συνδυαστεί με συνεχείς θετικές πιέσεις αεραγωγών (χορηγούμενες μέσω ρινικών διαύλων ή μάσκας προσώπου) ή μηχανικό αερισμό μέσω τραχειοσωλήνα. Για την αντιμετώπιση των πρόωρων νεογνών με ΣΑΔ απαιτείται σημαντική εμπειρία. Οι ανάγκες αερισμού θα πρέπει να προσαρμόζονται βάσει της οξυγόνωσης του νεογνού (η οποία παρακολουθείται συνέχεια), τις θωρακικές κινήσεις του και τις αναλύσεις αερίων αίματος (Tom Lissauer, Graham Clayden, 2011).

Λόγω της ανωριμότητας των πνευμόνων και της υπολειμματικής λειτουργίας τους, τα νεογνά με χαμηλό και εξαιρετικά χαμηλό βάρος γέννησης εμφανίζουν επιδείνωση από την αναπνευστική δυσχέρεια στην πλήρη αναπνευστική ανεπάρκεια. Το κατεσταλμένο νεογνό εκδηλώνει αρχικά κεντρική κυάνωση ή ωχρότητα. Η ακροκυάνωση αποτελεί φυσιολογικό εύρημα στο νεογνό, αλλά η κεντρική κυάνωση είναι ενδεικτική μειωμένης οξυγόνωσης. Η περιοδική αναπνοή είναι ένας παθολογικός τύπος αναπνοής που συνήθως παρατηρείται στα πρόωρα νεογνά. Τα νεογνά αυτά παρουσιάζουν αναπνευστικές παύσεις διάρκειας 5-10 δευτερολέπτων που ακολουθούνται από αντισταθμιστικές ταχείες αναπνοές διάρκειας 10-15 δευτερολέπτων (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Εικόνα 3: Πρόωρο νεογνό με ρινική κάνουλα για την κάλυψη των αναγκών οξυγόνου.



2.3.2 Θερμοκρασία Σώματος

Τα πρόωρα νεογνά είναι επιρρεπή σε θερμική αστάθεια, λόγω διαφόρων παραγόντων. Στους παράγοντες που θέτουν τα νεογνά σε κίνδυνο θερμικής αστάθειας περιλαμβάνονται οι εξής:

- Αυξημένη αναλογία
- Ελάχιστη ποσότητα υποδόριου λίπους
- Περιορισμένα αποθέματα << φαιού λίπους>> (εσωτερική πηγή παραγωγής θερμότητας σε φυσιολογικά τελειόμηνα νεογνά)
- Μειωμένο ή απόν αντανακλαστικό ελέγχου των δερματικών τριχοειδών (αγγειοσύσπαση)
- Ανεπαρκής μυϊκή δραστηριότητα
- Ανεπαρκής μυϊκός τόνος, με αποτέλεσμα την έκθεση μεγαλύτερης επιφάνειας του σώματος του νεογνού σε ψυχρό περιβάλλον
- Ανώριμο θερμορυθμιστικό κέντρο στον εγκέφαλο
- Αυξημένη άδηλη απώλεια ύδατος
- Μειωμένη ικανότητα αύξησης της κατανάλωσης οξυγόνου
- Μειωμένη θερμιδική πρόσληψη

(Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Στόχος της θερμορύθμισης είναι ένα θερμικά ουδέτερο περιβάλλον, δηλαδή θερμοκρασία περιβάλλοντος που απαιτεί ελάχιστη κατανάλωση οξυγόνου και ελάχιστο μεταβολικό ρυθμό για τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα (Blackburn, 2007). Το εύρος του θερμικά ουδέτερου περιβάλλοντος για τα πρόωρα νεογνά με σωματικό βάρος μικρότερο των 1.000 gr είναι πολύ μικρό, με αποτέλεσμα να καθίσταται αδύνατη η πρόβλεψη θερμικά ουδέτερου περιβάλλοντος για κάθε νεογνό ξεχωριστά. Τα εξαιρετικά πρόωρα νεογνά πρέπει να βρίσκονται σε θερμοκρασία περιβάλλοντος ίση με τη θερμοκρασία δέρματος και σώματος ή όσο το δυνατόν υψηλότερη προκειμένου να αποτρέπεται η θερμική αστάθεια (Blackburn, 2007).

Τα πρόωρα νεογνά και τα νεογνά υψηλού κινδύνου τοποθετούνται σε θερμικά ουδέτερο περιβάλλον, το οποίο διαμορφώνεται με τη χρήση εξωτερικής πηγής θερμότητας. Ένας ανιχνευτής που τοποθετείται στο νεογνό συνδέεται με εξωτερική

πηγή θερμότητας που τροφοδοτείται από μία συσκευή θερμικής ακτινοβολίας ή μία θερμοκοιτίδα με ελεγχόμενη θερμοκρασία. Δεν υπάρχει δυνατότητα πρόβλεψης της ιδανικής κατάστασης θερμικής ουδετερότητας για κάθε νεογνό. Σύμφωνα με την Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία και το Πρόγραμμα Νεογνικής Αναζωογόνησης της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας η πρώτη θερμοκρασία μασχάλης του νεογνού δεν πρέπει να είναι μικρότερη των 36.5°C (Kattwinkel, 2006).

Οι ταχείες μεταβολές της θερμοκρασίας του σώματος μπορεί να οδηγήσουν σε άπνοια και οξέωση του νεογνού. Συνεπώς η θέρμανση του νεογνού με υποθερμία πρέπει να γίνει εντός λίγων ωρών. Η ταχεία επαναθέρμανση του νεογνού μπορεί να προκαλέσει άπνοια, ενώ η υπερβολικά βραδεία επαναθέρμανση αυξάνει τη μεταβολική δυσχέρεια και κατανάλωση οξυγόνου. Η επαναθέρμανση πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε νεογνό, ανάλογα με την πάθησή του και την ικανότητα παραγωγής θερμότητας. Για να επιτευχθεί αυτό, το νεογνό τοποθετείται είτε κάτω από την πηγή θερμικής ακτινοβολίας είτε σε θερμοκοιτίδα με μηχανισμό ελέγχου της θερμοκρασίας. Οι ειδικοί συνιστούν την εκτέλεση της διαδικασίας επαναθέρμανσης με ρυθμό 1°C έως 2°C ανά ώρα (Lowdermilk, Perry, Cashion 2013).

Γνωρίζοντας τους τέσσερις μηχανισμούς μετάδοσης της θερμότητας, η νοσηλεύτρια μπορεί να εξασφαλίσει για το πρόωρο νεογνό ένα περιβάλλον που θα προάγει την θερμική σταθερότητα. Επειδή η υπερβολική θερμότητα προκαλεί αυξημένη κατανάλωση οξυγόνου και θερμίδων, το νεογνό επίσης κινδυνεύει από υπερθερμία (η παρουσία άπνοιας και έντονο κόκκινο χρώμα δέρματος υποδηλώνουν υπερθερμία). Το πρόωρο νεογνό δεν έχει την δυνατότητα της εφίδρωσης και της αποβολής θερμότητας (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

2.3.3 Αιμοποιητικό Σύστημα

Το πρόωρο νεογνό έχει επίσης προδιάθεση σε αιματολογικές διαταραχές λόγω των ακόλουθων προβλημάτων:

- Αυξημένη τριχοειδική ευθραυστότητα
- Αυξημένη αιμορραγική διάθεση (παρατεταμένος χρόνος προθρομβίνης και χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης)
- Βραδεία παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων (RBCs) λόγω ταχείας μείωσης της ερυθροποίησης μετά την γέννηση
- Αυξημένη ποσότητα εμβρυϊκής αιμοσφαιρίνης (έως 80% του συνολικού όγκου)
- Απώλεια αίματος λόγω συχνών αιμολησιών για εργαστηριακές εξετάσεις
- Μειωμένος χρόνος ζωής των ερυθροκυττάρων λόγω του σχετικά μεγάλου μεγέθους τους και της αυξημένης διαπερατότητας του νατρίου και του καλίου
- Μειωμένα επίπεδα αλβουμίνης στο περιφερικό αίμα

(Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013)

Τα νεογνά αυτά ελέγχονται για σημεία αιμορραγίας στις θέσεις παρακέντησης, στο γαστρεντερικό σωλήνα και στο αναπνευστικό σύστημα. Τα νεογνά εξετάζονται επίσης για σημεία αναιμίας (π.χ. μειωμένα επίπεδα αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη, ωχρότητα του δέρματος, αυξημένη άπνοια, λήθαργος, ταχυκαρδία, ανεπαρκής αύξηση σωματικού βάρους). Για τα νεογνά υψηλού κινδύνου τηρούνται λεπτομερή αρχεία για την ποσότητα του αίματος που λαμβάνεται για την διεξαγωγή εργαστηριακών εξετάσεων (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Η αναιμία είναι πολύ συχνή στα πρόωρα και έχει διάφορα αίτια, όπως το βραχύ χρόνο ζωής των ερυθρών αιμοσφαιρίων, την ελαττωμένη παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων, τις συχνές αιμολησίες αλλά και τα ελαττωμένα αποθέματα σιδήρου. Άλλο αιματολογικό πρόβλημα είναι η αιμορραγική διάθεση που προκαλείται από την ελαττωμένη παραγωγή παραγόντων πήξης από το ανώριμο ήπαρ και αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση βιταμίνης K (Σεργιόπουλος 1987).

2.3.4 Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ)

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), των πρόωρων νεογνών είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στις κακώσεις λόγω των παρακάτω προβλημάτων:

- Τραυματισμός κατά τον τοκετό που προκαλεί βλάβες στις ανώριμες ενδοκρανιακές δομές
- Αιμορραγία από εύθραυστα τριχοειδή
- Διαταραχή της διεργασίας της πήξης, συμπεριλαμβανομένου του παρατεταμένου χρόνου προθρομβίνης
- Υποτροπιάζοντα υποξικά και υπεροξικά επεισόδια
- Προδιάθεση στην υπογλυκαιμία
- Διακύμανση της συστηματικής ΑΠ με συνυπάρχουσα μεταβλητότητα της εγκεφαλικής αιματικής ροής και πίεσης

(Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Στο πρόωρο νεογνό, η λειτουργία του νευρικού συστήματος εξαρτάται από την ηλικία κύησης, τους συνοδούς παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση νόσου και τους προδιαθεσικούς παράγοντες όπως η ενδομήτρια ασφυξία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε νευρολογική διαταραχή. Τα κλινικά σημεία της νευρολογικής δυσλειτουργίας μπορεί να είναι λανθάνοντα, μη ειδικά ή ειδικά. Πέντε είναι οι κατηγορίες των κλινικών εκδηλώσεων που πρέπει να εκτιμώνται διεξοδικά στα πρόωρα νεογνά: δραστηριότητα σπασμών, υπερευερευσιστότητα, καταστολή του ΚΝΣ, αυξημένη ενδοκράνια πίεση και παθολογικές κινήσεις όπως στον απεγκεφαλισμό (αποφλοίωση). Τα πρωτογενή και τενόντια αντανακλαστικά είναι γενικά θετικά στα πρόωρα νεογνά κατά την 28^η εβδομάδα της κύησης. Η αξιολόγηση των αντανακλαστικών αυτών πρέπει να αποτελεί μέρος της νευρολογικής εκτίμησης. Απαιτείται συνεχής εκτίμηση και τεκμηρίωση των νευρολογικών αυτών σημείων, τόσο για την εκπαίδευση των γονέων, όσο και για τις συστάσεις κατά την παρακολούθηση του νεογνού (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Ενδοκοιλιακές και περικοιλιακές αιμορραγίες παρατηρούνται στο 25% των νεογνών πολύ χαμηλού βάρους γέννησης και αναγνωρίζονται εύκολα σε υπερηχογραφήματα εγκεφάλου. Τυπικά, συμβαίνουν στο βλαστικό στρώμα πάνω από τον κερκοφόρο πυρήνα, που υποστηρίζει ένα εύθραυστο δίκτυο αιμοφόρων αγγείων. Ευτυχώς, οι περισσότερες από τις αιμορραγίες είναι μικρές και αβλαβείς, αλλά

μεγαλύτερες αιμορραγίες μπορεί να επεκταθούν στις πλάγιες κοιλίες ή ακόμη και να προσβάλλουν το παρέγχυμα του εγκεφάλου. Οι περισσότερες αιμορραγίες συμβαίνουν μέσα στις πρώτες 72 ώρες ζωής. Είναι συνήθεις μετά από περιγεννητική ασφυξία και σε νεογνά με σοβαρό RDS. Ο πνευμοθώρακας αντιπροσωπεύει σημαντικό παράγοντα κινδύνου (Tom Lissauer, Graham Clayden, 2011).

Η διάταση των κοιλιών η οποία μπορεί να ακολουθήσει μετά από ενδοκοιλιακή αιμορραγία είναι επίσης άμεσα ανιχνεύσιμη στο υπερηχογράφημα. Η διάταση μπορεί να λυθεί αυτόματα ή να εξελιχθεί σε υδροκέφαλο, που μπορεί να προκαλέσει διάταση των ραφών, ταχεία αύξηση της περιμέτρου κεφαλής και προβολή της πρόσθιας πηγής. Σε αυτό το στάδιο μπορεί να εμφανιστούν σπασμοί ή άλλα συμπτώματα. Η απομάκρυνση του ENY μέσω ΟΝΠ μπορεί να παρέχει συμπτωματική ανακούφιση μέχρι την τοποθέτηση κοιλιοπεριτοναϊκής παράκαμψης (Tom Lissauer, Graham Clayden, 2011).

Εικόνα 4: Πρόωρο Νεογνό με Υδροκέφαλο.



2.3.5 Νεφρική Λειτουργία

Το ουροποιητικό σύστημα του πρόωρου νεογνού δεν είναι σε θέση:

- Να απεκκρίνει επαρκώς τους μεταβολίτες και τα φάρμακα
- Να εκτελεί συμπύκνωση ούρων
- Να διατηρεί την οξεοβασική ισορροπία και την ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών

(Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Συνεπώς, πρέπει να εκτιμάται η πρόσληψη και αποβολή υγρών (προσλαμβανόμενα / αποβαλλόμενα) , καθώς και το ειδικό βάρος των ούρων. Είναι απαραίτητο να εκτελούνται εργαστηριακές εξετάσεις για την εκτίμηση της οξεοβασικής ισορροπίας και των ηλεκτρολυτών. Είναι επίσης απαραίτητο, να παρακολουθούνται τα επίπεδα των φαρμάκων στα πρόωρα νεογνά, γιατί κάποια φάρμακα επιβαρύνουν την ικανότητα του ανώριμου ουροποιητικού συστήματος και του ήπατος να τα αποβάλλουν. Λόγω της μεγάλης διακύμανσης του μεταβολισμού των φαρμάκων, πρέπει να εκτιμώνται τα επίπεδά τους στον ορό προκειμένου να εξασφαλίζεται θεραπευτικό εύρος και η πρόληψη της τοξικότητας (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013). Η νεφρική ανωριμότητα (που διαγιγνώσκεται με τη μορφή μειωμένης σπειραματικής διήθησης και ανικανότητας ρύθμισης του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών) μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία οιδημάτων, αφυδάτωσης και οξέωσης (Cloherty, 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Παράγοντες Κινδύνου για την Κατανάλωση Αλκοόλ στην Εγκυμοσύνη

Εισαγωγή

Ο αλκοολισμός ως εξάρτηση είναι μία παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Δεν υπάρχει ένα ξεχωριστό και ανεξάρτητο κίνητρο που ωθεί το άτομο στο να κάνει κατάχρηση του αλκοόλ. Αρκετοί θεωρούν ότι ένα άτομο καταναλώνει αλκοόλ επειδή πάσχει από κατάθλιψη, έχει οικονομικά προβλήματα ή για άλλους λόγους. Αν όμως αυτό ήταν αλήθεια, η άρση του αιτίου θα αρκούσε για αντιμετωπιστεί το πρόβλημα. Την θεώρηση αυτή λανθασμένα στήριζαν εκπρόσωποι της κλινικής Ιατρικής και της Ψυχολογίας – Κοινωνιολογίας στο παρελθόν βασιζόμενοι στην αρχή ότι η εξάρτηση αντιμετωπίζεται με την αντιμετώπιση των αιτιών που την προκαλούν (Μουζάς, 2005).

Όμως, κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Για παράδειγμα παρά την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, η οποία θεωρούνταν η αιτία της εξάρτησης, οι ασθενείς δεν μπορούσαν να διακόψουν την κατανάλωση του οινοπνεύματος, με όλες βέβαια τις αρνητικές συνέπειες που είχε αυτό (Μουζάς, 2005). Τα τελευταία έτη έχει αποδειχθεί ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ οφείλεται σε πολλά αίτια και ότι δεν υπάρχει ένας και μόνο παράγοντας που να προκαλεί την παθολογική αυτή κατάσταση. Πέραν όμως των διαφορετικών και ποικίλων προδιαθεσικών αιτιολογικών παραγόντων, υπογραμμίστηκε η σημασία και των παραγόντων που το κάνουν να παραμένει και να αναπαράγεται (Μουζάς, 2005).

3.1 Έλλειψη Προγεννητικής Φροντίδας

Η σχέση μεταξύ της πρόωρης γέννησης και της έλλειψης προγεννητικής φροντίδας είναι πολύ μεγάλη. Η προγεννητική φροντίδα μειώνει σε μεγάλο βαθμό τον πρόωρο τοκετό αν και οι καθοριστικοί παράγοντες που προκαλούν αυτή την κατάσταση δεν έχουν θεμελιωθεί επαρκώς (Al Riyami et al., 2013). Επίσης, η προγεννητική φροντίδα υγείας επιτρέπει τη διάγνωση και τη θεραπεία των διαταραχών της μητέρας, που μπορεί να προϋπήρχαν ή να αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της κύησης. Επιπρόσθετα, η προγεννητική φροντίδα στοχεύει στην παρακολούθηση της

αύξησης και της ανάπτυξης του εμβρύου και στον εντοπισμό ανωμαλιών που πιθανώς να παρεμποδίζουν την ομαλή πορεία του τοκετού. Επιπλέον, παρέχει την απαραίτητη εκπαίδευση και φροντίδα για την υποστήριξη της γυναίκας και της οικογένειάς της και για την εκμάθηση δεξιοτήτων γονεϊκότητας (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Ακόμη, η προγεννητική φροντίδα αποσκοπεί στην αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου και άλλων αποκλίσεων από το φυσιολογικό, με στόχο τη βελτίωση των εκβάσεων της κύησης. Έντονη έμφαση έχει δοθεί στην προληπτική φροντίδα, με κύριο στόχο την παρακίνηση των εγκύων στη διαχείριση της αυτοφροντίδας τους και στην αναφορά των σπανίως παρατηρούμενων μεταβολών στον ιατρό ή στο νοσηλευτή, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν ή να αποφευχθούν διάφορα προβλήματα κύησης. Στην ολιστική φροντίδα, οι νοσηλευτές παρέχουν πληροφόρηση και καθοδήγηση, όχι μόνο σχετικά με τις σωματικές μεταβολές, αλλά και σχετικά με την ψυχοκοινωνική επίδραση της κύησης στη γυναίκα και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Στόχοι της προγεννητικής φροντίδας είναι, ως εκ τούτου, η εξασφάλιση ασφαλούς τοκετού για το νεογνό και η προαγωγή της ικανοποίησης της μητέρας και της οικογένειας της σχετικά με την κύηση και την εμπειρία του τοκετού (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Όταν μια γυναίκα διαπιστώνει ότι είναι έγκυος είναι καλό να υποβάλλεται σε ορισμένες ιατρικές εξετάσεις και να κάνει ορισμένες επισκέψεις ελέγχου στον ιατρό. Οι τακτικές προγεννητικές επισκέψεις, που θα πρέπει να ξεκινούν σε σύντομο χρονικό διάστημα από την πρώτη απουσία της αναμενόμενης έμμηνης ρύσης, επιτρέπουν να εξασφαλισθεί η υγεία της μέλλουσας μητέρας και του εμβρύου της (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013). Ο σκοπός αυτών είναι, από τη μια πλευρά να διατηρήσει η μητέρα την καλύτερη κατάσταση υγείας ώστε να φέρει εις πέρας χωρίς προβλήματα την εγκυμοσύνη και να κάνει ένα υγιές παιδί, και από την άλλη ο γιατρός να αναγνωρίσει αμέσως πιθανές ανωμαλίες της εγκυμοσύνης ή να αποφύγει ορισμένες επιπλοκές που μπορούν να προβλεφθούν (Al Riyami et al., 2013).

Όλα αυτά γίνονται με μια πρώτη πολύ προσεκτική ιατρική εξέταση μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου μήνα της εγκυμοσύνης. Ακολουθούν μηνιαίες επισκέψεις στο ιατρό που θα είναι λιγότερο χρονοβόρες. Προς τον όγδοο μήνα, αντίθετα, αυτές οι επισκέψεις στο γιατρό θα γίνουν πιο συχνές, κάθε δυο εβδομάδες ή αν είναι αναγκαίο κάθε μία εβδομάδα (Al Riyami et al., 2013).

Κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης, ο μαιευτήρας θα πρέπει να λάβει ένα γενικό και πλήρες ιατρικό ιστορικό της ασθενούς με σκοπό να ανακαλύψει οποιοδήποτε γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη. Γι' αυτό ερευνά το παρελθόν της γυναίκας, δηλαδή συλλέγει το ιστορικό της π.χ. τον τύπο εργασίας που ακολουθεί ή τις συνήθειες της διατροφής της, δίνοντας μεγάλη σημασία στη γενική κατάσταση της υγείας της. Όσον αφορά την ιστορία της εγκύου, ανατρέχοντας στην ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρήσεως, ο ιατρός υπολογίζει την πιθανή ημερομηνία του τοκετού, έχοντας υπόψη του ότι ο κανονικός κύκλος κάνει λιγότερο απροσδιόριστη αυτήν την ημερομηνία (Al Riyami et al., 2013).

Εικόνα 5: Εξέταση της εγκύου από τον ιατρό



3.2 Βιολογικοί-Γενετικοί Παράγοντες

Σχετικές μελέτες που έγιναν όσο αφορά την κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των αλκοολικών ατόμων και των μη, δεν είχαν αποτέλεσμα σχετικά με τους βιολογικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα συγκεκριμένα άτομα. Στα μέσα του 1940 ερευνητές διατύπωσαν μια θεωρία που βασίζεται στον αλλεργικό παράγοντα των αλκοολικών κατά την βιολογική τους ανάπτυξη σχετικά με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Οι Robinson και Voegtlin (1952) απέρριψαν όλα τα παραπάνω ύστερα από την ανάρτηση δικών τους πειραμάτων (Τσαρούχας, 2000).

Μια παρόμοια αλληλεπίδραση μεταξύ των γενετικών και περιβαλλοντικών επιρροών συμβάλλει σε πολλές άλλες ιατρικές και ψυχιατρικές παθήσεις, και επομένως, μια ανασκόπηση αυτών των παραγόντων στον αλκοολισμό, προσφέρει ικανές πληροφορίες για τις σύνθετες γενετικές διαταραχές συνολικά. Τα κυρίαρχα ή υπολειπόμενα γονίδια, αν και σημαντικά, εξηγούν μόνο σχετικά σπάνιες καταστάσεις. Οι περισσότερες διαταραχές έχουν κάποιο επίπεδο γενετικής προδιάθεσης που αφορά συνήθως μια σειρά διαφορετικών γενετικά επηρεασμένων χαρακτηριστικών, κάθε ένα από τα οποία αυξάνει η μειώνει τον κίνδυνο κάποιας διαταραχής (www.kefide.gr).

Ο κλάδος της επιστήμης έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με την κληρονομικότητα και τα αποτελέσματα που η ίδια μπορεί να φέρει στα άτομα εκείνα που καταναλώνουν αλκοόλ. Πολλές μελέτες προσπαθούν να αποδείξουν ότι οι βιολογικοί γονείς αποτελούν πρότυπα των παιδιών με μεγάλο ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ και με τους οποίους δεν σχετίζονται πλέον αλλά αυτή η μελέτη δεν είναι τόσο αποτελεσματική, εξαιτίας της έλλειψης δειγμάτων που υπάρχουν (Ποταμιάνος, 1991).

Ωστόσο, σχετικά με την μελέτη Goodwin et al, την περίοδο 1973, αναφέρθηκε στην περίπτωση του βιολογικού πατέρα με υιοθετημένα παιδιά που φέρνει τον τίτλο “αλκοολικός”, ο οποίος ήταν υπεύθυνος για τον μεγάλο αριθμό αλκοολικών παιδιών που παρουσιάστηκαν σε αντίθεση με τον πατέρα που δεν ήταν αλκοολικός. Συμπερασματικά λοιπόν, απ’ όσα αναφέρθηκαν διεξάγεται το συμπέρασμα ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο όσο αφορά τον κίνδυνο κατανάλωσης αλκοόλ τόσο των ατόμων αυτών όσο και μιας εγκύου που θα μπορούσε να βρεθεί σε μια παρόμοια κατάσταση (Ποταμιάνος, 1991).

Επιστήμονες αναζητούν μηχανισμούς που συνδέονται με τις βιολογικές λειτουργίες και την ανθρώπινη συμπεριφορά. Το αλκοόλ επιφέρει πολλούς κινδύνους στον ανθρώπινο οργανισμό ενώ παρουσιάζει ειδικό βιολογικό και γενετικό υπόβαθρο. Με άλλα λόγια , το αλκοόλ προκαλεί αντίδραση με όλους τους υποδοχείς του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Αυτοί οι υποδοχείς είναι :

1. Σεροτίνη
2. Νικοτίνη Γ
3. Αμινοβουτιρικό οξύ
4. Γλουταμίνη
5. Οπιοειδείς υποδοχείς

Η δράση της ντοπαμίνης που είναι υπεύθυνη για την ευχαρίστηση και η δράση της σεροτονίνης, η οποία λειτουργεί ως παυσίπονο στον οργανισμό, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και το αίσθημα αναζήτησής του όσο αφορά το μεγαλύτερο μέρος του εγκεφάλου (Hopfer et al, 2005).

Ύστερα από την λήψη αιθανόλης, εγκεφαλική αντίδραση μπορεί να προκληθεί από την δράση γλουταμίνης και την δράση αμινοβουτιρικού οξέος, η οποία με την σειρά της δημιουργεί μεγάλες ψυχωσωματικές αλλαγές. Τέτοιες αλλαγές μπορεί να είναι χαλάρωση των μυών, ροή του λόγου, ελάττωση του άγχους και η υπνηλία ενώ η δράση του αμινοβουτιρικού οξέος όσο αφορά την μεγάλη διάρκεια κατανάλωσης αλκοόλ, μπορεί να δημιουργήσει αλλαγές στα ποσοστά άγχους και στην ανοχή του οργανισμού από το αλκοόλ. (Mc Bride et al,1990). Επιπλέον η εξάρτηση από το αλκοόλ, η ανοχή και το σύνδρομο στέρησης ως βιολογικά χαρακτηριστικά δρουν αποτελεσματικά στην δημιουργία νευρικής σύναψης του κεντρικού νευρικού συστήματος στα άτομα που καταναλώνουν τεράστιες ποσότητες αλκοόλ κατά την διάρκεια όλων των χρόνων της ζωής τους (Spanagel, 2003).

Η ευαισθησία στο αλκοόλ και στην δημιουργία εξάρτησής του οφείλονται κατά κύριο λόγο στις γενετικές διαφορές. Επομένως σε μια έγκυο γυναίκα μπορεί να προκληθούν πολλοί κίνδυνοι τόσο για την υγεία της ίδιας όσο και του μωρού που η ίδια κυοφορεί. Η προκατάληψη πως το αλκοόλ σχετίζεται αποκλειστικά με την κληρονομικότητα ανήκει στο παρελθόν αφού πολλοί είναι οι παράγοντες κινδύνου που

μπορεί να προκληθούν και κυρίως σε μια γυναίκα κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης της στους 9 μήνες (Spanagel, 2003).

3.3 Κοινωνικοί Παράγοντες

Το αλκοόλ αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό της σημερινής κοινωνίας εξαιτίας της διαμόρφωσης της σύγχρονης οικογένειας, της εργασίας καθώς και της ίδιας της κοινωνίας. Για παράδειγμα κοινωνικά προβλήματα που απασχολούν σε μεγάλο βαθμό την κοινωνία και ιδιαίτερα τους νέους όπως είναι η ανεργία, η υγεία, η παιδεία και τα αδιέξοδα των νέων ατόμων για εύρεση εργασίας και ενός καλύτερου μέλλοντος συχνά οδηγούν στην κατανάλωση αλκοόλ τόσο των ανθρώπων αυτών όσο και της εγκύου που βρίσκεται σε μια κρίσιμη περίοδο, αφού αδιαφορούν για τον κοινωνικό τους ρόλο (Ποταμιάνος, 1991).

Πολλών ειδών παράγοντες είναι εκείνοι που οδηγούν στην κατανάλωση αλκοόλ. Πρώτα απ' όλα ένας απ' αυτούς είναι η διαδικασία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ, όπου όσο καταναλώνεται μεγάλη ποσότητα τόσο μεγάλο θα είναι και το ποσοστό αλκοολισμού που θα δημιουργείται. Επίσης, ένας ακόμη παράγοντας σχετίζεται με την τιμή κόστους, το νομικό πλαίσιο που επιτρέπει την χρήση αλκοόλ και κατά πόσο είναι εφικτή η κατανάλωση του από την ευρύτερη κοινωνία. Με άλλα λόγια όσο πιο φθινό είναι τόση μεγαλύτερη κατανάλωση θα επιφέρει συγκριτικά με άλλες ουσίες, όπως είναι τα ναρκωτικά που διώκονται ποινικά από τον νόμο και δεν είναι καθόλου εύκολη η πρόσβασή τους (Ποταμιάνος, 1991).

Επιπλέον τα ήθη και έθιμα βοηθούν σε μεγάλο βαθμό να καταναλώνονται ποσότητες αλκοόλ. Για παράδειγμα αν ένας τύπος παράγει προϊόν που επιφέρει αλκοόλ, αν το οινόπνευμα είναι οικονομικό και η πρόσβαση στο αλκοόλ είναι εφικτή τότε το άτομο έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να καταναλώσει αλκοόλ. Δηλαδή όσο μειωμένη είναι η τιμή στο αλκοόλ, τόσο μεγαλύτερα ποσοστά θα παρατηρούνται στην κατανάλωσή του (Τούντας Γ. , 2000)

Επιπρόσθετα ένας ακόμη παράγοντας σχετίζεται με τον κοινωνικό περίγυρο και τα κοινωνικά στερεότυπα που δημιουργούνται κυρίως απέναντι στους νέους, η γνώμη των οποίων επηρεάζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό ιδίως στις μέρες μας εξαιτίας της ανασφάλειας και της χαμένης ελπίδας τους. Ευάλωτοι οι νέοι και δημιουργώντας άγχος και ανησυχία στους ίδιους τους εαυτούς τους, προκειμένου να ενταχθούν στα κοινωνικά σύνολα και να μην αισθανθούν την απόρριψη του υπόλοιπου κοινωνικού περιγυρου (πχ. κοινωνικές εκδηλώσεις, συντροφικότητα, παρέα) συχνά τους εντάσσει στην κατανάλωση αλκοόλ προκαλώντας επιπτώσεις στην υγεία τους (Ποταμιάνος, 1991).

Οι νέοι επίσης στις μέρες μας εξαιτίας της συχνότητας εξόδων και της διάθεσης για περισσότερη διασκέδαση, συχνά οδηγούνται σε υπερβολική πολλές φορές χρήση αλκοόλ χωρίς να σκέφτονται τους κινδύνους που αυτό διατρέχει. Γι' αυτό η κοινωνία παίζει σημαντικό ρόλο στο αν τα άτομα είναι σε θέση να καταναλώνουν αλκοόλ και να αποτελεί μια επιτρεπτή κατάσταση. Αν για παράδειγμα δεν λαμβάνονται μέτρα προστασίας και δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι κανονισμοί, τα άτομα θα γίνονται πιο ευάλωτα στην χρήση αλκοόλ (Τούντας Γ., 2000).

Σημαντικός παράγοντας κατανάλωσης αλκοόλ αποτελεί κυρίως στις μέρες μας, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Πιο χαρακτηριστικά, επιδιώκουν στην διαδικασία περισσότερων πωλήσεων των προϊόντων που θα τους επιφέρει κέρδος και θα τους εξυπηρετήσει συμφέροντα. Γι' αυτό οι νέοι επηρεαζόμενοι από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και γενικότερα από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης υιοθετούν και συμπεριφορές που διαμορφώνονται μέσω των προτύπων που προβάλλει η διαφήμιση (Ποταμιάνος, 1991).

Τέλος η χρήση αλκοόλ, οι λόγοι που την οδηγούν καθώς και οι επιπτώσεις που μπορεί να φέρει στον ανθρώπινο οργανισμό παρουσιάζονται μέσω διαφόρων παραγόντων, οι οποίοι μπορεί να είναι είτε κοινωνικοί όπως προαναφέρθηκαν είτε ψυχολογικοί, γι' αυτό θα μπορούσαν να συσχετιστούν μεταξύ τους οι δύο αυτοί παράγοντες (Λυκούρας Λ. και άλλοι, 2007).

3.4 Εργασιακές Συνθήκες της Εγκύου

Το στρες κατά τη διάρκεια της κύησης, που πηγάζει από το εργασιακό περιβάλλον, ωθεί τις εγκύους στην κατάχρηση του αλκοόλ. Το στρες στις έγκυες γυναίκες συχνά εμφανίζεται λόγω των πολλαπλών ρόλων που καλούνται να παίξουν, μεταξύ των οποίων και η αντιμετώπιση των επαγγελματικών ευθυνών που έρχονται σε σύγκρουση με την γονεϊκότητα και το ρόλο τους στο σπίτι. Οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης, νιώθουν ότι έχουν ελάχιστες δυνατότητες να ελέγξουν το καθημερινό τους περιβάλλον. Πολλές γυναίκες τελικά αντεπεξέρχονται στις εναλλαγές των ρόλων τους (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Ωστόσο, το υπερβολικό στρες ή τα υψηλά επίπεδα συνεχούς στρες ενεργοποιούν σωματικές αντιδράσεις όπως η ταχυκαρδία, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η αργή πέψη, η απελευθέρωση επιπλέον νευροδιαβιβαστών και ορμονών, η ένταση των μυών και η αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος. Συνεπώς, το συνεχές στρες μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση κλινικών νόσων, όπως οι εξάρσεις της αρθρίτιδας ή του άσθματος, συχνά κρυολογήματα ή λοιμώξεις, γαστρεντερικές διαταραχές, καρδιαγγειακά προβλήματα και υπογονιμότητα. Ψυχολογικά σημεία, όπως η ευερεθιστότητα, οι διατροφικές διαταραχές, η κατάθλιψη, η αυπνία και η κατάχρηση του αλκοόλ, σχετίζονται επίσης με το άγχος (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Το στρες κατά την διάρκεια της κύησης οφειλόμενο στην εργασία, που μπορεί να οδηγήσει τις εγκύους στην κατάχρηση αλκοόλ, σχετίζεται με μια μεγάλη σειρά διαταραχών που μπορούν να προκληθούν στη μέλλουσα μητέρα και στο έμβρυο που κυοφορεί. Τα τελευταία τριάντα χρόνια η ανάπτυξη των ερευνών για να προσδιορίσουν τις παραμέτρους συσχέτισης μεταξύ στρες και άγχους ανάμεσα στην έγκυο και το βρέφος έχουν αυξηθεί. Πράγματι μια μελέτη που δημοσιεύτηκε το 1992 από την Δρ. Christine Dunkel-Schett και τη Susan Scrimshaw Ph.D, βρήκε ότι οι γυναίκες που υποφέρουν από άγχος κατά την περίοδο της κύησης είχαν πολλές πιθανότητες να γεννήσουν ένα πρόωρο ή λιποβαρές βρέφος (www.iatronet.gr).

Σε μια άλλη ενδιαφέρουσα και πρωτότυπη μελέτη που διεξήχθη από τον Dr. James McCubbin, Phd και από άλλους ερευνητές του Πανεπιστημίου Ιατρικής Kentucky, η πίεση του αίματος στις εγκυμονούσες γυναίκες μετρήθηκε πριν από στρεσογόνα κατάσταση. Όλες οι γυναίκες είχαν κανονική πίεση αίματος πριν από τη διεργασία. Αυτή η έρευνα του 1996 αποδεικνύει ότι οι γυναίκες με πολύ αναπτυγμένη

την διαστολική πίεση είχαν περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν πρόωρα παιδιά ή βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης. Οι μελετητές υπολόγισαν ότι υψηλά επίπεδα ορμονών σε συνδυασμό με το στρες, μπορούν να επηρεάσουν την πίεση της μητέρας και την εμβρυική πρόοδο και ανάπτυξη. Έρευνες σαν αυτή δηλώνουν ότι μπορεί να υπάρξει πιθανότητα να αναγνωριστούν οι ομάδες των γυναικών που μπορεί να έχουν τον κίνδυνο να γεννήσουν πρόωρα νεογνά ή νεογνά με έλλειψη βάρους και προάγουν τεχνικές χαλάρωσης για να βοηθήσουν στη μείωση του άγχους (www.iatronet.gr).

Οι κίνδυνοι στο εργασιακό περιβάλλον, συμβάλλουν στην κακή υγεία της εγκύου και του εμβρύου. Οι κίνδυνοι του εργασιακού περιβάλλοντος, μπορούν να επηρεάσουν τη γονιμότητα, την εμβρυϊκή ανάπτυξη, τη γέννηση ζωντανού νεογνού καθώς και τη μελλοντική νοητική και σωματική ανάπτυξη του παιδιού. Οι έγκυες γυναίκες κινδυνεύουν στο εργασιακό περιβάλλον, από επικίνδυνες ουσίες όπως είναι το αλκοόλ, ο καπνός, το μονοξείδιο του άνθρακα, τα αιωρούμενα σωματίδια (σκόνη, στάχτη και άσβεστος), τα καθαριστικά διαλυτικά μέσα, τα εντομοκτόνα, τα χημικά πρόσθετα αλλά και από την ηχορύπανση (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Οι εγκυμονούσες εργάτριες, αντιμετωπίζουν κινδύνους που απειλούν την ασφάλεια και την υγεία τους λόγω των κακών συνθηκών εργασίας και του στρες. Οι εκτιμήσεις των κινδύνων του εργασιακού περιβάλλοντος, προς τις έγκυες γυναίκες θα πρέπει να συνεχιστούν προκειμένου να αναγνωριστούν και να κατανοηθούν τα εργασιακά προβλήματα που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία των εγκύων (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

3.5 Ψυχολογικοί Παράγοντες

Η διαδικασία διαμόρφωσης της προσωπικότητας του ατόμου και οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία του αυξάνουν το ενδιαφέρον των ερευνητικών ψυχολόγων κυρίως τα τελευταία χρόνια (Ποταμιάνος, 1991). Είναι δύσκολο να αποδοθεί η αλκοολική συμπεριφορά σε μια ενιαία, αυτόνομη, ψυχοπαθολογική δομή, δύσκολα γίνεται δεκτή και η ύπαρξή της ονομάζεται αλκοολική προσωπικότητα. Τα περισσότερα άτομα όπως και οι έγκυες που είναι αδύναμες μπορούν πιο εύκολα να επηρεαστούν από το αλκοόλ. Παράγοντες που συμβάλλουν στην κατανάλωση αλκοόλ είναι η παρορμητικότητα , οι δυσκολίες στην σεξουαλική ταυτοποίηση, το αίσθημα

μοναξιάς, η ανασφάλεια, η μελαγχολία κατά την διάρκεια κύησης σκεπτόμενη τι αλλαγές θα επιφέρει στην ζωή της εγκύου. Έτσι λοιπόν, είναι εύκολο να καταφεύγουν τα άτομα στο αλκοόλ θεωρώντας πως μ αυτόν τον τρόπο βοηθούν τον εαυτό τους. Για παράδειγμα το ρούφηγμα αλκοόλ αντικαθιστά το ρούφηγμα γάλακτος από το μητρικό μαστό, δείγμα συναισθηματικής ανωριμότητας. Ιδιαίτερα, τα άτομα αυτά έχουν την τάση να πιστεύουν ότι το αλκοόλ θα τους μειώσει το άγχος, θα βρίσκονται στην θέση να πραγματοποιήσουν στόχους και να αναπτύξουν κοινωνικές σχέσεις (Μουζιάς, 2005).

Ιδιαίτερα στην σημερινή εποχή εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ έχουν γίνει μελέτες , οι οποίες διεξάγουν κάποιους από τους ψυχολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν σημαντικά στη ζωή των ανθρώπων αυτών. Πρώτος και πιο σημαντικός από αυτούς είναι το καθημερινό άγχος-στρες, το οποίο κάθε άτομο αδυνατεί να διαχειριστεί η να το αποβάλλει. Αυτό οφείλεται ιδίως στους αυξανόμενους ρυθμούς όπου η σημερινή κοινωνία καλείται να ζήσει, στον σχηματισμό αρνητικών συναισθημάτων που η ίδια προκαλεί, όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη, η κοινωνική φοβία και η μη εσωτερίκευση προσωπικών συναισθημάτων (Μουζιάς, 2005).

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, το άτομο αδυνατεί να επικοινωνήσει με τον περίγυρο και να αναζητήσει ψυχολογική υποστήριξη για αυτό κλείνεται στον εαυτό του. Έτσι θεωρεί ότι η καλύτερη λύση στο πρόβλημά του είναι το αλκοόλ αγνοώντας τις επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει στην υγεία του οργανισμού του. Επιπρόσθετα, η κακή διαχείριση των συναισθημάτων του (πχ. αυπνία, φοβία, δυσφορία, άγχος) από το άτομο και η έλλειψη φροντίδας του εαυτού του μπορεί να τον οδηγήσουν συχνά σε διαταραχές της προσωπικότητας, με αποτέλεσμα να αναζητά καταφύγιο στο αλκοόλ ως ψυχοφάρμακο (Μουζιάς, 2005).

Το αλκοόλ επίσης μειώνει τον ψυχολογικό πόνο και την νευρικότητα που πιθανόν να έχει το άτομο και γι' αυτό πιστεύει πως είναι χρήσιμο στο να αντιμετωπιστούν οι καθημερινές τους δυσκολίες και να τους προσφέρουν στιγμές χαλάρωσης. Όμως τα αρνητικά συναισθήματα και η νευρικότητα μπορεί να αυξηθούν με την ροή αλκοόλ στον οργανισμό κάποιες φορές κυρίως όταν αυτή εντοπίζεται σε μεγάλη ποσότητα. Αντίθετα μπορεί να είναι αποτελεσματική σε μικρή έως μέτρια δόση στον οργανισμό του ανθρώπου (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α., 2005).

Εικόνα 6: Κατανάλωση αλκοόλ από έγκυο γυναίκα



3.6 Πολιτισμικοί Παράγοντες

Οι πολιτισμικοί παράγοντες που προκαλούν κινδύνους στην υγεία των ανθρώπων εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ, συχνά πηγάζουν από στοιχεία που έχουν μελετηθεί μέσω κοινωνικών ομάδων σχετικά με την ήπια έως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Οι παράγοντες αυτοί είναι υπαίτιοι τουλάχιστον για το 40% των επιπτώσεων του αλκοόλ στον πληθυσμό (Λύκουρας Α. και άλλοι, 2007).

Η κατανάλωση αλκοόλ απαγορεύεται σε πολλές κοινωνίες εξαιτίας των θρησκευτικών πεποιθήσεων και απόψεων που σχετίζονται με αυτό. Αυτό συμβαίνει ωστόσο κυρίως στη μουσουλμανική κοινότητα. Αντίθετα όσο αφορά εθνικές ομάδες όπως για παράδειγμα την εβραϊκή κοινότητα, επιτρέπεται η χρήση αλκοόλ εφόσον και μόνο είναι περιορισμένη. Σημαντικός παράγοντας σ αυτό αποτελεί η συμβολή της οικογένειας ενώ δεν παραλείπεται το γεγονός ότι τυχόν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ διώκεται ποινικά στην περίπτωση αυτή (Τσαρούχας, 2000).

Οι Ιρλανδοί επίσης με την σειρά τους καθώς και οι χώρες των Η.Π.Α είναι γνωστό πώς χαρακτηρίζονται από τα μεγάλα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ. Γι' αυτό ακόμη και οι γονείς που δεν είναι χρήστες θα μπορούσαν να έχουν παιδιά με χρήση αλκοόλ χωρίς να ακολουθούν τα πρότυπα των γονέων τους. Επιπρόσθετα σε χώρες όπως η Ιταλία και η Γαλλία, η κατανάλωση αλκοόλ είναι επιτρεπτή ακόμη και σε πιο μικρές ηλικίες. Ωστόσο, δε θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως χώρες που επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του οργανισμού των ατόμων που κατοικούν σ αυτές (Τσαρούχας, 2000).

Στην Ελλάδα ειδικότερα τα πιο υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ διακρίνονται μεταξύ των νέων αλλά και μεγαλύτερης ηλικίας. Στη διάρκεια μεταξύ των ετών 2006-2010 όπως καταγράφεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η χρήση αλκοόλ είναι ιδιαίτερα αυξημένη ενώ δεν παραλείπονται οι χώρες Κίνα και Ινδία. Αντίθετα, η Ευρώπη και η Αφρική σημείωσε μέτρια έως καλή χρήση του (Τσαρούχας, 2000).

Επιπρόσθετα ο Ιουδαϊσμός θέτει κάποιους όρους σχετικά με την χρήση του αλκοόλ. Ωστόσο υπάρχουν και κοινωνίες όπου η κατανάλωση αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή αλλά τα ποσοστά κατάχρησης είναι σπάνια. Καθημερινή χρήση αλκοόλ παρατηρείται στις μεσογειακές χώρες συνδυαστικά με την καθημερινή τροφή ενώ στις χώρες Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης παρατηρούνται μεγάλα ποσοστά αλκοόλ. Η κοινωνικά αποδεκτή θέση του αλκοόλ μπορεί να θέσει ακόμη και τα παιδιά στην κατάχρηση αλκοόλ παρόλο που οι γονείς απέχουν απ' αυτήν (Τσαρούχας, 2000).

3.7 Κάπνισμα

Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει μία πληθώρα βλαβερών επιπτώσεων στο έμβρυο. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει 68.000 τοξικές ουσίες, όπως νικοτίνη, μονοξειδίο του άνθρακα, υδροκυάνιο, κάδμιο, μόλυβδο και αρσενικό, που μεταφέρονται με την κυκλοφορία του αίματος της μητέρας μέσω του πλακούντα στο έμβρυο (www.siozos.com). Το κάπνισμα είναι σημαντικός παράγοντας για πρόωρο τοκετό, και στην περίπτωση που δεν μπορεί να σταματήσει τελείως αυτή η νοσηρή συνήθεια, θα πρέπει να μειωθεί σημαντικά. Ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται από την έγκυο δεν πρέπει να ξεπερνά τα τρία ημερησίως. Διαφορετικά, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για το έμβρυο να γεννηθεί πρόωρα (Dietz et al., 2010).

Κατά την εγκυμοσύνη, οι συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος για την αγέννητη ζωή είναι δραματικές. Η ανεπανόρθωτα βλαπτική επίδραση του αλκοόλ και του καπνίσματος αποδεικνύεται σε κάθε στάδιο της εγκυμοσύνης, όπου η φάση της οργανογένεσης είναι και η πιο ευαίσθητη περίοδος. Εκτός από την υψηλή συχνότητα εμφάνισης παραμορφώσεων όλων των οργάνων, λόγω της χρήσης αλκοόλ και καπνού στην εγκυμοσύνη, μπορεί να εμφανιστεί βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος και ψυχο-πνευματική καθυστέρηση κατά την παιδική ηλικία (Thäle V et al., 2011).

Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη οδηγεί επίσης σε επιβλαβείς επιδράσεις, με την ενδομήτρια επιβράδυνση της ανάπτυξης του εμβρύου να είναι η κύρια παθολογία που προκαλείται από το κάπνισμα. Οι βλάβες που προκαλούνται από το κάπνισμα και το αλκοόλ για την αγέννητη ζωή είναι μη αναστρέψιμες χωρίς θεραπευτικές επιλογές.

Η μόνη θεραπεία είναι η πρόληψη, η οποία σημαίνει πλήρη παύση του αλκοόλ και το καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη (Thäle V et al., 2011).

Σε πρόσφατη έρευνα που έγινε στην Ελβετία όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη έδειξαν ότι αν και η κατανάλωση αλκοόλης και το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορούν να έχουν επικίνδυνα αποτελέσματα στα εκτεθειμένα παιδιά, ορισμένες έγκυες γυναίκες παρόλα αυτά συνεχίζουν να καταναλώνουν οινοπνευμα και νικοτίνη. Ερευνήθηκε εάν οι παθολόγοι και οι μαίες στην Ελβετία ρωτούν τις έγκυες γυναίκες για τις συνήθειές τους σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλης και καπνίσματος. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για να αξιολογήσει εάν οι έγκυες γυναίκες εξετάστηκαν για την κατανάλωση οινοπνεύματος και νικοτίνης από τους παθολόγους ή τις μαίες. Τα στοιχεία 368 γυναικών συμπεριλήφθηκαν στις αναλύσεις. Το 30,0% εξέθεσε τη κατανάλωση οινοπνεύματος τουλάχιστον μία φορά το μήνα μετά την αναγνώριση της εγκυμοσύνης, το 2,2% αναφέρει απλά κατανάλωση και το 10,1% ήταν καπνίστριες (University of Basel, Switzerland).

Σε μελέτη των William P. Fifer και άλλων, που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό περιοδικό Development Psychobiology το έτος 2009, ερευνήθηκε το κατά πόσο η προγεννητική έκθεση στο κάπνισμα και το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (SIDS). Οι φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με αυτές τις εκθέσεις δεν είχαν μελετηθεί καλά μέχρι τότε. Τελειόμηνα νεογνά ελέγχθηκαν σε αυτή τη μελέτη, εντός των πρώτων 3 ημερών της ζωής τους. Ως υπόθεση της μελέτης, ορίστηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ και / ή το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα άλλαζε τη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος των βρεφών (William P. Fifer, et al. 2009).

Τα νεογνά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν χαμηλότερη μεταβλητότητα του ρυθμού καρδιακής συχνότητας σε ήρεμο ύπνο. Τα βρέφη των οποίων οι μητέρες κατανάλωναν αλκοόλ είχαν χαμηλότερη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού, αλλά μόνο σε ενεργό ύπνο. Τα μη εκτεθειμένα βρέφη έδειξαν αύξηση στην καρδιακή συχνότητα με κλίση προς τα πάνω και μείωση της καρδιακής συχνότητας με κλίση προς τα κάτω, αλλά τα βρέφη που είχαν εκτεθεί στο κάπνισμα και τα αλκοόλ δεν έδειξαν σημαντικές απαντήσεις. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η αυτόνομη λειτουργία των βρεφών μεταβάλλεται από την

προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ και το κάπνισμα. Αυτοί οι δείκτες μπορούν να παρέχουν έγκαιρη αναγνώριση των βρεφών που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (William P. Fifer, et al. 2009).

Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η περίοδος της εγκυμοσύνης έχει μεγάλη βαρύτητα για βλαβερές συνέπειες στην υγεία από την έκθεση στον καπνό. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρείται ότι ευθύνεται για το 20-30% των παιδιών που γεννιούνται με χαμηλό βάρος, για το 14% των πρόωρων τοκετών και για το 10% των νεογνικών θανάτων (www.iatronet.gr).

Οι έγκυες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να σταματούν το κάπνισμα. Αν αυτό είναι αδύνατον, πρέπει τουλάχιστον να μειώσουν δραστικά τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν καθημερινά και την ποσότητα της νικοτίνης που αυτά περιέχουν. Όσο νωρίτερα στην κύηση σταματήσει η έγκυος το κάπνισμα, τόσο το καλύτερο για το μωρό της (www.siozos.com).

Πρέπει να τονιστεί ότι πολυάριθμες μελέτες έχουν αποδείξει τη βλαπτική επίδραση ακόμα και του παθητικού καπνίσματος στην κύηση. Δηλαδή, ακόμα και αν η έγκυος δεν καπνίζει η ίδια, αρκεί να βρίσκεται σε περιβάλλον με καπνό, ώστε να επηρεαστεί από τις τοξικές ουσίες. Γι' αυτό έχει μεγάλη σημασία να μην καπνίζει ούτε ο σύντροφος της εγκύου (www.siozos.com).

Εικόνα 7: Η συνέπεια του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Επιπτώσεις της Κατανάλωσης Αλκοόλ κατά την Διάρκεια της Κήσης

4.1 Ανάπτυξη του Εμβρύου και Αποτέλεσμα της Κήσης

Προωρότητα Νεογνού

Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι η χρήση οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αποβολής, χαμηλού βάρους γέννησης αλλά και πρόωρου τοκετού (Beth A. Bailey et al., 2011). Η συχνότητα προωρότητας εξαιτίας της κατανάλωσης του αλκοόλ, έχει προκαλέσει αρκετές διαφωνίες. Υποστηρίζεται ότι οι έγκυες που κάνουν κατάχρηση του αλκοόλ εμφανίζουν υψηλό ποσοστό προωρότητας νεογνού. Έρευνα έχει δείξει ότι το ποσοστό προωρότητας είναι τριπλάσιο ανάμεσα στις γυναίκες που έπιναν δύο ή πιο πολλά ποτά την ημέρα. Αντίθετα έρευνες στην Αυστραλία και την Αμερική έδειξαν ότι δεν υπάρχει καμία επίδραση (McCarthy et al., 2013).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, υπάρχουν σχεδόν μισό εκατομμύριο πρόωρες γεννήσεις κάθε χρόνο, ή αλλιώς το 12,1% όλων των γεννήσεων. Τα μωρά που γεννήθηκαν πριν από το χρονικό διάστημα των 37 εβδομάδων μπορούν να ταξινομηθούν ως ελαφρώς πρόωρα (32 έως 36 εβδομάδες) και εξαιρετικά πρόωρα (λιγότερο από 32 εβδομάδες) (Martin et al., 2003).

Σχεδόν δύο δωδεκάδες δημοσιευμένες μελέτες εξέτασαν τη δυνητική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της πρόωρης γέννησης και ο ισχυρισμός ότι πράγματι υπάρχει μία σχέση μεταξύ τους είναι αμφιλεγόμενος (Bailey and Sokol, 2008).

Πολλές μελέτες υπέφεραν από μεθοδολογικές αδυναμίες, συμπεριλαμβανομένου του μικρού μεγέθους δείγματος, αδυναμία επαρκούς ελέγχου για συγχυτικούς παράγοντες, ανεπαρκούς αξιολόγησης της έκθεσης σε οινόπνευμα και αναξιόπιστης χρονολογικής σειράς (δηλαδή με τη χρήση ημερομηνιών έμμηνου κύκλου παρά με χρονολόγηση υπερήχων) και συνεπώς οι περισσότερες δεν ανέφεραν καμία σημαντική σχέση μεταξύ της προγεννητικής έκθεσης σε αλκοόλ και της πρόωρης γέννησης (Bailey and Sokol, 2008).

Δύο μελέτες που επικεντρώνονταν κυρίως σε υπερηχογραφήματα που γίνονταν σε εγκύους και ελέγχονταν για πολλούς δυνητικά συγχυτικούς παράγοντες, έδειξαν αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, ο οποίος σχετίζεται με την προγεννητική έκθεση σε αλκοόλ (Kesmodel et al., 2000, O'Leary et al., 2009). Σε μια άλλη μελέτη, η κατανάλωση 10 ή περισσότερων ποτών την εβδομάδα συσχετίστηκε με σχεδόν τριπλάσια αύξηση του κινδύνου γέννησης πριν από τις 37 εβδομάδες. Η κατανάλωση αλκοόλ με χαμηλότερα ποσοστά δεν συσχετίστηκε σημαντικά με την πρόωρη γέννηση (Kesmodel et al., 2000).

Στη πληθυσμιακή μελέτη κοόρτης των CM O'Leary και άλλων, η οποία διεξήχθη το 2009 στη Δυτική Αυστραλία και δημοσιεύτηκε το ίδιο έτος στο επιστημονικό περιοδικό *Epidemiology*, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ της προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ με το βάρος γέννησης νεογνού αλλά με τον κίνδυνο εμφάνισης πρόωρης γέννησης (O'Leary et al., 2009).

Η μελέτη αυτή, αφορούσε ένα τυχαίο δείγμα (10%) γεννήσεων και περιορίστηκε σε μη αυτόχθονες γυναίκες που είχαν γεννήσει μόνο ένα βρέφος (n=4.719) κατά τα έτη 1995-1997. Ο αντίκτυπος της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη για την εμβρυϊκή ανάπτυξη και για την πρόωρη γέννηση αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας, ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης και προσαρμόστηκε για συγχυτικούς παράγοντες. Ακόμη οι σχετικοί λόγοι πιθανοτήτων, το 95% διάστημα εμπιστοσύνης και ο κίνδυνος που αποδίδεται στο πληθυσμό υπολογίστηκαν (O'Leary et al., 2009).

Το ποσοστό των νεογνών με μικρό μέγεθος για την ηλικία κύησης (SGA) και η πρόωρη γέννηση αυξήθηκαν με υψηλότερα επίπεδα προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ. Τα χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ, προγεννητικά δεν συσχετίστηκαν με τον πρόωρο τοκετό. Ωστόσο, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ οδήγησε σε διπλάσια έως τριπλάσια αύξηση του κινδύνου για προωρότητα (O'Leary et al., 2009).

Όσον αφορά, την ομάδα γυναικών που σταμάτησε να πίνει αλκοόλ, πριν το δεύτερο τρίμηνο κύησης, η πρόωρη γέννηση συσχετίστηκε μη ήπια και υψηλότερα επίπεδα προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ. Αυτή η ομάδα γυναικών, ήταν πολύ πιο πιθανό να γεννήσει ένα πρόωρο βρέφος, σε σχέση με όσες γυναίκες απέφυγαν το αλκοόλ (OR 1.73 [95% CI 1.01-3.14]), ($p < 0.05$) (O'Leary et al., 2009).

Δύο άλλες μελέτες με μεγάλα δείγματα, επαρκή έλεγχο για συγχυτικούς παράγοντες και αξιόπιστη αξιολόγηση της έκθεσης σε αλκοόλ και της χρονολογικής περιόδου, εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της προγεννητικής έκθεσης σε αλκοόλ και των διαφορετικών επιπέδων προωρότητας. Οι Adams και οι συνάδελφοί του (1995) εξέτασαν τους παράγοντες κινδύνου πρόωρης γέννησης μεταξύ μιας κοόρτης γυναικών που υπηρετούν στο στρατό (Adams MM et al., 1995).

Παρόλο που η ηλικία κύησης κατά τη γέννηση δεν αποκτήθηκε καθολικά μέσω υπερηχογραφικής εξέτασης, ήταν η διαθέσιμη μέθοδος για τις περισσότερες γυναίκες. Η κατανάλωση οινοπνεύματος κατά την είσοδο στην περίοδο της προγεννητικής φροντίδας συνδέθηκε με σημαντική αύξηση της ακραίας πρόωρης γέννησης (29-32 εβδομάδες κύησης) (Adams MM et al., 1995).

Ο Sokol και οι συνάδελφοί του (2007) διενήργησαν κατά τα έτη 1986-1999 στην Αμερική προοπτική διαχρονική μελέτη, μεγάλης κλίμακας σε 3.130 γυναίκες για τη χρήση ουσιών εγκυμοσύνης, με χρονολογημένες εγκυμοσύνες επιβεβαιωμένες μέσω υπερηχογραφήματος. Στόχος αυτής της προοπτικής μελέτης, ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ της χρήσης αιθυλικής αλκοόλης, κοκαΐνης και τσιγάρων κατά την διάρκεια της κύησης από την μητέρα, με την ήπια και ακραία πρόωρη γέννηση (Sokol RJ et al., 2007).

Συλλέχθηκαν από τις εγκύους, μέσω ερωτηματολογίων κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά δεδομένα αλλά και η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (Hart et al., 1990). Η χρήση της αλκοόλης από τις εγκύους, προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας μία προσέγγιση παρακολούθησης της γραμμής χρόνου που αναπτύχθηκε και επικυρώθηκε από τους Sokol και άλλους (1983). Η χρήση των ουσιών, εντοπίστηκε μέσω αυτοαναφοράς των εγκύων και επιβεβαιώθηκε με τοξικολογική εξέταση ούρων. Καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι πληροφορίες για την κατανάλωση οινοπνεύματος από τις εγκύους λήφθηκαν σε κάθε προγεννητική επίσκεψη από εκπαιδευμένους ερευνητές (Sokol RJ et al., 2007).

Ως τελικό τρόπο εξέτασης του αντίκτυπου της κατανάλωσης αλκοόλ στην πρόωρη γέννηση, τα ποσοστά ακραίας, ήπιας και τελειόμηνης γέννησης εκτιμήθηκαν για τον πληθυσμό κύησης της μελέτης αυτής. Με βάση τις μετρήσεις που έγιναν, οι εκτιμώμενοι δείκτες κινδύνου για τον πληθυσμό, είναι 1.5% για την ακραία πρόωρη γέννηση, 13.1% για την ήπια πρόωρη γέννηση και 85.4% για την τελειόμηνη γέννηση.

Όταν δεν λήφθηκε υπόψη η κατανάλωση αλκοόλ, οι εκτιμώμενοι δείκτες πληθυσμού μεταβάλλονται στο 0.9% για την ακραία πρόωρη γέννηση, 12.7% για την ήπια πρόωρη γέννηση και 86,6% για την τελειόμηνη γέννηση (Sokol RJ et al., 2007).

Η προγεννητική έκθεση σε αλκοόλ συσχετίστηκε με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο ακραίας πρόωρης γέννησης (<32 εβδομάδες) (OR:34.8) (1.5%), ($p < 0.05$), μετά τον έλεγχο πιθανών συγχυτικών συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων και του ελέγχου της χρήσης άλλων ουσιών, δημογραφικών στοιχείων και κλινικών παραγόντων, κυρίως για τις εγκύους σε μεγαλύτερη ηλικία και για τις γυναίκες με περισσότερες προγεννητικές επισκέψεις πριν τις 28 εβδομάδες κύησης (Sokol RJ et al., 2007).

Η προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ συσχετίστηκε επίσης με ήπια προωρότητα για γυναίκες ηλικίας άνω των 30 ετών, για εκείνες με χαμηλό δείκτη μάζας σώματος (BMI) και για όσες γυναίκες είχαν περισσότερες προγεννητικές επισκέψεις πριν τις 28 εβδομάδες κύησης (Sokol RJ et al., 2007).

Συγκεκριμένα, με βάση εκτιμήσεις κινδύνου, εάν όλες οι γυναίκες του δείγματος απέχουν από την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η σχετική μείωση του κινδύνου θα είναι 41.4%, γεγονός που δείχνει ότι θα αποφευχθούν περισσότερες από 2 ανά 5 ακραίες πρόωρες γεννήσεις. Η αποχή από το χρήση ονινοπνεύματος, μειώνει κίνδυνο για ακραία πρόωρη γέννηση στον ίδιο βαθμό με την αποχή από την χρήση όλων των ουσιών που μελετήθηκαν (13.1%), ($p < 0.05$) (Sokol RJ et al., 2007).

Το πραγματικό ποσό της κατανάλωσης αλκοόλ που απαιτείται για να διαπιστωθεί η επίδραση στην πρόωρη γέννηση δεν είναι σαφές από τη μελέτη αυτή, καθώς αναλύθηκε ο αριθμός των ημερών κατανάλωσης ονινοπνεύματος κάθε εβδομάδα και όχι ο συνολικός αριθμός ποτών που καταναλώθηκαν. Ωστόσο, μια επαναλαμβανόμενη ανάλυση που περιλάμβανε έγκυες γυναίκες με μεθόδους χρονολόγησης της ηλικίας κύησης, εκτός του υπερηχογραφήματος απέτυχε να ανιχνεύσει συσχέτιση μεταξύ της προωρότητας και της κατανάλωσης ονινοπνεύματος (Bailey and Sokol, 2008).

Έτσι, φαίνεται ότι η ακριβής χρονολόγηση της ηλικίας κύησης που εξετάζεται σε διαφορετικά επίπεδα προωρότητας είναι ζωτικής σημασίας για τον προσδιορισμό των συσχετίσεων μεταξύ της έκθεσης σε αλκοόλ και της προωρότητας και μπορεί να

εξηγήσει γιατί αυτό το φαινόμενο δεν έχει παρατηρηθεί σε άλλες μελέτες (Bailey and Sokol, 2008). Φαίνεται επίσης ότι, επί του παρόντος, τα στοιχεία για αυξημένο κίνδυνο γενικής πρόωρης γέννησης που αποδίδονται σε χαμηλά έως μέτρια επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ασυνεπή (Henderson et al., 2007).

Σε πληθυσμιακή προοπτική μελέτη κοόρτης των Jaddoe W.V. και άλλων, που διεξήχθη το 2007 στο Ρότερνταμ της Ολλανδίας και δημοσιεύτηκε την ίδια χρονιά, στο επιστημονικό περιοδικό *Annals of Epidemiology* του Αμερικανικού Κολλέγιου Επιδημιολογίας, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ σε διαφορετικές περιόδους εγκυμοσύνης, με τον κίνδυνο εμφάνισης χαμηλού βάρους γέννησης νεογνού και πρόωρου τοκετού (Jaddoe W.V. et al., 2007).

Η μελέτη αυτή βασίστηκε σε 7.141 εγκύους από την πρώιμη εγκυμοσύνη και η κατανάλωση οινοπνεύματος εκτιμήθηκε στην πρώιμη, μέση και στην προχωρημένη εγκυμοσύνη. Τα αποτελέσματα της κύησης, ήταν το βάρος γέννησης σε γραμμάρια, το χαμηλό βάρος γέννησης (<2500 g), το μικρό μέγεθος νεογνού για την ηλικία κύησης κατά τη γέννηση (SGA) και ο πρόωρος τοκετός (ηλικία κύησης <37 εβδομάδες) (Jaddoe W.V. et al., 2007).

Οι φυσικές εξετάσεις της εγκύων και οι εμβρυϊκές εξετάσεις με υπερήχους για τον καθορισμό της ηλικίας κύησης και της υγείας του εμβρύου, πραγματοποιήθηκαν στη πρώιμη εγκυμοσύνη (ηλικία κύησης < 18 εβδομάδες), στη μέση εγκυμοσύνη (ηλικία κύησης 18-24 εβδομάδες) και στην προχωρημένη εγκυμοσύνη (ηλικία κύησης > 25 εβδομάδες) ενώ εστάλησαν και ταχυδρομικά ερωτηματολόγια στις εγκύους. Ποσοστά απόκρισης για τα ταχυδρομικά ερωτηματολόγια που δόθηκαν, ήταν 91%, 80% και 77% αντίστοιχα. Πληροφορίες σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών και την εθνικότητα ελήφθησαν επίσης με τα ερωτηματολόγια, κατά την εγγραφή στη μελέτη (Jaddoe W.V. et al., 2007).

Οι σχέσεις της κατανάλωσης αλκοόλ σε οποιοδήποτε σημείο της κύησης, με το βάρος γέννησης νεογνού (μετρημένο σε γραμμάρια), εκτιμήθηκαν χρησιμοποιώντας πολλαπλά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Το χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού, το μικρό μέγεθος νεογνού για την ηλικία κύησης (SGA) και η πρόωρη γέννηση, εκτιμήθηκαν χρησιμοποιώντας πολλαπλά λογιστικά μοντέλα παλινδρόμησης. Ακόμη, τα μοντέλα αυτά προσαρμόστηκαν για συγχετιτικούς παράγοντες, όπως είναι η ηλικία

της μητέρας, ο δείκτης μάζας σώματος, η συνήθεια του καπνίσματος και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας κατά την εγγραφή στην μελέτη (Jaddoe W.V. et al., 2007).

Οι αναλύσεις δόσης-απόκρισης, έδειξαν ότι η βαριά κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη (1 ή περισσότερα ποτά) υπερδιπλασιάζει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού (OR=2.51 [95% CI: 0.92, 6,81]), ($p < 0.05$). Επίσης, η υπερκατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη, συνδέθηκε με μείωση του βάρους νεογνού (διαφορά – 129 γραμμάρια [95% CI: -271,12]), ($p < 0.05$), με το χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού (OR=481 [95% CI: 1.10, 21.08]), ($p < 0.05$) και με το μικρό μέγεθος νεογνού για την ηλικία κύησης (OR=1.45 [95% CI: 0.33, 6.44]), ($p < 0.05$) (Jaddoe W.V. et al., 2007).

Σε προοπτική μελέτη κοόρτης των Camilla Nykjaer και άλλων, που διεξήχθη το 2003 με 2006 στο Λιντς του Ηνωμένου Βασιλείου, δείγματος 1303 εγκύων γυναικών ηλικίας 18-45 ετών και δημοσιεύτηκε το 2014 στο *Journal of Epidemiology and Community Health*, διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης αλκοόλ πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης με το βάρος γέννησης αλλά και την προωρότητα νεογνού (Camilla Nykjaer et al., 2014).

Τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στις εγκύους, αξιολόγησαν την κατανάλωση αλκοόλ πριν από την εγκυμοσύνη και για τα τρία τρίμηνα ξεχωριστά. Οι κατηγορίες κατανάλωσης αλκοόλ χωρίστηκαν σε ≤ 2 μονάδες αλκοόλ/εβδομάδα, > 2 μονάδες αλκοόλ/εβδομάδα και στην μη κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό σχετίζεται με το μέγεθος του νεογνού στην γέννηση και με την πρόωρη γέννηση, προσαρμόζοντάς το για συγχετιτικούς παράγοντες (Camilla Nykjaer et al., 2014).

Η πρόσληψη αλκοόλης αξιολογήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, χρησιμοποιώντας μία προσέγγιση συχνότητας τροφής, προσαρμοσμένη από τη Μελέτη Κοόρτης Γυναικών του Ηνωμένου Βασιλείου που χορηγήθηκε κατά την εγγραφή (12-18 εβδομάδες κύησης), την 28^η εβδομάδα κύησης και μετά τον τοκετό (εβδομάδες 46-50). Η κατανάλωση οινοπνεύματος των γυναικών, αξιολογήθηκε για 4 εβδομάδες πριν από την εγκυμοσύνη, την 12η εβδομάδα κύησης, τις εβδομάδες 13-28 και τις εβδομάδες 29-40 (Camilla Nykjaer et al., 2014).

Σχεδόν τα δύο τρίτα των γυναικών (74%) πριν από την εγκυμοσύνη και πάνω από τα μισά (53%) κατά το πρώτο τρίμηνο κύησης, ανέφεραν προσλήψεις αλκοόλ

πάνω από τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (≤ 2 μονάδες αλκοόλ/εβδομάδα) (Camilla Nykjaer et al., 2014).

Η κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη, μετά από προσαρμογή για συγχετικούς παράγοντες, συσχετίστηκε με μείωση 100 γραμμαρίων στο βάρος γέννησης νεογνού για γυναίκες που κατανάλωναν > 2 μονάδες αλκοόλ/εβδομάδα στο πρώτο τρίμηνο κύησης, ($p < 0,07$). Η σχέση μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και του δυσμενούς αποτελέσματος κύησης ήταν πιο ισχυρή για όσες γυναίκες κατανάλωναν >2 μονάδες αλκοόλ/εβδομάδα πριν την εγκυμοσύνη και κατά την διάρκεια του πρώτου και δεύτερου τριμήνου σε σύγκριση με όσες δεν έπιναν αλκοόλ (Camilla Nykjaer et al., 2014).

Ακόμη και οι γυναίκες που ακολουθούσαν τις κατευθυντήριες οδηγίες κατά το πρώτο τρίμηνο κύησης, παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης και πρόωρο τοκετό σε σύγκριση με όσες δεν έπιναν αλκοόλ, μετά από προσαρμογή για συγχετικούς παράγοντες, ($p < 0,05$) (Camilla Nykjaer et al., 2014). Σε σύγκριση με όσες γυναίκες δεν έπιναν αλκοόλ, στο πρώτο τρίμηνο κύησης, η προσαρμοσμένη τιμή OR για την γέννηση πρόωρου βρέφους ήταν 4.6 (95% CI 1.4-14.7), ($p < 0.05$) για προσλήψεις < 2 μονάδων αλκοόλ/εβδομάδα και 3.5 (1.1-11.2), ($p < 0.05$) για προσλήψεις >2 μονάδων αλκοόλ/εβδομάδα (Camilla Nykjaer et al., 2014).

Σε πληθυσμιακή μελέτη των Maktar H. Aliyu και άλλων, η οποία διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (USA), το 2010 και δημοσιεύθηκε την ίδια χρονιά στο επιστημονικό περιοδικό *European Journal of Public Health*, διερευνήθηκε αν υπάρχει σχέση μεταξύ της προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ με την πρόωρη γέννηση και αν μία τέτοια σχέση διαφέρει ανάλογα με τις υποκατηγορίες της πρόωρης γέννησης (Maktar H. Aliyu et al. 2010).

Μελετήθηκαν στατιστικά δεδομένα ζωτικής σημασίας, από την πολιτεία του Μισσούρι, που καλύπτουν την περίοδο 1989-2005 ($n= 1.221.677$ μοναδικά βρέφη στη γέννηση). Το αποτέλεσμα ενδιαφέροντος της μελέτης αυτής, ήταν η πρόωρη γέννηση που υποδιαιρέθηκε στο πρόωρο τοκετό λόγω ιατρικής ένδειξης και στον αυτόματο πρόωρο τοκετό (Maktar H. Aliyu et al. 2010).

Η προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ, συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Η δύναμη της συσχέτισης ήταν πιο υψηλή για τον αυτόματο πρόωρο τοκετό (AOR) [(95% CI)]= 1.34 (1.28-1.41), ($p < 0.05$), σε σχέση με τον πρόωρο

τοκετό λόγω ιατρικής ένδειξης [AOR (95% CI)= 1.16 (1.05-1.28)], (p < 0.05). Ο συνολικός κίνδυνος για τον αυτόματο πρόωρο τοκετό, οφειλόμενος στην κατανάλωση αλκοόλ, αυξήθηκε με την αύξηση του αριθμού των ποτών που καταναλώνονταν ανά εβδομάδα, (p<0.01) (Maktar H. Aliyu et al. 2010).

Αυτόματη Αποβολή

Ως αυτόματη αποβολή ορίζεται η διακοπή της κύησης πριν από την συμπλήρωση της 20^{ης} εβδομάδα της κύησης, όπως αυτή υπολογίζεται από την ημερομηνία της έναρξης της τελευταίας εμμηνορρυσίας, και όταν το έμβρυο ζυγίζει κάτω από 500 γραμμάρια. Ο ορισμός αυτός είναι αποδεκτός από τη Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Πολλοί συγγραφείς ορίζουν ως αυτόματη αποβολή τη διακοπή της κύησης με όριο έως την 24η εβδομάδα της ηλικίας της, που ισχύει και για την Ελλάδα (Kline et al., 1989).

Ο όρος της αυτόματης αποβολής δεν αποτελεί ούτε διάγνωση ούτε ασθένεια, αλλά μια περιγραφή ενός γεγονότος, το οποίο επέρχεται ως αποτέλεσμα μιας ή περισσοτέρων φυσικών διαταραχών. Επιπλέον, τουλάχιστον μία στις δέκα κυήσεις του πρώτου τριμήνου καταλήγουν σε αυτόματη αποβολή. Η πλειονότητα (πάνω από το 90%) των αυτόματων αποβολών συμβαίνουν πριν από την 8η εβδομάδα κύησης. Ο λόγος για την απώλεια του εμβρύου είναι συχνά άγνωστος (Kline et al., 1989).

Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες κινδύνου. Η έκθεση στο αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξετάστηκε ως ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου για αυτόματες αποβολές. Ήδη από το 1980, στοιχεία από την έρευνα έδειξαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (τουλάχιστον βαριά κατανάλωση αλκοόλ), συσχετίστηκε με ένα σημαντικά αυξημένο ποσοστό αυτόματης αποβολής (Sokol, 1980).

Οι γυναίκες που καταναλώναν τουλάχιστον ένα αλκοολούχο ποτό την ημέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν περισσότερες αυτόματες αποβολές, κυρίως κατά το δεύτερο τρίμηνο, από ό,τι οι γυναίκες που δεν έπιναν ή έπιναν μικρότερες ποσότητες. Οι γυναίκες που καταναλώναν περισσότερα από τρία ποτά καθημερινά είχαν περισσότερο από τριπλάσια αύξηση του κινδύνου (Harlap and Shiono, 1980).

Η πρόσφατη προσοχή έχει επικεντρωθεί σε πιο μέτρια επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε μια εκτεταμένη μελέτη κοόρτης μεγάλης κλίμακας που διεξήχθη στην Καλιφόρνια στις αρχές της δεκαετίας του 1990, οι γυναίκες που κατανάλωσαν περισσότερα από τρία ποτά την εβδομάδα κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης είχαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο αυτόματης αποβολής (Windham et al., 1997).

Σε μια άλλη μελέτη μεγάλης κλίμακας που διεξήχθη στη Δανία, οι γυναίκες που κατανάλωναν πέντε ή περισσότερα ποτά την εβδομάδα στο πρώτο τρίμηνο κύησης είχαν πενταπλάσια αύξηση του κινδύνου αυτόματης αποβολής του πρώτου τριμήνου (Kesmodel et al., 2002). Οι ερευνητές δεν βρήκαν όμως συσχετισμό μεταξύ της πρόσληψης αλκοόλ κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου κύησης και της αυτόματης αποβολής.

Σε μια άλλη μικρότερη μελέτη της Δανίας, η κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών την εβδομάδα συνδέεται με μια πενταπλάσια αύξηση του κινδύνου αυτόματης αποβολής. Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης ενός έως τεσσάρων ποτών την εβδομάδα και αυτόματης αποβολής. Και στις τρεις αυτές μελέτες, οι επιδράσεις του αλκοόλ παρέμειναν σημαντικές μετά τον έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η χρήση άλλων ουσιών (Rasch, 2003).

Φαίνεται λοιπόν ότι η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τουλάχιστον σε μέτρια έως βαριά επίπεδα, συνδέεται με αυτόματες αποβολές. Ωστόσο, μια ανασκόπηση που εξετάζει τον αντίκτυπο της ελαφρούς προς μέτριας έκθεσης στο αλκοόλ πριν από τη γέννηση, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν συνεπείς ενδείξεις για αυξημένο κίνδυνο αυτόματης αποβολής σε αυτά τα χαμηλότερα επίπεδα έκθεσης στο αλκοόλ. Οι μελέτες που περιγράφονται παραπάνω φαίνεται να υποστηρίζουν το συμπέρασμα αυτό. Αυτές οι μελέτες και άλλες υποδηλώνουν ότι ο κίνδυνος αυτόματης αποβολής δεν αυξάνεται παρά μόνο αν καταναλώνονται τουλάχιστον τρία ποτά την εβδομάδα (Henderson et al., 2007).

Χαμηλό βάρος γέννησης

Το οινόπνευμα που είναι ουσία η οποία δρα στο ΚΝΣ και καταστρέφει τα νεύρα και πολλά κύτταρα του εγκεφάλου, όταν εισέρχεται στον οργανισμό με το ποτό, περνάει εύκολα μέσα από το πλακούντα και φτάνει στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου. Δεν χρειάζονται ειδικές γνώσεις για να αντιληφθεί κάποιος του κινδύνους που διατρέχει το αναπτυσσόμενο έμβρυο από την μετάγγιση αυτή, όχι μόνο στους πρώτους μήνες κατά τους οποίους δημιουργούνται τα όργανά του αλλά και στους τελευταίους που χαρακτηρίζονται από τη ραγδαία ανάπτυξη του εγκεφάλου του (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1992).

Η επίδραση του αλκοόλ στο αγέννητο παιδί είναι ένα σχετικά καινούριο πεδίο έρευνας. Δεν υπάρχει, όμως, αμφιβολία ότι ακόμα και η μικρή ποσότητα οινοπνεύματος σε καθημερινή βάση – ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, κατά το οποίο συντελείται η οργανογένεση – είναι δυνατόν να του προξενήσει ζημιά. Σύμφωνα με πρόσφατα συμπεράσματα των επιστημόνων, ακόμα και το λίγο αλκοόλ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να ενοχοποιηθεί για την γέννηση λιποβαρούς βρέφους (www.iaso.gr).

Το χαμηλό βάρος γέννησης είναι ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των βρεφών. Παρόλο που η προωρότητα των νεογνών έχει καθοριστεί ιστορικά (Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, 1935) ως η γέννηση ενός ζωντανού βρέφους βάρους 2500 g ή λιγότερο, η εμπειρία στην κλινική πρακτική έδειξε ότι πολλά από αυτά τα βρέφη δεν ήταν πραγματικά πρόωρα, αλλά μάλλον τελειόμηνα έμβρυα από μία εγκυμοσύνη όπου η ανάπτυξη ήταν περιορισμένη λόγω διαφόρων παραγόντων (Javier Valero de Bernabe' et al., 2004).

Το 1967, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναγνώρισε αυτό το γεγονός, χαρακτηρίζοντας τα βρέφη που ζυγίζουν 2500 g ή λιγότερο ως βρέφη με «χαμηλό βάρος γέννησης» (Javier Valero de Bernabe' et al., 2004).

Ο όρος χαμηλό βάρος γέννησης, αναφέρεται μόνο σε βρέφη τα οποία έχουν γεννηθεί ζυγίζοντας 2500 γραμμάρια ή λιγότερο, ανεξάρτητα από την ηλικία κύησης και την αιτία της παθολογικής αυτής κατάστασης (Javier Valero de Bernabe' et al., 2004).

Μπορούν να διακριθούν τρεις κατηγορίες βρεφών χαμηλού βάρους γέννησης :

1. Πρόωρα βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης ή χωρίς χαμηλό βάρος γέννησης (γεννημένα πριν την συμπλήρωση 37 εβδομάδων κύησης ή με λιγότερες από 259 ημέρες κύησης).
2. Βρέφη χαμηλού βάρους γέννησης, γεννημένα μεταξύ 37 και 42 ολοκληρωμένων εβδομάδων κύησης, ή μεταξύ 259 και 293 ημερών κύησης.
3. Βρέφη χαμηλού βάρους γέννησης, γεννημένα μετά από τις 42 εβδομάδες κύησης ή 294 ημερών κύησης.

(Javier Valero de Bernabe' et al., 2004).

Σε μία έρευνα των James L. Mills et al., του 1984 που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό περιοδικό JAMA της Αμερικάνικης Ιατρικής Ένωσης εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ από την μητέρα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του βάρους του βρέφους χρησιμοποιώντας προοπτικά δεδομένα τα οποία συλλέχτηκαν από 31.604 εγκυμοσύνες. Το ποσοστό των νεογνών κάτω από το δέκατο εκατοστημόριο του βάρους για την ηλικία της κύησης αυξήθηκε απότομα με την αύξηση της πρόσληψης του αλκοόλ ($P < 0,001$) (James L. Mills et al., 1984).

Το ποσοστό των νεογνών που είναι κάτω του δέκατου εκατοστημόριου βάρους (σε σχέση με τη φυλή, το φύλο και την ηλικία κύησης) με βάση το επίπεδο κατανάλωσης οινοπνεύματος από την μητέρα ήταν ως εξής: μη κατανάλωση αλκοόλ (5.8%), κατανάλωση αλκοόλ λιγότερο από ένα ποτό την ημέρα (6.9%), ένα με δύο ποτά την ημέρα (11.6%), 3 έως 5 ποτά (16,8%) και 6 ή περισσότερα ποτά την ημέρα (17.8%). Τα ευρήματα από την έρευνα, είναι στατιστικώς σημαντικά καθώς $P < 0,01$. Η κατανάλωση αλκοόλ είχε ένα σημαντικά αρνητικό αποτέλεσμα στο βάρος γέννησης (James L. Mills et al., 1984).

Μετά από προσαρμογή για άλλους κινδύνους, παρατηρήθηκε μείωση στο μέσο βάρος γέννησης στις εγκύους που κατανάλωναν αλκοόλ σε σχέση με αυτές που δεν κατανάλωναν αλκοόλ, όπου η κατανάλωση αυτή κυμαινόταν από 14 γραμμάρια αλκοόλ, σε αυτές που έπιναν λιγότερο από ένα ποτό κάθε ημέρα έως 165 γραμμάρια αλκοόλ σε αυτές που έπιναν 3-5 ποτά την ημέρα (James L. Mills et al., 1984).

Ο προσαρμοσμένος δείκτης πιθανότητας για την γέννηση ενός πρόωρου νεογνού κυμάνθηκε από 1,11 σε εκείνες που κατανάλωναν λιγότερο από 1 ποτό ημερησίως και 1,96 σε εκείνες που κατανάλωναν 3 με 5 ποτά ημερησίως. Η κατανάλωση 1 έως 2 ποτών συσχετίστηκε με ένα σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να γεννηθεί ένα βρέφος με επιβράδυνση της ανάπτυξης. Αντίθετα η κατανάλωση λιγότερο του 1 ποτού ημερησίως είχε ελάχιστη επίδραση στην ενδομήτρια ανάπτυξη και στο βάρος γέννησης (James L. Mills et al., 1984).

Το ρίσκο για τις γυναίκες που ήταν περιστασιακοί πότες, όσον αναφορά την γέννηση βρέφους με χαμηλό βάρος γέννησης ήταν ελαφρώς υψηλότερο από αυτές που δεν έπιναν ενώ το ίδιο ρίσκο για αυτές που έκαναν κατάχρηση του αλκοόλ ήταν περίπου το διπλάσιο (James L. Mills et al., 1984).

Μερικοί ερευνητές δεν έχουν αναφέρει σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ από την έγκυο και του χαμηλού βάρους γέννησης ενώ άλλοι έχουν αναφέρει ότι η χρήση αλκοόλ είχε ως αποτέλεσμα μια σημαντική μείωση στο βάρος γέννησης. Μια μελέτη που δείχνει ότι οι μεγάλες δόσεις αλκοόλ βλάπτουν την ομφαλική ροή αίματος υποστηρίζει τον ισχυρισμό ότι το οινόπνευμα σχετίζεται με το χαμηλό βάρος γέννησης. Αυτή η μελέτη υπογραμμίζει ιδιαίτερα το γεγονός ότι η κατανάλωση αλκοόλ στην διάρκεια εγκυμοσύνης έχει ως αποτέλεσμα την γέννηση βρεφών με χαμηλό βάρος γέννησης (Murkerjee AB et al., 1982).

4.2 Παιδική Ηλικία

Η κατανάλωση αλκοόλ από έγκυες γυναίκες αποτελεί κύριο βλαπτικό παράγοντα για την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης και για την υγεία του αναπτυσσόμενου εμβρύου (Χανιώτης Δ.Ι., 1994). Σήμερα, τα αλκοολούχα ποτά θεωρούνται ως ένα από τα σημαντικότερα και σοβαρότερα τερατογόνα διότι μπορούν να προκαλέσουν ένα ευρύ φάσμα ανωμαλιών στο έμβρυο. Είναι γνωστά δε σαν το συχνότερο αίτιο πρόκλησης νοητικής καθυστέρησης στις αναπτυσσόμενες χώρες (Clarren S.K et al., 1978) , (Seaver L.H et al., 1992). Το σύνολο των συγγενών ανωμαλιών που εμφανίζει το έμβρυο όταν η έγκυος καταναλώνει αλκοόλ ονομάζεται «εμβρυϊκό σύνδρομο αλκοολισμού» (Μαλλιαρού Α. και άλλοι, 1989), (Streissguth A.P, 1978).

Ύστερα από μελέτες έχει διαπιστωθεί η βλαπτική επίδραση του αλκοόλ στο έμβρυο. Ο βαθμός της είναι συνάρτηση τόσο της ποσότητας του αλκοόλ που καταναλώνει η έγκυος όσο και του σταδίου της εμβρυϊκής ανάπτυξης του κυήματος (Martin J.C et al., 1980). Η πλήρης περιγραφή του συνδρόμου και η ονομασία του ως «fetal alcoholic syndrome» έγινε από τους Jones και Smith το 1973. Το σύνδρομο περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ανωμαλιών που κυμαίνονται από ελαφρές παρεκκλίσεις από το φυσιολογικό μέχρι την πλήρη εμφάνισή του. Η πλήρης εμφάνιση του συνδρόμου χαρακτηρίζεται από μορφολογικές διαταραχές, διαταραχές σωματικής ανάπτυξης καθώς και από διαταραχές του κεντρικού νευρικού και καρδιαγγειακού συστήματος (Pietrantonio M. et al., 1991), (Shaywitz S.E. et al., 1980).

Στον ακόλουθο πίνακα φαίνονται οι κύριες διαταραχές του συνδρόμου.

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Μικρές βλεφαρικές σχισμές Ανωμαλίες ανάπτυξης μέσου προσώπου Καθίζηση ρίζας ρινός Μεγάλη απόσταση στόματος- ρινός Επιπέδωση φίλτρου Λεπτό άνω χείλος Προγναθισμός
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	Μικροκεφαλία Ήπια νοητική καθυστέρηση Υπερκινητικότητα
ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Συγγενείς Καρδιοπάθειες Μικροφθαλμία Ωτίτιδα- Απώλεια Ακοής Διαταραχές λόγου Υπερτρίχωση

Πίνακας 1 : Κύριες διαταραχές του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου

Οι μορφολογικές διαταραχές είναι χαρακτηριστικές και αφορούν κυρίως το μέσο πρόσωπο που παρουσιάζει επιπέδωση, ένα από τα χαρακτηριστικά που κάνει τα παιδιά αυτά να μοιάζουν μεταξύ τους (Fuchs M. et al., 1980). Η συχνότερη και σοβαρότερη εκδήλωση του συνδρόμου είναι η νοητική καθυστέρηση και μάλιστα

θεωρείται σήμερα ως το συχνότερο αίτιό της για περιπτώσεις στις οποίες έχει επέλθει αιτιολόγηση (Aronson M., 1985).

Μελέτες σε παιδιά που μεγάλωσαν σε κανονικές συνθήκες έδειξαν ότι η νοητική καθυστέρηση δεν είναι αναστρέψιμη. Ειδικότερα, όταν το διανοητικό πηλίκο είναι μέτριο φαίνεται η προγεννητική εγκεφαλική βλάβη, επηρεάζει την ικανότητα συγκέντρωσης τόσο στο σχολείο όσο και αργότερα στον εργασιακό χώρο ώστε τα παιδιά αυτά να παρουσιάζουν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής στην ενήλικη ζωή (Chasnoff I.J., 1986), (Sporh Steinhausen H.C, 1987).

Επίσης οι διαταραχές στη σωματική ανάπτυξη αφορούν όλα τα σωματομετρικά στοιχεία τα οποία δίνουν στα παιδιά μία σκελετωμένη όψη εξαιτίας της μείωσης του υποδόριου ιστού. Ακόμη τα παιδιά αυτά έχουν προδιάθεση για καταρροϊκή μέση ωτίτιδα και απώλεια ακοής. Η απώλεια ακοής αποδίδεται τόσο στις συχνές ωτίτιδες όσο και στην άμεση τοξική δράση του αλκοόλ δεδομένου ότι στην περιγεννητική περίοδο, το αλκοόλ θεωρείται ως ισχυρός ωτοτοξικός παράγοντας (Χανιώτης Δ.Ι, 1994), (Church M.W. et al., 1988).

Σύμφωνα με τους Sokol και Clarren η διάγνωση του συνδρόμου γίνεται όταν στο ιστορικό της μητέρας αναφέρεται κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη και όταν το παιδί παρουσιάζει τα παρακάτω κλινικά σημεία:

1. Προ/Μεταγεννητική καθυστέρηση ανάπτυξης βάρους και μήκους σώματος.
2. Διαταραχές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος όπως μικροκεφαλία, υπερκινητικότητα, ψυχοκινητική-νοητική καθυστέρηση, δυσκολίες μαθήσεως.
3. Χαρακτηριστική δυσμορφία προσώπου, μικροφθαλμία, λεπτό άνω χείλος και επιπέδωση ζυγωματικού.

Όταν όμως δεν παρατηρούνται τα παραπάνω ελάχιστα διαγνωστικά κριτήρια τότε πρέπει να χρησιμοποιείται ο όρος «επίδραση ενδομήτριας εκθέσεως στο αλκοόλ». Ιδιαίτερα επιβαρυντική για την εμφάνιση των κλινικών συμπτωμάτων του συνδρόμου είναι η κατανάλωση οινοπνεύματος στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Συχνότητα του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου

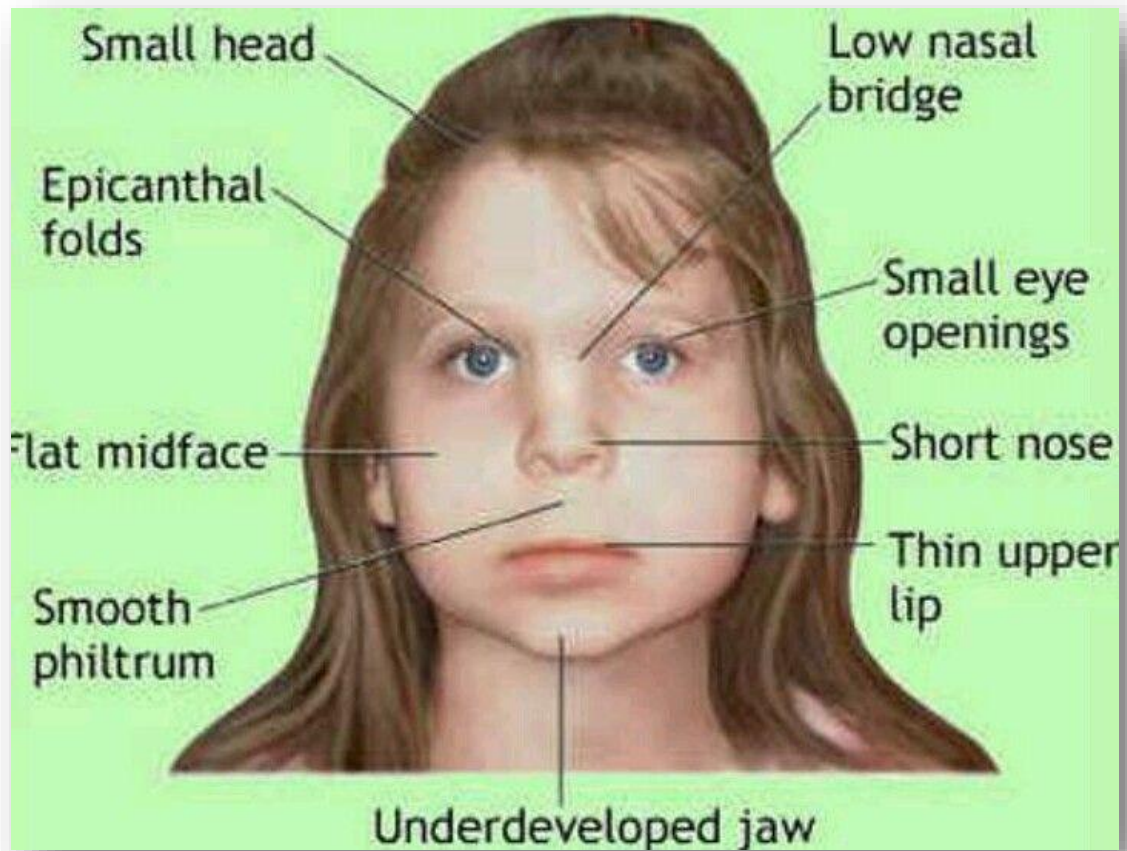
Η ακριβής συχνότητα του συνδρόμου δεν είναι ακόμη γνωστή, κυρίως λόγω του ότι στις ποικίλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, παρατηρούνται διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά δειγμάτων αλλά και του ότι η συχνότητά του εξαρτάται από την διαφορετική κατανάλωση αλκοόλ από τις έγκυες της κάθε χώρας (Αναγνωστάκης Δ., 1993). Παρόλα αυτά υπολογίζεται ότι η συχνότητα του συνδρόμου κυμαίνεται σε 1 με 2 περιπτώσεις ανά 1000 γεννήσεις, σε όλες σχεδόν τις αναπτυσσόμενες χώρες (Hanson J.W. et al., 1978). Στη χώρα μας δεν είναι γνωστή η συχνότητα αφού έχουν αναφερθεί μόλις 2 περιπτώσεις (Μαλλιαρού Α. και άλλοι, 1989), (Κίτσιου-Τζελέη Σ., 1983).

Αιτιολόγηση του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου

Οι μηχανισμοί που οφείλονται για την παθογένεια του συνδρόμου δεν είναι ακόμη γνωστοί με απόλυτη ακρίβεια. Ωστόσο είναι γνωστό ότι το αλκοόλ διαπερνά ελεύθερα τον πλακούντα και κατ' αυτό τον τρόπο το έμβρυο και η μητέρα εμφανίζουν την ίδια συγκέντρωση αλκοόλ. Υπεύθυνη για την εμφάνιση του συνδρόμου θεωρείται ότι είναι η δράση της αιθανόλης η οποία παρεμποδίζει την μεταφορά αμινοξέων και συνεπώς προκαλεί δομικές ανωμαλίες.

Κατά την διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης επηρεάζει την κυτταρική μεμβράνη και την μετανάστευση των κυττάρων με αποτέλεσμα να προκαλεί αλλοιώσεις στην οργάνωση ιστών (Weathersbee P. et al., 1978). Εκτός όμως από την αιθανόλη ενοχοποιούνται και άλλοι παράγοντες ως υπεύθυνοι για την εμφάνιση του συνδρόμου. Τέτοιοι είναι η ακεταλδεΐδη που είναι μεταβολικό παράγωγο της αιθανόλης, ο μόλυβδος ο οποίος βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά, η κακή θρέψη και τέλος η ανεπαρκής λήψη βιταμινών (O'Shea K.S. et al., 1979). Επίσης ιδιοστατικοί και γενετικοί παράγοντες έχει θεωρηθεί ότι επηρεάζουν την βαρύτητα της βλάβης αφού ο βαθμός προσβολής διαφέρει σε κάθε παιδί της αλκοολικής εγκύου και αφού έχει διαπιστωθεί ο διαφορετικός βαθμός βλάβης σε διωογενή δίδυμα (Christofell K.K et al., 1975).

Εικόνα 8: Παιδί με Εμβρυϊκό Αλκοολικό Σύνδρομο (FAS)



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΜΕΘΟΔΟΙ

5.1 Ερευνητικό Ερώτημα

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, έχει ως στόχο τη διερεύνηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας στα νεότερα δεδομένα, τα οποία αφορούν την επίδραση της προγεννητικής έκθεσης της εγκύου στο αλκοόλ καθώς και τις επιπτώσεις που επιφέρει αυτή στο έμβρυο αλλά και στο αποτέλεσμα της κύησης. Συγκεκριμένα το ερευνητικό ερώτημα το οποίο χρησιμοποιήθηκε ως οδηγός για την εκπόνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας έχει ως εξής: «Ποιες οι επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της κύησης, στην ανάπτυξη του εμβρύου και το αποτέλεσμα της κύησης;».

5.2 Συνδυασμός Λέξεων- Κλειδιά- Αλγόριθμος Αναζήτησης

Για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, της παρούσας ερευνητικής εργασίας χρησιμοποιήθηκαν στα ελληνική και αγγλική γλώσσα σε βάσεις δεδομένων οι εξής λέξεις κλειδιά:

1. Στην ελληνική γλώσσα : εγκυμοσύνη, προωρότητα, επιπλοκές κύησης, πρόωρος τοκετός, κατάχρηση αλκοόλ
2. Στην αγγλική γλώσσα: «Pregnancy», «Prematurity», «Pregnancy complications» , «Premature birth», «Alcohol abuse»

5.3 Βάσεις Δεδομένων

Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονα ιατρικά και νοσηλευτικά βιβλία, επιστημονικά άρθρα και διαδικτυακές πηγές. Έγινε αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων όπως PUBMED, SCOPUS, IATROTEK, GOOGLE SCHOLAR, SCIENCE DIRECT, MEDLINE, MEDNET. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε από τον Νοέμβριο του 2017 έως τον Ιανουάριο του 2018.

5.4 Κριτήρια Εισαγωγής- Αποκλεισμού

Η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας, σε βάσεις δεδομένων στην αγγλική και ελληνική γλώσσα όσον αφορά την επίδραση της προγεννητικής έκθεσης σε αλκοόλ από την έγκυο και τις επιπτώσεις που φέρει αυτή στο έμβρυο και το αποτέλεσμα της κύησης, για την πτυχιακή εργασία έγινε με βάση τα παρακάτω κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού.

Τα κριτήρια εισόδου είναι:

- Τα επιστημονικά άρθρα να είναι στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.
- Να είναι δημοσιευμένα την τελευταία δεκαετία.
- Να είναι έρευνες ή συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις.

Τα κριτήρια αποκλεισμού είναι:

- Μη επιστημονικά άρθρα.
- Επιστημονικά άρθρα τα οποία έχουν δημοσιευτεί πέραν της τελευταίας δεκαετίας.
- Να μην αποτελούν έρευνες ή συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις.

5.5 Θεματική Ανάλυση

Η θεματική ανάλυση είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό, την ανάλυση και την αναφορά θεμάτων στη βιβλιογραφία (Braun & Clarke, 2006). Αυτό γίνεται με την «κωδικοποίηση», τον όρο που δίδεται στη διαδικασία κατηγοριοποίησης δεδομένων, η οποία γίνεται με την επισήμανση κειμένου σε κατηγορίες με κείμενο παρόμοιου περιεχομένου, ώστε να μπορεί να ανακτηθεί και να αναλυθεί αποτελεσματικά (Joffe & Yardley, 2004). Η κωδικοποίηση αναγνωρίζει πρότυπα στη βιβλιογραφία, τα οποία μπορούν να χωριστούν, ώστε ο ερευνητής να αποκτήσει σαφήνεια από το περιεχόμενο (Joffe & Yardley, 2004).

Έχει προταθεί ότι θα πρέπει να αποφεύγεται μία εξ' ολοκλήρου επαγωγική προσέγγιση της κωδικοποίησης, στην οποία δίνεται ένας κώδικας σε ό, τι παρατηρείται στο κείμενο· αντίθετα, οι αρχές που διέπουν την έρευνα και το ερώτημα της ανασκόπησης, που αποσκοπούν να απαντήσουν θα πρέπει να επηρεάσουν τους κώδικες (Bauer, 2000). Επομένως, οι κώδικες θα προέρχονται από την υπάρχουσα θεωρία που επιτρέπει τη συστηματική σύγκριση μεταξύ κειμένων (Joffe & Yardley, 2004).

Όταν οι κώδικες προέρχονται από την ήδη υπάρχουσα θεωρία, θα πρέπει να ζητηθούν ακόμα τα ερωτήματα, σχετικά με τα δεδομένα για να διαπιστωθεί η εμφάνιση νέων θεμάτων καθώς δεν έχει νόημα η διεξαγωγή έρευνας χωρίς να είναι ανοιχτή σε νέες ιδέες και θέματα που μπορούν να ανακαλυφθούν στην βιβλιογραφία (Joffe & Yardley, 2004).

Για την διεξαγωγή της θεματικής ανάλυσης, τα ερευνητικά άρθρα μελετήθηκαν από την ομάδα συγγραφής της πτυχιακής εργασίας, προκειμένου να αποκτηθεί σαφήνεια από τα κείμενα. Η διαδικασία της χειρόγραφης κωδικοποίησης έγινε με την προσάρτηση ετικετών σε τμήματα του κειμένου για να προσδιοριστούν ως σχετικά με ένα θέμα ή ως σημαντικά για το ερευνητικό ερώτημα, όπως προσδιορίστηκε και σε προηγούμενη θεωρία και βιβλιογραφία του τομέα (King, 2004). Μετά τον προσδιορισμό αυτών των ετικετών, αναπτύχθηκαν θέματα στα οποία παρουσιάστηκαν τα ευρήματα (Aveyard, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Εισαγωγή

Αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιάσει τα άρθρα που προέκυψαν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση ενώ θα προσδιορίσει και θα συζητήσει τα σημαντικότερα ευρήματα των μελετών.

6.2 Χαρακτηριστικά Μελετών

Τα τελικά άρθρα που εντοπίστηκαν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, παρουσιάζονται και περιγράφονται συνοπτικά στο Πίνακα 2. Από τις πέντε μελέτες που εντοπίστηκαν τρεις ήταν προοπτικές μελέτες (Sokol RJ et al., 2007 ; Camilla Nykjaer et al., 2014 ; Jaddoe VW et al., 2007) και τρεις εξ' αυτών ανήκουν επίσης στην κατηγορία των πληθυσμιακών μελετών (Maktar H. Aliyu et al., 2010 ; O' Leary et al., 2009 ; Jaddoe VW et al., 2007), ενώ και οι πέντε χρησιμοποίησαν ένα σχεδιασμό επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (Sokol RJ et al., 2007 ; Camilla Nykjaer et al., 2014 ; Maktar H. Aliyu et al., 2010 ; O' Leary et al., 2009 ; Jaddoe VW et al., 2007).

Από αυτές τις μελέτες, στις τέσσερις εξ' αυτών χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για τη συλλογή δεδομένων των εγκύων και για την αξιολόγηση της κατανάλωσης αλκοόλ πριν την εγκυμοσύνη και κατά την διάρκεια της (Sokol RJ et al., 2007 ; Camilla Nykjaer et al., 2014 ; O' Leary et al., 2009 ; Jaddoe VW et al., 2007). Επίσης, σε τέσσερις εξ' αυτών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων για τη συλλογή δεδομένων και πληροφοριών (Sokol RJ et al., 2007 ; Camilla Nykjaer et al., 2014 ; O' Leary et al., 2009 ; Jaddoe VW et al., 2007).

Από αυτές τις πέντε μελέτες, οι δύο πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (USA) (Sokol RJ et al., 2007 ; Maktar H. Aliyu et al., 2010), μία στο Ηνωμένο Βασίλειο (Camilla Nykjaer et al., 2014) και μία στην Δυτική Αυστραλία (O' Leary et al., 2009). Παρόλο, που οι μελέτες διεξήχθησαν σε όλο τον κόσμο, όλες οι χώρες στις οποίες διεξήχθησαν και αναπτύχθηκαν, ήταν πλούσιες με καλή υποδομή υγείας και παρόμοια κουλτούρα, πράγμα που σημαίνει ότι τα αποτελέσματα των

μελετών, μπορούν να συγκριθούν και να εφαρμοστούν σε άλλους πληθυσμούς παρόμοιων χωρών.

Συγγραφείς (Έτος)	Στόχοι της Μελέτης	Χαρακτηριστικά μελέτης	Κυριότερα ευρήματα	Περιορισμοί μελέτης
<i>Sokol RJ et al. (2007)</i>	Να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της χρήσης αλκοόλ, κοκαΐνης και τσιγάρων κατά την διάρκεια της κύησης από την μητέρα, με την ήπια και ακραία πρόωρη γέννηση.	<p>Προοπτική διαχρονική μελέτη</p> <p>Έτη: 1986-1999</p> <p>Ομάδα Παρέμβασης: 3.130 έγκυες γυναίκες.</p> <p>Εκτίμηση αποτελέσματος:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ερωτηματολόγια για τη συλλογή κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών δεδομένων. ✓ Τεχνική προσδιορισμού κατανάλωσης αλκοόλ με παρακολούθηση της γραμμής χρόνου. ✓ Μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων. ✓ Τοξικολογική εξέταση ούρων. 	<p><i>Αυξημένο κίνδυνο ακραίας πρόωρης γέννησης σε εγκύους προχωρημένης ηλικίας και σε γυναίκες με περισσότερες προγεννητικές επισκέψεις πριν τις 28 εβδομάδες κύησης.</i></p> <p>OR: 34.8, 1.5%.</p> <p><i>(p < 0,05)</i></p> <p>Ηπια προωρότητα για γυναίκες ηλικίας άνω των 30 ετών, με χαμηλό BMI και για γυναίκες με περισσότερες προγεννητικές επισκέψεις</p>	<p>Το πραγματικό ποσό της κατανάλωσης αλκοόλ που απαιτείται για να διαπιστωθεί η επίδραση στην πρόωρη γέννηση, δεν είναι σαφές καθώς αναλύθηκε ο αριθμός των ημερών κατανάλωσης οινόπνευματος κάθε εβδομάδα και όχι ο συνολικός αριθμός ποτών που καταναλώθηκαν.</p> <p>Σφάλμα πληροφορίας</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Λόγω της κλίμακας εκτίμησης κατανάλωσης αλκοόλ. ✓ Μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων, μειώνει την ισχύ της μελέτης λόγω κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων.

			<p><i>πριν τις 28 εβδομάδες κύησης.</i> <i>(p < 0,05)</i></p> <p><i>Αποχή από το αλκοόλ μείωσε το κίνδυνο για ακραία πρόωρη γέννηση στο 41.4%, στον ίδιο βαθμό με αποχή από όλες τις ουσίες που μελετήθηκαν.</i> <i>(p < 0,05)</i></p>	
<i>Camilla Nykjaer et al. (2014)</i>	<p>Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης αλκοόλ πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης, με το βάρος</p>	<p>Προοπτική μελέτη κοόρτης Έτη: 2003-2006 <u>Συμμετέχοντες:</u> 1.303 έγκυες γυναίκες, ηλικίας 18-45 ετών. <u>Εκτίμηση αποτελέσματος:</u></p>	<p><i>Συσχέτιση κατανάλωσης αλκοόλ στην κύηση, με μείωση 100 γραμμαρίων στο βάρος γέννησης νεογνού, σε γυναίκες που κατανάλωναν > 2</i></p>	<p><i>Σφάλμα πληροφορίας</i></p> <p>✓ Μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων, μειώνει την ισχύ της μελέτης λόγω κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων.</p>

	γέννησης και την προωρότητα νεογνού.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της κατανάλωσης αλκοόλ πριν από την εγκυμοσύνη και για τα 3 τρίμηνα ξεχωριστά. ✓ Μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων. ✓ Τεχνική προσδιορισμού κατανάλωσης αλκοόλης, με προσέγγιση συχνότητας τροφής. 	<p><i>μονάδες αλκοόλ/εβδομάδα στο πρώτο τρίμηνο κύησης. ($p < 0,05$)</i></p> <p><i>Κατανάλωση ≤ 2 μονάδες αλκοόλ/εβδομάδα, συνδέθηκε με υψηλότερο κίνδυνο για γέννηση βρέφους με χαμηλό βάρος γέννησης και πρόωρο τοκετό, σε σύγκριση με όσες δεν έπιναν. ($p < 0,05$)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Μικρό μέγεθος δείγματος γυναικών στο τρίτο τρίμηνο κύησης. ✓ Μέτρηση μέσης έκθεσης στο αλκοόλ μόνο σε ένα χρονικό σημείο της κύησης, που δεν αντανακλά την συνολική έκθεση στο αλκοόλ.
<i>Maktar H. Aliyu et al. (2010)</i>	Να εξετάσει τη σχέση μεταξύ της μητρικής	Πληθυσμιακή μελέτη Έτη: 2010	<i>Συσχέτιση προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ:</i>	<i>Σφάλμα πληροφορίας</i>

	<p>κατανάλωσης αλκοόλ στην εγκυμοσύνη, με τον κίνδυνο εμφάνισης αυτόματου πρόωρου τοκετού, πρόωρου τοκετού ιατρικά ενδεδειγμένου και ακραίας πρόωρης γέννησης.</p>	<p><u>Συμμετέχοντες:</u> 1.221.677 μοναδικά βρέφη κατά τη γέννηση.</p> <p><u>Εκτίμηση αποτελέσματος:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ανάλυση στατιστικών δεδομένων κοορτών της πολιτείας Μισσούρι, περιόδου 1989-2005 που αφορούν γεννήσεις με ένα μοναδικό βρέφος. ✓ Μοντέλα λογικής παλινδρόμησης για τον καθορισμό των σχετικών λόγων πιθανοτήτων (OR) και των 95 % 	<p>✓ με αυξημένο κίνδυνο αυτόματου πρόωρου τοκετού.</p> <p>[AOR (95% CI)]= 1.34 (1.28-1.41)</p> <p>(p < 0,05)</p> <p>✓ με πρόωρο τοκετό λόγω ιατρικής ένδειξης.</p> <p>[AOR (95% CI)]= 1.16 (1.05-1.28)</p> <p>(p < 0,05)</p> <p>Συνολικός κίνδυνος για αυτόματο πρόωρο τοκετό, αυξήθηκε με την αύξηση του αριθμού των ποτών ανά εβδομάδα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων, μειώνει την ισχύ της μελέτης λόγω κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων. ✓ Επικύρωση της πρόσληψης αλκοόλ μεμονωμένα, δεν έχει πραγματοποιηθεί επίσημα. ✓ Η μελέτη αφορούσε γεννήσεις, μόνο ενός βρέφους σε μία μόνο πολιτεία της Αμερικής. ✓ Ανάλυση βάσης δεδομένων, με ελλιπείς πληροφορίες σχετικά με το χρονοδιάγραμμα της χρήσης οιοπνεύματος και ορισμένων προτύπων κατανάλωσης.
--	--	---	---	---

		διαστημάτων εμπιστοσύνης (CI).	($p<0,01$)	
<i>O'Leary et al. (2009)</i>	Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ με το βάρος γέννησης νεογνού και με τον κίνδυνο εμφάνισης πρόωρης γέννησης.	Πληθυσμιακή μελέτη κοόρτης <u>Έτη:</u> 2009 <u>Συμμετέχοντες:</u> Μη αυτόχθονες γυναίκες με γέννηση μόνο ενός βρέφους (n=4.719). <u>Εκτίμηση αποτελέσματος:</u> ✓ Ερωτηματολόγια για συλλογή πληροφοριών εγκύων και για αξιολόγηση κατανάλωσης	<i>Αύξηση ποσοστού νεογμών με SGA και πρόωρη γέννηση, σε υψηλότερα επίπεδα προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ.</i> ($p<0,05$) <i>Υπερβολική κατανάλωση συνδέθηκε με διπλάσια έως τριπλάσια αύξηση κινδύνου για προωρότητα νεογνού.</i>	Η συσχέτιση προωρότητας με υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ στη κύηση, στηρίζεται σε μικρά νούμερα και απαιτεί περαιτέρω έρευνα. <i>Σφάλμα πληροφορίας</i> ✓ Μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων, μειώνει την ισχύ της μελέτης λόγω κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων. ✓ Αποτυχία ανάκλησης πληροφοριών των εγκύων,

		<p>αλκοόλ στην εγκυμοσύνη.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων. ✓ Αξιολόγηση επίπτωσης κατανάλωσης αλκοόλ στην κύηση με ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης. ✓ Προσαρμογή για συγχετικούς παράγοντες. ✓ Υπολογισμός OR και 95% CI. 	<p><i>(p<0,05)</i></p> <p><i>Συσχέτιση πρόωρης γέννησης με μέτρια και υψηλότερα επίπεδα προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ, για όσες σταμάτησαν να πίνουν αλκοόλ πριν το δεύτερο τρίμηνο κύησης.</i></p> <p><i>(OR 1.73 [95% CI 1.01-3.14])</i></p> <p><i>(p < 0,05)</i></p>	<p>μετά την εγκυμοσύνη (recall bias).</p>
<i>Jaddoe VW et al. (2007)</i>	<p>Να εξετάσει την σχέση κατανάλωσης αλκοόλ σε</p>	<p>Πληθυσμιακή προοπτική μελέτη κοόρτης</p>	<p><i>Βαριά κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη,</i></p>	<p><i>Σφάλμα πληροφορίας</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων, μειώνει την

	<p>διαφορετικές περιόδους εγκυμοσύνης, με τον κίνδυνο χαμηλού βάρους γέννησης νεογνού και με τον πρόωρο τοκετό.</p>	<p><u>Έτη:</u>2007 <u>Συμμετέχοντες:</u> 7.141 έγκυες από πρώιμη εγκυμοσύνη. <u>Εκτίμηση αποτελέσματος:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ερωτηματολόγια για συλλογή πληροφοριών εγκύων και για αξιολόγηση κατανάλωσης αλκοόλ στην εγκυμοσύνη. ✓ Μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων. ✓ Φυσικές εξετάσεις εγκύων. ✓ Εμβρυϊκές εξετάσεις με υπερήχους. 	<p><i>υπερδιπλασιάζει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού.</i> <i>(OR=2.51 [95% CI: 0.92, 6,81]</i> <i>(p < 0,05)</i></p> <p><i>Υπερκατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη προκαλεί:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>μείωση του βάρους νεογνού (διαφορά – 129 γραμμάρια).</i> <i>[95% CI: -271,12]</i> <i>(p < 0,05)</i> ✓ <i>χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού.</i> 	<p>ισχύ της μελέτης λόγω κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Πληροφορίες για τη μητρική κατανάλωση αλκοόλ, λείπουν στο 14% του συνολικού πληθυσμού. ✓ Μεροληψία επιλογής (selection bias) λόγω μη ανταπόκρισης καθώς οι συσχετίσεις της μητρικής κατανάλωσης αλκοόλ στην κύηση, με τα γεννητικά αποτελέσματα διαφέρουν μεταξύ αυτών με πλήρη στοιχεία και χωρίς. ✓ Δε λήφθηκαν υπόψη μοντέλα κατανάλωσης οινοπνεύματος αλλά μόνο ο
--	---	--	--	---

		<p>✓ Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης και λογιστικά μοντέλα παλινδρόμησης.</p>	<p>(<i>OR</i>=4.81 [95% <i>CI</i>: 1.10, 21.08]) (<i>p</i> < 0,05)</p> <p>✓ μικρό μέγεθος νεογνού για την ηλικία κύησης (<i>SGA</i>). (<i>OR</i>=1.45 [95% <i>CI</i>: 0.33, 6.44]) (<i>p</i> < 0,05)</p>	<p>μέσος όρος ποτών την εβδομάδα.</p>
--	--	---	--	---------------------------------------

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά Μελετών

6.3 Θεματική Ανάλυση Ευρημάτων Μελετών

Στην θεματική ανάλυση εντοπίστηκαν τα ακόλουθα κύρια θέματα και επιμέρους θέματα:

Θέμα	Υπόθεμα
Προωρότητα νεογνού	<ul style="list-style-type: none">• Ήπια Προωρότητα νεογνού• Ακραία Προωρότητα νεογνού
Χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού	
Μείωση βάρους γέννησης νεογνού	
Μικρό μέγεθος νεογνού για την ηλικία κύησης (SGA)	
Πρόωρος τοκετός με ιατρική ένδειξη	

Πίνακας 3: Θέματα και επιμέρους θέματα ανάλυσης

Προωρότητα νεογνού

Οι πέντε μελέτες που αναλύθηκαν, υπογραμμίζουν την προωρότητα νεογνού ως σημαντική επίπτωση της κατανάλωσης αλκοόλ από την έγκυο πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Sokol RJ et al., 2007 ; Camilla Nykjaer et al., 2014 ; Maktar H. Aliyu et al., 2010 ; O'Leary et al., 2009 ; Jaddoe VW et al., 2007).

Σε 4 μελέτες εκ αυτών που μελετήθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για τη συλλογή δεδομένων των εγκύων και μέθοδοι αυτοαναφοράς για την αξιολόγηση της κατανάλωσης αλκοόλ στην κύηση (Sokol RJ et al., 2007 ; Camilla Nykjaer et al., 2014 ; O'Leary et al., 2009 ; Jaddoe VW et al., 2007) ενώ στην πέμπτη χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση του αποτελέσματος μοντέλα λογικής παλινδρόμησης και έγινε ανάλυση στατιστικών δεδομένων κοορτών (Maktar H. Aliyu et al., 2010).

Παρ' όλα αυτά, χρησιμοποιήθηκαν σε αυτές τις τέσσερις μελέτες, διαφορετικές τεχνικές για τον προσδιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ καθώς στην μελέτη των Sokol RJ et al., 2007 πραγματοποιήθηκε για αυτό το σκοπό, παρακολούθηση της γραμμής χρόνου ενώ στην μελέτη των Camilla Nykjaer et al., 2014 χρησιμοποιήθηκε προσέγγιση συχνότητας τροφής για να προσδιοριστεί η κατανάλωση αλκοόλ.

Με βάση και τις πέντε μελέτες, που αναλύθηκαν στον παραπάνω πίνακα, είναι φανερό η συσχέτιση της κατανάλωσης αλκοόλ πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, με την πρόωρη γέννηση και τον πρόωρο τοκετό ($p < 0,05$) (Sokol RJ et al., 2007 ; Camilla Nykjaer et al., 2014 ; Maktar H. Aliyu et al., 2010 ; O'Leary et al., 2009 ; Jaddoe VW et al., 2007). Σε τρεις μελέτες εξ' αυτών πιο συγκεκριμένα, η υπερκατανάλωση αλκοόλ στην κύηση συνδέθηκε με τον υπερδιπλασιασμό του κινδύνου για πρόωρο τοκετό ($p < 0,05$) (Jaddoe VW et al., 2007 ; O' Leary et al., 2009 ; Maktar H. Aliyu et al., 2010).

Ήπια και ακραία προωρότητα νεογνού

Τα πρόωρα βρέφη χωρίζονται σε υποκατηγορίες ανάλογα με την ηλικία κύησης:

- Εξαιρετικά πρόωρα (< 28 εβδομάδες κύησης)
- Πολύ πρόωρα (από 28 έως < 32 εβδομάδες κύησης)
- Μετρίως έως όψιμα πρόωρα (32 έως < 37 εβδομάδες κύησης)

(www.onmed.gr)

Όσον αφορά, τα υποθέματα της κατηγορίας της προωρότητας, σε μία μελέτη από τις πέντε που αναλύθηκαν στο Πίνακα 2 παραπάνω, η προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ συνδέθηκε με ήπια και ακραία προωρότητα νεογνού, για γυναίκες δείγματος προχωρημένης ηλικίας, για γυναίκες με χαμηλό δείκτη μάζας σώματος (BMI) και για γυναίκες με πολλές προγεννητικές επισκέψεις πριν τις 28 εβδομάδες κύησης ($p < 0,05$) ενώ η αποχή από το αλκοόλ μείωσε τον κίνδυνο για ακραία πρόωρη γέννηση σε ποσοστό αρκετά υψηλό 41.4% ($p < 0,05$) (Sokol RJ et al., 2007).

Χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού

Ως χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού, ορίζεται η γέννηση νεογνού με βάρος λιγότερο από 2.500 γραμμάρια (www.iatronet.gr). Το χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού ως δυσμενές αποτέλεσμα της χρήσης αλκοόλ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρουσιάστηκε σε 2 μελέτες από τις 5 που αναλύθηκαν παραπάνω (Camilla Nykjaer et al., 2014 ; Jaddoe VW et al., 2007).

Μεταξύ αυτών των 2 μελετών, παρατηρήθηκε διαφορά στον τρόπο εκτίμησης του αποτελέσματος καθώς στην πρώτη χρησιμοποιήθηκε τεχνική προσδιορισμού της κατανάλωσης αλκοόλ στην κύηση με προσέγγιση συχνότητας τροφής (Camilla Nykjaer et al., 2014), ενώ στην δεύτερη χρησιμοποιήθηκαν φυσικές εξετάσεις εγκύων, εμβρυϊκές εξετάσεις με υπερήχους και μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης αλλά και λογιστικά μοντέλα (Jaddoe VW et al., 2007).

Βασική διαφορά, επίσης ανάμεσα σε αυτές τις δύο μελέτες, είναι ότι στην πρώτη η κατανάλωση ≤ 2 μονάδες αλκοόλ συνδέθηκε με αύξηση του κινδύνου για χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού ($p < 0,05$) (Camilla Nykjaer et al., 2014) ενώ στην δεύτερη, η υπερκατανάλωση αλκοόλ στην κύηση (σε αντίθεση με την πρώτη) ευθυνόταν για το ίδιο δυσμενές αποτέλεσμα κύησης (OR= 4.81 [95% CI: 1.10, 21.08]), ($p < 0,05$) (Jaddoe VW et al., 2007).

Μείωση βάρους γέννησης νεογνού

Η μείωση βάρους του νεογνού κατά την γέννηση, λόγω της χρήσης αλκοόλ στην εγκυμοσύνη έχει τεκμηριωθεί, σε πολλαπλές μελέτες ανά τα χρόνια από ερευνητές. Αυτή η ελάττωση στο βάρος του νεογνού κατά την γέννηση, εμφανίστηκε και σε δύο από τις μελέτες, οι οποίες παρουσιάστηκαν στον Πίνακα 2.

Στην πρώτη μελέτη των (Camilla Nykjaer et al., 2014) παρατηρήθηκε συσχέτιση της κατανάλωσης αλκοόλ στην κύηση με μείωση 100 γραμμαρίων στο βάρος γέννησης νεογνού, για γυναίκες που κατανάλωναν πάνω από 2 μονάδες αλκοόλ ανά εβδομάδα στο

πρώτο τρίμηνο κύησης ($p < 0,05$) ενώ στην δεύτερη μελέτη των (Jaddoe VW et al., 2007), η υπερκατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη από γυναίκες, προκάλεσε επίσης μείωση στο βάρος νεογνού κατά 129 γραμμάρια [95% CI: - 271,12] ($p < 0,05$).

Μικρό μέγεθος νεογνού για την ηλικία κύησης (SGA)

Το μικρό μέγεθος νεογνού για την ηλικία κύησης (SGA), είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα βρέφος, που είναι μικρότερο από το συνηθισμένο ποσό για τον αριθμό των εβδομάδων εγκυμοσύνης. Τα βρέφη της κατηγορίας SGA, συνήθως έχουν βάρος κάτω από το 10ο εκατοστημόριο για βρέφη της ίδιας ηλικίας κύησης. Αυτό σημαίνει, ότι είναι μικρότερα από πολλά άλλα βρέφη της ίδιας ηλικίας κύησης (www.stanfordchildrens.org).

Τα βρέφη αυτά μπορεί να εμφανίζονται ως σωματικά και νευρολογικά ώριμα αλλά είναι μικρότερα από άλλα βρέφη της ίδιας ηλικίας κύησης. Επίσης, μπορεί να είναι μικρά κατά αναλογία ή μπορεί να είναι κανονικού μήκους και μεγέθους αλλά να έχουν μικρότερο βάρος και μάζα σώματος. Ακόμη, μπορεί να είναι πρόωρα (γεννημένα πριν από τις 37 εβδομάδες της εγκυμοσύνης), τελειόμηνα (37 έως 41 εβδομάδες) ή ηλικίας μεγαλύτερης των 42 εβδομάδων εγκυμοσύνης (www.stanfordchildrens.org).

Ένας εκ των πολλών παραγόντων κινδύνου, που συνδέεται με αυτή την παθολογική κατάσταση, είναι η προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ από την έγκυο καθώς το έμβρυο δεν λαμβάνει αρκετό οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά επειδή το αλκοόλ διαπερνά τον πλακούντα και εισέρχεται στην εμβρυϊκή κυκλοφορία (www.stanfordchildrens.org).

Το μικρό μέγεθος νεογνού για την ηλικία κύησης (SGA), ως αποτέλεσμα της προγεννητικής χρήσης αλκοόλ από εγκύους, έγινε εμφανές σε δύο μελέτες που αναλύθηκαν πιο πάνω (O'Leary et al., 2009 ; Jaddoe VW et al., 2007). Στην μελέτη των O'Leary et al., 2009 υπήρξε αύξηση ποσοστού των νεογνών με SGA σε υψηλότερα επίπεδα προγεννητικής έκθεσης των εγκύων στο αλκοόλ ($p < 0,05$) ενώ στην μελέτη των Jaddoe VW et al., 2007, η υπερκατανάλωση αλκοόλ κατά την κύηση προκάλεσε μετά από ανάλυση των δεδομένων, επίσης μικρό μέγεθος νεογνού για την ηλικία κύησης (SGA), ($OR=1.45$ [95% CI: 0.33, 6.44]), ($p < 0,05$). Οι δύο μελέτες αυτές, φαίνεται πως

συμφωνούν, στο ότι υπάρχει συσχέτιση της βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη, με το μικρό μέγεθος νεογνού για την ηλικία κύησης (SGA) (O'Leary et al., 2009 ; Jaddoe VW et al., 2007).

Πρόωρος τοκετός με ιατρική ένδειξη

Το είδος αυτού του πρόωρου τοκετού, εκδηλώνεται σε κύσεις που επιπλέκονται με διάφορες παθολογικές καταστάσεις ή μαιευτικές επιπλοκές, όπως η μαιευτική νόσος της εγκυμοσύνης, ο διαβήτης, η ενδομήτρια βραδύτητα ανάπτυξης (IUGR), η ενδομήτρια υποξία, ο προδρομικός πλακούντας, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και ο ενδομήτριος θάνατος (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2013).

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2 παραπάνω, στη μελέτη των Maktar H. Aliyu et al. (2010), εμφανίστηκε σημαντική συσχέτιση της προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ από τις εγκύους, με τον πρόωρο τοκετό λόγω ιατρικής ένδειξης, [AOR (95% CI)]= 1.16 (1.05-1.28) ($p < 0,05$).

6.4 Δυνατά Σημεία και Περιορισμοί Μελετών

Στην πρώτη μελέτη, που αναλύθηκε στον Πίνακα 2, των Sokol RJ et al., 2007 στα δυνατά σημεία, συγκαταλέγεται το μεγάλο δείγμα της μελέτης καθώς η ομάδα παρέμβασης ήταν 3.130 έγκυες γυναίκες, με υψηλά ποσοστά χρήσης αλκοόλ και προωρότητας. Επίσης, στα δυνατά σημεία της μελέτης αυτής συμπεριλαμβάνεται η χρήση κλινικής προοπτικής τεχνικής, για την απόκτηση λεπτομερών δεδομένων σχετικά με την έκθεση στο αλκοόλ, η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση προγραμμάτων διαλογής, μειώνοντας έτσι την μεροληψία επιλογής (Sokol RJ et al., 2007).

Επιπλέον, ο περιορισμός εκ των προτέρων, της μελέτης σε άτομα με επιβεβαιωμένη ηλικία εγκυμοσύνης μέσω υπερηχογραφήματος, επιβεβαίωσε το γεγονός ότι η ανακριβής χρονολόγηση της κύησης, θα ήταν ένας πιθανός παράγοντας για την αδυναμία ανίχνευσης της επίδρασης της έκθεσης στο αλκοόλ, που μπορεί να οδηγήσει στην προωρότητα (Sokol RJ et al., 2007).

Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για να αξιολογήσουν την χρήση αλκοόλ, έχουν επικαιροποιηθεί και το ότι τα δεδομένα έκθεσης στο αλκοόλ συλλέχθηκαν προοπτικά, περιορίζει τα σφάλματα πληροφορίας λόγω αποτυχίας ανάκλησης πληροφοριών (Sokol RJ et al., 2007).

Όσον αφορά τους περιορισμούς της μελέτης αυτής, το πραγματικό ποσό της κατανάλωσης αλκοόλ που απαιτείται για να διαπιστωθεί η επίδραση στην πρόωρη γέννηση, δεν είναι σαφές καθώς αναλύθηκε ο αριθμός των ημερών κατανάλωσης οινοπνεύματος κάθε εβδομάδα και όχι ο συνολικός αριθμός ποτών που καταναλώθηκαν (Sokol RJ et al., 2007).

Επιπλέον, στους περιορισμούς της μελέτης, περιλαμβάνονται τα σφάλματα πληροφορίας λόγω της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της κατανάλωσης αλκοόλ και της μεθόδου αυτοαναφοράς των εγκύων, η οποία μειώνει την ισχύ της μελέτης εξαιτίας των κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων (Sokol RJ et al., 2007).

Στην μελέτη των Camilla Nykjaer et al., 2014 τα δυνατά σημεία που εμφανίστηκαν, περιλαμβάνουν την αντικειμενική μέτρηση της συνήθειας του καπνίσματος των εγκύων, ενός από τους μεγαλύτερους συγχετιτικούς παράγοντες στη

σχέση μεταξύ του αλκοόλ και των δυσμενών γεννητικών αποτελεσμάτων, χρησιμοποιώντας την κοτινίνη ως βιοδείκτη (Camilla Nykjaer et al., 2014).

Έπειτα, ένα ακόμη δυνατό σημείο της μελέτης αυτής, ήταν η εκτίμηση της πρόσληψης αλκοόλ σε τρία χρονικά σημεία της κύησης, τα οποία καλύπτουν αρκετά διαστήματα της έκθεσης στο αλκοόλ. Επίσης, η έκθεση στο αλκοόλ αξιολογήθηκε προοπτικά στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα για σφάλμα πληροφορίας λόγω αποτυχίας ανάκλησης πληροφοριών των εγκύων (Camilla Nykjaer et al., 2014).

Στους περιορισμούς της μελέτης αυτής, ανήκουν η μέθοδος αυτοαναφοράς των εγκύων λόγω χρήσης ερωματολογίων, για την αξιολόγηση κατανάλωσης αλκοόλ πριν από την εγκυμοσύνη και για τα τρία τρίμηνα ξεχωριστά και το μικρό μέγεθος δείγματος γυναικών στο τρίτο τρίμηνο κύησης (Camilla Nykjaer et al., 2014). Επιπλέον, η μέτρηση της μέσης έκθεσης στο αλκοόλ έγινε μόνο σε ένα χρονικό σημείο της κύησης, η οποία δεν αντανακλά την συνολική έκθεση στο αλκοόλ (Camilla Nykjaer et al., 2014).

Στην πληθυσμιακή μελέτη των Maktar H. Aliyu et al., 2010, δεν υπήρξε προκατάληψη των αποτελεσμάτων των ερευνητών προς την προωρότητα νεογνού, αλλά έγινε αντικειμενική ανάλυση των κινδύνων που οδηγούν στην πρόωρη γέννηση, ενισχύοντας έτσι την εγκυρότητα των ευρημάτων της μελέτης. Στην συνέχεια, στα δυνατά σημεία αυτής της μελέτης, περιλαμβάνονται ο σχεδιασμός βάσει του πληθυσμού και το υψηλό ποσοστό απόκρισης (σχεδόν 100% πλήρεις πληροφορίες όσον αφορά την μεταβλητή έκθεσης) καθώς μόνο στο 0,05% του πληθυσμού της μελέτης δεν υπήρξαν στοιχεία σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ στην κύηση, σε περίοδο 16 ετών (Maktar H. Aliyu et al., 2010).

Ως αποτέλεσμα αυτών, παρουσιάζεται αυξημένη εξωτερική εγκυρότητα των ευρημάτων της μελέτης και μειωμένο ρίσκο μεροληψίας, προερχόμενο από επιλογή του δείγματος. Επίσης, στα δυνατά σημεία της μελέτης, συγκαταλέγονται η προσαρμογή των αποτελεσμάτων σε ένα ευρύ φάσμα γνωστών συγχετικών παραγόντων, διασφαλίζοντας έτσι ότι οποιαδήποτε συσχέτιση που παρουσιάστηκε στη μελέτη, αντιπροσωπεύει ανεξάρτητες σχέσεις μεταξύ της μεταβλητής έκθεσης (προγεννητική χρήση αλκοόλ) και των καθορισμένων αποτελεσμάτων της μελέτης αυτής (Maktar H. Aliyu et al., 2010).

Στους περιορισμούς της μελέτης αυτής, περιλαμβάνονται η χρήση της μεθόδου αυτοαναφοράς των εγκύων, που μειώνει την ισχύ της μελέτης λόγω κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων και το ότι η επικύρωση της πρόσληψης αλκοόλ έγινε μεμονωμένα και δεν έχει πραγματοποιηθεί επίσημα. Περαιτέρω, η μελέτη αυτή αφορούσε γεννήσεις μόνο ενός βρέφους, σε μία μόνο πολιτεία της Αμερικής. Τέλος, έγινε ανάλυση βάσης δεδομένων με ελλιπείς πληροφορίες, όσον αφορά το χρονοδιάγραμμα χρήσης αλκοόλ και ορισμένων προτύπων κατανάλωσης του (Maktar H. Aliyu et al., 2010).

Στην συνέχεια, τα βασικά πλεονεκτήματα της πληθυσμιακής μελέτης κοόρτης των O'Leary et al., 2009, είναι ότι περιλαμβάνει μία τυχαία πληθυσμιακή ομάδα κοόρτης με υψηλό ρυθμό ανταπόκρισης, επιτρέποντας έτσι την γενίκευση των αποτελεσμάτων της μελέτης, στον ευρύτερο πληθυσμό ενώ μπόρεσε επίσης να γίνει και προσαρμογή τους για ένα φάσμα γνωστών συγχετικών παραγόντων όπως είναι οι μητρικές συμπεριφορές και οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες (O'Leary et al., 2009).

Στους περιορισμούς της μελέτης των O'Leary et al., 2009, θα πρέπει να αναφερθούν ότι η συσχέτιση της προωρότητας με υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ στην κύηση, στηρίχτηκε σε μικρά νούμερα και απαιτεί περαιτέρω έρευνα. Επιπλέον, όπως και στις προηγούμενες μελέτες, παρουσιάστηκαν σφάλματα πληροφoρίας λόγω της χρήσης μεθόδου αυτοαναφοράς των εγκύων και λόγω του ότι υπήρξε αποτυχία ανάκλησης των πληροφοριών των εγκύων μετά την εγκυμοσύνη (recall bias) (O'Leary et al., 2009).

Στην 5^η μελέτη των Jaddoe VW et al., 2007, τα δυνατά σημεία της μελέτης είναι το μεγάλο δείγμα γυναικών που μελετήθηκε προοπτικά από την πρώιμη εγκυμοσύνη και η ικανότητα προσαρμογής των αποτελεσμάτων για ένα μεγάλο αριθμό πιθανών συγχετικών παραγόντων (Jaddoe VW et al., 2007).

Τα μειονεκτήματα της μελέτης αυτής, είναι όπως και στις προηγούμενες μελέτες η χρήση μεθόδου αυτοαναφοράς των εγκύων λόγω του ότι δόθηκαν ερωτηματολόγια σε αυτές, για την συλλογή πληροφοριών και για την αξιολόγηση της κατανάλωσης αλκοόλ στην κύηση. Έπειτα, σημαντικό μειονέκτημα της μελέτης αυτής, είναι ότι πληροφορίες για την μητρική κατανάλωση έλειπαν στο 14% του συνολικού πληθυσμού. Ως αποτέλεσμα, εμφανίστηκε μεροληψία επιλογής (selection bias) λόγω μη ανταπόκρισης καθώς οι συσχετίσεις της μητρικής κατανάλωσης αλκοόλ στην κύηση με τα γεννητικά αποτελέσματα διέφεραν μεταξύ αυτών με πλήρη στοιχεία και χωρίς. Τέλος, στην μελέτη

αυτή δεν λήφθηκαν υπόψιν μοντέλα κατανάλωσης οινοπνεύματος, αλλά μόνο ο μέσος όρος ποτών την εβδομάδα, μειώνοντας την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της μελέτης (Jaddoe VW et al., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.1 Σύνοψη Κυριότερων Ευρημάτων

Εισαγωγή Κεφαλαίου 7

Ξεκινώντας την πτυχιακή μας εργασία, είχαμε θέσει το εξής ερευνητικό ερώτημα: «Ποιες οι επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της κύησης, στην ανάπτυξη του εμβρύου και το αποτέλεσμα της κύησης;». Η παρούσα πτυχιακή εργασία, είχε ως στόχο τη διερεύνηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας στα νεότερα δεδομένα, τα οποία αφορούν την επίδραση της προγεννητικής έκθεσης της εγκύου στο αλκοόλ καθώς και τις επιπτώσεις που επιφέρει αυτή στο έμβρυο αλλά και στο αποτέλεσμα της κύησης. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης, κατέδειξαν την αναγκαιότητα κοινωνικής παρέμβασης και ενημέρωσης, γυναικών όλων των ηλικιακών ομάδων, σχετικά με τους κινδύνους της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στην ενότητα αυτή, παρουσιάζεται μία σύνοψη των σημαντικότερων αποτελεσμάτων, όσον αφορά τις επιπτώσεις του αλκοόλ πριν και μετά την εγκυμοσύνη για την έγκυο και το έμβρυο, τα οποία προέκυψαν από την ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας στα νεότερα δεδομένα.

Αλκοόλ και Επιπτώσεις στην Κύηση

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων-Γυναικολόγων (ACOG) και η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία (AAP), αναφέρουν ότι καμία ποσότητα οινοπνεύματος δεν είναι ασφαλής στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Παρά το ότι κανείς δεν γνωρίζει με βεβαιότητα ποιο είναι το ασφαλές όριο στην ποσότητα του αλκοόλ που μπορεί η έγκυος να καταναλώσει, αυτό που είναι γνωστό είναι ότι το αλκοόλ περνάει

διαμέσου του πλακούντα στην αιματική κυκλοφορία του εμβρύου (www.gaiamaternity.gr).

Η δράση του αλκοόλ, είναι δόσοεξαρτώμενη. Όσο περισσότερο αλκοόλ καταναλώνεται από την έγκυο γυναίκα, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος για το έμβρυο. Ακόμα και μικρές ποσότητες (1-2 ποτά ημερησίως), όταν καταναλωθούν στη διάρκεια της κύησης, σχετίζονται με αύξηση του κινδύνου επιπλοκών της κύησης, όπως είναι η αυτόματη αποβολή, οι διαταραχές στον τοκετό, το χαμηλό βάρος γέννησης, ο πρόωρος τοκετός, η ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, και το χαμηλό IQ στην παιδική ηλικία (www.gaiamaternity.gr).

Η κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη, συνδέεται επίσης με προβλήματα στο αναπτυσσόμενο έμβρυο, όπως καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης, διανοητική υστέρηση, ανωμαλίες διάπλασης της κεφαλής / του προσώπου / της καρδιάς / του νευρικού συστήματος, καθώς και διαταραχές της συμπεριφοράς. Η ασφαλέστερη επιλογή για την έγκυο γυναίκα είναι η ολοκληρωτική αποχή από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (www.siozos.com).

Αλκοόλ και Προωρότητα Νεογνού

Η πρόωρη γέννηση παραμένει ως η κύρια αιτία της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς τα ποσοστά της πρόωρης γέννησης έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια (Creasy et al., 2004). Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, έχει εκπονηθεί εκτενής έρευνα, σχετικά με τις επιπτώσεις της προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ από την έγκυο. Τα αποτελέσματα σχετικά με την επίδραση της μητρικής κατανάλωσης αλκοόλ, αναφορικά με την πρόωρη γέννηση ήταν παρόλα αυτά ασυνεπή (Sokol et al., 2003)

Ορισμένες από τις αιτίες, για την δυσκολία του προσδιορισμού της σχέσης μεταξύ της μητρικής κατανάλωσης αλκοόλ και της προωρότητας νεογνού, μπορεί να ήταν ο ανεπαρκής στατιστικός έλεγχος για τους παράγοντες κατάχρησης ουσιών από την μητέρα, η αναξιόπιστη και ανακριβής χρονολόγηση της ηλικίας κύησης, η έλλειψη της υποδιαίρεσης της προωρότητας σε επίπεδα σοβαρότητας και η ανεπαρκής ισχύ των μελετών (Albertsen et al., 2004).

Ορισμένες μελέτες που έχουν εξετάσει τη σχέση της προγεννητικής χρήσης αλκοόλ με την πρόωρη γέννηση, βασίζονταν σε μικρό δείγμα πληθυσμού και είναι ιδιαίτερα υποτιμημένες όσον αφορά τη σχέση των υψηλών επιπέδων της μητρικής κατανάλωσης αλκοόλ με την προωρότητα νεογνού. Τα συμπεράσματα από αυτές τις μελέτες δίστανται. Αν και σε μελέτη των Kesmodel et al., δεν βρέθηκε διαφορά στην επίδραση του οινοπνεύματος, σχετικά με την εμφάνιση αυτόματου ή ιατρικά ενδεδειγμένου πρόωρου τοκετού, δύο άλλες μελέτες έδειξαν αυξημένο κίνδυνο για επιβαλλόμενο πρόωρο τοκετό στην περίπτωση της προγεννητικής κατανάλωσης αλκοόλ (Adams MM et al., 1995) (Harlow BL et al., 1996).

Στη μελέτη των Adams και συναδέλφων του 1995, με μεγάλο δείγμα πληθυσμού, ικανοποιητικό έλεγχο για συγχρητικούς παράγοντες και αξιόπιστη αξιολόγηση της έκθεσης στο αλκοόλ και της ηλικίας κύησης, εξετάστηκε η σχέση της προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ με την προωρότητα νεογνού. Η κατανάλωση αλκοόλ κατά την είσοδο στην περίοδο της προγεννητικής φροντίδας, συνδέθηκε με μία σημαντική αύξηση του κινδύνου για ακραία πρόωρη γέννηση (29-32 εβδομάδες κύησης) (Adams MM et al., 1995).

Αλκοόλ και Αυτόματη Αποβολή

Ήδη από το 1980, στοιχεία από την έρευνα έδειξαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (τουλάχιστον βαριά κατανάλωση αλκοόλ), συσχετίστηκε με ένα σημαντικά αυξημένο ποσοστό αυτόματης αποβολής (Sokol, 1980). Οι γυναίκες που κατανάλωναν τουλάχιστον ένα αλκοολούχο ποτό την ημέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν περισσότερες αυτόματες αποβολές, κυρίως κατά το δεύτερο τρίμηνο, από ό,τι οι γυναίκες που δεν έπιναν ή έπιναν μικρότερες ποσότητες. Οι γυναίκες που κατανάλωναν περισσότερα από τρία ποτά καθημερινά είχαν περισσότερο από τριπλάσια αύξηση του κινδύνου (Harlap and Shiono, 1980)

Σε μια εκτεταμένη μελέτη κοόρτης μεγάλης κλίμακας που διεξήχθη στην Καλιφόρνια στις αρχές της δεκαετίας του 1990, οι γυναίκες που κατανάλωναν περισσότερα από τρία ποτά την εβδομάδα κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης είχαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο αυτόματης αποβολής (Windham et al., 1997).

Σε μια άλλη μελέτη μεγάλης κλίμακας που διεξήχθη στη Δανία, οι γυναίκες που κατανάλωναν πέντε ή περισσότερα ποτά την εβδομάδα στο πρώτο τρίμηνο κύησης είχαν πενταπλάσια αύξηση του κινδύνου αυτόματης αποβολής του πρώτου τριμήνου (Kesmodel et al., 2002). Οι ερευνητές δεν βρήκαν όμως συσχετισμό μεταξύ της πρόσληψης αλκοόλ κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου κύησης και της αυτόματης αποβολής.

Σε μια άλλη μικρότερη μελέτη της Δανίας, η κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών την εβδομάδα συνδέεται με μια πενταπλάσια αύξηση του κινδύνου αυτόματης αποβολής. Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης ενός έως τεσσάρων ποτών την εβδομάδα και αυτόματης αποβολής. Και στις τρεις αυτές μελέτες, οι επιδράσεις του αλκοόλ παρέμειναν σημαντικές μετά τον έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η χρήση άλλων ουσιών. Φαίνεται λοιπόν ότι η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τουλάχιστον σε μέτρια έως βαριά επίπεδα, συνδέεται με τις αυτόματες αποβολές (Rasch, 2003).

Αλκοόλ και Χαμηλό Βάρος Γέννησης Νεογνού

Σε μία έρευνα των James L. Mills et al., του 1984 που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό περιοδικό JAMA της Αμερικάνικης Ιατρικής Ένωσης εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ από την μητέρα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του βάρους του βρέφους χρησιμοποιώντας προοπτικά δεδομένα τα οποία συλλέχτηκαν από 31.604 εγκυμοσύνες. Το ποσοστό των νεογνών κάτω από το δέκατο εκατοστημόριο του βάρους για την ηλικία της κύησης αυξήθηκε απότομα με την αύξηση της πρόσληψης του αλκοόλ ($P < 0,001$) (James L. Mills et al., 1984).

Το ποσοστό των νεογνών που είναι κάτω του δέκατου εκατοστημόριου βάρους (σε σχέση με τη φυλή, το φύλο και την ηλικία κύησης) με βάση το επίπεδο κατανάλωσης οινοπνεύματος από την μητέρα ήταν ως εξής: μη κατανάλωση αλκοόλ (5.8%), κατανάλωση αλκοόλ λιγότερο από ένα ποτό την ημέρα (6.9%), ένα με δύο ποτά την ημέρα (11.6%), 3 έως 5 ποτά (16,8%) και 6 ή περισσότερα ποτά την ημέρα (17.8%). Τα ευρήματα από την έρευνα, είναι στατιστικώς σημαντικά καθώς $P < 00,1$. Η κατανάλωση

αλκοόλ είχε ένα σημαντικά αρνητικό αποτέλεσμα στο βάρος γέννησης (James L. Mills et al., 1984).

Μετά από προσαρμογή για άλλους κινδύνους, παρατηρήθηκε μείωση στο μέσο βάρος γέννησης στις εγκύους που κατανάλωναν αλκοόλ σε σχέση με αυτές που δεν κατανάλωναν αλκοόλ, όπου η κατανάλωση αυτή κυμαινόταν από 14 γραμμάρια αλκοόλ, σε αυτές που έπιναν λιγότερο από ένα ποτό κάθε ημέρα έως 165 γραμμάρια αλκοόλ σε αυτές που έπιναν 3-5 ποτά την ημέρα (James L. Mills et al., 1984).

Ο προσαρμοσμένος δείκτης πιθανότητας για την γέννηση ενός πρόωρου νεογνού κυμάνθηκε από 1,11 σε εκείνες που κατανάλωναν λιγότερο από 1 ποτό ημερησίως και 1,96 σε εκείνες που κατανάλωναν 3 με 5 ποτά ημερησίως. Η κατανάλωση 1 έως 2 ποτών συσχετίστηκε με ένα σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να γεννηθεί ένα βρέφος με επιβράδυνση της ανάπτυξης. Αντίθετα η κατανάλωση λιγότερο του 1 ποτού ημερησίως είχε ελάχιστη επίδραση στην ενδομήτρια ανάπτυξη και στο βάρος γέννησης (James L. Mills et al., 1984).

Το ρίσκο για τις γυναίκες που ήταν περιστασιακοί πότες, όσον αναφορά την γέννηση βρέφους με χαμηλό βάρος γέννησης ήταν ελαφρώς υψηλότερο από αυτές που δεν έπιναν ενώ το ίδιο ρίσκο για αυτές που έκαναν κατάχρηση του αλκοόλ ήταν περίπου το διπλάσιο (James L. Mills et al., 1984).

Μερικοί ερευνητές δεν έχουν αναφέρει σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ από την έγκυο και του χαμηλού βάρους γέννησης ενώ άλλοι έχουν αναφέρει ότι η χρήση αλκοόλ είχε ως αποτέλεσμα μια σημαντική μείωση στο βάρος γέννησης. Μια μελέτη που δείχνει ότι οι μεγάλες δόσεις αλκοόλ βλάπτουν την ομφαλική ροή αίματος υποστηρίζει τον ισχυρισμό ότι το οινόπνευμα σχετίζεται με το χαμηλό βάρος γέννησης. Αυτή η μελέτη υπογραμμίζει ιδιαίτερα το γεγονός ότι η κατανάλωση αλκοόλ στην διάρκεια εγκυμοσύνης έχει ως αποτέλεσμα την γέννηση βρεφών με χαμηλό βάρος γέννησης (Murkerjee AB et al., 1982).

Εμβρυϊκό Αλκοολικό Σύνδρομο (FAS)

Ως εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται το άθροισμα των μορφολογικών και κλινικών στοιχείων που εμφανίζει το νεογέννητο, του οποίου η

μητέρα καταναλώνει οινόπνευμα κατά τη κύηση. Ακόμα και όταν δεν εκδηλώνεται το σύνδρομο αυτό σε πλήρη μορφή, πολλά νεογέννητα παρουσιάζουν επιμέρους κλινικές εκδηλώσεις και σημεία του συνδρόμου. Στις περιπτώσεις αυτές αναφέρονται οι εμβρυϊκές αλκοολικές συνέπειες, όπως οι διαταραχές της ανάπτυξης του νευρικού συστήματος λόγω της προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ (Αναγνωστάκης, 1993).

Το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο αποτελεί την πιο χαρακτηριστική κλινική εκδήλωση από όλες τις παθήσεις, που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ από έγκυες μητέρες (Μουζάς, 2005). Χαρακτηριστικά του συνδρόμου αυτού είναι η μικροκεφαλία, το λεπτό άνω χείλος, οι μικρές βλεφαρικές σχισμές, ο στραβισμός, η καθίζιση της ρίζας της μύτης και η μεγάλη απόσταση στόματος και μύτης. Συνήθως η κάτω γνάθος είναι μικρή κατά τη γέννηση και κάποιες φορές αυτή η μικρογναθία παραμένει σε όλη τη ζωή. Σε μεγαλύτερη ηλικία είναι δυνατόν το άτομο να παρουσιάσει προγναθισμό (Αναγνωστάκης, 1993).

Νευρολογικές εκδηλώσεις του συνδρόμου αυτού, οι οποίες εμφανίζονται συχνά κατά τη νεογνική περίοδο είναι ο τρόμος και η υπέρτονία. Επιπλέον, μπορούν να εμφανιστούν αλλοιώσεις και προβλήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως είναι η συναισθηματική αστάθεια, οι διαταραχές της συμπεριφοράς αλλά και του ύπνου καθώς και η έλλειψη της προσοχής. Επιπλέον νευρολογικές εκδηλώσεις του συνδρόμου, είναι η ευερεθιστότητα, το σύνδρομο υπερκινητικότητας, η διαταραχή της κινητικής ανάπτυξης, το χαμηλό βάρος γέννησης και η μειωμένη κρανιακή περίμετρος τόσο κατά τη γέννηση όσο και αργότερα (Μουζάς, 2005).

Επίσης, στα συμπτώματα του συνδρόμου αυτού, κατατάσσονται οι συχνές συγγενείς ανωμαλίες, οι καρδιοπάθειες, το λυκόστομα και οι ανωμαλίες του ουροποιητικού και μυοσκελετικού συστήματος. Τα παιδιά που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο έχουν ακόμη προδιάθεση για ωτίτιδα και απώλεια της ακοής (Αναγνωστάκης, 1993).

Η συχνότητα του συνδρόμου αυτού και των επιμέρους κλινικών εκδηλώσεων κυμαίνεται, ανάλογα με τον πληθυσμό και τα κριτήρια, από 1: 25.000 έως 1: 500 γεννήσεις, ενώ σε γυναίκες αλκοολικές παρατηρείται στο 1/3 των γεννήσεων (Μουζάς, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.2 Συζήτηση Κυριότερων Ευρημάτων

Στην ανασκόπηση που πραγματοποιήσαμε, παρατηρούμε πως και άλλες μελέτες κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα με τα δικά μας. Συγκεκριμένα, η μελέτη των Kesmodel et al, συμπεράνε πως η κατανάλωση 10 ή περισσότερων ποτών ανά εβδομάδα, συνδέθηκε με σχεδόν τριπλάσια αύξηση του κινδύνου για πρόωρη γέννηση (Kesmodel et al., 2000). Έπειτα, σε μελέτη των Adams et al, η οποία είχε δείγμα γυναίκες που υπηρετούσαν στο στρατό, η κατανάλωση αλκοόλ κατά την είσοδο στην περίοδο της προγεννητικής φροντίδας επίσης συνδέθηκε με σημαντική αύξηση του κινδύνου για ακραία πρόωρη γέννηση (Adams et al., 1995).

Ακόμη, πολλές μελέτες έχουν καταλήξει σε παρόμοια συμπεράσματα, όσον αφορά τη σχέση του αλκοόλ με την αυτόματη αποβολή. Σε μελέτη, των Sokol et al του 1980, η υπερκατανάλωση αλκοόλ κατά την κύηση από τις εγκύους, συνδέθηκε με σημαντικό κίνδυνο για αυτόματη αποβολή, συμπίπτοντας με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης που έγινε στην παρούσα εργασία (Sokol et al., 1980). Ακόμη, σε μελέτη που διεξήχθη στη Δανία το 2003 από τον Rasch, η κατανάλωση πέντε ή περισσότερων αλκοολούχων ποτών ανά εβδομάδα, επίσης συνδέθηκε με πενταπλάσια αύξηση του κινδύνου για αυτόματη αποβολή (Rasch, 2003). Οι μελέτες, που αναφέρθηκαν παραπάνω, συμβαδίζουν με τα ευρήματα της ανασκόπησης της παρούσας εργασίας, σχετικά με την σχέση της κατανάλωσης αλκοόλ και αυτόματης αποβολής.

Τέλος, η σχέση της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, με την γέννηση χαμηλού βάρους βρέφους, έχει αναδειχθεί και σε μελέτη των Murkerjee AB et al, πέραν της ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα εργασία (Murkerjee AB et al., 1982). Σε αυτή τη μελέτη, υποστηρίχτηκε πως οι μεγάλες δόσεις αλκοόλ βλάπτουν την ομφαλική ροή του αίματος, οδηγώντας στην γέννηση νεογνού με χαμηλό βάρος συμβαδίζοντας με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης μας (Murkerjee AB et al., 1982).

7.3 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Διδασκαλία της Εγκόου

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και στα εξωτερικά ιατρεία, πολλές φορές, έρχονται αντιμέτωποι με έγκυες γυναίκες, οι οποίες είναι εθισμένες στο αλκοόλ λόγω κατάχρησής του. Συνήθως, οι γυναίκες αυτές θεραπεύονται μόνο για τα παθολογικά προβλήματα υγείας τους, κατά την επίσκεψή τους στα ΤΕΠ ή στο εξωτερικό ιατρείο (Λούφτη & Αγγελετάκη, 2009).

Όσον αφορά τις εξαρτημένες έγκυες από το αλκοόλ, η λήψη της απόφασης για εγκράτεια ή απομάκρυνση από τη χρήση αλκοόλ, συχνά απαιτεί αλλαγές του τρόπου ζωής τους. Οι αλλαγές αυτού του μεγέθους, δεν συμβαίνουν μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι εθισμένες γυναίκες στο αλκοόλ, συχνά χρειάζονται συνεχή ιατρική υποστήριξη και βοήθεια από ειδικές κλινικές απεξάρτησης. Οι γυναίκες που προσπαθούν να αναρρώσουν, ενθαρρύνονται να αναζητήσουν βοήθεια και να μετατρέψουν τη διαδικασία ανάρρωσης, σε πρώτη προτεραιότητα (Λούφτη & Αγγελετάκη, 2009).

Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας, έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση και στην εκπαίδευση των γυναικών, σχετικά με την υπεύθυνη χρήση του αλκοόλ και τους σημαντικούς κινδύνους που πηγάζουν από την κατάχρησή του, οι οποίοι επηρεάζουν τη διάθεση, την εγκυμοσύνη και το αποτέλεσμα της κύησης. Οι νοσηλευτές, πρέπει επίσης σε πολιτικό επίπεδο να ζητούν και να συνηγορούν για νομοθεσία που καθορίζει τη διαθεσιμότητα και την πώληση επικίνδυνων προς την υγεία ουσιών όπως είναι το αλκοόλ (Λούφτη & Αγγελετάκη, 2009).

Η νοσηλευτική παρέμβαση στην έγκυο που κάνει κατάχρηση αλκοόλ αρχίζει με την εκπαίδευσή της, σχετικά με τις βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ στην κύηση, στο έμβρυο και στο νεογνό. Οι συνέπειες της προγεννητικής χρήσης αλκοόλ πρέπει να γίνουν σαφείς και η αποχή από αυτό συνιστάται ως το πιο ασφαλές μέτρο. Οι γυναίκες είναι συχνά πιο δεκτικές στις αλλαγές του τρόπου ζωής κατά τη διάρκεια της κύησης παρά σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής τους (Ζαφειρίδης, 2009, Πουλόπουλος, 2011).

Η γυναίκα που κάνει περιστασιακή, πειραματική ή για λόγους χαλάρωσης χρήση αλκοόλ μπορεί να επιτύχει και να διατηρήσει την εγκράτεια όταν έχει κατάλληλη επαγγελματική και ψυχολογική υποστήριξη, για το υπόλοιπο της κύησης. Ο περιοδικός

έλεγχος στη διάρκεια της κύησης των γυναικών που κάνουν χρήση αλκοόλ, μπορεί να τις βοηθήσει να συνεχίσουν την αποχή από το αλκοόλ. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να καταλάβουν ότι ο αλκοολισμός είναι ασθένεια που περιλαμβάνει σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Γι' αυτό, πέρα από καθαρά νοσηλευτικές διαδικασίες και πράξεις, θα πρέπει ο νοσηλευτής να προσφέρει στην γυναίκα σιγουριά, ασφάλεια, ψυχολογική υποστήριξη, να της εμπνέει εμπιστοσύνη και να αντιμετωπίζει με υπομονή την οποιαδήποτε απαιτητική κατάσταση (Ζαφειρίδης, 2009, Πουλόπουλος, 2011).

Έτσι, με την ευγενή και υπομονετική συμπεριφορά του νοσηλευτή στο νοσοκομείο, με το σταθερό πρόγραμμα και με τον σωστό σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας, η γυναίκα θα μπορέσει όχι μόνο να φέρει εις πέρας την κύηση με όσο το δυνατόν λιγότερες δυσάρεστες συνέπειες, αλλά και να ξεφύγει από τον δύσκολο και καταστροφικό δρόμο του αλκοολισμού, αφού θα διαθέτει πλέον ένα πολύ ισχυρό κίνητρο: την γέννηση, την φροντίδα και την ανατροφή του παιδιού της (Ζαφειρίδης, 2009, Πουλόπουλος, 2011).

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την υγεία του εμβρύου και της εγκύου είναι σε θέση να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο, στην ανάπτυξη προγραμμάτων για την πρόληψη της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και των επιπτώσεων που φέρει αυτή στην έγκυο και το έμβρυο. Συμπερασματικά, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι παρόλο που στη χώρα μας ο αλκοολισμός δεν έχει την έκταση που έχει σε άλλες χώρες, η ανάγκη για συνεχή πληροφόρηση των εγκύων για τις βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ είναι επιτακτική (Βασιλική Μάτζιου, 1998).

Εικόνα 9: Νοσηλεύτρια παρέχει ψυχολογική υποστήριξη σε έγκυο γυναίκα.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.4 Πλεονεκτήματα και Αδυναμίες Ανασκόπησης

Η παρούσα έρευνα έχει πλεονεκτήματα αλλά και ορισμένους περιορισμούς, που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη. Καταρχήν, οι μελέτες που αναλύθηκαν ύστερα από ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας στα νεότερα δεδομένα, αφορούσαν μεγάλο δείγμα πληθυσμού γεγονός που αυξάνει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της ανασκόπησης. Επίσης, τα αποτελέσματα των μελετών που αναλύθηκαν, συμπίπτουν μεταξύ τους όσον αφορά τις δυσμενείς επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην εγκυμοσύνη, καθώς αναδείχθηκε σε όλες η βλαβερή επίδραση του αλκοόλ για την έγκυο και το έμβryo.

Έπειτα, στα πλεονεκτήματα της ανασκόπησης, συγκαταλέγεται ότι η τιμή p (p -value) των κυριότερων ευρημάτων των μελετών που παρουσιάστηκαν, ήταν μικρότερη του 0,05 καθιστώντας αυτά στατιστικώς σημαντικά αλλά και αξιόπιστα και έγκυρα. Ακόμη, πλεονέκτημα στην παρούσα μελέτη, αποτελεί το ότι η αναζήτηση της βιβλιογραφίας αφορούσε σύγχρονα επιστημονικά βιβλία και άρθρα της τελευταίας δεκαετίας.

Στη παρούσα μελέτη, υπάρχουν επίσης ορισμένες αδυναμίες, όπως το ότι κατατάσσεται στις συγχρονικές μελέτες και δεν επιτρέπει να ανιχνευτούν τυχόν αιτιολογικές σχέσεις, μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την εμφάνιση προωρότητας νεογνού λόγω κατάποσης αλκοόλ στην διάρκεια της κύησης.

Τέλος, οι περισσότερες μελέτες, οι οποίες καταγράφηκαν μετά την ανασκόπηση, δεν επιχείρησαν ποσοτική σύνθεση των αποτελεσμάτων αλλά προτίμησαν την απλή καταγραφή ήδη υπάρχουσών θεωριών και ερευνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.5 Προοπτικές για Μελλοντική Έρευνα

Στην παρούσα μελέτη, συγκεντρώθηκαν τα ευρήματα από σύγχρονες έρευνες, που αφορούν την έκθεση στο αλκοόλ από την έγκυο και τις επιπτώσεις που φέρει αυτή τόσο για την ίδια όσο και για το έμβρυο. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην μελέτη της επίπτωσης της κατανάλωσης αλκοόλ, για την γέννηση πρόωρου νεογνού καθώς και στην ανάδειξη των παραγόντων που οδηγούν την έγκυο στην κατάχρηση του οινοπνεύματος.

Ως εκ τούτου, κρίνεται σημαντική η περαιτέρω διερεύνηση από μελλοντικές μελέτες του πιθανού κινδύνου για το έμβρυο, που προκύπτει από χαμηλή πρόσληψη αλκοόλ της μητέρας πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης, οι μελλοντικές μελέτες, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το χρόνο έκθεσης της εγκύου στο αλκοόλ (συμπεριλαμβανομένης της περιόδου που προηγείται της εγκυμοσύνης) καθώς και ορισμένων συνηθειών κατανάλωσης οινοπνεύματος (π.χ. υπερκατανάλωση αλκοόλ) που θα συμβάλλουν στην περαιτέρω ανάλυση της αιτιολογίας αυτής της σημαντικής αιτίας περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας (Sokol RJ et al., 2007).

Επιπλέον, σε μελλοντικές μελέτες για την πρόωρη γέννηση, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η αιτιολογική ετερογένεια της παθολογικής κατάστασης αυτής. Επιπροσθέτως, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εστιάσουν στην αξιολόγηση της σχέσης, μεταξύ της χαμηλής με μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ και της μεταγεννητικής ανάπτυξης του βρέφους (Camilla Nykjaer et al., 2014).

Τέλος, σε επόμενες μελέτες θα πρέπει να εξεταστούν, η επίδραση της υψηλής πρόσληψης αλκοόλ και η επίδραση της διακοπής της πρόσληψης αλκοόλ μετά το πρώτο τρίμηνο κύησης, σε σχέση με την γέννηση πρόωρου νεογνού (O' Leary et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.6 Συμπεράσματα

Στην ενότητα αυτή, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης, τα οποία προέκυψαν με την ολοκλήρωση της ανασκόπησης της σύγχρονης βιβλιογραφίας στα νεότερα δεδομένα. Τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας, αφορούν τις δυσμενείς επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην προγεννητική περίοδο για την έγκυο και το έμβρυο, την αναγκαιότητα της κοινωνικής παρέμβασης και ενημέρωσης γυναικών όλων των ηλικιακών ομάδων για τους κινδύνους κατανάλωσης αλκοόλ στην περίοδο της κύησης καθώς και το μείζον ρόλο που έχει ο νοσηλευτής στην διδασκαλία και στην συμβουλευτική της εγκύου, με στόχο την προστασία της από τους κινδύνους της κατανάλωσης οινοπνεύματος κατά την εγκυμοσύνη.

Παρά το ότι κανείς δεν γνωρίζει με βεβαιότητα, ποιο είναι το ασφαλές όριο στην ποσότητα του αλκοόλ που μπορεί η έγκυος να καταναλώσει, αυτό που γνωρίζουμε με βεβαιότητα είναι ότι το αλκοόλ περνάει διαμέσου του πλακούντα, στην αιματική κυκλοφορία του εμβρύου με δυσμενείς επιπτώσεις για το αποτέλεσμα της κύησης (www.gaiamaternity.gr) (www.onmed.gr).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως ακόμη και μικρές ποσότητες αλκοόλ (1-2 ποτά ημερησίως), όταν καταναλωθούν στη διάρκεια της κύησης, σχετίζονται με αύξηση του κινδύνου επιπλοκών, όπως προωρότητα νεογνού, αυτόματη αποβολή, διαταραχές στον τοκετό, χαμηλό βάρος γέννησης, ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, και χαμηλό IQ στην παιδική ηλικία. Επίσης, σε περιπτώσεις μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ (5-6 δόσεις ημερησίως) στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπάρχουν όχι μόνο σοβαρές μαιευτικές επιπλοκές, αλλά επίσης και ο κίνδυνος εμφάνισης του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου (Fetal Alcohol Syndrome – FAS) (www.gaiamaternity.gr).

Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας, έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση και στην εκπαίδευση των γυναικών, σχετικά με την υπεύθυνη χρήση του αλκοόλ και τους σημαντικούς κινδύνους που πηγάζουν από την κατάχρησή του, οι οποίοι επηρεάζουν τη διάθεση, την εγκυμοσύνη και το αποτέλεσμα της κύησης. Οι νοσηλευτές, πρέπει επίσης σε πολιτικό επίπεδο να ζητούν και να συνηγορούν για

νομοθεσία που καθορίζει τη διαθεσιμότητα και την πώληση επικίνδυνων προς την υγεία ουσιών όπως είναι το αλκοόλ (Λούφτη & Αγγελετάκη, 2009).

Έτσι, με την ευγενή και υπομονετική συμπεριφορά του νοσηλευτή στο νοσοκομείο, με το σταθερό πρόγραμμα και με τον σωστό σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας, η γυναίκα θα μπορέσει όχι μόνο να φέρει εις πέρας την κύηση με όσο το δυνατόν λιγότερες δυσάρεστες συνέπειες, αλλά και να ξεφύγει από τον δύσκολο και καταστροφικό δρόμο του αλκοολισμού, αφού θα διαθέτει πλέον ένα πολύ ισχυρό κίνητρο: την γέννηση, την φροντίδα και την ανατροφή του παιδιού της (Ζαφειρίδης, 2009, Πουλόπουλος, 2011).

Συμπερασματικά, οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την υγεία του εμβρύου και της εγκύου είναι σε θέση να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο, στην ανάπτυξη προγραμμάτων για την πρόληψη της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ από εγκύους και των επιπτώσεων που φέρει αυτή σε αυτές και το έμβρυο (Ζαφειρίδης, 2009, Πουλόπουλος, 2011).

Ολοκληρώνοντας, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι παρόλο που στη χώρα μας ο αλκοολισμός δεν έχει την έκταση που έχει σε άλλες χώρες, η ανάγκη για συνεχή πληροφόρηση των εγκύων για τις βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ είναι επιτακτική (Βασιλική Μάτζιου, 1998).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσσα

Adams MM, Sarno AP, Harlass FE, Rawlings JS, Read JA *Epidemiology*. 1995 Sep; 6(5):525-32.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care, Washington, DC, 1992.

Alcoholism Clinical an Experimental Research, Extreme Prematurity: An Alcohol-Related Birth Effect, Robert J. Sokol, James J. Janisse, Judette M. Louis, Beth Nordstrom Bailey, Joel Ager, Sandra W. Jaedson, Joseph L. Jacobson.

Aronson M. Children of alcohol mother: Developmental, perceptual and behavior's characteristics as compared to matched control. *Acta Paediatrica Scandinavica*. 1985, 74: 27-35.

Al Riyami, N., Al-Ruheili, I., Al- Shezaw, F. & Al-Khabori, M. 2013, 'Extreme preterm premature rupture of membranes: risk factors and feto-maternal outcomes', *Oman medical journal*, vol.28, no. 2, pp. 108-111.

Albertsen K, Andersen AM, Olsen J, Gronback M. Alcohol consumption during pregnancy and the risk of preterm delivery. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 155-61.

Beth A. Bailey, Ph.D. and Robert J. Sokol, M.D., *Alcohol Res Health*. 2011; 34(1): 86–91.

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101.

Bailey BA, Sokol RJ. Is prematurity a part of fetal alcohol spectrum disorder? *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*. 2008; 3(2): 245–255.

Blackburn, S. T. (2007), *Maternal, fetal, and neonatal physiology: A clinical perspective* (3rd ed. J. St. Louis: Saunders.

Bride, M., & Murphy J. & Li T. (1990) 'Serotonin, dopamine, and GABA involvement in alcohol drinking of selectively bred rats'. *Alcohol, Encyclopedia of Behavioral Neuroscience*, pp. 17.

Braun, V and Clarke, V. (2006), *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp, 77-101. ISSN 1478-0887.

Camilla Nykjaer, Nisreen A Alwan, Darren C Greenwood, Nigel A B Simpson, Alastair W M Hay, Kay L M White, Janet E Cade, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2014.

Clarke, V. and Braun, V. (2013) Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26 (2). pp. 120-123.

Ciarren S.K Recognition of fetal alcohol syndrome. *JAMA*. 1981, 245: 2436 – 2439.

Cloherly J.P and Stark A.R, <<Manual Νεογνολογίας>>, Εκδόσεις <<Λίτσα>>, Αθήνα 1993.

Chasnoff I.J. Drug use in pregnancy. *Mother and child*. Chasnoff I.J. (ed). MTP Press limited. 1986, 75-80.

Church M.W., Gerkin K.P. Hearing disorders in children with fetal alcohol syndrome. *Neuropediatrics*. 1987, 18:13.

Christofell K.K, Salafsky I. Fetal alcohol syndrome in dizygotic twins. *Journal Pediatrics*. 1975, 87:963-967.

Chrzan J. (2012). *Alcohol, Social Drinking in Cultural Context*. London: Taylor & Francis Ltd.

Creasy Rk, Resnik R, Iams J D (2004) *Maternal – Fetal Medicine*. 5th ed. W.B Saunders, Philadelphia.

David King, Dan R. Dalton, Catherine M. Daily, Jeffrey G. Covin, *Strategic Management Journal*, Volume 25, No. 2, pp 187–200 (2004).

Department of Personality and Development Psychology, Faculty of Psychology, University of Basel, Switzerland.

Dietz, PM. et al. (2010), <<Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. >> *Am J Prev Med*. 2010 Jul; 39 (1) 45-52.

Dixon-Woods M, Agarmal S, Jones D, Young B, Sutton A., *J Health Serv Res Policy*, 2005 Jan; 10 (1): 45-53.

Edwards, A., Larson, H., Lichtenstein, P., Kendler, S. (2003), Early environmental influences contribute to covariation between internalizing symptoms and alcohol intoxication frequency across adolescence, addictive behaviours pp 85.

Fuchs M., Iosub S., Bingol N., Cromish D. Palpebral fissure size revisited Journal pediatrics. 1980, 96: 77-78.

Hart C, Lawrence R, Thomasson R, Wozniak P (1990), Psychol Rep 67:457-458.

Henderson J, Gray R, Brocklehurst P BJOG. 2007 Mar; 114(3):243-52.

Harlap S, Shiono PH Lancet. 1980 Jul 26; 2(8187):173-6.

Henderson J, Gray R, Brocklehurst P BJOG. 2007 Mar; 114(3):243-52.

Hanson J.W., Stressguth A.P., Smith D.W, The effects of moderate alcohol consumption during pregnancy on fetal growth and morphogenesis. The journal of pediatrics. 1978, 92: 457-460.

Harlow BL, Frigoletto FD, Cramer DW, et al. The RADIUS Study Group. Determinants of preterm delivery in low-risk pregnancies. J Clin Epidemiol 1996; 49: 441-8.

Hopfer, CJ. , Timberlake, D. Haberstick, B. & Lessem, JM. (2005) Genetic influences on quantity of alcohol consumed by adolescents and young adults. Source Department of Psychiatry, University of Colorado Health Sciences Center.

Iams, J., Romero, R., & Creasy, R (2009). Preterm Labor and birth. In R. Creasy, R. Resnik, & J. Iams (Eds), Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice (6th ed.). Philadelphia: Saunders.

Institute of Medicine. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment. Washington, DC: National Academy Press, 1996.

Jaddoe W.V., Bakker R, Hofman A, et al., Ann Epidemiol 2007;17:834-840.

Javier Valero de Bernabe' a, Trinidad Sorianob, Romana Albaladejoc, Margarita Juarranzb, Maria Elisa Callec, David Martinezc ,Vicente Dominguez-Rojasc , European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 116 (2004) 3–15.

James L. Mills, MD, MS; Barry I. Graubard, MA; Ernest E. Harley, MS; George G. Rhoads, MD, MPH; Heinz W. Berendes, MD, MHS, JAMA 1984;252:1875-1879.

Jones K., Smith D.W. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. Lancet. 1973, ii: 999-1001.

Kesmodel U, Olsen SF, Secher NJ, Epidemiology. 2000 Sep; 11(5):512-8.

Kline J, Stein Z, Susser M. Conception to Birth: Epidemiology of Prenatal Development. New York: Oxford University Press; 1989.

Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ, Alcohol. 2002 Jan-Feb; 37(1):87-92.

Kesmodel, U., et al. Moderate Alcohol Intake During Pregnancy and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life. American Journal of Epidemiology, volume 155, Issue 4, 15 February 2002, Pages 305-312.

Kattwinkel, J. (Ed.). (2006). Textbook of neonatal resuscitation (5th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics and the American Heart Association.

Lowdermilk, Perry, Cashion, Νοσηλευτική Μητρότητας, 8^η Έκδοση, Εκδόσεις Δ.ΛΑΓΟΣ, Αθήνα 2013.

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

McCarthy, F.P., O'Keeffe, L.M., Khashan, A.S., North, R.A., Poston, L., McCowan, L.M., Baker, P.N., Dekker, G.A., Roberts, C.T., Walker, J.J. & Kenny, L.C. 2013, "Association between maternal alcohol consumption in early pregnancy and pregnancy outcomes", Obstetrics and gynecology, vol. 122, no. 4, pp. 830-837.

Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML, Natl Vital Stat Rep. 2003 Dec 17; 52(10):1-113.

Muktar H. Aliyu, O'Neil Lynch, Victoria Belogolovkin, Roger Zoorob, Hamisu M. Saliyu, European Journal of Public Health, Vol. 20, No. 5, 582–587, 7 April 2010.

Mukherjee AB, Hodgen GD: Maternal ethanol exposure induces transient impairment of umbilical circulation and fetal hypoxia in monkeys., Science 1982;218: 700-702.

MW Bauer, G Gaskell, 2000, Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook for social research.

Mary E. Cogswell, Pamela Weisberg, Catherine Spong. Cigarette Smoking, Alcohol Use and Adverse Pregnancy Outcomes: Implications for Micronutrient Supplementation. The American Society for Nutritional Sciences J. Nutr. 133: 1722-17315, 2003.

Martin J.C., Smith D.W. Teratogenic effects of alcohol in humans and laboratory animals. Science. 1980, 209: 353-361.

O'Leary CM, Nassar N, Kurinczuk JJ, Bower C, BJOG. 2009 Feb; 116(3):390-400.

O'Shea K.S., Kaufman M.H. The teratogenic effect of acetaldehyde: Implications for the study of the fetal alcohol syndrome, Journal of Anatomy. 1979, 128: 65-76.

Pietrantonio M., Knuppel R.A. Alcohol use in pregnancy. Clinics in Perinatology. 1991, 18: 93-111.

Rasch V, Acta Obstet Gynecol Scand. 2003 Feb; 82(2):182-8.

Stanford Children's Health, Lucile Packard Children's Hospital Stanford, internet site: www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=small-for-gestational-age-90-PO2411.

Sokol RJ, Janisse JJ, Louis JM, Bailey BN, Ager J, Jacobson SW, Jacobson JL, Alcohol Clin Exp Res. 2007 Jun; 31(6):1031-7.

Sokol RJ, Martier S, Ernhart C (1983), Vol 17. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration Research Monograph, Rockville, MD.

Sokol RJ, Miller SI, Reed G, Alcohol Clin Exp Res. 1980 Apr; 4(2):135-45.

Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. Fetal alcohol spectrum disorder. JAMA 2003; 290: 2996-9.

Seaver L.H., Hoyme H.E Teratology in pediatric practice. Pediatric clinics North America. 1992, 39: 111-134.

Streissguth A.P. fetal alcohol syndrome. An epidemiologic perspective American Journal epidemiology. 1978, 107: 467-468.

Shaywitz S.E, Cohen D.J. Shaywitz B.A Behavior and learning difficulties in children of normal intelligence born by alcoholic mothers. The journal of pediatrics. 1980;96: 978-982.

Shapiro, H. (2009). Drugs. Αθήνα: Ερευνητές.

Sporh Steinhausen H.C. Follow-up studies of children with fetal alcohol syndrome. Finding from case reports. Pediatrics. 1988, 82:147-154.

Tom Lissauer, Graham Clayden- Σύγχρονη Παιδιατρική, Τόμος Α' Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κύπρος 2011.

Thale V, Schlitt A., Der Internist., 2011 Oct; 52 (10): 1185-90.

Windham GC, Von Behren J, Fenster L, Schaefer C, Swan SH, Epidemiology. 1997 Sep; 8(5):509-14.

WHO- Global Status Report on Alcohol, 2004.

Weatherbee P. Lodge R.J. A review of ethanol's effects on the reproductive process. Journal of reproductive medicine. 1978, 21: 63-78.

William P. Fifer, Sherri Ten Fingers, Mitzi Youngman, Esperanza Gomez-Gribben, Michael M. Myers, Developmental Psychobiology, 2009 Apr; 51 (3);234-242.

Ελληνόγλωσσα

Αθανάσιος Σιώζος, Αλκοόλ, Κάπνισμα και Καφές στην εγκυμοσύνη, Διαδικτυακή σελίδα:www.siozos.com/blog-2/μαιευτική/αλκοόλ-κάπνισμα-και-καφεσ-στην-εγκυμο/.

Αναγνωστάκης Δ., (1993), << Η επίδραση της αλκοόλης στο έμβρυο >>, Ιατρική, Τόμος 64 (5), σελίδα 456-461.

Γενική Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Τοκετός, Διαδικτυακή σελίδα: www.iaso.gr/blog/τοκετός.

Γαία Μαιευτική – Γυναικολογική, Αλκοόλ και εγκυμοσύνη, Διαδικτυακή σελίδα: www.gaiamaternity.gr/el/content/αλκοόλ-και-εγκυμοσύνη.

Δρ Φερτάκης, 1992, Επιτομή Εσωτερικής Παθολογίας, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Εγκυμοσύνη και αλκοόλ – Τα νέα δεδομένα, Διαδικτυακή σελίδα:
www.onmed.gr/ygeia/story/326279/egkymosyni-kai-alkool-ta-nea-dedomena.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.ΠΝ),
2007.

Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου, “Γενικά περί αλκοολισμού των νέων – Νεανικός
Αλκοολισμός” στον Εγκέφαλο, τεύχος 26, 1989.

Ε. Σαραγιανίδου – Ε. Κωστάλη, 1992, Νοσηλευτικής – Ψυχιατρικής, Εκδόσεις
Πελεκάνος, Αθήνα.

Ζαφειρίδης Φ., (2009), Εξαρτήσεις και κοινωνία – θεραπευτικές κοινότητες – Ομάδες
αυτοβοήθειας, Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα.

Ιατρικό Λεξικό – Χαμηλό βάρος γέννησης, Διαδικτυακή σελίδα:
www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/xamilo-vars-gennis.html.

Κίτσιου – Τζελή Σ. Παράγοντες τερατογένεσης και συγγενείς ανωμαλίες, Εκδόσεις
Ζερμπίνης, Αθήνα 1992, 135-143.

Κίτσιου – Τζελή Σ., Εμβρυϊκό σύνδρομο οινόπνευματος, Παιδιατρική, 1983, 46: 153-
160.

Κάπνισμα και εγκυμοσύνη, Διαδικτυακή σελίδα:
www.iatronet.gr/ygeia/maieftikieggkymosyni/article/79/karnisma-kai-egkymosyni.html.

Κέντρο Φυσικής Ιατρικής Δυτικής Ελλάδος, Διαδικτυακή σελίδα: www.kefide.gr.

Λούφτη Χ.Α, Αγγελετάκη Δ. (2009). Οι επιπτώσεις των Ναρκωτικών ουσιών στην
Κύηση, στο Έμβρυο και στο Νεογνό, Αθήνα.

Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ., Αλκοολισμός: Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές
Προσεγγίσεις, ΒΗΤΑ Ιατρικές, εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, 2007.

Μαλλιάρου Α., Μάνδουλα Ε., Αναγνωστάκης Δ. Εμβρυϊκό σύνδρομο από οινόπνευμα,
Ιατρική 1989, 56: 28-282.

Μ.Α. Μαλγαρινού – Σ.Φ Κωνσταντινίδου, 1995, Νοσηλευτική παθολογική
χειρουργική, τόμος Β' μέρος 2^ο, Αθήνα, έκδοση 17^η.

Μουζάς Μ. (2005) Αλκοολογία για τον κλινικό γιατρό, Αθήνα: Εκδόσεις Global Activities Key A.E.

Νοσηλευτική, τεύχος 4 τόμος 3, 332-336, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1998.

Νικόλαος Αθ. Καρακατσάνης, Οι συνέπειες του αλκοόλ, κλινική ψυχικής υγείας Σινούρη, Διαδικτυακή σελίδα: www.sinouri.gr/i-synepies-tou-alkoolismou/.

Πουλόπουλος Χ. (2011), Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις, Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ.

Περιορισμός αλκοόλ – Μείνε Δυνατός, Διαδικτυακή σελίδα: www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/alcoholandhealth/.

Ποταμιάνος, Γρ., <<Νόμιμες Ουσίες Εξάρτησης, Αλκοόλ.>>, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1991.

Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου, Α., (2005) Κοινωνική Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Πρόωρη γέννηση: Παράγοντες κινδύνου και οι πιθανές επιπτώσεις, Διαδικτυακή σελίδα: www.onmed.gr/ygeia/story/340271/proori-gennisi-paragontes-kindynou-

Σεργιόπουλος ΙΚ., <<Εγχειρίδιο νεογνολογίας>>, Εκδόσεις << Λίτσας>>, Αθήνα, 1987.

Στατιστικά για το αλκοόλ – Μείνε Δυνατός, Διαδικτυακή σελίδα: www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/alcoholstatistics/.

Το άγχος στην εγκυμοσύνη: Δεν πρέπει να το υποτιμούμε, Διαδικτυακή σελίδα: www.iatronet.gr/ygeia/maiftiki-egkymosyni/article/32829/to-agxos-stin-egkymosyni-den-prepei-na-to-ypotimoyme.html.

Τσαρούχας Κ., Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό, Εκδόσεις Άγκυρα, Αθήνα, 2000.

Τζάφφη, Τ. Πήτερσον, Ρ. Χόντσον, Ρ. (1981). << Ναρκωτικά-Τσιγάρο-Αλκοόλ>>, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα.

Τούντας Γ., Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, 2000.

Χανιώτης Δ. Ι. Αλκοόλ και εμβρυϊκές βλάβες, Ιατρική Επιθεώρηση Ι.Κ.Α 1994, 5: 91-96.