



**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ - ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ :



***ΑΛΚΟΟΛ, ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΦΕΪΝΗ
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ***



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ : **ΘΑΝΑΣΗ ΗΡΕΝΑ
ΣΟΥΛΤΑΝΗ ΚΥΡΙΑΚΗ
ΤΖΑΦΕΡΗ ΣΤΕΛΛΑ**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : **ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ**



ΣΗΤΕΙΑ 2008

TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF CRETE
DEPARTMENT OF SITIA

NUTRITION AND DIETETICS

ALCOHOL, SMOKING AND CAFFEINE
DURING THE PREGNANCY

STUDENTS : THANASI IRENA

SOULTANI KYRIAKI

TZAFERI STELLA

PROFESSOR : SFAKIANAKI IRINI

SITIA 2008

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ :

ΑΛΚΟΟΛ, ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΦΕΪΝΗ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Επιμέλεια :

Θανάση Ηρένα
Σουλτάνη Κυριακή
Τζαφέρη Στέλλα

Εισηγήτρια :

Σφακιανάκη Ειρήνη

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Περίληψη

Ευχαριστίες

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

<<ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ>>

- Απαιτήσεις σε θρεπτικά συστατικά κατά την εγκυμοσύνη.....
- Ενέργεια και εγκυμοσύνη
- Πρωτεΐνες και εγκυμοσύνη.....
- Υδατάνθρακες και εγκυμοσύνη.....
- Λίπη και εγκυμοσύνη.....
- Συστάσεις Βιταμινών και ιχνοστοιχείων κατά την εγκυμοσύνη.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

<<ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ>>

- Φυσιολογικές μεταβολές των ανατομικών οργάνων της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη.....
 - Μεταβολές στους ιστούς.....
 - Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα.....
 - Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα.....
- Επιπλοκές της εγκυμοσύνης.....
 - Διαβήτης της κύησης.....
 - Υπέρταση στην κύηση.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

<< ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ >>

▪ ΜΕΡΟΣ Α. ΑΛΚΟΟΛ

- Εισαγωγή.....Ορισμός αλκοόλ.....
- Απορρόφηση και μεταβολισμός του αλκοόλ.....
- Επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία του ανθρώπου.....
- Επιπτώσεις του αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης.....
- Εμβυικό σύνδρομο οينوπνεύματος (FAS).....
- Επίδραση του αλκοόλ στην απορρόφηση των βιταμινών
- Συστάσεις κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης.....

▪ ΜΕΡΟΣ Β. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

- Εισαγωγή.....
- Κατανάλωση καπνού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....
- Επιπλοκές από την κατανάλωση καπνού κατά την διάρκεια της κύησης.....
- Επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβρυο.....
- Επίδραση του καπνού στην απορρόφηση των βιταμινών.....
- Τρόποι περιορισμού του καπνίσματος.....
- Επιπτώσεις στα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της Κύησης.....

▪ ΜΕΡΟΣ Γ. ΚΑΦΕΪΝΗ

- Εισαγωγή..... Ορισμός καφεΐνης.....
- Μεταβολισμός της καφεΐνης.....
- Επιπτώσεις της καφεΐνης στην υγεία του ανθρώπου.....
- Επιπτώσεις της καφεΐνης κατά τη διάρκεια της κύησης.....
- Επίδραση της καφεΐνης στη γονιμότητα.....
- Επίδραση της καφεΐνης στην απορρόφηση των βιταμινών.....

→ Πιθανά οφέλη της καφεΐνης στην υγεία.....

→ Τρόποι περιορισμού της καφεΐνης.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

<< ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ>>

- Διατροφικές συστάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....
- Σωματική άσκηση και εγκυμοσύνη.....
- Υπόδειγμα ημερησίου διαιτολογίου για έγκυο γυναίκα σε φυσιολογική κατάσταση.....

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Στατιστική Ανάλυση.....

Ενότητα Α'

- Μεθοδολογία έρευνας.....
- Είδος της έρευνας.....
- Σκοπός της έρευνας.....
- Στόχοι της έρευνας.....

Ενότητα Β'.....

- Υλικό – Μέθοδος.....
- Σχεδιασμός της έρευνας.....
- Πληθυσμός – Δείγμα.....
- Τόπος και χρόνος έρευνας.....
- Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων.....
- Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση.....

Ενότητα Γ'.....

- Ερωματολόγιο.....
- Στατιστική ανάλυση – Αποτελέσματα της έρευνας.....

Συμπεράσματα από το ερευνητικό μέρος.....

Βιβλιογραφία.....

Παράρτηματα.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μια υγιής εγκυμοσύνη είναι εκείνη που διακρίνεται χωρίς φυσική ή ψυχολογική παθολογία στη μητέρα ή το έμβρυο και οδηγεί στην γέννηση ενός υγιούς μωρού.

Η εγκυμοσύνη είναι μια κρίσιμη περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η καλή διατροφή της μητέρας είναι ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει την υγεία και του παιδιού και της ίδιας. Το κέρδος βάρους της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρεάζει το βάρος και την κατάσταση υγείας του βρέφους και οι εκβάσεις αυτές ποικίλλουν ανάλογα με τη θρεπτική θέση της μητέρας.

Όπως είδαμε και από βιβλιογραφικές αναφορές η κατανάλωση αλκοόλ, καπνού και καφεΐνης μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις όσον αφορά την ανάπτυξη του εμβρύου και την έκβαση της κύησης.

Ο σκοπός της έρευνας είναι η συλλογή στοιχείων για την αναγνώριση της σημερινής πραγματικότητας όσο αφορά το αλκοόλ, το κάπνισμα και την καφεΐνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Επιπλέον σκοπός είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο αλλάζουν οι διατροφικές συνήθειες των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, συμμετείχαν 200 έγκυες γυναίκες από τις οποίες οι 100 ήταν κάτοικοι της πόλης της Πάτρας και οι άλλες 100 της πόλης της Σπάρτης. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με πρόγραμμα του Office, το Microsoft Excel.

Από τα αποτελέσματα της πτυχιακής μας καταδεικνύεται ότι το 31% του δείγματος καπνίζει εκ των οποίων το 28% ελάττωσε-διέκοψε κατά τη διάρκεια της κύησης ενώ το 37% γνώριζε τις επιδράσεις που επιφέρει η κατανάλωση καπνού.

Όσον αφορά το αλκοόλ το 15% των εγκύων περιοριζόταν στην κατανάλωση κρασιού και μύρας ενώ μόνο το 1% δεν θεωρούσε απαραίτητο να το διακόψει – ελαττώσει, και δυστυχώς παρατηρούμε ότι το 82% δεν είχε καμία επίγνωση των βλαπτικών επιδράσεων του αλκοόλ.

Ο καφές είναι ένα διαδεδομένο στις μέρες μας ρόφημα, και αυτό φαίνεται και από το γεγονός ότι το 62% των γυναικών αρέσκεται στην κατανάλωση ροφημάτων που περιέχουν καφεΐνη, το 51% περιόρισε την κατανάλωσή της κατά τη διάρκεια της κύησης και το 40% γνώριζε τις αρνητικές επιπτώσεις της κατανάλωσης.

Τέλος, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης παρατηρούμε ότι οι εγκυμονούσες προσπαθούν να αλλάξουν θετικά τις διατροφικές τους συνήθειες έχοντας συνεχή ενημέρωση από διάφορους φορείς.

SUMMARY

A healthy pregnancy is distinguished without natural or psychological pathology of the mother or the embryo and leads to the birth of a healthy baby.

Pregnancy is a crucial period during which good nutrition of the mother is a basic factor which affects the health of both mother and child. A mother's gaining weight during her pregnancy affect the child's weight and health and the outcome of these vary according to the mother's nutritional state. As we have seen in bibliographical reports the consumption of alcohol, caffeine and smoking can have severe consequences as far as the development of the embryo and the outcome of the pregnancy is concerned.

The purpose of this survey is to compile facts to identify today's reality as far as alcohol, caffeine and smoking during the pregnancy period is concerned.

Furthermore we aim to ascertain how much women's diet habits have changed during their pregnancy.

For the compilation of the survey facts questionnaires were used, 200 pregnant women participated out of which 100 are residents of Patra and the other 100 of Sparta. The analysis of the results was done by an office, Microsoft Excel Program.

As a result of our dissertation it is obviously shown that 31% of the sample smoked, out of which 28% lessened or quit during their pregnancy while 37% was aware of the effects smoking have.

As far as alcohol is concerned 15% of the pregnant women restricted themselves to the consumption of wine or beer whereas 1% did not find it necessary to stop or lessen it and we unfortunately observe that 82% had no knowledge of the harmful effects of alcohol.

Nowadays coffee is a very common beverage and that is apparent by the fact that 62% of women like to consume beverages which contain caffeine, 51% reduced their consumption during their pregnancy and 40% knew the negative effects of its consumption.

In conclusion from the outcome of the present study we observe that pregnant women try to positively change their diet habits by constantly being informed by different means.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα όσους ανθρώπους συνέβαλαν για την πραγματοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας. Ευχαριστούμε για την καθοδήγηση τους αλλά και για την συμπαράστασή τους στην ολοκλήρωση της μελέτης αυτής.

Συγκεκριμένα ευχαριστούμε:

- ❖ Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο, ΠΓΝΠ) για την άδεια παραχώρησης ώστε να πραγματοποιηθεί το Α ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας και συγκεκριμένα του προϊστάμενο της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής κο.Β.Δάγλα καθώς επίσης και τις νοσηλεύτριες της συγκεκριμένης κλινικής κα.Βάσω και κα.Ελένη.
- ❖ Το Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης για τη βοήθεια ολοκλήρωσης του Β ερευνητικού μέρους και συγκεκριμένα του διευθυντή της Μαιευτικής Κλινικής κο.Ν.Καλογεράκο και την γυναικολόγο κα.Α.Αλεξανδράκη .
- ❖ Το διαιτολογικό τμήμα του Π.Γ.Ν.Π Ρίου και συγκεκριμένα την προϊστάμενη του τμήματος κα. Nancy Mead για τη συμβολή της στη διεκπεραίωση του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας.
- ❖ Την κα. Σφακκιανάκη Ειρήνη για την διεξαγωγή και την περαιτέρω καθοδήγηση έως την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας.
- ❖ Επίσης τις εγκυμονούσες της Μαιευτική – Γυναικολογικής Κλινικής Πατρών – Σπάρτης για την υπομονή τους και το χρόνο τους για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων του ερευνητικού μέρους.
- ❖ Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους γονείς μας για την ηθική και οικονομική συμβολή και στήριξη τους στην ολοκλήρωση των σπουδών μας.

Θανάση Φένα
Σουλτάνη Κυριακή
Τζαφέρη Στέλλα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια υγιής εγκυμοσύνη είναι εκείνη που διακρίνεται χωρίς φυσική ή ψυχολογική παθολογία στη μητέρα ή το έμβρυο και οδηγεί στην γέννηση ενός υγιούς μωρού.(1)

Η εγκυμοσύνη είναι μια κρίσιμη περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η καλή διατροφή της μητέρας είναι ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει την υγεία και του παιδιού και της ίδιας. Το κέρδος βάρους της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρεάζει το βάρος και την κατάσταση υγείας του βρέφους και οι εκβάσεις αυτές ποικίλλουν ανάλογα με τη θρεπτική θέση της μητέρας. (2)

Το ορμονικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ροής των θρεπτικών ουσιών στο έμβρυο, στις μεταβολές στον οργανισμό της μητέρας και στην προώθηση της μαστικής ανάπτυξης, μεταξύ πολλών άλλων λειτουργιών. Με τη μείωση της λήψης ενέργειας από τη μητέρα, τις πρόωρες ναυτίες και εμετούς που συνδέονται με αυτές τις ορμονικές αλλαγές, μπορούν να διαδραματίσουν έναν ρόλο στη μη ισορροπημένη μετάβαση των θρεπτικών ουσιών στον πλακούντα, κυρίως τους πρώτους μήνες της κύησης.(3)

Το βάρος γέννησης και η κνητική ηλικία της μητέρας έχουν αναγνωριστεί από καιρό ως σημαντικοί και καθοριστικοί παράγοντες της εξασθετισμένης ενδομήτριας αύξησης της νοσηρότητας και θνησιμότητας βρεφών (2) και η ανάπτυξη μπορεί επίσης «να καθορίσει» το έμβρυο για την καρδιαγγειακή, μεταβολική ή ενδοκρινή πάθηση στην μετέπειτα ενήλικη ζωή του(4). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η μητρική παχυσαρκία είναι επίσης μια ανησυχία και αυξάνει τον κίνδυνο κνητικού διαβήτη, στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων, υπέρτασης, επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού και την εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας. (5)

Η υγιεινή διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν διαφοροποιείται από μια υγιεινή διατροφή στην υπόλοιπη ζωή της γυναίκας και απλά σημαίνει διατροφή από όλες τις ομάδες τροφίμων στις συνιστώμενες βέβαια ποσότητες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ



ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ

ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εγκυμοσύνη είναι μια από τις θρεπτικότερα απαιτητικές περιόδους της ζωής μιας γυναίκας. Στον κύκλο της ζωής, η εγκυμοσύνη χαρακτηρίζει μια νέα αρχή που έχει ισόβια αποτελέσματα και για τη μητέρα και για το μωρό.

Η διατροφή διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στη βελτιστοποίηση της υγείας των γυναικών και της αύξησης των μωρών. Ανεξάρτητα από το βάρος, το ύψος ή την ηλικία προ-εγκυμοσύνης, η κατάλληλη πρόσληψη βάρους είναι σημαντικό για μια υγιή έκβαση.(6)

Οι γυναίκες που βρίσκονται σε περίοδο εγκυμοσύνης πρέπει να διατηρήσουν μια καλή θρεπτική κατάσταση μέσω ενός τρόπου ζωής που βελτιστοποιεί τη μητρική υγεία και μειώνει τον κίνδυνο των ατελειών γέννησης και χρόνιων προβλημάτων υγείας στα παιδιά τους. Τα βασικά συστατικά ενός τρόπου ζωής υγεία-προαγωγής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν κατάλληλη πρόσληψη βάρους, κατανάλωση ποικιλίας τροφίμων σύμφωνα με την πυραμίδα τροφίμων, επαρκείς πρόσληψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων, αποφυγή του οίνοπνεύματος, του καπνού, και άλλων επιβλαβών ουσιών κ.α.(7)

Οι συνολικές ενεργειακές ανάγκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνονται μεταξύ 2.500 -2.700 kcal /ημέρα για τις περισσότερες γυναίκες, αλλά ο δείκτης μάζας σώματος, το ποσοστό πρόσληψης βάρους, η ηλικία της μητέρας και η φυσιολογική όρεξη πρέπει να εξεταστούν στην προσαρμογή αυτής της σύστασης σε κάθε άτομο ξεχωριστά. Η κατανάλωση περισσότερων τροφίμων για να ικανοποιήσουν τις ενεργειακές ανάγκες και η αυξανόμενη απορρόφηση και η αποδοτικότητα της θρεπτικής χρησιμοποίησης που εμφανίζεται στην εγκυμοσύνη είναι γενικά επαρκείς για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες για τις περισσότερες θρεπτικές ουσίες. Εντούτοις, η χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής είναι κατάλληλες για μερικές μόνο θρεπτικές ουσίες και καταστάσεις.(7)

Η εγκυμοσύνη είναι μια κρίσιμη περίοδος στην ανάπτυξη για το μωρό. Η φτωχή διατροφή κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής αυξάνει τον κίνδυνο για χαμηλό βάρος γέννησης, οδηγεί σε εξασθετισμένη πρόσληψη βάρους κατά τη διάρκεια της βρεφικής και της παιδικής ηλικίας, και αλλάζει μόνιμα τους ιστούς και τα ζωτικής σημασίας όργανα όπως η καρδιά και τα νεφρά. Οι μελέτες δείχνουν ότι το χαμηλό βάρος γέννησης συνδέεται με έναν αυξανόμενο κίνδυνο των στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων, της υπέρτασης και τύπου 2 διαβήτη. Ο κίνδυνος για τη χρόνια πάθηση αρχίζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή από την προκατάληψη ως αποτέλεσμα του υποσιτισμού.

Οι γυναίκες πρέπει να επιτύχουν μια καλή θρεπτική κατάσταση πριν από, κατά τη διάρκεια και μετά από την εγκυμοσύνη για να βελτιστοποιήσουν τη μητρική υγεία και να μειώσουν τον κίνδυνο των ατελειών γέννησης και χρόνιας πάθησης στα παιδιά τους κατά την ενηλικίωση τους.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες πολλές γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης δεν διατηρούν μια καλή θρεπτική κατάσταση πριν από, κατά τη διάρκεια και μετά από την εγκυμοσύνη.

Οι εθνικές μελέτες δείχνουν ότι η χρήση της βιταμίνης Β6, της βιταμίνης Ε, του σιδήρου, του μαγνησίου, του ψευδάργυρου και ειδικά του ασβεστίου είναι λιγότερη από τα συνιστώμενα επίπεδα για τις γυναίκες μεταξύ 20 και 49 ετών (8).

Σε ποσοστό 19% - 38% εμφανίζεται να είναι οι γυναίκες που είναι υπέρβαρες πριν από τη σύλληψη. Μόνο 30% - 40% των γυναικών κερδίζουν πραγματικά το βάρος μέσα στα συνιστώμενα επίπεδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (9).

ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Κάθε έγκυος μπορεί να καλύψει τόσο τις δικές της ανάγκες όσο και του εμβρύου με τρεις κυρίως τρόπους. Ο πιο επιθυμητός τρόπος είναι η λήψη της τροφής μέσω της στοματικής κοιλότητας της μητέρας όπου τα θρεπτικά συστατικά εισέρχονται στο έμβρυο μέσω του πλακούντα. Για τη σωστή και επαρκή μεταφορά των θρεπτικών συστατικών από τη μητέρα στο έμβρυο μέσω του πλακούντα, η έγκυος πρέπει να έχει ένα καλά λειτουργικό καρδιαγγειακό σύστημα καθώς και επαρκή ροή αίματος μέσω των οποίων διέρχονται τα θρεπτικά συστατικά. Η έλλειψη των βασικών θρεπτικών συστατικών μπορεί να οδηγήσει στην καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου. Το ίδιο μπορεί να συμβεί εάν παρουσιαστεί πρόβλημα κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Όταν η λήψη τροφής μέσω της στοματικής κοιλότητας δεν είναι εφικτή, τότε η κάλυψη των θρεπτικών συστατικών μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω εντερικής ή παρεντερικής διατροφής. Τέλος, Ένας τρίτος αλλά καθόλου επιθυμητός τρόπος είναι η κινητοποίηση των αποθεμάτων της μητέρας, η οποία όμως μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία της και του εμβρύου.

Η μέλλουσα μητέρα λοιπόν, θα πρέπει να ακολουθεί ένα πλούσιο και επαρκές διαιτολόγιο με σκοπό να καλύψει τόσο τις δικές της απαιτήσεις όσο και του νεογνού.(10)

ΕΝΕΡΓΕΙΑ

Η διατροφική πρόσληψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να παρέχει την κατάλληλη ενέργεια που θα εξασφαλίσει την ομαλή έκβαση της κύησης και του νεογέννητου μωρού.

Η ιδανική κατάσταση για μια γυναίκα είναι να "εισαχθεί" στην εγκυμοσύνη με ένα φυσιολογικό βάρος και μια καλή θρεπτική κατάσταση. Επομένως, οι ενεργειακές ανάγκες της εγκυμοσύνης είναι εκείνες που απαιτούνται για ένα επαρκές κέρδος βάρους της μητέρας για να εξασφαλίσουν την ομαλή αύξηση του εμβρύου, του πλακούντα, των κυττάρων και ιστών και τις μεταβολικές απαιτήσεις της εγκυμοσύνης.

Το συνολικό ενεργειακό κόστος της εγκυμοσύνης υπολογίζεται σύμφωνα με τον Hytten (1980) περίπου στις 84.000 kcal. Στο νούμερο αυτό συμπεριλαμβάνεται το κόστος για την ανάπτυξη του μητρικού ιστού, την ανάπτυξη του εμβρύου, 3-4 kg αποθεματικό λίπος και η αύξηση του βασικού μεταβολισμού, το οποίο είναι αποτέλεσμα κυρίως της αύξησης του σωματικού βάρους.

Επίσης όσον αφορά το βασικό μεταβολισμό κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης αρχικά μειώνεται και στη συνέχεια αυξάνεται κατά 15-20% περίπου, γεγονός το οποίο οφείλεται στην αύξηση της μυϊκής μάζας της μήτρας, του πλακούντα και του εμβρύου, καθώς και στην επιβάρυνση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας.

Η πρόσληψη ενέργειας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παραμένει σταθερή κατά το πρώτο τρίμηνο ενώ αυξάνεται κατά 340 kcal/ημέρα το δεύτερο τρίμηνο και κατά 452 kcal/ημέρα το τρίτο τρίμηνο.(151)

Το βάρος που θα πρέπει να παίρνει μια γυναίκα σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι (Naeye 1979) :

- Όσες έχουν βάρος 80 – 120% του ιδανικού (δηλαδή 20% λιγότερο ή περισσότερο από το κανονικό): 9 κιλά
- Όσες έχουν βάρος πάνω από 120% του ιδανικού : 7.5 κιλά
- Όσες έχουν βάρος κάτω από 80% του ιδανικού : 13.5 κιλά

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΒΑΡΟΥΣ ΕΓΚΥΟΥ

(Institute Of Medicine/National Academy of Sciences)

<u>BMI</u>προ εγκυμοσύνης	<u>Συνιστάμενη αύξηση βάρους(kg)</u>	<u>Αύξηση βάρους/εβδομάδα μετά τη 12η(kg)</u>
BMI<19,8	12,5-18	0,5
BMI>19,8-26	11,5-16	0,4
BMI>26-29	7-11,5	0,3
BMI>29	7	
Κυοφορία διδύμων	15,9-20,4	0,7
Κυοφορία τριδύμων	22,7	
BMI=βάρος(kg)/ύψος ²		

Προσθήκη βάρους στην εγκυμοσύνη	
	Κέρδος βάρους κατά προσέγγιση
<u>Εμβρυο</u>	3.4 kg
Πλακούντας	800 gr.
Αμνιακό υγρό	900gr
<u>Μητέρα</u>	
Μαστός	900gr
Μήτρα	900gr
Υγρά του σώματος	1.8 kg
Αίμα	1.8 kg
Μητρικά αποθέματα λίπους, πρωτεΐνης και άλλων συστατικών	3.1 kg
Σύνολο :	13.6 kg

Πηγή : *Planning Your Pregnancy and Birth*, Third Edition, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ

Οι πρωτεΐνες αποτελούν τα βασικά στοιχεία της δομής των κυττάρων και των ιστών του ανθρώπινου οργανισμού.

Παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς επίσης και στο βάρος γέννησης του μωρού διότι συμβάλλουν στη διάπλαση νέων κυττάρων και στη διαμόρφωση των κυτταρικών συγκροτημάτων και οργανικών συστημάτων.

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι εγκυμονούσες γυναίκες αποθηκεύουν πρωτεΐνη στην αρχή της κύησης ώστε να καλύψουν τις μετέπειτα ανάγκες της κύησης και του εμβρύου. Άρα η πρωτεϊνική πρόσληψη ειδικά προς το τέλος της εγκυμοσύνης θα πρέπει να είναι σχετικά αυξημένη φτάνοντας το 20% των συνολικά προσλαμβανόμενων θερμίδων.(13,14,15) Εάν δεν ικανοποιηθούν οι πρωτεϊνικές ανάγκες της εγκύου, το BMR σταματάει να αυξάνεται ενώ μπορεί να σταματήσει και η αύξηση του σωματικού βάρους στο τελευταίο τρίμηνο.(13)

Το RDI (Dietary Reference Intake) για την πρόσληψη πρωτεΐνης για τις έγκυες γυναίκες (και για τις γυναίκες κατά τη διάρκεια του θηλασμού) ανέρχεται στα 1.1 γρ./κιλό σωματικού βάρους, που αντιπροσωπεύει μια αυξανόμενη ανάγκη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε **25 γραμμάρια** ανά ημέρα.(22) Σε γυναίκες όμως με πολλαπλές κυήσεις εντός σύντομου χρονικού διαστήματος συστήνονται επιπλέον 35γρ./ημέρα.(13)

Οι μητέρες που καταναλώνουν χαμηλές ποσότητες πρωτεΐνης στο τέλος της κύησης, όπου οι ανάγκες είναι πιο αυξημένες, έχουν μικρότερο βάρος πλακούντα και βάρος γέννησης του νεογνού. Συγκεκριμένα, για κάθε μείωση της πρόσληψης πρωτεΐνης κατά 1 γρ. έχουμε μείωση του βάρους του πλακούντα κατά 1,4γρ. και το βάρος του νεογνού κατά 3,1 γρ. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στην ανεπάρκεια των πρωτεϊνών στο πρώτο τρίμηνο που μειώνει τη διαθεσιμότητα των αμινοξέων για την ανάπτυξη του πλακούντα που γίνεται στα πρώτα στάδια της κύησης.(16)

Η υπέρμετρη αύξηση της πρωτεϊνικής και ενεργειακής πρόσληψης μέσω της δίαιτας ή μέσω ισορροπημένων συμπληρωμάτων (<25% του συνόλου των θερμίδων από τις πρωτεΐνες) αποφέρει μόνο μέτρια αύξηση του σωματικού βάρους της μητέρας και του εμβρύου στις υποσιτισμένες εγκύους και δεν οδηγεί σε μακροχρόνια θετική επίδραση στο παιδί όσον αφορά την σωματική και πνευματική ανάπτυξη του.(17)

Ούτε τα ισοενεργητικά συμπληρώματα πρωτεΐνης ούτε τα υψηλής περιεκτικότητας συμπληρώματα πρωτεΐνης είναι ωφέλιμα για τη μητέρα και το παιδί.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα ήταν ωφέλιμο να προτιμούνται για κατανάλωση τρόφιμα υψηλής βιολογικής αξίας σε πρωτεΐνη όπως κόκκινο κρέας, κοτόπουλο, συκώτι, ψάρια, γάλα, τυρί, αυγά κ.α.

Πίνακας με τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες.

<u>ΤΡΟΦΙΜΟ</u>	<u>ΓΡΑΜΜΑΡΙΑ / 100γρ.</u>
Αυγό (βρασμένο)	12.3
Γάλα (φρέσκο)	3.3
Κοτόπουλο (ψητό)	22.6
Μακαρόνια (βρασμένα)	4.3
Μοσχάρι (φιλέτο, σχάρα)	31.6
Μπακαλιάρος	21.4
Μπιζέλια	8.3
Μύδια (βρασμένα)	17.2
Νιφάδες καλαμποκιού	8.6
Πατάτες (τηγανιτές)	3.8

Πίτουρο σιταριού	14.1
All bran δημητριακά	15.1
Σολωμός (στον ατμό)	20.1
Σπανάκι (βρασμένο)	5.1
Τυρί παρμεζάνα	35.1
Τυρί τύπου cheddar	26
Τυρί τύπου edam	24.4
Τυρί φέτα	16.5
Φακές (ωμές)	23.8
Χοιρινό (σγάρας)	28.5
Ψωμί λευκό τύπου 72%	7.6
Ψωμί μαύρο τύπου 85%	8.9
Ψωμί ολικής αλέσεως τύπου 100%	8.8

Τριχοπούλου Α., 1992

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Όπως και ένα φυσιολογικό άτομο, έτσι και μια έγκυος γυναικά ένα μέρος της απαραίτητης ενέργειας για την καθημερινή δραστηριότητα και τη λειτουργία των οργάνων το παίρνει από τους υδατάνθρακες.

Η περίσσεια των υδατανθράκων που δεν χρησιμοποιείται, αποθηκεύεται υπό μορφή λίπους και γλυκογόνου για να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις μειωμένης ενεργειακής πρόσληψης.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης απαιτείται επιπλέον ενέργεια εφόσον το βάρος αυξάνεται. Επίσης κατά την περίοδο αυτή, πρέπει να συντεθεί μια επιπλέον ποσότητα λίπους, η οποία θα αποθηκευτεί στον υποδόριο ιστό και θα χορηγήσει ενέργεια κατά τον τοκετό και θα συμβάλλει στην παραγωγή γάλακτος.

Η ημερήσια συνιστώμενη ποσότητα υδατανθράκων για μια φυσιολογική έγκυο κυμαίνεται από 350- 400 γραμμάρια / ημέρα ή διαφορετικά να καλύπτουν περίπου το 55% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης.(10)

ΛΙΠΙΔΙΑ

Η φυσιολογική εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται από κατάσταση υπερλιπιδαιμίας. Τα επίπεδα των λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών στο πλάσμα είναι αυξημένα σε αντίθεση με τα επίπεδα των αμινοξέων που σταδιακά μειώνονται. Η αλλαγή αυτή οφείλεται στη στήριξη των ενεργειακών αναγκών της μητέρας μέσω της οξείδωσης των λιπών ώστε να μεταφέρονται τα υπόλοιπα θρεπτικά συστατικά στο έμβρυο.(20)

Ο ρόλος των λιπών στην έγκυο γυναίκα δεν διαφέρει από αυτόν στα υπόλοιπα άτομα :

- Δημιουργούν ένα προστατευτικό σώμα στις μεταβολές της θερμοκρασίας.
- Είναι βασικά συστατικά της κυτταρικής μεμβράνης και του κεντρικού νευρικού συστήματος.
- Βοηθούν στην απορρόφηση των λιποδιαλυτων βιταμινών Α, D, Ε και Κ.
- Βοηθούν στην πρόσληψη των απαραίτητων λιπαρών οξέων (λινελαϊκό και λινολενικό οξύ), τα οποία ο οργανισμός δεν έχει τη δυνατότητα να τα συνθέσει μόνος του και πρέπει να τα προσλαμβάνει από τις τροφές.
- Προστατεύουν τα ζωτικά όργανα και τα θερμαίνουν.

Η ημερήσια κατανάλωση των λιπών δεν πρέπει να αυξάνεται άνω του 35% των ημερήσιων αναγκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ημερήσια αποδεκτή ποσότητα σε λίπη ανέρχεται σε 80-100γρ./ημέρα για μια φυσιολογική έγκυο ενώ για μια παχύσαρκη έγκυο η ποσότητα αυτή θα πρέπει να είναι μειωμένη.(10)

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ ΚΑΙ ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Λιποδιαλυτές Βιταμίνες	Βιτ Α μgr/d		Βιτ D μgr/d		Βιτ E μgr/d			Βιτ Κ μgr/d
	<i>RDA</i>	<i>UL</i>	<i>AL</i>	<i>UL</i>	<i>RDA</i>	<i>UL</i>	<i>EAR</i>	<i>AL</i>
<18 ετών	750	2800	5	50	15	800	12	75
19-30 ετών	770	3000	5	50	15	1000	12	90
31-50 ετών	770	3000	5	50	15	1000	12	90

National Academy of Science 2004

Υδατοδιαλυτές Βιταμίνες	Θειαμίνη μgr/d			Ριβοφλαμίνη μgr/d		Νιασίνη μgr/d	
	<i>RDA</i>	<i>UL</i>	<i>EAR</i>	<i>RDA</i>	<i>UL</i>	<i>RDA</i>	<i>UL</i>
<18 ετών	1.4	ND	1.2	1.4	ND	18	30
19-30 ετών	1.4	ND	1.2	1.4	ND	18	35
31-50 ετών	1.4	ND	1.2	1.4	ND	18	35

Βιτ 6 μgr/d		Φολικό οξύ μgr/d		Βιτ B12 μgr/d		Βιτ C μgr/d		
<i>RDA</i>	<i>UL</i>	<i>RDA</i>	<i>UL</i>	<i>RDA</i>	<i>UL</i>	<i>RDA</i>	<i>UL</i>	<i>EAR</i>
1.9	80	600	800	2.6	ND	80	1800	66
1.9	100	600	1000	2.6	ND	85	2000	70
1.9	100	600	1000	2.6	ND	85	2000	70

National Academy of Science 2004

National Academy of Science 2004

<i>Ιχνοστοιχεία</i>	<i>Ασβέστιο</i>	<i>Φώσφορος</i>	<i>Μαγνήσιο</i>	<i>Ψευδάργυρος</i>	<i>Ιώδιο</i>	<i>Σίδηρος</i>
<i>DRI</i> s	<u>AL</u> <u>UL</u>	<u>EAR</u> <u>RDA</u> <u>UL</u>	<u>EAR</u> <u>RDA</u> <u>UL</u>	<u>RDA</u> <u>UL</u>	<u>RDA</u> <u>UL</u>	<u>RDA</u> <u>UL</u>
<18 ετών	1300 2500	1055 1250 3500	335 400 350	12 34	220 900	27 45
19-30 ετών	1000 2500	580 700 3500	290 350 350	11 40	220 1100	27 45
31-50 ετών	1000 2500	580 700 3500	300 360 350	11 40	220 1100	27 45

RDA: Τα επίπεδα των διατητικών προσλήψεων που είναι αρκετά ώστε να καλύψουν τις διατητικές απαιτήσεις σχεδόν όλων (97-98%) των υγιών ατόμων με ένα συγκεκριμένο στάδιο ζωής και ενός συγκεκριμένου γένους.

UL: Το υψηλότερο επίπεδο ενός προσλαμβανόμενου θρεπτικού συστατικού που είναι πιθανό να θέσει σε κίνδυνο η να προκαλέσει παρενέργειες στην υγεία του γενικότερου πληθυσμού. Όταν η πρόσληψη αυξάνεται πάνω από το UL, ο κίνδυνος για παρενέργειες αυξάνεται.

AL: Μια συνιστώμενη προσλαμβανόμενη τιμή βασισμένη σε πειραματικά δεδομένα ή παρατηρήσεις ή σε εκτιμήσεις πρόσληψης θρεπτικών συστατικών από ένα σύνολο (α) υγιών ανθρώπων, που υπολογίζεται ότι είναι επαρκής. Χρησιμοποιείται όταν το RDA δεν μπορεί να υπολογιστεί.

EAR: Η πρόσληψη ενός θρεπτικού συστατικού που εκτιμάται ότι καλύπτει τις μισές από τις απαιτήσεις των υγιών ατόμων σε ένα συγκεκριμένο στάδιο της ζωής τους και ενός συγκεκριμένου γένους.(23)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Στην εγκυμοσύνη αρχίζει μια ιδιαίτερη σειρά αλλαγών που πραγματοποιούνται σε όλα τα συστήματα του σώματος, οι οποίες μπορεί να διαρκέσουν και πολλές εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι αλλαγές αυτές είναι απαραίτητες για τη ρύθμιση του μεταβολισμού της μητέρας, την προώθηση της ανάπτυξης του εμβρύου και την προετοιμασία της μητέρας για την κυοφορία, τον τοκετό και αργότερα για το θηλασμό(24). Οι κυριότερες μεταβολές είναι:

Μεταβολές που επέρχονται στους διάφορους ιστούς με την έναρξη της κύησης :

1) Τα τοιχώματα της μήτρας ενισχύονται προκειμένου να γίνουν ικανά να προστατεύουν το επιπλέον βάρος του εμβρύου και γίνονται παχύτερα και πιο ανθεκτικά προκειμένου να εξασφαλιστεί περιβάλλον κατάλληλο για την ανάπτυξη του εμβρύου. Πριν από την κύηση η μήτρα έχει μήκος 7 - 8 cm αλλά μετά από σαράντα εβδομάδες στο τέλος της εγκυμοσύνης μπορεί να φτάσει τα 30 cm.(25)

2) Δημιουργείται ένας νέος ιστός, ο πλακούντας. Ο πλακούντας αποτελείται από τρία κύρια στρώματα την κυτταροτροφοβλάστη, την συγκυτιοτροφοβλάστη και το βασικό φθαρτό. Κύρια λειτουργία του είναι η στενή επικοινωνία μεταξύ μητρικής και εμβρυϊκής κυκλοφορίας και επομένως η ανταλλαγή θρεπτικών συστατικών, οξυγόνου και άλλων ουσιών. Στη διάρκεια των πρώτων μηνών της ανάπτυξης του πλακούντα η διαπερατότητα του είναι σχετικά μικρή, γιατί το πάχος των υμένων των λαχνών δεν έχει γίνει ακόμα πολύ λεπτό. Ωστόσο, καθώς η ηλικία του πλακούντα αυξάνει, η διαπερατότητα του αυξάνει και αυτή προοδευτικά. Διαμέσου του πλακούντα διαχέονται το οξυγόνο, το διοξείδιο του άνθρακα, η γλυκόζη, τα λιπαρά οξέα και ιόντα. Ταυτόχρονα έχουμε ενεργητική απορρόφηση αμινοξέων και ασβεστίου ενώ απεκκρίνονται ουρία, ουρικό οξύ, κρεατινίνη και άλλα απεκκριτικά προϊόντα.

3) Παράγεται αμνιακό υγρό. Πρόκειται για το υγρό μέσα στο οποίο βρίσκεται το έμβρυο σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μέχρι και τον τοκετό. Η παραγωγή αρχίζει από την 3η-4η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Το αμνιακό υγρό χρησιμεύει στην προστασία και τη θρέψη του εμβρύου καθώς και στην εξέλιξη του τοκετού. Με την εξέταση του αμνιακού υγρού (αμνιοπαρακέντηση) στην αρχή της εγκυμοσύνης είναι δυνατός ο έλεγχος διάφορων παθολογικών καταστάσεων (χρωμοσωμικών βλαβών) του εμβρύου. Συνήθως συστήνεται σε γυναίκες άνω των 35 ετών.(25)

4) Οι μαστοί διογκώνονται και αρχίζουν να προετοιμάζονται για την παραγωγή γάλακτος. Μια φυσιολογική περιφέρεια στήθους 80 cm μπορεί να φτάσει κατά την κύηση σε 90 cm. Αυτό το επιπλέον βάρος σε συνδυασμό με την αύξηση της μήτρας ανέρχεται σε 1000 - 1300 gr.(25)

5) Αποθηκεύεται λίπος. Ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η ευκολία με την οποία αποθηκεύεται το λίπος. Σε φυσιολογικές καταστάσεις το πλεόνασμα των υδατανθράκων μετατρέπεται σε λίπος το οποίο αποθηκεύεται. Κατά την εγκυμοσύνη όμως παράγονται ορισμένες ορμόνες με αποτέλεσμα να έχουμε μεγάλη ενεργοποίηση του μηχανισμού εναπόθεσης λιπών στους ιστούς. Εξασφαλίζεται κατ' αυτό τον τρόπο ικανό απόθεμα λίπους στον μητρικό οργανισμό το οποίο θα διοχετευτεί στο βρέφος κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του.

6) Το κυκλοφοριακό σύστημα υφίσταται μεταβολές κατά την εγκυμοσύνη προκειμένου να εξασφαλίσει την μεταφορά ικανής ποσότητας οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών από την μητέρα στο έμβρυο για την ανάπτυξή του. Για να επιτευχθεί αυτό ο όγκος του αίματος στην μητέρα αυξάνει κατά 1 - 1,5 kg. (24)

Ο συνδυασμός όλων αυτών των παραγόντων έχει σαν αποτέλεσμα να αυξηθεί το βάρος της μητέρας κατά 10 - 15 kg. Κάθε επιπλέον αύξηση του βάρους οφείλεται σε υπερβολική απόθεση λίπους εξαιτίας μεγάλης κατανάλωσης τροφής και πρέπει να αποφεύγεται. Η έγκυος πρέπει να ακολουθεί μια ισορροπημένη διατροφή που να τις παρέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά για την υγιή ανάπτυξη του εμβρύου και να αποφεύγει τις υπερβολές. (24)

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η σημαντικότερη μεταβολή στο καρδιαγγειακό σύστημα κατά τη διάρκεια της κύησης αφορά στην προοδευτική αύξηση της καρδιακής παροχής, η οποία κατά την 20η με 24η εβδομάδα της κύησης αυξάνεται κατά 30-50% σε σχέση με τις αρχικές, προ κύησης, τιμές.(26) Μετά την 24η εβδομάδα οι τιμές της καρδιακής παροχής σταθεροποιούνται και τελικά τις τελευταίες 8 εβδομάδες της κύησης μειώνονται προοδευτικά.(27,28) Η μείωση της καρδιακής παροχής στα τελευταία στάδια της κύησης οφείλεται στην πίεση που ασκεί η προοδευτικά μεγεθυνόμενη μήτρα στην κάτω κοίλη φλέβα, στην αορτή και στις λαγόνιες αρτηρίες.

Ο όγκος του κυκλοφορούντος αίματος αυξάνει σημαντικά κατά τη διάρκεια της κύησης. Χρονικά, προοδευτική αύξηση παρατηρείται ήδη από την 6η εβδομάδα, με τις μέγιστες τιμές να παρατηρούνται τις τελευταίες 6-8 εβδομάδες προ του τοκετού. Κατά μέσο όρο το ποσοστό αύξησης του κυκλοφορούντος όγκου αίματος φθάνει το 45-50% σε σύγκριση με τις προ κύησης τιμές.(29) Η "επέκταση" του όγκου αίματος αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση του όγκου του πλάσματος, ενώ ο όγκος των ερυθρών αιμοσφαιρίων αυξάνει σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό.(30)

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Παρατηρείται αύξηση της κατανάλωσης οξυγόνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από 250 ml/min σε 300 ml/min , ώστε να μπορέσει να διατηρήσει τις πρόσθετες μεταβολικές απαιτήσεις της εγκυμοσύνης.(24) Ακόμη το έμβρυο απαιτεί οξυγόνο και έναν τρόπο να απομακρύνει το διοξείδιο του άνθρακα. Η έγκυος αναπνέει βαθύτερα αυξάνοντας πολύ λίγο το ρυθμό ανάπτυξης της (περίπου 2 ανάσες ανά λεπτό). Η ανταλλαγή αερίων στους πνεύμονες είναι πιο επαρκής και η ικανότητα μεταφοράς οξυγόνου αυξάνεται ανάλογα.(10)

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

1. ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης ή Gestational Diabetes Mellitus (GDM) ονομάζεται η ποικίλου βαθμού παθολογική ανοχή των υδατανθράκων που εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά το δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης.

Η πρώτη αναφορά στο GDM έγινε το 1924 από τον Heinrich Gottlieb Bennewitz φοιτητής της ιατρικής στο Βερολίνο, ο οποίος περιέγραψε τα συμπτώματα και κατέγραψε πως εμφανίζεται με την εγκυμοσύνη, διαρκεί όσο η εγκυμοσύνη και τελειώνει σύντομα με την εγκυμοσύνη.

Η πιθανότητα το φαινόμενο αυτό να ξαναπαρουσιαστεί μετά σε επόμενες εγκυμοσύνες είναι 66%.

Πολλές φορές είναι δύσκολο να διαπιστωθεί αν η έγκυος παρουσιάζει διαβήτη της κύησης ή απλά έναν διαβήτη τύπου 1 ή 2 ο οποίος άρχισε να εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, για το λόγο αυτό οι εγκυμονούσες θα πρέπει να συνεχίζουν την θεραπεία τους και μετά το τέλος της εγκυμοσύνης , καθώς πολλές φορές γυναίκες με GDM μεταπίπτουν σε διαβήτη τύπου 2.

Τα συμπτώματα του GDM είναι ίδια με αυτά του Σ.Δ. δηλαδή πολυδιψία, πολουρία, νυκτουρία, επιρρέπεια σε κοιλικές μολύνσεις και αποτυχία απόκτησης του αναμενόμενου βάρους.

A. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Παρά τις πολυπληθής έρευνες για την παθογένεια του GDM, δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί το πραγματικό αίτιο εμφάνισης του.

Η έλλειψη ενοχοποιητικών στοιχείων για αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων στη GDM εγκυμοσύνη αποκλείουν την πιθανότητα ο GDM να είναι αυτοάνοση ασθένεια.

Η φυσιολογική εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται από υπερινσουλιναιμία και μειωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη.

Ένα υγιές β-κύτταρο έχει την ικανότητα να αντεπεξέλθει και να εκκρίνει επαρκείς ποσότητες ινσουλίνης ώστε να αντισταθμίσει την αντίσταση στην ινσουλίνη. Η μειωμένη όμως έκκριση από τα β-κύτταρα σε συνδυασμό με την αντίσταση στην ινσουλίνη οδηγούν στον GDM.

Αυτή η αντίσταση προκαλείται από της αντι – ινσουλινικές ορμόνες , όπως οιστρογόνα, προλακτίνη, προγεστερόνη, κορτιζόλη και η ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη, του πλακούντα καθώς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται. Όταν και οι 5 ορμόνες που προαναφέραμε φτάσουν στα ανώτερα επίπεδα τους στο αίμα, η γυναίκα που έχει προδιάθεση για ανοχή στη γλυκόζη βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη. Λόγω της ανεπαρκούς ποσότητας της ινσουλίνης έχει ως αποτέλεσμα η γλυκόζη να μη μπορεί να φύγει από το αίμα και να μετατραπεί σε ενέργεια, με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και να προκαλείται η λεγόμενη υπεργλυκαιμία. (38)

B. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Μια από τις συχνότερες επιδράσεις είναι η υπογλυκαιμία και συμβαίνει γιατί επιζητείται αυστηρός έλεγχος για την αποκατάσταση της μεταβολικής διαταραχής, την οποία η εγκυμοσύνη επιδεινώνει.

Η αντίθετη κατάσταση που προκύπτει είναι η υπεργλυκαιμία η οποία σχετίζεται Με αυξημένο κίνδυνο ενδομητρίου εμβρυϊκού θανάτου καθώς και εμβρυϊκής μακροσωμίας , λόγω εμβρυϊκής υπεργλυκαιμίας και κατ επέκταση εμβρυϊκή υπερινσουλιναιμίας και γρήγορου ρυθμού ανάπτυξης.

Η διαβητική κετοξέωση είναι μια επιπλοκή που εμφανίζεται σπάνια , είναι η αυξημένη παραγωγή κετονικών σωμάτων από μειωμένη παραγωγή ινσουλίνης, είναι ικανή να προκαλέσει ακόμα και θάνατο του εμβρύου αν δεν υπάρχει συχνή παρακολούθηση των επιπέδων γλυκόζης. (38)

Γ. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Μια από τις κυριότερες επιπλοκές του GDM είναι η εμβρυϊκή μακροσωμία που ορίζεται ως η γέννηση του νεογνού με βάρος μεγαλύτερο από του 90^{ου} εκατοστημορίου σε σχέση με την ηλικία και το φύλο η τουλάχιστον 2 SP από το φυσιολογικό μέσο βάρος.(10,31,32,33,34)

Η μακροσωμία σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο τραυματισμών λόγω του μεγάλου μεγέθους του νεογνού.

Εκτός της μακροσωμία εμφανίζεται και εμβρυϊκή οργανομεγαλία στο ήπαρ, στο πάγκρεας, τη καρδιά και τους αδένες των επινεφριδίων ως αποτέλεσμα των υψηλών επιπέδων της ολικής πρωτεΐνης σώματος, του γλυκογόνου και του λίπους.

Η προωρότητα και ο ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου καθώς και η εμφάνιση ιδιοπαθούς συνδρόμου αναπνευστικής ανεπάρκειας νεογνού (RDS) είναι συχνό φαινόμενο στον μη ελεγχόμενο GDM.(35,36)

Κάτι άλλο που εμφανίζεται στο νεογνό είναι πολυκυτταραιμία , νεογνά με υψηλό αιματοκρίτη άνω του 65% αντι του 55-62% αυτό δημιουργείται από την εμβρυϊκή υποξία που παρατηρείται λόγω της υπερινσουλιαιμίας.

Τα βρέφη των γυναικών με GDM μόλις γεννηθούν κινδυνεύουν από υπογλυκαιμία (διότι ο γλυκαιμικός τους δείκτης βρίσκεται κάτω του 35-40mg/Dl τις πρώτες 12 ώρες.

Λόγω της υπεργλυκαιμίας το βρέφος εμφανίζει νευρολογικά και ψυχοπνευματικά προβλήματα καθώς και υποκινητικό ή βραχύ αριστερό κόλο.

Μελλοντικά τα παιδιά των γυναικών με GDM παρουσιάζουν προδιάθεση για παχυσαρκία, μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη ή σακχαρώδη διαβήτη σε μικρή ηλικία λόγω της επίδρασης του υπεργλυκαιμικού εσωτερικού περιβάλλοντος της μήτρας.(33,34)

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει καμία μελέτη που να αποδεικνύει ότι η πρόληψη και η αυστηρή πειθαρχία ελαχιστοποιούν τις μητρικές και εμβρυϊκές επιπλοκές.

2. ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η υπέρταση στην εγκυμοσύνη (τοξιναιμία) αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου που είναι άμεσα συνδεδεμένος με τη διατροφή. Μπορεί να προϋπάρχει της κύησης ή να πρωτοεμφανιστεί κατά τη διάρκεια της.

Υπέρταση κύησης ορίζεται η πρωτοεμφανιζόμενη κατά την κύηση αρτηριακή υπέρταση. Χαρακτηριστικά η υπέρταση κύησης εμφανίζεται μετά την 20^η εβδομάδα, οι τιμές της αρτηριακής πίεσης στην υπέρταση κύησης θα πρέπει η συστολική πίεση να υπερβαίνει τα 140mmHg και η διαστολική τα 90mmHg σε 2 τουλάχιστον μετρήσεις .(40,12)

Οι έγκυες με υπέρταση πρέπει να παρακολουθούνται στενά λόγω του κινδύνου εμφάνισης προεκλαμψίας ή εκλαμψίας, συνδρόμου που χαρακτηρίζεται από επιδεινωμένη υπέρταση, πρωτεινουρία, υπερουριχαιμία, διαταραχές πηκτικότητας καθώς και αυξημένα ποσοστά μητρικής και εμβρυϊκής νοσηρότητας ή και θνητότητας.

Η προεκλαμψία εμφανίζεται με ζάλη, κεφαλαλγία και οπτικές διαταραχές, καθώς και κοιλόπονοι, οίδημα στο πρόσωπο, ανορεξία, ναυτία και εμετοί. Η εκλαμψία είναι προεκλαμψία προχωρημένης μορφής λίγο πριν τον τοκετό και είναι πολύ επικίνδυνη για τη μητέρα και το έμβρυο.(10)

Ασθενείς με συστολική αρτηριακή πίεση έως 160 mmHg και διαστολική 105 mmHg θεωρούνται χαμηλού κινδύνου που θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Σε τιμές

διαστολικής αρτηριακής πίεσης >110 mmHg απαιτείται η έναρξη φαρμακευτικής αγωγής.(41)

A. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παράγοντες κινδύνου για την υπέρταση κύησης αποτελούν η αύξηση της αντίστασης της ινσουλίνης γυναικών με διαβήτη κύησης, γυναίκες με χρόνια υπέρταση, γυναίκες που ανέπτυξαν υπέρταση σε μια προηγούμενη εγκυμοσύνη, σε γυναίκες παχύσαρκες, γυναίκες κάτω των 20 και άνω των 40, σε γυναίκες με πολλαπλή κύηση, καθώς και σε γυναίκες με πολυκυστικές ωοθήκες, νεφρικές παθήσεις, και ρευματοειδή αρθρίτιδα. (37,10)

Οι βασικοί μηχανισμοί με τους οποίους η αντίσταση της ινσουλίνης αυξάνει την πίεση στην εγκυμοσύνη με αποτέλεσμα τη δημιουργία υπέρτασης περιλαμβάνουν την ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, την κατακράτηση νατρίου στους νεφρούς, την αυξημένη μεταφορά κατιόντων και τέλος την ενδοθηλιακή λειτουργία.

Η βελτίωση της ευαισθησίας της αντίστασης στην ινσουλίνη είναι πιθανό να συμβάλει θετικά στην πρόληψη και στη θεραπεία του συνδρόμου, ωστόσο απαιτείται περαιτέρω μελέτη.(10)

B. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Άγνωστη παραμένει ακόμη η αιτιολογία του συνδρόμου της υπέρτασης κύησης, αλλά η εμφάνιση του είναι συνδεδεμένη με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της εγκύου, την έλλειψη προγεννητικής φροντίδας και την ανεπαρκή διατροφή σχετικά με τη διατροφή όπως η πρωτεϊνική ανεπάρκεια αποτελεί πιθανή αιτία για την υπέρταση κύησης αν και αμφισβητείται η βελτίωση της πίεσης με αύξηση των πρωτεϊνών στην διαίτα.(10)

Σε μια μελέτη παρατηρήθηκε ότι έγκυες που παρουσιάζουν έλλειψη ασβεστίου είχαν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου υπέρτασης(Cochrane Review). Η χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου είναι πιθανόν να ελάττωσε την αρτηριακή υπέρταση αν και ακόμα ερευνάται η ιδανική δόση της ποσότητας ασβεστίου (Justus Hofmeyr.E.London Hospital Complex in South Africa)

Η χρήση διουρητικών και ο περιορισμός του Na αποτέλεσαν τις πιο σημαντικές προσπάθειες για τη θεραπεία του συνδρόμου της υπέρτασης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.(38)

Παρατηρήθηκε όμως ότι η χρήση διουρητικών όχι μόνο δε βοηθά στην εξάλειψη ή τη βελτίωση του προβλήματος αλλά ορισμένες φορές μπορεί να αποβεί πολύ επικίνδυνη λόγω της ικανότητας τους να περιορίζουν τον ενδοαγγειακό όγκο.(ΠΑΠ)

Ενώ σε Αμερικάνικη μελέτη ανακαλύφθηκε ότι γυναίκες που ανέπτυξαν προεκλαμψία είχαν χαμηλή συγκέντρωση βιταμ. D από τις γυναίκες που δεν ανέπτυξαν.(39)

Άλλες διαιτητικές τροποποιήσεις περιλαμβάνουν περιορισμό του νατρίου, κατανάλωση βιτ C και E, συμπληρώματα μαγνησίου, ψευδαργύρου και κατανάλωση λιπαρών ψαριών που δεν έχουν αποδειχθεί πλήρως αποτελεσματικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ



ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τι είναι αλκοόλ;

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη "al kohl" Το αλκοόλ που βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C_2H_5OH .

Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. Αυτή είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση, ταξινομείται φαρμακολογικά, ως γενικό καταστατικό και μπορεί να προκαλέσει καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Είναι ένα διάφανες, άχρωμο υγρό που παράγεται μέσω της αναερόβιας ζύμωσης των σακχάρων που προέρχονται από φρούτα, λαχανικά και σιτηρά.(42)

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 (ABV alcohol by volume).

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΣΕ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΑ ΠΟΤΑ

Η περιεκτικότητα σε αλκοόλ μπορεί να διαφέρει σε διάφορους τύπους ποτών αλλά σε γενικές γραμμές η μύρα περιέχει 4 – 5% οινόπνευμα, το κρασί 12 – 14% οινόπνευμα και τα τυπικά σκληρά ποτά (ουίσκι, βότκα, ρούμι, τζιν) περίπου 40 – 45% οινόπνευμα. Για παράδειγμα, οι παρακάτω ποσότητες μύρας, κρασιού και σκληρών ποτών περιέχουν περίπου ίσες ποσότητες οινοπνεύματος και χαρακτηρίζονται ως ένα ποτό : 360 ml μύρας – 120 ml κρασί – 38 ml σκληρό ποτό.

Το οινόπνευμα περιέχει περίπου 7 θερμίδες ανά γραμμάριο, σχεδόν διπλάσιες από μια ίση ποσότητα υδατανθράκων ή πρωτεϊνών γι αυτό το αλκοόλ θεωρείται το δεύτερο πιο πλούσιο σε θερμίδες συστατικό, μετά το λίπος. Η μύρα και το κρασί περιέχουν επίσης ορισμένους υδατάνθρακες, μια πηγή επιπρόσθετων θερμίδων. Τα ποτά ποικίλουν ως προς την περιεκτικότητά τους σε υδατάνθρακες. Τα αποσταγμένα ποτά (ουίσκι, τζιν, βότκα, μπράντι κ.λ.π.) έχουν υψηλή συγκέντρωση αλκοόλης και καθόλου υδατάνθρακες.

Οι θερμίδες που βρίσκονται στα οινοπνευματώδη ποτά είναι 'κενές θερμίδες' δηλαδή δεν περιέχουν σημαντικές ποσότητες πρωτεϊνών, βιταμινών και ανόργανων συστατικών. Το οινόπνευμα μπορεί να έχει κάποια αξία ως κοινωνικό ποτό αλλά η αξία του ως πηγή θρεπτικών συστατικών είναι πρακτικά μηδενική.

ΤΙ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΤΑ ΠΟΤΑ

ΠΟΤΟ (100γρ.)	Αλκοόλ	Πρωτεΐνες	Λιπίδια	Υδατάνθρακες	Νερό
Κρασί (Λευκό)	9,9%	0,1 γραμ.	-	4,2 γραμ.	85,6 γραμ.
Κρασί (Κόκκινο)	15,3%	0,1 γραμ.	-	7,7 γραμ.	76,7 γραμ.
Μπίρα	4-5%	-	-	ίχνη	92,1 γραμ.
Ούζο	40%	-	-	ίχνη	58,2 γραμ.
Τζιν, ούισκι, βότκα	42,5%	-	-	ίχνη	57,5 γραμ.
Ρακί, τσίπουρο	36%	-	-	ίχνη	64 γραμ.
ΚΟΝΙΑΚ	40%	-	-	ίχνη	64 γραμ.

Οι οδηγίες για το λογικό σύνολο κατανάλωσης είναι :

Για τους άνδρες 3-4 μονάδες (24-32γρ.) ημερησίως ή λιγότερο

Για τις γυναίκες 2-3 μονάδες (16-24γρ.) ημερησίως ή λιγότερο

Για τη εγκυμοσύνη : οι συστάσεις για την κατανάλωση αλκοόλ κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης αναφέρονται σε λιγότερο από 1-2 μονάδες ανά εβδομάδα.

ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

Η κύρια απορρόφηση του οινοπνεύματος γίνεται στο έντερο. Σχεδόν το 20% του προσληφθέντος οινοπνεύματος μπορεί να απορροφηθεί από το στομάχι ενώ το υπόλοιπο περνά για απορρόφηση στο έντερο.

Η απορρόφηση είναι ταχύτατη, ιδιαίτερα εάν η πεπτική οδός είναι αδειανή ενώ εάν το αλκοόλ καταναλωθεί μαζί με το φαγητό, η απορρόφηση του από το σώμα γίνεται με πιο αργό ρυθμό. Όσο αυξάνονται τα επίπεδα του αλκοόλ στο αίμα μας, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο έχουμε να προβούμε σε κατάσταση μέθης όπου υπάρχει απώλεια συντονισμού και λειτουργίας των αισθήσεων μας και της κρίσης μας.

Το οινόπνευμα εισέρχεται στο αίμα και διανέμεται στους διάφορους ιστούς αραιωμένο στα υγρά του σώματος.

Μια μικρή ποσότητα του οινοπνεύματος 3-10% απεκκρίνεται μέσω της αναπνοής, των ούρων ή του ιδρώτα αλλά μεγαλύτερο ποσοστό μεταβολίζεται στο συκώτι.(42)

Τα συμπτώματα τοξικότητας από το αλκοόλ εμφανίζονται όταν τα επίπεδα του αλκοόλ στο αίμα μας ξεπεράσουν 100 ml ανά 100 ml αίματος (δηλαδή περίπου στα 6 ισοδύναμα αλκοόλ).

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

Παρότι το οινόπνευμα παράγεται από την ζύμωση των υδατανθράκων, στον ανθρώπινο οργανισμό μεταβολίζεται ως λίπος.

Ο βαθμός που μεταβολίζουμε το αλκοόλ εξαρτάται από την ηλικία, το γένος, το σωματικό βάρος και το μέγεθος του ήπατος.(43)

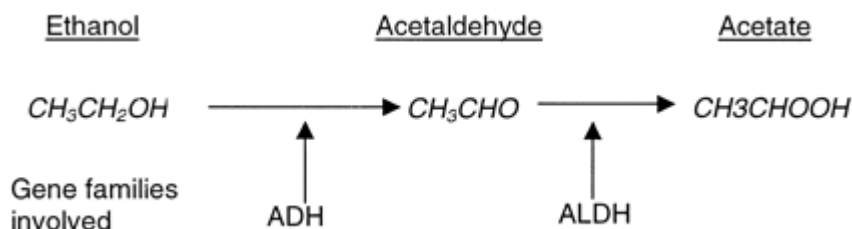
Το συκώτι ενός μέσου ενήλικου άνδρα μεταβολίζει περίπου 8-10 γραμ.οινοπνεύματος ανά ώρα ή κάτι λιγότερο από την ποσότητα οινοπνεύματος σε ένα ποτό

Το συκώτι βοηθά στη μετατροπή των μεταβολικών υποπροϊόντων του οινοπνεύματος σε λιπαρά οξέα τα οποία μπορεί είτε να αποθηκευτούν στο συκώτι είτε να μεταφερθούν στην κυκλοφορία του αίματος. Κάποια αλλά προϊόντα που παράγονται από τον μεταβολισμό της αιθανόλης όπως το γαλακτικό οξύ, το οξικό οξύ και η ακεταλδευδη μπορούν επίσης να μεταφερθούν στο αίμα. Τα προϊόντα αυτά μπορούν τελικά να αξιοποιηθούν για ενέργεια και να μετατραπούν σε διοξείδιο του άνθρακα και νερό. (42,43)

Τα ιόντα υδρογόνου απομακρύνονται από την αιθανόλη καθώς αυτή μετατρέπεται σε ακεταλδεύδη, η οποία μπορεί να απελευθερωθεί στο αίμα για μεταφορά σε άλλους ιστούς. Η περίσσεια ιόντων υδρογόνου μπορεί να συνδυαστεί με λιπαρά οξέα προς αποτέλεσμα την παραγωγή τριακυλογλυκερολών ή με πυροσταφυλικό οξύ προς παραγωγή γαλακτικού οξέος. Η υπερβολική συσσώρευση τριακυλογλυκερολών μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη λιπώδους ήπατος με αποτέλεσμα πιθανή κίρρωση του ήπατος.



Ethanol is metabolized by alcohol dehydrogenase (ADH) and aldehyde dehydrogenase (ALDH)



(Το μεταβολικό μονοπάτι του αλκοόλ: ADH, alcohol dehydrogenase; ALDH, aldehyde dehydrogenase. (Hypothesis: Fast ADH metabolizing genes and slow ALDH metabolizing genes will lead to a peak in acetaldehyde exposure and increased risk of alcohol-related cancers.)

Επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία του ανθρώπου

Το οινόπνευμα αποτελεί κατασταλτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και σε μεγάλες δόσεις είναι αναισθητικό. Επιδρά σχεδόν σε όλα τα συστήματα με ειδική δράση στη λειτουργία της κυτταρικής μεμβράνης, την αναπνοή και το μεταβολισμό των κυττάρων (ιδιαίτερα των κυττάρων του ΚΝΣ). Σε μικρές δόσεις επιδρά διεγερτικά, κυρίως στη συμπεριφορά.

Η ταχύτητα απορρόφησης του αλκοόλ διαφέρει ανάλογα με το ποτό και την κατάσταση του στομάχου. Η πληρότητα του στομάχου, το είδος τροφής, η συχνότητα, ο ρυθμός λήψης και φυσικά η περιεκτικότητα του ποτού σε οινόπνευμα, αποτελούν τους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν την στάθμη του οινοπνεύματος στο αίμα. Έτσι, όταν ένα άτομο είναι νηστικό ένα ποτό απορροφάτε σε μια ώρα περίπου, ενώ αν δεν είναι νηστικό χρειάζεται περίπου τρεις ώρες. Το οινόπνευμα, όταν πίνετε με αεριούχα ποτά, συνήθως απορροφάτε πιο γρήγορα.

Ασθένειες στις οποίες το οινόπνευμα έχει άμεσες επιπτώσεις:

α) Καρκίνοι: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) συγκαταλέγει το οινόπνευμα στις καρκινογόνες ουσίες. (65) Οι περισσότερες έρευνες έχουν διαπιστώσει μικρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην κατανάλωση οινοπνεύματος και την πρόκληση ορισμένων νεοπλασμάτων κυρίως καρκίνου του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του ήπατος και λιγότερο του παγκρέατος), χωρίς όμως να έχει αποσαφηνιστεί ο μηχανισμός της καρκινογένεσης. (66)

Η γενική σχέση κινδύνου μεταξύ του οινοπνεύματος και των καρκίνων μπορεί να χαρακτηριστεί από μια σχεδόν γραμμική σχέση δόσης-αντίδρασης μεταξύ του όγκου της κατανάλωσης και του σχετικού κινδύνου έκβασης. Στις γυναίκες, ο καρκίνος του μαστού έχει συνδεθεί με τη μέτρια καθώς επίσης και βαριά κατανάλωση του οινοπνεύματος. Οι κίνδυνοι αυξάνονται εάν η κατανάλωση οινοπνεύματος συνδέεται με το κάπνισμα τσιγάρων. (57,58)

β) Καρδιαγγειακές παθήσεις: Οι έρευνες δείχνουν ότι η χρήση του οινοπνεύματος είναι και ένας κίνδυνος και ένας προστατευτικός παράγοντας για τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν ότι η χαμηλού επιπέδου κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών προσφέρει κάποια προστασία ενάντια στις στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις, αλλά τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης έχουν τα μακροπρόθεσμα δυσμενή αποτελέσματα όπως την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, την υπέρταση, τη μυοκαρδιοπάθεια, τον αιφνίδιο θάνατο και το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής. (49,50,51)

γ) Ύστερα από μακροχρόνια συστηματική κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών προκαλείται αλκοολική κίρρωση του ήπατος. Η δράση του οινοπνεύματος στο ήπαρ οδηγεί στην ανάπτυξη όχι μόνο καρκίνου του ήπατος αλλά και άλλων παθολογικών καταστάσεων, όπως είναι το λιπώδες ήπαρ, η αλκοολική ηπατίτιδα. Από το σύνολο των θανάτων που προκαλούν οι παθήσεις του ήπατος, το 80% οφείλεται στην κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. (63)

Η αρχική βλάβη που δημιουργείται στο ήπαρ από την κατανάλωση οινοπνεύματος είναι η αυξημένη συγκέντρωση λίπους στο ήπαρ. Η συγκέντρωση αυτή κυμαίνεται από μικρές εναποθέσεις λίπους σε ορισμένα ηπατοκύτταρα μέχρι τη μαζική λιπώδη εκφύλιση του ήπατος. Αν διακοπεί η κατανάλωση οινοπνεύματος, το λιπώδες ήπαρ μπορεί να επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση. Το 10-30% περίπου των ασθενών με λιπώδες ήπαρ θα εμφανίσουν κάποια στιγμή κίρρωση του ήπατος. (64)

δ) Η επίδραση του αλκοόλ στο βλεννογόνο του στομάχου προκαλεί διαταραχές όλων των λειτουργιών του και εμφάνιση χρόνιας αλκοολικής γαστρίτιδας, καθώς επίσης μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη ελκών ή να επιδεινώσει τα συμπτώματα των υπαρχόντων ελκών.

ε) Διανοητικές ασθένειες: Μία από τις πιο χαρακτηριστικές επιπτώσεις της αυξημένης κατανάλωσης οινοπνεύματος στον άνθρωπο είναι οι διαταραχές που προκαλούνται άμεσα στη συμπεριφορά του και μακροπρόθεσμα στην ψυχική του υγεία. Άτομα που ξεπερνούν τα 10 ποτά την ημέρα εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη, καθώς και καταστροφική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Επίσης, αυξάνεται η επίπτωση των σεξουαλικών προβλημάτων, των διαταραχών της προσωπικότητας, της αμνησίας, της νοητικής έκπτωσης, των παραισθήσεων.

Η εισαγωγή οινόπνευματος έχει συνδεθεί με την προσθήκη βάρους και μια αύξηση στο δείκτη μάζας σώματος (BMI) (με εξαίρεση τους χρόνιους αλκοολικούς) λόγω ότι το οινόπνευμα περιέχει περίπου 7 θερμίδες ανά γραμμάριο που απορροφούνται πλήρως από τον ανθρώπινο οργανισμό.

Η χρόνια υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματος μπορεί να έχει επιπτώσεις στη θρεπτική κατάσταση ενός ατόμου, επειδή μπορεί να μειώνει την εισαγωγή τροφίμων ή μπορεί να παρεμποδίσει την πέψη, την απορρόφηση, το μεταβολισμό και τη χρησιμοποίηση μερικών θρεπτικών ουσιών.

Εντούτοις, όταν η κατανάλωση είναι μέτρια το οινόπνευμα είναι απίθανο να παρεμποδίσει το μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών ή να συνδεθεί με την εξασθενημένη λειτουργία ή τη μείωση απορρόφησης βιταμινών σε μια έκταση που μπορεί να βλάψει την υγεία, υπό την προϋπόθεση ότι οι δίαιτες είναι επαρκείς. Τα οινόπνευματώδη ποτά περιέχουν οινόπνευμα, υδατάνθρακες και μόνο μικρά ποσά μερικών βιταμινών και ιχνοστοιχείων.(66)

Ο αλκοολισμός επιδρά σε όλες τις μορφές της ατομικής και κοινωνικής ζωής. Όχι μόνο η συστηματική αλλά και η ευκαιριακή χρήση οινόπνευματώδων ποτών βλάπτει την υγεία του πότη, οδηγεί συχνά στη διάλυση της οικογένειας και επιδρά ολέθρια στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών.(48)

Η διάδοση του αλκοολισμού επιδρά αρνητικά στην κοινωνία και συντελεί στην εμφάνιση τροχαίων ατυχημάτων, στην ανάπτυξη της βίας και της εγκληματικότητας. Η στενή σχέση ανάμεσα στον αλκοολισμό και την εγκληματικότητα οφείλεται τόσο σε μια ορισμένη ομοιότητα των κοινωνικών και ψυχολογικών αιτιών των φαινομένων, όσο και στη διαμόρφωση, υπό την επίδραση του αλκοόλ, βίαιου και ιδιοτελούς τύπου προσωπικότητας. (48)

Επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Η κατανάλωση του οινόπνευματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει φυσικές και διανοητικές ατέλειες γέννησης. Στην πραγματικότητα, κανένα επίπεδο χρήσης οινόπνευματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν έχει αποδειχθεί ασφαλές γι'αυτό θα ήταν ωφέλιμο για τις έγκυες γυναίκες να αποφεύγουν να καταναλώνουν οποιαδήποτε ποσότητα οινόπνευματος, συμπεριλαμβανομένου μπίρα, κρασί και οποιοδήποτε σκληρό ποτό.(46,47,54)

Όταν μια έγκυος γυναίκα πίνει, το οινόπνευμα περνά γρήγορα μέσω του πλακούντα στο έμβρυό της. Στο ανώριμο σώμα του αγέννητου μωρού, το οινόπνευμα μεταβολίζεται πιο αργά απ'ό,τι στο σώμα ενός ενηλίκου ανθρώπου. Κατά συνέπεια, το επίπεδο οινόπνευματος του αίματος του μωρού μπορεί να είναι ακόμα πιο υψηλό και μπορεί να παραμείνει ανυψωμένο περισσότερο από το επίπεδο στο αίμα της μητέρας. Αυτό μερικές φορές μπορεί να επηρεάσει την υγεία του βρέφους στην μετέπειτα ενήλικη ζωή του.

Η κατανάλωση του οινόπνευματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει διάφορες ατέλειες γέννησης, που κυμαίνονται από ήπιες ως περίπλοκες. Αυτές οι ατέλειες περιλαμβάνουν τη διανοητική καθυστέρηση, συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά προβλήματα και ανωμαλίες στη λειτουργία και το σχηματισμό της καρδιάς, του προσώπου και άλλων οργάνων.(52,53,62)

Ο όρος "εμβρυϊκή αναταραχή φάσματος οινόπνευματος"(fetal alcohol spectrum disorder) χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα πολλά προβλήματα που συνδέονται με την έκθεση στο οινόπνευμα πριν από τη γέννηση.(56) Το πιο σημαντικό από αυτά είναι το εμβρυϊκό σύνδρομο οινόπνευματος (fetal alcohol syndrome FAS), ένας συνδυασμός φυσικών και διανοητικών ατελειών γέννησης.(44,55)

Η κατανάλωση οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει επίσης τον κίνδυνο της αποβολής, του χαμηλού βάρους γέννησης και θνησιμότητας .

Μια βρετανική μελέτη του 2002 διαπίστωσε 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.(56)

Όταν το αλκοόλ κυκλοφορεί στη ροή του αίματος ενός βρέφους παρεμβαίνει στην εξέλιξη του σε πολλά σημεία. 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.

Επιφέρει διαταραχές στη ρύθμιση της ανάπτυξης των κυττάρων προκαλώντας πρόωμο θάνατο, αποτρέποντας την γέννηση νέων κυττάρων και τροποποιώντας τη δομή και την τοποθέτηση των ήδη υπαρχόντων.

Όσον αφορά στα εγκεφαλικά κύτταρα μπορεί να αποτρέψει τη δημιουργία συνάψεων αλλά και του προστατευτικού καλύμματος της μυελίνης, όπως επίσης να παρέμβει στη δράση των νευροδιαβιβαστών.

Εμβρυϊκό σύνδρομο οινοπνεύματος (FAS)

Το εμβρυϊκό σύνδρομο οινοπνεύματος (FAS) είναι μια από τις πιο κοινές και γνωστές αιτίες της διανοητικής καθυστέρησης, και η μόνη αιτία που είναι εξ ολοκλήρου αποτρέψιμη.(55,62)

Το εμβρυϊκό σύνδρομο οινοπνεύματος περιγράφει τα διάφορα γεννητικά προβλήματα που συνδέονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αποτελείται από τον εμβρυϊκό περιορισμό της σωματικής αύξησης, την εξασθένηση κεντρικών νευρικών συστημάτων και τις παραμορφώσεις του προσώπου. Η διάγνωση απαιτεί την παρουσία και των τριών ατελειών.(67)

Έχουν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του προσώπου, συμπεριλαμβανομένων των μικρών ματιών, λεπτό άνω χείλος και ένα ομαλό δέρμα αντί του κανονικού αυλακιού μεταξύ της μύτης και του ανώτερου χειλιού. Τα όργανά τους, ειδικά η καρδιά, μπορούν να μην διαμορφωθούν κατάλληλα. Πολλά μωρά με FAS έχουν επίσης μικρό εγκέφαλο, που μπορεί να είναι ανώμαλα διαμορφωμένος και έχουν κάποιο βαθμό διανοητικής ανικανότητας.(67) Πολλοί έχουν φτωχό συντονισμό, σύντομη έκταση προσοχής, συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά προβλήματα. Τα αποτελέσματα FAS διαρκούν καθ' όλη τη διάρκεια ζωής. Ακόμα κι αν όχι διανοητικά καθυστερημένοι, οι έφηβοι και οι ενήλικοι με FAS έχουν ποικίλους βαθμούς ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών προβλημάτων και είναι συχνά δύσκολο να κρατήσουν μια εργασία και να ζήσουν ανεξάρτητα .(44,45,59,66) Σε μια μελέτη, το 30-33% των γυναικών που κατανάλωσαν 2γρ.οινοπνεύματος /kg.σωματικού βάρους ανά ημέρα, προκάλεσαν εμβρυϊκό σύνδρομο οινοπνεύματος στα βρέφη τους.(67)

Οι αρνητικές επιδράσεις της προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ συνεχίζουν να υφίστανται και στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης και οδηγούν σε περιορισμένες ευκαιρίες επαγγελματικής απασχόλησης και ικανότητας ανεξάρτητης διαβίωσης, σύμφωνα με γερμανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο Journal of Pediatrics.

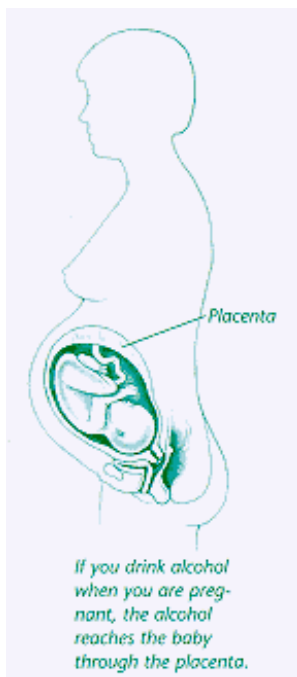
Το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο υπολογίζεται ότι επηρεάζει περίπου 1 στα 1.000 βρέφη που γεννιούνται, ενώ η εμβρυϊκή επίδραση του αλκοόλ τρεις με πέντε γεννήσεις στις 1.000.

Ερευνητική ομάδα του Νοσοκομείου του Γερμανικού Ερυθρού Σταυρού με επικεφαλής τον Δρ Χανς-Λουντβιγκ Σποχρ εξέτασε τον συνδυασμό του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου και της εμβρυϊκής επίδρασης του αλκοόλ συνδυαστικά κάτω από τον όρο «διαταραχή του φάσματος του εμβρυϊκού αλκοολισμού». Μελέτησε επίσης τις μακροχρόνιες συνέπειες της προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ.

Οι επιστήμονες έθεσαν υπό παρακολούθηση 37 άτομα που είχαν διαγνωστεί με σύνδρομο εμβρυϊκού αλκοολισμού ή εμβρυϊκή αλκοολική επίδραση στη βρεφική ηλικία ή την παιδική.

Κατά τη διάρκεια 20 ετών, διαπίστωσαν ότι οι χαρακτηριστικές εκβάσεις του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου και της εμβρυϊκής αλκοολικής επίδρασης στα χαρακτηριστικά του προσώπου ελαττώθηκαν με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, η μικροκεφαλία, η πτωχή ανάπτυξη της αυλάκωσης στο άνω χείλος και το λεπτό άνω χείλος, επίσης χαρακτηριστικά της προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ, εξακολουθούσαν να υφίστανται.

Το χαμηλό ανάστημα και το χαμηλό σωματικό βάρος επίσης παρέμεναν ένα ουσιώδες ζήτημα για τους άνδρες, ενώ αυξημένο ενήλικο βάρος παρατηρούνται στις γυναίκες. Άλλες μείζονες επιπτώσεις ήταν η εμμένουσα διανοητική ικανότητα, ο περιορισμός των ευκαιριών επαγγελματικής απασχόλησης και η μειωμένη πιθανότητα ανεξάρτητης διαβίωσης.



ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ

Μια από τις κυριότερες αιτίες έλλειψης σημαντικών βιταμινών στον οργανισμό μας είναι το αλκοόλ όπου έχει σαν αποτέλεσμα άτομα που λαμβάνουν συχνά αλκοόλ, να έχουν αυξημένες ανάγκες σε βιταμίνες. Η κατανάλωση οινοπνεύματος μπορεί να ερεθίσει το γαστροεντερικό σωλήνα, που οδηγεί στη μειωμένη απορρόφηση των βιταμινών και ιχνοστοιχείων (67).

Το οινόπνευμα εμποδίζει την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών D και E που απορροφώνται κανονικά μαζί με τα διαιτητικά λίπη. Η βιταμίνη C και οι βιταμίνες B,

καθώς επίσης η θειαμίνη και το φολλικό οξύ είναι επίσης ανεπαρκείς σε μερικούς αλκοολικούς. Το οινόπνευμα εξασθενίζει την απορρόφηση θειαμίνης και ενισχύει την έκκριση της από τα ούρα. Κατ' εκτίμηση τέσσερις από τους πέντε αλκοολικούς εμφανίζουν ανεπάρκεια θειαμίνης.(66)

Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, κάποια στοιχεία έδειξαν ότι οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β μπορούν να αλληλεπιδράσουν με την εισαγωγή οινόπνευματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να έχουν επιπτώσεις στο μητρικό και εμβρυϊκό μεταβολισμό και τις εκβάσεις της εγκυμοσύνης. Η κινητοποίηση της βιταμίνης Α από το συκώτι μπορεί να αυξηθεί με την υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματος και να οδηγήσει σε τοξικότητα βιταμίνης Α, όπου μπορεί να προκαλέσει γενετικά προβλήματα. Δηλαδή, η χρόνια, υπερβολική εισαγωγή οινόπνευματος εμφανίζεται να αφορά την τοξικότητα της βιταμίνης Α, όχι στην ανεπάρκειά της.(67)

Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ και τις ανεπάρκειες ιχνοστοιχείων, γίνεται αναφορά για το ασβέστιο, μαγνήσιο, σίδηρο και ψευδάργυρο.

Αν και υπάρχουν στοιχεία για τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του οινόπνευματος και των ιχνοστοιχείων και τις δυσμενείς εκβάσεις της εγκυμοσύνης, τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι ανεπαρκή λόγω της περιορισμένης έρευνας σε αυτόν τον τομέα και κρίνονται απαραίτητες μελλοντικές μελέτες. (67)

Συστάσεις κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Κανένα επίπεδο κατανάλωσης του οινόπνευματος δεν έχει αποδειχθεί ασφαλές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.(46,47)

Το εμβρυϊκό σύνδρομο οινόπνευματος εμφανίζεται συνήθως στα νεογέννητα των γυναικών που είναι αλκοολικοί ή κάνουν χρόνια χρήση οινόπνευματος. Επίσης, κάποια προβλήματα μπορούν να εμφανιστούν στα μωρά των γυναικών που καταναλώνουν μέτριες ποσότητες αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι ερευνητές ρίχνουν μια πιο στενή ματιά στα αποτελέσματα της μέτριας και ελαφριάς κατανάλωσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Μια μελέτη του 2002 διαπίστωσε ότι τα 14 χρονών παιδιά των οποίων οι μητέρες κατανάλωσαν αλκοόλ σε ελάχιστο βαθμό όπως ένα ποτό εβδομαδιαίως ήταν σημαντικά κοντύτερα, πιο αδύνατα και είχαν μια μικρότερη περιφέρεια κεφαλής (ένας πιθανός δείκτης του μεγέθους εγκεφάλου) από τα παιδιά των γυναικών που δεν κατανάλωσαν καθόλου αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.(60)

Μια άλλη μελέτη του 2001 διαπίστωσε ότι 6 και 7 χρονών παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν καταναλώσει μικρές ποσότητες αλκοόλ όπως ένα ποτό εβδομαδιαίως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν πιθανότερο να έχουν προβλήματα συμπεριφοράς, όπως επιθετικές και εγκληματικές συμπεριφορές από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες δεν κατανάλωσαν καθόλου αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτοί οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κατανάλωσαν οποιοδήποτε οινόπνευμα, περισσότερες από τρεις φορές εβδομαδιαίως ήταν πιθανό να καταδείξει εγκληματικές συμπεριφορές.(61)

Άλλοι ερευνητές εκθέτουν προβλήματα συμπεριφοράς και μάθησης στα παιδιά που εκτίθενται στη μέτρια κατανάλωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων προσοχής και μνήμης, την υπερδραστηριότητα, τις φτωχές κοινωνικές και δεξιότητες επικοινωνίας, τα ψυχιατρικά προβλήματα (συμπεριλαμβανομένων των αναταραχών διάθεσης) και τη χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών.(55)

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα είναι μια συνήθεια που πρωτοεμφανίστηκε στην Αμερική και εξαπλώθηκε στον υπόλοιπο κόσμο από Ευρωπαίους. Για να φθάσει ένας καπνιστής να καπνίζει ελεύθερα, πέρασε από εκκλησιαστικούς αφορισμούς, ακρωτηριασμούς των μελών του σώματος και θανατικές εκτελέσεις, μέτρα τόσο αυστηρά, που ίσως να συνετέλεσαν στη σημερινή μεγάλη εξάπλωση του καπνίσματος.(68)

Θεωρείται, παγκόσμια, ένας από τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση διαφόρων νοσημάτων. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) χαρακτηρίζει το κάπνισμα ως τη μεγαλύτερη επιδημία του περασμένου αιώνα που θα έχει δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία, όχι μόνο των ενεργητικών καπνιστών, αλλά και των παθητικών.(69)

Το τσιγάρο έχει 3.700 ουσίες, εκ των οποίων οι περισσότερες είναι τοξικές. Οι πιο γνωστές είναι η νικοτίνη, το μονοξειδίο του άνθρακα και η πίσσα. Η νικοτίνη είναι η ουσία εκείνη, που προκαλεί την εξάρτηση, τον εθισμό, σε κάθε καπνιστή. Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα “δηλητήριο”, το οποίο επιδρά, άμεσα, στους πνεύμονες, περνά στην κυκλοφορία του αίματος και, επειδή επενεργεί στο κεντρικό νευρικό σύστημα, προκαλεί εθισμό. Η νικοτίνη απορροφάται στους πνεύμονες και φθάνει στον εγκέφαλο μέσα από την κυκλοφορία του αίματος σε λιγότερο από 10 δευτερόλεπτα.(70)

Η νικοτίνη επηρεάζει διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και προκαλεί αλλαγές σε ολόκληρο το σώμα. Αυξάνονται οι καρδιακοί παλμοί, ανεβαίνει η πίεση, επιταχύνεται ο μεταβολισμός, συστέλλονται τα αιμοφόρα αγγεία και μειώνεται η κυκλοφορία του αίματος στα άκρα (γι' αυτό οι καπνιστές έχουν συχνότερα από τους μη καπνιστές παγωμένα χέρια και πόδια). Οι επιδράσεις αυτές καταπονούν τον οργανισμό και είναι παρόμοιες με αυτές που προκαλεί το άγχος.(71)

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Αν και το ποσοστό των καπνιστών στο γενικό πληθυσμό μειώνεται, ο ρυθμός όμως μείωσης μεταξύ των γυναικών της ηλικίας τεκνοποίησης είναι πιο αργός.

Πρόσφατες έρευνες για την κατάχρηση φαρμάκων, έδειξε ότι ανάμεσα σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας, σχεδόν το 1/3 καπνίζουν σε κανονική βάση. Σε έρευνες που έγιναν σε όλες τις χώρες τις ΗΠΑ, ο βαθμός χρήσης τσιγάρων από τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στις αστικές περιοχές έχει αναφερθεί ότι είναι μεταξύ 22% και 30%.

Παρατηρείται ότι το μονοξειδίο του άνθρακα και η νικοτίνη από τον καπνό αυξάνουν τα επίπεδα carboxyhemoglobin (αιμογλοβίνης που φέρνει το μονοξειδίο του άνθρακα αντί του οξυγόνου) στο αναπτυσσόμενο έμβρυο (κατά 2 φορές στα επίπεδα αυτά της μητέρας) και μειώνουν την πλακούντια ροή αίματος, με αποτέλεσμα να περιορίζουν το παρεχόμενο οξυγόνο στο έμβρυο. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνει το βάρος γέννησης κατά μέσο όρο 200gr και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πρόωρης γέννησης και εμβρυϊκής θνησιμότητας.

Οι αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος δεν αφορούν μόνο την εμβρυϊκή ανάπτυξη αλλά και τη μετέπειτα αύξηση στη νηπιακή ηλικία.(72)

Επιπλέον η παθητική έκθεση στον καπνό του τσιγάρου μπορεί επίσης να μειώσει την μετέπειτα αύξηση των νηπίων. (73)

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται επίσης με άλλες δυσμενείς μακροπρόθεσμες εκβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της διανοητικής καθυστέρησης, καθώς επίσης και τον εθισμό νικοτίνης στο έμβρυο.(74)Επίσης μπορεί να περιορίσει την εμβρυϊκή ανάπτυξη ακόμη και των γυναικών που εγκαταλείπουν το κάπνισμα το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους , οι συμβουλές και η υποστήριξη σχετικές με τη διακοπή καπνίσματος πρέπει να στοχεύουν οι γυναίκες να εγκαταλείπουν το κάπνισμα πριν ή ακόμα και πολύ πριν από τη σύλληψη.(75,76)

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη είναι ευρέως γνωστές σε σχέση με τα παλαιότερα χρόνια. Εντούτοις διάφορες έρευνες δείχνουν ότι μόνο το 18%-25% των εγκύων διακόπτουν το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη.

Έτσι το ενδεχόμενο επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη είναι αυξημένο:

- Διπλάσιος κίνδυνος χαμηλής πρόσφυσης του πλακούντα, ώστε αντί να λειτουργεί σαράντα εβδομάδες, στην περίπτωση αυτή ζει μόνο τριάντα έξι ή το πολύ τριάντα οκτώ γεγονός που οδηγεί σε καισαρική τομή. (77)
- Εώς και 2,5 φορές μεγαλύτερος ο κίνδυνος πρόωμης αποκόλλησης του πλακούντα, γεγονός που οδηγεί σε πρόωρο τοκετό και αυξημένη προγεννητική θνησιμότητα .
- Υπάρχει επίσης υψηλότερος κίνδυνος πρόωμης ρήξης του αμνιακού σάκου και πρόκληση πρόωμου τοκετού.
- Η νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει σύσπαση των αγγείων του ομφάλιου λώρου και της μήτρας, μειώνοντας την παροχή του οξυγόνου στο έμβρυο. Επίσης μειώνει την ποσότητα του αίματος στην αιματική κυκλοφορία του εμβρύου.(78)

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ:

Το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κυρίως στο 2^ο και 3^ο τρίμηνο επιβαρύνει ιδιαίτερα την υγεία του εμβρύου, καθώς αυξάνει τους καρδιακούς παλμούς των εμβρύων κατά 10-20 φορές το λεπτό, σκληραίνει τις εξωτερικές μεμβράνες του πλακούντα και στενεύει τα αιμοφόρα αγγεία με συνέπεια την ανεπαρκή μεταφορά θρεπτικών ουσιών στο έμβρυο. Οι γυναίκες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εκθέτουν το παιδί τους στον κίνδυνο να προσβληθεί από σοβαρές ασθένειες και να υποστεί μόνιμες βλάβες.

Οι επιπτώσεις που μπορεί να προκύψουν από την κατανάλωση καπνού περιλαμβάνουν:

A). Το κάπνισμα διπλασιάζει τον κίνδυνο σε μια γυναίκα να έχει προβλήματα με τον πλακούντα της περιλαμβανομένου: (79)

- Previa πλακούντα (ένας low-lying πλακούντας που καλύπτει το μέρος ή όλο το άνοιγμα της μήτρας)
- Placental απόσπαση (στην οποία ο πλακούντας ξεφλουδίζει , μερικώς ή σχεδόν ολόκληρος από το μητρικό τοίχος, πριν τον τοκετό)

Και τα δύο μπορούν να οδηγήσουν σε βαριά αιμορραγία κατά τη διάρκεια του τοκετού ώστε να κινδυνέψουν μητέρα και έμβρυο, αν και με καισαρική τομή μειώνεται κατά πολύ ο κίνδυνος.

B. Επίσης αυξάνει τον κίνδυνο πρόωρης ρήξης των μεμβρανών (PROM), όταν σπάξει ο σάκος που κρατά το μωρό μέσα στη μήτρα πριν από την ολοκλήρωση των 37

εβδομάδων της εγκυμοσύνης (79,84). (Συνήθως, όταν σπάζει, ο τοκετός ακολουθεί μέσα σε μερικές ώρες.) Εάν η ρήξη εμφανίζεται πριν από 37 εβδομάδες της εγκυμοσύνης, οδηγεί συχνά στη γέννηση ενός πρόωρου μωρού. (80)

Γ. Μπορεί να προκύψουν προβλήματα γονιμότητας σε μια καπνίστρια. Αν και μελέτες δείχνουν ότι τα αναπαραγωγικά προβλήματα εξαλείφονται μετά τη διακοπή του καπνίσματος.(79,84)

Δ. Σε μελέτη που έγινε το 2003 παρατηρήθηκε ότι τα μωρά καπνιζόντων μητέρων παρουσίαζαν συμπτώματα που προκύπτουν και από κατανάλωση απαγορευμένων φαρμάκων. Εμφάνιζαν αδυναμία συγκέντρωσης, η διάσπαση της προσοχής, υπερκινητικότητα, ανεξέλεγκτα παρορμητική συμπεριφορά.(81)

Ε. Επίσης τα μωρά των καπνιζόντων μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 3 φορές πιθανότερο να πεθάνουν από ξαφνικό σύνδρομο θανάτου νηπίων (SIDS) από τα μωρά των μη καπνιζόντων μητέρων.

ΣΤ. Περιορίζει την ανάπτυξη του εμβρύου. Το 2004,στις Ηνωμένες Πολιτείες 11.9% των καπνιζόντων γυναικών είχαν χαμηλό βάρος γέννησης (λιγότερο από 5 λίβρες ½), έναντι του 7.2% των μη καπνιστών. Αυτό συμβαίνει, γιατί τα προϊόντα της καύσης του τσιγάρου παράγουν ορισμένες ουσίες στο αναπνευστικό σύστημα, όπως το διοξείδιο του άνθρακα, το οποίο δεσμεύεται πιο εύκολα από την αιμοσφαιρίνη στο αίμα. Έτσι, αντί η αιμοσφαιρίνη να δεσμεύει μόρια οξυγόνου και να τα μεταφέρει στο έμβρυο για να αναπνέει, δεσμεύει διοξείδιο του άνθρακα, με αποτέλεσμα να φτάνει λιγότερο οξυγόνο στο παιδί, το οποίο τελικά θα γεννηθεί με μικρότερο βάρος από το κανονικό. (81)

Ζ. Τα πρόωρα και χαμηλού-βάρους γέννησης μωρά αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρών προβλημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της νεογέννητης περιόδου, αυτά των χρόνιων ανικανοτήτων (όπως η εγκεφαλική παράλυση, η διανοητικά καθυστέρηση και τα μαθησιακά προβλήματα), και ακόμη και του θανάτου. (83-5)

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα μικροθρεπτικών συστατικών της εγκύου και του εμβρύου, που οδηγεί σε δυσμενείς εκβάσεις για την κύηση. Το κάπνισμα μπορεί να μειώσει την όρεξη και το ποσό θρεπτικών ουσιών που καταναλώνονται από την έγκυο γυναίκα, οπότε αυξάνονται οι θρεπτικές απαιτήσεις.(67)

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι συγκεντρώσεις βιταμίνης C πλάσματος και λευκοκυττάρων είναι χαμηλότερες στους καπνιστές απ' ότι στους μη καπνιστές (90, 91). Αυτή η διαφορά μπορεί να αποδοθεί σε χαμηλότερες εισαγωγές της βιταμίνης C από τους καπνιστές (92). Όμως σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, οι έγκυες που κάπνιζαν, με εισαγωγές βιταμίνης C παρόμοιες με εκείνες των εγκύων μη καπνιστών, είχαν χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης C στο πλάσμα, το αμνιακό υγρό και το μητρικό γάλα .(93)

Έρευνες επίσης δείχνουν ότι οι συγκεντρώσεις β-καροτίνη, β-12, β-6 και του φολλικού οξέος εμφανίζονται χαμηλότερες στις εγκύους που καπνίζουν απ' ότι στις εγκύους μη καπνίστριες, αν και είναι ασαφές εάν οι χαμηλότερες συγκεντρώσεις οφείλονται στις αυξημένες απαιτήσεις τις εγκυμοσύνης, στις χαμηλότερες διατροφικές προσλήψεις ή άλλους παράγοντες.(67)

Επίσης, το κάδμιο που περιέχεται στο τσιγάρο συσσωρεύει και δεσμεύει στον ψευδάργυρο στον πλακούντα, επομένως χαμηλώνει το ποσό ψευδάργυρου που είναι διαθέσιμο στο έμβρυο. Ως εκ τούτου τα επίπεδα ψευδάργυρου στον πλακούντα είναι υψηλότερα στις έγκυες που καπνίζουν. (94)

ΤΡΟΠΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι March of Dimes προτείνουν οι γυναίκες να σταματήσουν το κάπνισμα πολύ πριν την εγκυμοσύνη, κατά τη διάρκεια αυτής, καθώς και μετά το πέρας της. Για κάποιες γυναίκες σίγουρα δεν είναι εύκολο να σταματήσουν πολύ εύκολα το κάπνισμα. Ο παροχέας υγείας μπορεί να την παραπέμψει σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (το οποίο δεν είναι ευρέως γνωστό στην Ελλάδα) ή να προτείνει κάποιους τρόπους περιορισμού. Οι March of Dimes υποστηρίζουν ότι υπάρχουν 5 βήματα διακοπής καπνίσματος τα οποία αποκαλούν <<τα 5 Α>> όπου με τα οποία έχει αποδειχθεί ότι βελτιώθηκε κατά 30% η συμπεριφορά των εγκύων γυναικών. (88)

Διάφορες μελέτες αποδεικνύουν ότι οι παράγοντες που καθιστούν μια γυναίκα να επιτύχει τις προσπάθειες να εγκαταλείψει το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης περιλαμβάνουν:

- Την προσπάθεια να εγκαταλείψει συνήθειες του παρελθόντος.
 - Έχοντας κάποιον συνεργάτη που δεν καπνίζει.
 - Την υποστήριξη από την οικογένεια η άλλους σημαντικούς ανθρώπους της ζωής της.
- Καθώς και την κατανόηση των επιβλαβών αποτελεσμάτων του καπνίσματος.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ ΟΙ ΜΗΤΕΡΕΣ ΚΑΠΝΙΖΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Οι επιπτώσεις που προέρχονται από την ενεργητική ή παθητική κατανάλωση καπνού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σύμφωνα με αυτά στοιχεία που διεξήχθησαν από διάφορες έρευνες δεν αφορούν μόνο την εμβρυϊκή ηλικία αλλά τη βρεφική, παιδική, εφηβική καθώς και όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Τα προβλήματα και οι επιπτώσεις που προκύπτουν από την ενεργό η παθητική καπνίστρια μητέρα συμπεριλαμβάνουν:

- υπερκινητικά παιδιά (ADHD)
- παιδιά με μειωμένη ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης
- προβλήματα στη συμπεριφορά, τη μάθηση και τη γλώσσα
- βλάβες στην ποιότητα των εγκεφαλικών κυττάρων

Συμπερασματικά, οι ερευνητές δήλωσαν ότι η σχολική απόδοση των παιδιών των καπνιστών ήταν φτωχότερη από αυτή των υπολοίπων, όταν μετριούνται από την άποψη της κακής απόδοσης τους στα θεωρητικά θέματα. Ήταν επίσης κοντύτερα στο ύψος, σχεδόν 1 εκατοστόμετρο (λίγο λιγότερο από 1 ίντσα) και η απόδοση τους στο σχολείο ήταν φτωχότερη μεταξύ των ελέγχων για τις μητέρες που κάπνισαν 10 και 20 τσιγάρα την ημέρα. (10)

ΚΑΦΕΪΝΗ

Τι είναι η καφεΐνη;

Οι ειδικοί στην φαρμακολογία κατατάσσουν την καφεΐνη, στα ελαφρά διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κ.Ν.Σ) και θεωρείται παγκοσμίως ως ένα από τα πιο διαδεδομένα ροφήματα, το οποίο αποτελεί συστατικό πολλών φαρμάκων.(95) Η καφεΐνη αποτελεί μέρος μιας ομάδας ενώσεων γνωστή ως μεθυλοξανθίνες (τριμεθυλοξανθίνη), οι οποίες βρίσκονται σε περισσότερα από 60 είδη φυτών.

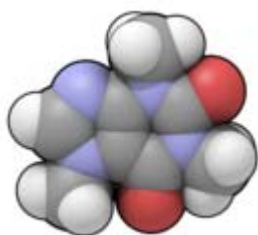
Στην ίδια ομάδα με την καφεΐνη ανήκουν η θεοφυλλίνη και η θεοβρωμίνη. Από τις τρεις αυτές ενώσεις οι οποίες παρουσιάζουν ορισμένες φαρμακολογικές ιδιότητες, η καφεΐνη, θεωρείται το πιο δραστικό διεγερτικό του Κ.Ν.Σ και είναι αυτή για την οποία έχουν πραγματοποιηθεί και οι περισσότερες μελέτες.(96,97)

Ο καφές εμφανίστηκε στην Αφρική περίπου το 575 μ.Χ όπου οι κόκκοι του χρησιμοποιούνταν ως χρήματα και στην συνέχεια καταναλωνόταν ως τρόφιμο. Τον καφέ ως ρόφημα γνώρισαν πρώτοι οι Άραβες τον 11^ο αιώνα.

Εξερευνώντας τον Νέο Κόσμο, οι Ισπανοί ήρθαν σε επαφή με το ρόφημα σοκολάτας το 1959 από τον αυτοκράτορα των Αζτέκων.

Η καφεΐνη ανακαλύφθηκε από έναν Γερμανό φαρμακοποιό Friedrich Ferdinand Runge το 1819.

Τέλος το 1880 πρωτοεμφανίστηκαν και τα μη αλκοολούχα ποτά με καφεΐνη, στα οποία χρησίμευε ως αρωματική ουσία, πρόσδιδε μια πικρή γεύση τροποποιώντας τις γεύσεις άλλων συστατικών ξινών ή γλυκών. Αν και μετά από αναθεώρηση της έρευνας (Drewnowski, 2001) ειπώθηκε ότι η καφεΐνη απλά συμβάλλει στην αισθητήρια έκκληση των μη αλκοολούχων ποτών.



Η καφεΐνη στη βιοχημική του δομή είναι ένα άσπρο κρυστάλλινο αλκαλοειδές που ενεργεί ως ψυχοενεργό τονωτικό φάρμακο καθώς και ήπιο διουρητικό, στους ανθρώπους και στα ζώα.(98,99)

Είναι ευρείας ψυχοενεργός ουσία, αλλά αντίθετα από τις άλλες ψυχοενεργές ουσίες είναι νόμιμη και ανεξέλεγκτη σχεδόν στη χρήση της, αν κρίνουμε ότι στη Βόρεια Αμερική το 90% των ενηλίκων την καταναλώνουν καθημερινά. (100)

Εκτός από τα καφεόδεντρα (καφές), τα δέντρα τσαγιού (τσάι) , και τα κακαόδεντρα (σοκολάτα), αν παρατηρήσετε τις ετικέτες τροφίμων η καφεΐνη εμπεριέχεται σε μια ευρεία γκάμα προϊόντων διατροφής είτε φυσικά είτε τεχνητά όπως π.χ στα αναψυκτικά τύπου κόλα καθώς και σε ποτά.

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΦΕΪΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΑ ΡΟΦΗΜΑΤΑ

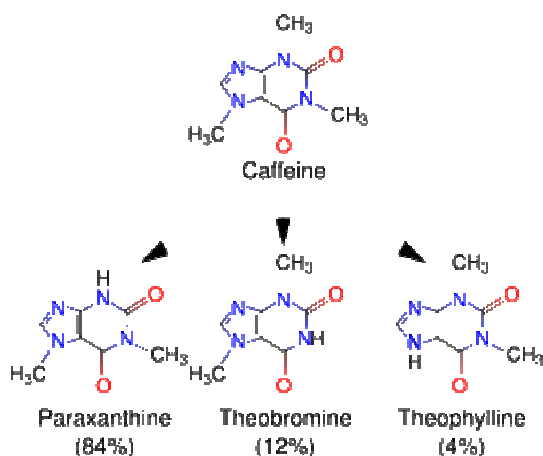
Η καφεΐνη, εκτός από τα ροφήματα στα οποία παρουσιάζεται σε μεγάλη ποσότητα, είναι κρυμμένη και σε ένα πλήθος ακόμη τροφίμων και ειδών. Η περιεκτικότητα σε καφεΐνη διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από το ένα είδος τσαγιού στο άλλο. Το πόσο δυνατό ή όχι θα είναι ένα τσάι ή ο καφές εξαρτάται από την ποικιλία, το μέγεθος των τεμαχίων του έτοιμου προϊόντος και από τον τρόπο και χρόνο παρασκευής. Ακόμη η περιεκτικότητα σε καφεΐνη είναι διαφορετική από αναψυκτικό σε αναψυκτικό, όμως το κάθε αναψυκτικό τύπου Coca-Cola, έχουν σταθερή και ελεγχόμενη περιεκτικότητα σε καφεΐνη. Κάτι ανάλογο παρουσιάζεται και στα διάφορα χάπια, δεν είναι λίγα αυτά τα οποία περιέχουν σημαντικές ποσότητες καφεΐνης γι αυτό πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό σας ότι είστε έγκυες όταν ξεκινάτε μια θεραπεία. Η καφεΐνη αποτελεί συστατικό πολλών φαρμάκων όπως αναλγητικών, διουρητικών, διεγερτικών και πολλών ακόμη που ανακουφίζουν από τον πονοκέφαλο και τις ημικρανίες. Μερικά από τα είδη αυτά και οι ποσότητες καφεΐνης που περιέχουν παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί:(10)

Είδος	Ποσότητα	Περιεκτικότητα σε καφεΐνη (mg)
Καφές	227 g/8oz	175
Καφές ζυθοκοπτείου	142 g/5oz	105 - 115
Εσπρέσσο	Μονός	100
Καπουτσίνο	Μονός	100
Στιγμαίος καφές	170 g/6oz	57
Ντεκαφεινέ	142 g/6oz	5
Τσάι	170 g/6oz	20 – 110
Παγωμένο τσάι	340 g/12oz	70
Στιγμαίο τσάι	198 g/7oz	30
Coca – Cola	1340 g/12oz κουτάκι	30 – 56
Coca – Cola διαίτης	1340 g/12oz κουτάκι	38 – 45
7 – Up (Σπράιτ)	1340 g/12oz κουτάκι	0
Σοκολάτα	57 g/2oz	10 – 50
Κακάο	1142 g/5oz 1 φλ.	4
Χάπια διαίτης	1	100 - 200
Αναλγητικά (Excedrin, Anacin)	1	30 και πάνω

(Δ.Παπανδρέου, Διατροφή στην εγκυμοσύνη & το θηλασμό, 2003)

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΦΕΪΝΗΣ

Η καφεΐνη είναι ένα μεταβολικό τονωτικό και χρησιμοποιείται και φαρμακευτικά για να μειώσει τη φυσιολογική κούραση και να αποκαταστήσει τη διανοητική επαγρύπνηση όταν εμφανίζεται ή ασυνήθιστη αδυναμία ή υπνηλία, διεγείροντας το Κ.Ν.Σ.



Μεταβολίζεται στο συκώτι σε 3 αρχικούς μεταβολίτες:

1. παραξανθίνη (84%) 2. θεοβρομίνη (12%) 3. θεοφυλλίνη (4%)
από το ενζυμικό σύστημα κυτοχρωμάτων P450.

1. Η παραξανθίνη αυξάνει τη λιπόλυση , με την αύξηση των επιπέδων τις γλυκερίνης και των ελεύθερων λιπαρών οξέων στο πλάσμα του αίματος
2. η θεοβρομίνη διαστέλλει τα αγγεία του αίματος και αυξάνει τον όγκο των ούρων, είναι το κύριο αλκαλοειδές στο κακάο και επομένως στη σοκολάτα.
3. η θεοφυλλίνη χαλαρώνει τους μύες των βρόγχων και βοηθάει στη θεραπεία του άσθματος.

Κάθε ένας από αυτούς τους μεταβολίτες , μεταβολίζεται περαιτέρω και εκκρίνεται έπειτα στα ούρα. (104)

Η καφεΐνη, διασχίζει εύκολα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό όπως και το αλκοόλ, η νικοτίνη και τα αντικαταθλιπτικά χάπια, συμπεριφέρεται σαν ανταγωνιστής των υποδοχέων τις αδενοσίνης που βρίσκονται στον εγκέφαλο. Η αδενοσίνη είναι μια φυσική χημική ουσία του σώματος που ενεργεί ως αγγελιοφόρος στη ρύθμιση της δραστηριότητας του εγκεφάλου και στον έλεγχο των καταστάσεων διέγερσης και ύπνου (είναι ένα «σήμα κούρασης»). Η δομή της καφεΐνης είναι παρόμοια με αυτή τις αδενοσίνης με αποτέλεσμα να δεσμεύει τους υποδοχείς τις αδενοσίνης χωρίς να τους ενεργοποιεί, με αποτέλεσμα να ενεργεί ως ανταγωνιστικός ανασταλτικός παράγοντας.

Η μειωμένη δραστηριότητα της αδενοσίνης οδηγεί στην αυξημένη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών της ντοπαμίνης. Η καφεΐνη μέσω ενός άλλου μηχανισμού αυξάνει και τα επίπεδα της επινεφρίνης/αδρεναλίνης, καθώς και τα επίπεδα τα σεροτονίνης προκαλώντας θετικές αλλαγές στη διάθεση. (102-6)

Απορροφάτε εντελώς από το στομάχι και το λεπτό έντερο σε 45 λεπτά μετά την κατάποση και όπου διανέμεται σε όλους τους ιστούς του σώματος και αποβάλλεται από first – order kinetics. (107)

Η ημιζωή της καφεΐνης, ο χρόνος που απαιτείται για να αποβάλλει το σώμα το μισό του συνολικού ποσού της καφεΐνης που καταναλώνεται, ποικίλλει ανάλογα την ηλικία, την λειτουργία του ήπατος, την εγκυμοσύνη, την φαρμακευτική αγωγή, και το επίπεδο των ενζύμων στο συκώτι που απαιτούνται για το μεταβολισμό της καφεΐνης.

Στους υγιείς ενήλικες ο χρόνος που απαιτείται είναι 3-4 ώρες , στις γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά 5-10 ώρες(108), στις έγκυες 9-11 ώρες (109).

η εγκυμοσύνη επιβραδύνει τον ρυθμό μεταβολισμού της καφεΐνης με αποτέλεσμα τα επίπεδα της να διατηρούνται σταθερά για αρκετό διάστημα, σε άτομα με σοβαρά προβλήματα στο συκώτι μπορεί να φτάσει και τις 96 ώρες, (110)ενώ σε ένα νεογγέννητο φτάνει τις 30 ώρες και άλλοι παράγοντες όπως το κάπνισμα μειώνουν το χρόνο ημιζωής της καφεΐνης. (111)

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΦΕΪΝΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

- 1) Η καφεΐνη του καφέ, το κύριο δραστικό συστατικό του δρα ως διεγερτική ουσία του Κ.Ν.Σ αυξάνοντας τα επίπεδα της ντοπαμίνης (νευροδιαβιβαστής που δραστηριοποιεί το κέντρο της ευχαρίστησης του εγκεφάλου).
- 2) Σε μέτριες δόσεις βελτιώνει τη μνήμη
- 3) Έχει όπως προείπαμε διουρητική ικανότητα, λόγω αυτής μπορεί να προκληθεί αφυδάτωση, γι αυτό πρέπει να καταναλώνουμε άφθονο νερό.
- 4) Μπορεί να προκαλέσει μείωση της όρεξης.
- 5) Ανακουφίζει για σύντομο χρονικό διάστημα από την κούραση και τη νύστα.
- 6) Χρησιμοποιείται για τη θεραπεία διάφορων ειδών πονοκεφάλων και ημικρανίας, ενώ οι υψηλές δόσεις πιθανόν να έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα και να προκαλούν πονοκέφαλο.
- 7) Με έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2004 στο American Journal of Cardiology ανέφερε ότι η καφεΐνη αυξάνει τα επίπεδα της πίεσης του αίματος με αποτέλεσμα τον κίνδυνο υπέρτασης(by researchers at Duke). Ενώ άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι αυτή η αύξηση είναι προσωρινή.
- 8) Έχει επίσης εξεταστεί εκτενώς και η σχέση της καφεΐνης με τις καρδιακές παθήσεις, η σχέση αυτή αναλύθηκε σε 2.648 άνδρες και 3.566 γυναίκες από τον Framingham και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν έχει καμία επίδραση η καφεΐνη στις καρδιακές παθήσεις.
- 9) Έχει δειχθεί ότι η κατανάλωση καφεΐνης προκαλεί μια μικρή και προσωρινή άνοδο στο επίπεδο έκκρισης ασβεστίου, σύμφωνα με έρευνα όταν η κατανάλωση ξεπερνά τα 300mg η απώλεια οστικής μάζας είναι μεγαλύτερη από την μέτρια κατανάλωση καφεΐνης, με αποτέλεσμα η έκκριση ασβεστίου να θεωρείται παράγοντας κινδύνου για οστεοπόρωση (Framingham).
- 10) Δεν υπάρχει καμία συσχέτιση της καφεΐνης και των καρκίνων σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος.
- 11) Δημιουργεί προβλήματα στη ρύθμιση της ινσουλίνης και γλυκόζης στους ήδη διαβητικούς.
- 12) Έρευνα επίσης δείχνει ότι η καφεΐνη υπό μορφή μη αλκοολούχων ποτών συνδέεται με την υπογλυκαιμία και το διαβήτη παχυσαρκίας.
- 13) Οι μελέτες, κυρίως από τις χώρες της Σκανδιναβίας, έχουν δείξει ότι ο καφές μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα ολικής και LDL-χοληστερόλης (κακή χοληστερόλη), γνωστοί παράγοντες κινδύνου για τις καρδιακές παθήσεις. Αυτή η επίδραση φαίνεται να περιορίζεται στον βρασμένο, όχι φιλτραρισμένο, καφέ (ο φιλτραρισμένος, ο διηθημένος ή ο στιγμιαίος καφές δεν αυξάνουν τη χοληστερόλη αίματος) και να μη συνδέεται με την καφεΐνη. Αυτή η επίδραση φαίνεται να προκαλείται από κάποια συστατικά του καφέ, καλούμενα ως διτερπένια, που υπάρχουν σε υψηλότερες ποσότητες σε κάποιες ποικιλίες κόκκων καφέ, αλλά αφαιρούνται με το φιλτράρισμα.
- 14) Ασθενείς που πάσχουν από ψυχολογικά προβλήματα όπως το σύνδρομο του μετατραυματικού στρες ή καταστάσεις που συνοδεύονται από κοινωνικό άγχος πιθανόν να επιδεινωθεί η κατάσταση τους μετά την κατανάλωση καφεΐνης.

15) Η καφεΐνη προκαλεί εθισμό. Όταν σταματήσει κάποιος να καταναλώνει καφέ, μπορεί να παρουσιάσει πονοκέφαλο, ευερεθιστικότητα και νευρικότητα. Γι αυτό η διακοπή να γίνεται σταδιακά.(125-130)

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΦΕΪΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Οι γνώσεις για την θρεπτική κατάσταση της εγκύου που καταναλώνει μεγάλες ποσότητες καφεΐνης είναι περιορισμένες. Αποτελέσματα ερευνών, αναφέρουν ότι οι γυναίκες που κατανάλωναν περισσότερα από 300mg καφεΐνης ημερησίως κατά την κύηση, είχαν χαμηλότερο βάρος (σε σχέση με το ύψος τους) και είχαν χαμηλότερη μέση πρόσληψη ενέργειας, πρωτεΐνης, ασβεστίου, βιταμίνης Α, θειαμίνης, ριβοφλαμίνης, και βιταμίνης C σε σύγκριση με γυναίκες που κατανάλωναν η ίσα με 300mg καφεΐνης ημερησίως.(121-3)

Οι πληροφορίες που αφορούν στην επίδραση του καφέ και της καφεΐνης στην μητρική διατροφή είναι περιορισμένες και δεν είναι ακόμη γνωστό εάν τα διατροφικά συμπληρώματα είναι απαραίτητα ή ωφέλιμα για τις εγκύους που συνεχίζουν να καταναλώνουν καφεΐνη κατά την διάρκεια της κύησης, ακόμη και πριν από τη σύλληψη φαίνεται λογικός, τα ήδη υπάρχοντα δεδομένα δεν είναι επαρκή, ώστε να ληφθεί μια συγκεκριμένη σύσταση. Το 1980 το U.S.Food and Drug administration συστήνει την αποφυγή προϊόντων που περιέχουν καφεΐνη ή την σπάνια χρήση τους.

Άλλοι πάλι ερευνητές συστήνουν ότι οι έγκυες δεν πρέπει να καταναλώνουν ποσότητα μεγαλύτερη από 2 φλιτζάνια ημερησίως, ενώ η κατανάλωση τσαγιού δε θα πρέπει να είναι ελεύθερη αλλά ελεγχόμενη.(124)

Η καφεΐνη προκαλεί εθισμό και η αυξημένη κατανάλωση συνδέεται με καταστάσεις αϋπνίας, συχνών και έντονων πονοκεφάλων με αποτέλεσμα να δρα αρνητικά στο νευρικό σύστημα. (120)

Είναι επίσης τονωτικό, το οποίο αυξάνει τους καρδιακούς παλμούς και το μεταβολισμό της μητέρας, μεταβολές οι οποίες επηρεάζουν τον καρδιακό παλμό, την αναπνοή και την ανάπτυξη του εμβρύου. Αυτή η επιρροή διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες.

Στις έγκυες γυναίκες, κυρίως στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης απαιτούνται 18-20 ώρες για να γίνει ο μεταβολισμός της μισής ποσότητας της καταναλωθείσας καφεΐνης, αλλά ο ρυθμός του μεταβολισμού επιστρέφει στο κανονικό μετά τον τοκετό.

Δεν είναι λίγες οι γυναίκες εκείνες, οι οποίες αποφασίζουν από μόνες τους να αποβάλουν από το καθημερινό τους διαιτολόγιο τον καφέ και κάθε ρόφημα το οποίο περιέχει καφεΐνη, μόλις μάθουν ότι είναι έγκυες, κάτι που παρατηρήσαμε και στη δική μας έρευνα όταν το 46% διέκοψε η ελάττωσε την κατανάλωση της.

Σύμφωνα με έρευνες κάτι τέτοιο δεν είναι απαραίτητο να γίνει, εφόσον η έγκυος αρέσκεται στη γεύση του καφέ. Μια μέτρια κατανάλωση η οποία δεν ξεπερνά τα 300mg ανά ημέρα (3 φλυτζ στιγμιαίου καφέ ή έξι φλυτζ τσάι ή 8 κουτάκια coca-cola) δεν μπορεί να βλάψει ούτε τη μητέρα ούτε το έμβρυο(American Dietetic Association 1994-1998).

Η συστηματική κατανάλωση καφεΐνης σε ποσότητα μεγαλύτερη των 300mg/ημέρα, δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί αν μπορεί να βλάψει το έμβρυο. Ωστόσο πολλοί ερευνητές, πιστεύουν ότι η υπερκατανάλωση καφεΐνης μπορεί να σχετίζεται με μείωση της μητρικής αύξησης βάρους και με αυξημένο κίνδυνο γέννησης βρεφών χαμηλού βάρους(Grosso et al 2001 and March of Dimes), ιδιαίτερα στους τελειόμηνους τοκετούς. Περισσότερο από οχτώ φλιτζάνια καφέ ανά ημέρα σε συστηματική κατανάλωση, μπορούν να αυξήσουν το ποσοστό των νεκρογεννήσεων (Savitz et al 2008), (114,115) χωρίς όμως το φαινόμενο αυτό να έχει πλήρως αποδειχτεί, καθώς στις

έρευνες αυτές δεν έχουν συμπεριληφθεί και άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ. Αυξημένος κίνδυνος για αυτόματη έκτρωση κατά τη διάρκεια του 1^{ου} και 2^{ου} τριμήνου, παρατηρήθηκε σε γυναίκες που κατανάλωναν περισσότερα από 150mg καφεΐνης ημερησίως, χωρίς να ληφθούν υπόψη άλλοι παράγοντες κινδύνου που οδηγούν σε αυτές τις καταστάσεις. Δεν έχει πλήρως ακόμη εξακριβωθεί, αν οι επιδράσεις αυτές οφείλονται στην καφεΐνη ή σε άλλα συστατικά του καφέ ή σε άλλα χαρακτηριστικά των ατόμων που καταναλώνουν καφέ.(116)

Γυναίκες με ναυτία κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν μικρότερο κίνδυνο αποβολής του εμβρύου σύμφωνα με έρευνα του Dr. Jorge Chavarro που εκπονήθηκε στο Harvard School of Public Health.

Μπορεί να μην έχουν πλήρως εξακριβωθεί οι έμμεσες αρνητικές επιδράσεις της καφεΐνης στο έμβρυο, γνωρίζουμε όμως πολύ καλά ότι η καφεΐνη διαπερνά τον πλακούντα και φτάνει στο έμβρυο. Υπερβολικές δόσεις (300- 1000mg) καφεΐνης σε ποντίκια είναι τερατογόνος, αλλά τα αποτελέσματα μικρών δόσεων δεν έχουν ακόμη εξακριβωθεί.(Higdon and Frei, 2006). (117)

Τελευταίες μελέτες που έγιναν αφορούσαν την κατανάλωση καφεΐνης και η σχέση της με τη διακοπή της κύησης η μια δημοσιεύτηκε στο American Journal of Obstetrics and Gynecology το 2008 και η οποία αναφέρει ότι αυξημένος κίνδυνος για διακοπή τη κύησης (κατά 25%) υπάρχει όταν η πρόσληψη καφεΐνης ξεπερνά τα 200mg ημερησίως. Ωστόσο, η μέθοδος εκτίμησης της πρόσληψης καφεΐνης βασίστηκε στις δηλώσεις των γυναικών και όχι στην καταγραφή τους, μέθοδος η οποία συνήθως είναι ανακριβής. (118,119)Επιπλέον, τον ίδιο μήνα δημοσιεύτηκε άλλη μία μελέτη στο επιστημονικό περιοδικό Epidemiology η οποία έδειξε ότι η πρόσληψη καφεΐνης δεν συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο διακοπής της κύησης. Στη μελέτη συμμετείχαν 2407 γυναίκες (διπλάσιο δείγμα από την προαναφερθείσα μελέτη), οι οποίες κατέγραφαν την καθημερινή πρόσληψη καφεΐνης πριν την εγκυμοσύνη, τα επίπεδα κατανάλωσης στις τέσσερις εβδομάδες μετά την τελευταία έμμηνο ρήση, και τα επίπεδα πρόσληψης τη στιγμή διεξαγωγής της μελέτης. Η Ευρωπαϊκή Ένωση επιβάλλει την υποχρέωση για αναγραφή προειδοποιητικής επισήμανσης στα ποτά στα οποία η καφεΐνη δεν είναι φυσικό συστατικό, όταν υπερβαίνει τα 150mg/l.

Καταλήγουμε στο ότι η γυναίκα θα πρέπει να προσέχει την κατανάλωση καφεΐνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της. Η εγκυμοσύνη είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο και η συμπεριφορά της γυναίκας δε θα πρέπει να βγαίνει από το φυσιολογικό. Όταν, όμως η συμπεριφορά της γυναίκας πριν την εγκυμοσύνη της ήταν έξω από το φυσιολογικό, η έγκυος θα πρέπει να προσαρμόσει τη συμπεριφορά της και τις διατροφικές της συνήθειες όσο το δυνατό πιο κοντά στο ιδανικό.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΦΕΪΝΗΣ ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Δεδομένου ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν την εγκυμοσύνη, πολλές έρευνες έχουν εστιάσει στο να προσδιορίσουν τους παράγοντες που μπορούν να έχουν επίπτωση στη γονιμότητα, συμπεριλαμβανομένης και της καφεΐνης.

Ο καφές είναι απαραίτητο ρόφημα σήμερα και μπορεί να ξεπεράσει ακόμα και τα 3-4 φλιτζάνια ημερησίως.

Σύμφωνα με έρευνες διαπιστώθηκε ότι η αυξημένη κατανάλωση καφεΐνης (κατανάλωση μεγαλύτερη από 300mg/ημέρα), μπορεί να μειώσει την ικανότητα της γυναίκας για σύλληψη, μέχρι και 27%, σε σύγκριση πάντα με τις γυναίκες που δεν καταναλώνουν καθόλου καφεΐνη.

Η μέτρια κατανάλωση καφεΐνης (1-2 φλιτζ καφέ ημερησίως), μπορεί να μειώσει την πιθανότητα σύλληψης μέχρι και 10%.

Δεν έχει ακόμα διαπιστωθεί ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο η καφεΐνη συνδέεται αρνητικά με την ικανότητα σύλληψης. Πιστεύεται ότι τα διεγερτικά συστατικά του καφέ, επηρεάζουν την ωορρηξία μέσω ορμονικών διαταραχών.

Ακόμη και η μικρή κατανάλωση καφεΐνης, συνδέεται αρνητικά με την ικανότητα σύλληψης της γυναίκας, ενώ αυξάνονται όλο και περισσότερο οι θεωρίες που θέλουν την καφεΐνη ως παράγοντα γονιμότητας του άνδρα, μέσω της ενεργητικότητας που προκαλεί στο σπέρμα. (10,112)

Επίσης από πρόσφατη έρευνα του National Institute of Environmental Health Sciences μιας ομάδας υγιών γυναικών, διαπίστωσε ότι γυναίκες που κατανάλωναν 1-2 φλιτζ καφέ/ ημέρα, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να συλλάβουν κατά την έμμηνο ρύση, σε σχέση με αυτές που κατανάλωναν μικρότερη ποσότητα ή δεν κατανάλωναν καθόλου καφέ. Τα ευρήματα αυτά δεν έχουν επιβεβαιωθεί από άλλες έρευνες.

Συγκεκριμένα ο Nawrot .et al.2003 διαπίστωσε για άλλη μια φορά ότι οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η κατανάλωση καφεΐνης ίση η άνω των 300mg δεν είχε καμία επίπτωση στη γονιμότητα στις ειδάλλως εύφορες- γόνιμες γυναίκες. Αλλά σύμφωνα με την μελέτη των Hakim and Gray 1998 για την επίπτωση που έχει ο συνδυασμός καφεΐνης και οινοπνεύματος στη γονιμότητα κατέδειξε ένα σημαντικό κίνδυνο, αλλά κανένα αρνητικό αποτέλεσμα όταν καταναλωθεί μόνη της η καφεΐνη. Γι αυτό είναι σημαντικό να σημειωθεί προσοχή στο συνδυασμό ενεργειακών ποτών με οινόπνευμα.

Το 2006 η επιδημιολογική μελέτη των Higdon and Frei σημείωσε ότι οι γυναίκες που έχουν δυσκολία σύλληψης- μειωμένη γονιμότητα καλό θα ήταν να περιορίσουν την καφεΐνη κάτω των 300mg ανά ημέρα καθώς και τη χρήση καπνού και οινοπνεύματος. (113)

Περαιτέρω μελέτες των Sata et.al στην Ιαπωνία πρότεινε ότι μόνο οι γυναίκες που έχουν μια ιδιαίτερη γενετική σύνθεση (δηλ. κατέχοντας τα ομόζυγη αλληλόμορφα γονίδια CYP1A21F) διατρέχουν τον κίνδυνο μειωμένης γονιμότητας ακόμα και με μέτρια κατανάλωση καφεΐνης (100-225mg/ημέρα)

ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΦΕΙΝΗ

Οι γνώσεις για την θρεπτική κατάσταση της εγκύου που καταναλώνει μεγάλες ποσότητες καφεΐνης είναι περιορισμένες. Αποτελέσματα ερευνών, αναφέρουν ότι οι γυναίκες που κατανάλωναν περισσότερα από 300mg καφεΐνης ημερησίως κατά την κύηση, εκτός από χαμηλό βάρος γέννησης (σε σχέση με το ύψος τους)είχαν και χαμηλότερη μέση πρόσληψη ενέργειας, πρωτεΐνης, αλλά και μειωμένη απορρόφηση ανόργανων αλάτων και ιχνοστοιχείων όπως το μαγνήσιο, ο ψευδάργυρος ο σίδηρος, το κάλιο, το ασβέστιο, βιταμίνης Α, βιταμίνες συμπλέγματος Β(θειαμίνη, ριβοφλαβίνη), και βιταμίνης C σε σύγκριση με γυναίκες που κατανάλωναν λιγότερο από 300mg καφεΐνης ημερησίως.

Η καφεΐνη έχει διουρητικές ιδιότητες, με αποτέλεσμα να χάνεται ένα σημαντικό ποσοστό νερού και ηλεκτρολυτών, τα οποία είναι απαραίτητα κατά τη διάρκεια της κύησης. Η καφεΐνη, όπως προαναφέραμε εμποδίζει ακόμη την απορρόφηση σημαντικών ιχνοστοιχείων για τον οργανισμό όπως το ασβέστιο του οποίου η απώλεια παρατηρείται στα ούρα, και του σιδήρου, όπου το τσάι μειώνει την απορρόφηση κατά 60% ενώ ο καφές κατά 40%, κυρίως όταν καταναλώνεται μια ώρα πριν ή μετά το γεύμα.

Ο χημικός μηχανισμός με τον οποίο εμποδίζεται η απορρόφηση του σιδήρου είναι ασαφής, ενώ στο τσάι είναι γνωστό ότι οι τανίνες επιδρούν στην απορρόφηση, η βιολογική διαθεσιμότητα του σιδήρου μπορεί να επηρεαστεί μέσω άλλων μηχανισμών όπως η οξείδωση. (121-3)

ΠΙΘΑΝΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΚΑΦΕΪΝΗΣ

Ο καφές μπορεί να έχει προστατευτικές επιδράσεις ενάντια στον διαβήτη τύπου 2, το Parkinson και τις ηπατικές ασθένειες (κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα). Υπάρχουν αυξανόμενα στοιχεία που δείχνουν ότι η κατανάλωση καφέ μπορεί να είναι προστατευτική ενάντια στην ανάπτυξη του διαβήτη τύπου 2. Όπως με πολλούς τομείς έρευνας, ο ακριβής μηχανισμός αυτής της προφανούς προστατευτικής επίδρασης πρέπει να διευκρινιστεί. Φαίνεται ότι ουσίες που βρίσκονται στον καφέ, εκτός από την καφεΐνη, ευθύνονται για την επίδραση αυτή, καθώς τέτοιου είδους επιδράσεις παρατηρούνται και στα καφεϊνούχα και στα ντεκαφεϊνέ προϊόντα.

Υπάρχουν, επίσης, αυξανόμενα πρόσφατα στοιχεία ότι η κατανάλωση καφέ μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση των γνωσιακών λειτουργιών κατά τη γήρανση. Αυτά τα μακροπρόθεσμα οφέλη μπορεί να συνδέονται με την καφεΐνη και τα φλαβονοειδή του καφέ, τα οποία και τα δύο είναι αντιοξειδωτικά, αλλά κάτι τέτοιο θα πρέπει να επιβεβαιωθεί. (125-130)

ΤΡΟΠΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΑΦΕΪΝΗΣ

Συνήθως κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλάζουν οι γευστικές – διατροφικές συνήθειες των γυναικών κάτι το οποίο παρατηρήσαμε και στη δική μας έρευνα με ποσοστό 40-60% ,και κυρίως στο 1^ο τρίμηνο της κύησης, με αποτέλεσμα να νιώθουν απέχθεια για τον καφέ ενώ πριν την εγκυμοσύνη ήταν το αγαπημένο τους ρόφημα.

Αν όμως αυτή η συνήθεια συνεχίσει να αρέσκεται ακολουθούν κάποιο τρόποι περιορισμού:

- ⇒ Η παρασκευή του καφέ ή του τσαγιού να πραγματοποιείται σε περισσότερη ποσότητα νερού.
- ⇒ Η κατανάλωση του καφέ να γίνεται σε φλιτζάνι αντί σε κούπα.
- ⇒ Το σακουλάκι του τσαγιού να παραμένει στο φλιτζάνι με το νερό 1' λεπτό αντί για 5'.
- ⇒ Να αντικαταστήσετε τον πρωινό καφέ με χυμό φρούτων ή γάλα
- ⇒ Διακόψτε το κάπνισμα, ώστε να μην σας δημιουργείτε η επιθυμία του καφέ.
- ⇒ Αντικαθείστε τον καφέ με νερό (παγωμένο, ανθρακούχο ή με λεμόνι), με ρόφημα βοτάνων χωρίς καφεΐνη.

Εάν είστε φανατικός καταναλωτής του καφέ ή των αναψυκτικών, Για να ελαχιστοποιήσετε τα συμπτώματα που περιλαμβάνουν πονοκέφαλους, κούραση και υπνηλία, κάντε το βαθμιαία.

- ⇒ Ελαττώστε την ποσότητα του αγαπημένου σας ποτού κατά μισό φλιτζάνι/ποτήρι κάθε ημέρα.
- ⇒ Μπορείτε επίσης να πίνετε στιγμιαίο αντί για φρέσκο καφέ.
- ⇒ Μπορείτε να πίνετε καφέ ή αναψυκτικά χωρίς καφεΐνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ:

Εφ' όσον υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με την ασφάλεια των τροφίμων και των συστατικών τροφίμων, οι ερευνητές θα συνεχίσουν να ψάχνουν τις απαντήσεις και, πράγματι, υπάρχουν πολλές μελέτες υπό εξέλιξη. Οι οργανώσεις προσφερόντων ιατρικές υπηρεσίες όπως το American College of Obstetricians και Gynecologists and March of Dimes συστήνουν οι έγκυες γυναίκες να περιορίσουν την κατανάλωση της καφεΐνης σε 1 έως 2 φλιτζανιών του καφέ ημερησίως.

Αν αναλογιστούμε ότι πίνοντας ένα πλήρη καφέ κάθε μέρα η εγκυμονούσα μπορεί να γεννήσει ένα παιδί 100-150γρ λιγότερο από το αναμενόμενο και γνωρίζοντας τη σπουδαιότητα του κανονικού βάρους γέννησης θα πρέπει να διακοπεί η πρόσληψη καφεΐνης σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έχοντας λάβει υπόψη όλες αυτές τις έρευνες και τη σημαντικότητα της γέννησης ενός υγιούς παιδιού και τις συστάσεις του A.C of O ο περιορισμός κάθε ουσίας (αλκοόλ, κάπνισμα, καφεΐνη) που περιορίζει έστω και στο ελάχιστο την καλή υγεία του μωρού καλό θα ήταν να αποφεύγονται.(11)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ



ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

ΓΙΑ ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Οι απαιτήσεις τροφίμων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι δραστικά διαφορετικές από μια κανονική και ισορροπημένη διατροφή.

Οι θρεπτικές ανάγκες είναι υψηλότερες, αλλά οι γενικές αρχές της υγιούς διατροφής που περιλαμβάνει ποικιλία, ισορροπία και μέτρο ισχύει και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Δεν υπάρχει κανένα "τέλειο" τρόφιμο που παρέχει όλες τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες και να καλύπτει όλες τις ανάγκες των εγκύων γυναικών.

Οι έγκυες γυναίκες πρέπει να φάνε προσεκτικά επιλεγμένα και ποικίλα τρόφιμα κατά τη διάρκεια της ημέρας, να πάρουν το συνιστώμενο ποσό θερμίδων, των πρωτεϊνών, βιταμινών και ιχνοστοιχείων που απαιτούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, η κατανάλωση πρέπει να είναι ευχάριστη.

Η μητέρα για να έχει μια ομαλή έκβαση της κύησης θα πρέπει να ακολουθεί μια υγιεινή διατροφή.

Αναλυτικότερα:

- Να υπάρχει ποικιλία στη διατροφή της δηλαδή να επιλέγει τρόφιμα από όλες τις ομάδες τροφίμων όπως γαλακτοκομικά, φρούτα, λαχανικά, ψωμί και δημητριακά, κρέας και λίπη (κύρια πηγή λιπαρών να είναι το ελαιόλαδο).
- Να καταναλώνει 4-6 γεύματα καθημερινά από τα οποία, 3 κύρια γεύματα (πρωινό – μεσημεριανό – βραδινό) και 2-3 μικρά ενδιάμεσα γεύματα (δεκατιανό – απογευματινό – προ ύπνου).
- Τα δύο κύρια γεύματα (μεσημεριανό και βραδινό) να περιλαμβάνουν μια καλή πηγή πρωτεΐνης. Τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη και φτωχά σε λίπος
→ ψάρι, μοσχάρι, κοτόπουλο, γαλοπούλα, όσπρια, αυγά.
- Το διαιτολόγιο θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα πλούσιο πρωινό.
- Να καταναλώνει 2-4 μερίδες γαλακτοκομικών προϊόντων για να προσλαμβάνει ασβέστιο 1.100mg ημερησίως και βιτ. D. που είναι απαραίτητα για τη ρύθμιση και λειτουργία του νευρικού και μυϊκού συστήματος καθώς και για τη ρύθμιση της πίεσης και τη λειτουργία των ενζύμων. Η βιτ. D είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου, καθώς και τη διατήρηση γερών και υγιών οστών.
- Κάθε γεύμα θα πρέπει να περιλαμβάνει φρέσκα φρούτα και λαχανικά, τα οποία περιέχουν απαραίτητα συστατικά για τον οργανισμό όπως βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. Επίσης, περιέχουν φυτικές ίνες που βοηθούν στη καλή λειτουργία του εντέρου. Θα πρέπει να καταναλώνει τουλάχιστον 4-6 μερίδες καθημερινά.
- Η βάση του διαιτολογίου θα πρέπει να την αποτελούν τα δημητριακά και τα παράγωγα του σε ποσοστό 50% καθημερινά. Να προτιμούνται οι σύνθετοι υδατάνθρακες γιατί η απορρόφηση τους γίνεται με πιο αργό ρυθμό από τους απλούς κι έτσι βοηθάτε και η ρύθμιση του σακχάρου του αίματος.

- Υψηλή πρόσληψη φυτικών ινών από:
 - δημητριακά και ψωμί ολ.αλέσεως
 - φρέσκα και κατεψυγμένα λαχανικά
 - φρέσκα φρούτα και φυσικούς χυμούς
 - όσπρια
- Μειωμένη κατανάλωση κορεσμένου λίπους :
 - Απομάκρυνση του ορατού λίπους από τα τρόφιμα πχ. πέτσα από κοτόπουλο
 - Αποφυγή τροφών όπως το μπέικον, λουκάνικα, αλλαντικά υψηλά σε λιπαρά, βούτυρο, κρέμες γάλακτος, έτοιμες σάλτσες κ.α.
 - Μείωση στο τηγάνισμα των τροφών και να προτιμάτε το ψήσιμο, το βράσιμο, στον ατμό ή στα κάρβουνα.
 - Κατανάλωση πρωτεϊνικών τροφών χωρίς λίπος όπως κοτόπουλο, ψάρι, γαλοπούλα, μοσχάρι.
 - Να περιορίσει τα σπορέλαια και να αποφύγει όλα τα συσκευασμένα τρόφιμα που περιέχουν υδρογονωμένα ή μερικώς υδρογονωμένα λίπη.
- Αυξημένη κατανάλωση μονοακόρεστων και πολυακόρεστων λιπαρών:
 - Κατανάλωση ελαιολάδου, ψαριών, ξηρών καρπών, ελιές,
 - Οι τροφές αυτές περιέχουν τα απαραίτητα ω-3 και ω-6 λιπαρά οξέα.
- Να αποφύγει τα γλυκά που είναι ένας κακός συνδυασμός ζάχαρης και λίπους (συχνά κορεσμένου) και κατά συνέπεια κακής διατροφικής αξίας και ποιότητας , που επηρεάζει τα επίπεδα γλυκόζης και συμβάλλει στην αύξηση του σωματικού βάρους.
- Να αποφύγει τα αναψυκτικά, τα οποία δεν έχουν καμία διατροφική αξία και προσφέρουν μόνο ‘κενές’ θερμίδες στον οργανισμό.
- Η κατανάλωση ζάχαρης πρέπει να είναι περιορισμένη λόγω του θερμιδικού της περιεχομένου (4 θερμίδες ανά γραμμάριο), αλλά επίσης μπορεί να προκαλέσει μια παθολογική κατάσταση που ονομάζεται "διαβήτης κύησης". και εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 10-20%, και η οποία είτε εμφανίζεται κατά τη κύηση και υποχωρεί μετά, είτε παραμένει. Και στις δύο περιπτώσεις ο διαβήτης κύησης επηρεάζει σημαντικά την έκβαση της εγκυμοσύνης και απαιτεί ειδική διατροφική αγωγή.
- Το 50-60% του ανθρώπινου σώματος αποτελείται από νερό, τα **8-12 ποτήρια νερό** που συνίστανται ημερησίως πολλές φορές δεν είναι αρκετά γι αυτό πρέπει να καλύπτονται και από γάλα ή χυμούς που πρέπει να καταναλώνονται ημερησίως. Σύμφωνα με έρευνες το αίσθημα της δίψας είναι το τελευταίο στάδιο αφυδάτωσης, γι αυτό πρέπει να πίνουμε νερό πριν διψάσουμε.
- Φάρμακα που επιτρέπονται :Τα φάρμακα που μπορεί να επιτραπούν, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, και πάντα με την συνταγογράφηση του ιατρού, ανήκουν συνήθως στην κατηγορία της παρακεταμόλης. Τα γνωστά ελαφρά παυσίπονα που περιέχουν μόνο παρακεταμόλη (Depon, Ponadol κλπ.) είναι σχετικά ασφαλή εάν τα πάρουμε σε μικρές δόσεις, και μόνο κατόπιν των οδηγιών του ιατρού. Δεν θα πρέπει η έγκυος να παίρνει κανένα φάρμακο χωρίς να το δώσει ο γυναικολόγος που την παρακολουθεί. Προτιμότερο είναι στην εγκυμοσύνη να μην λαμβάνεται κανένα φάρμακο παρά μόνο εάν υπάρχει απόλυτη ανάγκη.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας, σε αντίθεση με ό,τι συνέβαινε πριν από μερικά χρόνια, ο αριθμός των γυναικών που ασκούνται κατά τη διάρκεια της κύησης ολοένα και αυξάνει.(131) Με την προϋπόθεση, ότι η κύηση δεν χαρακτηρίζεται ως υψηλού κινδύνου και δεδομένης της απουσίας επιπλοκών κατά τη διάρκειά της, η άσκηση και η έντονη φυσική δραστηριότητα κατά την περίοδο αυτή θεωρούνται τουλάχιστον ωφέλιμες, καθώς και αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής πολλών γυναικών.(132) Η άσκηση όμως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πιθανόν να επηρεάσει αρνητικά τις φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν, τόσο στην έγκυο, όσο και στον κυοφορούμενο οργανισμό. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο επιβάλλεται ο προσεκτικός σχεδιασμός της άσκησης κατά την κύηση. Οι ειδικοί που θα καταρτίσουν το πρόγραμμα, θα πρέπει με γνώμονα το επίπεδο της φυσικής κατάστασης και την προπονητική εμπειρία της συμμετέχουσας γυναίκας να θέτουν ως πρώτιστο σκοπό την εξασφάλιση της υγείας τόσο της μέλλουσας μητέρας όσο και του νέου, αναπτυσσόμενου οργανισμού.(133)

ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η άσκηση κατά τη διάρκεια της κύησης, όταν γίνεται σύμφωνα με τις οδηγίες και τις προϋποθέσεις που προαναφέρθηκαν, είναι ασφαλής και ενδείκνυται για τις περισσότερες έγκυες γυναίκες. Υπάρχουν όμως κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες η άσκηση καλό είναι να αποφεύγεται, αν όχι να απαγορεύεται κατά τη διάρκεια της κύησης. Τέτοιες περιπτώσεις είναι οι ακόλουθες:

A. Απόλυτες αντενδείξεις για την άσκηση κατά τη διάρκεια της κύησης:

μυοκαρδιοπάθειες, ρήξη υμένων, κίνδυνος πρόωρου τοκετού, πολύδυμη κυοφορία, αιμορραγία, ανεπάρκεια τραχήλου, ιστορικό τριών ή περισσότερων αποβολών ή εκτρώσεων, πρόδρομος πλακούντας, φλεβοθρόμβωση ή πρόσφατη πνευμονική εμβολή, επιβράδυνση ενδομήτριας ανάπτυξης, υπερτασική νόσος της εγκυμοσύνης, πρόσφατη πνευμονική εμβολή.(137-140)

B. Σχετικές αντενδείξεις για την άσκηση κατά τη διάρκεια της κύησης:

υπέρταση, αναιμία ή άλλες αιματολογικές διαταραχές, παθήσεις του θυρεοειδούς αδένος, σακχαρώδης διαβήτης, αίσθημα πτερυγισμού της καρδιάς, αρρυθμίες, ισχιακή προβολή του εμβρύου κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, έντονη παχυσαρκία (BMI<=33),(135) εκσεσημασμένη απώλεια σωματικού βάρους, επιβράδυνση της ενδομήτριας ανάπτυξης και τέλος ιστορικό αιμορραγιών κατά την εγκυμοσύνη. Στις περιπτώσεις αυτές η έγκυος ασκούμενη θα πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχή επίβλεψη, οι ειδικοί που θα σχεδιάσουν το πρόγραμμα άσκησης θα πρέπει να βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και τέλος οι παράμετροι της άσκησης (ένταση, διάρκεια, κ.λπ.) θα πρέπει να είναι οι χαμηλότερες των προτεινόμενων.(134,137,141,142)

Πίνακας 3. Συμπτώματα κατά τη διάρκεια της άσκησης που δικαιολογούν την άμεση διακοπή της άσκησης και την ελέμβαση του επιβλέποντα γυναικολόγου.

Η μητροραγία	Η ζάλη
Κάποιο προ-λιποθυμικό ή συγκοπικό επεισόδιο	Οι συσπάσεις της μήτρας ανά 15 λεπτά ή συχνότερα
Η έντονη και ελίμονη ναυτία	Η διαταραχή της όρασης
Οι αιμοδιές σε κάποιο μέρος του σώματος	Η μειωμένη κινητικότητα του εμβρύου
Η αναπνευστική δυσφορία	Η ταχυκαρδία
Το αίσθημα άρρυθμων καρδιακών παλμών	Ο πόνος στην περιοχή της ηβικής σύμφυσης
Η δυσκολία στο περπάτημα	Το γενικό οίδημα

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Πριν γίνει η καταγραφή των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων της άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να τονιστεί ότι η ενασχόληση με κάποια αθλητική δραστηριότητα έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Απλά, όσον αφορά στην άσκηση κατά την εγκυμοσύνη οφείλει να υπάρχει κάποια ειδική ιατρική μέριμνα, ευαισθησία και ευθύνη για την προστασία τόσο της εγκύου όσο και του εμβρύου.

Πιο συγκεκριμένα οι πιθανές αρνητικές επιπτώσεις της άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι οι εξής:

A. Αρνητικές επιπτώσεις που πιθανόν να έχει η άσκηση στην ανάπτυξη του εμβρύου:

- (1) υποξία
- (2) υπερθερμία
- (3) επιζήμιες αλλαγές του καρδιακού ρυθμού και
- (4) προβλήματα που σχετίζονται με την βαρομετρική πίεση, όταν η άσκηση γίνεται σε μεγάλο υψόμετρο ή όταν γίνεται κάτω από το νερό(134,135, 137)

B. Αρνητικές επιπτώσεις που πιθανόν να έχει η άσκηση στην έγκυο γυναίκα:

- (1) οι μυοσκελετικοί τραυματισμοί και η επιβάρυνση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, ειδικά όταν προϋπάρχουν προβλήματα
- (2) το έντονο stress που μπορεί να προκαλέσουν το Jogging και η άσκηση με αντιστάσεις στις αρθρώσεις και
- (3) η αύξηση της ενδομητρικής δράσης (134,135, 137)

Στα πλεονεκτήματα της άσκησης κατά την εγκυμοσύνη συγκαταλέγονται κατά γενική ομολογία τα εξής:

- (1) η βελτίωση της περιφερικής κυκλοφορίας (μείωση των περιφερικών αντιστάσεων) και η μείωση του κινδύνου εμφάνισης και βαρύτητας των ευρυαγγειών και των κιρσών
- (2) η βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας
- (3) η μείωση του πρόσθετου βάρους και της εναπόθεσης λίπους
- (4) η βελτίωση της ψυχολογικής διάθεσης και της πνευματικής διαύγειας
- (5) η αυξημένη αίσθηση αυτοαντίληψης και αυτοεκτίμησης
- (6) η μείωση του άγχους της εγκύου
- (7) ο ευκολότερος και με λιγότερες επιπλοκές τοκετός
- (8) η ευκολότερη και ταχύτερη επάνοδος στην προηγούμενη (της κύησης) σωματική κατάσταση, ειδικά αν η άσκηση συνεχιστεί και μετά τον τοκετό

- (9) ο περιορισμός του εμφανιζόμενου οιδήματος
- (10) η διευκόλυνση της γαστρεντερικής λειτουργίας
- (11) η καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη κυήσεως
- (12) η ενίσχυση της σπονδυλικής στήλης, του σκελετικού και του μυϊκού συστήματος προκειμένου να ανταποκριθούν στις νέες μηχανικές φορτίσεις, συμβάλλοντας στην ορθή στάση του σώματος
- (13) η ελάττωση του φαινομένου των μυϊκών συνολικών στα κάτω άκρα και
- (14) η διατήρηση, αν όχι η βελτίωση, της ευλυγισίας(134-136,137,139,141,143-150)

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΥ 2200 Kcal ΓΙΑ ΕΓΚΥΟ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Κατανομή θρεπτικών συστατικών

- Υδατάνθρακες : $52\% * 2200\text{kcal} = 1144\text{kcal} / 4 \text{ kcal} = \underline{286\text{gr.}}$
- Λιπαρά : $30\% * 2200\text{kcal} = 660\text{kcal} / 9 \text{ kcal} = \underline{73\text{gr.}}$
- Πρωτεΐνες : $18\% * 2200\text{kcal} = 396\text{kcal} / 4 \text{ kcal} = \underline{96\text{gr.}}$

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΡΩΙΝΟ

- 1 φλυτζ. γάλα πλήρες 1 ισοδ. γάλακτος
- ½ φλυτζ. δημητριακά ολ.αλέσεως 1 ισοδ. αμύλου
- 1 φρούτο 1 ισοδ. φρούτου

ΠΡΟΓΕΥΜΑ

- 1 φλυτζ. φυσικό χυμό πορτοκάλι 2 ισοδ. φρούτου
- 1 φρυγανιά ολ.αλέσεως ½ ισοδ. αμύλου

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ

- 150γρ. μοσχαρίσιο φιλέτο ψητό 5 ισοδ. κρέατος
- 2 φλυτζ. λαχανικά βραστά 4 ισοδ. λαχανικών
- 1 μέτρια πατάτα βραστή 1 ισοδ. αμύλου
- 3 κουτ.γλ. ελαιόλαδο 3 ισοδ. λίπους
- 1 φέτα ψωμί (30γρ.) 1 ισοδ. αμύλου
- 1 φρούτο 1 ισοδ. φρούτου

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ

- 1 φλυτζ. γιαούρτι πλήρες 1 ισοδ. γάλακτος
- 1 κουτ.σ. μέλι 1 ισοδ. φρούτου
- 2 ολόκληρα καρύδια 1 ισοδ. λίπους

ΒΡΑΔΙΝΟ

- 2 φλυτζ. μακαρόνια βραστά 4 ισοδ. αμύλου
- 1 κουτ.σ. τυρί (με χαμηλά λιπαρά) 1 ισοδ. κρέατος
- Σαλάτα
- 2 φλυτζ. μαρούλι 2 ισοδ. λαχανικών
- 2.5 κουτ.γλ. ελαιόλαδο 2.5 ισοδ. λίπους
- 1 φρούτο 1 ισοδ. φρούτου

ΠΡΟ ΥΠΝΟΥ

- 1 φρούτο 1 ισοδ. φρούτου

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α'

Μεθοδολογία έρευνας.

A) Είδος της έρευνας.

Η έρευνα που ακολουθεί είναι μια διερευνητική μελέτη, που πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο που στηρίζεται στο «περιγραφικό μοντέλο» έρευνας. Η ερευνητική ομάδα επέλεξε την συλλογή στοιχείων με την χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε από εγκύους δυο πόλεων Πάτρα – Σπάρτη, στοχεύοντας στην διερεύνηση του βαθμού κατανάλωσης αλκοόλ, καπνού και καφεΐνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και των διατροφικών συνηθειών.

B) Σκοπός της έρευνας.

Ο σκοπός της έρευνας είναι η συλλογή στοιχείων για την αναγνώριση της σημερινής πραγματικότητας όσο αφορά το αλκοόλ, το κάπνισμα και την καφεΐνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Επιπλέον σκοπός είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο αλλάζουν οι διατροφικές συνήθειες των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Γ) Στόχοι της έρευνας:

- ➔ Να ερευνηθεί το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ.
- ➔ Να ερευνηθεί το επίπεδο κατανάλωσης καπνού.
- ➔ Να ερευνηθεί το επίπεδο κατανάλωσης καφεΐνης.
- ➔ Ακόμα να ερευνηθούν διατροφικές συνήθειες των εγκύων.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β'

Υλικό – Μέθοδος

A) Σχεδιασμός της έρευνας.

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων με κάποια μεταβλητή.

B) Πληθυσμός – Δείγμα.

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα των φοιτητριών με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή, το οποίο απευθυνόταν σε 200 εγκύους.

Στο σύνολο των ερωτηθέντων (Πάτρα – Σπάρτη, 200 άτομα) είχαν μέσο όρο ηλικίας μεταξύ 31 – 35 ετών και ο μήνας της εγκυμοσύνης είναι ο 5^{ος}. Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων είναι Απόφοιτοι Λυκείου. Όσο αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση οι περισσότερες είναι Ιδιωτικοί Υπάλληλοι.

Στην Πάτρα, ο μέσος όρος της ηλικίας είναι μεταξύ 31 – 35 ετών και ο μήνας της εγκυμοσύνης είναι ο 6^{ος}. Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων είναι Απόφοιτοι Λυκείου και όσο αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση είναι Ιδιωτικός Υπάλληλοι.

Στη Σπάρτη ο μέσος όρος της ηλικίας είναι μεταξύ 36 – 41 ετών και ο μήνας της εγκυμοσύνης 4^{ος}. Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων είναι Απόφοιτοι Γυμνασίου και όσο αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση ο μέσος όρος είναι Ελεύθεροι επαγγελματίες.

Η δειγματοληψία ήταν τυχαία. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 35 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις ήταν διαφόρων τύπων, από αυτές 4 ερωτήσεις αφορούν τα δημοσιονομικά, 19 ερωτήσεις διχοτομικές (Ναι – Όχι) και οι 13 υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ) Τύπος και χρόνος έρευνας.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από 01/04/2007 έως 30/09/2007 στην Πάτρα και στη Σπάρτη.

Δ) Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων.

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα μας ήταν:

→ Οι συμμετέχοντες γυναίκες να διαμένουν στις δυο πόλεις (Πάτρα – Σπάρτη), ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση.

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

→ Δεν υπήρχαν.

Τελικά, χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

Ε) Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον Ηλεκτρονική Υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το Microsoft Excel.

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ'

Περιγραφική κατανομή.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης, αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μετρήσιμες μεταβλητές

δεν παρουσιάζονται με μέση τιμή των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση, την ελάχιστη και την μέγιστη τιμή λόγω μη ύπαρξης τους.

Οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές, τριχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Στατιστική ανάλυση.

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας ως χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή, το οποίο απευθυνόταν σε 200 εγκύους γυναίκες.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από 01/04/2007 έως 30/09/2007 στις πόλεις της Πάτρας και της Σπάρτης.

Η δειγματοληψία ήταν τυχαία.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 6 ενότητες οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Ατομικές πληροφορίες – Δημοσιονομικά.
- Ιατρικό ιστορικό αποτελούμενο από 4 ερωτήσεις, διχοτομικές (Ναι – Όχι) και εναλλακτικών απαντήσεων.
- Διαιτητικό ιστορικό αποτελούμενο από 8 ερωτήσεις, διχοτομικές (Ναι – Όχι) και εναλλακτικών απαντήσεων.
- Κάπνισμα και εγκυμοσύνη αποτελούμενο από 6 ερωτήσεις, διχοτομικές (Ναι – Όχι) και εναλλακτικών απαντήσεων.
- Αλκοόλ και εγκυμοσύνη αποτελούμενο από 4 ερωτήσεις, διχοτομικές (Ναι – Όχι) και εναλλακτικών απαντήσεων.
- Καφεΐνη και εγκυμοσύνη αποτελούμενο από 4 ερωτήσεις, διχοτομικές (Ναι – Όχι) και εναλλακτικών απαντήσεων.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον Ηλεκτρονική Υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το Microsoft Excel.

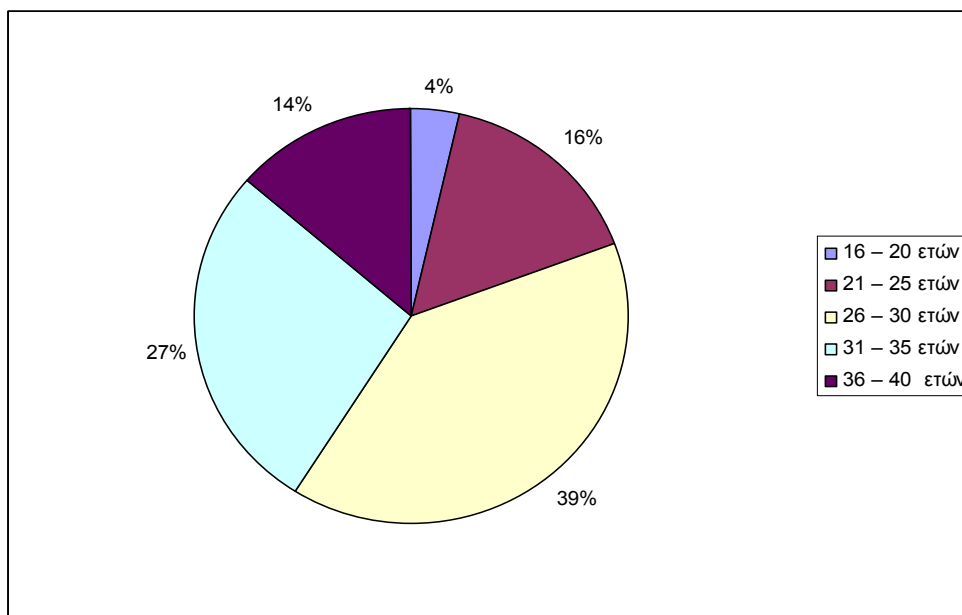
Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης, αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΑ.

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστού %
16 – 20 ετών	5	2	7	5%	2%	4%
21 – 25 ετών	18	14	32	18%	14%	16%
26 – 30 ετών	37	42	79	37%	42%	39%
31 – 35 ετών	28	27	55	28%	27%	27%
36 – 40 ετών	12	15	27	12%	15%	14%

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

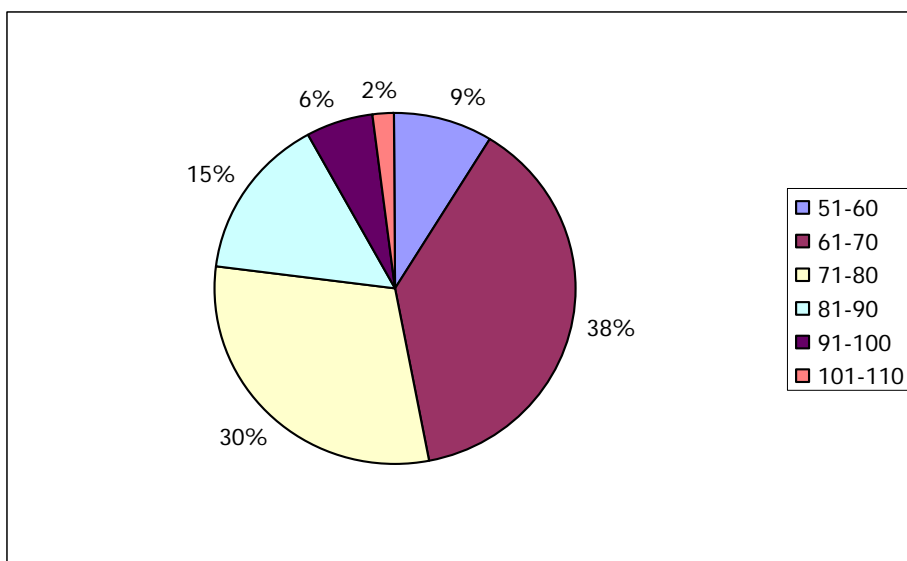


Το 39% των ερωτηθέντων (79 άτομα) έχουν ηλικίες μεταξύ 26 – 30 ετών, το 27% (55 άτομα) μεταξύ 31 – 35 ετών, το 16% (32 άτομα) μεταξύ 21 – 25 ετών, το 14% (27 άτομα) μεταξύ 36 – 45 ετών και το 4% (7 άτομα) μεταξύ 16 – 20 ετών. (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τωρινό βάρος.

ΤΩΡΙΝΟ ΒΑΡΟΣ						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστού %
51 – 60 κιλά	12	44	56	12%	44%	27%
61 – 70 κιλά	33	42	75	33%	42%	37%
71 – 80 κιλά	33	13	46	33%	13%	23%
81 – 90 κιλά	16	1	17	16%	1%	9%
91 – 100 κιλά	3	0	3	3%	0%	2%
101 – 110 κιλά	3	0	3	3%	0%	2%

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τωρινό βάρος.

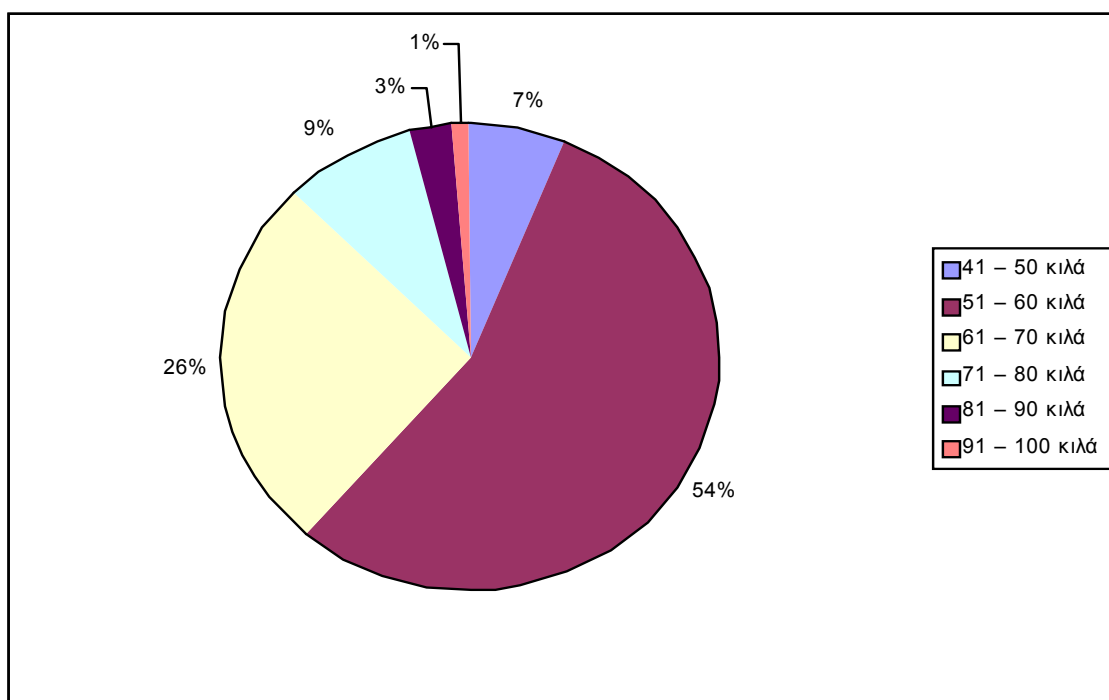


Το 27% (άτομα 56) έχουν 51 – 60 κιλά, το 37% (άτομα 75) έχουν τωρινό βάρος 61 – 70 κιλά, το 23% (άτομα 46) έχουν 71 – 80 κιλά, το 9% (άτομα 17) έχουν 81 – 90 κιλά τωρινό βάρος και από ένα 2% (άτομα 3) έχουν τωρινό βάρος 91 – 100 κιλά και 101 – 110 κιλά. (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το βάρος πριν την εγκυμοσύνη.

ΒΑΡΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστού %
41 – 50 κιλά	9	4	13	9%	4%	7%
51 – 60 κιλά	38	71	109	38%	71%	54%
61 – 70 κιλά	30	23	53	30%	23%	26%
71 – 80 κιλά	15	2	17	15%5	2%	9%
81 – 90 κιλά	6	0	6	6%	0%	3%
91 – 100 κιλά	2	0	2	2%	0%	1%

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το βάρος πριν την εγκυμοσύνη.

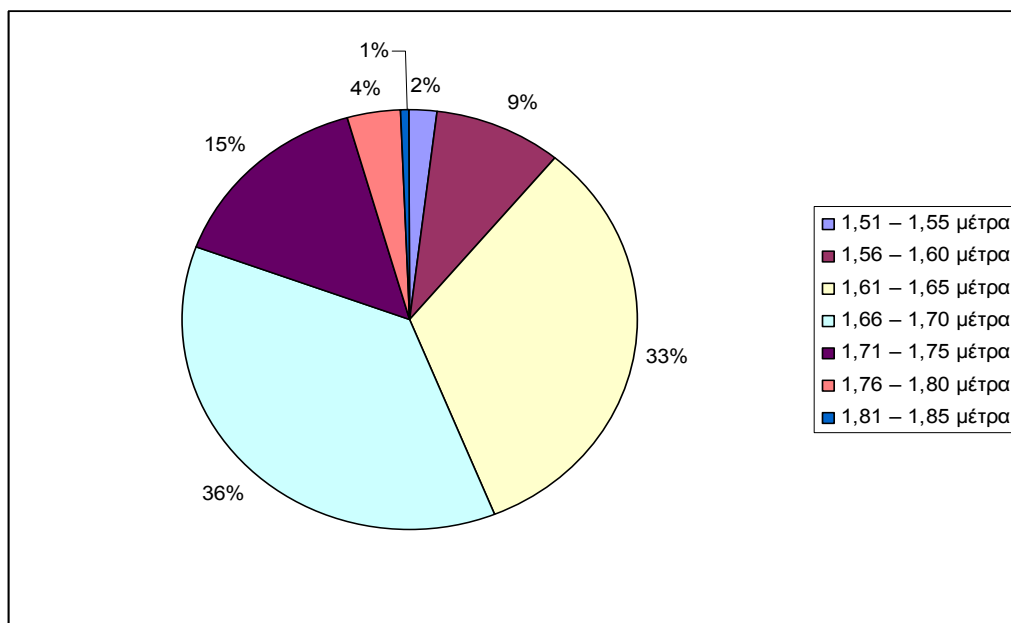


Σε αυτή την ερώτηση παρατηρούμε ότι το 54% (άτομα 109) είχαν βάρος πριν την εγκυμοσύνη 51 – 60 κιλά, το 26% (άτομα 53) είχαν βάρος 61 – 70 κιλά, το 9% (άτομα 17) είχαν 71 – 80 κιλά, το 7% (άτομα 13) είχαν 41 – 50 κιλά, το 3% (άτομα 6) είχαν 81 – 90 κιλά και το 1% (άτομα 2) είχαν βάρος πριν την εγκυμοσύνη 91 – 100 κιλά. (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ύψος.

ΥΨΟΣ						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό ύ %
1,51 – 1,55 μέτρα	4	0	4	4%	0%	2%
1,56 – 1,60 μέτρα	17	1	18	17%	1%	9%
1,61 – 1,65 μέτρα	44	22	66	44%	22%	33%
1,66 – 1,70 μέτρα	23	50	73	23%	50%	36%
1,71 – 1,75 μέτρα	5	25	30	5%	25%	15%
1,76 – 1,80 μέτρα	6	2	8	6%	2%	4%
1,81 – 1,85 μέτρα	1	0	1	1%	0%	1%

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ύψος.

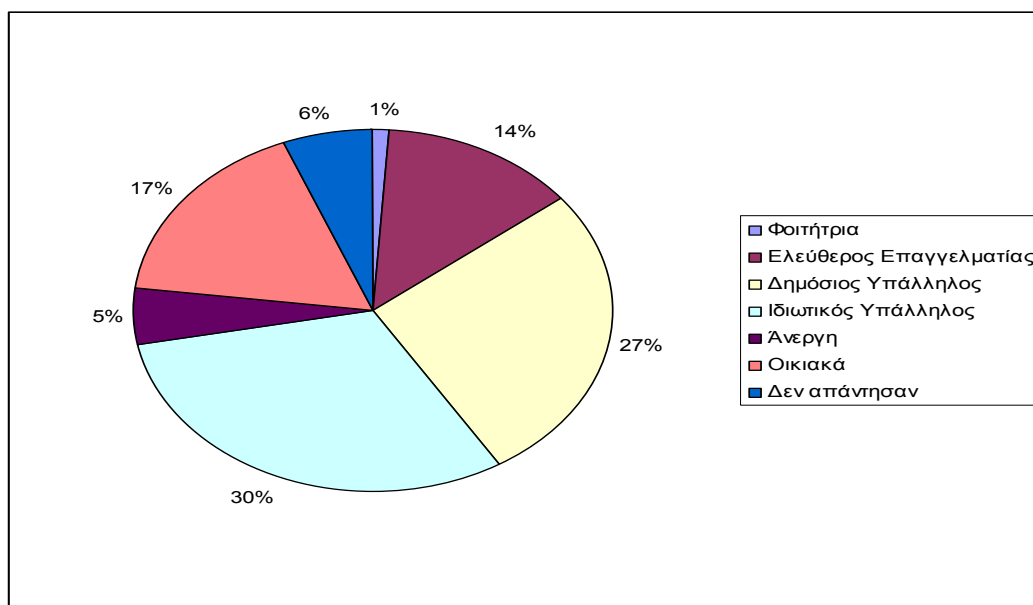


Στον Πίνακα 4 και στο Σχήμα 4 παρατηρούμε το ύψος των γυναικών. Το 36% (άτομα 73) έχουν ύψος 1,66 – 1,70, το 33% (άτομα 66) έχουν 1,61 – 1,65 ύψος, το 15% (άτομα 30) έχουν 1,71 – 1,75 ύψος, το 9% (άτομα 18) έχουν 1,56 – 1,60 ύψος, το 4% (άτομα 8) έχουν 1,76 – 1,80 ύψος, το 2% (άτομα 4) έχουν 1,51 – 1,55 ύψος και το 1% (άτομα 1) έχουν 1,81 – 1,85 ύψος.

Πίνακας 5: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την επαγγελματική απασχόληση.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστού %
Φοιτήτρια	1	1	2	1%	1%	1%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	13	14	27	13%	14%	14%
Δημόσιος Υπάλληλος	19	34	53	19%	34%	27%
Ιδιωτικός Υπάλληλος	24	38	62	24%	38%	30%
Άνεργη	7	3	10	7%	3%	5%
Οικιακά	33	1	34	33%	1%	17%
Δεν απάντησαν	3	9	12	3%	9%	6%

Σχήμα 5: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την επαγγελματική απασχόληση.

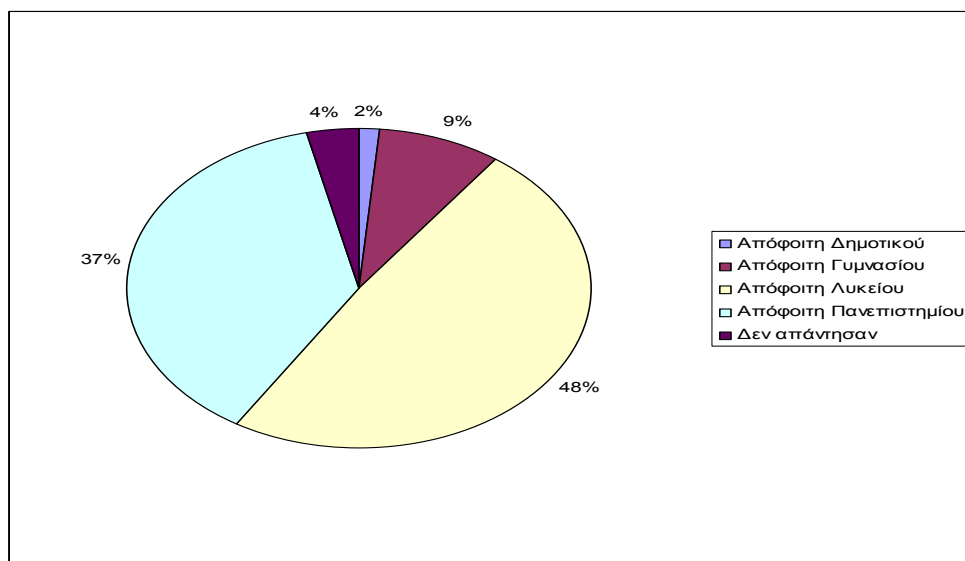


Το 30% των ερωτηθέντων είναι Ιδιωτικοί Υπάλληλοι (62 άτομα), το 27% (53 άτομα) είναι Δημόσιοι Υπάλληλοι, το 17% (34 άτομα) οικιακά, το 14% (27 άτομα) είναι Ελεύθεροι Επαγγελματίες, το 6% (3 άτομα) δεν απάντησαν στην ερώτηση, το 5% (2 άτομα) είναι άνεργοι και το 1% (1 άτομα) είναι Φοιτήτριες. (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 6: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το Μορφωτικό Επίπεδο.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Απόφοιτη Δημοτικού	3	0	3	3%	0%	2%
Απόφοιτη Γυμνασίου	13	4	17	13%	4%	9%
Απόφοιτη Λυκείου	37	61	98	37%	61%	48%
Απόφοιτη Πανεπιστημίου / ΤΕΙ	41	34	75	41%	34%	37%
Δεν απάντησαν	6	1	7	6%	1%	4%

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το Μορφωτικό Επίπεδο.

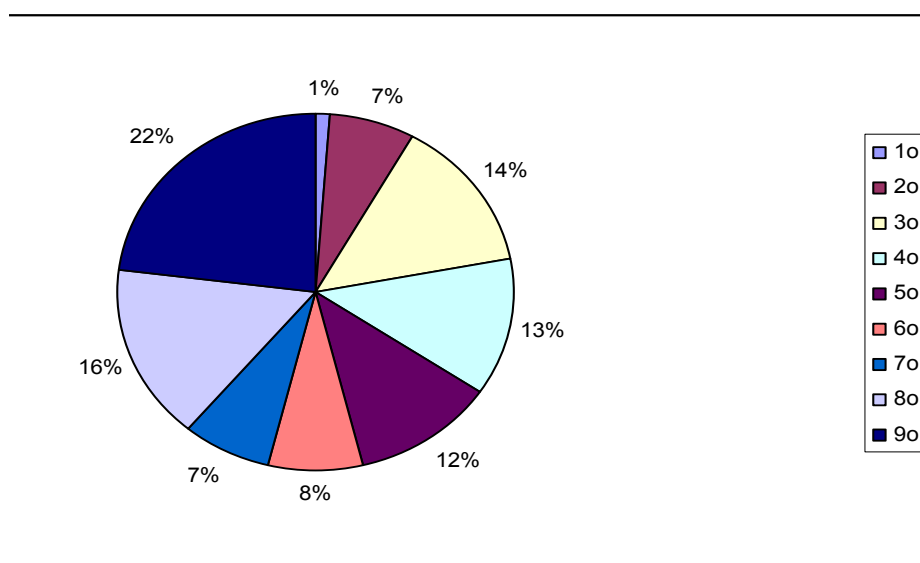


Από τους ερωτηθέντες 16 άτομα (ποσοστό 39%) είναι Απόφοιτοι Μέσης Εκπαίδευσης, 10 άτομα (ποσοστό 25%) είναι Απόφοιτοι Δημοτικού, 9 άτομα (ποσοστό 23%) είναι Απόφοιτοι Ανωτέρας Εκπαίδευσης, 5 άτομα (ποσοστό 13%) είναι Απόφοιτοι Ανωτάτης Εκπαίδευσης και κανένα άτομο δεν έχει Μεταπτυχιακές Σπουδές. (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον μήνα της εγκυμοσύνης στον οποίο βρίσκονται.

ΣΕ ΠΟΙΟ ΜΗΝΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
1 ^ο	0	2	2	0%	2%	1%
2 ^ο	0	14	14	0%	14%	7%
3 ^ο	3	25	28	3%	25%	14%
4 ^ο	8	17	25	8%	17%	13%
5 ^ο	14	9	23	14%	9%	12%
6 ^ο	9	7	16	9%	7%	8%
7 ^ο	9	5	14	9%	5%	7%
8 ^ο	22	10	32	22%	10%	16%
9 ^ο	35	11	46	35%	11%	22%

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον μήνα της εγκυμοσύνης στον οποίο βρίσκονται.

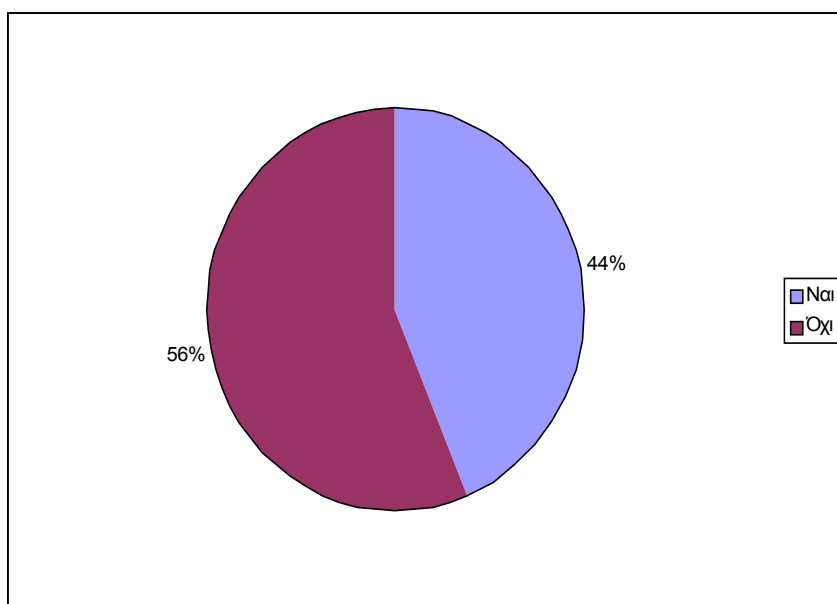


Στην ερώτηση σε ποιο μήνα της εγκυμοσύνης βρίσκετε το 22% - άτομα 46 απάντησαν στον 9^ο μήνα, το 16% - άτομα 32 βρίσκονται στον 8^ο μήνα, το 16% - άτομα 32 στον 7^ο μήνα, το 14% - άτομα 28 στον 3^ο μήνα, το 13% - άτομα 25 στον 4^ο μήνα, το 12% - άτομα 23 στον 5^ο μήνα, το 8% - άτομα 16 στον 6^ο μήνα, το 7% - άτομα 14 στον 7^ο μήνα, το 7% - άτομα 14 στον 2^ο μήνα και το 2% - άτομα 2 στον 1^ο μήνα της εγκυμοσύνης.

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχει προηγηθεί άλλη εγκυμοσύνη.

ΕΧΕΙ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	49	38	87	49%	38%	44%
Όχι	51	62	113	51%	62%	56%
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΕΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200			
0	51	62	113			
1	32	23	55			
2	11	14	25			
3	5	1	6			
4	1	0	1			

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχει προηγηθεί άλλη εγκυμοσύνη.



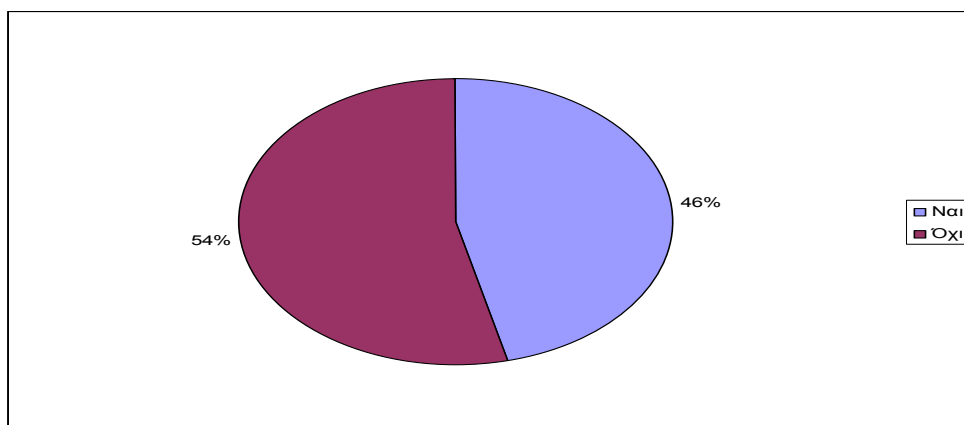
Στην ερώτηση αν έχει προηγηθεί άλλη εγκυμοσύνη παρατηρούμε ότι το 56% (άτομα 113) απάντησαν ότι δεν έχει προηγηθεί άλλη εγκυμοσύνη και το 44% (άτομα 87) ότι έχει προηγηθεί και άλλη εγκυμοσύνη.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν υπήρχε κάποιο πρόβλημα με την εγκυμοσύνη.

ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΑΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	18	56	92	18%	56%	46%
Όχι	64	44	108	64%	44%	54%
ΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200			
Κανένα πρόβλημα	64	44	108			
Ναυτία	5	46	51			
Εκλαμψία	1	1	2			
Σακχαρώδης Διαβήτης	5	1	6			
Κάτι άλλο:	7	8	15			
Αναιμία	1	0	1			
Αποκόλληση	1	5	6			
Κολικός	1	0	1			
Κόπωση, Δύσπνοια, Παλινδρόμηση	1	0	1			
Συσπάσεις	1	2	3			
Ρήξη	1	0	1			
Χολολιθίαση	1	1	2			

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν υπήρχε κάποιο πρόβλημα με την εγκυμοσύνη.

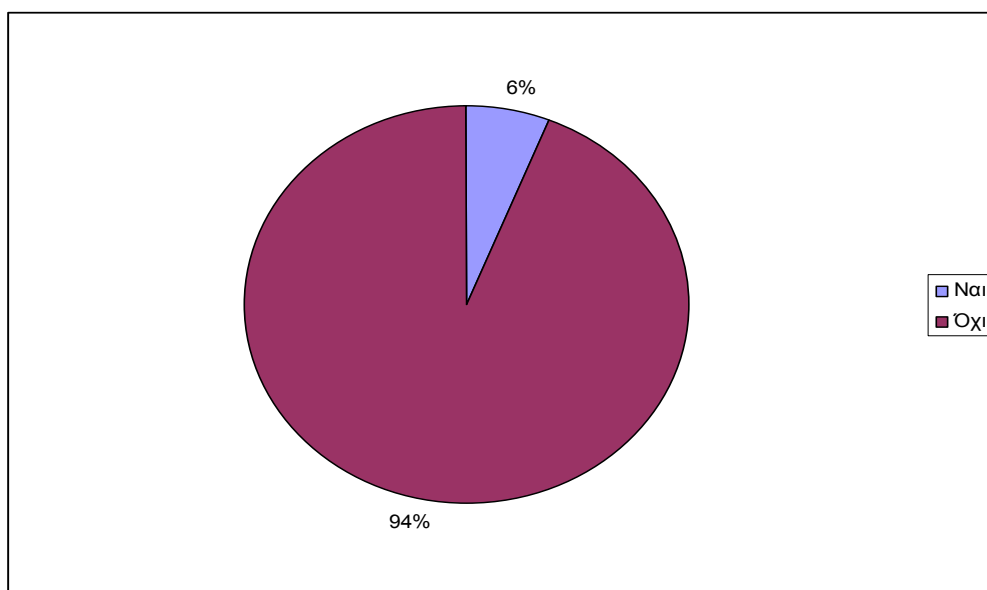


Το 54% (άτομα 108) απάντησαν στην ερώτηση αν έχετε κάποιο πρόβλημα με την εγκυμοσύνη σας όχι ενώ το 46% (άτομα 92) απάντησαν ναι.

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν υπήρχε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας.

ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΛΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	9	3	12	9%	3%	6%
Όχι	91	97	188	91%	97%	94%
ΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200			
Κανένα πρόβλημα	91	97	188			
Αλλεργία, αυχενικό	1	0	1			
Επιληψία	1	0	1			
Ηπατίτιδα	2	0	2			
Θυρεοειδής	2	2	4			
Στίγμα μεσογειακής αναιμίας, οσφυαλγία	1	0	1			
Πυκνότητα αίματος, επιληψία	1	0	1			
Υπερχοληστ εριναιμία	1	0	1			
Χολολιθίαση	0	1	1			

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν υπήρχε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας

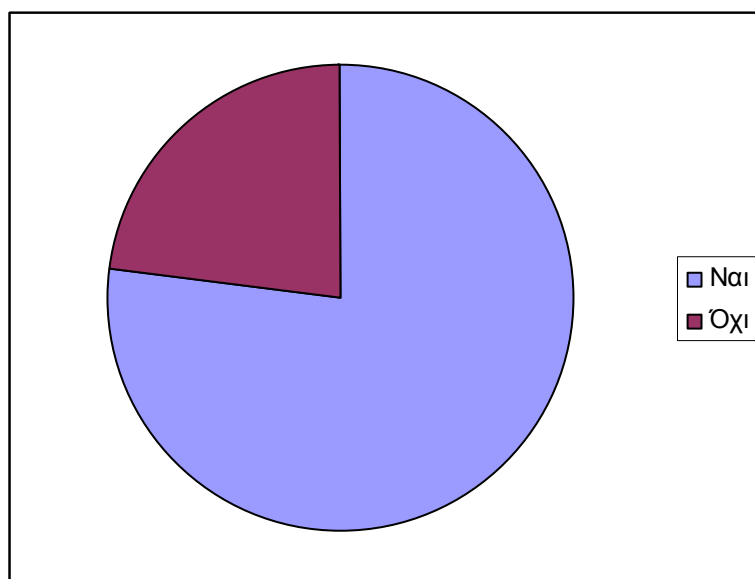


Στην ερώτηση αν έχετε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας όχι απάντησε το 94% (άτομα 188) και το 6% (άτομα 12) απάντησαν ναι.

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς αν έπαιρναν κάποιο συμπλήρωμα διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΑΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	87	66	153	87%	66%	77%
Όχι	13	34	47	13%	34%	23%
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200			
Σίδηρος	87	65	152			
Ασβέστιο	79	63	142			
Φολλικό οξύ	21	18	39			
Κάποιο άλλο:	9	12	21			
Βιταμίνες	1	3	4			
Μαγνήσιο	7	9	16			
Τροφοκάλ	1	0	1			
ΜΕ ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΙΑΤΡΟΥ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200			
Ναι	60	55	115			
Όχι	27	11	38			

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς αν έπαιρναν κάποιο συμπλήρωμα διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

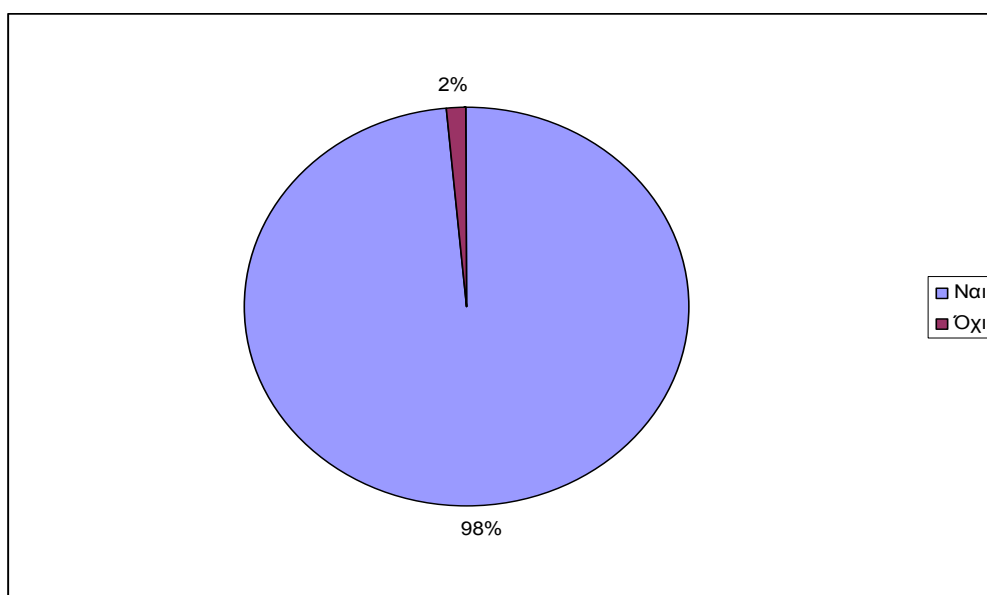


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 77% (άτομα 153) απάντησε θετικά στην παρακάτω ερώτηση, αντίθετα αρνητικά απάντησε μόλις το 23% (άτομα 47).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το έχουν κάνει αιματολογικές εξετάσεις.

ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό ύ %
Ναι	98	99	197	98%	99%	98%
Όχι	2	1	3	2%	1%	2%
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=197			
Τελευταίο μήνα	7	29	36			
Τελευταίο τρίμηνο	84	62	146			
Τελευταίο εξάμηνο	7	7	14			

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το έχουν κάνει αιματολογικές εξετάσεις.



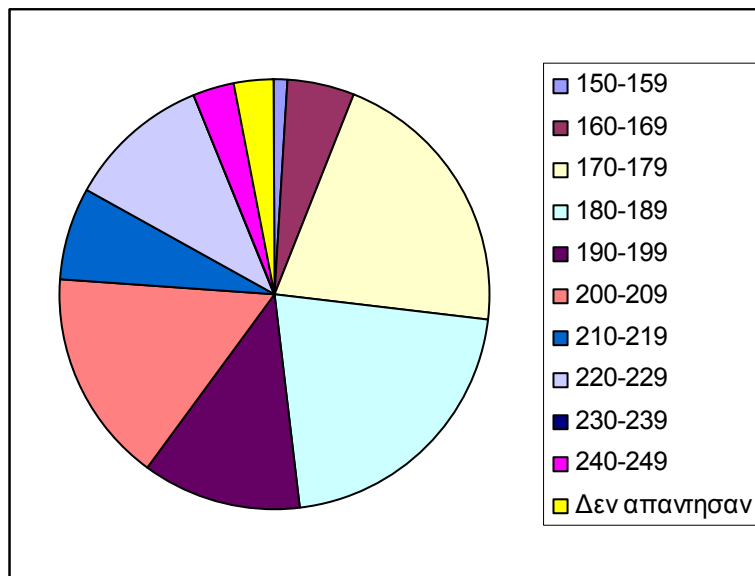
Τα 197 άτομα – ποσοστό 98% ήταν θετική στην απάντηση αν έχετε κάνει αιματολογικές εξετάσεις, ενώ τα 3 άτομα – ποσοστό 2% απάντησαν όχι.

Στον επόμενο πίνακα αναλύονται οι τιμές της χοληστερόλης.

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις τιμές χοληστερόλης..

ΤΙΜΕΣ						
Σε mg/dL	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
150 – 159	0	1	1	0%	1%	1%
160 – 169	6	4	10	6%	4%	5%
170 – 179	18	25	43	18%	25%	21%
180 – 189	23	19	42	23%	19%	21%
190 – 199	16	7	23	16%	7%	12%
200 – 209	9	22	31	9%	22%	16%
210 – 219	11	4	15	11%	4%	7%
220 – 229	8	14	22	8%	14%	11%
230 - 239	0	1	1	0	1%	0%
240 – 249	5	1	6	5%	1%	3%
Δεν απάντησα ν	4	2	6	4%	2%	3%

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις τιμές χοληστερόλης.

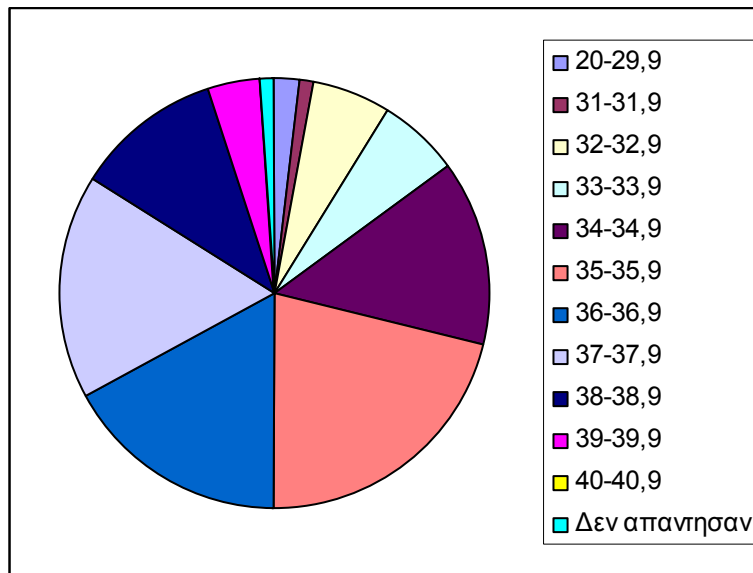


Στον επόμενο πίνακα αναλύονται οι τιμές του αιματοκρίτη.

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις τιμές αιματοκρίτη.

ΤΙΜΕΣ						
Σε %	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
20 – 29,9	2	1	3	2%	1%	2%
31 – 31,9	1	1	2	1%	1%	1%
32 – 32,9	7	4	11	7%	4%	6%
33 – 33,9	5	7	12	5%	7%	6%
34 – 34,9	13	15	28	13%	15%	14%
35 – 35,9	20	22	42	20%	22%	21%
36 – 36,9	16	17	33	16%	17%	17%
37 – 37,9	16	19	35	16%	19%	17%
38 – 38,9	14	8	22	14%	8%	11%
39 – 39,9	3	5	8	3%	5%	4%
40 – 40,9	1	0	1	1%	0%	0%
Δεν απάντησαν	2	1	3	2%	1%	1%

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις τιμές αιματοκρίτη

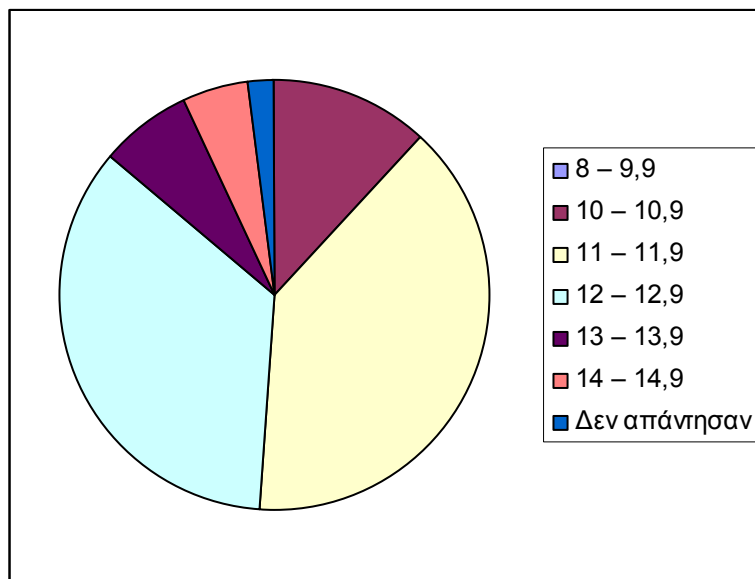


Στον επόμενο πίνακα αναλύονται οι τιμές της αιμοσφαιρίνης

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις τιμές αιμοσφαιρίνης

ΤΙΜΕΣ						
Σε g/dL	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
8 – 9,9	1	0	1	1%	0%	0%
10 – 10,9	14	10	17	14%	10%	12%
11 – 11,9	41	36	43	41%	36%	39%
12 – 12,9	30	40	71	30%	40%	35%
13 – 13,9	9	5	44	9%	5%	7%
14 – 14,9	3	8	16	3%	8%	5%
Δεν απάντησαν	2	1	8	2%	1%	2%

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις τιμές αιμοσφαιρίνης.

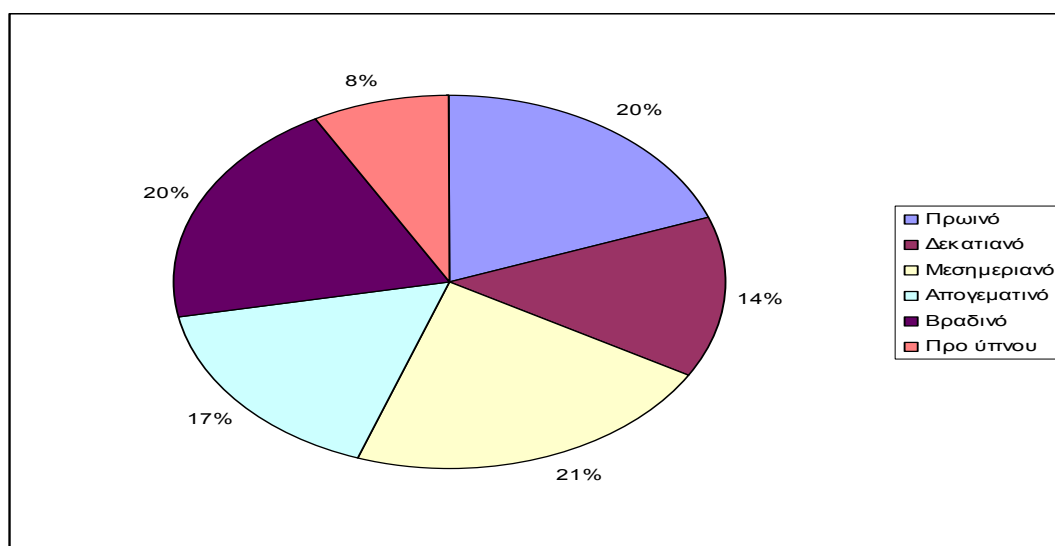


ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια γεύματα τρώνε καθημερινά.

ΠΟΙΑ ΓΕΥΜΑΤΑ ΤΡΩΤΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Πρωινό	82	90	172	82%	90%	20%
Δεκατιανό	42	79	121	42%	79%	14%
Μεσημεριανό	98	96	194	98%	96%	21%
Απογευματινό	66	80	146	66%	80%	17%
Βραδινό	83	92	175	83%	92%	20%
Προ ύπνου	15	56	71	15%	56%	8%

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια γεύματα τρώνε καθημερινά.

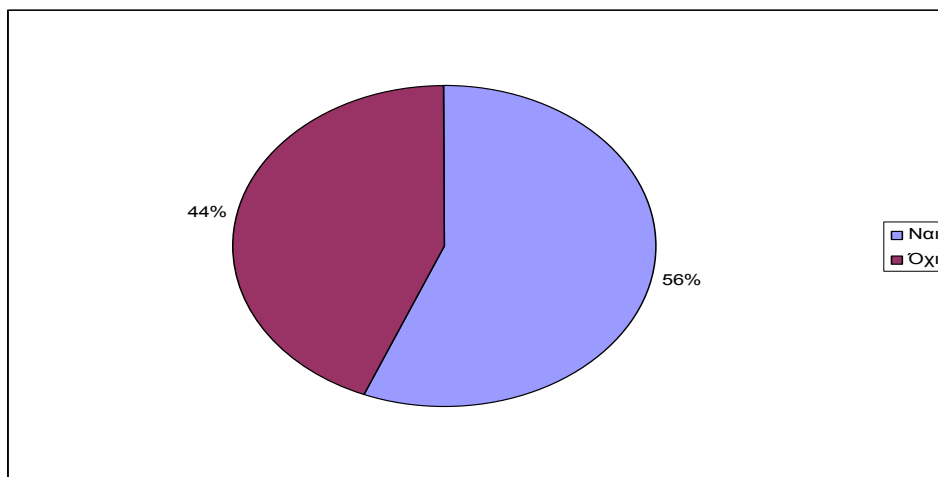


Το γεύμα που προτιμά το 21% - άτομα 194 είναι το μεσημεριανό, το 20% - άτομα 175 προτιμούν το βραδινό, το 20% - άτομα 172 το πρωινό, το 17% - άτομα 146 το απογευματινό, το 14% - άτομα 121 το δεκατιανό και τέλος το μόλις 8% - άτομα 71 προτιμούν το προ ύπνου.

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν αλλάξει οι διατροφικές τους συνήθειες λόγω της εγκυμοσύνης.

ΕΧΟΥΝ ΑΛΛΑΞΕΙ ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	40	72	112	40%	72%	56%
Όχι	60	28	88	60%	28%	44%
ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ, ΤΩΡΑ ΠΡΩΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ;						
	Πάτρα	Σπάρτη				
Γαλακτοκομικά	26	74				
Φρούτα	37	67				
Τηγανιτά	6	2				
Κρέατα	14	60				
Λαχανικά	24	59				
Βραστά	9	51				

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν αλλάξει οι διατροφικές τους συνήθειες λόγω της εγκυμοσύνης.

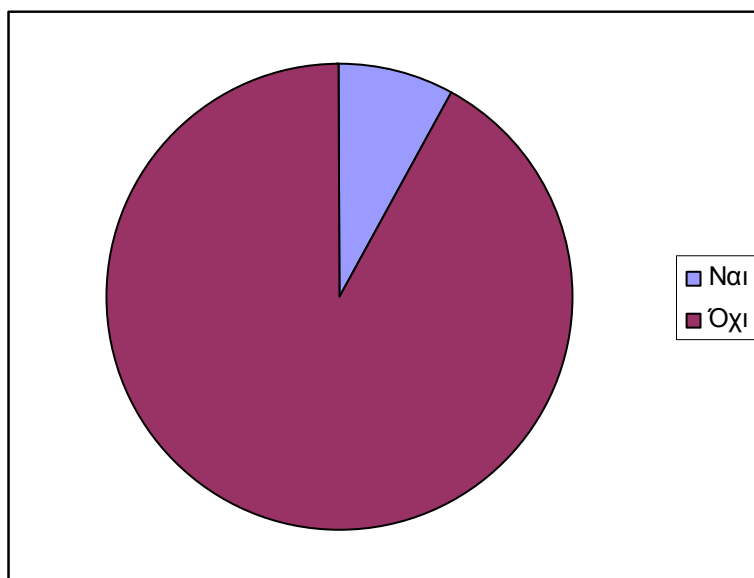


Έχοντας αλλάξει συνήθειες λόγω εγκυμοσύνης είναι το 56% - άτομα 112 επομένως το 44% - άτομα 88 που απομένει απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν συμβουλευτεί κάποιο διαιτολόγο ή γιατρό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟ Η ΓΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	9	6	15	9%	6%	8%
Όχι	91	94	185	91%	94%	92%

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν συμβουλευτεί κάποιο διαιτολόγο ή γιατρό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

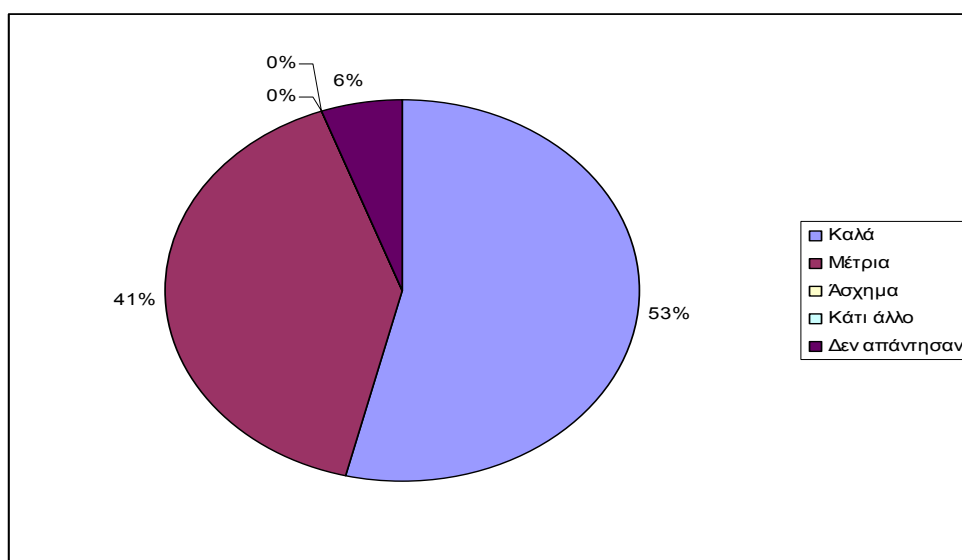


Γυναίκες που δεν έχουν συμβουλευτεί κάποιο διαιτολόγο ή γιατρό για τη διατροφή τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι το 92% - άτομα 185. Στην αντίστοιχη ερώτηση απάντησαν θετικά με ποσοστό 8% - άτομα 15.

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πώς θα περιγράφατε τα αισθήματα σας σε σχέση με το φαγητό αυτή τη περίοδο.

ΠΩΣ ΘΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΑΤΕ ΤΑ ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Καλά	68	40	108	68%	40%	53%
Μέτρια	25	56	81	25%	56%	41%
Άσχημα	0	0	0	0%	0%	0%
Κάτι άλλο	0	0	0	0%	0%	0%
Δεν απάντησαν	7	4	11	7%	4%	6%

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πώς θα περιγράφατε τα αισθήματα σας σε σχέση με το φαγητό αυτή τη περίοδο.

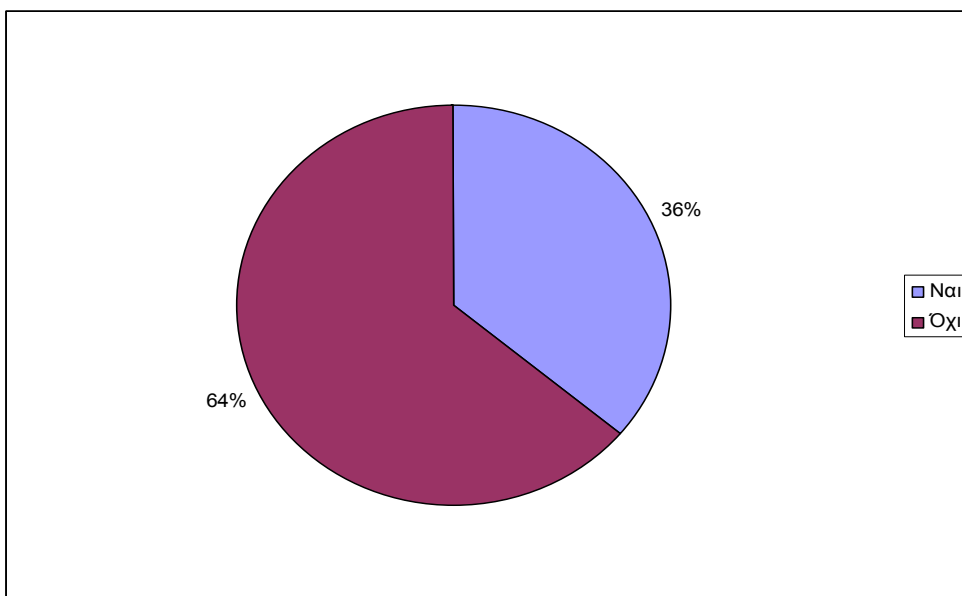


Λίγο πάνω από το ήμισυ των ερωτηθέντων ποσοστό 53% - άτομα 108 απάντησαν στην ερώτηση πώς θα περιέγραφαν τα αισθήματα τους σε σχέση με το φαγητό αυτή τη περίοδο η απάντηση που δόθηκε ήταν καλά. Με μικρή διαφορά το 41% - άτομα 81 έδωσαν την απάντηση μέτρια. Δεν απάντησε το 6% - άτομα 11 στην ερώτηση. Άσχημα και κάτι άλλο δεν επιλέχθηκε από καμία γυναίκα.

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν η όρεξη σας έχει αυξηθεί λόγω της εγκυμοσύνης.

Η ΟΡΕΞΗ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΘΕΙ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	53	83	72	53%	83%	36%
Όχι	47	17	128	47%	17%	64%

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν η όρεξη σας έχει αυξηθεί λόγω της εγκυμοσύνης.

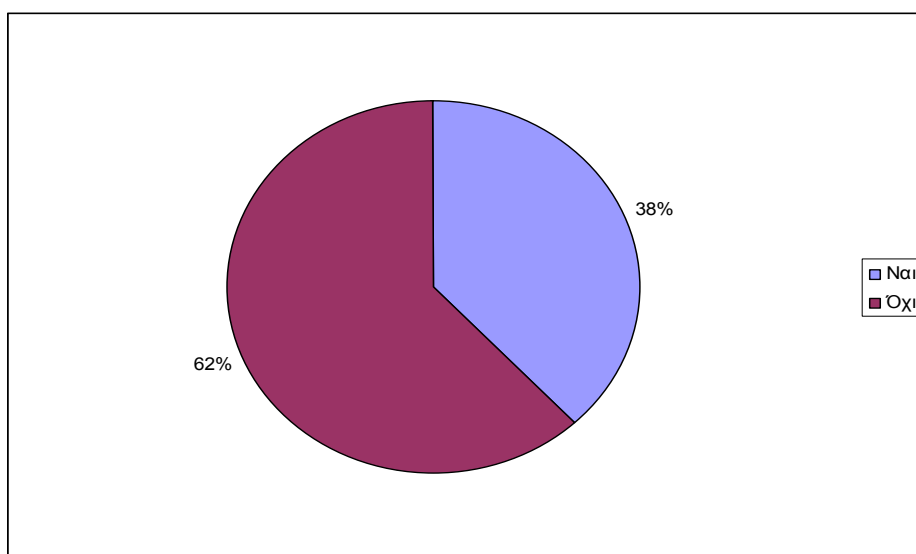


Στην ερώτηση αυτή παρατηρούμε ότι τα 128 άτομα – ποσοστό 64% δεν έχει αυξηθεί η όρεξη τους λόγω της εγκυμοσύνης, αντιθέτως τα 72 άτομα – ποσοστό 36% απάντησε ότι έχει αυξηθεί.

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν σας ανησυχεί ή σας αγχώνει η αύξηση βάρους λόγω εγκυμοσύνης.

ΣΑΣ ΑΝΗΣΥΧΕΙ Η ΣΑΣ ΑΓΧΩΝΕΙ Η ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	41	35	76	41%	35%	38%
Όχι	59	65	124	59%	65%	62%
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΩΣ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=76			
Τρώω λιγότερο	10	10	20			
Τρώω με λιγότερα λιπαρά	21	19	40			
Τσιμπολόγώ από άγχος	4	6	10			
Κάτι άλλο	6	0	6			

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν σας ανησυχεί ή σας αγχώνει η αύξηση βάρους λόγω εγκυμοσύνης.

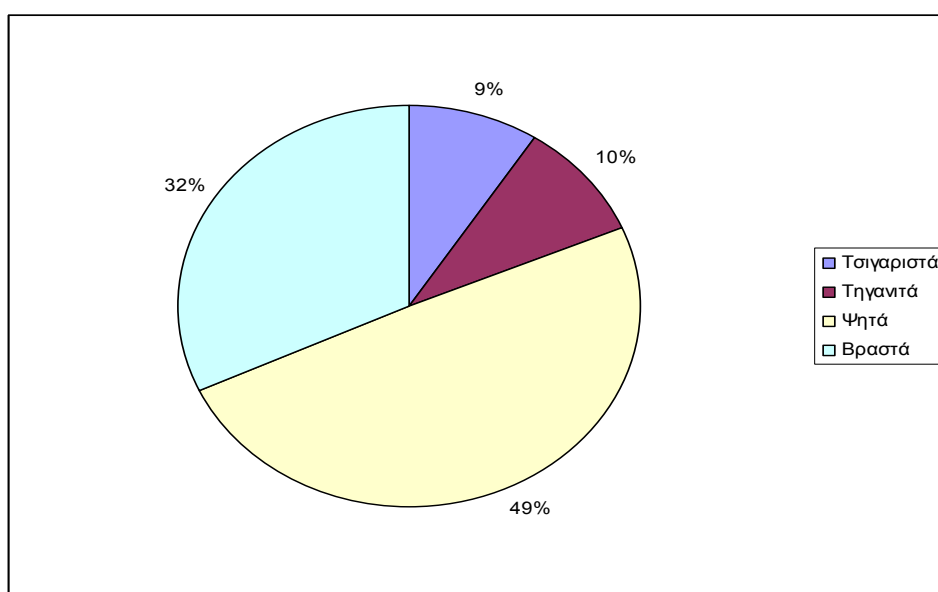


Στην ερώτηση αν σας ανησυχεί ή σας αγχώνει η αύξηση βάρους λόγω εγκυμοσύνης τα 124 άτομα – ποσοστό 62% έδωσαν αρνητική απάντηση, ενώ τα 76 άτομα – ποσοστό 38% έδωσαν θετική απάντηση.

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι φαγητά προτιμάτε κυρίως.

ΚΥΡΙΩΣ ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΦΑΓΗΤΑ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Τσιγαριστά	14	18	32	14%	18%	9%
Τηγανιτά	30	4	34	30%	4%	10%
Ψητά	82	93	175	82%	93%	49%
Βραστά	36	77	113	36%	77%	32%

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι φαγητά προτιμάτε κυρίως.



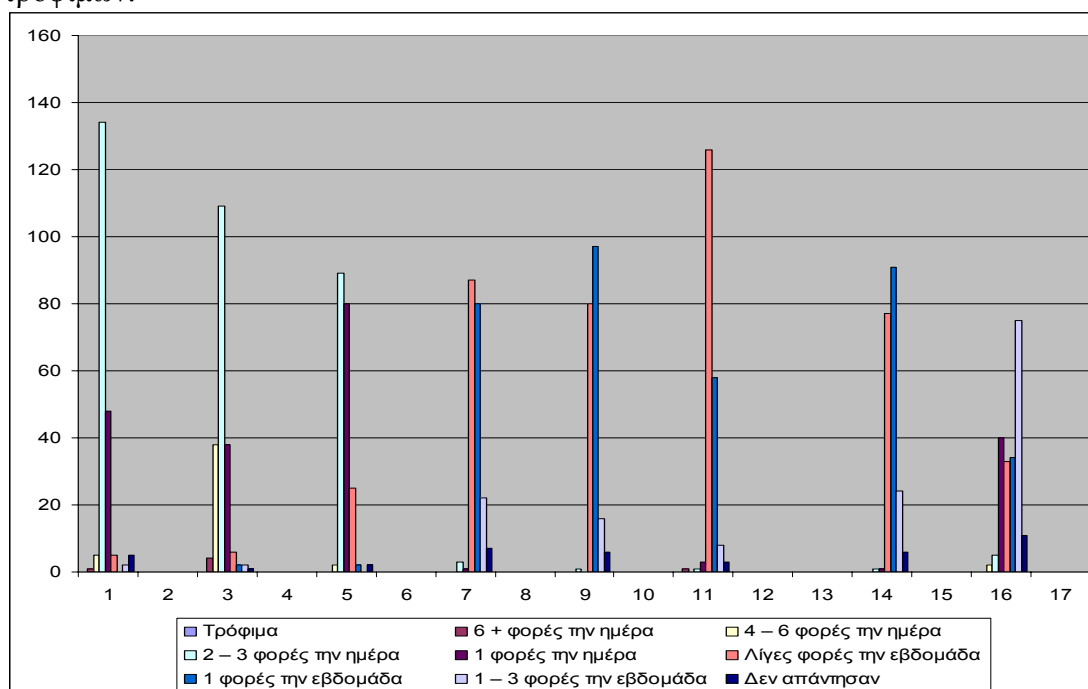
Ζητήθηκε από τις ερωτηθέντες να απαντήσουν στην ερώτηση ποια φαγητά προτιμούν κυρίως, το ποσοστό 49% - 175 άτομα προτιμούν τα ψητά, το ποσοστό 32% - 113 άτομα προτιμούν τα βραστά, το ποσοστό 10% - 34 άτομα προτιμούν τα τηγανιτά και τέλος το ποσοστό 9% - 32 άτομα προτιμούν τα τσιγαριστά.

Στον επόμενο πίνακα αναλύετε το σύντομο ημερολόγιο συχνότητας τροφίμων.

Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ημερολόγιο συχνότητας τροφίμων.

ΣΥΝΤΟΜΟ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ.								
Κατά μέσο όρο κατανάλωση.								
<i>Τρόφιμα</i>	<i>6 + φορές την ημέρα</i>	<i>4 - 6 φορές την ημέρα</i>	<i>2 - 3 φορές την ημέρα</i>	<i>1 φορές την ημέρα</i>	<i>Λίγες φορές την εβδομάδα</i>	<i>1 φορές την εβδομάδα</i>	<i>1 - 3 φορές τον μήνα</i>	<i>Δεν απάντησαν</i>
Γαλακτοκομικά	1 1%	5 3%	134 66%	48 23%	5 3%	0 0%	2 1%	5 3%
Φρούτα	4 2%	38 19%	109 54%	38 19%	6 3%	2 1%	2 1%	1 2%
Λαχανικά	0 0%	2 1%	89 44%	80 40%	25 13%	2 1%	0 0%	2 1%
Όσπρια	0 0%	0 0%	3 2%	1 1%	87 43%	80 39%	22 11%	7 4%
Ψάρι	0 0%	0 0%	1 1%	0 0%	80 40%	97 48%	16 8%	6 3%
Κόκκινο κρέας	0 0%	0 0%	1 1%	3 2%	126 62%	58 28%	8 4%	3 2%
Άσπρο κρέας	0 0%	0 0%	1 1%	1 1%	77 38%	91 45%	24 12%	6 3%
Γλυκά	0 0%	2 1%	5 3%	40 19%	33 17%	34 17%	75 37%	11 6%

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ημερολόγιο συχνότητας τροφίμων.

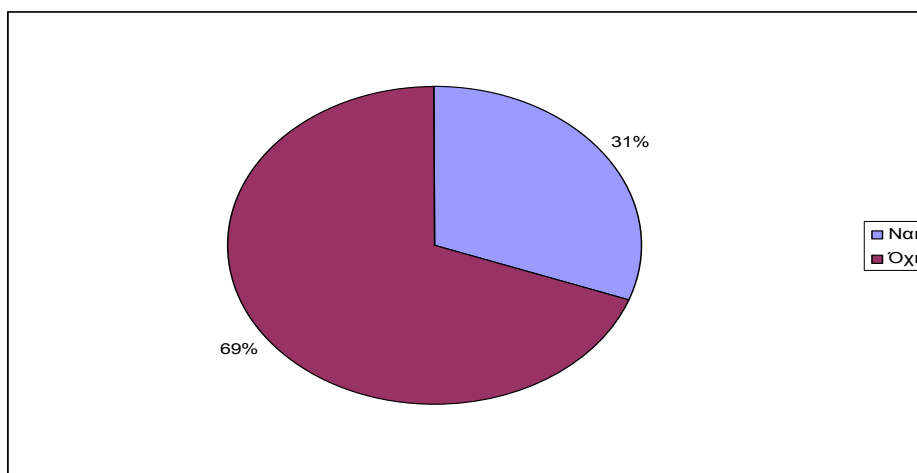


ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν καπνίζετε.

ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	42	19	61	42%	19%	31%
Όχι	58	81	139	58%	81%	69%
ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;						
	Πάτρα	Σπάρτη				
1 – 5 χρόνια	5	6				
6 – 10 χρόνια	20	9				
11 – 15 χρόνια	11	3				
16 – 20 χρόνια	6	1				
ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΑΡΧΙΣΑΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστού %
11 – 15 ετών	7	0	7	7%	0%	11%
16 – 20 ετών	30	13	44	30%	13%	71%
21 – 25 ετών	3	6	9	3%	6%	15%
26 – 30 ετών	2	0	2	2%	0%	3%

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν καπνίζετε.

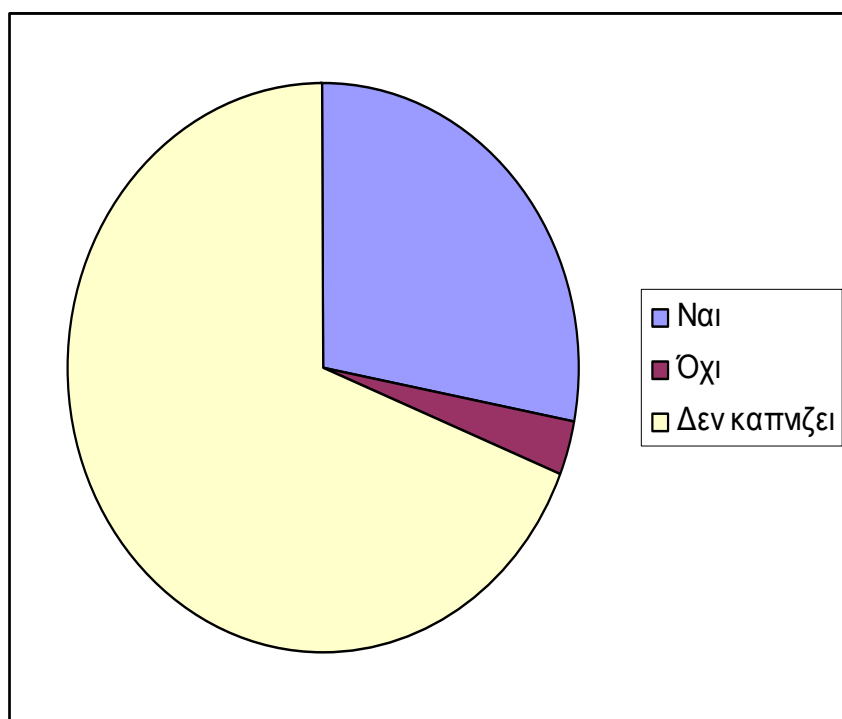


Στην ερώτηση αν καπνίζουν 139 άτομα – ποσοστό 69% έδωσαν αρνητική απάντηση, ενώ 61 άτομα – ποσοστό 31% θετική.

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν ελαττώσει ή σταματήσει το κάπνισμα λόγω εγκυμοσύνης.

ΕΧΕΤΕ ΕΛΑΤΤΩΣΕΙ Η ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	39	17	56	39%	17%	28%
Όχι	3	2	5	3%	2%	3%
ΑΝ ΟΧΙ, ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΛΟΓΟΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη				
Δεν μπορώ	2	1				
Δεν το θεωρώ απαραίτητο	1	0				
Δεν θέλω	0	1				
Κάτι άλλο	0	0				

Σχήμα 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν ελαττώσει ή σταματήσει το κάπνισμα λόγω εγκυμοσύνης.

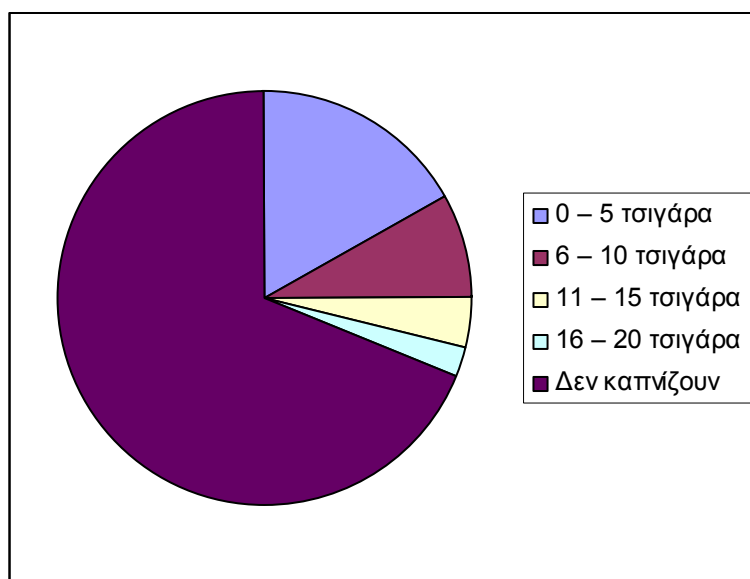


Από τα 61 άτομα (31%) που δήλωσαν ότι καπνίζουν, η πλειοψηφία του 28% - άτομα 56 δήλωσαν ότι έχουν ελαττώσει ή σταματήσει το κάπνισμα λόγω εγκυμοσύνης ενώ το 3% - άτομα 5 έδωσε αρνητική απάντηση.

Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα.

ΠΟΣΟ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ (τσιγάρα / ημέρα);						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
0 – 5 τσιγάρα	19	14	33	19%	14%	17%
6 – 10 τσιγάρα	14	2	16	14%	2%	8%
11 – 15 τσιγάρα	6	2	8	6%	2%	4%
16 – 20 τσιγάρα	3	1	4	3%	1%	2%
Δεν καπνίζουν	58	81	139	58%	81%	69%

Σχήμα 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα.

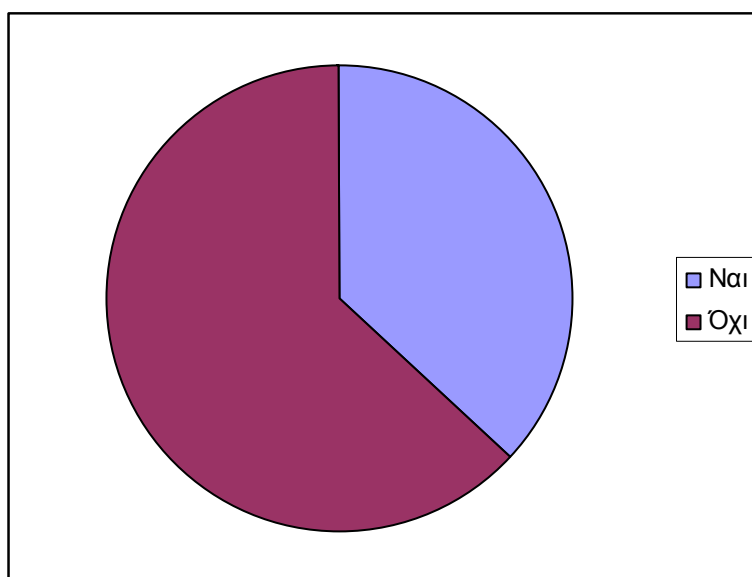


Από 0 – 5 τσιγάρα ημερησίως καπνίζουν τα 33 άτομα – ποσοστό 17%, 6 – 10 τσιγάρα ημερησίως τα 16 άτομα – ποσοστό 8%, 11 – 15 τσιγάρα ημερησίως τα 8 άτομα – ποσοστό 4% και 16 – 20 τσιγάρα ημερησίως τα 4 άτομα – ποσοστό 2%. Δεν καπνίζουν τα 139 άτομα – ποσοστό 69%.

Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν γνωρίζετε τις βλαπτικές επιδράσεις που έχει το κάπνισμα στο έμβρυο.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙΣ ΒΛΑΠΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	41	32	73	41%	32%	37%
Όχι	59	68	127	59%	68%	63%
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΑΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη				
Ο γιατρός σας	21	66				
Οικογενειακό / φιλικό περιβάλλον	26	19				
Κάποιο βιβλίο	4	15				
Κάτι άλλο	1	2				
Μέσα μαζικής ενημέρωσης	1	1				
Λόγω επαγγέλματος	0	1				

Σχήμα 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν γνωρίζετε τις βλαπτικές επιδράσεις που έχει το κάπνισμα στο έμβρυο.



Γνωρίζουν τις βλαπτικές επιδράσεις που έχει το κάπνισμα στο έμβρυο το 37% - άτομα 73 ενώ σε αρκετά μεγάλο ποσοστό το 63% - άτομα 127 δεν γνώριζαν τις επιδράσεις.

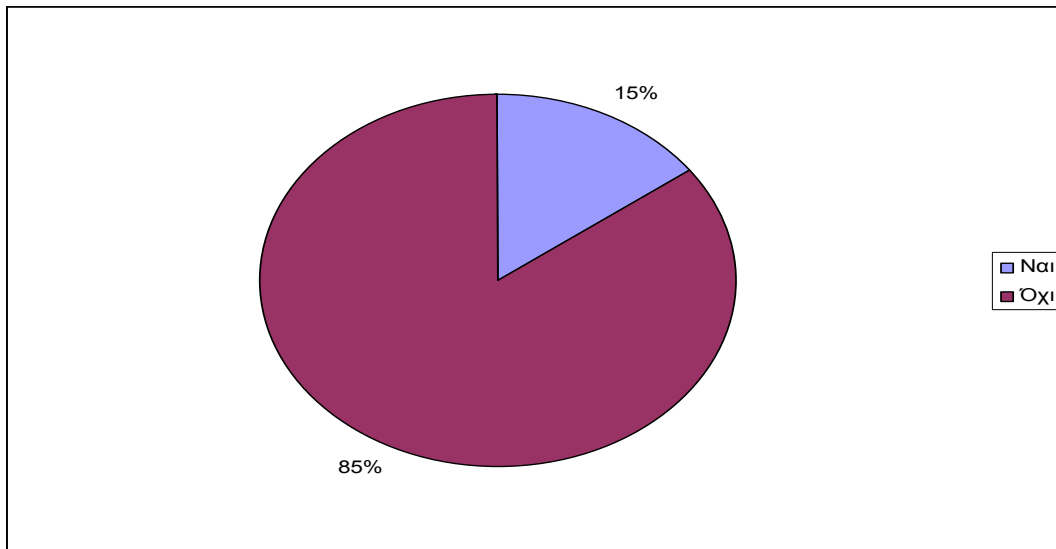
ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πίνετε οινοπνευματώδη ποτά

ΠΙΝΕΤΕ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ ΠΟΤΑ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	12	18	30	12%	18%	15%
Όχι	88	82	170	88%	82%	85%
ΕΙΔΟΣ						
	Πάτρα	Σπάρτη				
Κρασί	3	12				
Κρασί / μύρα	2	0				
Κρασί / μύρα / ούισκι	1	0				
Μύρα	2	5				
Μύρα / ούζο	1	0				
Όλα	1	0				
Ούισκι / βότκα	1	0				
Βότκα	1	0				
Κοκτέιλ	0	1				
ΠΟΣΟΤΗΤΑ						
	Πάτρα	Σπάρτη				
½ ποτήρι	1	0				
1 ποτήρι	9	15				
2 ποτήρια	2	3				
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ						
	Πάτρα	Σπάρτη				
1 φορά την ημέρα καθημερινά	5	3				
1 φορά την εβδομάδα	5	1				
2 φορές την εβδομάδα	2	10				
3 φορές την εβδομάδα	0	4				

Στην ερώτηση αν πίνετε οινοπνευματώδη ποτά 170 άτομα – ποσοστό 85% έδωσαν αρνητική απάντηση, ενώ 30 άτομα – ποσοστό 15% θετική απάντηση.

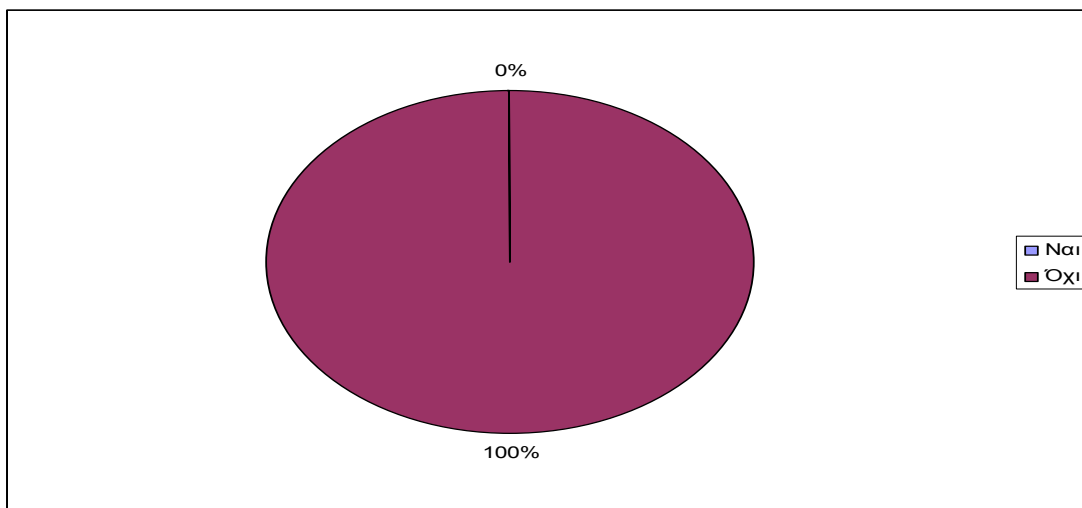
Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πίνετε οινοπνευματώδη ποτά.



Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν θεωρούν τον εαυτό τους εξαρτημένο από το αλκοόλ.

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	0	0	0	0%	0%	0%
Όχι	100	100	200	100%	100%	100%

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν θεωρούν τον εαυτό τους εξαρτημένο από το αλκοόλ.

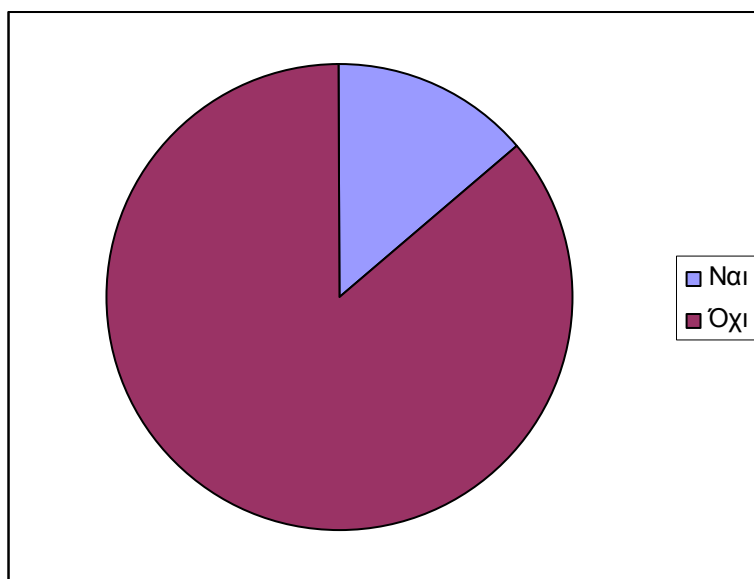


Η απάντηση που δόθηκε στο αν θεωρούν τον εαυτό τους εξαρτημένο από το αλκοόλ ήταν αρνητική 100%.

Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχετε ελαττώσει ή διακόψει το αλκοόλ λόγω εγκυμοσύνης.

ΕΧΕΤΕ ΕΛΑΤΤΩΣΕΙ Η ΔΙΑΚΟΨΕΙ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	12	16	28	12%	16%	14%
Όχι	88	84	172	88%	84%	86%
ΑΝ ΟΧΙ, ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΛΟΓΟΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη				
Δεν μπορώ	0	0				
Δεν το θεωρώ απαραίτητο	0	2				
Δεν θέλω	0	0				
Κάτι άλλο	0	0				

Σχήμα 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχετε ελαττώσει ή διακόψει το αλκοόλ λόγω εγκυμοσύνης.

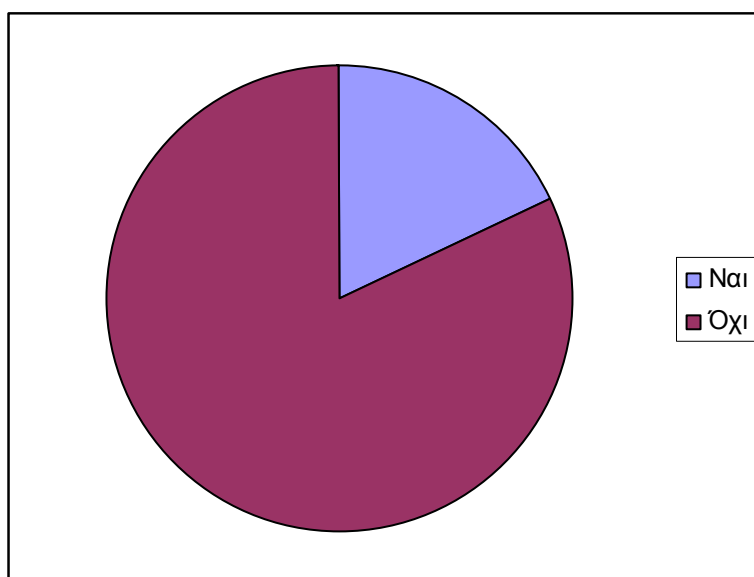


Από τα 30 άτομα που δήλωσαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ τα 28 με ποσοστό 14% έχουν ελάττωση – διακόψει το αλκοόλ, ενώ μόνο 2 άτομα απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν γνωρίζετε τις βλαπτικές επιδράσεις που έχει το αλκοόλ στο έμβρυο.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙΣ ΒΛΑΠΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	15	21	36	15%	21%	18%
Όχι	85	79	164	85%	79%	82%
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΑΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη				
Ο γιατρός σας	7	15				
Οικογενειακό / φιλικό περιβάλλον	10	12				
Κάποιο βιβλίο	7	4				
Κάτι άλλο	1	1				
Μέσα μαζικής ενημέρωσης	1	5				

Σχήμα 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν γνωρίζετε τις βλαπτικές επιδράσεις που έχει το αλκοόλ στο έμβρυο.



Παρατηρείται ότι μόνο το 18% - άτομα 36 γνωρίζουν τις βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ, ενώ σε αρκετά μεγάλο ποσοστό 82% - άτομα 164 δυστυχώς δεν έχουν καμία επίγνωση των επιδράσεων του αλκοόλ.

ΚΑΦΕΪΝΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

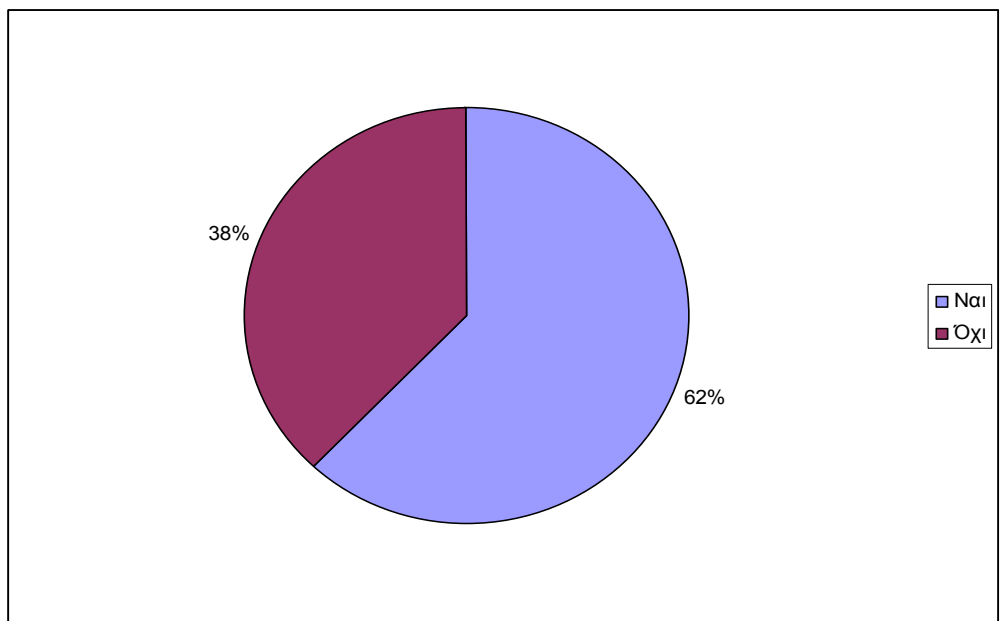
Πίνακας 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ως προς το αν πίνετε καφέ.

ΠΙΝΕΤΕ ΚΑΦΕ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	61	63	124	61%	63%	62%
Όχι	39	37	76	39%	37%	38%
ΕΙΔΟΣ						
	Πάτρα	Σπάρτη				
Γαλλικό	5	18				
Γαλλικό / Εσπρέσο / Καπουτσίνο	0	1				
Ελληνικό	23	32				
Ελληνικό / Καπουτσίνο	2	0				
Ελληνικό / Φραπέ	7	0				
Εσπρέσο	0	1				
Καπουτσίνο	3	2				
Ντεκαφεϊνέ	1	0				
Φραπέ / Γαλλικό	1	0				
Φραπέ / Καπουτσίνο	1	0				
Φραπέ / Νες	18	9				
ΠΟΣΟΤΗΤΑ						
	Πάτρα	Σπάρτη				
½ φλιτζάνι	1	0				
1 φλιτζάνια	32	42				
2 φλιτζάνια	20	17				
3 φλιτζάνια	5	4				
4 φλιτζάνια και πάνω	3	0				

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ						
	Πάτρα	Σπάρτη				
1 φορά την ημέρα καθημερινά	55	52				
2 φορές την ημέρα	2	8				
3 φορές την ημέρα	2	0				
1 φορά την εβδομάδα	2	0				
2 φορές την εβδομάδα	0	3				

Το 62% - άτομα 124 πίνουν καφέ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το 38% - άτομα 76 δεν πίνουν καφέ.

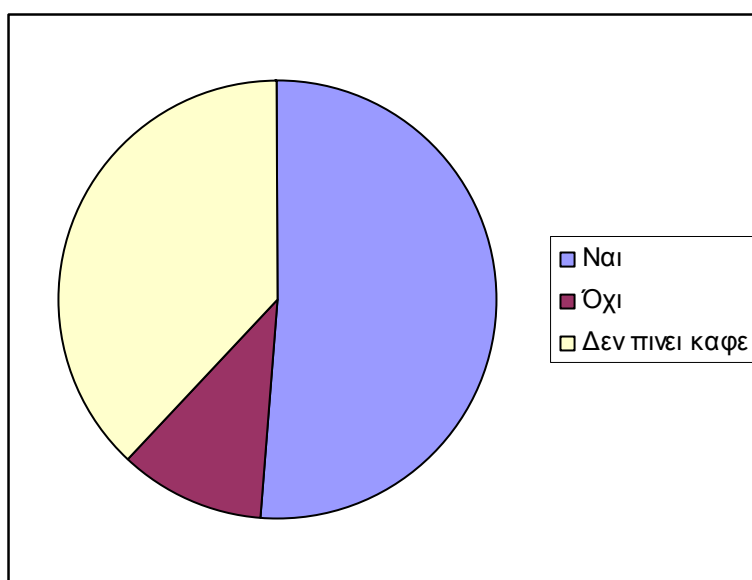
Σχήμα 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πίνετε καφέ



Πίνακας 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχετε ελαττώσει ή διακόψει την κατανάλωση καφέ λόγω της εγκυμοσύνης.

ΕΧΕΤΕ ΕΛΑΤΤΩΣΕΙ Η ΔΙΑΚΟΨΕΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΦΕ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστο ύ %
Ναι	46	56	102	46%	56%	51%
Όχι	15	7	22	15%	7%	11%

Σχήμα 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχετε ελαττώσει ή διακόψει την κατανάλωση καφέ λόγω της εγκυμοσύνης.

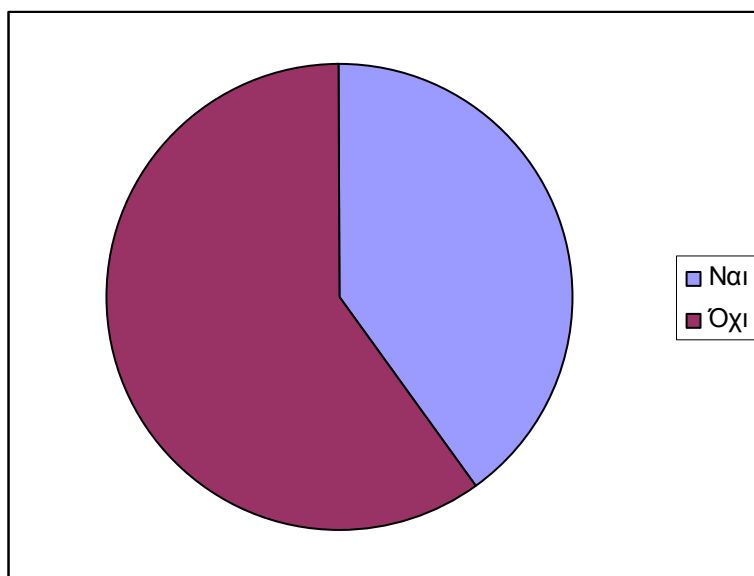


Από τα 124 άτομα που δήλωσαν ότι καταναλώνουν καφέ, το 51% δήλωσε ότι έχει ελαττώσει η διακόψει την κατανάλωση του, ενώ μόλις το 11% - άτομα 22 δεν έχει ελαττώσει την κατανάλωση καφέ.

Πίνακας 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν γνώσεις για τις βλαπτικές επιδράσεις που προκαλεί η υψηλή κατανάλωση καφεΐνης στο έμβryo.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙΣ ΒΛΑΠΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΥΨΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΦΕΪΝΗΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	42	38	80	42%	38%	40%
Όχι	58	62	120	58%	62%	60%
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΑΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη				
Ο γιατρός σας	15	27				
Οικογενειακό / φιλικό περιβάλλον	26	12				
Κάποιο βιβλίο	8	13				
Κάτι άλλο	1	2				
Μέσα μαζικής ενημέρωσης	1	6				

Σχήμα 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν γνώσεις για τις βλαπτικές επιδράσεις που προκαλεί η υψηλή κατανάλωση καφεΐνης στο έμβryo.

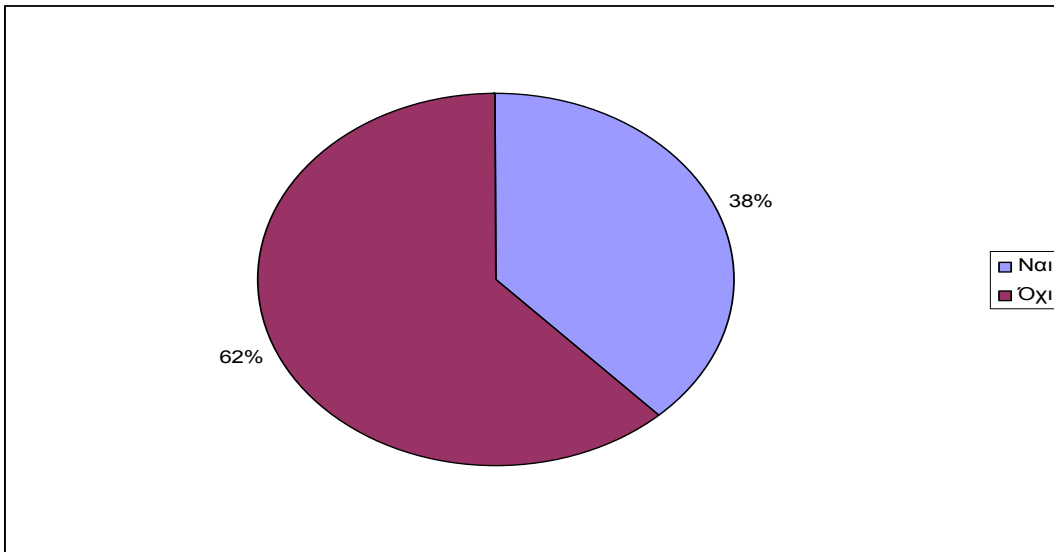


Τα 80 άτομα – 40% ποσοστό έχουν γνώσεις για τις βλαπτικές επιδράσεις που προκαλεί η υψηλή κατανάλωση καφεΐνης στο έμβryo αλλά σε μεγαλύτερο ποσοστό το 60% - άτομα 120 δεν έχουν.

Πίνακας 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν καταναλώνετε αναψυκτικά τύπου Cola και σοκολάτες.

ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ ΤΥΠΟΥ COLA ΚΑΙ ΣΟΚΟΛΑΤΕΣ;						
	Πάτρα	Σπάρτη	N=200	Ποσοστό Πάτρας %	Ποσοστό Σπάρτης %	Σύνολο Ποσοστό %
Ναι	57	19	76	57%	19%	38%
Όχι	43	81	124	43%	81%	62%
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ						
	Πάτρα	Σπάρτη				
1 φορά την ημέρα καθημερινά	20	3				
2 φορές την ημέρα	1	0				
1 φορά την εβδομάδα	17	6				
2 φορές την εβδομάδα	5	5				
3 φορές την εβδομάδα	5	3				
4 φορές την εβδομάδα	4	0				
1 φορά τον μήνα	3	1				
2 φορές τον μήνα	1	1				
3 φορές τον μήνα	1	0				
ΠΟΣΟΤΗΤΑ						
	Πάτρα	Σπάρτη				
1 cola	24	10				
1 cola ή 1 σοκολάτα	8	0				
1 σοκολάτα	19	8				
2 cola	1	0				
2 σοκολάτες	2	1				
3 cola ή 3 σοκολάτες	3	0				

Σχήμα 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν καταναλώνετε αναψυκτικά τύπου Cola και σοκολάτες.



Το 62% - άτομα 124 των εγκύων καταναλώνει αναψυκτικά τύπου Cola και σοκολάτες ενώ το 38% - άτομα 76 δεν καταναλώνουν αναψυκτικά τύπου Cola και σοκολάτες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΑ.

Στο ερωτηματολόγιο συμμετείχαν 200 εγκυμονούσες , 100 στην πόλη της Πάτρας και 100 στην πόλη της Σπάρτης. Παρατηρούμε ότι και στις δυο πόλεις οι περισσότερες είχαν ηλικία μεταξύ 26 – 30 ετών, οι περισσότερες δήλωσαν ιδιωτικοί υπάλληλοι . Το μορφωτικό επίπεδο στην Πάτρα ήταν 41 άτομα απόφοιτες Πανεπιστημίου και στην Σπάρτη 61 απόφοιτες Λυκείου.

Όσο αφορά το τωρινό βάρος στην Πάτρα οι περισσότερες 66 άτομα είχαν 61 – 80 κιλά ενώ στην Σπάρτη 51 – 60 κιλά 44 άτομα, δηλαδή σε σύγκριση των 2 πόλεων επικρατεί σε ποσοστό 37% τα 61-70 κιλά . Το βάρος πριν την εγκυμοσύνη και στις δυο πόλεις αναφέρουν τα 51 – 60 κιλά. Αυτό σημαίνει ότι οι περισσότερες έγκυες στην Πάτρα έχουν αυξήσει το βάρος τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αρκετά και οι περισσότερες από αυτές 35 άτομα βρίσκονται στον 9^ο μήνα και 22 στον 8^ο . Αντίθετα στην Σπάρτη δεν έχει παρατηρηθεί αύξηση βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ίσως γιατί οι περισσότερες βρίσκονται στον 3^ο μήνα – 25 άτομα και στον 4^ο μήνα – 17 άτομα. Βέβαια σημαντικός παράγοντας είναι και το ύψος των γυναικών.

Στην ερώτηση μας αν έχει προηγηθεί άλλη εγκυμοσύνη στην Πάτρα παρατηρούμε ότι οι περισσότερες 51 άτομα απάντησαν ότι δεν έχει προηγηθεί και άλλη εγκυμοσύνη και αντίστοιχα στην Σπάρτη οι περισσότερες 62 απάντησαν το ίδιο.

Οι 32 γυναίκες δήλωσαν και άλλη μια εγκυμοσύνη, οι 11 δήλωσαν άλλες 2, οι 5 άλλες 3 και μόνο 1 άλλες 4 εγκυμοσύνες. Στην Σπάρτη οι 23 μόνο δήλωσαν άλλη 1, οι 14 άλλες 2 και καμία παραπάνω.

Όσο αφορά τώρα το **Ιατρικό Ιστορικό** και τα προβλήματα με την εγκυμοσύνη στην Πάτρα οι περισσότερες 64 άτομα απάντησαν ότι δεν έχουν ενώ στην Σπάρτη οι περισσότερες 56 ότι έχουν κάποιο πρόβλημα, όπως ναυτία (46 άτομα), αποκόλληση (5 άτομα) κ.α. Στη συνέχεια ρωτήσαμε υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας και οι περισσότερες και στις δυο πόλεις (91 άτομα στην Πάτρα και 97 στην Σπάρτη) απάντησαν ότι δεν υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα εκτός από ένα 6% που είχε πρόβλημα με το θυρεοειδή.

Συστηματικές μπορούμε να χαρακτηρίσουμε τις αιματολογικές εξετάσεις που κάνουν οι ερωτηθέντες γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και στις δυο πόλεις. Σε σύνολο τα 197 άτομα απάντησαν ναί έχουν κάνει εξετάσεις και μάλιστα οι 174 στο διάστημα των τελευταίων 3 μηνών. Από τις 200 οι 153 έγκυες παίρνουν κάποιο συμπλήρωμα διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους όπως σίδηρος, ασβέστιο, φυλλικό οξύ, βιταμίνες και μαγνήσιο απαραίτητα για την ομαλή «λειτουργία» της εγκυμοσύνης. Όμως στην Σπάρτη παρατηρούμε ότι από τις 66 γυναίκες που παίρνουν κάποιο συμπλήρωμα διατροφής μόνο οι 55 έχουν συμβουλευτεί γιατρό ενώ στην Πάτρα από τις 87 που παίρνουν κάποιο συμπλήρωμα διατροφής οι 60 έχουν συμβουλευτεί γιατρό για τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής. Όταν ζητήθηκαν οι τιμές χοληστερόλης, αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης οι έγκυες μας απάντησαν, για την χοληστερόλη στην Πάτρα από τις 100 οι 96 ήξεραν τις τιμές τους, για τις τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης μας απάντησαν οι 98 εγκυμονούσες. Στην Σπάρτη όμως από τις 100 οι 98 μας έδωσαν τιμές χοληστερόλης, οι 99 αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Και στις δυο πόλεις βλέπουμε ότι οι περισσότερες προσπαθούν να τηρήσουν μια σειρά στα γεύματα τους δίνοντας έμφαση στα 3 κύρια γεύματα τους όπου πρωινό καταναλώνουν τα 172 άτομα, μεσημεριανό τα 194 άτομα και βραδινό 175 άτομα. Βλέπουμε όμως ότι αμέσως μετά έρχεται το απογευματινό με 146 άτομα και ακολουθούν το δεκατιανό 121 άτομα και το προ ύπνου 71 άτομα.

Στην πόλη της Πάτρας οι 60 γυναίκες δεν έχουν αλλάξει τις διατροφικές τους συνήθειες λόγω εγκυμοσύνης ενώ στην Σπάρτη οι 72 έχουν αλλάξει συνήθειες. Αυτό ίσως να σημαίνει ότι οι γυναίκες στην Πάτρα γενικότερα προσέχουν την διατροφή τους αφού δεν έχουν αλλάξει διατροφικές συνήθειες και αυτό αποδεικνύεται με το ότι η σειρά που προτιμάνε να τρώνε περισσότερο είναι: οι 37 τρώνε περισσότερο τα φρούτα, οι 26 γαλακτοκομικά προϊόντα, οι 24 λαχανικά, οι 14 κρεατικά, οι 9 βραστά και μόνο οι 6 τηγανιτά. Στη Σπάρτη περισσότερα γαλακτοκομικά προϊόντα τρώνε οι 74, φρούτα οι 67, τα κρεατικά οι 60, τα λαχανικά οι 59, τα βραστά οι 51, και μόνο 2 τα τηγανιτά. (Παρατηρούμε ότι τα ποσοστά και ο αριθμός των εγκύων γυναικών διαφοροποιούνται όσον αφορά τη συχνότητα κατανάλωσης των συγκεκριμένων τροφίμων διότι στη Σπάρτη η συμπλήρωση των περισσότερων ερωτηματολογίων έγινε απουσία της υπεύθυνης φοιτήτριας.) Βέβαια κάποιος διαιτολόγος ή γιατρός μπορεί να συμβουλευτεί για τη σωστή διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και σε αυτή την ερώτηση παρατηρήσαμε ότι στην Πάτρα όσο και στη Σπάρτη οι 91 έγκυες και αντίστοιχα οι 94 δεν έχουν συμβουλευτεί κάποιο ειδικό.

Στην ερώτηση πως θα περιέγραφαν τα αισθήματα τους σε σχέση με το φαγητό τη περίοδο της εγκυμοσύνης υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις δυο πόλεις. Στην Πάτρα οι 68 ερωτηθέντες απάντησαν καλά, οι 25 μέτρια και οι 7 δεν απάντησαν καθόλου. Αντίθετα στην Σπάρτη οι 56 ερωτηθέντες απάντησαν ότι αισθάνονται μέτρια με το φαγητό την περίοδο αυτή και οι 40 καλά, δεν απάντησαν στην ερώτηση 4 άτομα. Άσχημα δεν απάντησε καμία γυναίκα ότι αισθάνεται σε σχέση με το φαγητό την περίοδο της εγκυμοσύνης. Στη συνέχεια ρωτήσαμε τις γυναίκες εάν έχει αυξηθεί η όρεξη τους λόγω της εγκυμοσύνης και παρατηρούμε ότι και στις δυο πόλεις οι περισσότερες απάντησαν ναι έχει αυξηθεί, 53 στην Πάτρα και 85 στην Σπάρτη. Στο αν ανησυχούν ή αγχώνονται για την αύξηση βάρους και πως το αντιμετωπίζουν αυτό, οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν τις ανησυχεί ή τις αγχώνει (59 στην Πάτρα, 65 στην Σπάρτη). Από τις κυρίως όμως που ανησυχούν ή αγχώνονται για την αύξηση βάρους και στις δυο πόλεις οι περισσότερες, 40 άτομα αντιμετωπίζουν την όλη κατάσταση τρώγοντας φαγητά με λιγότερα λιπαρά, οι 20 προσπαθούν να το αντιμετωπίσουν τρώγοντας λιγότερο, ενώ 10 γυναίκες μάλλον δεν μπορούν να το αντιμετωπίσουν κάπως καλύτερα γιατί μας απάντησαν ότι τσιμπολογάνε από άγχος και 6 απάντησαν κάτι άλλο χωρίς όμως να αναφέρουν τι άλλο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω ερωτήθηκαν τι κυρίως φαγητά προτιμάνε και απάντησαν ως εξής: στην πόλη της Πάτρας οι γυναίκες προτιμούν πρώτα τα ψητά μετά τα βραστά έπειτα τα τηγανιτά και τελευταία προτίμηση τα τσιγαριστά. Όσο αφορά τα ψητά και τα βραστά οι ερωτηθέντες στην πόλη της Σπάρτης συμφωνούν με τους ερωτηθέντες στην πόλη της Πάτρας, αλλά σαν τρίτη προτίμηση έχουν τα τσιγαριστά και σαν τέταρτη και τελευταία τα τηγανιτά. Στον επόμενο πίνακα αναλύετε το σύντομο ημερολόγιο συχνότητας τροφίμων που ζητήθηκε από τις 200 εγκύους να συμπληρώσουν, κατά μέσο όρο κατανάλωση. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε ότι η μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζετε στα γαλακτοκομικά προϊόντα με 134 γυναίκες να τα προτιμούν περισσότερο και από 2 φορές την ημέρα

ΣΥΝΤΟΜΟ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ								
Κατά μέσο όρο κατανάλωση (και στις δυο πόλεις)								
Τρόφιμα	6 + φορές την ημέρα	4 - 6 φορές την ημέρα	2 - 3 φορές την ημέρα	1 φορές την ημέρα	Λίγες φορές την εβδομάδα	1 φορές την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Δεν απάντησαν
Γαλακτοκομικά	1 1%	5 3%	134 66%	48 23%	5 3%	0 0%	2 1%	5 3%
Φρούτα	4 2%	38 19%	109 54%	38 19%	6 3%	2 1%	2 1%	1 2%
Λαχανικά	0 0%	2 1%	89 44%	80 40%	25 13%	2 1%	0 0%	2 1%
Όσπρια	0 0%	0 0%	3 2%	1 1%	87 43%	80 39%	22 11%	7 4%
Ψάρι	0 0%	0 0%	1 1%	0 0%	80 40%	97 48%	16 8%	6 3%
Κόκκινο κρέας	1 0%	0 0%	1 1%	3 2%	126 62%	58 28%	8 4%	3 2%
Άσπρο κρέας	0 0%	0 0%	1 1%	1 1%	77 38%	91 45%	24 12%	6 3%
Γλυκά	0 0%	2 1%	5 3%	40 19%	33 17%	34 17%	75 37%	11 6%

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν 56 άτομα έχουν ελαττώσει ή σταματήσει το κάπνισμα λόγω εγκυμοσύνης ενώ μόλις 5 άτομα συνέχισαν και κατά τη διάρκεια. Από τις καπνίζοντες ή πρώην καπνίζοντες οι 33 έγκυες δήλωσαν ότι ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζουν κυμαίνεται στα 0-5 τσιγάρα/ημέρα, ενώ 6-10 τσιγάρα/ημέρα καπνίζουν 16 κυρίες, μόλις 12 κυρίες καπνίζουν από 11-20 τσιγάρα/ημέρα. Γνωρίζουν τις βλαπτικές επιδράσεις που έχει το κάπνισμα στο έμβρυο οι 41 γυναίκες στην Πάτρα ενώ στα ίδια επίπεδα φαίνεται να χαρακτηρίζει την πόλη της Σπάρτης με 32 γυναίκες σε περίοδο κύησης.

Η κύρια ενημέρωση των βλαπτικών επιδράσεων και στις 2 πόλεις προέρχεται από τον προσωπικό ιατρό – γυναικολόγο και ακολουθεί το οικογενειακό ή και φιλικό τους περιβάλλον, καθώς κάποιο βιβλίο ή και τα ΜΜΕ.

Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη είναι ευρέως γνωστές σε σχέση με τα παλαιότερα χρόνια που υπήρχε έλλειψη ενημέρωσης, όμως μέσα από την έρευνά μας παρατηρήσαμε ένα μεγάλο ποσοστό (63%), ακόμη δεν έχει τη στοιχειώδη ενημέρωση και επίγνωση των επιδράσεων αυτών.

Διάφορες έρευνες αναφέρουν ότι μόνο το 18-25% διακόπτουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης ενώ σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας μας από το 31% των γυναικών που κάπνιζαν πριν την εγκυμοσύνη, η πλειοψηφία με ποσοστό 28% κατάφερε να το διακόψει ή να το ελαττώσει.

Σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο Plastic and Reconstructive Surgery, τα βρέφη των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν τουλάχιστον 21 τσιγάρα την ημέρα κινδύνευαν περισσότερο, δηλαδή 78% περισσότερο να έχουν κάποια ανωμαλία στα άκρα, συγκριτικά με τα νεογνά που δεν είναι μητέρα καπνίστρια.

Αλλά ακόμα και το κάπνισμα μικρού αριθμού τσιγάρων (10 ή λιγότερα την ημέρα) ενίσχυε τον κίνδυνο κατά 29%. Μέσα από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι μόνο το 2% καπνίζει 16-20 τσιγάρα / ημέρα όπου ο κίνδυνος εμφάνισης κάποιων ατελειών γέννησης στα νεογνά είναι αυξημένος ενώ το 6% καπνίζει 6-15 τσιγάρα / ημέρα.

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Στην ερώτηση αν πίνετε οινοπνευματώδη ποτά, 170 γυναίκες έδωσαν αρνητική απάντηση στο σύνολο και στις δυο πόλεις και δεν θεωρούν τον εαυτό τους εξαρτημένο από το αλκοόλ και οι 200 γυναίκες. Πρέπει να αναφέρουμε εδώ ότι το κρασί είναι η προτίμηση των περισσότερων, μετά έρχεται η μύρα και πολύ πίσω ακολουθούν το ούζο, η βότκα, το ουίσκι και άλλα οινοπνευματώδη. Οι περισσότερες έγκυες καταναλώνουν 1 ποτηράκι την ημέρα, κάθε μέρα. Δεν έχουν ελαττώσει ή διακόψει το αλκοόλ λόγω εγκυμοσύνης 172 ερωτηθέντες για τον λόγο ότι 170 δεν πίνουν ποτά και 2 άτομα δεν θεωρούν απαραίτητο να το διακόψουν, αντίθετα 28 άτομα έχουν ελαττώσει ή διακόψει το αλκοόλ λόγω εγκυμοσύνης. Με μεγάλη διαφορά οι 85 γυναίκες στην Πάτρα και οι 79 στην Σπάρτη δεν έχουν γνώσεις για τις βλαπτικές επιδράσεις που έχει το αλκοόλ στο έμβρυο έναντι εκείνων που είχαν γνώσεις γύρω από το θέμα αυτό. Η κύρια ενημέρωση και στις δυο πόλεις προήλθε από το γιατρό-γυναικολόγο τους και τι οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, μέχρι και το ένα τρίτο των εγκύων γυναικών εξακολουθούν να πίνουν αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρά το γεγονός ότι βάζουν σε κίνδυνο το έμβρυο ενώ σύμφωνα με τα δικά μας στοιχεία, από το 15% που έπινε αλκοόλ πριν την εγκυμοσύνη το 14% είχε διακόψει ή ελαττώσει ενώ μόλις το 1% έδωσε αρνητική απάντηση και εξακολουθεί να πίνει την ίδια ποσότητα .

Έρευνα αποκαλύπτει ότι 62% των γυναικών μεταξύ 18 και 45 χρόνων, που πήραν μέρος στη μελέτη, γνώριζαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη, ενδέχεται να βλάψει το έμβρυο, τέσσερα πέμπτα των ερωτηθέντων συμφώνησαν ότι οι έγκυοι δεν πρέπει να πίνουν αλκοολούχα ποτά, εντούτοις από τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων γυναικών που είχαν παιδιά, 34% παραδέχτηκαν ότι έπιναν αλκοόλ στη διάρκεια της τελευταίας τους εγκυμοσύνης.

Αντίθετα δε με το ότι θα περίμενε κανείς οι μορφωμένες έγκυοι να είναι περισσότερο προσεκτικές στο θέμα αυτό, ο αριθμός των διπλωματούχων γυναικών που πίνουν αλκοόλ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι διπλάσιος από εκείνον των εγκύων που δεν έχουν πανεπιστημιακή μόρφωση.

Το κύριο συμπέρασμα που προκύπτει από την έρευνα μας όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ την περίοδο της κύησης είναι ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα δεν καταναλώναν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ αλλά λόγω ότι κανένα επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ δεν είναι ασφαλές σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι γυναίκες οφείλουν να είναι προσεκτικές σε αυτό το θέμα.

ΚΑΦΕΪΝΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Όσον αφορά την κατανάλωση καφεΐνης κατά την κύηση παρατηρούμε ότι το 62% -124 άτομα καταναλώνει, από αυτά τα 61 στην Πάτρα και τα 63 στην Σπάρτη. Έχουν ελαττώσει ή διακόψει την κατανάλωση καφέ λόγω της εγκυμοσύνης κατά 51% - 102 άτομα αλλά και το 11% που δεν έχει διακόψει παρατηρούμε ότι η κατανάλωση περιορίζεται στον 1-2 φλιτζάνια ελληνικό/ημέρα και λιγότερα άτομα καταφεύγουν σε φραπέ/νες ή γαλλικό δηλαδή αν υπολογίσουμε σε mg καφεΐνης, καταναλώνουν 100-200mg/ημέρα άρα δεν διατρέχουν κάποιο κίνδυνο διακοπής της κύησης αφού σύμφωνα με το American Journal of Obstetrics με κατανάλωση άνω των 200mg καφεΐνης διατρέχει κίνδυνο αποβολής ή έγκυος. Για τις βλαπτικές επιδράσεις που προκαλεί η υψηλή κατανάλωση καφεΐνης στο έμβρυο παρατηρούμε μόνο το 40% - 80 άτομα έχουν ενημερωθεί από τον γιατρό τους, από το οικογενειακό ή και φιλικό περιβάλλον.

Σαν τελευταία ερώτηση για το ερωτηματολόγιο μας θέσαμε την εξής: «Καταναλώνετε αναψυκτικά τύπου Cola και σοκολάτες;» Στην Πάτρα οι 57 γυναίκες απάντησαν ναι καταναλώνουν, οι 20 από αυτές με συχνότητα μια φορά την ημέρα / καθημερινά 1 cola ή μια σοκολάτα, ενώ στην Σπάρτη μόνο οι 19 ερωτηθέντες καταναλώνουν αναψυκτικά τύπου Cola και σοκολάτες αλλά μόνο μια φορά την εβδομάδα 1 cola ή μια σοκολάτα. Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ο κίνδυνος που συνεπάγεται η καφεΐνη για τις εγκύους. Ενώ η πρόσληψη καφεΐνης έως και 300gr ημερησίως φαίνεται να είναι ασφαλής, το θέμα των πιθανών επιπτώσεων στην εγκυμοσύνη και στο έμβρυο σε περίπτωση τακτικής πρόσληψης ποσοτήτων που υπερβαίνουν τα 300mg ημερησίως παραμένει ανοικτό. Για το λόγο αυτό, κατά τη διάρκεια της κύησης, συνίσταται, μέτρια πρόσληψη καφεΐνης, από οποιαδήποτε ‘‘πηγή’’.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

1. Allen LH. Pregnancy and Lactation. In: eds Bowman B and Russell R. *Present Knowledge in Nutrition*. Washington, DC: International Life Sciences Institute 2001
2. Institute of Medicine. *Nutrition during pregnancy*. Part I: *Weight Gain*. Part II: *Supplemente*. Washington, DC: National Academy Press 1990.
3. Huxley RR. Nausea and vomiting in early pregnancy: its role in placental development. *Obstet Gynecol*. 2000.
4. Godfrey KM, Barker DJ. *Fetal nutrition and adult disease*. *Am J Clin Nutr*. 2000
5. Galtier-Dereure F, Boegner C, Bringer J. *Obesity and pregnancy: complications and cost*. *Am J Clin Nutr*. 2000
6. Food Insight. *Good nutrition during pregnancy may reduce chronic disease in adulthood*. 2008.
7. *Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome*. *J Am Diet Assoc*. 2002.
8. Tittel KS, Cleveland LE. How current diets stack up: Comparison with the Dietary Guidelines. In: *America's Eating Habits: Changes and Consequences*. Washington, DC: US Department of Agriculture Economic Research Food and Rural Economics Division. 2000.
9. Hickey CA. *Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy*. *Am J Clin Nutr*. 2000
10. Παπανδρέου Δημήτριος, *Διατροφή στην εγκυμοσύνη και το θηλασμό*. Εκδόσεις Χριστοδουλίδη, Θεσσαλονίκη 2003.
11. Μόρτογλου Τάσος MD, *Διατροφή από το σήμερα για το αύριο*. Εκδόσεις Γιαλλελή, Αθήνα 2002.
12. Τούντας Χ.Δ. *Σακχαρώδης Διαβήτης: Θεωρία και Πράξη*. Εκδόσεις Επτάλογος, Αθήνα 1995.
13. King J.C. *Physiology of pregnancy and nutrient metabolism*. *Am J Clin Nutr* 71:1218S-25S, 2000.
14. Metzger B.E., Coustan DR. *Summary and recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes*. *Diabetes Care* 21: B161-B168, 1998.
15. Joranoric-Peterson L., Peterson C.M. *Guest editorial: nutritional management of the obese gestational diabetic pregnant woman*. *J Am Coll Nutr* 11(3):246-50, 1992.
16. Godfrey K., Robinson S., Barker D.J.P., Osmold C., Cox V. *Maternal nutrition in early and late pregnancy in relation to placental and fetal growth*. *BMJ* 312:410-4, 1996.
17. Kraner M.S. *Effects of energy and protein intakes in pregnancy outcome: an overview of the research evidence from controlled clinical trials*. *Am J Clin Nutr* 58:627-35, 1993.
18. Monsen E.R. *Dietary reference intakes for the antioxidant nutrients : vitC, vitE, selenium and carotenoids*. *J Am Diet Assoc.*, 2000.
19. Trumbo P., Yates A.A., Schlicker S., Poos M. *Dietary reference intakes : vitA, vitK, arsenic, boron, iodine, iron, vanadium and zinc*. *J Am Diet Assoc*, 2001.

20. Hachey D.L. *Benefits and risks of modifying maternal fat intake in pregnancy and lactation*. Am J Clin Nutr, 1994.
21. Worthington- Roberts B.S., MS, PhD, Rodwell Williams S., PhD, MPH, RD. *Nutrition throughout the life cycle 3rd edition*. 1996, Mosby-Year Book Inc., St.Louis:126-15
22. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty acids, Cholesterol, Protein and Amino acids. National Academy of Sciences, 2002.
23. Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes: Recommended intakes for individuals Vitamins and Elements*. National Academy of Sciences, 2004.
24. Frederiksen Marilyn C. *Physiologic changes in pregnancy and their effect on drug disposition*. W.B.Saunders Company, 2001.
25. Ιατράκης Γεώργιος Μ. *Φυσιολογία και παθολογία μητέρας και εμβρύου*. Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ, Αθήνα 2004.
26. Reimond SR, Rutherford JD. *Valvular Heart disease in pregnancy*. N Engl J Med 2003; 349:52-59.
27. van Oppen AC, van der Tweel I, Alsbach GP, Heethaar RM, Bruinse H. *A longitudinal study of maternal hemodynamics during normal pregnancy*. Obstet Gynecol 1996; 88:40-46.
28. Oakley C, Child A, Jung B. Expert consensus document on management of cardiovascular disorders during pregnancy. The task force on the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European society of cardiology. Eur Heart J 2003; 24:761-781.
29. Elkayam U. Pregnancy and cardiovascular disease. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P (eds), Heart disease, 6th edition, WB Saunders company, Philadelphia 2001:2172-2191.
30. Siu SC, Sermer M, Colman JM, Alvarez AN, Mercier LA, Morton BC, et al. Cardiac disease in pregnancy: prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. Circulation 2001; 104:515-521
31. Metger BE, Coustan DR. Summary and recommendation of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes, Diabetes Care 21(suppl 2):B161-168 1998
32. Carr C.A CNM, DrPH. Evidence- based diabetes screening during pregnancy J Midwifery Womens Health 46: 152-158 2001
33. Casey B.M, MD. Lucas M.J.MD Mcintire D.D,PhD, Leveno K.J., MD Pregnancy Outcomes in Women with Gestational Diabetes Compared with the General Obstetric Population. Obstet Gynecol 90:69-73,1997
34. Coustan D.R screening and diagnosis of Gestational diabetes. Sem Perinatol 18(5):407 -413,1994
35. Jovanovic L.g MD. Pettitt D.L MD Gestational Diabetes Mellitus JAMA 286(20): 2516-2518,2001
36. Uvena- Celebrezze J. MD, Catalano P.M.MD The infant of womwn with Gestational Diabetes Mellitus Clin Obstet Gynecol 43 (1):127-139 2000
37. www.nhlbi.nih.gov
38. Hofmeyr GJ et al Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD001059
39. Bodnar LM (2007). Maternal vitamin D deficiency increases the risk of preeclampsia. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. Vol 92, pages 3517-22.

40. Mulford M.I.,MD, Jovanovic – Peterson L.,MD, Peterson C.M MD Alternative therapies for the management of gestational diabetes. Clin Perinatol 20(3) 1993.
- 41.Kautzky –Willer A.,Pacini G.,Tura A.ET.AL Increased plasma leptin in gestational diabetes, Diabetologia 44:164-172,2001.
42. Williams Melvin H. *Διατροφή: Υγεία, Ευρωστία και Αθλητική Απόδοση*. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, 2003.
43. Elena Volpi, Paola Lucidi, Guido Cruciani, Francesca Monacchia, Stefania Santoni,Gianpaolo Reboldi, Paolo Brunetti, Geremia B. Bolli and Pierpaolo De Feo *Human Nutrition and Metabolism*:Moderate and Large Doses of Ethanol Differentially Affect Hepatic Protein Metabolism in Humans. jn.nutrition.org 2008 44.Eustace LW, Kang DH, Coombs D. *Fetal alcohol syndrome: a growing concern for health care professionals*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003;32(2):215?21.
- 45.Riley EP, Mattson SN, Li TK, Jacobson SW, Coles CD, Kodituwakku PW, et al. *Neurobehavioral consequences of prenatal alcohol exposure: an international perspective*. Alcohol Clin Exp Res. 2003;27(2):362?73.
- 46.International Center for Alcohol Policies. *Government policies on alcohol and pregnancy* (December 1999) [Internet site]. Available from: <http://www.icap.org/pdf/report6.pdf>. Accessed 5 September 2004.
- 47.Kesaniemi YA. *Ethanol and acetaldehyde in the milk and peripheral blood of lactating women after ethanol administration*. J Obstet Gynaecol Br Commonw. 1974;81(1):84?6.
- 48.Dore S, Buchan D, Coulas S, Hamber L, Stewart M, Cowan D, et al. *Alcohol versus natural drying for newborn cord care*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1998;27(6):621?7.
- 49.Goldberg IJ, Mosca L, Piano MR, Fisher EA. AHA Science Advisory: *Wine and your heart: a science advisory for healthcare professionals from the Nutrition Committee, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Cardiovascular Nursing of the American Heart Association*,2001.103:472-5.
- 50.Camargo CA, Jr., Stampfer MJ, Glynn RJ, et al. *Prospective study of moderate alcohol consumption and risk of peripheral arterial disease in US male physicians*. 1997. 95:577-80
- 51.Malinski MK, Sesso HD, Lopez-Jimenez F, Buring JE, Gaziano JM. *Alcohol consumption and cardiovascular disease mortality in hypertensive men*. 2004.164:623-8.
- 52.Abel EL, Hannigan JH. *Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences*. Neurotoxicol Teratol 1995;17:445--62.
53. Konovalov HV, Kovetsky NS, Bobryshev YV, Ashwell KW. *Disorders of brain development in the progeny of mothers who used alcohol during pregnancy*. Early Hum Dev 1997;48:153--66.
54. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. *Nutrition and your health: dietary guidelines for Americans*. 5th ed. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture; 2000.
55. Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. *Fetal alcohol spectrum disorder*. JAMA 2003;290:2996--9.
56. 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, number 4, February 15, 2002, pages 305-312.
57. Chen WY, Colditz GA, Rosner B, et al. *Use of postmenopausal hormones, alcohol, and risk for invasive breast cancer*. Ann Intern Med 2002; 137:798-804.

58. Zhang S, Hunter DJ, Hankinson SE, et al. *A prospective study of folate intake and the risk of breast cancer*. JAMA 1999; 281:1632-1637.
59. Bertrand, J., et al., National Task Force on FAS/FAE. *Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, July 2004.
60. Day, N.L., et al. *Prenatal Alcohol Exposure Predicts Continued Deficits in Offspring Size at 14 Years of Age*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, volume 26, number 10, 2002.
61. Sood, B., et al. *Prenatal Alcohol Exposure and Childhood Behavior at Age 6 to 7*. *Pediatrics*, volume 108, number 2, August 2001.
62. Institute of Medicine. *Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment*. Washington, DC: National Academy Press, 1996.
63. Crabb DW et al. *Overview of the role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase and their variants in the genesis of alcohol-related pathology*. *Proceedings of Nutrition Society*, 2004, 63:49–63.
64. Jamal MM, Saadi Z, Morgan TR. *Alcohol and hepatitis C*. *Digestive Diseases*, 2005, 23:285–296.
65. *Alcohol drinking*. International Agency for Research on Cancer, 1998, (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 44; <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol44/volume44.pdf>, 2006).
66. Emilia Klapp, *Your Heart Needs the Mediterranean Diet*, 2008.
67. 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.* 133:1722S-1731S, 2003
68. Τσουμάκας Κ. Το κάπνισμα στην παιδική ηλικία. 37ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 1999
69. Collishaw N, Lopez A. *The tobacco epidemic: a global public health emergency*. World Health Organization, 1996.
70. *Nature Medicine* 2001;7:833-839,775-777, τον Ιούλιο 2001
71. Nicotine induces cell proliferation by β -arrestin-mediated activation of Srs and Rb-Raf-1 pathways, *Journal of Clinical Investigation* 2006, DOI: 10.1172/JCI28164, advance online publication, 20 Ιουλίου 2006
72. Muscati SK, Koski KG, Gray-Donald K. Increased energy intake in pregnant smokers does not prevent human fetal growth retardation. *J Nutr.* 1996;126:2984-2989.
73. Roquer JM, Figueras J, Botet F, Jimenez Influence on fetal growth of exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Acta Paediatr.* 1995;84:118-121.
74. Drews CD, Murphy CC, Yeargin-Allsopp M, Decoufle P. The relationship between idiopathic mental retardation and maternal smoking during pregnancy. *Pediatrics.* 1996;97:547-553.
75. Shu XO, Hatch MC, Mills J, Clemens J, Susser M. Maternal smoking, alcohol drinking, caffeine consumption, and fetal growth: results from a prospective study. *Epidemiol.* 1995;6:115-120.
76. Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome *J AM Diet Assoc* 2002;102:1470-1490 (Expires December 2007)
77. G. Cohen, S. Vella, H. Jeffery, H. Lagercrantz, and M. Katz-Salamon *Cardiovascular Stress Hyperreactivity in Babies of Smokers and in Babies Born Preterm* *Circulation*, October 28, 2008; 118(18): 1848 – 1853.

78. Al Mamun A, Lawlor DA, Alati R, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM. Does maternal smoking during pregnancy have a direct effect on future offspring obesity? Evidence from a prospective birth cohort study. *Am J Epidemiol.* 2006; 164: 317–325
79. Jigme M et al. Smoking and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clinics in Chest Medicine.* 2002, 21: 67-86.(8)S. Tsiara, M. Elisaf, and D. P. Mikhailidis
Influence of Smoking on Predictors of Vascular Disease
Angiology, September 1, 2003; 54(5): 507 - 530.
80. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking and Tobacco Fact Sheet: Women and Smoking. February 28, 2007.
81. Μάθετε για το κάπνισμα (Η άγνοια σκοτώνει) Γρ. Ποντιφικας
Εκδόσεις Παρισιανού ΓΡ.Μαρία 2007
82. Το Κάπνισμα Χοκς Ναιτζελ Εκδόσεις Κέδρος 2007
83. World Health Organization (WHO). Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century. 2001.
84. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General, 2004. Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, Atlanta Georgia, May 2004.
85. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). What Do We Know About Tobacco Use and Pregnancy. June 11, 2007.
86. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Smoking Cessation during Pregnancy. ACOG Committee Opinion, number 316, October 2005.
87. Law, K.L., et al. Smoking During Pregnancy and Newborn Neurobehavior. *Pediatrics*, volume 111, number 6, June 2003, pages 1318-1323.
88. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preventing Smoking During Pregnancy. November 2005.
89. Wang, X., et al. Maternal Cigarette Smoking, Metabolic Gene Polymorphism, and Infant Birth Weight. *Journal of the American Medical Association*, volume 287, number 2, January 9, 2002, pages 195-202.
90. Preston, A. M. (1991) Cigarette smoking-nutritional implications. *Prog. Food Nutr. Sci.* 15: 183–217.
91. Institute of Medicine. (2000) Dietary reference intakes for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids. National Academy Press, Washington, D. C.
92. Matthews, F., Yudkin, P., Smith, R. & Neil, A. (2000) Nutrient intakes during pregnancy: the influence of smoking status and age. *J. Epidemiol. Community Health* 54: 17–23.
93. Ortega, R. M., Lopez-Sobaler, A. M., Quintas, M. E., Martinez, R. M. & Andres, P. (1998) The influence of smoking on vitamin C status during the third trimester of pregnancy and on vitamin C levels in maternal milk. *J. Am. Coll. Nutr.* 17: 379–384.
94. Kuhnert, B., Kuhnert, P. & Zarlingo, T. (1988) Association between placental cadmium and zinc and age and parity in pregnant women who smoke. *Obstet. Gynecol.* 71: 67–70.
95. Lovett, Richard (24 September 2005). "Coffee: The demon drink?" (fee required). *New Scientist* (2518). Retrieved on 2007-11-19
96. Nehlig, A; Daval JL, Debry G (1992 May-Aug). "Caffeine and the central nervous system: Mechanisms of action, biochemical, metabolic, and psychostimulant effects". *Brain Res Rev* 17 (2): 139-70.

97. Bolton, Ph.D., Sanford; Gary Null, M.S. (1981). "Caffeine: Psychological Effects, Use and Abuse". *Orthomolecular Psychiatry* 10 (3): 202–211. Retrieved on 2006-08-12
98. Armstrong, LE. Caffeine, body fluid-electrolyte balance, and exercise performance. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 2002. 12:189-206 2002.
99. Armstrong, LE, Pumerantz, AC, Roti, MW et al. Fluid-electrolyte and renal indices of hydration during eleven days of controlled caffeine consumption. July 2004. *In review*
100. Intakes of Selenium, Caffeine, and Theobromine by Adults, 1994–1996
101. Meyer, FP; Canzler E, Giers H, Walther H. (1991). "Time course of inhibition of caffeine elimination in response to the oral depot contraceptive agent Deposiston. Hormonal contraceptives and caffeine elimination". *Zentralbl Gynakol* 113 (6): 297–302. PMID 2058339.
102. Adenosine Mediation of Presynaptic Feedback Inhibition of Glutamate Release, *Neuron* 2005;46,275-283, 21 Απριλίου 2005.
103. Central Nervous System Effects of Caffeine and Adenosine on Fatigue, *American Journal of Physiology Regulatory, Integrative and Comparative Physiology* 2003;284,(2), R399-R404, Φεβρουάριος 2003.
104. Fisone G, G; Borgkvist A, Usiello A (April 2004). "Caffeine as a psychomotor stimulant: mechanism of action". *Cell Mol Life Sci* 61 (7–8): 857-72. doi:10.1007/s00018-003-3269-3 PMID 15095008.
105. Graham T, Rush J, van Soeren M (1994). "Caffeine and exercise: metabolism and performance.". *Can J Appl Physiol* 19 (2): 111-38. PMID 8081318.
106. Fredholm B, Bättig K, Holmén J, Nehlig A, Zvartau E (1999). "Actions of caffeine in the brain with special reference to factors that contribute to its widespread use.". *Pharmacol Rev* 51 (1): 83–133. PMID 10049999.
107. Newton, R; Broughton LJ, Lind MJ, Morrison PJ, Rogers HJ, Bradbrook ID (1981). "Plasma and salivary pharmacokinetics of caffeine in man". *European Journal of Clinical Pharmacology* 21 (1): 45–52
108. Meyer, FP; Canzler E, Giers H, Walther H. (1991). "Time course of inhibition of caffeine elimination in response to the oral depot contraceptive agent Deposiston. Hormonal contraceptives and caffeine elimination". *Zentralbl Gynakol* 113 (6): 297–302.
109. Ortweiler, W; Simon HU, Splinter FK, Peiker G, Siegert C, Traeger A. (1985). "Determination of caffeine and metamizole elimination in pregnancy and after delivery as an in vivo method for characterization of various cytochrome p-450 dependent biotransformation reactions". *Biomed Biochim Acta*.
110. Bolton, Ph.D., Sanford; Gary Null, M.S. (1981). "Caffeine: Psychological Effects, Use and Abuse". *Orthomolecular Psychiatry* 10 (3): 202–211. Retrieved on 2006-08-14.
111. Springhouse (January 1, 2005). *Physician's Drug Handbook; 11th edition*. Lippincott 17. Williams & Wilkins. ISBN 1-58255-396-3.
Caffeine. The Pharmacogenetics and Pharmacogenomics Knowledge Base. Retrieved on 2006-08-14.
112. *Reproductive Toxicology Center. Caffeine. Updated 8/1/07, accessed 1/22/08.*
113. Higdon J. et al (2006). Coffee and health: a review of recent human research. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 46(2):101-23

114. Grosso LM, Rosenberg LD, Belanger K, Saftlas AF, Leaderer B, Bracken MB. Maternal caffeine intake and intrauterine growth retardation. *Epidemiology*, 12(4):447-55, Jul 2001.
115. Savitz, D.A., et al. *Caffeine and Miscarriage Risk. Epidemiology*, volume 19, number 1, January 2008, pages 55-62.
116. B.H. Bech, C. Obel, T.B. Henriksen and J. Olsen, Effect of reducing caffeine intake on birth weight and length of gestation: Randomised controlled trial, *BMJ* 334 (2007), p. 409
117. Higdon J. et al (2006). Coffee and health: a review of recent human research. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 46(2):101-23
118. Weng, X., et al. *Maternal caffeine Consumption during Pregnancy and the Risk of Miscarriage: A Prospective Cohort Study. American Journal of Obstetrics and Gynecology*, published online, January 21, 2008.
119. Kaiser Permanente Study Shows Newer, Stronger Evidence that Caffeine During Pregnancy Increases Miscarriage Risk
Rubin, Rita (2008-01-20). New studies, different outcomes on caffeine, pregnancy (English). *USA TODAY*. Retrieved on 2008-02-20.
120. *Organization of Teratology Information Services (OTIS). Caffeine and Pregnancy. Updated December 2006*
121. Reproductive Toxicology Center. *Caffeine. Updated 8/1/07, accessed 1/22/08.*
122. Bracken, M.B. *Association of Maternal Caffeine Consumption with Decrements in Fetal Growth. American Journal of Epidemiology*, 2003, volume 157, pages 456-466.
123. Clauson, B., et al. *Effect of Caffeine Exposure During Pregnancy on Birth weight and Gestational Age. American Journal of Epidemiology*, 2002, volume 155, number 5, pages 429-436.
124. *J AM Diet Assoc* 2002;102:1470-1490 (Expires December 2007) Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome
125. Higdon J. et al (2006). Coffee and health: a review of recent human research. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 46(2):101-23
126. Fredholm B. et al (1999). Actions of caffeine in the brain with special reference to factors that contribute to its widespread use. *Pharmacological Review* 51,1:83-133
127. Myers M.G. (2004). Effect of Caffeine on Blood Pressure Beyond the Laboratory. *Hypertension* 43:724-5
128. López-García L. et al (2006). Coffee Consumption and Coronary Heart Disease in Men and Women: A Prospective Cohort Study. *Circulation* 113:2045-53
129. Cornelis M.C. and El-Sohemy A. (2007). Coffee, caffeine and coronary heart disease. *Current Opinion in Lipidology* 18(1):13-9
130. Caffeine-related disorders. *Encyclopedia of Mental Disorders*. Retrieved on 2006-08-14.
131. Hefferman AE. *Exercise and pregnancy in primary care. The nurse practitioner* 2000; 25:42,49,53-6.
132. American College of Obstetricians and Gynecologists, *Exercise during pregnancy and the postpartum period*. AGOG technical bulletin 189, DC: ACOG, 1994.
133. Zeanah M, Schlosser SP. Adherence to ACOG *Guidelines on Exercise During Pregnancy: Effects on Pregnancy Outcomes. American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1993; 22:329-335.

134. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee opinion No 267. American College of Obstetricians and Gynecologists. Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol* 2002; 99:171-173.
135. Artal R, O'Toole M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br Journal of Sports Medicine* 2003; 37:6-12.
136. Nahed M, Ezmerli MD. Exercise in pregnancy. *Prim Care Update of Obstet and Gynecologists* 2000; 7:260-265.
137. Jarski R, Trippett DL. The Risk and Benefits Of Exercise During Pregnancy. *The Journal of Family Practice* 1990; 30(2):185-189.
138. Rangarajan U, Kochar MS. Hypertension in Women. Official Publication of the State Medical Society of Wisconsin 2000; 99:65-70.
139. Yeo S, Steele NM, Chang MC, Leclaire SM, Ronis DL, Hayashi R. Effects of exercise on blood pressure in pregnant women with a high risk of gestation hypertensive disorders. *J Reproductive Medicine* 2000; 45(4):293-298.
140. Davies B, Bailey DM, Budgett R, Sanderson D, Griffin D. Intensive training during a twin pregnancy: a Case Report. *International Journal of Sports Medicine* 1999; 20:415-418.
141. Dye TD, Knox KL, Artal R, et al. Physical activity, obesity, and diabetes in pregnancy. *Am Journal Epidemiol* 1997; 146:961-965.
142. Jovanovic-Peterson L, Peterson CM. Exercise and the nutritional management of diabetes during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1996; 23:75-86.
143. Arena B, Maffulli N. Exercise in pregnancy: how safe is it. *Sports Medicine and Arthroscopy review* 2002; 10(1):15-22.
144. Rossner S. Physical activity and prevention and treatment of weight gain associated with pregnancy: current evidence and research issues. *Medicine and Science in sports and exercise* 1999; 31(10):560-563.
145. Goodwin A, Astbury J, McMeeken J. Body image and psychological well being in pregnancy. A comparison of exercisers and non-exercisers. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000; 40(4):442-447.
146. Lobel M, DeVincent CJ, Kaminer A, Meyer BA. The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology* 2000; 19(6):544-553.
147. Mc Murray RG, Motolla MF, Wolfe LA, Artal R, et al. Recent advances in understanding maternal and fetal responses to exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1993; 25(12):1305-1321.
148. Koltyn KF, Schultes SS. Psychological Effects of an Aerobic exercise Session and a Rest Session Following Pregnancy. *Journal of Sports Medicine And Physical Fitness* 1997; 37:287-291.
149. Riemann MK, Kanstrup Hansen IL. Effects on the Fetus of Exercise in Pregnancy. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 2000; 10:12-19.
150. Clapp JF 3d, Kim H, Burciu B, Schmidt S, et al. Continuing Regular Exercise during Pregnancy: Effect of Exercise Volume on Fetoplacental Growth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186:142-147.
151. Institute of Medicine. (2002) DRI Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrates, Fiber, Fat, Protein and Amino Acids (Macronutrients). Washington, DC: National Academy Press.

Σχετικές ιστοσελίδες :

- health.in.gr/news/article.asp?ArticleId=49259
 - <http://health.in.gr/diaita/Article.asp?ArticleId=17389>
 - <http://www.eufic.org/article/el/artid/caffeine>
 - <http://www.eufic.org/article/el/artid/caffeine-health>
- www.wikipedia.com
www.fao.com
www.who.com
www.pubmed.com
www.nutrition.org

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΙΝΑΙ ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΚΑΙ ΑΥΣΤΗΡΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ

«Αλκοόλ, Κάπνισμα, Καφεΐνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης».

**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ &
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Πληροφορίες: Το ερωτηματολόγιο αυτό συντάχθηκε από τρεις σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης στα πλαίσια της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας. Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η διερεύνηση του βαθμού κατανάλωσης αλκοόλ, καπνού και καφεΐνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και των διατροφικών συνηθειών των εγκύων που θα απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο.

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλούμε σημειώστε την απάντησή σας με ένα Χ. Σας διευκρινίζουμε ότι σε κάποιες ερωτήσεις, οι απαντήσεις σας μπορούν να είναι πάνω από μια.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία:

- 16 – 20 21 – 25 26 – 30 31 – 35 36 – 40

2. Τωρινό βάρος:

3. Βάρος πριν την εγκυμοσύνη:

4. Ύψος:

5. Επάγγελμα:

- Φοιτήτρια
 Ελεύθερος Επαγγελματίας
 Δημόσιος Υπάλληλος
 Ιδιωτικός Υπάλληλος
 Άνεργη
 Οικιακά

6. Μορφωτικό επίπεδο:

- Απόφοιτος Δημοτικού
 Απόφοιτος Λυκείου
 Απόφοιτος Ανωτάτης Σχολής (Πανεπιστήμιο κ.λπ.)

7. Σε ποιο μήνα της εγκυμοσύνης βρίσκεστε;

8. Έχει προηγηθεί κάποια άλλη εγκυμοσύνη;

Αν ναι, πόσες;

9. Ηλικία:

- 16 – 20 21 – 25 26 – 30 31 – 35 36 – 40

10. Τωρινό βάρος:

11. Βάρος πριν την εγκυμοσύνη:

12. Ύψος:

13. Επάγγελμα:

- Φοιτήτρια
 Ελεύθερος Επαγγελματίας
 Δημόσιος Υπάλληλος
 Ιδιωτικός Υπάλληλος
 Άνεργη
 Οικιακά

14. Μορφωτικό επίπεδο:

- Απόφοιτος Δημοτικού
 Απόφοιτος Λυκείου
 Απόφοιτος Ανωτάτης Σχολής (Πανεπιστήμιο κ.λπ.)

15. Σε ποιο μήνα της εγκυμοσύνης βρίσκεστε;

16. Έχει προηγηθεί κάποια άλλη εγκυμοσύνη;

Αν ναι, πόσες;

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. Έχετε κάποιο πρόβλημα με την εγκυμοσύνη σας;

- Ναι Όχι

Αν ναι, τι πρόβλημα;

- Ναυτία Σακχ. Διαβήτης
 Εκλαμψία Κάτι άλλο.....

2. Έχετε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας;

- Ναι Όχι

Αν ναι, τι πρόβλημα;

3. Παίρνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας;

- Ναι Όχι

Αν ναι, ποιο συμπλήρωμα διατροφής;

- Σίδηρος
 Ασβέστιο
 Φολλικό οξύ
 Κάτι άλλο.....

Με συνταγή γιατρού;

- Ναι Όχι

4. Έχετε κάνει αιματολογικές εξετάσεις;

Ναι

Όχι

Αν ναι, ποιο χρονικό διάστημα;

Τελευταίο μήνα;

Τελευταίο τρίμηνο;

Τελευταίο εξάμηνο;

Τιμές:

Αιματοκρίτης

Σίδηρος

Αιμοσφαιρίνη

Φερριτίνη

Σάκχαρο

Τριγλυκερίδια

Χοληστερόλη

HDL

LDL

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. Πόσα γεύματα τρώτε καθημερινά;

Πρωινό

Απογεματινό

Δεκατιανό

Βραδινό

Μεσημεριανό

Προ ύπνου

2. Έχουν αλλάξει η διατροφικές σας συνήθειες λόγω της εγκυμοσύνης;

Ναι

Όχι

Αν ναι, σε ποιο επίπεδο, τώρα τρώτε περισσότερο;

Γαλακτοκομικά

Κρεατικά

Φρούτα

Λαχανικά

Τηγανιτά

Βραστά

3. Έχετε συμβουλευτεί κάποιο διαιτολόγο ή γιατρό για τη διατροφή σας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Ναι

Όχι

4. Πως θα περιγράφατε τα αισθήματά σας σε σχέση με το φαγητό αυτή τη περίοδο;

Καλά

Μέτρια

Άσχημα

Κάτι άλλο

5. Η όρεξή σας έχει αυξηθεί λόγω της εγκυμοσύνης;

Ναι

Όχι

6. Σας ανησυχεί ή σας αγχώνει η αύξηση βάρους λόγω της εγκυμοσύνης;

Ναι

Όχι

Αν ναι, πώς το αντιμετωπίζεται;

Τρώω λιγότερο

Τρώω με λιγότερα λιπαρά

Τσιμπολογάω από άγχος

Κάτι άλλο

7. Κυρίως προτιμάτε φαγητά;

Τσιγαριστά

Τηγανιτά

Ψητά

Βραστά

Παρακαλούμε συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα κατά μέσο όρο κατανάλωσης.

8. Σύντομο ημερολόγιο συχνότητας (Κατά μέσον όρο κατανάλωση)

Τρόφιμο	6+	4 - 6	2 - 3	1 φορά	Λίγες	1 φορά	1 - 3
α	φορές	φορές	φορές	την	φορές	την	φορές
	την	την	την	ημέρα	την	εβδομάδ	τον μήνα
	ημέρα	ημέρα	ημέρα		εβδομάδ	α	
					α		

Γαλακτο
κομικά
ΦρούταΛαχανικ
ά
Όσπρια

Ψάρι

Κόκκινο
κρέας
Άσπρο
κρέας
Γλυκά**ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ****1. Καπνίζετε;**

Ναι

Όχι

Αν ναι:

2. Πόσα χρόνια καπνίζετε;

3. Σε ποια ηλικία αρχίσατε το κάπνισμα;

4. Έχετε ελαττώσει ή σταματήσει το κάπνισμα λόγω της εγκυμοσύνης;

Ναι Όχι

Αν όχι, ποιος είναι ο λόγος;

- Δεν μπορώ
- Δεν το θεωρώ απαραίτητο
- Δεν θέλω
- Κάτι άλλο

5. Πόσο καπνίζετε (τσιγάρα / ημέρα);

6. Γνωρίζετε τις βλαπτικές επιδράσεις που έχει το κάπνισμα στο έμβryo;

Ναι Όχι

Αν ναι, ποια είναι η πηγή της ενημέρωσης σας;

- Ο γιατρός σας
- Οικογενειακό / φιλικό περιβάλλον
- Κάποιο βιβλίο
- Κάτι άλλο

ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

1. Πίνετε οινοπνευματώδη ποτά;

Ναι Όχι

Αν ναι, σημειώστε;

- Είδος
- Ποσότητα.....
- Συχνότητα

2. Θεωρείτε τον εαυτό σας εξαρτημένο από το αλκοόλ;

Ναι Όχι

3. Έχετε ελαττώσει ή σταματήσει το αλκοόλ λόγω της εγκυμοσύνης;

Ναι Όχι

Αν όχι, ποιος είναι ο λόγος;

- Δεν μπορώ
- Δεν το θεωρώ απαραίτητο
- Δεν θέλω
- Κάτι άλλο

4. Γνωρίζετε τις βλαπτικές επιδράσεις που έχει το κάπνισμα στο έμβryo;

Ναι Όχι

Αν ναι, ποια είναι η πηγή της ενημέρωσης σας;

- Ο γιατρός σας
- Οικογενειακό / φιλικό περιβάλλον

- Κάποιο βιβλίο
- Κάτι άλλο

ΚΑΦΕΪΝΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

1. Πίνετε καφέ;

- Ναι
- Όχι

Αν ναι, σημειώστε;

- Είδος
- Ποσότητα.....
- Συχνότητα

2. Έχετε ελαττώσει ή σταματήσει την κατανάλωση καφέ λόγω της εγκυμοσύνης;

- Ναι
- Όχι

Αν όχι, ποιος είναι ο λόγος;

- Δεν μπορώ
- Δεν το θεωρώ απαραίτητο
- Δεν θέλω
- Κάτι άλλο

3. Γνωρίζετε τις βλαπτικές επιδράσεις που έχει το κάπνισμα στο έμβryo;

- Ναι
- Όχι

Αν ναι, ποια είναι η πηγή της ενημέρωσης σας;

- Ο γιατρός σας
- Οικογενειακό / φιλικό περιβάλλον
- Κάποιο βιβλίο
- Κάτι άλλο

4. Καταναλώνετε αναψυκτικά τύπου cola και σοκολάτες;

- Ναι
- Όχι

Συχνότητα

Ποσότητα

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας

Με εκτίμηση

Σουλτάνη Κυριακή

Θανάση Ηρένα

Τζαφέρη Στέλλα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: (Για την ενημέρωση των εγκύων γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα)

ΣΥΝΤΟΜΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΚΑΦΕΪΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία μιας εγκυμοσύνης είναι πολλοί και είναι ευρέως αποδεκτό ότι η διατροφική κατάσταση της εγκύου επιδρά στην έκβαση της κύησης και το βάρος του νεογνού. Γι' αυτό είναι αναγκαίο η μητέρα να υιοθετήσει έναν πιο υγιεινό τρόπο διατροφής, ο οποίος θα πρέπει να ξεκινάει πριν από την σύλληψη. Το έμβρυο είναι πολύ ευαίσθητο στη διατροφική ανεπάρκεια καθώς και στην επίδραση διάφορων τοξικών ουσιών (νικοτίνη, αλκοόλ, καφές, φάρμακα) κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, τότε που γίνεται η οργανογένεση.

Όταν μια γυναίκα αποφασίσει να μείνει έγκυος θα πρέπει :

- Να σταματήσει το κάπνισμα (αν βέβαια καπνίζει).
- Να περιορίσει τον καφέ.
- Αν πίνει, να διακόψει όλα τα οινοπνευματώδη.
- Να αποφύγει κάθε μη εντελώς αναγκαίο φάρμακο.
- Να φροντίσει να έχει φυσιολογικό βάρος.
- Θα πρέπει να υιοθετήσει όλους τους κανόνες υγιεινής διατροφής.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Στις αναπτυγμένες χώρες, το κάπνισμα κατά την κύηση αποτελεί την κυριότερη αιτία γέννησης ελλιποβαρών νεογνών ενώ και το παθητικό κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανάπτυξη του εμβρύου. Πιο συγκεκριμένα, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, πνευμονοπαθειών και καρκίνου στη μητέρα και σχετίζεται θετικά με καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου, χαμηλό σωματικό βάρος, πρόωρο τοκετό, συγγενείς ανωμαλίες, αποκόλληση του πλακούντα και αυξημένη θνησιμότητα.

Η νικοτίνη εμποδίζει την κυκλοφορία του αίματος ανάμεσα στη μήτρα και στον πλακούντα προκαλώντας στενώσεις στα αγγεία ενώ το μονοξείδιο του άνθρακα έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή παροχή οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών στο έμβρυο και αύξηση του κινδύνου για μη φυσιολογική ανάπτυξη.

ΑΛΚΟΟΛ

Το αλκοόλ που καταναλώνει μια έγκυος γυναίκα διέρχεται αμέσως στον πλακούντα και συνεπώς η συγκέντρωση του στην κυκλοφορία του εμβρύου αυξάνεται, καθώς το νευρικό σύστημα, το ήπαρ και τα νεφρά του εμβρύου δεν είναι ακόμη καλά σχηματισμένα με αποτέλεσμα να αδυνατούν να το μεταβολίσουν αποτελεσματικά. Η κατανάλωση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη εμποδίζει την παροχή οξυγόνου διαμέσου του ομφάλιου λώρου και οι μεγάλες ποσότητες του αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης εγκεφαλικών αλλοιώσεων, νοητικής καθυστέρησης, μειωμένης ανάπτυξης και προβλημάτων όρασης στο έμβρυο.

Η κυριότερη αρνητική επίδραση της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η εμφάνιση του εμβρυϊκού συνδρόμου του οινοπνεύματος.

ΚΑΦΕΪΝΗ

Τα τελευταία χρόνια έχουν εμφανιστεί στοιχεία που λένε ότι η κατανάλωση καφεΐνης κατά την κύηση έχει αρκετές δυσμενείς επιδράσεις στην πορεία της και στο βάρος του νεογνού. Η καφεΐνη διαπερνά τον πλακούντα και εισέρχεται στο έμβρυο όπου μπορεί να επηρεάσει την καρδιακή και αναπνευστική του λειτουργία.

Επιπλέον, η καφεΐνη εμποδίζει την απορρόφηση σημαντικών ιχνοστοιχείων για τον οργανισμό όπως το ασβέστιο και ο σίδηρος. Πρέπει λοιπόν να περιοριστεί η κατανάλωση της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς επίσης και κατά τον θηλασμό γιατί η καφεΐνη περνάει στο μητρικό γάλα. (ποσότητες καφεΐνης περιέχουν η σοκολάτα, το κακάο, η coca-cola κ.α.)