

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

# Ο ΔΡΟΜΟΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΥΤΟΚΙΑ

*ΜΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ,  
ΤΗΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ*



*Μετέχων σπουδαστής  
Μισμανίδης Δ. Γεώργιος*

*Υπεύθυνη καθηγήτρια  
Γεωργίου Λιαμάντω*

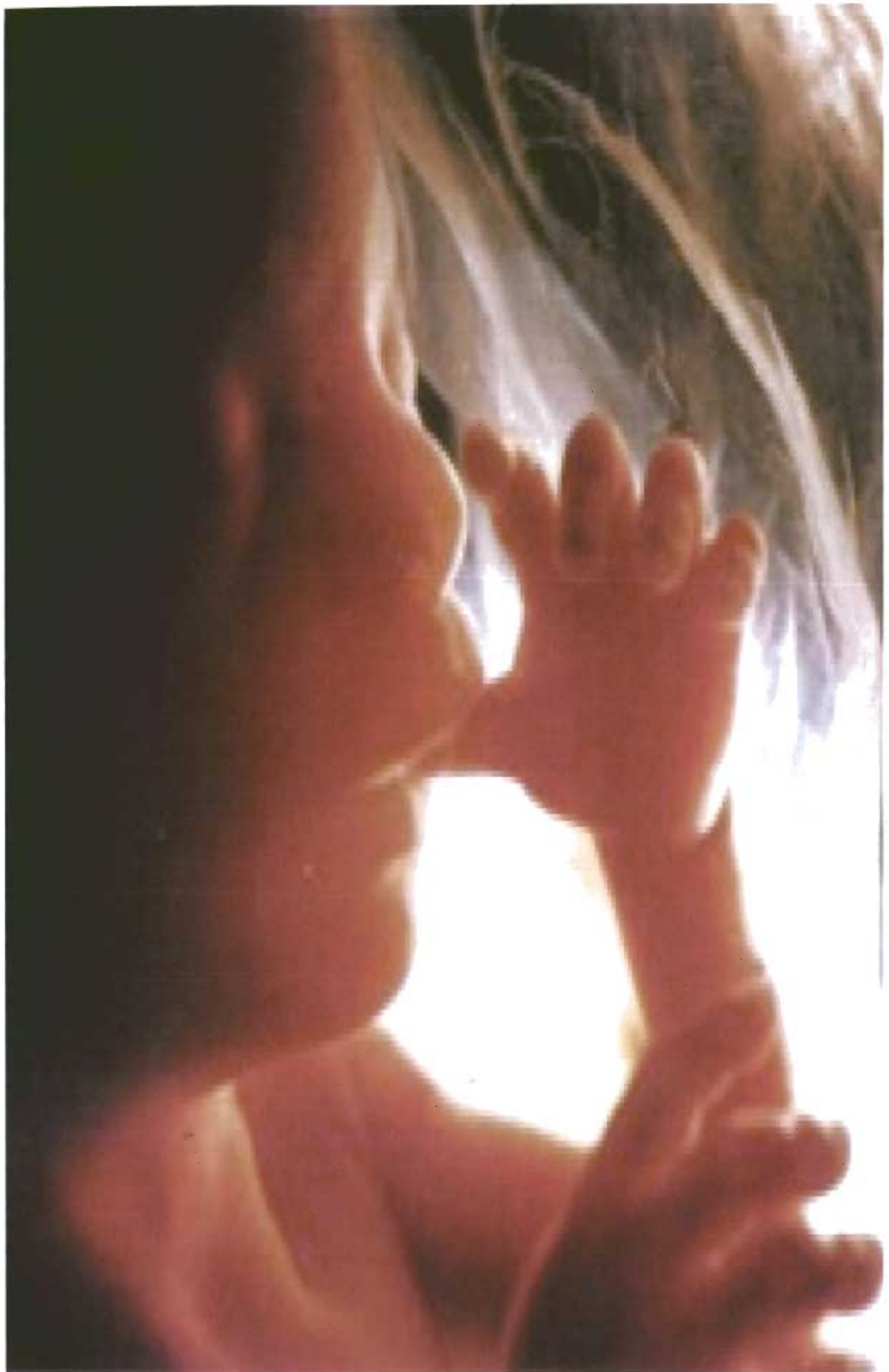
Πάτρα, Νοέμβριος 2005



Αναπνέω την ζωή. Αναπνέω εκείνη. Αναπνέω μέσα στο σκοτάδι αυτού που μέλλεται να ζήσω. Είναι τόσο όμορφα εδώ  
Αναπνέω τη ζωή. Αναπνέω στο αίμα. Αναπνέω μέσα στο νερό της ζωής και της αγίας ευτυχίας. Είναι τόσο όμορφα εδώ  
Νιώθω την ασφάλεια να με αγκαλιάζει. Είναι τόσο ωραία να βρίσκομαι εδώ μαζί σου  
Νιώθω ασφαλής μέσα σου. Και νιώθω λες και η ζωή να αναβλύζει μέσα σου. Το αίμα και το ποτάμι είναι ένα και το αυτό. Είμαστε  
ένα εδώ μαζί. Είμαστε το ίδιο.

Μητέρα, πες μου σε παρακαλώ, θα είμαι ασφαλής στον κόσμο;  
Θα είμαι ασφαλής αν αποφασίσω να γεννηθώ;  
Τι να σκεφτώ για αυτόν τον κόσμο; Τι θα κάνω σε αυτόν τον κόσμο;  
Θα πρέπει να φοβηθώ αυτόν τον κόσμο.

TONI CHILDS "WOMB"



Την ιδιαίτερη μου ενγνωμοσύνη προς την εισηγήτρια μου κα Διαμάντω Γεωργίου, η οποία με την επιμονή της, την διακριτική της καθοδήγηση και την πίστη της σε αυτή την εργασία με βοήθησε στην ολοκλήρωσή της. Δεν υπάρχουν λέξεις για να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην συνάδελφό μου Αναστασία Καράβουλα, για την ενεργητική συμβολή της και τον χειρουργό Ανέστη Παπαδόπουλο για τις ατελείωτες συζητήσεις μας και τα βιβλία που μου δάνεισε. Τέλος, επιθυμώ να ευχαριστήσω την κόρη μου Στέλλα, που με έκανε να δω τον κόσμο διαφορετικά και να της αφιερώσω αυτό το πόνημα. *Πραγματικά της αξίζουν τα λόγια του καθηγητή Jacob Needleman: «Στην ζεστασιά που συνοδεύει το φως».*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6-7
ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.....	8-9
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	10-12

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Η ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ.....	13-15
2.2. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....	15-17
2.3. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....	17-37
2.3.1. Η Μητέρα.....	18-23
2.3.2. Ο Πατέρας.....	23-25
2.3.3. Το Έμβρυο.....	25-28
2.3.4. Εγκυμοσύνη και Γάμος.....	28-29
2.3.5. Εγκυμοσύνη και Σεξουαλικότητα.....	29-32
2.3.6. Γυναίκα Μόνη και Μητέρα.....	32-35
2.3.7. Ψυχοπαθολογικές καταστάσεις στην Εγκυμοσύνη.....	35-37
2.4. ΠΡΟΚΛΗΤΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	38
2.4.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις της προκλητής διακοπής της κύησης.....	38-40
2.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις της αυτόματης διακοπής της κύησης.....	40-42
2.5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ.....	42-45
2.6. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....	46-53
2.6.1. Η παρουσία του πατέρα στον τοκετό.....	47-50
2.6.2. Το νεογνό.....	50-51
2.6.3. Πρόωρα νεογνά και νεογνά στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας... ..	51-53
2.6.4. Το νεογέννητο κοντά στην μητέρα του (Rooming-In).....	54-55
2.7. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ.....	56-67
2.7.1. Η γυναίκα στην λοχεία.....	58-61
2.7.2. Η πρόωρη επαφή πατέρα-νεογνού.....	61-63
2.7.3. Η σχέση του ζευγαριού .....	63-65
2.7.4. Επιλόχειος ψύχωση.....	65-67
2.8. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	

ΤΟΚΕΤΟΥ.....	68-87
2.8.1. Τοκετός στο σπίτι.....	71-75
2.8.2. Η μέθοδος Lamaze (Ψυχοπροφυλακτική μέθοδος).....	75-77
2.8.3. Η μέθοδος Leboyer.....	78-79
2.8.4. Τοκετός στο νερό (Η μέθοδος Odent).....	79-82
2.8.5. Γιόγκα.....	83-84
2.8.6. Παραδοσιακή Κινέζικη ιατρική (Βελονισμός).....	84-86
2.8.7. Άλλες εναλλακτικές μέθοδοι.....	86-87
2.9. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΕΝΕΘΛΙΟΥ ΗΧΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΗΣ.....	88-91
2.9.1. Το υγιές περιβάλλον της μήτρας.....	89-91
2.9.2. Ήχος και εκμάθηση κατά την ενδομήτριο ζωή.....	91

### ΚΕΦΑΛΛΙΟ 3

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	92-96
-------------------	-------

### ΚΕΦΑΛΛΙΟ 4

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ, ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ.....	97-105
---	--------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	106
-------------------	-----

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Υπάρχουν δύο τρόποι για να ζήσεις τη ζωή σου. Ο ένας είναι λες ότι τίποτα δεν είναι θαύμα. Ο άλλος είναι σα να είναι τα πάντα ένα θαύμα» (Α. Einstein). Στα μάτια και τις καρδιές των περισσότερων ανθρώπων, ένα νεογέννητο μωρό είναι ένα θαύμα. Η δημιουργία αυτής της μικροσκοπικής κατάπληξης είναι, επίσης, ένα απίστευτο πολύτιμο και μαγικό δώρο, που γίνεται, συνήθως, δεκτό με ενθουσιασμό, δέος και αρκετή περιέργεια.

Η εγκυμοσύνη και γενικότερα η περιγεννητική περίοδος είναι ένας χρόνος χαράς και μαγείας. Η ανάπτυξη του εμβρύου και η γέννηση ενός μωρού αποτελούν ένα πέρασμα σε μια ολότελα νέα αίσθηση της ύπαρξης και ένα νέο στάδιο ζωής για το ζευγάρι. Η γονεϊκότητα περικλείει μια αίσθηση δημιουργίας. Είναι η εποχή της ωριμότητας και της αγάπης, που πρέπει να κατανοηθεί και να γιορταστεί (Meltzer, D., 1998, Chasse, J. D., 2004).

Πώς να δημιουργήσει κανείς τις καταλληλότερες συνθήκες, για να επιτρέψει σ' ένα μωρό που εγκατέλειψε το ενδομητρικό περιβάλλον να συνεχίσει την ωρίμανσή του μέσα στις καλύτερες συνθήκες; Πώς να του προσφέρει στην εξωτερική πραγματικότητα, εκείνο το περιβάλλον που μοιάζει περισσότερο με την ενδομήτρια ζωή; Ποια είναι τα βιώματα της μητέρας, του πατέρα και του μωρού; Με ποιο τρόπο βιώνουν τις εναλλαγές της εγκυμοσύνης, της γέννησης και της λοχείας οι γονείς και το μωρό;

Σε αυτή την εργασία θέλησα μέσα από επισταμένη βιβλιογραφική έρευνα να απαντήσω στα παραπάνω ερωτήματα και κυρίως να εξερευνήσω τις δυνατότητες συμμετοχής των Κοινωνικών Λειτουργών στην περιγεννητική περίοδο.

Στην μελέτη παρουσιάζονται οι βασικές έννοιες, οι οποίες οδηγούν στην ανάγκη να προσεγγίζουμε σήμερα την κύηση, την λοχεία, την περιγεννητική και βρεφική περίοδο, όχι μόνο από ιατρική αλλά και από ψυχοκοινωνική άποψη. Η ανάγκη αυτή υπαγορεύεται αφενός μεν από τις νέες δυνατότητες ανθρώπινης αναπαραγωγής (οι οποίες πολύ συχνά δημιουργούν ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα), αφετέρου δε από τη βεβαιότητα των κλινικών ευρημάτων ότι, η

εγκυμοσύνη αποτελεί για την γυναίκα εξελικτική κρίση (Karlan, H., 1994, Μιχαλέλη, Μ., 1997). Επομένως αυτό την καθιστά κατ' εξοχήν περίοδο προληπτικής παρέμβασης σε ό,τι αφορά την ψυχοσωματική εξέλιξη του παιδιού που θα γεννήσει (Μιχαλέλη, Μ., 1997).

Στην μελέτη αυτή γίνεται ανάλυση των συναισθηματικών ζητημάτων που αντιμετωπίζει η μέλλουσα μητέρα και ο μελλοντικός πατέρας στο καθένα από τα τρία τρίμηνα της εγκυμοσύνης αλλά και στην περίοδο της λοχείας.

Εξάλλου οι σύγχρονες γνώσεις μας σχετικά με τις θεαματικές ικανότητες του νεογέννητου οδήγησαν στην μελέτη της συμβολής του στη δημιουργία των πρώιμων σχέσεων, που θα εγκαθιδρύσει με τα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντός του (Negri, R., 1998, Μιχαλέλη, Μ., 1997).

Τέλος παρουσιάζονται εναλλακτικές μέθοδοι προετοιμασίας τοκετού, ώστε ο αναγνώστης να έχει μια σαφή εικόνα των δυνατοτήτων που προσφέρονται σήμερα για έναν φυσιολογικό, μη τραυματικό τοκετό.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η μελέτη αυτή δεν αφορά παθολογικές καταστάσεις της κύησης, του τοκετού και της λοχείας. Επίσης δεν αναφέρεται σε κήσεις οι οποίες είναι αποτέλεσμα βίας (βιασμοί, αιμομιξία, κ. ά.).



## ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ενώ η Ψυχολογία – ιδιαίτερα η ψυχανάλυση – γίνεται όλο και πιο συνειδητά καλλιτεχνική, η Ιατρική γίνεται όλο και λιγότερο μια τέχνη και όλο και περισσότερο ένα σύνολο από μηχανήματα και εργαστήρια. Η εγκυμοσύνη και η γέννηση, όμως, είναι στην πραγματικότητα μυστηριώδη. Ανήκουν στα γεγονότα που, όπως λέει ο Meltzer είμαστε σε θέση να τα περιγράψουμε και όχι να τα εξηγήσουμε για τον απλό λόγο ότι δεν υπάρχει τίποτα να εξηγήσουμε (Meltzer, R., 1998).

Ο ιατρός Tom Berry Brazelton θέτει το πρόβλημα πολύ εύστοχα: «Προσπαθώντας να επινοήσουμε αποστειρωμένες τεχνικές τοκετού που να παρέχουν ασφάλεια στη μητέρα και προσπαθώντας να αναπτύξουμε την τεχνολογία και τις μεθόδους για ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα για τα νεογνά, δημιουργήσαμε μια ατμόσφαιρα παθολογίας και ιατρικού ελέγχου γύρω από την όλη διαδικασία του τοκετού. Όταν ηρεμήσαμε και αισθανθήκαμε πιο άνετα σε ό,τι αφορά τα θέματα ασφαλείας και αποστείρωσης, έγινε φανερό ότι είχαμε αγνοήσει τα προσωπικά θέματα των ίδιων των γονέων. Ένιωθαν σαν παθητικοί ασθενείς αντί να νέοι γονείς που περίμεναν (και είχαν ανάγκη) να νιώσουν πως έχουν τον έλεγχο και την ικανότητα για τη φροντίδα του νέου τους μωρού. Η χορήγηση φαρμάκων που ελαττώνουν τον πόνο κατά τον τοκετό και τη γέννηση και δίνει τη δυνατότητα στο ιατρικό προσωπικό να ελέγχει την κατάσταση καλύτερα, βρήκαμε πως δημιουργούσε στις μητέρες και τα μωρά τους καταπόνηση και σχετικά υποτονική συμπεριφορά επί μερες μετά τον τοκετό. Επιπλέον, μετά από φαρμακευτική αγωγή οι μητέρες ένιωθαν «εκτός ελέγχου» και στο έλεος των άλλων, ενώ επιθυμούσαν να νιώθουν αποτελεσματικές και αυτόνομες. Οι πατέρες, που για πολύ καιρό αποκλείονταν από την όλη διαδικασία, ένιωθαν αποκλεισμένοι και άχρηστοι, ενώ θα έπρεπε να τους συμπεριλαμβάνουμε και να τους στηρίζουμε.» (Από τον πρόλογο του T. B Braselton στο βιβλίο Ένας Μοναδικός Δεσμός, Μετ. Χαρούλα Καρατζά, σελ. 11, Εκδόσεις Ρέω, 2004).

Η Κοινωνική Εργασία είναι μια επιστήμη, θεωρία και πράξη, για τον άνθρωπο, για τα πάθη του, τις αδυναμίες του, τα προβλήματά του και όχι για την ψυχρή λογική και την τεχνοκρατία. Στην ευαίσθητη για το ζευγάρι περιγεννητική περίοδο, φαίνεται να έχουμε λησμονήσει ότι έχουμε να κάνουμε με ανθρώπους, σώμα, ψυχή και πνεύμα (Peterson, G., 2004). Οι ουμανιστές επιστήμονες φαίνεται να οπισθοχωρούν μπροστά στην αυθεντία των τεχνοκρατών και σημαντικά ζητήματα της ζωής αντιμετωπίζονται μονοδιάστατα και όχι στην πραγματική τους βάση (Bly, R., 1994).

Η εργασία μου αυτή αναφέρεται στην συναισθηματική εμπειρία της μητέρας, του πατέρα και του νεογέννητου κατά την περιγεννητική περίοδο. Εμπεριέχει ένα φιλοσοφικό στοχασμό που ξεπερνά κατά πολύ την ανθρώπινη διάθεση να προσφέρει υποστήριξη και ανακούφιση.

Στόχο έχει να προβληματίσει και, ίσως, να αποτελέσει αφορμή για περαιτέρω μελέτη πάνω στο θέμα της εγκυμοσύνης και της γέννησης καθώς και την δυνατότητα εμπλοκής των Κοινωνικών Λειτουργών στην διαδικασία αυτή. Είναι γνωστό ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αντιμετωπίζουν στην άσκηση των καθηκόντων τους προβληματικές καταστάσεις της περιγεννητικής περιόδου. Εργάζονται σε προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, Σεξουαλικής Αγωγής και Αγωγής της Υγείας (πρόληψη). Εργάζονται σε νοσοκομειακές δομές που αντικείμενό τους έχουν την εφηβική εγκυμοσύνη, την εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου, τις εγκύους που είναι μόνες (θεραπευτική παρέμβαση). Εργάζονται με άτομα, οικογένειες και ομάδες που σε κάποια φάση της ζωής τους αντιμετωπίζουν προβλήματα (Παπαϊωάννου, Κ., 2000).

Αν όλα αυτά είναι σωστά οι Κοινωνικοί Λειτουργοί πρέπει να διεκδικήσουν δυναμικά έναν ενεργό ρόλο στην ψυχοκοινωνική προετοιμασία της εγκυμοσύνης, της γέννησης και της γονεϊκότητας.

## ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

- **Η Γέννηση** είναι η έξοδος από τη μητέρα ενός ή περισσότερων εμβρύων βάρους >500 γρ. ή μήκους >25 εκ. ή > 24 εβδομάδων κύησης (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).
- **Η Γέννηση Νεογνού** (>24 εβδομάδων κύησης) που αναπνέει κατά την γέννηση ή δείχνει άλλα σημεία ζωής, όπως είναι οι καρδιακοί παλμοί και οι αυτόματες κινήσεις (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).
- **Περιγεννητική περίοδος** είναι το χρονικό διάστημα από την 28<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης μέχρι την 7<sup>η</sup> ημέρα ζωής του νεογνού (Λαγός, Π., Αντωνιάδης, Σ., 1990).
- **Ηλικία κύησης** είναι η διάρκεια της κύησης που μετριέται από την 1<sup>η</sup> ημέρα της τελευταίας έμμηνης ρύσης (Παπαδάτος, Κ., Λιακάκος, Δ., Σινανιώτης, Κ., Σπυρίδης, Π., Μαθιουδάκης, Ι., Μυριοκεφαλιτάκης, Ν., 1987).
- **Μαιευτική** είναι ο κλάδος της Ιατρικής που ασχολείται με την φυσιολογία και τα προβλήματα του Αναπαραγωγικού συστήματος του Ανθρώπου (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).
- **Νεογνό** ονομάζεται το βρέφος από την 1<sup>η</sup> ημέρα ζωής του μέχρι την 28<sup>η</sup> και η περίοδος αυτή καλείται **νεογνική περίοδος** (Λαγός, Π., Αντωνιάδης, Σ., 1990).
- **Νεογνολογία** είναι κλάδος της Παιδιατρικής που ασχολείται με την φυσιολογία, τις παθολογικές καταστάσεις και γενικότερα τα προβλήματα του νεογέννητου (Παπαδάτος, Κ., Λιακάκος, Δ., Σινανιώτης, Κ., Σπυρίδης, Π., Μαθιουδάκης, Ι., Μυριοκεφαλιτάκης, Ν., 1987).
- **Πρόωρο νεογνό** είναι αυτό που γεννάται πριν από την συμπλήρωση της 37<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).

- **Βρεφική περίοδος** ονομάζεται η περίοδος από την γέννηση μέχρι το 1<sup>ο</sup> έτος της ζωής. Διακρίνεται στη νεογνική και τη μετανεογνική περίοδο (Παπαδάτος, Κ., Λιακάκος, Δ., Σινανιώτης, Κ., Σπυρίδης, Π., Μαθιουδάκης, Ι., Μυριοκεφαλιτάκης, Ν., 1987).
- **Φυσιολογικός τοκετός** είναι το σύνολο των φυσιολογικών εκείνων λειτουργιών, που αποσκοπούν στην αυτόματη έξοδο του εμβρύου με τους υμένες του, τον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα, από τον πνευλογεννητικό σωλήνα (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).
- **Η διαστολή του τραχηλικού στομίου** αφορά το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, ορίζεται σε εκατοστά του μέτρου και θεωρείται ως τελεία, όταν φθάσει τα 10 εκατοστά. (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).
- Η αυτόματη διακοπή της κύησης, πριν γίνει βιώσιμο το έμβρυο ή όταν το βάρος του δεν ξεπερνά τα 500 γραμμάρια, ονομάζεται **αυτόματη έκτρωση (Α. Ε.)** (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).
- Η βίαιη διακοπή της κύησης πριν γίνει βιώσιμο το έμβρυο ονομάζεται **τεχνητή έκτρωση (Τ. Ε.)**. Η τεχνητή διακοπή της κύησης ανάλογα με τους λόγους που οδηγούν στην εκτέλεσή της, διακρίνεται σε θεραπευτική, νόμιμη και σε παράνομη. Η παράνομη τεχνητή διακοπή της κύησης χαρακτηρίζεται και με τους όρους εγκληματική έκτρωση ή άμβλωση. Οι όροι αυτοί ισχύουν για τις κυήσεις ηλικίας μέχρι 24 εβδομάδων και εφ' όσον το βάρος του εμβρύου δεν ξεπερνά τα 500 γραμμάρια. (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).
- **Οικογενειακός Προγραμματισμός** είναι τρόπος ζωής και τρόπος σκέψης που υιοθετείται θεληματικά και βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις και υπεύθυνες αποφάσεις, που λαμβάνουν άτομα ή ζευγάρια για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας (Παπαχρήστος, Χ., 2000).
- **Λοχεία** είναι η περίοδος της αναπαραγωγικής λειτουργίας μετά το τέλος του τοκετού. Η λοχεία διαρκεί 6 έως 8 εβδομάδες και χαρακτηρίζεται από ένα

πλήθος μεταβολών που συμβαίνουν στον οργανισμό της γυναίκας η οποία χαρακτηρίζεται ως λεχωϊς (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).

- **Δέσιμο** είναι ο όρος που αναφέρεται στο δεσμό από το γονέα προς το νεογέννητο (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).
- **Προσκόλληση** είναι ο όρος που αναφέρεται από το νεογέννητο προς τον γονέα (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).
- **Δεσμός** ορίζεται η μοναδική σχέση μεταξύ δύο ανθρώπων που είναι συγκεκριμένη και αντέχει στο χρόνο (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1. Η ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η προγεννητική περίοδος περιλαμβάνει τη φάση, όπου δυο διαφορετικές προσωπικότητες προσπαθούν να έρθουν κοντά, να γνωριστούν. Επιθυμούν να ενώσουν τις ζωές τους, κουβαλώντας όμως ο καθένας τα βιώματά του. Συχνά προστίθενται σε αυτά και οι προσδοκίες των γονέων τους, αλλά και του κοινωνικού περίγυρου, όπου δυσκολεύουν περισσότερο τα πράγματα (Γκόσμα, Μ., 2003).

Στη συνέχεια η προγεννητική περίοδος περιλαμβάνει τη φάση της απόφασης απόκτησης παιδιού, τη σύλληψη και την περίοδο της εγκυμοσύνης, οι οποίες βέβαια, εξαρτώνται πολύ από την προσωπικότητα των μελλοντικών γονέων. Η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι μια συνειδητή επιλογή ή μπορεί να συμβεί τυχαία (Γκόσμα, Μ., 2003).

Σ' αυτή τη φάση της προετοιμασίας για τη σύλληψη, οι μελλοντικοί γονείς χρειάζεται να εμπιστευτούν τον εαυτό τους και το σχέδιο της φύσης. Χρειάζεται να συνειδητοποιήσουν ότι μέσω αυτών θα ενσαρκωθεί μια καινούργια ψυχή, θα δημιουργηθεί ένας νέος άνθρωπος. Έτσι, λοιπόν, απαιτείται και από τους δυο να βρίσκονται στην καλύτερη στιγμή της βιολογικής και ψυχολογικής τους υγείας (Μωραΐτου, Μ., 2003).

Από την πρώτη στιγμή μετά τη σύλληψη αρχίζει η συνεργασία της μέλλουσας μητέρας με το έμβryo. Είναι σημαντικό να τ' αποδέχεται, γιατί έχουν ν' ανταλλάξουν «δώρα» μεταξύ τους. Το έμβryo της δίνει μηνύματα, που πρέπει να τ' ακούει και να τ' αντιλαμβάνεται. Αν τα μάχεται, η σχέση δυσκολεύει. Την εκπαιδεύει, για να το εκπαιδεύσει (Μωραΐτου, Μ., 2003).

Εδώ χρειάζεται ο σύζυγος, αν είναι έτοιμος, να σταθεί δίπλα στην έγκυο με κατανόηση και ευαισθησία. Αν προσπαθήσουμε να τη νιώσουμε, θα αισθάνεται πιο δυνατή γιατί δεν θα νιώθει μόνη. Χρειάζεται ενθάρρυνση με εμπιστοσύνη και σεβασμό στη σοφία του ανθρώπινου οργανισμού. Με αυτό τον τρόπο θα εμπιστευτεί και η γυναίκα τον εαυτό της (Peterson, G., 2004).

Σύμφωνα με την Peterson χρειάζεται ο άνδρας και η γυναίκα να συνεργαστούν μεταξύ τους με τρυφερότητα, αγάπη και σεβασμό για καλύτερη επικοινωνία. Να συνεργαστούν μεταξύ τους με υπομονή και αγάπη για την προαγωγή της σχέσης τους με συνειδητότητα. Χρειάζεται να αποδεχτούν ο ένας τον άλλον και από κοινού να υλοποιούν τις αποφάσεις τους. Εάν εκείνοι ως ζευγάρι καλλιεργούν σωστά τον εαυτό τους, τότε θα έχουν περισσότερες πιθανότητες για ευκολότερο γονεϊκό ρόλο (Peterson, G., 2004).

Η Γκόσμα υποστηρίζει ότι η παροχή θα είναι τεράστια, αν συντελέσουμε, ως κοινωνία, σωστά σ' αυτό το έργο, που είναι μεγαλειώδες για τη ζωή. Η διακριτική επαφή με την έγκυο προσφέρει κάθε φορά και μεγαλύτερη γνώση. Μας μαθαίνει περισσότερο παρά την μαθαίνουμε. Μας κάνει να συνειδητοποιήσουμε την ουσία της ζωής. Άλλωστε, η γυναίκα σε όλες τις χώρες του κόσμου, σε όλους τους πολιτισμούς σε όλες τις χρονικές περιόδους με τη διαίθησή της έχει ήδη ανακαλύψει το σχέδιο της ζωής. (Γκόσμα, Μ., 2003).

Ο σχηματισμός των οργάνων του ανθρώπου είναι προγραμματισμένος γενετικά, αλλά, συγχρόνως, εξαρτάται από το στενό δεσμό της μητέρας με το έμβρυο της. Η ψυχική υγεία του ενήλικα σχηματίζεται «εν σπέρματι». Η έγκυος γυναίκα πρέπει να προσέχει τι σκέφτεται, τι λέει και τι κάνει. Να προσέχει την διατροφή της. Να λέει στο παιδί της την αλήθεια, να έχει πραγματική επικοινωνία μαζί του, γιατί μ' αυτόν τον τρόπο του δίνει ηθική κατεύθυνση. Να διδάσκει την τρυφερότητα και την αγάπη. Να επικοινωνεί μαζί του, ώστε να το εκπαιδεύει στην επικοινωνία του αργότερα με τον υπόλοιπο κόσμο. Να το αισθάνεται, να το νιώθει. Να προσέχει τη σχέση με τον άνδρα της, τον πατέρα του, την υγεία τους, τη στάση τους μέσα στη ζωή, γιατί έτσι το διαπαιδαγωγούν. Να συνεργάζονται, να του μιλάνε, να το χαίρονται, να προετοιμάζονται και οι τρεις μαζί για την μεγάλη στιγμή της γέννησης (Γκόσμα, Μ., 2003, Μωραΐτου, Μ., 2003).

Όπως δηλώνει η ψυχολόγος Μωραΐτου η σημασία της προγεννητικής εκπαίδευσης είναι μεγάλη, επειδή η προγεννητική περίοδος είναι θεμελιώδους σημασίας-περισσότερο ίσως και από τις επόμενες περιόδους της ζωής - αφού είναι η περίοδος όπου η μέλλουσα μητέρα, το ζευγάρι πιο σωστά, εκπαιδεύει τα τρία βασικά κέντρα της ανθρώπινης οντότητας: την καρδιά, την σκέψη και την θέληση (Μωραΐτου, Μ., 2003).

Η ίδια επίσης λέει ότι είναι η περίοδος που κυοφορείται ο χαρακτήρας του αυριανού ανθρώπου, του ανθρώπου που θα εμπιστευτεί τη ζωή και θα μπορεί ν'

αντιμετωπίσει με υπομονή τον πόνο, του ανθρώπου της ειρηνικής συνύπαρξης και της αποδοχής στο διαφορετικό. (Μωραΐτου, Μ., 2003).

Από εδώ ξεκινάει η ανάπτυξη της μελλοντικής οικογένειας και της κοινωνίας, η επικοινωνία των λαών και η αλληλεγγύη. Από αυτήν την περίοδο προετοιμάζεται ο πολιτισμός του μέλλοντος. Αν αντιληφθούμε τη σημασία της, θα έχουμε αντιληφθεί πλήρως πως συλλαμβάνεται, κυοφορείται και γεννιέται η ανθρωπότητα σ' ολόκληρο τον πλανήτη. (Μωραΐτου, Μ., 2003).

## 2. 2. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Το πρώτο σημείο μιας πιθανής εγκυμοσύνης είναι η καθυστέρηση της έλευσης της εμμήνου ρύσης για περισσότερο από επτά ημέρες. Αλλά σημεία που συνηγορούν για πιθανή εγκυμοσύνη είναι η υπερευαισθησία και υπεραιμία των μαστών, οι αλλαγές στο σχήμα και το μέγεθός τους, η ναυτία με ή χωρίς εμετούς (κυρίως κατά τις πρωινές ώρες), η συχνουρία και η κόπωση (Δετοράκης, Ι., Παπαγεωργίου, Ι., 2002).

Η διάγνωση τίθεται 10-15 ημέρες μετά την γονιμοποίηση με δοκιμασία για την ανίχνευση χορειακής γοναδοτροπίνης (HCG) η οποία παράγεται από τον πλακούντα. Για την οριστική διάγνωση απαιτείται διπλασιασμός των επιπέδων της HCG, εντοπισμός εμβρυικών παλμών και κινήσεων μέσω υπερηχογραφικού ελέγχου (4<sup>η</sup> εβδομάδα μετά την γονιμοποίηση) (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).

Η εγκυμοσύνη χωρίζεται σε τρία τρίμηνα, αρχής γενομένης από την πρώτη ημέρα του τελευταίου εμμηνορυσιακού κύκλου. Η πιθανή ημερομηνία τοκετού υπολογίζεται με αφαίρεση επτά ημερών από την πρώτη ημέρα του τελευταίου εμμηνορυσιακού κύκλου και πρόσθεση εννέα μηνών. Η έγκυος γυναίκα μπορεί να βιώσει έντονο άγχος γύρω από διάφορα ζητήματα, καθώς η εγκυμοσύνη προχωράει από το ένα τρίμηνο στο άλλο (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).

Κατά την διάρκεια του πρώτου τριμήνου η γυναίκα πρέπει να προσαρμοστεί στις αλλαγές της φυσικής της κατάστασης. Η διογκούμενη μήτρα πιέζει την κύστη και το ορθό, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα και συχνουρία (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988). Τα επίπεδα οιστρογόνων αυξάνουν με αποτέλεσμα την μείωση της λίμπιντο. Άλλες όμως γυναίκες μπορεί να αποφεύγουν την σεξουαλική



επαφή γιατί θεωρούν ότι έχουν πάψει να είναι ελκυστικές εξαιτίας της σωματικής τους αλλαγής (Kaplan, H., 1994).

Κατά την διάρκεια του δευτέρου τριμήνου οι αλλαγές είναι πλέον ορατές και η αίσθηση της πραγματικότητας γίνεται πιο έντονη. Ουσιαστικά είναι το πέρασμα από το στάδιο του «δεν μπορώ να το πιστέψω» σε εκείνο του «στ' αλήθεια θα κάνω παιδί». Ένα μείζον συμβάν αυτού του τριμήνου είναι η αίσθηση ότι το έμβρυο «κλωτσάει» (16<sup>η</sup> με 20<sup>η</sup> εβδομάδα) – δηλαδή η αίσθηση που έχει η μητέρα ότι το έμβρυο κινείται. Αυτή η αίσθηση ενισχύει την ψυχική εικόνα που έχει η μητέρα για το μελλοντικό παιδί της. Σε πολλούς πολιτισμούς υπάρχει η πεποίθηση ότι το είδος αυτών των εμβρυικών κινήσεων αντικατοπτρίζει την μελλοντική προσωπικότητα του βρέφους. Τέτοιου είδους πεποιθήσεις συχνά γίνονται αιτία άγχους ή κατάθλιψης για την έγκυο, ιδιαίτερα εάν έρχονται σε αντίθεση με τις προσδοκίες της. Για τις περισσότερες, όμως, έγκυες οι «κλωτσιές» του εμβρύου αποτελούν ένα χαρμόσυνο μήνυμα ζωότητας και υγείας προς τον έξω κόσμο, το οποίο συνήθως μοιράζεται το ζευγάρι. Εάν ήδη υπάρχουν άλλα παιδιά, το να τους επιτραπεί να νιώσουν τις κινήσεις του εμβρύου, τα βοηθάει να προετοιμαστούν για την έλευση του νέου παιδιού και να επεξεργαστούν τα πιθανά ζητήματα αδελφικής αντιζηλίας (Kaplan, H., 1994, Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Spock, B., 1987, Stern, E. S., 2005).

Στο τρίτο και τελευταίο τρίμηνο υπάρχει αίσθημα διάτασης της κοιλιάς καθώς ο όγκος αυξάνει. Διαλείπουσες προπαρασκευαστικές μητρικές συσπάσεις γίνονται αντιληπτές και, όχι σπάνια, συγχέονται με πραγματικό τοκετό (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988). Καθώς η εγκυμοσύνη προχωρά στο τέλος της τίθενται πρακτικά ζητήματα σε σχέση με την έλευση του μωρού (ποιος θα το φροντίζει, τι θα φοράει, διάφορα οικονομικά θέματα κ.ά.). Παράλληλα γίνονται οι απαραίτητες προετοιμασίες για τον τοκετό και την μετά την γέννηση φροντίδα του μωρού (πώς θα μεταβεί η έγκυος στο μαιευτήριο, αν θα θηλάσει, αν θα δεχθεί φαρμακευτική αναλγησία κ.ά.). Συχνά οι γονείς ανησυχούν για ορισμένα ζητήματα υγείας, όπως αν το μωρό θα έχει κάποια δυσμορφία, αλλά σε πολλές περιπτώσεις δεν εξωτερικεύουν με λόγια αυτές τις ανησυχίες τους. Εάν ο ένας ή και οι δύο από τους γονείς επιδείξουν αυξημένο άγχος και ανησυχία, καθώς πλησιάζει η πιθανή ημερομηνία του τοκετού, αυτά τα ζητήματα που τους προκαλούν άγχος θα πρέπει να συζητηθούν είτε πρόσωπο με πρόσωπο με κάποιον ειδικό, είτε στα πλαίσια μιας ομάδας προετοιμασίας τοκετού (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Stern, E. S., 2005).

### 2. 3. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Δεν έχει περάσει ένας αιώνας από τότε, που ο S.Freud έφερε αναστάτωση στις συνειδήσεις των Ευρωπαίων επιβεβαιώνοντας μεταξύ άλλων ότι, η ψυχική ισορροπία του ενήλικα εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τα βιώματα αλλά και τα τραύματα, που υφίστανται κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του (Μιχαλέλη Μ., 1996).

Σήμερα υποδεχόμαστε το νεογέννητο σε μια πυρηνική οικογένεια, πολύ συχνά μονογονεϊκή ή ξεριζωμένη από τον τόπο και χώρο καταγωγής της. Μωρά πολύτιμα και σπάνια: Συχνά προγραμματίζεται χρονικά ή γέννησή τους σύμφωνα με την επιθυμία των γονέων τους, ελέγχεται και παρακολουθείται η κήση τους, σύμφωνα με τεχνικές υπερεξελιγμένες. Και όταν το, παιδί δεν έρχεται, όλα τα επιτεύγματα της μαιευτικής μπαίνουν σε λειτουργία για «να το κάνουν να έρθει» (Μιχαλέλη Μ., 1996).

Είναι γνωστό ότι, τόσο η ελληνική και γενικότερα οι περισσότερες Ευρωπαϊκές κοινωνίες αντιμετωπίζουν έντονο δημογραφικό πρόβλημα. Κάθε κήση είναι υπερπολύτιμη. Τα σύγχρονα ζευγάρια διεκδικούν, συχνά πεισματικά την απόκτηση ενός παιδιού, μέσω των δυνατοτήτων που τους παρέχει η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία της αναπαραγωγής (Μιχαλέλη, Μ., 1996).

Όπως δείχνουν οι έρευνες των τελευταίων 30 ετών οι ικανότητες του νεογέννητου είναι πολυάριθμες, πολύπλοκες και εντυπωσιακές ήδη από τη στιγμή της γέννησής του, αλλά και πριν από αυτήν (Karlan H., 1994, Klaus M. H., Kennell J. H., Klaus P. H., 2004, Μιχαλέλη Μ., 1996, Παρασκευόπουλος Ι., 1992, Srock, B., 1987).

Ακολουθώντας το παράδειγμα των ηθολόγων, ο Bowlby πρώτος απέδειξε ότι η δημιουργία ενός πολύ στενού αρχικού δεσμού ανάμεσα στο βρέφος και την μητέρα του ή ένα άλλο μόνιμο και σταθερό πρόσωπο, που φροντίζει το μωρό, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή εξέλιξη του κατά τη βρεφική περίοδο, αλλά και για τις μετέπειτα σχέσεις, που θα αναπτύξει το παιδί με το περιβάλλον του.

Η πορεία των ελληνικών ερευνών γύρω από τις βάσεις της ψυχικής ζωής του ανθρώπου οδήγησε και στη μελέτη της ψυχικής λειτουργίας της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας (Μιχαλέλη Μ., 1996).

Πρόκειται για μια πραγματική εξελικτική κρίση, όπως η εφηβεία. Κατά την περίοδο της κήσης υπάρχει μια σημαντική κινητοποίηση (και όχι κατασπατάληση)

ψυχικής ενέργειας. Είναι μια διεργασία που θα οδηγήσει τη μητέρα σε νέες δυνατότητες, καθώς και στην απόκτηση μιας νέας ταυτότητας (Μιχαλέλη Μ., 1996, Παρασκευόπουλος Ι., 1992).

Ο ψυχικός κόσμος της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη είναι εύπλαστος, διότι αναζωπυρώνονται παλιές άλυτες συγκρούσεις της μητέρας σε σχέση με τις δικές της πρώιμες και στενές σχέσεις, οι οποίες παραμένουν άλυτες, σε λανθάνουσα κατάσταση. Στο σημείο αυτό ακριβώς εντοπίζεται και η μεγάλη σημασία και αποτελεσματικότητα που έχει η οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση κατά την περίοδο αυτή (Kaplan, H., 1994, Klaus M. H., Kennell J. H., Klaus P. H., 2004).

### **2. 3. 1. Η Μητέρα**

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μια γυναίκα βιώνει δυο τύπους αλλαγών: (1) τις δικές της σωματικές και συγκινησιακές αλλαγές και (2) την ανάπτυξη του εμβρύου στη μήτρα της (Kaplan, 1994, Klaus M. H., Kennell J. H., Klaus P. H., 2004).

Ο τρόπος, με τον οποίο θα βιώσει αυτές τις αλλαγές ποικίλλει ανάλογα με το αν πρόκειται για προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, αν έχει σύντροφο, αν ζει με τον πατέρα του παιδιού, αν έχει υποστήριξη από το σπίτι ή αν έχει άλλα παιδιά. Τα συναισθήματά της επίσης θα επηρεαστούν επίσης από την ηλικία των άλλων παιδιών-αν υπάρχουν-το επάγγελμά της ή την επιθυμία της να αποκτήσει ένα επάγγελμα, τις αναμνήσεις της δικής της παιδικής ηλικίας και τα συναισθήματα που έχει για τους γονείς της (Kaplan, H., 1994, Klaus, M. H., Kennell, J. H. Klaus, P. H., 2004, Stern, E. S., 2005).

Οι στάσεις των γυναικών απέναντι στην εγκυμοσύνη αντικατοπτρίζουν τις βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις τους γύρω από την αναπαραγωγή. Η γυναίκα, αφού συνειδητοποιήσει πως σύντομα πρόκειται να αποκτήσει παιδί πρέπει ν' αρχίσει να προσαρμόζεται στις δραματικές αλλαγές του τρόπου ζωής της (Klaus M. H., Kennell J. H., Klaus P. H., 2004).

Κάποιες γυναίκες συναισθάνονται μια αλλαγή από τη στιγμή της σύλληψης και ξέρουν ότι είναι έγκυες, πριν από την καθυστέρηση της περιόδου. Άλλες

αναπτύσσουν σταδιακά το αίσθημα ότι κυφορούν (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004). Ο προσανατολισμός και τα συναισθήματα της μέλλουσας μητέρας υφίστανται τρεις διαδοχικές διαφοροποιήσεις καθώς προχωρά η εγκυμοσύνη (Παρασκευόπουλος, Ι., 1992). Οι διαφοροποιήσεις αυτές αντιστοιχούν σε ένα από τα τρία τρίμηνα της εγκυμοσύνης.

Στο πρώτο τρίμηνο η έγκυος στρέφεται προς τον εαυτό της. Την απασχολούν οι αλλαγές που συμβαίνουν μέσα της. Τα συναισθήματα που κυριαρχούν είναι ο θαυμασμός ή/και ο φόβος καθώς διαπιστώνει σταδιακά ότι δεν μπορεί να ελέγξει αυτές τις αλλαγές (Παρασκευόπουλος, Ι., 1992).

Στο δεύτερο τρίμηνο η εγκυμοσύνη είναι πλέον εμφανής. Νιώθει τα πρώτα σκιρτήματα του εμβρύου. Η εγκυμοσύνη είναι πλέον μια αντικειμενική πραγματικότητα. Το «ΕΓΩ», δηλαδή ο εαυτός, της προηγούμενης φάσης τώρα γίνεται «ΑΥΤΟ». Σε αυτή την φάση ο προσανατολισμός και η προσοχή εστιάζονται περισσότερο στο παιδί (Παρασκευόπουλος, Ι., 1992).

Στο τρίτο τρίμηνο η προοπτική αλλάζει και πάλι. Το κυρίαρχο στοιχείο είναι η προετοιμασία για τον τοκετό, τον σωματικό διαχωρισμό μητέρας και παιδιού. Η μητέρα αγωνιά και ανυπομονεί για το τέλος της κύησης. Συχνά οι ανησυχίες και οι φόβοι των προηγούμενων μηνών γίνονται εντονότεροι (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Stern, E. S., 2005). Ο χρόνος κυλάει αργά σε αυτή τη φάση. Η μέλλουσα μητέρα ανησυχεί για την αρτιμέλεια και την υγεία του μωρού καθώς ήδη έχει επενδύσει συναισθηματικά σε αυτό και γι' αυτό, συχνά, παίρνει μια θέση υπερπροστατευτική προς τον εαυτό της και προς το κήμα. Το «ΕΓΩ» του πρώτου τριμήνου και το «ΑΥΤΟ» του δευτέρου τριμήνου γίνονται τώρα «ΕΜΕΙΣ», καθώς η



μητέρα ταυτίζεται με το παιδί της (Παρασκευόπουλος, Ι., 1992).

Γνωρίζουμε ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιείται μια εσωτερική επεξεργασία (ενστικτωδώς και σε επίπεδο φαντασίωσης) με κύρια χαρακτηριστικά το πέρασμα από μια αρχικά ναρκισσιστική - συγχωνευτική θέση σε

επενδύσεις αντικειμένων μέσα από τη σταδιακή μετάβαση του ενδιαφέροντος της γυναίκας από τον εαυτό της, στο παιδί, το οποίο εκλαμβάνεται πια ως κάτι που διαφοροποιείται από την ίδια (Negri, R., 1998).

Ο ναρκισσισμός και οι αρχικοί μηχανισμοί εξιδανίκευσης και προβλητικής ταυτοποίησης (το κύημα συγγέεται συχνά με τμήματα του σώματος της γυναίκας και με τις προσδοκίες του ναρκισσιστικού εαυτού) σταδιακά μειώνονται, καθώς ενώνονται στη γυναίκα ώριμα και παιδικά κομμάτια του εαυτού και με την αποδοχή του αποχωρισμού από το παιδί που πραγματοποιείται με τον τοκετό, έως τη νέα σχέση με το νεογνό (Kaplan, H., 1994, Negri, R., 1998).

Η γυναίκα, κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής από την αρχή της εγκυμοσύνης έως τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του παιδιού, ανακεφαλαιώνει τα πρώτα στάδια της δικής της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Η μητέρα πρέπει να ξαναζήσει και να εγκαταλείψει μέρος των δικών της βιωμάτων και προσδοκιών της παιδικής ηλικίας (να εγκαταλείψει μνήμη και επιθυμίες, όπως αναφέρει ο Bion 1967) για να μπορέσει να γίνει ικανή «να ενασχοληθεί» και να αγαπήσει πραγματικά το παιδί (Negri, R., 1998).

Σ' αυτή τη φάση μείζονος σημασίας είναι η διαδικασία αποχωρισμού-ατομικοποίησης από τη μητέρα (Kaplan, H., 1994). Οι ασυνείδητοι φόβοι, και οι φαντασιώσεις της πρώιμης εγκυμοσύνης συχνά επικεντρώνονται στην ιδέα της συγχώνευσης της εγκυμονούσας με την ίδια της την μητέρα. Εάν η μητέρα της εγκυμονούσας υπήρξε ένα ανεπαρκές και κακό μητρικό πρότυπο, η αίσθηση της μητρότητας θα έχει υποστεί βλάβη με αποτέλεσμα για την έγκυο την απώλεια της εμπιστοσύνης στον εαυτό της και την χαμηλή αυτοπεποίθησή της τόσο πριν όσο και μετά την γέννηση του παιδιού της (Kaplan, H., 1994, Παπαγεωργίου, Ε., 1991).

Η αμοιβαία συναισθηματική εμπειρία της σχέσης με το στήθος θα οδηγήσει την μητέρα σταδιακά σε μια σχέση ταυτοποίησης με το παιδί, έτσι ώστε να βγει πιο ισχυρή από την προηγούμενη διαδικασία (Kaplan, H., 1994).

Ανταποκρινόμενη με επιτυχία στις ανάγκες του βρέφους και μέσα από μια διαδικασία αμοιβαίας προσαρμογής και ικανοποίησης, η γυναίκα αποκτά την ταυτότητα μια μητέρας «επιρκώς καλής», η οποία στηρίζεται από μια «καλή εσωτερική μητέρα» (Negri, R., 1998). Είναι σημαντικό αυτή η ταυτοποίηση να επιβεβαιωθεί κατά τις πρώτες μέρες της λοχείας, με τη στήριξη και τη συγκατάθεση Μιας καλής εξωτερικής πραγματικότητας. (Bertini, Carasti 1982, Cikan 1981, Kennel et al 1991, Klaus et al 1980, Sosa et al 1980).

Ωστόσο, είν για διαφόρους λόγους το νεογνό αμέσως μετά τον τοκετό αποχωριστεί από την μητέρα, έστω και για σύντομο χρονικό διάστημα, τότε πραγματοποιείται μια σημαντική παρεμβολή στην διαδικασία, που περιγράψαμε προηγουμένως με πιθανές σοβαρές συνέπειες στο ζεύγος μητέρα-παιδί (Klaus, M. H., Kennell, J. H. Klaus, P. H., 2004, Negri, R., 1998, Marcoli, A., 1996).

Μια από τις πιο καθολικές ψυχολογικές αλλαγές στην διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η στροφή της προσοχής προς τα μέσα. Αυτή την στροφή την περιέγραψε ο Winnicott: «Μια έγκυος πάντα θα πει ότι το ενδιαφέρον της βαθμιαία περιορίζεται. Ίσως θα ήταν καλύτερα να λέγαμε ότι το ενδιαφέρον της αλλάζει κατεύθυνση από έξω προς τα μέσα. Αργά αλλά με σιγουριά καταλήγει να πιστεύει ότι το κέντρο του κόσμου βρίσκεται μέσα στο σώμα της» (Winnicott, D., «Το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός του κόσμος», σελ. 21, 1976).

Σε μια μελέτη στην Αυστραλία διερευνήθηκαν οι σκέψεις και τα συναισθήματα τριάντα μητέρων κατά τη διάρκεια της πρώτης τους εγκυμοσύνης (Lumley, J., 1980). Στην πρώτη συνέντευξη, που έγινε από την όγδοη έως την δωδέκατη εβδομάδα, το 70% των γυναικών είπαν πως δεν μπορούσαν να πιστέψουν ότι το έμβρυο πράγματι υπήρχε και πως δεν το φαντασιώνονταν. Μετά τη συνέντευξη ζητήθηκε από τις μητέρες να ζωγραφίσουν το έμβρυο. Απεδείχθη ότι σε αυτή την ηλικία κύησης δεν έδιναν στο έμβρυο σχήμα και μορφή, αλλά καθώς προχωρούσε η εγκυμοσύνη του έδιναν περισσότερο ανθρώπινη μορφή.

Πολλές γυναίκες που είναι χαρούμενες και περήφανες για την εγκυμοσύνη τους δυσκολεύονται να νιώσουν μια προσωπική αγάπη για το μωρό που ποτέ δεν είδαν ούτε αισθάνθηκαν. Με τις πρώτες του κινήσεις όμως, η μητέρα αρχίζει να πιστεύει πως έχει να κάνει με ένα αληθινό πρόσωπο τελικά. Καθώς προχωράει η εγκυμοσύνη οι σκέψεις της στρέφονται πιο ρεαλιστικά προς το παιδί, προς το τι σημαίνει για αυτήν η φροντίδα του (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Spock, B., 1987)

Από την αρχή του δεύτερου τρίμηνου της κύησης οι περισσότερες γυναίκες έχουν κάποια ψυχική απεικόνιση του βρέφους τους (Spock, B., 1987). Το έμβρυο θεωρείται σαν ξεχωριστό ον με δική του προσωπικότητα πριν ακόμη γεννηθεί. Σύμφωνα με τους ψυχαναλυτικού προσανατολισμού θεωρητικούς, το υποψήφιο παιδί είναι ένα λευκό πέτασμα, επάνω στο οποίο η μητέρα προβάλλει τις επιθυμίες και τους φόβους της. Σε σπάνιες περιπτώσεις αυτές οι προβολές ευθύνονται για παθολογικές καταστάσεις (Kaplan, H., 1994).

Φυσιολογικά όμως, η γέννηση είναι μια δημιουργική εμπειρία, η οποία ικανοποιεί μια θεμελιώδη ναρκισσιστική ανάγκη μιας γυναίκας, με την έννοια του ότι δημιουργείται ένα νέο ον, το οποίο ουσιαστικά αποτελεί μια επέκταση του εαυτού τους.



### 2.3.2. Ο Πατέρας

Οι μέλλοντες πατέρες επηρεάζονται επίσης από την εγκυμοσύνη. Η επικείμενη γονεϊκότητα απαιτεί από έναν άντρα να επιτύχει μια σύνθεση των αναπτυξιακών ζητημάτων της ζωής του, όπως είναι ο ρόλος γένους και η ταυτότητα, ο αποχωρισμός ατομικοποίηση από τον δικό του πατέρα, η σεξουαλικότητα και, όπως υποστήριξε ο Erickson, γεννητικότητα (δημιουργικότητα ή στασιμότητα) (Karlan, Π., 1994).

Οι πατέρες από ένστικτο καταφεύγουν στην εμπειρία που είχαν στο παρελθόν, αν και όχι πάντα με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ένας παράγοντας που περιπλέκει τα πράγματα είναι το γεγονός ότι συχνά στη σύγχρονη οικογένεια, ο νέος πατέρας αποτελεί το μοναδικό στήριγμα για τη γυναίκα του όταν υπάρχει γεωγραφική και ψυχολογική απόσταση από τους άλλους συγγενείς. Επιπρόσθετα οι πατέρες έχουν και αυτοί ανάγκες και ανησυχίες που επιδρούν στον τρόπο που διαχειρίζονται την εγκυμοσύνη (Karlan, Η., 1994, Klaus, Μ. Η., Kennell, J. Η., Klaus, Ρ. Η., 2004)..

Συχνά οι άνδρες φαντασιώνονται ότι εγκυμονούν και γεννούν αγόρια. Αυτό είναι αποτέλεσμα πρώιμων ταυτίσεων με την μητέρα και επιθυμιών να είναι τόσο ισχυροί και δημιουργικοί όσο την είχαν θεωρήσει ότι είναι. (Karlan, Η., 1994).

Όπως στην γυναίκα η εγκυμοσύνη είναι μια έκφραση της αυτοπραγμάτωσης και της ταυτότητάς της ως γυναίκα, για μερικούς άνδρες είναι η απόδειξη –το ν' αφήσουν δηλαδή μια γυναίκα έγκυο-της ανδροπρέπειας τους. Αυτό είναι ένα



ψυχοδυναμικό στοιχείο που συνιστά σοβαρό κίνητρο για έναν έφηβο να γίνει πατέρας (Kaplan, H., 1994, Spock, B., 1987).

Σε μια κοινωνιολογική έρευνα των E.J. Anthony & T. Benedek («Parenthood: Its psychology and psychopathology», 1970) με νεαρούς υποψηφίους πατέρες διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν σε σχέση με τη στάση τους απέναντι στην εγκυμοσύνη, τρεις διαφορετικοί τύποι συζύγων:

α) ο ναρκισσιστικός – εγωκεντρικός τύπος, ο οποίος βλέπει τον ερχομό του παιδιού σαν απειλή για την δική του ευδαιμονία. Σε αυτόν τον τύπο ανήκουν κυρίως άτομα τα οποία μεγάλωσαν δίχως να αναλαμβάνουν ευθύνες για την φροντίδα του σπιτιού. Ο νέος ρόλος του πατέρα και οι ευθύνες της γονεϊκότητας τους δημιουργούν άγχος. Αισθάνονται παγιδευμένοι στη νέα κατάσταση και παλινδρομούν σε εφηβικές συμπεριφορές.

β) ο τύπος του φιλόδοξου και προσηλωμένου στην επαγγελματική σταδιοδρομία, ο οποίος αντιμετωπίζει τον ερχομό του μωρού σαν εμπόδιο στην υλοποίηση των προσωπικών του στόχων και την επαγγελματική του ανέλιξη.

γ) ο τύπος του οικογενειάρχη, ο οποίος θεωρεί την πατρότητα ως ένα βασικό σκοπό της ζωής, μέσω του οποίου ολοκληρώνεται η προσωπικότητά του. Είναι έτοιμος να αποδεχθεί το νέο του ρόλο και επιθυμεί να συμμετέχει ενεργά σε όλη την προετοιμασία της έλευσης του μωρού. Ο τύπος αυτός του άνδρα, συνήθως, αναλαμβάνει από κοινού με την σύζυγό του την φροντίδα του νεογέννητου.

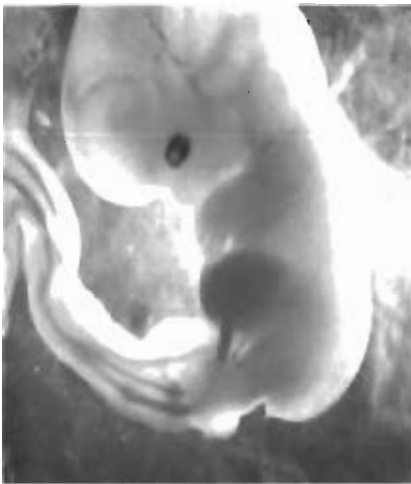
Στις σύγχρονες πυρηνικές οικογένειες το καλύτερο, που έχει να πράξει ένας πατέρας είναι να εμπλακεί ενεργά στην εγκυμοσύνη του παιδιού του. Αν ο μαιευτήρας ή η μαία ή ένας άλλος ειδικός απευθύνουν ερωτήσεις στον μέλλοντα πατέρα σε μια προγεννητική επίσκεψη αυτοπεποίθηση του πατέρα θα αυξηθεί. Αυτή η αναγνώριση αυξάνει τον ενθουσιασμό του για τον ζωτικό ρόλο, που θα υπηρετήσει κατά τη διάρκεια του τοκετού, μα και μετά την γέννηση του παιδιού του.

Σήμερα οι πατέρες λαμβάνουν ελάχιστη υποστήριξη ώστε να έχουν έναν πιο ενεργό ρόλο απέναντι στις συζύγους και τα μωρά τους. Αυτό είναι λυπηρό, όταν η πλειονότητα των νέων πατέρων ανυπομονεί να εκπληρώσει το ρόλο της, και έχει τις καλύτερες προθέσεις. Αυτή η πολύτιμη ενέργεια για την δημιουργία δεσίματος ολόκληρης της οικογένειας πρέπει να αξιοποιηθεί (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).

Πριν από χρόνια η ανθρωπολόγος Μάργκαρετ Μίντ επεσήμανε την ενδεχόμενη δύναμη του δεσμού πατέρα-παιδιού: «Μια αναπτυσσόμενη κοινωνία που

θέλει τους άνδρες μακριά από το σπίτι να κάνουν αυτό που ξέρουν για την κοινωνία ποτέ δεν τους αφήνει να ασχοληθούν και ν' αγγίζουν τα νεογέννητα παιδιά τους. Υπάρχει πάντα ένα ταμπού σε αυτό το θέμα. Διότι γνωρίζουν πως αν γίνει κάτι τέτοιο θα δεθούν τόσο πολύ, που δε θα μπορούν ποτέ να βγουν και να κάνουν σωστά αυτό που ξέρουν.» (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).

### 2.3.3. Το Έμβρυο



Οι ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις αρχίζουν πολύ πριν από την γέννηση και φαίνεται να υπάρχει συνάφεια μεταξύ της προγεννητικής συμπεριφοράς και της ανάπτυξης μετά την γέννηση. Κατά την ενδομήτρια περίοδο συμβαίνουν ποικίλες διαφοροποιήσεις και προσαρμογές στη συμπεριφορά του εμβρύου που αποτελούν ένα προλούδιο της πλούσιας ανάπτυξης που θα ακολουθήσει (Karlan, H., 1994, Negri, R., 1998, Παρασκευόπουλος, Ι., 1992).

Τα γενικά αποδεκτά στάδια της πρώιμης ανάπτυξης είναι η προγεννητική περίοδος, η βρεφική ηλικία (γέννηση ως 15 μηνών), η προνηπιακή περίοδος (15 μηνών ως 2 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> ετών), η προσχολική περίοδος (2 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> χρονών με 6 ετών) και τα μεσαία χρόνια (6 με 12 χρονών) (Karlan, H., 1994). Αυτά τα στάδια συνιστούν περισσότερο ένα συνεχές ανάπτυξης, παρά σαφή διαχωριστικά στάδια (Karlan, H., 1994).

Ο Arnold Gessel κατέγραψε πίνακες ανάπτυξης όπου αναφέρονται οι ποιοτικές αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού από τη γέννησή του. Οι πίνακες του Gessel χρησιμοποιούνται ευρέως στην παιδιατρική και την παιδοψυχιατρική (Karlan, H., 1994, Παρασκευόπουλος, Ι., 1992).

Για να κατανοήσει κανείς την ανθρώπινη ανάπτυξη, θα πρέπει να έχει μια αδρή αλλά ουσιαστική γνώση της ψυχαναλυτικής θεωρίας του Freud, της

ψυχοκοινωνικής θεωρίας του Erickson και της γνωσιακής θεωρίας του Piaget (Karlan, H., 1994).

Αμέσως μετά την εμφύτευσή του το ωάριο αρχίζει να διαιρείται. Στην φάση αυτή ονομάζεται embryo. Το embryo αναπτύσσεται πολύ γρήγορα. Στο τέλος της 8<sup>ης</sup> εβδομάδας αναγνωρίζεται η ανθρώπινη μορφή του και ονομάζεται fetus (Karlan, H., 1994). Σε αυτό το χρονικό διάστημα το έμβρυο λαμβάνει τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται από το ενδομήτριο και τον τροφοβλάστη (τα κύτταρα της εξωτερικής επιφάνειας του μοριδίου σχηματίζουν συνεχή στοιβάδα, τον τροφοβλάστη, ενώ τα εσωτερικά κύτταρα αποτελούν τον εμβρυοβλάστη) (Δετοράκης, Ι., Παπαγεωργίου, Ι., 2002).

Κατά την διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της εγκυμοσύνης το έμβρυο περιβάλλεται από μεμβράνες. Η πλέον σημαντική είναι το άμνιο ή «σάκος με νερό», το «μαξιλάρι» του εμβρύου, και το χόριο, το οποίο συνδέεται με το ενδομήτριο και σχηματίζει τον πλακούντα. Ο πλακούντας είναι το όργανο διαμέσου του οποίου τρέφεται το έμβρυο από την 8<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης μέχρι το τέλος της (Δετοράκης, Ι., Παπαγεωργίου, Ι., 2002).

Το έμβρυο συνδέεται με τον πλακούντα μέσω του ομφάλιου λώρου, ο οποίος περιέχει φλέβες και αρτηρίες, μεταφέροντας αίμα προς και από τον πλακούντα (Δετοράκης, Ι., Παπαγεωργίου, Ι., 2002).

Κάθε ψυχολογική θεώρηση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της το ενδομητριακό περιβάλλον του εμβρύου και το νευροβιολογικό του υπόστρωμα. Το έμβρυο διατηρεί μια εσωτερική ισορροπία, η οποία βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το ενδομήτριο περιβάλλον. Τα αποτελέσματα αυτής της αλληλεπίδρασης είναι ποικίλα. (Karlan, H., 1994).

Τα πριν από τη γέννηση συμβάντα έχουν μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη του εμβρύου και τη μελλοντική συμπεριφορά του ατόμου, που θα γεννηθεί. Τα γονίδια ενός ατόμου μπορεί να προδιαθέτουν για την εμφάνιση μιας παθολογικής κατάστασης. Γενικά όμως, οι περισσότερες παθολογικές καταστάσεις είναι πολυπαραγοντικές (Karlan, H., 1994, Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988). Οι βλάβες, οι οποίες προκαλούνται κατά την εμβρυϊκή φάση είναι συνήθως καθολικότερες από ότι οι βλάβες που προκαλούνται μετά τη γέννηση. Τα αγόρια είναι πιο ευπαθή από ότι τα κορίτσια. Τα θηλυκά στους ανθρώπους, όπως άλλωστε και στα ζώα, δείχνουν

μεγαλύτερη ευρωστία και καταφέρνουν να επιβιώσουν μέσα σε δυσκολίες που είναι σχεδόν καταδικαστικές για τα αγόρια, πιθανώς λόγω του δεύτερου χρωμοσώματος x που έχουν (Karlan, H., 1994).

Μέσα στη μήτρα υπάρχει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έντονη βιολογική δραστηριότητα. Το έμβρυο προετοιμάζεται για τη ζωή του έξω από το ενδομητριάκο πλακουντιακό περιβάλλον. Για παράδειγμα, το έμβρυο ασκείται στις κινήσεις του θηλασμού βάζοντας τον αντίχειρα ή το δάχτυλό του στο στόμα διπλώνει και ξεδιπλώνει το σώμα του και τελικά παίρνει μια θέση όπου το ισχίο του έχει πρόσθια κατακόρυφη θέση, την θέση δηλαδή στην οποία εξέρχεται από την μήτρα. Μερικοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η εξέλιξη του τοκετού εξαρτάται από το έμβρυο: από την ετοιμότητά του να γεννηθεί (Karlan, H., 1994).

Οι μητέρες είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην κινητική συμπεριφορά του κυήματος. Αρχικά αντιμετωπίζουν με αδημονία την αίσθηση των πρώτων σκιρτημάτων του κυήματος. Συνήθως η μητέρα αντιλαμβάνεται τις κινήσεις του εμβρύου γύρω στην 16<sup>η</sup> με 20<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988). Οι μητέρες συζητούν έντονα για τα αγέννητα παιδιά τους χαρακτηρίζοντας τα ενεργητικά ή παθητικά, αναφέροντας ότι κλωτσάνε δυνατά ή ότι περιστρέφονται, ότι ησυχάζουν όταν οι μητέρες ασχολούνται με κάτι ή ότι κλωτσάνε μόλις οι μητέρες θελήσουν να ξεκουραστούν (Παρασκευόπουλος, Ι., 1992).

Το έμβρυο ακούει από 16<sup>η</sup> με 18<sup>η</sup> βδομάδα και αντιδρά με αύξηση του καρδιακού ρυθμού, κινήσεις και μυϊκές συσπάσεις στους έντονους θορύβους. Πολλές μητέρες που κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τραγουδούσαν ή έπαιζαν κάποιο μουσικό όργανο, αναφέρουν ότι τα παιδιά τους έδειχναν έντονη προτίμηση για τη μουσική αυτή της μητέρας. Η προτίμηση αυτή ήταν σαφής και στις περιπτώσεις που για πρώτη φορά τους παρουσιαζόταν 3 και 5 μήνες μετά την γέννηση. Η προτίμηση αυτή παρέμενε για πολλά χρόνια μετά τη γέννηση (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Παρασκευόπουλος, Ι., 1992). Ακόμη υποστηρίζεται ότι το νεογέννητο ηρεμεί και ησυχάζει με το λίκνισμα, όταν ο ρυθμός του λικνίσματος είναι αντίστοιχος του καρδιακού ρυθμού της μητέρας (Lind, J., 1978).

Η γεύση και η οσμή εμφανίζονται περίπου στο ίδιο διάστημα. Το έμβρυο αντιδρά σε ουσίες, που μπορεί να εγχυθούν στον αμνιακό σάκο, (π.χ. σκιαγραφικό). Ορισμένα αντανακλαστικά, που υπάρχουν κατά τη γέννηση εμφανίζονται κατά την

ενδομήτριο ζωή. Το αντανακλαστικό του δραγμού, το οποίο εμφανίζεται την 17<sup>η</sup> εβδομάδα, το αντανακλαστικό του Μογο, το οποίο εμφανίζεται την 25<sup>η</sup> εβδομάδα και το αντανακλαστικό του θηλασμού, το οποίο εμφανίζεται την 28<sup>η</sup> εβδομάδα.(Karlan, H., 1994).



### **2. 3. 4. Εγκυμοσύνη και Γάμος**

Η μέλλουσα σύζυγος-μητέρα και ο μέλλον σύζυγος-πατέρας πρέπει να επανακαθορίσουν τους ρόλους τους, τόσο σε σχέση με τον άλλο μέσα στο ζευγάρι, όσο και σε σχέση με τον εαυτό τους (Stern, E. S., 2005). Επίσης, οι σχέσεις με τους φίλους τους και τους συγγενείς τους πρέπει να επαναπροσδιοριστούν και ο καθένας τους να αναλάβει τις ευθύνες του τόσο στη φροντίδα του παιδιού, όσο και στη φροντίδα του συντρόφου του (Stern, E. S., 2005). Η επάρκεια απέναντι στον επικείμενο γονεϊκό ρόλο προκαλεί άγχος. Είναι πιθανόν κάποιος ή και οι δυο από το ζευγάρι, να αντιμετωπίσει συνειδητά ή ασυνειδήτα με αμφιθυμία την έλευση του παιδιού στην δυαδική σχέση. Είναι πιθανό ο πατέρας να αισθανθεί ενοχές για τις ταλαιπωρίες, τις οποίες υφίσταται η γυναίκα του κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και μερικοί άνδρες μπορεί να νιώσουν ζήλια ή φθόνο απέναντι στην εμπειρία της εγκυμοσύνης (Karlan, H., 1994) .

Συνηθισμένοι να ικανοποιούν τις ανάγκες εξάρτησης ο ένας του άλλου, οι γονείς πρέπει τώρα να στρέφουν την προσοχή τους στις δίχως τέλος ανάγκες του νεογέννητου και αναπτυσσόμενου παιδιού. Μολονότι οι περισσότεροι ανταποκρίνονται με επιτυχία σε αυτό το ρόλο, άλλοι δεν τα καταφέρνουν. Η επιθυμία μιας γυναίκας να μείνει έγκυος και να αποκτήσει παιδί πρέπει να είναι μια απόφαση, στην οποία να συμφωνούν και τα δυο μέλη του ζεύγους, να ικανοποιήσουν μια ανάγκη αναπαραγωγής στα πλαίσια μιας δημιουργικής αυτοπραγμάτωσης (Karlan, H., 1994).

Εν τούτοις πολύ συχνά η εγκυμοσύνη θεωρείται σαν ένας τρόπος να επιτευχθεί προσέγγιση σε έναν προβληματικό γάμο ή σαν ένας τρόπος για να αποφευχθεί η αντιπαράθεση με άλλα επίκαιρα προβλήματα της σύγχρονης καθημερινότητας. Κάποιες γυναίκες πιστεύουν ότι ένα μωρό θα βάλει σε τάξη την ζωή τους. Άλλες πάλι πιστεύουν ότι ένα μωρό θα τους προσφέρει την αγάπη και την τρυφερότητα που δεν μπορούν να βρουν αλλού. Τέτοιου είδους άλοθι είναι επικίνδυνα καθώς μπερδεύουν και οδηγούν σε λάθος μονοπάτια. Δημιουργούν ψεύτικες ελπίδες και μετατοπίζουν στο μωρό ευθύνες που είναι αδύνατο να ανταπεξέλθει (Stern, E. S., 2005).

### **2. 3. 5. Εγκυμοσύνη και Σεξουαλικότητα**

Η λέξη «σεξουαλικότητα» προέρχεται από την λατινική λέξη «sexus» που σημαίνει φύλο. Δηλώνει το σύνολο των καταστάσεων, αντιδράσεων και ενεργειών, που συνδέονται με την ικανοποίηση της ερωτικής επιθυμίας (Συκάκη-Δούκα, Α., 1997). Το 1972 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) καθόρισε ότι η σεξουαλική υγεία είναι:

1. Η ικανότητα να εκτιμηθεί και να ελεγχθεί η σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά σύμφωνα με την ατομική και κοινωνική ηθική
2. Η απελευθέρωση από το φόβο, τη ντροπή, το αίσθημα ενοχής, τις λανθασμένες προκαταλήψεις και άλλους αρνητικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, που μπορούν να γίνουν ανασταλτικοί στη σεξουαλική συμπεριφορά και να εμποδίσουν τις σεξουαλικές σχέσεις.
3. Η μη ύπαρξη ενοχλήσεων, οργανικών διαταραχών, ασθενειών και ανεπαρκειών, που μπορούν να εμποδίσουν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική λειτουργία.
4. Η σεξουαλικότητα θα πρέπει να εννοηθεί σαν ολοκλήρωση για τη σωματική και κοινωνική όψη του ατόμου, με τρόπο ώστε να το οδηγεί σε ολοκλήρωση της ανθρώπινης προσωπικότητας, της επικοινωνίας και της αγάπης.

Το 1974, η ίδια η Π.Ο.Υ καθορίζει συγκεκριμένα σημεία και προγράμματα για την επαγγελματική κατατόπιση των επαγγελματιών υγείας πάνω στο θέμα. Στα πανεπιστήμια των ΗΠΑ και της Ευρώπης εισάγεται: «Κύκλος Σπουδών Σεξολογίας» (Συκάκη-Δούκα, Α., 1997).

Σήμερα η σεξουαλική συμπεριφορά βρίσκεται στο επίκεντρο της ανθρώπινης προσωπικότητας. Η καθαρά βιολογική έκφραση της σεξουαλικής ζωής είναι το ζευγάρι του άνδρα με τη γυναίκα και η γέννηση από αυτή την ένωση ενός μωρού. Όμως, από τη στιγμή που οι άνθρωποι έμαθαν να ελέγχουν και να προγραμματίζουν με αποτελεσματικά μέσα τη γονιμότητά τους, η σεξουαλικότητα απέκτησε ιδιαίτερη σημασία για τις διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων (Δετοράκης, Ι., Παπαγεωργίου, Ι., 2002).

Παλιότερα η σεξουαλική συμπεριφορά ήταν ταμπού, ενοχή, απόκρυψη, καλυπτόταν από μυστήριο και μυστικότητα. Στις μέρες μας χαρακτηρίζει την προσωπικότητα. Σφραγίζει τη διαπαιδαγώγηση, το ήθος και τη συμπεριφορά του ατόμου (Συκάκη-Δούκα, Α., 1997).

Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος στη ζωή της γυναίκας, που ξεκάθαρα εκφράζεται η θυληκότητά της. Στη διάρκεια της συμβαίνουν σημαντικές ανακατατάξεις, όπως οργανικές, ορμονικές, ψυχολογικές, κοινωνικές. Από την άλλη πλευρά, η εμφάνιση της αλλάζει. Συχνά η έγκυος αισθάνεται ανασφάλεια, η οποία επηρεάζει την σεξουαλική της συμπεριφορά. Τόσο οι θεωρητικές γνώσεις όσο και οι πρακτικές εμπειρίες, οι οποίες έχουν σχέση με την σεξουαλική συμπεριφορά επηρεάζουν ποικιλοτρόπως τη θέση και τη στάση της γυναίκας απέναντι στην εγκυμοσύνη της. Η έγκυος γυναίκα προβληματίζεται, «ψάχνεται», προσπαθεί να δώσει απαντήσεις στους προβληματισμούς της (Stern, E. S., 2005).

Ο τοκετός, η λοχεία, ο θηλασμός, το μέγιστο του παιδιού, η νέα σύνθεση της οικογένειας, είναι γεγονότα με σημαντικές προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές προεκτάσεις. Κατά συνέπεια, η σεξουαλικότητα επηρεάζει την εγκυμοσύνη και η εγκυμοσύνη την σεξουαλικότητα (Συκάκη-Δούκα, Α., 1997).

Οι επιδράσεις της εγκυμοσύνης στη σεξουαλική συμπεριφορά ποικίλουν από γυναίκα σε γυναίκα. Μερικές γυναίκες έχουν αυξημένη ερωτική επιθυμία. Αυτό οφείλεται στην αυξημένη αιμάτωση των πυελικών αγγείων. Άλλες ανταποκρίνονται σεξουαλικά καλύτερα διότι δεν έχουν το φόβο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Σε

άλλες περιπτώσεις, όμως, ορισμένες γυναίκες είναι πιθανό να χάσουν τελείως το ενδιαφέρον τους για το σεξ ή να έχουν μειωμένη ερωτική επιθυμία, είτε λόγω της σωματικής δυσφορίας είτε λόγω του ψυχολογικού γεγονότος ότι συνδέουν τη μητρότητα με την ασεξουαλικότητα (Karlan, H., 1994).

Η ίδια σύνδεση παρατηρείται και στους άνδρες όταν έχουν το σύμπλεγμα της Μαντόνα, όταν δηλαδή θεωρούν τις εγκυμονούσες ως κάτι ιερό, το οποίο απαγορεύεται να μιάνουν με τη σεξουαλική πράξη. Επίσης, μερικοί άνδρες θεωρούν το εγκυμονούν σώμα άσχημο. Η σεξουαλική συνεύρεση είναι δυνατόν λανθασμένα, να θεωρηθεί βλαβερή για το αναπτυσσόμενο έμβρυο και γι' αυτό το λόγο ν' αποφεύγονται οι σεξουαλικές σχέσεις (Karlan, H., 1994).

Από τη στιγμή που μια γυναίκα διαπιστώνει ότι είναι έγκυος αναρωτιέται για την δυνατότητα των σεξουαλικών σχέσεων και τη σεξουαλική της συμπεριφορά. Η εθνολόγος Σούζαν Βάλεμαν μελέτησε τις απόψεις σε διάφορους λαούς. Αναφέρει στη μελέτη της ότι οι περισσότεροι λαοί είναι θετικοί στην ύπαρξη σεξουαλικών σχέσεων στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως οι Εσκιμώοι και οι Νούοι στη Γροιλανδία που πιστεύουν πως οι σεξουαλικές εκκρίσεις συντελούν στο να γεννηθεί ένα γερό και όμορφο μωρό. Σ' άλλες περιοχές, αντίθετα, αποφεύγονται οι σεξουαλικές σχέσεις, όπως στην Κίνα, όπου η έγκυος πηγαίνει στο σπίτι των γονιών της εωσότου να γεννήσει (Συκάκη-Δούκα, Α., 1997).

Όμως πέρα από τις πολιτισμικές παραδόσεις και τα εθνολογικά στοιχεία η σεξουαλική συμπεριφορά κατά την κύηση έχει απασχολήσει και την Μαιευτική και την ψυχολογία. Ο Helper (1968) λέει ότι: «Όταν οι σεξουαλικές σχέσεις των συζύγων είναι αρμονικές, τα μαιευτικά προβλήματα και το άγχος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας είναι ελάχιστα.» (Συκάκη-Δούκα, Α., 1997).

Ο Westbrook (1978) τονίζει ότι: «Οι γυναίκες με αρνητικές σεξουαλικές σχέσεις χαρακτηρίζονται από αυξημένο άγχος, επιθετικότητα και αρνητισμό στις διαπροσωπικές και κοινωνικές τους σχέσεις.» (Συκάκη-Δούκα, Α., 1997).

Σε έρευνά τους οι Masters & Johnson μελέτησαν σε 111 γυναίκες τις σεξουαλικές τους αντιδράσεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Από αυτές οι 33



παρουσίασαν μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας στο πρώτο τρίμηνο. Η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας οφειλόταν – σε μεγάλο ποσοστό-στο φόβο των γυναικών πως «δεν άρεσαν πια στο σύζυγό τους» (Συκάκη-Δούκα, Α., 1997).

Οι περισσότεροι γυναικολόγοι δεν απαγορεύουν την σεξουαλική συνεύρεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μερικοί συνιστούν τη διακοπή των σεξουαλικών σχέσεων τέσσερεις με πέντε εβδομάδες πριν από τον τοκετό. Εάν νωρίς κατά την εγκυμοσύνη παρατηρηθεί αιμορραγία ο γυναικολόγος σαν ένα θεραπευτικό μέτρο, θα απαγορεύσει προσωρινά τη σεξουαλική συνεύρεση (Karlan, H., 1994).

Εάν έχουν προηγηθεί στείρωση, εκτρώσεις, αποβολές, περίδεση τραχήλου συνιστάται αποχή από το σεξ για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Μερικοί γυναικολόγοι υποστηρίζουν ότι, καλό θα είναι να αποφεύγεται η σεξουαλική επαφή τις μέρες που αντιστοιχούν στην αλλαγή του μήνα κήσεως. Υποστηρίζουν ότι σ' αυτές τις ημέρες αυξάνει η ευαισθησία της μήτρας και μπορεί οι συσπάσεις να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό (Συκάκη-Δούκα, Α., 1997).

Η αποχή, όμως, μπορεί να επιβαρύνει τον γάμο (Karlan, H., 1994). Τα ζευγάρια που δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις φαίνονται. Είναι ευερέθιστα, δύστροπα, νευρικά, φορτισμένα, προβληματισμένα. Η συζυγική αρμονία κλονίζεται με δυσάρεστες επιπτώσεις (Stern, E. S., 2005).

Η σωστή συμβουλευτική ενημέρωση από τους ειδικούς και η ανταλλαγή απόψεων και συναισθημάτων μέσα στις ομάδες εγκύων μπορεί να ξεδιπλώσει φοβίες ανασφάλειες, ταμπού, προκαταλήψεις και λαθεμένες γνώσεις βοηθώντας το ζευγάρι να βρει το δικό του δρόμο. Το σεξ δεν είναι μόνο γενετήσια ορμή είναι τροφή απαραίτητη για συναισθηματική πληρότητα (Συκάκη-Δούκα, Α., 1997).

### **2. 3. 6. Γυναίκα Μόνη και Μητέρα**

Πριν χρόνια η γέννηση ενός παιδιού εκτός γάμου αντιπροσώπευε τη χειρότερη «ατυχία», όπως αναφέρει η Simone de Beauvoir στο βιβλίο της «Το δεύτερο φύλλο» (1949), στο οποίο γράφει για την ανύπανδρη μητέρα: «Η παράνομη μητρότητα είναι μια προκατάληψη, ένα κοινωνικό στίγμα, τόσο τρομερό που πολλές μητέρες

προτιμούν την αυτοκτονία ή την παιδοκτονία από το να γίνουν ανύπανδρες μητέρες. Δηλαδή, καμιά ποινική συνέπεια δεν τις έκανε να μη θυσιάσουν το παιδί τους».

Αλλά και μέχρι πρότινος η ανύπανδρη μητέρα συνδεόταν με τη νεαρή «παραστρατημένη» κοπέλα, που η στάση της ελληνικής κοινωνίας την έβαζε σε μειονεκτική θέση σε σχέση με τη νόμιμη οικογένεια. Ήταν περισσότερο απορριπτική και τιμωρητική παρά υποστηρικτική. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια διαφοροποίηση της στάσης της κοινωνίας μας σχετικά με την θέση της απέναντι στην ανύπανδρη μητέρα. Δείχνει μεγαλύτερη ανοχή και αποδοχή στη γυναίκα που αποφασίζει να μεγαλώσει μόνη ένα παιδί (Κογκίδου, Δ., 1995, Αγγελουπούλου-Σκουλαρίδου, Β., 2000).

Γενικά θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε την στάση της κοινωνίας μας αντιφατική, αφού, κάτω από διαφορετικές συνθήκες, από τη μια αποδοκιμάζει τη γυναίκα που εγκαταλείπει ένα παιδί, και από την άλλη δεν τη στηρίζει ή δεν της επιτρέπει να μεγαλώσει μόνη της ένα παιδί (Αγγελουπούλου-Σκουλαρίδου, Β., 2000). Παρ' όλα αυτά δεν μπορούμε να εθελουφλούμε στις αλλαγές που επέρχονται στη σύνθεση και τη μορφή της οικογένειας, όπως και στη διαπίστωση ότι σήμερα όλο και περισσότερο ανύπανδρες μητέρες αναλαμβάνουν μόνες την φροντίδα των παιδιών τους (Eurostat, 2004).

Η γυναίκα, που πρόκειται να αναθρέψει το παιδί της μόνη, μολονότι εκατομμύρια γυναίκες έχουν κάνει το ίδιο, δεν παύει να είναι πρωτοπόρος. Πρόκειται ν' αντιμετωπίσει πάρα πολλά. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται σε τέτοιες καταστάσεις δημιουργούν έντονο στρες (Stern, E. S., 2005).

Η ικανότητα της γυναίκας ν' ανταπεξέλθει στην εγκυμοσύνη συνδέεται με τις συνθήκες κάτω απ' τις οποίες έγινε η σύλληψη. Πολλές είναι οι γυναίκες εκείνες που αρχικά δεν έχουν κανένα σκοπό να καταλήξουν έγκυες και μόνες. Σ' αυτή την περίπτωση μάλλον νιώθουν ιδιαίτερα μόνες και αβοήθητες (Sprock, B., 1987, Stern, E. S., 2005).

Μπορεί να είναι μια έφηβη κοπέλα, μια μαθήτρια, μια νεαρή εργαζόμενη, μια άνεργη με οποιοδήποτε μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο. Η έγκυος γυναίκα πέρα από τα εσωτερικά της αισθήματα, που συχνά είναι ενοχές, φοβίες, ανασφάλειες, αβεβαιότητα και απογοήτευση, έχει να αντιμετωπίσει και τις αρνητικές αντιδράσεις

του κοινωνικού περιβάλλοντος. Συχνά γίνεται ευάλωτη, χάνει την αυτοεκτίμησή της, εύκολα αποξενώνεται και δύσκολα εμπιστεύεται (Κογκίδου, Δ., 1995).

Η ανύπανδρη έγκυος γυναίκα κάτω από το βάρος των κοινωνικοοικονομικών πιέσεων που δέχεται, πολλές φορές προσπαθεί:

α. Να αποκρύψει την εγκυμοσύνη από το περιβάλλον της.

β. Να προβεί σε διακοπή της κύησης.

γ. Σε περίπτωση που η εγκυμοσύνη συνεχιστεί, να απευθυνθεί σε κοινωνική υπηρεσία.

δ. Να οδηγηθεί σε εγκατάλειψη του νεογέννητου.

ε. Να οδηγηθεί στην ιδιωτική υιοθεσία.

στ. Να οδηγηθεί σε ακρότητες όπως είναι η παιδοκτονία ή η αυτοκτονία. (Κογκίδου, Δ., 1995, Αγγελοπούλου-Σκουλαρίδου, Β., 2000).

Η ανύπανδρη έγκυος γυναίκα έχει ανάγκη ιατρικής, κοινωνικής και ψυχολογικής φροντίδας από τα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης, τόσο για την δική της προστασία όσο και του αναμενόμενου παιδιού της. Έχει ανάγκη από ένα προστατευτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο θα αισθανθεί ασφάλεια, θα βρει κατανόηση, παραδοχή και υπεύθυνη αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης της. Με αυτό τον τρόπο θα γεννήσει το παιδί της με λιγότερο άγχος και πόνο και θα έχει το κουράγιο και την δύναμη να αποφασίσει για την αποκατάσταση της ίδιας και του παιδιού της, είτε μαζί είτε χωριστά (Κογκίδου, Δ., 1995).

Από την άλλη, όλο και περισσότερες γυναίκες σήμερα, δεν επιθυμούν να παντρευτούν, αλλά αποφασίζουν να κάνουν παιδί είτε με τεχνητή είτε με φυσική γονιμοποίηση. Αυτές οι γυναίκες συνιστούν μια ομάδα που πιστεύει ότι η απόλυτη εκπλήρωση της θηλυκής ταυτότητας είναι η μητρότητα, χωρίς την οποία οι ζωές τους μοιάζουν ανολοκλήρωτες και, σε ορισμένες περιπτώσεις, κενές νοήματος (Kaplan, H., 1994).

Κάποια ζευγάρια ομοφυλοφίλων γυναικών αποφασίζουν καμιά φορά να μείνει έγκυος η μια από τις δύο γυναίκες έγκυος μετά από τεχνητή γονιμοποίηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθούν πολλά από τα ίδια ψυχοδυναμικά που παρατηρούνται σε ετεροφυλόφιλα ζευγάρια. Βέβαια οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται εναντίον τέτοιων διευθετήσεων είναι πολύ ισχυρές. Εάν, εντούτοις, η

σχέση ανάμεσα στις δύο γυναίκες είναι ασφαλής, μπορεί να δεθούν μεταξύ τους ακόμη περισσότερο, σαν μια οικογενειακή μονάδα, έναντι αυτών των προκαταλήψεων (Karlan, Π., 1994).

Όμως η εγκυμοσύνη είτε προσχεδιασμένη είτε όχι, είναι μια δύσκολη διαδικασία ακόμα και για δυο άτομα πόσο μάλλον για ένα. Αυτό που χρειάζεται η γυναίκα είναι ένα ισχυρό σύστημα υποστήριξης. Είναι πιθανό η μόνη μητέρα να μην έχει τη δυνατότητα κάποιων από τις λύσεις βοήθειας που έχουν στην διάθεσή τους οι γυναίκες με συντρόφους. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι η μέλλουσα μητέρα είναι καταδικασμένη να προχωρήσει μόνη αυτό το μονοπάτι. Πολλές μόνες μέλλουσες μητέρες βρίσκουν υποστήριξη σε φίλους και συγγενείς. Εκείνο όμως, που έχει πραγματικά μεγάλη αξία για την μόνη μέλλουσα μητέρα είναι η δημιουργία σχέσεων με άλλες μόνες έγκυες, που πιθανότατα θα κατανοήσουν και θα συναισθανθούν τις ανάγκες, τα προβλήματα και τα συναισθήματά της (Stern, E. S., 2005).

Όπως είπαμε η μόνη μέλλουσα μαμά έχει να αντιμετωπίσει μεγάλες κοινωνικές πιέσεις. Πολλοί μπορεί να εκφράσουν τις αμφιβολίες τους σχετικά με την ικανότητα της γυναίκας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του παιδιού της, σχετικά με την απουσία του πατρικού μοντέλου από το σπίτι, ακόμη και σχετικά με το δικαίωμά της πάνω στη σύλληψη ενός παιδιού. Όλα αυτά είναι πιθανό να δημιουργήσουν στρες στις σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους, τους συνεργάτες· εάν εν τούτοις οι σχέσεις αυτές είναι ασφαλείς, μπορεί να προκαλέσουν έναν ισχυρό δεσμό, σαν οικογενειακό, έναντι αυτών των προκαταλήψεων (Stern, E. S., 2005).

Όποιος έχει περπατήσει ποτέ κάποιο μονοπάτι, που ξεφεύγει από τις παραδόσεις, γνωρίζει καλά, ότι το κλειδί της επιτυχίας βρίσκεται στο θάρρος και την αυτοπεποίθηση που διαθέτει. Η γυναίκα που είναι σίγουρη από τα βάθη της καρδιάς της ότι αυτό που θέλει είναι ένα μωρό και τίποτε άλλο, θα αντιμετωπίσει πιο εύκολα και αποτελεσματικά τις κρίσεις και προσδοκίες των άλλων (Stern, E. S., 2005).

### **2. 3. 7. Ψυχοπαθολογικές Καταστάσεις στην Εγκυμοσύνη**

Όπως έχουμε αναφέρει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συντελούνται τρομακτικές οργανικές και ψυχολογικές αλλαγές. Οι περισσότερες γυναίκες που δεν έχουν κάποια υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία, ανέχονται αυτές τις αλλαγές

εντυπωσιακά καλά. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα, η εγκυμοσύνη δρα θεραπευτικά (Παπαγεωργίου, Ε., 1991).

Αντίθετα, οι γυναίκες που είναι κάτω των είκοσι ετών δεν ανταποκρίνονται σε αυτή τη διαδικασία τόσο καλά όσο οι ενήλικες. Μάλιστα ο κίνδυνος αυτοκτονίας ανάμεσα στις μητέρες ηλικίας κάτω των είκοσι ετών είναι αυξημένος (Παπαγεωργίου, Ε., 1991).

Παλαιότερα οι έγκυες γυναίκες αποτελούσαν ομάδα υψηλού κινδύνου για αυτοκτονία, ιδιαίτερα αν ήταν ανύπανδρες και δεν τους παρέχόταν η απαραίτητη κοινωνική στήριξη. Σήμερα με τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, την ευρεία διάδοση των μεθόδων αντισύλληψης και την θεσμοθέτηση νομίμων εκτρώσεων, τα πράγματα έχουν διαφοροποιηθεί σημαντικά (Παπαγεωργίου, Ε., 1991).

#### **Η Πίκα:**

Ονομάζεται η επανειλημμένη βρώση ουσιών που δεν είναι κατάλληλες για τροφή όπως το χώμα, η λάσπη, η κόλλα, η άμμος και τα κόπρανα. Είναι μια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής, η οποία συνήθως παρατηρείται στα μικρά παιδιά, αλλά είναι συνήθης και ανάμεσα στις εγκύους γυναίκες που κατοικούν σε κάποιες υποβαθμισμένες περιοχές (κυρίως οι αφροαμερικάνες γυναίκες του αγροτικού νότου των ΗΠΑ, όπου η βρώση λάσπης ή κόλλας είναι φαινόμενο που παρατηρείται σε πολλές εγκύους) (Karlan, H., 1994).

#### **Η Ψευδοκύηση:**

Είναι μια σπάνια κατάσταση, κατά την οποία η ασθενής εμφανίζει σημεία και συμπτώματα εγκυμοσύνης-όπως είναι η διάταση της κοιλιάς, η διόγκωση των μαστών, η διακοπή της εμμηνορρυσίας και η πρωινή αδιαθεσία. Η πρώτη περίπτωση ψευδοκύησης αναφέρεται από τον Ιπποκράτη. Η βασίλισσα της Αγγλίας Mary Tudor (1516-1588) υποτίθεται ότι είχε δυο επεισόδια ψευδοκύησης. Επίσης, η ασθενής του S.Freud, Άννα Ο., είχε εμφανίσει ψευδοκύηση (Karlan, H., 1994).

Η ψευδοκύηση μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και έχει αναφερθεί και η παρατήρησή της και σε άνδρες. Η αρσενική ψευδοκύηση διαφέρει από το κουβάντε, το οποίο παρατηρείται σε ορισμένες πρωτόγονες κοινωνίες και

κατά το οποίο ο πατέρας, κατά τη διάρκεια του τοκετού ή λίγο μετά ξαπλώνει και παίρνει το παιδί κοντά του σα να το είχε γεννήσει ο ίδιος (Karlan, H., 1994).

Σύμφωνα με τον Karlan η ψευδοκύηση μπορεί να ιδωθεί ως μια ψυχοσωματική διαταραχή στην οποία εμφανίζονται συμπτώματα μετατροπής. Ασυνείδητοι μηχανισμοί εμπλέκονται στην ψευδοκύηση, οι οποίοι μπορεί να περιλαμβάνουν την επιστροφή ενός χαμένου αντικειμένου ή συγκρούσεις γύρω από το ρόλο του γένους και τη γεννητικότητα. Στην ψευδοκύηση το σώμα υφίσταται γνήσιες φυσιολογικές μεταβολές αντιδρώντας σε ασυνείδητες ανάγκες και συγκρούσεις («σωματική συμμόρφωση») (Karlan, H., 1994).

## 2. 4. ΠΡΟΚΛΗΤΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

Η εγκυμοσύνη και οι αλλαγές στην ψυχοσύνθεση της γυναίκας, τόσο κατά την κύηση όσο και κατά τη λοχεία, έχουν γίνει επανειλημμένα αντικείμενο έρευνας και μελέτης. Όμως μεγάλο ενδιαφέρον για την ψυχαναλυτική κατανόηση της εγκυμοσύνης έχουν και οι έρευνες που αφορούν στα ψυχολογικά επακόλουθα της διακοπής της κύησης, είτε προκλητής, είτε αυτόματης.

### 2. 4. 1 Ψυχολογικές Επιπτώσεις στη Γυναίκα της Τεχνητής Έκτρωσης

Το θέμα των αμβλώσεων είναι σοβαρό και αμφιλεγόμενο. Κατά καιρούς έχει μετατραπεί σε σημαντικό φιλοσοφικό και πολιτικό ζήτημα. Αποτελεί πεδίο αντιπαράθεσης ανάμεσα σε αυτούς που είναι υπέρ της επιλογής και αυτούς που είναι υπέρ της φύσης (Dagg, P., 1991, David, H. P., 1985, Kaplan, H., 1994).

Προκλητή ή τεχνητή έκτρωση ονομάζεται η προσχεδιασμένη διακοπή μιας κύησης (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988). Στις δυτικές χώρες η πλειοψηφία των γυναικών που υποβάλλονται σε εκτρώσεις είναι νέες, ανύπανδρες και μένουν έγκυοι για πρώτη φορά· στις μη ανεπτυγμένες χώρες η έκτρωση είναι πιο συνηθισμένη μεταξύ έγγαμων γυναικών, που έχουν ήδη δυο ή περισσότερα παιδιά (Kaplan, H., 1994).

Οι ψυχοσωματικές και ψυχιατρικές συνέπειες της έκτρωσης αποτέλεσαν το αντικείμενο πολλών επιστημονικών δημοσιεύσεων, που ενίοτε ήταν αντιφατικές. Η θετική ή αρνητική σκοπιά, από την οποία ο ερευνητής βλέπει το θέμα των εκτρώσεων επηρεάζει τόσο τη μελέτη, όσο και τα τελικά συμπεράσματά του (Λυμπέρη, Ρ., 1999).

Κοινές αντιδράσεις στην έκτρωση είναι η ενοχή, το αίσθημα απώλειας, η λύπη, ο πόνος, η μειωμένη αυτοπεποίθηση (Adler, 1990 David, 1985 Pines, 1990 Tietze, 1986). Ο εκφοβισμός, η ενοχή και η ηθική καταδίκη δημιουργούν δυσκολίες στη λήψη μιας απόφασης για τη διακοπή της κύησης. Αμέσως μετά τη διακοπή της κύησης εμφανίζονται σε πολλές γυναίκες συμπτώματα απελπισίας και δυσφορίας (Dagg, P., 1991, David, H. P., 1985, Kaplan, H., 1994).

Πρόσφατες, ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι οι περισσότερες γυναίκες που υποβάλλονται σε διακοπή της κύησής τους πριν τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα, δεν παρουσιάζουν σημαντικές ψυχολογικές αντιδράσεις (Karlan, H., 1994). Οι περισσότερες, μάλιστα, βιώνουν μια αίσθηση ανακούφισης και παρουσιάζουν λιγότερες συναισθηματικές αντιδράσεις σε σχέση με κείνες που γεννούν ένα παιδί κι έπειτα αδυνατούν να το αναθρέψουν (Karlan, H., 1994).

Όταν μια γυναίκα αναγκαστεί να καταφύγει στην τεχνητή διακοπή κύησης για σοβαρούς λόγους και ύστερα από δική της πρωτοβουλία και ώριμη σκέψη, τότε οι αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες είναι μικρές (Karlan, H., 1994).

Αντίθετα, διαπιστώνεται ότι όταν η διακοπή γίνεται για άλλους λόγους (π.χ. ιατρικούς) παρά τη θέληση της γυναίκας, ή όταν η γυναίκα έχει δεχτεί έντονες πιέσεις από το περιβάλλον της τότε οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι πολύ σοβαρές (Adler, N., 1990, David, H. P., 1985, Pines, D., 1990, Tietre, C., 1986).

Ιδιαίτερα οι εκτρώσεις που γίνονται στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης είναι ψυχολογικά περισσότερο τραυματικές. Συνήθως μια όψιμη έκτρωση οφείλεται στην ανακάλυψη (μέσω αμνιοπαρακέντησης και υπερηχογραφικού ελέγχου) κάποια σοβαρής συγγενούς ανωμαλίας του εμβρύου. Γι' αυτό οι όψιμες εκτρώσεις αφορούν συνήθως στην απώλεια ενός επιθυμητού παιδιού, με το οποίο η μητέρα έχει ήδη δημιουργήσει κάποιο δεσμό (Karlan, H., 1994).

Η εικόνα είναι διαφορετική όταν η διακοπή της κύησης δεν γίνεται λόγω των αρμοδίων να την εκτελέσουν. Πολλές γυναίκες, περισσότερες από το 40%, κάνουν έκτρωση κάπου αλλού. Η πλειοψηφία των παιδιών που γεννιούνται μεγαλώνουν με τη φυσική τους μητέρα, ενώ ένα σχετικά μικρό ποσοστό γυναικών-περίπου 30%-που εξετάστηκαν σε μακροχρόνιες μελέτες, συνέχιζαν να αναφέρουν αρνητικά συναισθήματα προς το παιδί τους. Συναισθήματα που είναι δύσκολο να καταπολεμήσουν και να κατανοήσουν (Dagg, P., 1991, Λυμπέρη, P., 1999).

Ο φόβος ότι η νομιμοποίηση των εκτρώσεων και η διαθεσιμότητα και χρήση της έκτρωσης θα μεγάλωνε τις συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, δεν έχει αποδειχτεί από τις μέχρι τώρα μελέτες (Λυμπέρη, P., 1999).

Αντίθετα, όπως αναφέραμε και νωρίτερα, υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η αναγκαστική μητρότητα μπορεί να έχει επιζήμια αποτελέσματα στην ψυχική υγεία της μητέρας, όπως επίσης και στη συναισθηματική, κοινωνική και διανοητική ανάπτυξη των παιδιών (Pines, D., 1990, Spaulding, I., 1991, Karlan, H., 1994). Στις περιπτώσεις που μια γυναίκα εξαναγκάζεται να κυοφορήσει το έμβρυο



μέχρι τέλους, ο κίνδυνος βρεφοκτονίας, εγκατάλειψης ή παραμέλησης του ανεπιθύμητου νεογέννητου, αυξάνεται (Karlan, H., 1994).

Η έκτρωση είναι μια σημαντική εμπειρία και για τον άντρα. Εάν ο άντρας έχει ουσιαστική σχέση με τη γυναίκα που εγκυμονεί, μπορεί να θελήσει να παίξει ένα ενεργητικό ρόλο στη διαδικασία της διακοπής της κύησης, συνοδεύοντας την σύντροφό του στο νοσοκομείο και υποστηρίζοντάς την συναισθηματικά. Η διακοπή μιας επιθυμητής εγκυμοσύνης είναι δυνατό να οδηγήσει τον πατέρα σε μια κατάσταση έντονου πένθους. Γενικά πάντως οι περισσότεροι άντρες κρατούν μια παθητική στάση σε σχέση με την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, όπως και σε σχέση με τη συγκέντρωση πληροφοριών και τον προγραμματισμό μιας έκτρωσης (Karlan, H., 1994).

#### **2. 4. 2 Ψυχολογικές Επιπτώσεις στη Γυναίκα της Αυτόματης Διακοπής της Κύησης**

Η αυτόματη διακοπή της κύησης, πριν γίνει βιώσιμο το έμβρυο ή όταν το βάρος του δεν ξεπερνά τα 500 γραμ., ονομάζεται αυτόματη έκτρωση (Α. Ε.). Ένας άλλος όρος που χρησιμοποιείται για την αυτόματη έκτρωση είναι ο όρος «αποβολή» (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).

Η αποβολή είναι μια απροσδόκητη και ψυχικά τραυματική εμπειρία, η οποία σηματοδοτεί μια ξαφνική διαταραχή των αναπαραγωγικών σχεδίων. Αν και η αποβολή είναι το πιο κοινό είδος ατυχούς κύησης, η λύπη που προκαλεί στις γυναίκες σπάνια δικαιολογείται από τον περίγυρό της. Η αποβολή συχνά δεν αναγνωρίζεται ως σημαντικό γεγονός, τόσο από την ιατρική κοινότητα, όσο και από το ίδιο το περιβάλλον της γυναίκας (Karlan, H., 1994, Λυμπέρη, Ρ., 1999).

Είναι φυσικό οι ψυχολογικές επιπτώσεις της αυτόματης διακοπής της κύησης να είναι πιο έντονες και περίπλοκες από εκείνες της τεχνητής διακοπής. Οι γυναίκες αμέσως μετά την αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης εμφανίζουν τυπικά συμπτώματα λύπης, στενοχώριας, ενοχής, θυμού, δυσπιστίας, ανησυχίας καθώς και διαταραχές στον ύπνο και εμφανή κόπωση. Η γυναίκα που αποβάλλει, συχνά

κατηγορεί τον εαυτό της και σκέφτεται συνεχώς τι έκανε και προκάλεσε την αποβολή. Συχνά η ενοχή προκαλείται από την έλλειψη σαφούς και ξεκάθαρης αιτιολογίας από το ιατρικό προσωπικό, σχετικά με τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Η γυναίκα είναι πιθανό να νιώσει κενή και αποτυχημένη. Επειδή της είναι δύσκολο να εκφράσει στους άλλους τα συναισθήματά της προτιμά να τα αποκρύπτει. Ο θυμός, ειδικά, θεωρείται από τους άλλους κατακριτέος και γι' αυτό καταπνίγεται. Η μη αναγνώριση της σοβαρότητας της απώλειας από την οικογένεια, τους φίλους και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, συχνά μεγαλώνει τον πόνο και εντείνει το αίσθημα απομόνωσης της γυναίκας. Σχόλια, όπως «Είσαι νέα, θα ξαναμείνεις έγκυος» ή «Μπορεί το παιδί να είχε σωματικές ανωμαλίες. Ίσως είναι καλύτερα έτσι», τείνουν να αρνηθούν την μοναδικότητα της ατυχούς εγκυμοσύνης (Λυμπέρη, Ρ., 1999, Pines, D., 1990).

Οι γυναίκες μπορεί ακόμα να βιώσουν αλλαγές στις σχέσεις τους με τους άλλους. Κάποιες γυναίκες νιώθουν πιο κοντά στις μητέρες τους ενώ άλλες αντίθετα, νιώθουν εγκαταλειμμένες από αυτές. Ο πόνος τους μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά τους προς τα παιδιά τους, αν υπάρχουν. Συχνά από φόβο μήπως τα χάσουν γίνονται υπερπροστατευτικές (Λυμπέρη, Ρ., 1999).

Ο τρόπος που οι σύζυγοι αντιδρούν στην αποβολή μπορεί να βοηθήσει, αλλά μπορεί και να αυξήσει την τάση της γυναίκας για απομόνωση. Πολλοί σύζυγοι δεν επηρεάζονται από την αποβολή τόσο, όσο οι γυναίκες τους, ίσως επειδή η εγκυμοσύνη δεν ήταν ακόμη γι' αυτούς μια φυσική πραγματικότητα. Άλλοι πάλι προτιμούν να μην εκφράζουν τη δική τους στενοχώρια από φόβο, μήπως δυσχεραίνουν την κατάσταση. Είναι σημαντικό οι σύζυγοι να σταθούν στο πλάι της γυναίκας τους και να ανταποκριθούν στις ανάγκες της, ώστε να μοιραστούν τα αισθήματα λύπης και απομόνωσης που αυτές βιώνουν για την απώλεια του παιδιού (Pines, D., 1990).

Αν το ζευγάρι έχει άλλα παιδιά είναι δυνατό να επηρεαστούν σημαντικά και αυτά από την ανεξήγητη, για τα ίδια θλίψη των γονιών τους. Είναι δύσκολο να κατανοήσουν πώς σταμάτησε απότομα η εγκυμοσύνη. Μπορεί να πιστέψουν ότι η ενδόμυχη ζήλεια τους, για το αδελφάκι που περίμεναν, οδήγησε στο θάνατό του (Λυμπέρη, Ρ., 1999).

Η αποβολή αποτελεί για τους μαιευτήρες και τις μαιίες ένα μεμονωμένο ιατρικό πρόβλημα, το οποίο αντιμετωπίζεται με μηχανικό τρόπο. Είναι πιθανό να μην αφιερώσουν καθόλου χρόνο για να ρωτήσουν τη γυναίκα για τα συναισθήματά της, υποθέτοντας πως δεν νιώθει τίποτε άλλο, παρά μια μικρή απογοήτευση. Για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ακόμη μια άτυχη εγκυμοσύνη (Λυμπέρη, Ρ., 1999). Για μια μητέρα, όμως, είναι η απώλεια μιας μονάκριβης ζωής και αυτό δεν θα πρέπει να το ξεχνάμε.

## 2. 5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Κρίνεται σκόπιμη μια αναφορά στον Οικογενειακό Προγραμματισμό, καθώς αποτελεί το ασφαλέστερο και ισχυρότερο όπλο ενάντια στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και τα προβλήματα της περιγεννητικής περιόδου.

Σαν ιδέα ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ξεκίνησε τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, συγκεκριμένα το 1786, με τις θεωρίες του Άγγλου ιερέα Maltins. Η πρώτη, όμως, υλοποίηση της ιδέας, έγινε το 1916 με την λειτουργία του πρώτου συμβουλευτικού σταθμού για τον έλεγχο των γεννήσεων στις ΗΠΑ, από την Margaret Sanger, η οποία έβλεπε τον έλεγχο των γεννήσεων, συνδεδεμένο με την υγεία της γυναίκας και την ευτυχία της οικογένειας (Παναγιωτοπούλου- Γκόλτσιου, Β., 1995).

Στην χώρα μας, η πρώτη προσπάθεια για Οικογενειακό Προγραμματισμό έγινε στη δεκαετία του 1960, από τον ακαδημαϊκό καθηγητή Ν. Λούρο. Τον Απρίλιο του 1973 ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, με κυριότερο στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού (Παναγιωτοπούλου- Γκόλτσιου, Β., 1995, Κολιοπούλου, Α., 1998).

Το 1978, με πρωτοβουλία του τότε προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού καθηγητή Δ. Κασκαρέλη, άρχισε να λειτουργεί στο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα», Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Το 1980 ψηφίστηκε ο νόμος 1036, που έδωσε νομική υπόσταση στον Οικογενειακό Προγραμματισμό (Παναγιωτοπούλου- Γκόλτσιου, Β., 1995, Κολιοπούλου, Α., 1998).

Το 1982 το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με την βοήθεια του Γραφείου Πληθυσμιακών Δραστηριοτήτων του ΟΗΕ, ανέλαβε την επιμόρφωση στελεχών υγείας, από εκπαιδευτές του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού Margaret Sanger της Νέας Υόρκης, προκειμένου να στελεχώσει κέντρα, που σήμερα λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα (Παπαχρήστος, Χ., 2000).

Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δώσει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι τρόπος ζωής και τρόπος σκέψης που υιοθετείται θεληματικά και βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις και υπεύθυνες αποφάσεις, που λαμβάνουν άτομα ή ζευγάρια για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας (Παπαχρήστος, Χ., 2000).

Σκοπός του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι να προωθήσει με την ενημέρωση, εκπαίδευση και επιστημονική έρευνα, την αποδοχή της υπεύθυνης γονιμότητας, προς όφελος της υγείας της γυναίκας, της οικογένειας και της κοινωνίας γενικότερα (Παπαχρήστος, Χ., 2000).

Ο ρόλος της διαφώτισης- ενημέρωσης στον Οικογενειακό Προγραμματισμό είναι πολύπλευρος. Η ενημέρωση του κοινού γίνεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, με ειδικά άρθρα σε εφημερίδες και περιοδικά, με ομιλίες από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση και με δημόσιες επιστημονικές συζητήσεις και εκδηλώσεις. Η ενημέρωση και διαφώτιση αφορά προβλήματα της γενετησιακής λειτουργίας, την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένου και του AIDS, και την προετοιμασία για την εφηβεία, την οικογένεια και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή. Επίσης αφορά την ενημέρωση και επιμόρφωση των γονέων για τον τρόπο διαφώτισης των παιδιών γύρω από τα προβλήματα της γενετησιακής σφαίρας (Συκάκη-Δούκα, Α., 1998).

Η καλύτερη απόδοση των προγραμμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού, εξαρτάται από την ευαισθητοποίηση των φορέων της κοινότητας (σύλλογοι, εκπαιδευτικοί φορείς κ.λ.π.). Οι φορείς αυτοί θα προσδιορίσουν τις ανάγκες τους και θα συμμετάσχουν στα προγράμματα. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός με την ενημέρωση προσπαθεί να πείσει ότι η αντισύλληψη δεν μπορεί να διαχωριστεί από την σεξουαλικότητα. Είναι τρόπος ζωής και όχι μια μεμονωμένη ιδέα. Προϋποθέτει ψυχική και σωματική υγεία, υπευθυνότητα, διαπροσωπικές σχέσεις και καθορισμό του ρόλου του καθενός στο κοινωνικό πλαίσιο (Συκάκη-Δούκα, Α., 1998).

Η επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου είναι μια περίπλοκη απόφαση. Στη λήψη της εμπλέκονται τόσο ο άνδρας όσο και η γυναίκα. Η υγεία και η ηλικία της

γυναίκας, η δυνατότητα πρόσβασης σε κάποια ιατρική υπηρεσία, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του ζευγαριού και η ανάγκη του για αυθορμητισμό στη σεξουαλική σχέση, είναι παράγοντες που επηρεάζουν το είδος της απόφασης (Karlan, H., 1994).

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός δείχνει ιδιαίτερη ευαισθησία, φροντίδα και εξυπηρέτηση προς τους εφήβους. Βασικές πληροφορίες για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, τις επιπτώσεις της εγκυμοσύνης και της έκτρωσης σε νεαρά άτομα δεν είναι εύκολο να δοθούν. Στοιχεία του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» δείχνουν ότι το ποσοστό παρακολούθησης νέων στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, σε σύγκριση με μεγαλύτερες ηλικίες είναι χαμηλότερο. Αυτό οφείλεται

α. Στην άγνοια βασικών γνώσεων βιολογίας, αναπαραγωγικής διαδικασίας και εγκυμοσύνης και

β. στις δυσκολίες που συναντούν οι έφηβοι να φτάσουν στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού (Παναγιωτοπούλου-Γκόλτσιου, Β., 1995, Παπαχρήστος, Χ., 2000).

Είναι επιτακτική η ανάγκη της Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός συμπεριλαμβάνει και αυτόν τον τομέα στους στόχους του. Αυτό επιτυγχάνεται με ομιλίες που πραγματοποιεί η ομάδα του Κ.Ο.Π. στα σχολεία, στα Κέντρα Νεότητας ή μέσα από εκπαιδευτικές επισκέψεις, που πραγματοποιούν σχολικές ομάδες στα Κ.Ο.Π. Συχνά αυτές οι δραστηριότητες πραγματοποιούνται ύστερα από αίτημα των μαθητών (Συκάκη-Δούκα, Α., 1998).

Η αντίληψη μερικών ότι το να συμβουλευθείς τους εφήβους σχετικά με την αντισύλληψη, μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα, δεν φαίνεται να αποδεικνύεται από τις μελέτες. Η απαγόρευση της αντισύλληψης, δεν εμποδίζει τους νέους από το να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα και ίσως κάποια απρόσμενη εγκυμοσύνη (Παπαχρήστος, Χ., 2000).

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός βοηθά τις γυναίκες να καταλάβουν ότι η αποτελεσματική αντισύλληψη είναι πάντοτε προτιμότερη από την έκτρωση για την ρύθμιση των γεννήσεων. Κάθε παιδί που θα γεννηθεί έχει δικαίωμα να είναι επιθυμητό, αποδεκτό και να έχει αγάπη από το περιβάλλον του. Ο δεσμός μητέρας-παιδιού είναι πολύ σπουδαίος και πρέπει να ενισχύεται. Αλλά και ο δεσμός πατέρα-παιδιού, από τις πρώτες ημέρες της ζωής του βρέφους ακόμα, είναι πολύ σημαντικός παράγων για το παιδί του και για τον ίδιο (Παναγιωτοπούλου- Γκόλτσιου, Β., 1995).

Η ευθύνη για την γέννηση επιθυμητών παιδιών τελικά, ανήκει στους γονείς. Αυτοί θα αποφασίσουν πότε και πόσα παιδιά θα αποκτήσουν, έπειτα από υπεύθυνη και σωστή ενημέρωση. Στα Κ.Ο.Π. παρέχεται υπεύθυνη γενετική συμβουλευτική για

- Γερά και επιθυμητά παιδιά
- Φροντίδα για την υγεία της γυναίκας
- Ανύψωση της ποιότητας της ζωής (Παναγιωτοπούλου- Γκόλτσιου, Β., 1995).



## 2. 6. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Καθώς η μεγάλη ημέρα μέρα πλησιάζει, η έγκυος αρχίζει να αισθάνεται ολοένα και πιο νευρική, και διακατέχεται από ανάμικτα συναισθήματα για τον τοκετό της. Ανησυχεί για τον πόνο, για την παραμονή της στο νοσοκομείο και για την διάρκεια όλης της διαδικασίας. Διαβάζοντας για τα στάδια του τοκετού, μπορεί να μειώσει το άγχος για την διαδικασία. Γνωρίζοντας όσο το δυνατόν περισσότερα, θα είναι ικανή να αναγνωρίζει τα στάδια της γέννησης μόνη και να λαμβάνει ενσυνείδητα τις καλύτερες αποφάσεις για τον εαυτό της.

### **Το Πρώτο Στάδιο:** Το Παιχνίδι της Αναμονής.

Είναι η περίοδος της διαστολής του τραχηλικού στομίου και περιλαμβάνει τρεις φάσεις: την πρώιμη, την ενεργή και τη μεταβατική φάση. Η πρώιμη καλείται επίσης και λανθάνουσα. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, αρχίζουν οι συστολές. Αρχικά είναι ήπιες αλλά βαθμιαία θα γίνουν πιο έντονες και ισχυρές. Οι συστολές θα βοηθήσουν, έτσι ώστε ο τράχηλος να αλλάξει σε σύσταση, μήκος, θέση και διάμετρο (μαλακώνει, ανοίγει κ.τ.λ.) (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).

Η πρόοδος του τοκετού διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα και μπορεί να χρειαστούν ώρες μέχρι η διαστολή να φτάσει τα 3 ή 4 εκατοστόμετρα, οπότε αρχίζει

η ενεργός φάση του πρώτου σταδίου. Καθώς ο τράχηλος θα συνεχίζει να μεταβάλλεται, οι συστολές θα γίνουν ρυθμικές, αρκετά συχνές (κάθε 3 ως 4 λεπτά) και θα διαρκούν μέχρι 60 δευτερόλεπτα. Είναι η στιγμή για την επίτοκο να αποφασίσει εάν θα επιλέξει έναν φυσιολογικό τοκετό ή να χρησιμοποιήσει κάποιο αναλγητικό φάρμακο, όπως η επισκληρίδιος αναισθησία.

Κατά τη διάρκεια της μεταβατικής φάσης του πρώτου σταδίου, ο τράχηλος διαστέλλεται από 8 έως 10 εκατοστόμετρα. Συχνά σε αυτή τη φάση οι γυναίκες νιώθουν συμπτώματα παρόμοια με της γρίπης, όπως ναυτία, τάση προς έμετο, τρέμουλο.

Είναι σημαντικό σε αυτή τη φάση η επίτοκος να παραμείνει συγκεντρωμένη και να «κρατήσει» το μυαλό της μακριά από τις συστολές. Λίγη χαλαρωτική μουσική ή ένα βιβλίο μπορούν να βοηθήσουν.

Το πρώτο στάδιο διαρκεί κατά μέσο όρο 14 ώρες για τις πρωτοτόκες και 7 ώρες για τις πολυτόκες (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).

#### **Δεύτερο στάδιο: Η σκληρή δουλειά.**

Το Δεύτερο Στάδιο ή περίοδος της εξώθησης είναι πιο σύντομο από το πρώτο (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988). Διαρκεί κατά μέσο όρο 40 - 60 λεπτά για τις πρωτοτόκες και είναι ακόμα πιο σύντομο για τις πολυτόκες (20' - 30') (Δετοράκης, Ι., Παπαγεωργίου, Ι., 2002, Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988). Μολονότι οι γυναίκες ενθαρρύνονται να γεννήσουν σε ύπτια θέση, το καλύτερο είναι η επίτοκος να επιλέξει όποια θέση πραγματικά τη βοηθάει. Έχει παρατηρηθεί ότι η γέννηση σε μια όρθια θέση μπορεί να μειώσει το χρόνο του δεύτερου σταδίου ακόμα και 60 λεπτά. Τώρα είναι επίσης ένας καλός χρόνος να χρησιμοποιηθούν οι τεχνικές αναπνοής του Lamaze.

Κατά τη διάρκεια αυτού του δεύτερου σταδίου, ο τράχηλος φτάνει σε τέλεια διαστολή (περίπου 10 εκατοστά) και μπορεί να αρχίσει η εξώθηση. Καθώς το μωρό κατεβαίνει στον πυελογενετικό σωλήνα πιέζει με το κεφάλι του και η επίτοκος αισθάνεται την ανάγκη να εξωθήσει.

#### **Το τρίτο και τελευταίο στάδιο του τοκετού:**

Ονομάζεται και περίοδος της υστεροτοκίας (αποβάλλεται το ύστερο). Μόλις το μωρό γεννηθεί, οι συστολές αρχίζουν και πάλι, μόνο που τώρα είναι λιγότερο ενοχλητικές. Οι συστολές θα βοηθήσουν στην έξοδο του πλακούντα μαζί με τους υμένες του και τον ομφάλιο λώρο (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988). Το στάδιο αυτό διαρκεί συνήθως 5 έως 15 λεπτά, αλλά μπορεί να διαρκέσει μέχρι 1 ώρα.



### 2. 6. 1. Η Παρουσία του Πατέρα στον Τοκετό

Η ανθρώπινη οικογένεια, έχει διατηρηθεί διαμέσου των αιώνων, γιατί εξυπηρετεί ζωτικές ανθρώπινες ανάγκες και προφανώς θα συνεχίσει να υφίσταται με κάποια μορφή, όσο ο άνθρωπος θα υπάρχει πάνω στη γη.

Μέσα στην οικογένεια κάθε μέλος αναλαμβάνει έναν ή περισσότερους ρόλους. Ο τρόπος, με τον οποίο κάθε μέλος αντιμετωπίζει κάθε ρόλο επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες (ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς). Οι ρόλοι αλλάζουν καθώς η κοινωνία αλλάζει και εξελίσσεται. Κάθε γενιά υιοθετεί τις αλλαγές της εποχής της.

Στη δυτική κοινωνία του 19ου αιώνα, ο ιδανικός πατέρας περιγραφόταν ως αυτοδημιούργητος, δυνατός, αποφασιστικός, θαρραλέος, σκληρά εργαζόμενος για τον επιούσιο. Η κοινωνία ήταν έτσι δομημένη ώστε ο πατέρας εργαζόταν σπίτι ή κοντά σε αυτό ως τεχνίτης, αγρότης, κτηνοτρόφος. Μολονότι η φροντίδα των παιδιών ήταν έργο της μητέρας, ο πατέρας είχε ισχυρή παρουσία και σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της ζωής των παιδιών (Bly, R., 1991, Τσάκωνα, Μ., 2001).

Η βιομηχανική επανάσταση, η αστικοποίηση και δυο παγκόσμιοι πόλεμοι επέφεραν γρήγορες αλλαγές στην κοινωνική δομή. Ο πατέρας "εγκατέλειψε" την οικογενειακή εστία, ώστε να εργάζεται τις περισσότερες ώρες μακριά από αυτή. Σταδιακά απομακρύνθηκε από την οικογένεια αναλαμβάνοντας έναν νέο ρόλο (Bly, R., 1991).

Συγχρόνως ο τόπος του τοκετού άρχισε να μετακινείται από το σπίτι προς το οργανωμένο νοσοκομείο, το οποίο προσέφερε μεγαλύτερη ασφάλεια. Ο πατέρας έχασε τον βοηθητικό ρόλο, που είχε στον τοκετό στο σπίτι (να φέρει ξύλα για την φωτιά, να ζεστάνει νερό κ.τ.λ.) και "αφέθηκε" στην αίθουσα αναμονής, με συνέπεια ο τοκετός να γίνεται κάτι το απόμακρο. Στολές, πόρτες, απαγορευτικά. Ο πατέρας είναι ξένος στην γέννηση του παιδιού του.

Πριν το 1960 υπήρχαν ισχυρές αντιρρήσεις για την παρουσία του πατέρα στη διάρκεια του τοκετού-και συνεχίζουν να υπάρχουν και σήμερα-με την αιτιολογία της αποφυγής των λοιμώξεων, με το ότι είναι μια σαδιστική διαστροφή για τον άνδρα να παρακολουθεί την γέννα, με το ότι οι άνδρες δεν

αντέχουν και μπορεί να ζαλιστούν ή να λιποθυμήσουν ή, τέλος, ότι το γεγονός θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την ερωτική ζωή του ζευγαριού.

Οι μελέτες, όμως, που έγιναν για τις συνέπειες αυτής της παρουσίας σε παραμέτρους, όπως ο δεσμός του πατέρα με το νεογέννητο και η εμπειρία του τοκετού για την μητέρα, έδειξαν μια αύξηση στην καλή συναισθηματική κατάσταση της μητέρας και ταχύτερο δέσιμο μεταξύ πατέρα-βρέφους.

Σήμερα θεωρείται δεδομένο, τουλάχιστον στις χώρες, που η παρουσία του συζύγου κατά τον τοκετό είναι ρουτίνα, ότι αυτή προσφέρει θετικά αποτελέσματα. (Drammer A.O, 1977 Balaskas, 1984 Allen R., 1981 Bion W.R 19 Thekman, 1973).

Στην ελληνική πραγματικότητα, η πλειονότητα των πατέρων παραμένουν ακόμα στην αίθουσα αναμονής των μαιευτηρίων, χωρίς να συμμετέχουν στη διαδικασία του τοκετού ή να παρακολουθούν την γέννηση των παιδιών τους. Εξαιτίας των στεγανών, τα οποία υφίστανται το ιατροκεντρικό μοντέλο, η ελληνική βιβλιογραφία για το θέμα της παρουσίας του πατέρα στον τοκετό είναι ιδιαίτερα φτωχή. Μόλις τα τελευταία 15 χρόνια άρχισε η μελέτη των συναισθημάτων του Έλληνα πατέρα. Το 1992 η Δραγώνα, σε μια διαπολιτισμική μελέτη Ελλάδας-Αγγλίας, απέδειξε ότι οι Έλληνες γονείς βιώνουν χωριστά την μετάβαση στην γονεϊκότητα. Σε σχέση με τους Άγγλους οι Έλληνες πατέρες αποδείχθηκαν φυσικά και συναισθηματικά πιο μακριά από τις γυναίκες τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (Τσάκωνα, Μ., 2001).

Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Α. Βαρτζιώτη, Σ. Καλανταρίδου, L. Wacker, Δ. Λώλη με σκοπό την μελέτη των επιπτώσεων της παρουσίας των συζύγων στον τοκετό, απέδειξε ότι παρά τις αρχικές επιφυλάξεις των ανδρών, γυναικών και μαιευτήρων, η παρουσία των συζύγων κατά τον τοκετό - παρά τα "κοινά δαιμόνια", που πιθανώς εισάγει στη δημόσια νοσοκομειακή αντίληψη - μόνο ευεργετικά αποτελέσματα προσφέρει στο ζευγάρι, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα (Βαρτζιώτη, Α., Καλανταρίδου, Σ., Walker, L., Λώλης Δ., 1998).

Σε καμιά περίπτωση δεν καταγράφηκαν αρνητικά συναισθήματα κατά την διάρκεια του τοκετού, και όπως προέκυψε από τις απαντήσεις των ζευγαριών, η παρουσία του συντρόφου θεωρήθηκε ουσιώδους σημασίας για το ζευγάρι, τόσο από συναισθηματική όσο και από πρακτική σκοπιά. Είναι

αξιοσημείωτο, ότι στην πλειοψηφία των ζευγαριών η σεξουαλικότητα δεν επηρεάστηκε, ενώ, μάλιστα ένα ποσοστό 20% θεώρησε ότι αυτή βελτιώθηκε μετά την κοινή εμπειρία του τοκετού (Βαρτζιώτη, Α., Καλανταρίδου, Σ., Walker, L., Λώλης Δ., 1998).

Φαίνεται ότι και η ελληνική πραγματικότητα είναι, πλέον, έτοιμη να δεχτεί τις εμπειρίες, που από δεκαετίες αποτελούν ρουτίνα στις χώρες της Ευρώπης και τις ΗΠΑ. Η συμμετοχή του συζύγου στον τοκετό γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη και ας ελπίσουμε ότι θα αποτελέσει ρουτίνα στα προσεχή χρόνια (Βαρτζιώτη, Α., Καλανταρίδου, Σ., Walker, L., Λώλης Δ., 1998).

Θα πρέπει εδώ να τονιστεί ότι επειδή ο θεσμός αυτός είναι πρωτόγνωρος για τα ελληνικά δεδομένα και έρχεται σε αντίθεση με στερεότυπα και παγιωμένες αντιλήψεις, είναι απαραίτητη και επιτακτική η προετοιμασία του συζύγου με τα κατάλληλα μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής.

## 2. 6. 2. Το Νεογνό

Οι πρώτες αντιδράσεις είναι εκείνες της ενόχλησης λόγω των χειρισμών που του γίνονται. Σιγά-σιγά το νεογνό, καθώς νιώθει περισσότερο ζωντανό, θα μας παρουσιάσει συμπεριφορές παρόμοιες με αυτές της ενδομήτριας ζωής, όπως παρατηρούνται μέσω υπερηχογραφήματος. Οι πρώτες κινήσεις θηλασμού, το χεράκι που σφίγγει το δάχτυλο μας όπως θα έσφιγγε τον ομφάλιο λώρο, το ποδαράκι που αγγίζει τα τοιχώματα στο κουνάκι σα να αγγίζει τα τοιχώματα της μήτρας, τα χέρια που αναζητούν μαλακά πράγματα, όπως απαλός υπήρξε ο πλακούντας, το να γλιστρά σα να ήταν μέσα στη μήτρα πειραματιζόμενο και απολαμβάνοντας τις πρώτες αισθήσεις αφής και κιναισθησίας (Negri, R., 1998).

Υπάρχει μνήμη κληρονομική ή ανάμνηση των γεγονότων του παρελθόντος, αναρωτιέται η Marcella Balconi. Φαίνεται να υπάρχει μια αισθητηριακή μνήμη σπλαχνική και εξωτερική, αφού το νεογνό ξέρει να αντιδρά ακόμα και στον χτύπο της μητρικής καρδιάς αναγνωρίζοντάς τον ή στην μητρική φωνή ή στον ήχο μουσικής που είχε ακούσει όταν βρισκόταν μέσα στη μήτρα (Negri, R., 1998).

Ήδη από τις πρώτες στιγμές το νεογνό διαθέτει ιδιαίτερους τρόπους αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον (Negri, R., 1998). Ένα ανοίγει διάπλατα τα μάτια, άλλο προτιμά ν' ακούει. Η Balconi προσθέτει πως κάθε ζευγάρι μητέρας-παιδιού έχει

ένα δικό του τρόπο συνάντησης. Το νεογνό ερχόμενο στον κόσμο, φαίνεται να χάνει εκείνες τις ικανότητες που έδειξε ότι κατείχε όταν ήταν μέσα στη μήτρα. Εύθραυστο, σχεδόν αμέτοχο, ανίκανο για μια άπειρη μάνα. Σε καταστάσεις ευεξίας, με τις εμφανίσεις χαμόγελου στον ύπνο, μοιάζει να είναι βυθισμένο σε ευχάριστες φαντασιώσεις (η ψευδαισθήση της επιθυμίας του Freud) και να εμπεριέχει το καλό (Balconi, M., 1998).

Στις καταστάσεις δυσφορίας ή μη ικανοποίησης των αναγκών του το νεογνό απαντά όχι μόνο με το κλάμα, αλλά με ολόκληρο το σώμα του, σα να θέλει να πετάξει έξω το κακό. Οι σωματικές αυτές εκδηλώσεις, ίσως αποτελούν προμηνύματα μελλοντικών μηχανισμών ενδοπροβολής και προβολής (Balconi, M., 1998).

### **2. 6. 3. Πρόωρα Νεογνά και Νεογνά στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Η γέννα είναι μια δυνητικά επικίνδυνη στιγμή τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Αν και τα περισσότερα πρόωρα νεογνά αναπτύσσονται φυσιολογικά, ένας πρόωρος τοκετός αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποια δυσλειτουργίας (Karlan, H., 1994). Περίπου 30% των πρόωρων εμφανίζει μια ή περισσότερες από τις εξής καταστάσεις: νοητική καθυστέρηση, διαταραχές της συμπεριφοράς, συναισθηματικές διαταραχές, τύφλωση, ελλειμματική ακοή, κινητικές διαταραχές και αισθητικοκινητικά προβλήματα, όπως η δυσλεξία (Negri, R., 1998). Τα πρόωρα παιδιά, επίσης, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι τα τελειόμηνα, να γίνουν θύματα κακοποίησης (Karlan, H., 1994).

Πρόωρο νεογνό ονομάζεται εκείνο που γεννιέται πριν από την 34η εβδομάδα της κύησης ή έχει βάρος γέννησης μικρότερο από 2.500gr. Η προωρότητα υπολογίζεται στο 7% του συνόλου των γεννήσεων και σχετίζεται με υποβαθμισμένες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, με φτωχή διατροφή της μητέρας και με εγκυμοσύνη πριν από την ηλικία των 20 ετών. Το χαμηλό βάρος γέννησης είναι συνηθέστερο μεταξύ μαύρων (13,2% του συνόλου των γεννήσεων) παρά μεταξύ λευκών (5,7%) (Καρπάθιος, Σ. Ε., 1988).

Τα πρόωρα νεογνά που νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής παρακολούθησης βιώνουν μια αρνητική συναισθηματική εμπειρία, η οποία συνδέεται με τις θεραπείες, τις συχνές αιμοληψίες και γενικότερα με τραυματισμούς και χειρισμούς που υφίστανται (Cornslaw 1981, Lesine 1977, Szure 1981). Εάν

αποδεχτούμε ότι το μέστωμα της ψυχικής ζωής είναι πράγματι γεγονός ήδη από την προγεννητική περίοδο, όπως επιβεβαιώνουν μελέτες στο χώρο της νευροφυσιολογίας, της ψυχανάλυσης και της υπερηχογραφίας, γίνεται κατανοητό ότι αυτή η συναισθηματική εμπειρία είναι δυναμικά γενεσιουργός αιτία πολλών ψυχοπαθολογικών καταστάσεων (Negri, R., 1998).

Σήμερα δίνεται μεγάλη έμφαση στον τρόπο, με τον οποίο το μικρό παιδί ζει την αρχική περίοδο της ζωής του. Γίνονται όλο και περισσότερες μελέτες σχετικά με τον πόνο που βιώνει το νεογνό λόγω της παθολογίας και των βασανιστικών και αιματηρών τεχνικών που χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς (Gasparoni 1990, Summer 1993, McGrath 1987, Orzalesi 1989, Porte 1989).

Μέχρι πριν μερικά χρόνια υπήρχε η υπόθεση ότι η φτωχή παρουσία των δερματικών νευρικών απολήξεων πόνου στο νεογνό, θα είχε ως συνέπεια τη δυσκολία στη μετάδοση και την ελλιπή αντίληψη του ερεθίσματος του πόνου. Υπόθεση ιδιαίτερα καθησυχαστική κυρίως για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι δινόταν ελάχιστη προσοχή στην συμπεριφορά του νεογνού ως μια προσπάθεια επικοινωνίας (Negri, R., 1998).

Στην βιβλιογραφία υπογραμμίζεται ότι η υπαρξιακή κατάσταση του παιδιού κατά την αρχική περίοδο της ζωής του, είναι στενά συνδεδεμένη με τους τρόπους που ρυθμίζουν τη σχέση με τη μητέρα και ότι οι πρωταρχικές διαδικασίες αλληλεπίδρασης παίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο για τη μετέπειτα εξέλιξη (Balconi, M., 1998).

Έχουμε ήδη μιλήσει για την πραγματοποίηση των χαρακτηριστικών του νεογνού μέσα από τη "σύνδεση" με τη μητέρα. Είναι φανερό ότι στα πρόωρα νεογνά καθώς και σε αυτό που νοσηλεύεται στην εντατική δημιουργείται μια σοβαρή απειλή πραγματοποίησης αυτών των χαρακτηριστικών. Τα πρόωρα νεογνά, εξαιτίας του ασθενούς αισθητικοκινητικού τους συστήματος, αναπτύσσουν λιγότερες αλληλεπιδράσεις με την μητέρα τους, από ότι τα τελειόμηνα. Αυτό έχει ως συνέπεια την ανάπτυξη προσκόλλησης (τα συναισθήματα που έχει το παιδί προς την μητέρα τους) και δεσμού (τα συναισθήματα της μητέρας προς το παιδί της), τα οποία εξαρτώνται σημαντικά από την αλληλεπίδραση της μητέρας με το παιδί (Kaplan, H., 1994).

Τα νεογνά που νοσηλεύονται σε μονάδες νεογνών, γίνονται αντικείμενο εντατικής φροντίδας με την βοήθεια περίπλοκων υποστηρικτικών της ζωής, τεχνολογικών συστημάτων. Στην περίπτωση αυτή οι μητέρες δεν μπορούν να

κρατήσουν τα παιδιά τους για αρκετές ημέρες. Οι πατέρες μετέχουν ακόμα λιγότερο μια και η φροντίδα του νεογνού αναλαμβάνεται ολοκληρωτικά από εξειδικευμένο προσωπικό (Karlan, H., 1994).

Για όλα αυτά είναι απαραίτητο να δρομολογηθεί μια προστατευτική και διαρθρωμένη πρόληψη. Πρωταρχική ανάγκη είναι να πλησιάσουν οι γονείς όσο το δυνατόν περισσότερο το παιδί από τις πρώτες στιγμές της γέννησης. Ταυτόχρονα προκύπτει η ανάγκη να δρομολογηθούν συναντήσεις με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό που εργάζεται μέσα στο τμήμα. Συνήθως σε αυτές τις καταστάσεις παρατηρείται μια στενή αλληλεξάρτηση ανάμεσα στους γονείς και το προσωπικό, η οποία εάν αξιολογηθεί και αναπτυχθεί σωστά μπορεί να προκαλέσει ένα είδος "αμοιβαίας τροφοδοσίας" για την καλύτερη πρόβλεψη των αναγκών του παιδιού (Balconi, M., 1998, Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).

Οι προληπτικές ενέργειες που απευθύνονται στο νεογνό περιλαμβάνουν την παρατήρησή του και όλα εκείνα τα μέτρα που έχουν σκοπό να κάνουν περισσότερο ανεκτή την παραμονή του στη τμήμα. Οι πιο σημαντικές κατά την αρχική περίοδο είναι: η άνετη στάση, η συσκευή που μετριάζει και τροποποιεί το φωτισμό στο χώρο, τα χάδια, η θεραπεία "ήχου", τα γευστικά ερεθίσματα, ο μη θρεπτικός θηλασμός, το στρωματάκι νερού κλπ. (Burns 1983, De Casper-Field, 1982, Korner 1985, Martin 1979, Scott 1983, Scott, Martin 1981).

Είναι φανερό ότι κατά την εφαρμογή αυτών των διαδικασιών τίθεται το πρόβλημα καθορισμού της στιγμής της παρέμβασης. Κάθε παιδί, ακόμη και το νεογνό, είναι διαφορετικό από τα υπόλοιπα, και ιδιαίτερα σ' αυτές τις περιπτώσεις η διαφορά σχετίζεται σημαντικά με την ηλικία κύησης και την κλινική κατάσταση (Lester 1990).

Δικαιολογημένα, λοιπόν, δεν υπάρχουν εύκολες απαντήσεις. Όπως διαπιστώνει και η Marcolli: ο πιο κατάλληλος τρόπος για την εφαρμογή των προληπτικών περιβαλλοντικών ενεργειών είναι η εξατομικευμένη παρέμβαση μέσω της παρατήρησης του νεογνού (Bonassi 1989, Brutti 1975, Di Cagno 1982,1990, Marcolli 1998).



#### **2. 6. 4. Το Νεογνό Κοντά στην Μητέρα του (Rooming-In)**

«Το νεογνό χρειάζεται και θέλει τρία πράγματα: Ζεστασιά στην αγκαλιά της μητέρας του, τροφή (γάλα) από τον μαστό της μητέρας του και ασφάλεια-σιγουριά από την αίσθηση της παρουσίας της», διαπίστωσε ο Dick-Read το 1977 (Παπαζαχαριάκη, Π., Οικονομάκου, Β., 1995).

Όλα αυτά συμβάλλουν στη φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους και επιτυγχάνονται μόνο με την παραμονή του συνεχώς μαζί της ή όπως ονομάζεται διεθνώς «ROOMING-IN» (Σοφατζής, Γ., Ζάχου, Θ., 1996).

Έρευνες έδειξαν, ότι μετά τον τοκετό η επαφή και η επικοινωνία της μητέρας με το νεογέννητο έχουν σχέση με την όλη εξέλιξη της ζωής του παιδιού και επισημαίνονται οι κίνδυνοι που εγκυμονούν από την απομάκρυνση μητέρας-παιδιού. (Klaus, M. H., 1976, Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Παδιατέλης Κ., και συν.,1981, Srock, B., 1987, Τιμοθεάδης Τιμ.,1982,).

Ο μητρικός θηλασμός επιτυγχάνει, γιατί όταν το νεογνό είναι δίπλα στην μητέρα του, αυξάνεται η διάθεσή της να θηλάσει και ο θηλασμός αρχίζει γρήγορα και είναι ελεύθερος όλο το 24ωρο,όποτε θέλει (Σοφατζής Γ., Ζάχου Θ.,1996, Srock, B., 1987).

Ο Goldstein σε έρευνα που έκανε σε χίλιες γυναίκες-που γέννησαν σε διάφορα κλινικές του Βερολίνου-παρατηρεί ότι το 50% και άνω, δεν ήταν ευχαριστημένες από τις συνθήκες παραμονής και νοσηλείας χωριστά από τα παιδιά τους (Οικονομάκου, Β., Παπαζαχαριάκη, Π., 1995) .

Παρά την αποδεδειγμένη σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της παραμονής του νεογέννητου κοντά στη μητέρα του, έχουν αναπτυχθεί θεωρίες σύμφωνα με τις οποίες το νεογέννητο είναι ευάλωτο πλάσμα, που χρειάζεται προφύλαξη από λοιμώξεις και ότι μια εστία λοίμωξης μπορεί να είναι η ίδια η μητέρα του. Έτσι είναι καλύτερα να αποχωρίζεται το νεογέννητο από την μητέρα του και να νοσηλεύεται χωριστά σε κοινό θάλαμο νεογέννητων (Σοφατζής, Γ., Ζάχου, Θ., 1996).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) το 1989 επισημαίνει, ότι ο κίνδυνος λοίμωξης είναι πολύ μικρότερος στο δωμάτιο της μητέρας απ' ότι στον κλειστό χώρο των κοινών θαλάμων νεογέννητων, όπου μπορούν να συμβούν σοβαρές επιδημίες (World Health Organization, 1989).

Στο μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη», επί 70 χρόνια δεν σημειώθηκε κανένα πρόβλημα από την παραμονή των νεογέννητων κοντά στη μητέρα τους. Επιπλέον σε σχετική έρευνα που έγινε στο μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» (Παδιατέλης Κ., και συν.,1981) αποδείχθηκε, ότι σε ένα ποσοστό 87% οι πολυτόκες και 97% οι πρωτοτόκες Ελληνίδες μητέρες θέλουν το νεογέννητο παιδί κοντά τους.

Το σύστημα «ROOMING-IN» αποτελεί ένα από τα δέκα απαραίτητα βήματα, που πρέπει να εφαρμόζουν τα μαιευτήρια στην προσπάθειά τους για επιτυχή μητρικό θηλασμό (Διακήρυξη «INNOCENTI», UNICEF, 1990) και απαραίτητη προϋπόθεση για να κριθεί ότι ένα μαιευτήριο είναι ένα «Baby Friendly Hospital» (ένα Φιλικό προς το νεογνό προσκείμενο μαιευτήριο) (UNICEF,1992).



## 2. 7. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η ευπλαστότητα στην ψυχική λειτουργία των γονέων αλλά και του βρέφους, κατά τους πρώτους μήνες της γνωριμίας τους, αλλά και η επιθυμία των γονέων να πράξουν ότι το καλύτερο για το παιδί τους, κινητοποιούν τεράστιες και άγνωστες μέχρι τότε δυνάμεις αλλαγής στους γονείς (Μιχαλέλη, Μ., 1997).

Αντικρύζοντας το πλούσιο δυναμικό του παιδιού του, είναι σα να ξαναβρίσκει ο γονέας αυτό που θα μπορούσε να ήταν ο ίδιος. Ξεκινά πάλι μια πορεία, που, ίσως, είχε διακοπεί. Για το λόγο αυτό η βρεφική ηλικία αποτελεί την πιο πρόσφορη περίοδο προληπτικής παρέμβασης σε ότι αφορά την εξέλιξη του παιδιού. Συγχρόνως είναι η καλύτερη περίοδος θεραπευτικής παρέμβασης σε ότι αφορά τις μεγάλες δυνατότητες αλλαγής, που υπάρχουν στους γονείς (Μιχαλέλη, Μ., 1997).

Το μωρό με τις πρώιμες ικανότητές του (όταν αυτές είναι ακέραιες) θα αποδώσει στους γονείς του το ρόλο τους, εγκαθιδρύοντας μαζί τους ένα σταθερό, συνεχή και ασφαλή δεσμό. Κάτι τέτοιο όμως, επιβάλλει να γνωρίζουμε και τις ικανότητες των γονέων, την ιστορία τους και τα στοιχεία που την σημάδεψαν. Τα στοιχεία αυτά, μέσα από τον κίνδυνο να επαναληφθούν, στη σχέση τους με το παιδί τους, βαραίνουν και υποθηκεύουν την εξέλιξή του (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Μιχαλέλη, Μ., 1997). Μεταξύ των γονέων και του βρέφους ξετυλίγεται ένα περίπλοκο σενάριο, το οποίο είναι διαφορετικό για κάθε ζευγάρι γονέων (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).

Οι έμφυτες ικανότητες του βρέφους, οι ικανότητες των γονέων και η ιστορία τους, οι ικανότητες όλων όσων θα παρέμβουν ήδη από την κυοφορία του παιδιού που θα γεννηθεί, οι ικανότητες (η οργάνωση) του κοινωνικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο έρχεται το μωρό, όλα αυτά θα αλληλεπιδράσουν δυναμικά, με τρόπο τέτοιο, ώστε να μην είναι απλά αθροιστική η επίδρασή τους (Μιχαλέλη, Μ., 1997, Spock, B., 1987, Winnicott, D., 1976).

Η συμπεριφορά ενός πατέρα ή μιας μητέρας απέναντι στο μωρό είναι αποτέλεσμα ενός περίπλοκου συνδυασμού που συνίσταται στις αντιδράσεις του βρέφους προς τον γονέα, το μακρύ ιστορικό των διαπροσωπικών σχέσεων μέσα και έξω από την οικογένεια, τις εμπειρίες με την παρούσα ή προηγούμενες εγκυμοσύνες, την αφομοίωση των τεχνικών και των αξιών του ευρύτερου πολιτισμικού πλαισίου,

καθώς και στον τρόπο με τον οποίο ο κάθε γονέας ανατράφηκε από τους δικούς του γονείς. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν προφανώς την γονική συμπεριφορά όπως: η στάση, οι δηλώσεις και οι πρακτικές των μαιών και των γιατρών του νοσοκομείου, το αν η μητέρα έμεινε μόνη για σύντομες περιόδους κατά την διάρκεια του τοκετού, τυχόν αποχωρισμός της από το νεογνό κατά τις πρώτες μέρες της ζωής, η ιδιοσυγκρασία του νεογνού και η συνολική κατάσταση της υγείας του (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).

Ο αντίκτυπος που θα έχουν μερικές από αυτές τις εμπειρίες των πρώτων ημερών στη στάση και την συμπεριφορά των γονέων μπορεί να μεταβληθεί ή να επηρεαστεί, τόσο ευνοϊκά όσο και άσχημα, ανάλογα με το τι θα συμβεί κατά την κρίσιμη περίοδο της γέννησης και των ημερών που θα ακολουθήσουν αμέσως μετά (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Winnicott, D., 1976).

Δυστυχώς όμως, δεν συμβαίνει πάντα η γέννηση ενός παιδιού να είναι ταυτόσημη με την πραγματοποίηση των ονείρων και των προσδοκιών, που είχαν οι γονείς του γι' αυτό. Δυσμορφίες, συγγενείς ανωμαλίες, προωρότητα, αναπηρία. Μια μακριά λίστα από πιθανές κλινικές εικόνες που έρχονται σε σύγκρουση, όχι μόνο με τα όνειρα των γονέων, αλλά και με το αίσθημα παντοδυναμίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και με την κοινωνική δυσανεξία στην ασθένεια, την αναπηρία και γενικότερα την «έλλειψη» (Μιχαλέλη, Μ., 1997).

Στις παραπάνω περιπτώσεις οι προσπάθειές μας θα πρέπει να επικεντρωθούν στην όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη υποστήριξη των γονέων, ώστε να υποδεχτούν και να αποδεχτούν αυτό το παιδί, να ξεπεράσουν το πλήγμα, που αποτελεί γι' αυτούς τούτη η γέννηση, καθώς και τις ενοχές τους που ακολουθούν. Αυτή η υποστήριξη και «συνοδεία» των γονέων είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για να βρουν τη δύναμη οι ίδιοι να στηρίζουν το παιδί τους, ώστε να αναπτύξει όλες του τις δυνατότητες (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Μιχαλέλη, Μ., 1997, Spock, B., 1987).

Υπάρχουν όμως, και πολλές περιπτώσεις όπου αν και η γέννηση γίνεται κάτω από τις καλύτερες δυνατές συνθήκες για το βρέφος και τους γονείς του, πολύ σύντομα εγκαθίστανται μια πρώιμη ψυχοπαθολογία: Δυσαρμονία στις σχέσεις του με την μητέρα. Επικοινωνία που στηρίχθηκε από πολύ νωρίς σε μια παρεξήγηση, χαρακτηρίζοντας έτσι την σχέση μητέρας-βρέφους. Ψυχοσωματική συμπτωματολογία στο βρέφος (κωλικοί, διαταραχές του ύπνου, άσθμα, διαταραχές στη διατροφή κτλ).

Ακόμη, και ο πρώιμος αυτισμός ή οι οικογένειες που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να κακοποιήσουν το παιδί τους (Karlan, H., 1994).

Η ψυχοπαθολογία του βρέφους είναι μια καινούργια επιστήμη, που είναι τεράστια αλλά και σε πλήρη εξέλιξη. Αφορά πάρα πολλούς κλάδους κλινικούς και ερευνητικούς. Η μεγάλη πρόκληση αλλά συγχρόνως και η απαίτηση, που επιβάλλεται, είναι ο εις βάθος προβληματισμός μας γύρω από τα τεράστια ηθικά προβλήματα και διλήμματα, που δημιουργήθηκαν από τη στιγμή που αρχίσαμε να ρίχνουμε ένα καινούργιο βλέμμα στην κύηση, στους γονείς και τα βρέφη (Μιχαλέλη, Μ., 1997).

Μωρά πολύτιμα, μωρά που έρχονται ενάντια σε οποιοδήποτε εμπόδιο και με οποιοδήποτε τίμημα, γιατί ακόμη και σήμερα θεωρούμε ότι μονάχα έτσι ολοκληρώνεται ο βιολογικός κύκλος του κάθε ανθρώπου (Μιχαλέλη, Μ., 1997).



### **2. 7. 1. Η Γυναίκα στην Λοχεία**

Η γυναίκα στη λοχεία αντιμετωπίζει ένα πλήθος ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο, - που για πολλές γυναίκες είναι η πρώτη - αποτελεί ήδη μια ψυχική επιβάρυνση. Οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό, οι στολές, η παραμονή με άλλες γυναίκες σ' ένα δωμάτιο, η αίθουσα τοκετού και ο τοκετός, το παιδί το ίδιο, οι δυσκολίες του θηλασμού, η

επιστροφή στο σπίτι με νέες υποχρεώσεις, η αντιπαράθεση με το σύζυγό ή τους συγγενείς για τη φροντίδα του μωρού, νέα οικονομικά δεδομένα, φόβος και άγχος για το μέλλον κ.ά., είναι μερικές μόνο από τις καταστάσεις που αντιμετωπίζει η νέα μητέρα με τη γέννηση του παιδιού της.

Η λοχεία αποτελεί ισχυρό σόκ. Ενώ οι αλλαγές της εγκυμοσύνης συντελούνε σταδιακά και η μητρότητα είναι μόνιμη κατάσταση, η περίοδος της λοχείας έρχεται χωρίς καμιά προειδοποίηση, από τη μια στιγμή στην άλλη. Όσο καλά κι αν είναι προετοιμασμένη η μητέρα για αυτή την μετάβαση, η ταχύτητα, με την οποία συμβαίνει θα την συγκλονίσει (Stern, E. S., 2005).

Το πώς νιώθει η μητέρα τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το είδος της εμπειρίας του τοκετού. Αν όλα κύλησαν φυσιολογικά, τότε η μητέρα θα νιώθει ψυχική ανάταση, περηφάνια και ανυπομονησία να φροντίσει μόνη το μωρό της. Αν όμως ο τοκετός ήταν εργώδης ή οδυνηρός η μητέρα θα είναι εξαντλημένη και αδύναμη να φροντίσει μόνη το μωρό της (Stern, E. S., 2005). Χρειάζεται βοήθεια και δεν έχει ακόμη αρκετές δυνάμεις για να φροντίσει μόνη της το βρέφος. Αν της δίνουν το μωρό της μόνο την ώρα του θηλασμού, βρίσκεται σε μειονεκτική θέση (Winnicott, D., 1976). Αν δεν ξέρει πώς είναι το μωρό της όταν κοιμάται, ή όταν είναι ξύπνιο και κοιτάζει γύρω του με έκπληξη, είναι πολύ πιθανό να φοβάται να το θηλάσει (Winnicott, D., 1976).

Σύμφωνα με τον Winnicott, το πιο σημαντικό πράγμα στην πρώιμη επαφή της νεαρής μητέρας με το μωρό της είναι η βεβαιότητα που αποκτά, ότι το παιδί είναι φυσιολογικό (Winnicott, D., 1976). Αυτό αφορά και τον πατέρα, γιατί κι αυτός υποφέρει όσο και η μητέρα από την αμφιβολία μήπως δεν είναι ικανός να κάνει ένα φυσιολογικό και υγιές παιδί (Winnicott, D., 1976).

Με την επιστροφή στο σπίτι έρχεται η συνειδητοποίηση της νέας οικογενειακής κατάστασης. Οι πρώτες ημέρες στο σπίτι μπορεί να είναι ένα διάστημα γαλήνης και ευτυχίας αλλά συγχρόνως, χαοτικές και αγχώδεις (Stern, E. S., 2005).

Ακόμη κι αν η προετοιμασία έγινε όπως έπρεπε, η άπειρη μητέρα αναστατώνεται μόλις επιστρέψει σπίτι της με το μωρό. Περιμένει να αναγνωρίσει αμέσως στο μωρό τη δικιά της σάρκα και αίμα, περιμένει να στρέψει πάνω του όλη την ορμή του μητρικού συναισθήματος. Όμως σε πολλές περιπτώσεις αυτό δεν συμβαίνει ούτε την πρώτη μέρα, ούτε την πρώτη εβδομάδα. Αντίθετα είναι μια

πορεία που ολοκληρώνεται μόνο όταν η μητέρα και το παιδί ζήσουν για λίγο στο σπίτι (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Srock, B., 1987).

Οι περισσότεροι γονείς είναι ευέξαπτοι τις πρώτες εβδομάδες που ζουν με το μωρό τους (Stern, E. S., 2005). Στεναχωριούνται με τα πιο απλά κι αθώα πράγματα, όπως το κλάμα του μωρού, ο λόξυγκας, το φτάρνισμα. Όπως πολύ εύστοχα περιγράφει ο Benjamin Srock: «Μπαινοβγαίνουν στο δωμάτιο να δουν αν συνεχίζει να αναπνέει. Κατά πάσα πιθανότητα είναι από ένστικτο που οι γονείς φαίνονται υπερπροστατευτικοί αυτή την περίοδο. Υποθέτω πως είναι ένα από τα τερτίπια που κάνει η φύση για να είναι σίγουρη πως τα εκατομμύρια των γονιών σε αυτόν τον κόσμο, αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους.» (Srock, B., «Το Παιδί Και Η Φροντίδα Του», σελ. 37-38, Εκδόσεις Κάκτος, 1987).

Κάποιες γυναίκες στην διάρκεια της περιόδου της λοχείας εμφανίζουν μια κυκλοθυμία τόσο έντονη, που οδηγεί στην απόλυτη σύγχυση. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο να κλαίει ανεξέλεγκτα και δίχως προφανή λόγο (Παπαγεωργίου, Ε., 1991).

Αυτή η κατάσταση είναι γνωστή ως «μεταγεννητική μελαγχολία». Αιτία της μελαγχολίας μπορεί να είναι το πένθος για το τέλος της εγκυμοσύνης. Η γυναίκα που γέννησε, είναι πιθανό να νιώθει ένα συναίσθημα απώλειας: να αισθάνεται κενή - τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά. Η αμεσότητα που ένιωθε όσο «έτρεφε» μέσα της μια νέα ζωή, έχει χαθεί. Παράλληλα μπορεί να νιώθει μια ελαφριά ζήλεια, καθώς το κέντρο της προσοχής των άλλων μετατοπίζεται από την ίδια στο μωρό της (Stern, E. S., 2005).

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της μελαγχολίας είναι η ξεκούραση, η συμπαράσταση των άλλων και η επαφή με άλλες μητέρες (οι ομάδες λεχωϊδών και νέων μητέρων είναι το πιο σπουδαίο αντίδοτο για τις δυσκολίες της λοχείας) (Stern, E. S., 2005).

Σε αυτή τη φάση είναι σημαντικό η μητέρα να δώσει τον χρόνο στον εαυτό της να συμβιβαστεί στη νέα της ζωή ως μητέρα. Η ανάμνηση της διαδικασίας της εγκυμοσύνης και του τοκετού καθώς και η επεξεργασία των συναισθημάτων, που γέννησε αυτή η εμπειρία, μπορεί να κάνει πιο ομαλή την μετάβαση στην μητρότητα. Η εμπειρία της γέννησης είναι πολύ σημαντική, ηρωϊκή και πολύτιμη για να λησμονηθεί. Η μητρότητα δε, θαύμα, που σε συνδυασμό με λίγη ξεκούραση, θα φέρει

την ψυχική ισορροπία (Stern, E. S., 2005).

### 2. 7. 2. Η Πρώιμη Επαφή Πατέρα-Νεογνού

Οι πατέρες βιώνουν με το δικό τους τρόπο τις πρώτες ώρες της γέννησης της οικογένειας. Μολονότι οι κοινωνικές αλλαγές και οι προσδοκίες των νέων γονέων δείχνουν μερικές φορές ότι ο ρόλος του πατέρα και της μητέρας εναλλάσσονται, ο



κάθε γονέας παίζει έναν ευδιάκριτο ξεχωριστό ρόλο (Winnicott, D., 1976).

Ο παιδίατρος Michael Yogman διαπίστωσε ότι η περίοδος πριν από τη γέννηση του παιδιού απαιτεί ψυχολογική αναπροσαρμογή και των δυο γονέων (Yogman, M., 1980). Ωστόσο ο μέλλοντας πατέρας

δε νιώθει τη φυσική παρουσία του εμβρύου να μεγαλώνει μέσα του και αυτό ίσως τον ωθεί να αναζητήσει εναλλακτικούς τρόπους έκφρασης της παραγωγικότητας και δημιουργικότητάς του (Klaus M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004). Είδαμε σε προηγούμενα κεφάλαια ότι οι προσπάθειες του μέλλοντα πατέρα κατά την προγεννητική περίοδο εστιάζονται στο να παραμείνει συναισθηματικά παρών για τη σύζυγό του και ταυτόχρονα να έχει μια υπεύθυνη και παραγωγική στάση. Όταν ο σύζυγος είναι ευαίσθητος και φροντίζει τη γυναίκα του κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η ίδια προσαρμόζεται καλύτερα στην εγκυμοσύνη (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Spock, B., 1987, Stern, E. S., 2005).

Τα πανίσχυρα συναισθήματα που νιώθουν οι πατέρες προς το νεογέννητο παιδί τους ονομάζεται προσήλωση (όρος που σημαίνει «απορρόφηση, πνευματική ενασχόληση και ενδιαφέρον») (Greenberg, Moms, 1974). Η προσήλωση περιλαμβάνει πολλές συγκεκριμένες πτυχές του δεσμού που αναπτύσσει ο πατέρας με το παιδί του, οι οποίες κυμαίνονται από την έλξη προς το μωρό και την αντίληψη του

νεογέννητου ως «τέλειου», μέχρι την έντονη αγαλλίαση και μια αυξημένη αίσθηση της αυτοεκτίμησης (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).

Ο ψυχολόγος Ross Park έδειξε μέσα από προσεκτικές παρατηρήσεις ότι οι πατέρες ανταποκρίνονται ακριβώς όσο και οι μητέρες ανταποκρίνονται στα σήματα του μωρού όπως οι φωνές (Park, R., 1979). Ο Park επισημαίνει πως «τα δεδομένα καταδεικνύουν ότι και οι πατέρες και οι μητέρες αντιδρούν στα σήματα των νεογέννητων με εξαρτημένο και λειτουργικό τρόπο, ακόμη και αν διαφέρουν ως προς τους τρόπους αντίδρασης». (Διαπίστωσε ότι οι πατέρες και οι μητέρες, όχι μόνο δείχνουν την ίδια ευαισθησία απέναντι στο μωρό, αλλά με την ίδια επιτυχία το ταΐζουν με το μπουκάλι, γεγονός που αποδεικνύεται από την ποσότητα γάλακτος που καταναλώνει) (Park, R., 1979).

Τα ίδια νεογέννητα συμβάλλουν στην προσκόλληση και την εμπλοκή του πατέρα. Ο ψυχίατρος βρεφών Daniel Stern διαπιστώνει πως τα μωρά ανταποκρίνονται διαφορετικά με τον κάθε γονέα και αναγνωρίζουν την φωνητική ιδιαιτερότητα του πατέρα τους. (Stern, D., 1985).

Στο κεφάλαιο της γέννησης μιλήσαμε για την ανάγκη πρώιμης επαφής πατέρα-βρέφους. Ο Park σημειώνει ότι, υπάρχουν πολλά γεγονότα για να διδαχτεί κανείς από την αλληλεπίδραση της μητέρας με το νεογέννητο στο νοσοκομείο, από τα οποία ο πατέρας είναι αποκλεισμένος και στα οποία πρέπει να συμμετέχει, έτσι ώστε να αποκτήσει όχι μόνο το ενδιαφέρον και την αίσθηση ότι το μωρό του ανήκει, αλλά και τις δεξιότητες που αναπτύσσει η μητέρα (Park, R., 1979).

Το κατά πόσο ο πατέρας θα καταφέρει να αναγνωρίσει ή όχι το βρέφος και αναπτύξει τις γονεϊκές του δεξιότητες, κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το τι κάνει γι' αυτό η μητέρα (Winnicott, D., 1976).

Άλλοι ερευνητές (J. Lind, 1974) έχουν ανακαλύψει ότι η πρώιμη επαφή και φροντίδα του νεογέννητου αυξάνει πολύ τον πατρικό δεσμό και την ενασχόληση με το βρέφος τους τρεις πρώτους μήνες της ζωής του.

Ο Srock αναφέρει κατηγορηματικά ότι οι πατέρες, όπως και οι μητέρες, πρέπει τουλάχιστον μια ώρα μετά τον τοκετό να κρατήσουν και να χαϊδέψουν το μωρό τους, ιδιαίτερα αν δεν μπορεί να μείνει στο ίδιο δωμάτιο με αυτούς (Srock, B., 1987).

Σε δυο μαιευτικές κλινικές του Γκέτεμποργκ της Σουηδίας μελετήθηκε η επίδραση που έχει η πρώιμη επαφή πατέρα-νεογέννητου. Μια ομάδα πατέρων, που είχαν την ευκαιρία να κρατούν και να φροντίζουν τα μωρά τους συγκρίθηκε με μια άλλη ομάδα της οποίας τα νεογέννητα παρέμειναν σε θερμοκοιτίδες και οι πατέρες επιτρέπονταν μόνο να τα κοιτάζουν. Τρεις μήνες αργότερα οι πατέρες που είχαν πρώιμη επαφή έπαιζαν περισσότερο με τα μωρά τους, τα άγγιζαν περισσότερο και τα κρατούσαν συχνότερα με το πρόσωπο του μωρού στραμμένο προς τους ίδιους, σε σύγκριση με τους πατέρες που δεν είχαν την ευκαιρία της πρώιμης επαφής (Rodholm, M., 1981).

Παρόμοια συμπεράσματα διαπίστωσε και ο T. Berry Brazelton στις ΗΠΑ, ο οποίος συνέκρινε πατέρες που συμμετείχαν στον δεύτερο τοκετό της συζύγου τους. Στις περιπτώσεις που μια μητέρα δεν μπορεί να μείνει μαζί με το μωρό της αμέσως μετά τη γέννα, εκείνο μπορεί να λάβει την αναγκαία θαλπωρή και ασφάλεια από τον πατέρα (Brazelton, T. B., 1975, Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).



### 2. 7. 3. Η Σγέση του Ζευγαριού

Η περίοδος της λοχείας είναι η πρώτη φορά που το ζευγάρι αντικρίζει ο ένας τον άλλον ως γονέα. Το γεγονός ότι τώρα η σύζυγος είναι μητέρα και ο σύζυγος πατέρας επηρεάζει ποικιλότροπα την σχέση. Η άποψη που διατηρεί ο ένας σύζυγος για τον άλλον αλλάζει και επηρεάζει τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα του χρόνου, που μοιράζεται το ζευγάρι (Stem, E. S., 2005).



Απαιτείται μεγάλη προσπάθεια και από τους δυο γονείς, ώστε να προσαρμοστούν στις ανάγκες φροντίδας του παιδιού τους. Είναι φυσικό να νοσταλγείται η απερίσπαστη προσοχή και αφοσίωση, που έδειχνε ο ένας με τον άλλον. Καθώς η ενεργητικότητα της γυναίκας μειώνεται και η ένταση των συναισθημάτων αυξάνει είναι απαραίτητο να προσπαθήσει το ζευγάρι να επικοινωνεί δίχως επικριτική διάθεση, να αλληλοστηρίζεται και να μοιράζεται με ειλικρινή τρόπο τις ελπίδες και τους φόβους του (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Srock, B., 1987, Stern, E. S., 2005).

Συχνά οι νέοι γονείς-περισσότερο οι μητέρες-απορροφούνται τόσο από την φροντίδα του νεογνού, ώστε παραμελούν την σχέση τους. Στην λοχεία μια γυναίκα μπορεί να νιώσει ότι τα συναισθήματα που νιώθει για το μωρό της είναι πιο δυνατά και πιο προσωπικά από όσα νιώθει για τον σύντροφό της ( Stern, E. S., 2005). Η αγάπη που νιώθει ένας γονέας για το παιδί του είναι πολλή διαφορετική από εκείνη που νιώθει για το σύντροφό του. Οι γονείς πρέπει να φροντίσουν να διαθέσουν χρόνο στη σχέση τους.

Συχνά, η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να αναζωογονήσει μια σχέση (Klaus, M., Kennel, J., Klaus, F., 2004). Άλλοτε πάλι μπορεί να χρειαστεί προσπάθεια για να επιτευχθεί η αναζωογόνηση ( Stern, E. S., 2005).

Μερικοί άνδρες χρειάζονται χρόνο για να προσαρμοστούν στις πρωτόγονες εικόνες της γέννας και του θηλασμού. Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό των ανδρών συγκινείται από το θέαμα της συντρόφου που γεννά ή θηλάζει και το βρίσκει ιδιαίτερα ελκυστικό (Karlan, H., 1994).

Η επιστροφή στην ερωτική ζωή συχνά αντιμετωπίζεται με αμφιθυμία. Μπορεί να υπάρχει ανυπομονησία για επιστροφή στην ερωτική ζωή, αφού αυτή αποτελεί πηγή ευχαρίστησης και συναισθηματικής στήριξης, αλλά, παράλληλα, συνυπάρχει εξάντληση και αμηχανία.

Το ζευγάρι χρειάζεται χρόνο. Η σωματική ίαση και η συναισθηματική προσαρμογή στις νέες συνθήκες δεν επιτυγχάνεται από την μια μέρα στην άλλη. Το τραύμα του τοκετού, η σωματική αδιαθεσία, οι ορμονικές αλλαγές που προκαλεί ο θηλασμός και η κόπωση της λοχείας αναστέλλουν την επιθυμία για επαφή με το σύντροφο. Για μερικές εβδομάδες μετά τον τοκετό η επιθυμία για μια παραπάνω ώρα

ύπνου μπορεί εύκολα να υπερνικήσει οποιοδήποτε ερωτικό πάθος (Stern, E. S., 2005).

Το πιο σημαντικό από όλα ,όμως, είναι η αγάπη του ζευγαριού για το παιδί. Μέσα στις άγρυπνες νύχτες και τις δύσκολες μέρες της λοχείας, η εικόνα του συντρόφου, που κρατά το μωρό στην αγκαλιά του είναι το πιο γλυκό και το πιο ερωτικό θέαμα. Η απόκτηση ενός παιδιού, σε κάθε περίπτωση, θα αλλάξει τη σχέση του ζευγαριού. Από αυτούς εξαρτάται αυτή η αλλαγή να είναι προς το καλύτερο, καθώς θα έχουν την ευκαιρία να παρατηρούν ο ένας τον άλλον να μεγαλώνει, ως γονιός και ως άνθρωπος. Μαζί δημιούργησαν μια οικογένεια. Και η οικογένεια είναι για πάντα ( Stern, E. S., 2005).

#### **2. 7. 4. Η Επιλόχεια Ψύχωση**

Η επιλόχεια ψύχωση ανήκει στην κατηγορία των ψυχωτικών διαταραχών μη προσδιοριζόμενων αλλιώς. Είναι ένα σύνδρομο που συχνά χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη, παραληρητικές ιδέες, σκέψεις της μητέρας να βλάψει το παιδί ή τον εαυτό της. Αυτές οι αυτοκτονικές ή εναντίον του παιδιού σκέψεις, χρειάζεται να παρακολουθούνται, ώστε να αποφευχθούν ενέργειες βίας (Kaplan, H., 1994).

Από τα περισσότερα διαθέσιμα δεδομένα φαίνεται να υπάρχει στενή σχέση μεταξύ επιλόχειας ψύχωσης και διαταραχών της διάθεσης, ειδικά της διπολικής διαταραχής και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Μάνος, Ν.,1998).

Η συχνότητα της επιλόχειας ψύχωσης ανέρχεται σε 1 ανά 1.000 γεννήσεις, αν και μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα μπορεί να φτάσει μέχρι 2 ανά 1.000 γεννήσεις (Kaplan, H., 1994). Περίπου το 50-60% των γυναικών που πάσχουν είχαν ήδη το πρώτο τους παιδί και περίπου το 50% των περιπτώσεων αφορούσε γεννήσεις, οι οποίες σχετίζονται με κάποια ψυχιατρική περιγεννητική επιπλοκή (Kaplan, H., 1994). Σε ποσοστό 50% οι γυναίκες που πάσχουν αναφέρουνε στο οικογενειακό ιστορικό τους διαταραχές της διάθεσης ( Παπαγεωργίου, Ε., 1991).

Μολονότι η επιλόχεια ψύχωση είναι ουσιαστικά μια ψυχοπαθολογική κατάσταση, που αφορά τις γυναίκες σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί και σε άνδρες. Σε αυτές τις σπάνιες περιπτώσεις ο άνδρας μπορεί να αισθάνεται

εκτοπισμένος από την παρουσία του μωρού και να είναι ανταγωνιστικός έναντι της αγάπης και της προσοχής της μητέρας. Το πιο πιθανό σ' αυτή την περίπτωση είναι να συνυπάρξει μια μείζονα ψυχιατρική διαταραχή, η οποία επιδεινώθηκε με το στρες της πατρότητας και τις ανάγκες της νέας κατάστασης (Karlan, H., 1994).

Σε πρόσφατη μελέτη, σε ποσοστό 5% οι ασθενείς αυτοκτόνησαν και στο 4% σκότωσαν το παιδί τους (Karlan, H., 1994). Τα συμπτώματα της επιλόχειας ψύχωσης εμφανίζονται συνήθως τέσσερις με οχτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ορισμένες φορές μπορεί να εκδηλωθούν αργότερα μέσα στον πρώτο χρόνο και είναι πιθανό να επιμείνουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του έτους. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, συχνά και αδικαιολόγητα κλάματα αισθήματα απόγνωσης και απελπισίας, έλλειψη ενέργειας και κινήτρων, κόπωση, απώλεια ενδιαφέροντος για σεξουαλική επαφή, διαταραχή της όρεξης και του ύπνου και αίσθηση ανικανότητας να ανταπεξέλθει στις νέες απαιτήσεις η γυναίκα (Μάνος, Ν., 1998).

Αργότερα μπορεί να εμφανιστούν καχυποψία, σύγχυση, ασυνάρτητες ιδέες, παράλογες σκέψεις και ιδεοληψίες, οι οποίες περιστρέφονται γύρω από τη μητρότητα και την εγκυμοσύνη. Σε μερικές μητέρες η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται ως απώλεια στοργής προς το μωρό, και κατά συνέπεια ως ενοχή και μοιφή του εαυτού της (M.H.Klaus, J.H Kennell, F.Klaus, 2004). Η ασθενής μπορεί να νιώθει σα να μη θέλει να φροντίσει το παιδί της, σαν να μη το αγαπάει και σε κάποιες περιπτώσεις, σα να θέλει να βλάψει το μωρό, τον εαυτό της ή και τους δυο (Παπαγεωργίου, Ε., 1991).

Σε μια μελέτη οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να εμπεριέχουν την ιδέα ότι το βρέφος είναι νεκρό ή «προβληματικό». Η γυναίκα μπορεί να φτάσει στο σημείο να αρνείται την γέννηση και να δηλώνει ανύπαντρη και παρθένα. Μια γυναίκα που πάσχει από επιλόχειο ψύχωση δεν είναι ασυνήθιστο να εμφανίζει ψυχοσωματικά συμπτώματα (πονοκεφάλους, πόνους στην πλάτη, κοιλιακές εκκρίσεις, πόνο στην κοιλιά) δίχως οργανική αιτιολογία (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004)

Η πρόγνωση για τις μητέρες που πάσχουν από επιλόχεια ψύχωση είναι καλή εάν η διάγνωση και η θεραπεία αρχίσουν έγκαιρα. Όταν υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας η ψυχωτική διαταραχή μπορεί να ενταθεί και να παραταθεί. Εάν υπάρχει καλή προνοσηρή προσαρμοστικότητα και ισχυρό υποστηρικτικό περιβάλλον, το μόνο που χρειάζεται είναι βραχυπρόθεσμη

ψυχοθεραπεία (Karlan, H., 1994). Και μόνο το να υπάρχει κάποιος για να μιλήσει βοηθά πολύ στην εξάλειψη αυτών των συμπτωμάτων (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004). Συνήθως είναι ωφέλιμο για την μητέρα να έχει επαφή με το μωρό της εάν το επιθυμεί, αλλά πάντα με εποπτεία. Στην οξεία φάση της ψύχωσης είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή (αντικαταθλιπτικά, λίθιο, νευροληπτικά). Όταν τα συμπτώματα είναι έντονα και επιμένουν μπορεί να κριθεί απαραίτητη, σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή, η νοσοκομειακή περίθαλψη. Ιδιαίτερα οι αυτοκτονικές ασθενείς πρέπει να μεταφέρονται σε ψυχιατρική μονάδα, ώστε να βοηθηθούν στην πρόληψη ενδεχόμενης απόπειρας αυτοκτονίας (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).

#### ***ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ***

1. Μικρή ηλικία της εγκύου
  2. Η ανύπανδρη μητέρα
  3. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
  4. Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
  5. Η διαταραγμένη σχέση με το σύζυγο
  6. Η διαταραγμένη σχέση με τους γονείς
  7. Η ιδιαίτερη σχέση με τη μητέρα της
  8. Η προβληματική διανοητική ή σωματική της κατάσταση
  9. Η προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού
  10. Η σχέση της εγκύου με την εγκυμοσύνη της
  11. Η ύπαρξη ιστορικού με περιστατικό ψύχωσης στο παρελθόν
  12. Επιπλοκές του τοκετού και νεογνικές ανωμαλίες
  13. Χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων
- ( Ε. Παπαγεωργίου, 1991)

## 2. 8. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η γνώσεις για το πώς θα φέρει η γυναίκα το παιδί της στον κόσμο είναι καταγεγραμμένες μέσα της. Δεν τις αποκτά από ειδικές βιντεοταινίες ή από καθορισμένες αναπνευστικές ασκήσεις. Δεν πρόκειται για τα στάδια του τοκετού ή για τα εκατοστά της διαστολής του τραχήλου. Είναι περισσότερο ενστικτώδης συμπεριφορά, που διαχωρίζεται από την λογική (Μωραΐτου, Μ., 2003). Αυτή, λοιπόν, η πολύτιμη εσωτερική επίγνωση για τον τοκετό, έχει περάσει μέσα από τους αιώνες από μάνα σε κόρη, από γενιά σε γενιά, χαραγμένη στο Γενετικό Κώδικα. Γι' αυτό ο στόχος των μαθημάτων προετοιμασίας για τον τοκετό πρέπει να είναι η προσέγγιση εκείνου του τμήματος της ιδιοσυγκρασίας κάθε γυναίκας, το οποίο συγκρατεί τη σοφία, αυτή την εσωτερική πληροφορία (Srock, B., 1987).



Ζούμε στην εποχή της πληροφόρησης κι αυτό είναι ευεργετικό, γιατί έτσι παρέχεται στο σημερινό άνθρωπο ένας σεβαστός αριθμός διαθέσιμων επιλογών. Μολονότι ο καταγισμός της πληροφορίας αγγίζει θετικά την έγκυο γυναίκα, παράλληλα την φοβίζει. Πολλά είναι τα ζευγάρια που ακούν δυσάρεστες ιστορίες για γέννες, με συνέπεια να φοβούνται πως όλα αυτά τα περιστατικά θα συμβούν και σ' αυτούς. Έτσι, αντί να προσανατολίζονται θετικά, για να έχουν ένα ασφαλές αποτέλεσμα, τους καλλιεργείται η φοβία, η οποία φανερώνει τη δύναμή της, να απορυθμίζει δηλαδή και να αποπροσανατολίζει τον άνθρωπο (Μωραΐτου, Μ., 2003).

Είναι γνωστό, ότι η εξέλιξη και η έκβαση του τοκετού μιας γυναίκας εξαρτάται άμεσα από τη συναισθηματική της φόρτιση, από ό,τι συνθέτει πλήρως τη

διαμορφωμένη οπτική της για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004). Επομένως, καλό είναι η γυναίκα να κατευθύνεται κατά την διάρκεια των μαθημάτων προετοιμασίας του τοκετού, βάσει πάντα του παραπάνω δεδομένου (Μωραΐτου, Μ., 2003).



Το σώμα της γυναίκας

είναι από τη φύση του πλασμένο για τον τοκετό και είναι προικισμένο να υπομένει τις «ωδίνες» του φυσιολογικού τοκετού, στις περισσότερες περιπτώσεις χωρίς αναλγητικά φάρμακα. Έτσι, σήμερα, πολλές γυναίκες στον κόσμο τα καταφέρνουν περίφημα χρησιμοποιώντας αναπνευστικές και χαλαρωτικές μεθόδους, τεχνικές μάλαξης, συχνά χλιαρά ντους, μουσικοθεραπεία, αρωματοθεραπεία, ειδικές ασκήσεις και πολλές άλλες τεχνικές φυσικής υποστήριξης του τοκετού. Εκπαιδευόμενες, λοιπόν, οι έγκυες γυναίκες σε αυτές τις μεθόδους, τις οποίες επιλέγουν μόνες τους, αναπνέουν σωστά, χαλαρώνουν, συγκεντρώνονται, εξωθούν και τελικά αποκτούν ενεργητική στάση. Νιώθουν πως ελέγχουν οι ίδιες την κατάσταση, αποδέχονται τον πόνο θετικά, γνωρίζουν ότι έχει αρχή και τέλος βοηθούν να έρθει το παιδί τους στον κόσμο ομαλά, δίχως πίεση και στρες, διαταραχές της οξυγόνωσης, βιαιότητα και βιασύνη. Με αυτό τον τρόπο χτίζουν από τον τοκετό μια σχέση στοργής και ισορροπίας με το παιδί τους, και όταν τα καταφέρνουν, νιώθουν αυτοπεποίθηση και σιγουριά για την περαιτέρω αποστολή τους ως μητέρες. Το ίδιο ισχύει και για τον πατέρα, εφόσον συμμετέχει με την ίδια στάση στη διάρκεια της κύησης και στην πορεία (Γκόσμα, Μ., 2003, Μπακέα, Ν., 1995, Μωραΐτου, Μ., 2003).

Με αυτή την προοπτική της υποβοήθησης και όχι της επιβολής στη γυναίκα και στο σύζυγό της η διεξαγωγή των μαθημάτων υποστήριξης τίθεται στη σωστή της βάση. Ο Σύμβουλος Γέννησης (Κ.Λ) οφείλει να ζητά από τη γυναίκα να δώσει στα μαθήματα τον εαυτό της, το είναι της, τις ευαισθησίες, τους φόβους αλλά και τις προσδοκίες της. Να την συμβουλεύσει να γίνει η ίδια ο δάσκαλος του εαυτού της (Μωραΐτου, Μ., 2003).

Έτσι, ο σκοπός των μαθημάτων είναι πολυδιάστατος και όχι επιφανειακός. Ο Σύμβουλος Γέννησης θα πρέπει να παλέψει με τους φόβους, τις εικόνες και τα ακούσματα, που η κάθε γυναίκα έχει αποτυπωμένα μέσα της. Με προσοχή και υπομονή θα πρέπει να σβήσει όλα τα στερεότυπα του παρελθόντος και να ξανακάνει τη γυναίκα έναν άγραφο πίνακα μόνο με εκείνες τις γενετικές πληροφορίες, που θα τη βοηθήσουν να πιστέψει ότι είναι προικισμένη από τη φύση της με ένα θείο χάρισμα, ώστε ν' αντιμετωπίσει τη νέα κατάσταση (Μπακέα, Ν., 1995, Μωραΐτου, Μ., 2003).

Εφόσον η γυναίκα αναλαμβάνει ενεργητικό ρόλο, προάγει την αυτοεκτίμηση με θετικά αποτελέσματα για τον τοκετό. Αναρίθμητες είναι οι γυναίκες, που δηλώνουν, ότι μετά την διαδικασία του τοκετού έχασαν μεγάλο μέρος από την αυτοεκτίμησή τους. Κι αυτό δεν θα' ναι το μόνο μειονέκτημα που αποκόμισαν από την εμπειρία του τοκετού. Πώς είναι δυνατό, η γυναίκα να φέρνει στον κόσμο μια ζωή και να νιώθει λιγότερο ικανή, λιγότερο πολύτιμη; Πώς γίνεται να φτάνει στον τοκετό απροετοίμαστη, χωρίς ψυχική και σωματική δύναμη; (Μωραΐτου, Μ., 2003).

Γι' αυτό, λοιπόν, θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια σε όλες τις χώρες, ο τοκετός να πραγματοποιείται με όσο το δυνατό καλύτερες προϋποθέσεις, και για τη διασφάλιση της υγείας μητέρας-παιδιού, αλλά και για την ικανοποίηση των ψυχοσωματικών τους αναγκών. Μια χώρα δικαιούται να χαρακτηρίζεται πολιτισμένη, εφόσον προσανατολίζεται με το σύστημα υγείας που διαθέτει και στις δυο παραπάνω κατευθύνσεις (Μωραΐτου, Μ., 2003).

Στην πραγματικά αξιόλογη προσπάθεια των ειδικών να προληφθεί κάθε δυσάρεστη επιπλοκή και παρέκκλιση από το φυσιολογικό, φτάσαμε σήμερα στο σημείο η επίτοκος γυναίκα να βρίσκεται κάτω από τον τεχνολογικό έλεγχο. Στα τεχνολογικά μέσα, που την περιστοιχίζουν, κάνει ενδιάμεσα παράσιτα η ανθρώπινη παρουσία του/της λειτουργού υγείας, που έρχεται να ελέγξει τα μηχανήματα και τη γυναίκα. Ωστόσο, η γυναίκα έχει ανάγκη από ανθρώπινη συμπαράσταση. Αυτή έγκειται στην παιδεία ή τη διάθεση των ανθρώπων που την παρακολουθούν. Οι εμπλεκόμενοι ψυχολογικοί παράγοντες στον τοκετό παίζουν δραματικό ρόλο στην ομαλή έκβασή του. Ο άνθρωπος αποτελείται από ψυχή, σώμα και πνεύμα και η αλληλεπίδρασή τους δεν καταφαίνεται τόσο έντονα σε καμιά άλλη φάση της ζωής του ανθρώπου όσο στον τοκετό (Brazelton, T. B., 2004).

Εδώ και κάποιες δεκαετίες η επιστήμη είχε την ευκαιρία να επικεντρωθεί στη μητέρα και το νεογνό. Ειδικότερα, προσανατολίστηκε στην αντιμετώπιση του πόνου με φυσικά μέσα. Γενικά, η ψυχοπροφυλακτική ή μη φαρμακευτική μέθοδος αναλγησίας στηρίζεται στην προηγούμενη προετοιμασία της επιτόκου πολύ πριν τον τοκετό. Η μέθοδος αυτή αποσκοπεί στην ελαχιστοποίηση του φόβου και του άγχους και έτσι βοηθά στη διατήρηση χαμηλών επιπέδων των κατεχολαμινών του ορού. Επίσης, αποφεύγεται η αύξηση της αρτηριακής πίεσης της μητέρας και των τοπικών αγγειακών αντικαταστάσεων στη μητριαία κυκλοφορία, όπως και η ελάττωση της αιματικής ροής στο μεσοσπλάχνιο χώρο. Πέραν αυτών, με τη μέθοδο αυτή ελαττώνονται οι ανάγκες της επιτόκου στη χρήση αναλγητικών φαρμάκων (Brazelton, T. B., 2004).

Όλο και περισσότερο μιλάμε για γέννηση στρεσοαρισμένων και κυανών νεογνών. Σήμερα, σε πολλές κλινικές προτείνονται ποικίλα μαθήματα και τεχνικές προετοιμασίας για τον τοκετό από έναν συνδυασμό επαγγελματιών της υγείας. Σκοπός τους να αποτρέπουν τις στρεσογόνες καταστάσεις (Γκόσμα, Μ., 2003, Μωραΐτου, Μ., 2003).

### **2. 8. 1. Τοκετός στο Σπίτι**

Ο τοκετός στο σπίτι σε οικογενειακό, φιλικό και οικείο περιβάλλον με την συντροφιά αγαπημένων προσώπων, μπορεί να είναι μια εμπειρία που θα ενώσει και θα ενδυναμώσει την οικογένεια που μεγαλώνει. Ο τοκετός στο σπίτι είναι μια επιλογή που μπορεί να κάνει κάθε γυναίκα. Αλλά επειδή ακόμα αυτή η επιλογή αποτελεί εξαίρεση, χρειάζεται σκέψη και πολύ γνώση κατά την πορεία της εγκυμοσύνης για να αποφασίσει τι είναι καλό και σωστό για την ίδια και το παιδί της.

**Λόγοι που οδηγούν τα νέα ζευγάρια στην επιστροφή του τοκετού στο σπίτι**



Οι λόγοι για να διαλέξει μια γυναίκα τον τοκετό στο σπίτι είναι πολλοί και ποικίλουν: Όπως:

- Η ανάγκη να βιώσει η ίδια η γυναίκα τη γέννηση του παιδιού της
  - Η ανάγκη να έχει κοντά της τους ανθρώπους που εκείνη θέλει
  - Να είναι η έγκυος η οικοδέσποινα και το μαιευτικό προσωπικό οι ειδικοί επισκέπτες
  - Να μην υποστεί τον αποχωρισμό των παιδιών της όταν είναι πολύτοκος
  - Να νιώσει την φυσική ασφάλεια, ομορφιά και οικειότητα του χώρου της
  - Να μην υποστεί την αναγκαστική και υποχρεωτική ταπείνωση των πράξεων ρουτίνας για τους επαγγελματίες υγείας όπως: υποκλυσμός- ευπρεπισμός κλπ.
  - Να μην είναι υποχρεωμένη να είναι ξαπλωμένη με το monitor συνδεδεμένο στην κοιλία της, με τον ορό στο χέρι της και το οξυγόνο και το πιεσόμετρο σε απόσταση αναπνοής
  - Να μην υποστεί το ρίσκο των περιττών ιατρικών επεμβάσεων
  - Να μην υποστεί την δράση των φαρμακευτικών ουσιών
  - Για να πιάσει εκείνη πρώτη το παιδί της και να το κρατήσει όσο θέλει κοντά της
  - Για να μοιραστεί με τα αγαπημένα της πρόσωπα τον ερχομό του παιδιού της και όχι με πρόσωπα με μάσκες, γάντια και παγωμένα χαμόγελα
  - Αυτή η μεγάλη γιορτή να γίνει σπίτι της. Είναι τα πρώτα γενέθλια του παιδιού της.
- 
- Να είναι υγιής
  - Να έχει φυσιολογική πορεία της εγκυμοσύνης
  - Να μην είναι πολύδυμη κύηση
  - Να μην είναι κύηση από I.V.F
  - Η προβολή να είναι κεφαλική
  - Να μην έχει μπει σε πραγματική παράταση (ηλικία κύησης > 42 εβδ.)

- Να το θέλει η ίδια και ο σύντροφός της
- Το σπίτι της να πληρεί τους στοιχειώδεις όρους υγιεινής
- Η απόσταση από το πλησιέστερο νοσοκομείο να μην είναι μεγαλύτερη της 1 ώρας
- Να υπάρχει ο ειδικός που θα την ξεγεννήσει
- Ο τοκετός να ξεκινήσει αυτόματα και η εξέλιξή του να είναι φυσική.

### **Τι πρέπει να ετοιμάσει το ζευγάρι στο σπίτι τους για τον τοκετό**

- Χρειάζεται καθαρό και ζεστό σπίτι
- Τα ρούχα του μωρού να είναι καθαρά και σιδερωμένα
- Νάilon για να προστατεύσουμε το στρώμα, τον καναπέ ή την μοκέτα
- Οινόπνευμα
- Panty-slip, σερβιέτες και υποσέντονα
- Έναν πλάγιο φωτισμό
- Έναν καθρέφτη προαιρετικά
- Δύο λεκάνες μικρές
- Σακούλες σκουπιδιών
- Ζυγαριά για το μωρό.

### **Τι κάνουμε κατά την διάρκεια της διαστολής**

#### **Βοήθεια κατά την εξώθηση**

- Το στάδιο αυτό ξεκινάει όταν η ίδια η επίτοκος νοιώσει την ανάγκη να σφίχτει και όταν η διαστολή είναι τελεία
- Η επίτοκος να μην είναι καθλωμένη σε συγκεκριμένη στάση και θέση παρά μόνο σε αυτή που η ίδια επιθυμεί
- Βοηθάμε με μασάζ στην οσφυϊκή χώρα και με τοποθέτηση ζεστών

κομπρεσών και λιπαντική ουσία στο περίνεο.

## Μετά τη γέννηση

- Η λεχώνα αν το θέλει και νοιώθει καλά μπορεί να κάνει ένα ντους, μπορεί.. Φοράει καθαρά ζεστά ρούχα και αφήνεται να ξεκουραστεί στο κρεβάτι της με το μωρό της
  - Ετοιμάζουμε το μπάνιο του μωρού το οποίο κάνουν ο μπαμπάς και τα άλλα αδέρφια αν υπάρχουν, κοντά στην μαμά με την επίβλεψη των ειδικών.
  - Το νεογνό δίνεται στη μαμά του για να θηλάσει και να μείνουν μαζί όσο θέλουν
  - Όπως σε όλη τη διάρκεια της πορείας του τοκετού έτσι και μετά τον τοκετό της μπορεί να πει και να φάει ότι θέλει
  - Ελέγχεται η παλινδρόμηση της μήτρας, τα λόχεια, το περίνεο και η γενική κατάσταση της λεχώνας. Συμπληρώνεται η Δήλωση Γέννησης και το Βιβλιάριο Υγείας του μωρού
  - Η λεχώνα παρακολουθείται για δύο ώρες μετά τον τοκετό και αν όλα είναι καλά η μαιευτική ομάδα αποχωρεί.
- 
- Ο μπαμπάς οφείλει να πάρει άδεια τοκετού και να φροντίσει τη μαμά και το μωρό
  - Η μαμά είναι ελεύθερη να κινείται στο σπίτι τόσο που να μην κουράζεται. Προτεραιότητά της η φροντίδα του μωρού και του εαυτού της
  - Η διατροφή της είναι ελεύθερη. Χρειάζεται πολύ ξεκούραση και ύπνο, συχνή καθαριότητα του στήθους και των γεννητικών της οργάνων
  - Το μωρό θηλάζει όσο και όποτε θέλει
  - Τις πρώτες μέρες αισθάνεται πόνους χαμηλά στην κοιλιά (υστερόπονοι) οι οποίοι είναι πιο έντονοι κατά τη διάρκεια του θηλασμού και το αίμα είναι αρκετό.

- Την πρώτη εβδομάδα καλό θα είναι να μην δέχεστε επισκέψεις παρά μόνο πολύ αγαπητά και οικεία πρόσωπα τα οποία μπορούν και θέλουν να βοηθήσουν
- Ο μπαμπάς δηλώνει το μωρό στο ληξιαρχείο του δήμου που έγινε ο τοκετός. Η προθεσμία είναι μέχρι 10 μέρες μετά τον τοκετό
- Επίσης με τη σχετική βεβαίωση πηγαίνει στο Ασφαλιστικό τους ταμείο για να εισπράξει το επίδομα τοκετού.

### 2. 8. 2. Η Μέθοδος Lamaze (Ψυχοπροφυλακτική Μέθοδος)



Γνωστή και σαν φυσιολογικός τοκετός, η μέθοδος Lamaze οφείλει την ύπαρξη της στο Γάλλο Fernand Lamaze. Βασίζεται στην αντίληψη ότι η εγκυμοσύνη και η γέννηση είναι φυσιολογικές

διαδικασίες, για τις οποίες το γυναικείο σώμα είναι μοναδικά φτιαγμένο (Kaplan, H., 1994).

Η ψυχοπροφυλακτική προετοιμασία αποσκοπεί στη μείωση της έντασης (στρες) που προκαλεί το άγχος και η αγωνία της επιτόκου προκειμένου να

αντιμετωπίσει μια ιδιαίτερα επώδυνη κατάσταση – όπως θεωρείται – τη γέννα της (Αραβαντινός, Δ. Ι., 1989).

Όταν το 1951 ο Lamaze επισκέφτηκε τη Ρωσία, εντυπωσιάστηκε από την εργασία του ψυχολόγου Ivan Pavlov. Ο Pavlov ερευνούσε τις εξαρτημένες αντιδράσεις, στα έμβια όντα. Σύμφωνα με την θεωρία του τα έμβια όντα απαντούν «αυτόματα» σε ερεθίσματα και γεγονότα, στα οποία έχουν συνηθίσει. Ο Lamaze σκέφτηκε ότι οι γυναίκες θα μπορούσαν να διδαχτούν, ώστε να αντιδρούν στις συστολές του τοκετού με παρόμοιο τρόπο (Savage, B., Smith, D., 1987).

Ο Lamaze είχε ήδη αρχίσει να χρησιμοποιεί σαν εργαλεία του στην προετοιμασία των εγκύων, ότι είχε μάθει από τον Grantly Dick-Read (συγγραφέας του «Γέννηση χωρίς φόβο») και πίστευε ότι θα μπορούσε να εισαγάγει μερικές «εξαρτημένες» ασκήσεις χαλάρωσης στα προπαρασκευαστικά μαθήματα του τοκετού (Savage, B., Smith, D., 1987).

Την ίδια εποχή, περίπου, μια Αμερικανίδα, η Marjorie Karmel, η οποία ζούσε στη Γαλλία, γοητευμένη από την εμπειρία συμμετοχής της σε ομάδα του Lamaze, έγραψε ένα βιβλίο με τίτλο «Σας ευχαριστούμε Δρ.Lamaze». Το βιβλίο αναφέρεται στην φιλοσοφία της ενδυνάμωσης της μητέρας και του πατέρα, ώστε να μοιραστούν το θαύμα της γέννησης του παιδιού τους (Karmel, M., 1959, Savage, B., Smith, D., 1987).

Το 1960 η Karmel και η φυσιοθεραπεύτρια Elizabeth Bing ίδρυσαν τον ASPO/Lamaze(τόρα Lamaze International),έναν μη κερδοσκοπικό οργανισμό. Σήμερα μόνο στις ΗΠΑ λειτουργούν περισσότερες από 150.000 τάξεις/ομάδες, όπου διδάσκονται περισσότεροι από 2 εκατομμύρια γονείς τη μέθοδο του Lamaze (Savage, B., Smith, D., 1987).

Η μέθοδος του Lamaze είναι μια σύνθεση πληροφόρησης, αναπνοής, γυμναστικής και χαλάρωσης (Μπακέα, Ν., 1995). Οι μητέρες σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, βρίσκονται σε πλήρη εγρήγορση κατά τη διάρκεια του τοκετού και δεν χρησιμοποιούνται καθόλου αναλγητικά ή αναισθητικά φάρμακα. Τα μαθήματα είναι συνήθως οχτώ ή δέκα και χωρίζονται σε θεωρία και πράξη. Ο πατέρας μπορεί να συμμετέχει στα μαθήματα (Μπρατίδου, Σ., 2000).

Ο στόχος της Ψυχοπροφυλακτικής είναι οι έγκυες να αντιδράσουν στις συστολές με έναν εξαρτημένο τρόπο-με άλλα λόγια μηχανικά-ώστε να

ελαχιστοποιηθεί ο φόβος και να μειωθεί η αίσθηση του πόνου ((Μπακέα, Ν., 1995, Μπρατίδου, Σ., 2000).

Στην αρχή της συστολής, η γυναίκα εστιάζει το βλέμμα της σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο (π.χ. ένα σημάδι στον τοίχο). Έτσι, εισάγει ένα οπτικό ερέθισμα κατευθείαν στον εγκέφαλο. Έπειτα παίρνει μια βαθιά αναπνοή, η οποία ακολουθείται από άλλες μικρές ρυθμικές αναπνοές. Οι αναπνοές συνοδεύονται από ήπιο μασάζ στο υπογάστριο ή στους μηρούς από το σύζυγο. Το μασάζ εισάγει ένα απτό ερέθισμα, το οποίο επίσης επιδρά στον εγκέφαλο. Τέλος, ο σύντροφος της εγκύου ενθαρρύνει με λόγια και μια σειρά από προτροπές στην γυναίκα με σκοπό να την τονώσει ψυχολογικά. Αυτά αποτελούν το ακουστικό ερέθισμα. Το αποτέλεσμα είναι διάφορα ερεθίσματα-οπτικά, απτά, ακουστικά-να δράσουν στον εγκέφαλο πριν επιδράσει ο πόνος. Το λογοπαίγνιο «beats the pain to to the brain» αποτελεί την κεντρική ιδέα της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου (Savage, B., Smith, D., 1987).

Βέβαια, η αίσθηση του πόνου δεν είναι κάτι που μπορείς να το μοιραστείς. Είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο που σχετίζεται με πολιτισμικές στάσεις, ατομικές αντιλήψεις και κυρίως την χημεία του εγκεφάλου(την ποσότητα ενδορφινών σε κάθε άτομο ξεχωριστά). Κάθε επίτοκος λειτουργεί διαφορετικά κατά τον τοκετό και αισθάνεται με διαφορετική ένταση τον πόνο. Επίσης, κάθε τοκετός είναι διαφορετικός. Υπάρχουν εργώδεις, δύσκολοι τοκετοί που διαρκούν ώρες και τοκετοί, που εξελίσσονται με μεγάλη ευκολία. Με άλλα λόγια δεν υπάρχει «ανώδυνος» τοκετός, εκτός εάν έχουμε γενική ευαισθησία, το οποίο δεν είναι το ζητούμενο (Savage, B., Smith, D., 1987).

Περισσότερο η ψυχοπροφυλακτική στοχεύει στην προετοιμασία της εγκύου, μέσω της γνώσης της διαδικασίας, την πρακτική εξάσκηση της μεθόδου και την υποστήριξη κατά την διάρκεια όλης της διαδικασίας, ώστε να ελαττωθεί το άγχος και ο φόβος, να μειωθεί η αίσθηση του πόνου και να βιωθεί όλο το γεγονός με έκσταση και χαρά (Αβραμίδου-Ιορδανίδου, Κ., 1999).

Οι γυναίκες που ακολουθούν αυτή τη μέθοδο αναφέρουν συχνά ότι οι πόνοι που είχαν κατά τον τοκετό και την γέννηση ήταν ελάχιστοι. Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος έδωσε έναυσμα για μια διαφορετική προσέγγιση του τοκετού και με κάποιες μικρές παραλλαγές εφαρμόζεται σήμερα σε όλο τον κόσμο (Αβραμίδου-Ιορδανίδου, Κ., 1999, Kaplan, Η., 1994).



### 2. 8. 3. Η Μέθοδος Leboyer

Ο Frederick Leboyer, Γάλλος γυναικολόγος, θεωρείται από πολλούς «ο πατέρας του φυσιολογικού τοκετού», στην Ευρώπη. Το βιβλίο του «Γέννηση χωρίς βία» («Birth without violence») έφερε επανάσταση στο χώρο της περιγεννητικής ιατρικής. Ο Leboyer είναι υπεύθυνος για το ενδιαφέρον του δυτικού κόσμου για θέματα μητρότητας και θέματα που αφορούν τις «εύθραυστες» αισθήσεις του νεογέννητου (Αβραμίδου-Ιορδανίδου, Κ., 1999, Μπρατίδου, Σ., 2000).

Εμπνευσμένος από την ψυχανάλυση ο Leboyer και την Ινδική φιλοσοφία και απογοητευμένος από την τεχνοκρατική κατεύθυνση της ιατρικής και της υγειονομικής περίθαλψης, αποχώρησε από την ιατρική κοινότητα το 1973. Από τότε αφιερώθηκε στην μελέτη και τη συγγραφή (Αβραμίδου-Ιορδανίδου, Κ., 1999 Μπρατίδου, Σ., 2000).

Ο στόχος του ήταν ν' ανακαλύψει έναν τρόπο επικοινωνίας της μητέρας με το αγέννητο παιδί της. Στις συνεδρίες του οι μητέρες διδάσκονταν ότι το έμβρυο έχει ενεργό συναίσθηση από πολύ νωρίς. Το έμβρυο μέσα στη μήτρα καταλαβαίνει ότι λέει η μητέρα του με έναν τρόπο διαισθητικό. Φυσικά, ίσως όχι τις λέξεις αλλά ότι εκείνη επιθυμεί» (Leboyer, F., 1975). Ο ίδιος αναφέρει ότι δίδασκε τις μέλλουσες μητέρες να τοποθετούν τα χέρια τους στην κοιλιά τους και να τα καλούν να κινηθούν προς μια κατεύθυνση (πάνω ή κάτω). Έπειτα από πέντε ή δέκα δευτερόλεπτα μπορούσαν να νιώσουν ξεκάθαρα τα αγέννητα παιδιά τους να κινούνται προς την επιθυμητή κατεύθυνση (Leboyer, F., 1975).

Η μέθοδος Leboyer εστιάζει πρωταρχικά στην βελτίωση της ποιότητας της εμπειρίας για το μωρό. Ένας ευαίσθητος, μη ενοχλητικός τρόπος φροντίδας, ο οποίος σέβεται εκ βαθέων την φυσική διαδικασία, και μια ήρεμη ατμόσφαιρα κατά την

γέννηση, θα βοηθήσουν το μωρό να γεννηθεί με την όσο το δυνατόν μικρότερη τραυματική εμπειρία.(I.M.Gaskin's, 1975).

Η μέθοδος Leboyer επιτρέπει στο μωρό να γεννηθεί σε ένα ήρεμο και γαλήνιο περιβάλλον με χαμηλό φωτισμό και απαλές φωνές. Το μωρό έχει ένα ζεστό μπάνιο μόλις γεννηθεί, το οποίο αντανακλά το προγεννητικό περιβάλλον του. Έπειτα παίρνει τη θέση του στο υπογάστριο της μητέρας του. Οι απότομοι χειρισμοί, οι οποίοι τρομάζουν ή ταρακουνούν το νεογέννητο αποφεύγονται. Σύμφωνα με τη μέθοδο του Leboyer η μητέρα και το νεογνό έχουν το χρόνο τους. Δεν υπάρχει πίεση και βιασύνη. Οδηγός είναι το ίδιο το μωρό. Εκείνο αποφασίζει ν' ανοίξει τα μάτια και ν' αναπνεύσει, δίχως βίαιους χειρισμούς (όπως το χτύπημα των γλουτών ή το οινόπνευμα στο στήθος). Υπάρχει χρόνος για την καινούργια οικογένεια να γελάσει, να μιλήσει, ν' αγκαλιαστεί (Leboyer, F., 1975).

Ο Leboyer και το έργο του ενέπνευσε μητέρες σε ολόκληρο τον κόσμο να επιθυμούν έναν φυσικό, μη τραυματικό τοκετό και χιλιάδες επαγγελματίες που ασχολούνται με τον τοκετό να προσανατολίζονται στην δημιουργία ενός ιδανικού περιβάλλοντος. Η μέθοδος αυτή και τα αποτελέσματά της στα νεογνά, υπήρξαν η βασική αιτία να μην έχουμε πια δυνατούς και τραχείς θορύβους κατά τον τοκετό. Μακροπρόθεσμα αποδείχθηκε ότι η αποφυγή της «βίας» κατά την γέννηση είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για τη φυσική, συναισθηματική και πνευματική υγεία του ανθρώπου (Luck, K., Luck, T., 2004).



#### **2. 8. 4. Τοκετός στο Νερό (Η Μέθοδος Odent)**

Ας φανταστούμε ένα μισοφωτισμένο και ζεστό δωμάτιο. Βασιλεύει μια ησυχία ανακουφιστική, μολονότι νότες μιας εξαιρετης και θεσπέσιας μουσικής αιωρούνται σε χαμηλή ένταση, στην ατμόσφαιρα. Η μητέρα βρίσκεται σε μια πισίνα γεμάτη χλιαρό νερό. Το νερό την κάνει να αισθάνεται χαλαρή και ανάλαφρη. Ο



πατέρας βρίσκεται και αυτός στην πισίνα κρατώντας την ή κάνοντάς της απαλό μασάζ για να την ανακουφίσει από την αίσθηση των συστολών. Η μαία και ο γιατρός περιμένουν υπομονετικά δίπλα τους, προσφέροντας υποστήριξη και εμπύχωση όταν χρειάζεται στο ζευγάρι. Όλοι μαζί, μια ομάδα, με έναν στόχο: την γέννηση ενός νέου ανθρώπου (Johnson, J., 1995).

Ο πρώτος τοκετός στο νερό πραγματοποιήθηκε στη δεκαετία του 70, σε ένα Γαλλικό κρατικό νοσοκομείο. Εκείνη την περίοδο η Γαλλία ζούσε στον απόηχο του Μάη του 68. Ήταν εποχή θάρρους και τόλμης. Έμπνευσης και δημιουργικότητας (Odent, M., 2000).

Μέσα σ' ένα τέτοιο πλαίσιο ο Michel Odent και οι συνεργάτες του τολμήσανε να μετατρέψουνε μια συμβατική αίθουσα τοκετών σε ένα σπιτικό δωμάτιο γέννησης. Στο ίδιο πλαίσιο αγοράστηκε ένα πιάνο, τοποθετήθηκε στο δωμάτιο και μια Τρίτη βράδυ ο Odent και οι συνεργάτες του προσκάλεσαν τις έγκυες γυναίκες να συναντηθούν και να τραγουδήσουν όλοι μαζί (Odent, M., 2000).

Ο Odent είχε παρατηρήσει ότι πολλές γυναίκες έλκονταν από το νερό κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού. Κάποιες εξέφραζαν την επιθυμία τους για ένα ντους, άλλες για ένα χλιαρό λουτρό. Αυτή του η παρατήρηση ήταν η αρχή της ιστορίας του τοκετού στο νερό μέσα στο νοσοκομείο (Odent, M., 2000).

Αγόρασε μια φουσκωτή πισίνα κήπου και την εγκατέστησε στην αίθουσα τοκετών. Τώρα καινούργιες στρατηγικές αντιμετώπισης του τοκετού ήταν εφικτές. Κάθε φορά πλέον που μια επίτοκος κουρασμένη και αποκαμωμένη από τις συστολές απαιτούσε επιτακτικά αναλγητικά, το προσωπικό είχε κάτι διαφορετικό να προσφέρει (Odent, M., 2000).

Μπαίνοντας η μητέρα στο δωμάτιο τοκετού με την πισίνα, μπορούσε να παρατηρήσει το όμορφο γαλάζιο νερό και να ακούσει τον ήχο του τρεχούμενου νερού καθώς γέμιζε η πισίνα. Το δωμάτιο ήταν χρωματισμένο σε τόνους του μπλε με ζωγραφισμένα δελφίνια στους τοίχους. Από τότε η ερώτηση δεν ήταν «πότε θα μου δώσετε παυσίπονο;» αλλά «πόση ώρα χρειάζεται για να γεμίσει η πισίνα;» (Odent, M., 2000).

Η τεχνική του Odent αποτελείται από τρεις ενότητες μαθημάτων. Η πρώτη αφορά τη σημασία του χρόνου. Αναφέρεται ,δηλαδή, στο χρονικό διάστημα, που η γυναίκα προσδοκά το λουτρό. Παρατηρήθηκε ότι η διαστολή του τραχήλου ήταν δυνατό να εξελιχθεί εντυπωσιακά, ακόμα και πριν την βύθιση στο νερό. Η δεύτερη

ενότητα αφορά το νερό ως ένα δραστικό αναλγητικό και η τρίτη εξετάζει και αναλύει τον τοκετό στο νερό ως μια δυνατότητα (Odent, M., 2000).

### **Τα οφέλη του νερού:**

- Το νερό ανακουφίζει τη γυναίκα και την βοηθά να συνεργαστεί με το σώμα της, έτσι ώστε να υπάρξει ταχύτερη εξέλιξη στα στάδια του τοκετού. Έρευνες έχουν δείξει περίπου το 90% των τοκετών στο νερό γίνονται δίχως την χρήση αναλγητικών ή αναισθητικών φαρμάκων.
- Μεγαλύτερη άνεση και κινητικότητα. Η επίτοκος έχει μεγαλύτερη ελευθερία και άνεση να κινηθεί αυθόρμητα και να αλλάξει θέση. Με αυτόν τον τρόπο βοηθά την κάθοδο του εμβρύου.
- Μείωση της πίεσης στην κοιλιά. Η πλευστότητα βοηθά τις μητρικές συστολές να γίνουν αποδοτικότερες και την καλύτερη κυκλοφορία του αίματος, με συνέπεια την καλύτερη οξυγόνωση των μητρικών μυών, τον λιγότερο πόνο για την μητέρα και περισσότερο οξυγόνο για το έμβρυο.
- Βοηθά την μητέρα να συντηρήσει την ενέργειά της. Βυθιζόμενη στο νερό η μητέρα αισθάνεται περισσότερο ανάλαφρη. Έτσι μπορεί να κάνει «οικονομία δυνάμεων», ώστε να ανταπεξέλθει στην διαδικασία του τοκετού και τις εξωθητικές συστολές.
- Προωθεί την βαθύτερη χαλάρωση. Με δεδομένο ότι το νερό προκαλεί χαλάρωση, η έκκριση ορμονών αρχίζει πιο γρήγορα και συνεχίζεται με καλύτερο ρυθμό, έτσι ώστε η εργασία κατά τον τοκετό να είναι αποδοτικότερη.
- Προκαλεί χαλάρωση στους μύες της πυέλου. Μειώνει την αίσθηση του πόνου, έτσι ώστε για τις περισσότερες επίτοκες δεν απαιτούνται πλέον άλλες μέθοδοι αναλγησίας.
- Μειώνει την ανάγκη για χορήγηση φαρμάκων, προκειμένου να υποκινηθεί τεχνητά η διεργασία του τοκετού. Συχνά η βύθιση στο νερό αρκεί για να οδηγήσει σε ταχύτερη εξέλιξη του τοκετού και διαστολή του τράχηλου.
- Πτώση της αρτηριακής πίεσης. Όταν η ανησυχία προκαλεί την αύξηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος, η βύθιση στο νερό βοηθά στην μείωσή της.

- Αλλαγή της συνείδησης. Η βύθιση στο νερό ανακουφίζει από την ανησυχία και το άγχος. Το νερό βοηθά την επίτοκο να «αφεθεί» και να στραφεί προς τον εσωτερικό της εαυτό.
- Ευκολότερη αναπνοή. Η υγρασία διευκολύνει την αναπνοή και μπορεί να είναι χρήσιμη στις γυναίκες με άσθμα.
- Ενδυνάμωση της επίτοκου. Όταν μια γυναίκα παραμένει ενεργή, ενήμερη και δεν παραδίδει τον έλεγχο του τοκετού. Πολλοί άνθρωποι -ιδιαιτέρα άνδρες- είναι απρόθυμοι να αναμιχθούν στην διαδικασία του τοκετού, όταν γνωρίζουν ότι η μητέρα θα βιώσει τον πόνο και το τραύμα κατά τον τοκετό.



- Ενισχυμένες οικογενειακές σχέσεις. Η ενεργή συμμετοχή του πατέρα στον τοκετό έχει ως συνέπεια έναν πιο ισχυρό οικογενειακό δεσμό. Η ενεργή παρουσία του πατέρα στον τοκετό αυξάνει την δυνατότητα μιας χαρούμενης γέννησης. Οι γονείς μαζί με το παιδί τους μοιράζονται μια θαυμάσια εμπειρία, που μπορεί να λειτουργήσει θετικά και να ενισχύσει τις σχέσεις τους για όλη τους τη ζωή.
- Θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέα-παιδιού. Μια γυναίκα, που βίωσε μια όμορφη εμπειρία γέννησης θα έχει μια θετική συνάφεια στο μυαλό της. Όμως και το μωρό, που είχε μια εύκολη, μη τραυματική, όχι επίπονη γέννηση, θα έχει μια θετική συνάφεια προς το γονέα. Αυτή η θετική έναρξη στη σχέση τους, θα ενισχύει, πιθανώς, τις αλληλεπιδράσεις γονέων-παιδιού για πάντα (Johnson, J., 1995, Kindwall, S., 2005, Odent, M., 1986).

### 2. 8. 5. Γιόγκα

Εμπνευσμένη από την ανατολίτικη φιλοσοφία η γιόγκα στοχεύει να δημιουργήσει μια απόλυτη αρμονία ανάμεσα στο σώμα και το πνεύμα. Τα μαθήματα δίνονται από εξειδικευμένο σε μαθήματα εγκυμοσύνης. Ξεκινά νωρίς, περίπου στον 4<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης, και έχει σκοπό την ανακούφιση της εγκύου από τα συχνά προβλήματα της εγκυμοσύνης όπως πόνους στην πλάτη, στα πόδια κλπ. Επιτρέπει την τέλεια μυϊκή χαλάρωση και αποτελεί σημαντική πηγή ενέργειας για τον ψυχικό και σωματικό κόσμο των γυναικών (Μωραΐτου, Μ., 1996).

Τα μαθήματα ξεκινούν περίπου δύο μήνες πριν τον τοκετό και είναι εβδομαδιαία. Κάθε συνάντηση διαρκεί 2 με 2,5 ώρες. Στις συναντήσεις δίδονται σημειώσεις σχετικά με διάφορα θέματα που αφορούν την εγκυμοσύνη, την γέννηση και την ψυχοπροφυλακτική γιόγκα. Τα μαθήματα περιλαμβάνουν ήρεμες και ασφαλείς κινήσεις για την ενδυνάμωση του σώματος, ασκήσεις αναπνοής για αύξηση της ηρεμίας, της συγκέντρωσης και της αναπνοής και τεχνικές χαλάρωσης. Οι τάξεις γιόγκα έχουν συνήθως έναν αριθμό 3-5 μητέρων με τους συντρόφους τους. Η συμμετοχή στις ομάδες μπορεί να συνεχιστεί και κατά την μεταγεννητική περίοδο όπου οι μητέρες πηγαίνουν μαζί με τα μωρά τους (Balaskas, J., 1994).

Συχνά συνδυάζεται με το τραγούδι, το οποίο έχει την ιδιότητα να δίνει ρυθμό στην αναπνοή. Οι έγκυες μαθαίνουν με διάφορους λαρυγγισμούς να αναπνέουν καλύτερα, χρησιμοποιώντας και χαλαρώνοντας έτσι τους μύες. Επίσης, προετοιμάζονται καλύτερα ψυχολογικά και σωματικά για την γέννα, επικοινωνούν πολύ νωρίς με το παιδί τους και μπορούν να εισάγουν σε αυτή τη σχέση τον πατέρα αλλά και άλλα αγαπητά πρόσωπα.(Μωραΐτου, Μ., 1996, Μωραΐτου, Μ., 2003)

Nada yoga σημαίνει ένωση (γιόγκα) με το ένα, την μονάδα (nadam). Στο Rig-Veda, το παλαιότερο κείμενο των βεδικών κειμένων ηλικίας 4.000 ετών, ο ήχος καλείται Brahma της Nada (ήχος των θεών). Ο δάσκαλος Sufi, Hazrat Lagat Kahn λέει σχετικά: «η δημιουργία είναι η μουσική του Θεού». Με άλλα λόγια ο κόσμος προέκυψε/προκύπτει από την μουσική του Θεού. Αυτός αντηχεί σε ολόκληρη τη φύση. Τα μουσικά παιχνίδια είναι ζωτικής σημασίας σε όλους τους πολιτισμούς, καθώς η μουσική αποτελεί τη «γέφυρα» μεταξύ γης και ουρανού, συνειδητού και ασυνειδήτου, της μορφής και του άμορφου» (Balaskas, J., 1994, Chasse, J. D., 2005).

Στην Ινδία, η φωνητική μουσική θεωρείται η υψηλότερη μορφή μουσικής, διότι η φωνή διαθέτει έναν μαγνητισμό, που τα μουσικά όργανα στερούνται. Όταν τραγουδάμε το σώμα μας μετατρέπεται σε μουσικό όργανο μέσω της στάσης του σώματος, της αναπνοής και συγκεκριμένων φωνητικών τεχνικών (Chasse, J. D., 2005).

Η φυσική φωνή εκφράζει ποιοι πραγματικά είμαστε και δεν είμαστε παρά μια αντανάκλαση της ψυχής μας. Όταν ο άνθρωπος τραγουδάει ή μιλάει με την φυσική φωνή του συνδέεται με την ενδότερη ύπαρξή του. Η φωνή έχει ισχυρή επίδραση σε ολόκληρο το είναι, καθώς ο ήχος γίνεται αντιληπτός μέσω κάθε πόρου του δέρματος, σε κάθε κύτταρο του οργανισμού ( Chasse, J. D., 2005).

Στην pada yoga η εργασία με συγκεκριμένες ασκήσεις έχει ως στόχο να «ανοίξει» την αναπνοή. Οι συγκεκριμένες φωνητικές ασκήσεις στοχεύουν στην εσωτερική ρύθμιση του ατόμου. Το τραγούδι στις χαμηλές νότες απελευθερώνει την ψυχική ένταση και τις κατεσταλμένες συγκινήσεις. Στην τεχνική αυτή τα χέρια παίζουν σημαντικό ρόλο καθώς υποστηρίζουν και καθοδηγούν την φωνή. Το τραγούδι συνοδεύεται από τον ήχο ενός ινδικού tambura, όργανο το οποίο είναι πολύ πλούσιο σε αρμονίες ( Chasse, J. D., 2005).

#### **2. 8. 6. Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική (Βελονισμός)**

Η Κινεζική Ιατρική που έχει ιστορία 5000 χρόνων, περιλαμβάνει τον Βελονισμό, Κινέζικη βοτανοθεραπεία, Κινέζικο Μασάζ, Διαιτητική και Θεραπευτικές Ασκήσεις (Tai ji, Qi Gong). Το 1972 έγιναν οι πρώτοι τοκετοί με βελονισμό σε νοσοκομείο της Στοκχόλμης και μέχρι σήμερα η μέθοδος αυτή έχει πάρα πολύ εξαπλωθεί π.χ. Αγγλία, Γερμανία, Αυστραλία, Κίνα, επιτρέπουν στις γυναίκες να γεννήσουν σε νοσοκομείο με τη βοήθεια βελονισμού, εδώ και αρκετά χρόνια!

Ο βελονισμός και η πρόκληση αντανάκλαστικών για την ανακούφιση από την οσφυαλγία δίνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα (Αραβαντινός, Δ. Ι., 1989). Η δράση τους εξηγείται με τη θεωρία της «ελεγχόμενης διόδου» (gate control) των Melzack και Wall. Είναι πιθανό, μια συσκευή παροχής διακεκομμένων ερεθισμάτων στο

δέρμα να απαλύνει την αίσθηση των συστολών της μήτρας (Αραβαντινός, Δ. Ι., 1989).

Το 1979 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) δήλωσε ότι ο βελονισμός έχει πολύ καλά αποτελέσματα στην ανακούφιση του πόνου.

Ο βελονισμός χρησιμοποιείται συχνά για να:

1. Βοηθήσει στην ανακούφιση κατά τις συστολές
2. Επιταχύνει τις συστολές σε περίπτωση παρατεταμένου τοκετού
3. Κάνει πρόκληση τοκετού (π.χ. η κύηση είναι σε παράταση 2 εβδομάδων)

Για την ανακούφιση κατά τις συστολές του τοκετού υπάρχουν πολλές μέθοδοι όπως: βελόνες στα χέρια, πόδια, κόκκυγα, αυτί, βελόνες συνδεδεμένες με ηλεκτρισμό (ηλεκτροβελονισμός), βελόνες σε συνδυασμό με θερμοθεραπεία με μόξα (Moxibustion).

Ο βελονισμός στο αυτί είναι πολύ επιτυχής και εύκολη μέθοδος, πάντα βέβαια, πρέπει να γίνεται από έναν εκπαιδευμένο ιατρό κινέζικης ιατρικής (4 χρόνια σπουδές). Οι βελόνες εισέρχονται επιφανειακά στο περύγιο του αυτιού και χρειάζονται 10-15λεπτά για να αρχίσουν να δρουν. Συνδέουμε τις βελόνες αυτές (συνήθως τρεις), με τη συσκευή ηλεκτροβελονισμού, εκτός κι αν η γυναίκα βρίσκεται μέσα σε νερό, οπότε χρησιμοποιούμε σκέτες βελόνες. Ο βελονισμός στο αυτί μπορεί να ξεκινήσει σε όποιο στάδιο του τοκετού κριθεί απαραίτητο από την ίδια τη γυναίκα και βέβαια πάντα σε συνεργασία με τη μαία και μαιευτήρα. Έχει αποδειχθεί ότι ο βελονισμός βοηθάει επίσης τη μητέρα να γεννήσει πιο εύκολα, ο κίνδυνος αιμορραγίας μετά τη γέννα να είναι μικρότερος και η γυναίκα να είναι πιο ήρεμη. Επειδή ο βελονισμός συντομεύει τη διάρκεια του τοκετού, δεν χρησιμοποιεί χημικές ουσίες, ούτε μηχανικά μέσα (εμβρυουλκός), ο κίνδυνος τραυματισμού του εμβρύου είναι επίσης μειωμένος.

Με τα κινέζικα βότανα βοηθάμε τη γυναίκα να:

1. Ανταπεξέλθει στις συστολές του τοκετού και την πιθανή ναυτία
2. Αποφύγει αιμορραγία μετά τον τοκετό
3. Έχει δυνάμεις κατά τη διάρκεια του τοκετού

Οι συνταγές κινέζικων βοτάνων έρχονται από αρχαία χρόνια και δεν έχουν παρενέργεια πάνω στη μητέρα και το μωρό.

Το κινέζικο μασάζ βοηθάει στη χαλάρωση μυϊκών σπασμών, μείωση του άγχους, αυξάνει την αυτοπεποίθηση της γυναίκας και την κάνει να νιώθει αγάπη, ενθάρρυνση και υποστήριξη. Έτσι μπορεί με μεγαλύτερη άνεση να αντιμετωπίσει τις συστολές του τοκετού. Επίσης επιταχύνει τον τοκετό.

Χρησιμοποιούμε μαλάξεις περιοχών (π.χ. πλάτη, μέση) ή πιέσεις ορισμένων σημείων βελονισμού (σιάτσου).

Το μασάζ μπορεί να γίνει από μαία, ιατρό ή τον σύντροφο της γυναίκας.

### **2. 8. 7. Άλλες Μέθοδοι**

#### **Μέθοδος RAT:**

Η μέθοδος RAT εισήχθη από τον Ιταλό Piscicelli και τους συνεργάτες του, γνωστή ως «μέθοδος αυτογενούς προετοιμασίας». Βασίζεται στην ψυχοσωματική ανάλυση, στην ενεργοποίηση δηλαδή σειράς ψυχοσωματικών λειτουργιών, οι οποίες εξαλείφουν την ένταση που προκαλεί ο φόβος και οι συσπάσεις. Μέσω της επιδεκτικότητας της χαλάρωσης το άτομο έχει τη δυνατότητα να φτάσει σε κατάσταση αυτογενούς μεταμόρφωσης και ομοιοστασίας. Έτσι σε ειδικές ασκήσεις που διαρκούν μέχρι τον τοκετό, εκπαιδεύουν σε συγκεκριμένη αναπνευστική και μυϊκή συμπεριφορά με ευνοϊκά και επωφελή αποτελέσματα. Το πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η άριστη κατάσταση της χαλάρωσης και η καλύτερη συνεργασία μεταξύ ψυχικού, νευρικού συστήματος και νευρικής απάντησης. Αξίζει να σημειωθεί, ότι σε κέντρο της Ελλάδας όπου εφαρμόζεται η μέθοδος αυτή από το 1978 μέχρι σήμερα, ποσοστό 66% επί 1.200 τοκετών διεξήχθη χωρίς φάρμακα. (Αβραμίδου-Ιορδανίδου, Κ., 1999, Αραβαντινός, Δ. Ι., 1989, Μωραΐτου, Μ., 1996, Μωραΐτου, Μ., 2003).

## **Απτονομία:**

Η μέθοδος αυτή έχει ως σκοπό της την ανάπτυξη της επικοινωνίας του ζευγαριού με το έμβρυο. Ο πατέρας ή κάποιος πολύ κοντά στην οικογένεια είναι απαραίτητος. Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται με έναν απτοθεραπευτή, δηλ. μαία, ή γυναικολόγο ή ψυχοθεραπευτή, ειδικευμένο στην απτονομία. Αρχίζει τον τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης, όπου πλέον η παρουσία του εμβρύου είναι αντιληπτή, βασίζεται δε στο άγγιγμα (άπτω = αγγίζω). Ο θεραπευτής καθοδηγεί τους γονείς στις επαφές τους με το έμβρυο, έτσι ώστε αυτό να αισθάνεται καλοδεχούμενο και επιθυμητό (Μωραΐτου, Μ., 1996, Μωραΐτου, Μ., 2003).

Το πλεονέκτημα αυτής της προετοιμασίας είναι ότι επιτρέπει στον πατέρα να συμμετέχει ενεργά στην εγκυμοσύνη της συντρόφου του, όπως και το γεγονός, ότι καταφέρνει να δημιουργήσει πριν τη γέννηση ένα συμπληρωματικό δεσμό ανάμεσα στους γονείς και το νεογνό (Μωραΐτου, Μ., 1996, Μωραΐτου, Μ., 2003).

## **Αρωματοθεραπεία**

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται στον τοκετό, καταπολεμά την ένταση στο σώμα και στο πνεύμα (Μωραΐτου, Μ., 2003). Σε έρευνα που διεξήχθη στο Πανεπιστήμιο Leeds της Αγγλίας σε 880 εφαρμογές αιθέριων ελαίων στον τοκετό, το 62,5% των γυναικών τα θεώρησε ιδιαίτερα αποτελεσματικά, ενώ το 11,6% αναποτελεσματικά. Ποσοστό 22,9% ετεροκαθορίστηκαν ή αρνήθηκαν να τοποθετηθούν (Mother and Infant Research Unit. University of Leeds, 1999). (Ελευθώ, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2003).



## 2. 9. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΕΝΕΘΛΙΟΥ ΗΧΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΗΣ

Η μουσική έχει διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στους διαφορετικούς πολιτισμούς εδώ και πολλά χρόνια. Έχει επηρεάσει βαθιά τον άνθρωπο στην φυσική, διανοητική, συναισθηματική και πνευματική υγεία του. Όμως, μόνο τα τελευταία χρόνια αρχίζει η μουσική να προσελκύει την επιστημονική προσοχή. Ο Irvine έχει παράσχει κάποιες πληροφορίες για την επίδραση της μουσικής του Μότσαρτ στη χωρική και μαθηματική νοημοσύνη των παιδιών μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Παν/μιο της Καλιφόρνια. Πρόσφατα, ένα άρθρο στην εφημερίδα «Χρονικά του Λος Άντζελες» (11/9/1998) επεσήμανε: «Η μουσική προορίζεται να διαδραματίσει έναν πιο ενεργό ρόλο στο μέλλον της ιατρικής». Οι ακόλουθες ιδέες επεξηγούν πώς η μουσική έχει επιπτώσεις στην ανάπτυξή μας

Ο Michael Odent, M D, θεωρεί ότι οι γυναίκες αισθάνονται την ανάγκη να τραγουδήσουν στα μωρά τους. Στο παρελθόν, οι γυναίκες σε όλο τον κόσμο έχουν τραγουδήσει νανουρίσματα στα μωρά τους. Αυτό είναι πολύ σημαντικό επειδή, όπως γνωρίζουμε σήμερα, το έμβρυο λαμβάνει τα πρώτα γλωσσικά μαθήματα στη μήτρα. Το τραγούδι έχει ένα πλουσιότερο φάσμα συχνότητας από την ομιλία. Μελέτες στην γλωσσολογία και την μουσικολογία (David Whitwell, 1993) επισημαίνουν ότι υπήρξε ένα χρονικό διάστημα για την ανθρωπότητα, που η ομιλία ήταν τραγούδι. Επομένως το τραγούδι είναι παλαιότερο των δυο. Τα μωρά των κωφών μητέρων χάνουν αυτά τα σημαντικά πρώτα μαθήματα στη γλωσσική ανάπτυξη..

Η συχνότητα είναι το επίπεδο της χροιάς που μετριέται στα χέρτζ (Hz). Αυτή η συχνότητα ποικίλλει μεταξύ 16 έως 20.000 Hz. Υπάρχει μικρή παραμόρφωση της μητρικής φωνής όπως γίνεται αντιληπτή από το έμβρυο ενώ άλλες εξωτερικές φωνές ηχούν καλυμμένες, ειδικά στις υψηλότερες συχνότητες. Σύμφωνα με τον Rubel (1984), το έμβρυο ανταποκρίνεται πρώτα στις χαμηλότερες συχνότητες και έπειτα στις υψηλότερες.

Ο Verny και οι συνεργάτες του έχουν σημειώσει ότι τα μωρά έχουν μια προτίμηση για τις ιστορίες, τον έμμετρο λόγο, και τα ποιήματα που ακούγονται πρώτα στη μήτρα. Ο Δρ. Henry Truby, ομότιμος καθηγητής της παιδιατρικής και γλωσσολογίας στο παν/μιο του Μαϊάμι., επισημαίνει ότι το έμβρυο κινείται σε ρυθμό ανάλογο με την ομιλία της μητέρας. Τα στοιχεία της μουσικής, δηλαδή τονική χροιά,

ένταση και ρυθμός, είναι επίσης στοιχεία που χρησιμοποιούνται στην ομιλία μιας γλώσσας. Γι' αυτόν τον λόγο, η μουσική προετοιμάζει το αυτί, το σώμα και τον εγκέφαλο να ακούσει, να αφομοιώσει και να παραγάγει τους μουσικούς ήχους. Έτσι, η μουσική μπορεί να θεωρηθεί μια προ-γλωσσική γλώσσα, η οποία τρέφει και παρακινεί τον άνθρωπο στην ολότητά του. Επιδρά στο σώμα, στην διάνοια και το συναίσθημα καλλιεργώντας μια εσωτερική αίσθηση ομορφιάς, που δεν είναι κατανοητή με λόγια και γι' αυτό απερίγραπτη.

Η έρευνα του Rey (1992) απέδειξε ότι τα νανουρίσματα ηρεμούν το έμβρυο. Ο διάσημος Βρετανός βιολιστής Vahidi Menuhin θεωρεί ότι το μουσικό ταλέντο του οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι οι γονείς του τραγουδούσαν και έπαιζαν μουσική κατά την κύησή του.

### **2. 9. 1. Το υγιές περιβάλλον της μήτρας**

Το περιβάλλον της μήτρας είναι πολύ πλούσιο. Υπάρχουν διάφορες ερμηνείες ως προς το επίπεδο θορύβου, που κυμαίνεται μεταξύ 30 έως 96db(decibel). Ένας ψίθυρος μπορεί να είναι 30db, μια κανονική συνομιλία είναι περίπου 60db. Η ηχορύπανση από την κυκλοφορία κατά μέσο όρο 70-100db. Η μουσική rock έχει μετρηθεί ως 115db και το κατώτατο όριο πόνου αρχίζει στο 125db. Έρευνα με υδρόφωνα έχει αποκαλύψει ότι η μήτρα είναι μια «σχετικά ήρεμη θέση» (Delilge και Sloboda,1996) κάτι ανάλογο με αυτό που δοκιμάζουμε στο περιβάλλον μας μεταξύ 50 και 60db.

Οι ενδομήτριοι ήχοι διαμορφώνουν έναν «ομοιόμορφο τάπητα» πέρα από τον οποίο η ιδιαίτερη φωνή της μητέρας γίνεται πολύ ευδιάκριτη και αναγνωρίσιμη από το έμβρυο καθώς είναι τόσο διαφορετική από τους ήχους του αμνιακού περιβάλλοντος. Αυτοί οι ήχοι παίζουν σπουδαίο ρόλο στην επικοινωνία και τη σύνδεση με τη μητέρα και τον εξωτερικό κόσμο. Μερικοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι τα νεογνά γίνονται πιο ήρεμα όταν εκτίθενται σε ενδομήτριους ήχους (Murooka et al, 1976 De Casper, 1983 Rossner, 1979). Οι κατευναστικοί ήχοι του ωκεανού και του νερού είναι πιθανώς παράγοντες ενθύμησης του ρευστού περιβάλλοντος, στο οποίο αρχίσαμε τη ζωή. Ο Tomatis προτείνει ότι ο χτύπος της μητρικής καρδιάς, η αναπνοή και ο εντερικός «παφλασμός» διαμορφώνουν την πηγή για την συλλογική έλξη μας στον ήχο των κυμάτων. Το ίδιο ισχύει και για την εγγενή

αίσθηση του ρυθμού μέσα μας, που οι προγενέθλιοι ήχοι διαμορφώνουν. Αυτοί οι ήχοι αποτελούν ένα σημαντικό αναπτυξιακό συστατικό κατά την ενδομήτρια ζωή καθώς αποτελούν την βάση της μετέπειτα συμπεριφοράς μας.

Το αυτί εμφανίζεται αρχικά κατά την 3<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης και γίνεται λειτουργικό μέχρι την 16<sup>η</sup> εβδομάδα. Το έμβρυο αρχίζει την ενεργό ακοή μέχρι την 24<sup>η</sup> εβδομάδα. Γνωρίζουμε από τις παρατηρήσεις με υπέρηχους ότι το έμβρυο ακούει και ανταποκρίνεται στον σφυγμό περίπου από την 16<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης (Shahidullah & Herper,1992).Ακούει και αντιδρά ,δηλαδή, πριν ολοκληρωθεί η κατασκευή των αυτιών. Οι κοχλιακές δομές του αυτιού εμφανίζονται να λειτουργούν μέχρι και την 20<sup>η</sup> εβδομάδα και οι ώριμες συνάψεις μεταξύ 24<sup>ης</sup> και 28<sup>ης</sup> εβδομάδας (Pyjol et al,1991).Γι' αυτό το λόγο τα περισσότερα προγράμματα ξεκινούν κατά τη διάρκεια του τρίτου τρίμηνου της κύησης. Η ακοή είναι η πρώτη αίσθηση που αναπτύσσεται κατά την ενδομήτριο ζωή.

Τα έμβρυα από 4 μηνών αντιδρούν με πολύ συγκεκριμένους τρόπους σε δυνατούς ή απειλητικούς ήχους. Συνηθέστερα παρατηρείται ταχυκαρδία. Μια ιαπωνική μελέτη των εγκύων γυναικών που ζούν κοντά στον αερολιμένα της Οζάκα έδειξε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του συνεχούς δυνατού θορύβου και της γέννησης λιποβαρών μωρών. Ο χρόνιος θόρυβος μπορεί επίσης να συνδεθεί και με άλλες ατέλειες γέννησης (Szmeja et al,1979).

Ο Alfred Tomatis λέει ότι το αυτί είναι «η Ρώμη του οργανισμού», επειδή σχεδόν όλα τα κρανιακά νεύρα οδηγούν σε αυτό και επομένως θεωρείται το πιο αρχικό όργανο αίσθησής μας. Ο Tomatis έχει μια μοναδική άποψη για τη λειτουργία του ανθρώπινου αυτιού, που υπερβαίνει αυτό που υποτίθεται παραδοσιακά. Δεν το θεωρεί ούτε όργανο απλώς για την ακοή, ούτε ένα όργανο για την διατήρηση της ισορροπίας. Γι' αυτόν το αυτί είναι πρώτιστα μια γεννήτρια ενέργειας για τον εγκέφαλο που διανέμεται έπειτα σε όλο το σώμα. Ο ήχος, η μουσική και η ανθρώπινη ανάπτυξη αναμειγνύονται περίπλοκα.

Όπως έχουμε δει, από το πρώτο τρίμηνο το έμβρυο κινείται ενεργά. Όταν το έμβρυο κινείται μέσα στη μήτρα, ο κτύπος της καρδιάς επιταχύνει. Ο De Mause (1982) συνοψίζει τις αντιδράσεις του εμβρύου ως εξής: «Το έμβρυο επιπλέει τώρα ειρηνικά, κλωτσά, γυρίζει, αναστενάζει, λαμβάνει συγκινημένο τους ξαφνικούς θορύβους, ηρεμεί όταν μιλά ήσυχα η μητέρα». Μερικοί σκέφτονται ότι ο διακριτικός ρυθμός της καρδιάς της μητέρας αποτελεί την βάση για την έλξη μας στην τυμπανοκρουσία.

Ο Salk(1960),ο Murooka(1976) και ο De Casper(1983) παρείχαν τα στοιχεία για την μνήμη του χτύπου της μητρικής καρδιάς κατά την ενδομήτρια ζωή. Ο Ashley Mantagn (1962) υπέθεσε ότι η καθολική κλίση στην μουσική και η κατευναστική επίδραση των ρυθμικών ήχων σχετίζεται με το συναίσθημα ευημερίας κατά την ενδομήτρια ζωή. Ο Salk (1960) έδειξε ότι τα νεογνά στην μονάδα εντατικής θεραπείας που ακούνε ήχους κτύπου καρδιάς κερδίζουν βάρος πιο γρήγορα. Επιπλέον, η αναπνοή είναι βαθύτερη και κανονικότερη μεταξύ αυτών των μικρών.

### **2. 9. 2. Ήχος και Εκμάθηση κατά την ενδομήτριο ζωή**

Η ισχυρή σύνδεση μεταξύ του ήχου/της μουσικής και της προγενέθλιας μνήμης/της εκμάθησης έχει αποκαλυφθεί από τις επιστημονικές μελέτες. Ο Peter Herper (1991) ανακάλυψε ότι η προγενέθλια έκθεση στη μουσική τηλεοπτικής σαπουνόπερας, προκαλούσε την προσοχή του βρέφους και μετά την γέννηση. Ο πρωτοπόρος εμβρυολόγος της Νέας Ζηλανδίας,William Liley, διαπίστωσε ότι από την 25<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης, το έμβρυο αντιδρούσε στο ρυθμό ενός τύμπανου. Η έρευνα της Michele Clements(1977) σε ένα νοσοκομείο του Λονδίνου έδειξε ότι τα έμβρυα τεσσάρων έως πέντε μηνών γοητεύονταν από την μουσική του Vivaldi και του Mozart αλλά ενοχλούνταν από τις δυνατές μεταβολές του Beethoven και του Brahms.Έχει αποδειχθεί ότι τα νεογνά παρουσιάζουν μια προτίμηση για τις μελωδίες που τους τραγούδησε η μητέρα τους πριν ακόμη γεννηθούν (Satt,1987).

Σε μια καλή εγκυμοσύνη η μητέρα και το παιδί βρίσκονται στον ίδιο αρμονικό ρυθμό. Οι χτύποι της καρδιάς της μητέρας ευαισθητοποιούν το παιδί στην αντίληψη του ρυθμού. Η ευαισθητοποίηση αυτή διαρκεί καθ' όλη τη ζωή και αντιπροσωπεύει τη συνέχεια και την εμπιστοσύνη σε ένα υγιές ψυχόστρωμα. Ο προγενέθλιος ήχος και η μουσική θα είναι για πάντα χαλαρωτικός και ηρεμιστικός..

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο 20<sup>ος</sup> αιώνας σηματοδότησε σημαντικές αλλαγές στην διαδικασία της γέννησης. Οι επιστημονικές και τεχνολογικές ανακαλύψεις μείωσαν αισθητά την μητρική και νεογνική περιγεννητική θνησιμότητα και έλυσαν πολλά προβλήματα. Όμως, παράλληλα, δημιούργησαν μια σειρά από ψυχολογικά προβλήματα τα οποία δεν μπορούμε να παραβλέψουμε.

Τα τελευταία 30 χρόνια η έρευνα για τα νεογέννητα έχει ακμάσει. Καινοτομείς μέθοδοι μελέτης έχουν οδηγήσει σε νέες πληροφορίες που συχνά προκαλούν έκπληξη. Κορυφαίοι ερευνητές όπως ο Klaus, ο Kennell, ο Brazelton, ο Srock και πολλοί άλλοι μέσα από τις μελέτες τους μας έχουν αποδείξει ότι τα νεογνά είναι εξαιρετικά ικανά στην αντίληψη, την εκμάθηση και την επικοινωνία. Ο David B. Chamberlain αναφέρει ότι ο 21<sup>ος</sup> αιώνας ίσως αποδειχθεί ο αιώνας του νεογέννητου. Τα μωρά γνωρίζουν περισσότερο από ότι υποτίθεται ότι γνώριζαν. Μέσω του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου, των οπτικών ινών και των ειδικών φακών, του υπερήχου και άλλων συσκευών και εργαστηριακών τεχνικών, έχουμε σήμερα μια περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα της ενδομήτριας ανάπτυξης του ανθρώπου. Αυτές οι ανακαλύψεις έχουν προσθέσει πολλά στην γνώση και κατανόηση των ικανοτήτων των νεογνών. Ένα πλήθος επιστημονικών ανακαλύψεων παρέχει την επίσημη επαλήθευση ότι τα νεογνά είναι πρόσωπα με την έννοια του κοινωνικού όντος.

Η βιβλιογραφική έρευνα απέδειξε ότι η εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού είναι μεμονωμένα θηλυκή. Οι γυναίκες που γεννούν σε οποιοδήποτε περιστάσεις, βρίσκονται αντιμέτωπες με ένα από τα ισχυρότερα γεγονότα της φύσης. Το γεγονός ότι οι γυναίκες μπορούν να εκφράσουν την εξαιρετικά αρνητική ή θετική εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού είναι στοιχεία της δυναμικής αυτής της εμπειρίας.

Οι γυναίκες αισθάνονται συχνά μόνες απέναντι στην ευθύνη της μητρότητας ακόμα κι αν έχουν υποστηρικτικούς συντρόφους. Οι μητέρες επικρίνονται άμεσα όταν κάτι δεν πάει καλά, ενώ οι θετικές συνεισφορές τους, συχνά, παραγνωρίζονται. Στην πραγματικότητα, πολλές πτυχές της θηλυκής συμπεριφοράς παραμένουν

αόρατες στον πολιτισμό μας. Ο τοκετός δεν αποτελεί εξαίρεση. Η εμπειρία του τοκετού σε κάθε περίπτωση είναι σημαντική.

Ο τοκετός είναι και πάντα θα είναι η εμπειρία μιας γυναίκας. Αυτό δεν σημαίνει ότι τα άτομα του στενού περιβάλλοντός της δεν είναι συμμετέχοντες στην διαδικασία, αλλά δεν υποβάλλονται στον μετασχηματισμό της φυσιολογίας τους. Για αυτόν τον λόγο ο τοκετός είναι εμπειρία θηλυκή. Είναι μια εμπειρία δύναμης, καθώς η γυναίκα θα αντιμετωπίσει έντονα συναισθήματα ανησυχίας, φόβου, ενθουσιασμού και αναμονής. Η ένταση αυτής της εμπειρίας και όλα αυτά που συνεπάγεται, θα βοηθήσουν την γυναίκα να διαμορφώσει μια ταυτότητα. Όπως κάθε σημαντικό γεγονός στην ζωή μας, έτσι και η εγκυμοσύνη μπορεί να ενδυναμώσει ή να συντρίψει. Μια γυναίκα χρειάζεται την ευκαιρία να βιώσει το μεταβαλλόμενο σώμα της και να ανακαλύψει την ταυτότητά της καθώς γίνεται μητέρα. Από αυτή την άποψη δεν υπάρχει καμία σωστή μέθοδος ή εμπειρία. Υπάρχει μια πρώτη ανάγκη να μεταβολιστούν ψυχολογικά όλα αυτά που συμβαίνουν.

Από την άλλη, ο άνδρας, διαδραματίζει έναν διαφορετικό, μα εξίσου σημαντικό ρόλο. Η παρουσία του, η αγάπη και η υποστήριξη προς την έγκυο, βοηθούν στην δημιουργία μιας θετικής εμπειρίας γέννησης. Στο παρελθόν οι άνδρες ήταν αποκλεισμένοι από την διαδικασία της γέννησης. Τώρα είναι γνωστό, και φάνηκε από την βιβλιογραφική αναφορά, ότι η συμμετοχή του άνδρα στην διαδικασία συμβάλλει θετικά στην γέννηση. Η γυναίκα χρειάζεται τον σύντροφό της δίπλα της σε αυτή την διαδικασία. Ο άνδρας θα προσφέρει τα στοιχεία της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης, τα οποία είναι απαραίτητα για μια επιτυχή εγκυμοσύνη. Με την καλή επικοινωνία, με υπομονή και κατανόηση, ο σύντροφος θα καταλάβει τις ανάγκες της γυναίκας και θα αναλάβει τον ρόλο του σε αυτή την ευαίσθητη περίοδο.

Εντούτοις είναι σημαντικό κάθε ζευγάρι να βρει αυτό που του ταιριάζει. Σήμερα έχουμε προχωρήσει από τον τέλειο αποκλεισμό των ανδρών από την διαδικασία της γέννησης στην απαίτηση της παρουσίας τους. Το ζευγάρι μόνο του θα ανακαλύψει μαζί ποιες εργασίες είναι καλύτερες για τον καθένα. Ένα παιδί κάνει τον πατέρα κομμάτι μιας συνεχούς εξελικτικής διαδικασίας, της πατρότητας.

Από την μελέτη της βιβλιογραφίας συμπεραίνουμε ότι υπάρχουν κάποιοι σημαντικοί, μα παραγνωρισμένοι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν ποικιλότροπα την εγκυμοσύνη:

- Η εμπειρία των μητέρων και των γιαγιάδων μας

- Οι σχέσεις μας με τους γονείς μας
- Οι προσδοκίες μας για την μητρότητα και την ποιότητα της προγενέθλιας υποστήριξης
- Η προσωπική μας εμπειρία για το πώς ήρθαμε στον κόσμο
- Οι προσδοκίες και εμπειρίες μας για την ποιότητα της συζυγικής σχέσης

Οι νέοι ρόλοι, οι προσδοκίες, η παιδική ηλικία πρέπει να συζητηθούν καθ' όλη την διάρκεια της προγεννητικής περιόδου ώστε οι μέλλοντες γονείς να μην αισθανθούν συντετριμμένοι με τις αλλαγές που θα συμβούν.

Η έρευνα δείχνει ότι η εμπειρία του τοκετού έχει επίδραση στον αυτοσεβασμό των γυναικών. Ανάλογα με την υποστήριξη, την προετοιμασία και την αποδοχή των συναισθημάτων της πριν, κατά την διάρκεια και μετά τον τοκετό, η γέννηση θα τείνει να είναι μια θετική ή αρνητική εμπειρία. Για να υποστηριχθεί ο αυτοσεβασμός των γυναικών θα πρέπει να αρχίσουμε προγεννητικά και να συνεχίσουμε στην μετά τον τοκετό περίοδο να παρέχουμε την ευκαιρία στις γυναίκες να συζητήσουν ανοιχτά τις συναισθηματικές και φυσικές αλλαγές στις οποίες υποβάλλονται, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αποδεχθούν τα συναισθήματά τους.

Ανεξάρτητα από το είδος του τοκετού μια γυναίκα λαμβάνει μια θετική αίσθηση του εαυτού της. Οι κύριοι παράγοντες που συμβαίνει αυτό είναι:

- Ότι αισθάνεται ενεργό μέλος της διαδικασίας, συμπεριλαμβανομένης της απόφασης
- Ότι αντιλαμβάνεται ότι τα συναισθήματά σε όλη την διαδικασία είναι αποδεκτά και θεραπευτές της υποστηρίζουν την ελεύθερη έκφραση αυτών των συναισθημάτων πριν, κατά την διάρκεια και μετά την γέννηση
- Ότι έχει προετοιμαστεί ρεαλιστικά για τον τοκετό και έχει πίστη στις ικανότητές της
- Είναι η μόνη αρμόδια για να κάνει το καλύτερο ώστε να αντιμετωπίσει τις συστολές με οποιαδήποτε μορφή τις

αντιλαμβάνεται. Γίνεται κατανοητό ότι στην περίπτωση επιθυμίας ή ανάγκης για χειρουργική ή άλλη επέμβαση ή φαρμακευτική αγωγή, προγραμματισμένη ή όχι, έχει δικαίωμα να γίνει σεβαστή η γνώμη της και να λάβει ενθαρρυντική βοήθεια ως ανταπόκριση στις φυσικές και συναισθηματικές της ανάγκες.

- Ότι της δίνεται η ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά της για την μητρότητα, συμπεριλαμβανομένης της εμπειρίας που είχε από την οικογένειά της
- Ότι της δίνεται η ευκαιρία να ερευνήσει τα συναισθήματά της και τις περιστάσεις που σχετίζονται με την δική της γέννηση, τους τοκετούς της μητέρας της, και οποιαδήποτε προηγούμενη προσωπική εμπειρία εγκυμοσύνης και τοκετού.
- Ότι αυτή και ο σύντροφός της ερευνούν τα πρότυπα ρόλου παιδικής ηλικίας των αντίστοιχων σχέσεων των γονέων τους, την επίλυση ψυχικών συγκρούσεων και τις προσδοκίες για την γονεϊκότητα, με στόχο την ανάπτυξη ενός πλάνου αξιών για την σχέση τους ως σύντροφοι και ως γονείς.

Αυτά τα κριτήρια μπορούν να ικανοποιηθούν ενδεχομένως σε οποιαδήποτε μορφή γέννας, από ειδικευμένους θεραπευτές και μητέρες που είναι σε θέση να εργαστούν για την προετοιμασία τους. Όταν οι συναισθηματικοί παράγοντες περιλαμβάνονται ως μέρος της στερεότυπης προγεννητικής διαδικασίας υπάρχει μείωση στις επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Παράλληλα αυξάνεται ο αυτοσεβασμός των γυναικών.

Πιστεύω ότι ο αποδοτικότερος τρόπος να γίνει αυτό στην παρούσα φάση είναι να τεθεί μια αποτελεσματική πολιτική για την δημιουργία «υπηρεσιών υποστήριξης» όπου θα παρέχονται συμβουλές σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Αυτό του είδους τα σχήματα έχουν το προτέρημα να είναι ανέξοδα και αποτελεσματικά.

Αυτές οι «υπηρεσίες υποστήριξης» είναι πραγματικά ο πυρήνας οποιασδήποτε προγεννητικής πολιτικής. Είναι σημαντικό να δοθεί στις γυναίκες, αλλά και στους συντρόφους τους η προσοχή που αξίζουν. Είναι μια



εναλλακτική προσπάθεια που αξίζει στις προγεννητικές υπηρεσίες που παρέχουμε ως κοινωνία.

Αν μια γυναίκα γεννά φυσιολογικά, με φαρμακευτική αγωγή ή με καισαρική τομή, είναι ένα γεγονός που οποιοσδήποτε από εμάς μπορεί να την βοηθήσει να το δεχτεί και να το ενσωματώσει. Είναι τιμή να είσαι μέρος αυτής της διαδικασίας, η οποία παραμένει, ανεξάρτητα από ό,τι λέγεται, ένα φυσιολογικό θαύμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### (ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ)

Παρακολουθώντας τις εξελίξεις στον χώρο της Μαιευτικής και της Ψυχολογίας της Γέννησης, παρατηρούμε ότι μέχρι την δεκαετία του '70 επικρατεί το κλασικό ιατροκεντρικό μοντέλο στην φροντίδα της εγκύου. Ήδη όμως, από το τέλος της δεκαετίας του '60 αρχίζουν στις ΗΠΑ, την Γαλλία, την Αγγλία και την Σουηδία να επικρατούν ψυχοαναλυτικές, κοινωνιολογικές και ψυχολογικές θεωρίες στην ερμηνεία και τον σχεδιασμό μεθόδων ευτοκίας. Αρχίζουν να δημιουργούνται εναλλακτικές στρατηγικές για την εγκυμοσύνη και την γέννηση, που εξαπλώνονται σύντομα στα υπόλοιπα κράτη της κεντρικής Ευρώπης και τελευταία στην χώρα μας.

Θα ξέφευγε από τους στόχους αυτής της εργασίας η ανάλυση αυτών των μεθόδων με βάση την φυσιολογία της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Περισσότερο ενδιαφέρει η ευαισθητοποίηση γύρω από την γέννηση με βάση την ψυχοδυναμική των καταστάσεων αυτών. Δηλαδή στη σχέση τους με άλυτα ενδοψυχικά προβλήματα και ανεπαρκή επεξεργασία στοιχείων του περιβάλλοντος, όπως επίσης και βίωσης των γεγονότων που προκύπτουν από αυτά (Παπαγεωργίου, 1991).

Για μια ολιστική αντιμετώπιση ανάλογη με τις παραπάνω απαιτήσεις είναι αναγκαία αφενός μια δομική αλλαγή των Μαιευτηρίων, αφετέρου μια αλλαγή στον τρόπο σκέψης, στην τοποθέτηση των στόχων και στην μεθοδολογία της εργασίας. Αυτές οι δομικές προϋποθέσεις φαίνεται να υλοποιούνται μέσα από τις λεγόμενες εναλλακτικές μεθόδους τοκετού. Όμως στην πράξη και αυτές υπάρχει ο κίνδυνος να κριθούν ανεπαρκείς, εάν δεν συνοδευθούν από μια αλλαγή του τρόπου σκέψης. Η ανάπτυξη και η εξέλιξη στην Μαιευτική και την Ψυχολογία της Γέννησης, αυξάνει τις απαιτήσεις όσον αφορά τις δυνατότητες και τις προοπτικές ενός φυσιολογικού, μη τραυματικού τοκετού (Peterson, G., 2004).

Η προετοιμασία για την εγκυμοσύνη, την γέννηση και την λοχεία είναι μια μνητική διαδικασία, που κανονικά ξεκινά αρκετά νωρίς στην εφηβεία και συνεχίζεται μέχρι την απόκτηση παιδιού (Συκάκη, Α., 2001). Η παρουσία, λοιπόν, μιάς πολυ-

επαγγελματικής, διεπιστημονικής ομάδας είναι απαραίτητη. Η παρουσία του κοινωνικού λειτουργού στα πλαίσια μιάς τέτοιας ομάδας είναι επιβεβλημένη. Απαραίτητος όμως είναι και ο προσδιορισμός του ρόλου του μέσα σε αυτή.

Η δυνατότητα συμμετοχής του κοινωνικού λειτουργού είναι πολυεπίπεδη και ποικίλη. Όπως έχουμε πει σε προηγούμενα κεφάλαια το ενδομήτριο περιβάλλον και η προγεννητική περίοδος είναι ο χρόνος που ξεκινούν οι σχέσεις του ψυχοκοινωνικού ανθρώπου (Negri, R., 1998). Είναι γνωστό ότι ένας γονιός μπορεί να δώσει αγάπη και στοργή στο παιδί μόνο όταν έχει πάρει αγάπη και κατανόηση, όταν έχει αισθανθεί ο ίδιος ως παιδί ότι το αγαπούν και το νιώθουν (Kaplan, H., 1994). Σε αντίθετη περίπτωση, ο γονέας νομίζει απλώς ότι δίνει αγάπη στο παιδί του, ίσως και να προσπαθεί, αλλά δεν μπορεί, γιατί ο ίδιος δεν γνωρίζει, δεν έχει νιώσει το αίσθημα της αγάπης. Συχνά αναλίσκείται σε ναρκισσισμό, προσπαθεί δηλαδή να τον προσέξουν και να τον αγαπήσουν (Negri, R., 1998).

Η έγκυος γυναίκα προετοιμάζεται για την περίοδο της μητρότητας. Κυοφορεί, «ζει» και «τρέφει» ένα νέο οργανισμό. Συμμετέχει στην εξέλιξη ενός θαύματος. Βλέπει τον εαυτό της να αλλάζει, αισθάνεται το έμβρυο να κινείται μέσα της, τα «συστήματά» της προσπαθούν να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση. **Δεν είναι όμως ασθενής η έγκυος. Η εγκυμοσύνη είναι μία φυσιολογική κατάσταση.** Δεν πρέπει η γυναίκα, μα και ο σύντροφός της, να αισθάνονται ότι η ζωή του παιδιού τους κατευθύνεται από άλλους. Χρειάζεται φροντίδα, αλλά βασισμένη στην σκέψη, ότι εμείς είμαστε εδώ για να σε βοηθήσουμε, να συνεργασθούμε μαζί σου, αλλά εσύ αποφασίζεις...(Πατσουράκου, Ε., 1996).

Ο μαιευτήρας και η μαία δεν μπορούν μόνοι τους να προσφέρουν αυτή την βοήθεια. Δεν αρκούν για να αναλάβουν την φροντίδα αυτή. Ως ομάδα αποτελούν τους βασικούς επαγγελματίες υγείας για την φροντίδα της εγκύου, αλλά η συνεργασία με άλλους επιστήμονες είναι απαραίτητη (Πατσουράκου, Ε., 1996).

Όμως, ένα από τα βασικά προβλήματα του ιατρικού και μαιευτικού προσωπικού είναι ότι έχουν μάθει να δρουν «μοναχικά». Σπάνια συνεργάζονται ή καταφέρνουν να λειτουργούν σαν ομάδα. Ίσως, γιατί ο καθένας εγωιστικά πιστεύει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση μόνος του. Υπερεκτιμά τις ικανότητες του πιστεύοντας ότι είναι ο «ειδικός» που μπορεί να λύσει κάθε είδους προβλήματα. Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι το «πρόβλημα» της περιόδου αυτής είναι ειδικό, στενά ιατρικό, και περιορίζεται στην γυναίκα, την βιολογία της εγκυμοσύνης, του τοκετού και του νεογνού. Σε αυτήν την περίπτωση, όμως, ξεχνάμε την ολότητα κάθε

οργανισμού, την συνεργασία των συστημάτων και ότι κάθε γυναίκα είναι ψυχή, σώμα και πνεύμα (Πατσουράκου, Ε., 1996).

Η μονόπλευρη αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης, της λοχείας ή της μητρότητας μπορεί να θέσει την οικογένεια αργότερα σε μεγάλα προβλήματα. Η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης με κάποιες ιατρικές εξετάσεις δεν αρκεί και η ύπαρξη μιας διεπιστημονικής ομάδας και η συνεργασία των επιστημόνων, για την ολιστική αντιμετώπιση της περιγεννητικής περιόδου είναι αναγκαία. Η μέλλουσα μητέρα χρειάζεται ενθάρρυνση, βοήθεια ώστε να αξιοποιήσει στο έπακρο τις ψυχικές και σωματικές της δυνάμεις, συμβουλές για μια εγκυμοσύνη που κινδυνεύει, για τις ανάγκες που έχει το νεογνό. Παράλληλα, μπορεί να χρειάζεται ενημέρωση για διαδικαστικά ζητήματα, όπως η άδεια λοχείας, το δικαίωμα επιδομάτων ή βοήθεια στη λύση οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων (Πατσουράκου, Ε., 1996, Συκάκη, Α., 2001).

Κάθε έγκυος γυναίκα έχει κάποιες προσδοκίες και κάποιες ανάγκες, που αν δεν πραγματοποιηθούν και δεν καλυφθούν μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχολογικές διαταραχές, που θα επηρεάσουν σίγουρα και τη ζωή που πρόκειται να γεννήσει. Γι' αυτό, η έγκυος γυναίκα πρέπει να αποκτήσει κάποιο «δεσμό» με την ομάδα που την φροντίζει, να την εμπιστεύεται και να νιώθει ότι η συνεργασία μεταξύ τους έχει σκοπό τη δική της – και του παιδιού της – ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία. Έχει ανάγκη να αισθάνεται ότι είναι στο κέντρο της φροντίδας όλων. Αμφιβολίες γι' αυτή την φροντίδα ή για την ενότητα της ομάδας μπορεί να οδηγήσουν σε ανασφάλεια, αδυναμία αντιμετώπισης του τοκετού, της λοχείας και της συμβίωσης με το βρέφος (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004, Negri, R., 1998).

Στην ομάδα μπορούν να συμμετέχουν ο μαιευτήρας, ο νεογνολόγος, ο αναισθησιολόγος, η μαία, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός. Η συνεργασία αυτών των επαγγελματιών υγείας θα αποτελέσει τη βάση, για τη σωστή επικοινωνία της γυναίκας στην εγκυμοσύνη της. Ξεκινώντας από την περίοδο της εγκυμοσύνης παρακολουθούν την εξέλιξή της και προετοιμάζουν τη μέλλουσα μητέρα και τον πατέρα για τον ερχομό του παιδιού.

Αυτή η προετοιμασία είναι σημαντική για την διαμόρφωση της μετέπειτα σχέσης μητέρας – παιδιού, γιατί όπως αναφέρει η M. David, (παιδοψυχίατρος), για την μητέρα η συνάντηση με το παιδί της είναι το τέλος ενός μεγάλου δρόμου – της εγκυμοσύνης – που είναι γεμάτος φόβους, ελπίδες και φαντασιώσεις, ενώ για το παιδί

είναι η αρχή αυτού του μεγάλου δρόμου, και ο χρόνος και ο τόπος της συνάντησης είναι σημαντικός και για τους δύο (Πατσουράκου, Ε., 1996).

Η Monique Bydlowski (ψυχίατρος, ψυχαναλύτρια, 1980), αναφέρει ότι στην περίοδο της εγκυμοσύνης η γυναίκα – στην πραγματικότητα – δεν επιθυμεί ένα παιδί, αλλά επιθυμεί την επιθυμία για την εγκυμοσύνη ενός παιδιού. Είναι σα να πραγματοποιείται μια παιδική της επιθυμία, γιατί – όπως εξηγεί στην συνέχεια – η ύπαρξη μέσα στην κοιλιά της δεν έχει σώμα και η γυναίκα αγκαλιάζοντας την κοιλιά της δεν αγκαλιάζει ένα παιδί, αλλά μια κοιλιά – μεταφορέα, όπως την ονομάζει, μεταφορέα όλων των μυστηρίων που έχει να προσφέρει η ζωή (Πατσουράκου, Ε., 1996).

Μέσα σε αυτήν την πολύπλοκη ψυχολογική κατάσταση της εγκύου, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναλάβει και να παίξει διάφορους ρόλους. Βοηθά να γίνει πραγματικότητα ο δεσμός γυναίκας – παιδιού, συζητά μαζί της τη συμβουλεύει, δείχνει αγάπη και τρυφερότητα, κατευθύνει την προετοιμασία γυναίκας – άνδρα για την συνάντηση με το νέο μέλος της οικογένειας. Παράλληλα, η γυναίκα, το ζευγάρι ξέρει και νιώθει ασφάλεια γιατί ο κοινωνικός λειτουργός γνωρίζει τις κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις της εγκυμοσύνης και αν παρουσιαστεί οτιδήποτε παθολογικό υπάρχουν οι συνεργάτες της διεπιστημονικής ομάδας, που μπορούν να δώσουν τις κατάλληλες συμβουλές.

Στην συνέχεια έρχεται η γέννηση, ο τοκετός. Η γυναίκα δεν πρέπει να είναι μόνη της στην διάρκεια του τοκετού. Έχει την ανάγκη της παρουσίας ενός ανθρώπου δίπλα της. Ο πατέρας δεν πρέπει να «απομονώνεται» και να αποξενώνεται από το γεγονός. Η γέννηση ενός παιδιού, όπως αναφέρει ο John Zind (1978), είναι και η γέννηση μίας οικογένειας, ιδίως η γέννηση του πρώτου παιδιού.

Όλοι είναι ευαίσθητοι σε αυτή την φάση της ζωής τους και χρειάζονται φροντίδα, για να δημιουργηθούν οι στέρεες βάσεις για μια ολοκληρωμένη οικογένεια και για τη σωστή ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού. Η μητέρα ιδιαίτερα μπορεί να μη νιώθει ευτυχισμένη. Έχει χάσει το παιδί που βρισκόταν μέσα της και πρέπει να δημιουργήσει μια νέα σχέση με το νεογέννητο.

Η Miriam Michie (1989) σε ένα άρθρο της αναφέρει, ότι η άμεση επαφή μητέρας – παιδιού, αμέσως μετά την γέννηση, είναι σημαντική για το δέσιμο, που θα αναπτυχθεί μεταξύ τους, και για την μετέπειτα επικοινωνία γυναίκας – παιδιού και την πρόληψη διαταραχών στην εξέλιξη του παιδιού (Πατσουράκου, Ε., 1996).

Η πρώτη άμεση επαφή μητέρας – παιδιού θεωρείται από όλες η πιο σημαντική (Negri, R., 1998, Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004). Εξίσου σημαντική είναι η συνύπαρξη μητέρας – παιδιού, τις ημέρες που η μητέρα βρίσκεται στο μαιευτήριο. Αναφέρεται ότι τα παιδιά γυναικών, που ήρθαν σε άμεση επαφή με τις μητέρες τους κλαίνε λιγότερο και χαμογελάνε περισσότερο από ότι εκείνα που ήρθαν σε επαφή αργότερα (Klaus, M. H., 1978).

Όσον αφορά στο θηλασμό, (σημαντικός για κάθε νεογέννητο), έχει παρατηρηθεί ότι επιτυγχάνει περισσότερο όταν οι λεχωΐδες ήρθαν σε άμεση επαφή με το νεογέννητο. Επίσης, σε έρευνα που έγινε από τον J. Kennell (1978), αναφέρεται ότι παιδιά με τα οποία οι μητέρες ήρθαν σε άμεση επαφή είχαν μεγαλύτερο I.Q., από παιδιά που ήρθαν αργότερα σε επαφή με τις μητέρες τους.

Η ομάδα φροντίδας έχει σημαντική θέση και σε αυτή την φάση της ζωής του ζευγαριού. Η μητέρα στη διάρκεια παραμονής της στο νοσοκομείο, και με τη βοήθεια του μαιευτήρα, της μαίας και του κοινωνικού λειτουργού, θα μπορέσει να προσαρμόσει τη φανταστική εικόνα που είχε για το παιδί της, στην πραγματική εικόνα. Αυτή η εικόνα είναι δύσκολο να διαμορφωθεί αν το παιδί χρειασθεί να αποχωριστεί από την μητέρα (Negri, R., 1998). Τα συναισθήματα αποξένωσης που δημιουργούνται στη μητέρα, η οποία είναι υποχρεωμένη να παραδώσει το παιδί της σε φροντίδα άλλων, είναι τρομερά. Οι γονείς χρειάζονται σε αυτή τη φάση ενθάρρυνση. Ο κοινωνικός λειτουργός μαζί με τον νεογνολόγο και το νοσηλευτικό προσωπικό του νεογνολογικού τμήματος θα αναλάβουν να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις αυτής της εξέλιξης. Οι γονείς, μέσα σε αυτήν την κατάσταση stress, πρέπει να αισθάνονται ασφάλεια και εμπιστοσύνη για την ομάδα, που ασχολείται με το παιδί τους.

Σε περίπτωση γέννησης ενός παιδιού με προβλήματα, συχνά, οι γονείς αισθάνονται τύψεις και θυμό γι' αυτό που τους συμβαίνει. Χρειάζονται υποστήριξη και για να περάσουν από την φάση της θλίψης για την απώλεια ενός τέλει παιδιού, την απώλεια ονείρων και ελπίδων για ένα τέλει παιδί, στη φάση αντιμετώπισης της πραγματικότητας και του δεσμού με το παιδί, που θα είναι πια μέλος της οικογένειας. Ο κοινωνικός λειτουργός μαζί με τον ψυχίατρο ή τον ψυχολόγο θα αναλάβουν σε συνεργασία με την υπόλοιπη ομάδα να ενθαρρύνουν τους γονείς να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους, την απογοήτευση που νιώθουν. Αν καταφέρουν να ξεπεράσουν αυτή τη φάση και να αγαπήσουν το παιδί τους, θα μπορέσουν να

ξεκινήσουν την καινούργια ζωή τους χωρίς να δημιουργηθούν προβλήματα στη σχέση τους με το παιδί και στην ψυχοκινητική του εξέλιξη.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι η περιγεννητική περίοδος είναι καθοριστική για τις σωστές σχέσεις, που με τη σειρά τους είναι καθοριστικές για την πρόληψη εξελικτικών διαταραχών του παιδιού. Μεγάλη σημασία έχει σε αυτή την περίοδο να αισθάνεται η γυναίκα ασφαλής, να έχει εμπιστοσύνη στην πολύ-επαγγελματική, διεπιστημονική ομάδα που την φροντίζει και να καλύπτονται οι ανάγκες της (Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H., 2004).

Σκόπιμο θα ήταν να αναφερθεί, ότι η συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στην εγκυμοσύνη, την γέννηση και την λοχεία θα βοηθήσει να αποϊατροποιηθεί το θέμα και να πάρει την φυσική του διάσταση. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν την ευχέρεια να απευθύνονται σε άτομα, σε ομάδες, σε οικογένειες στην κοινότητα. Ευαισθητοποιούν, κινητοποιούν, συμβουλεύουν, επιμορφώνουν, διερευνούν αποκλίσεις, παραλλαγές, παθολογικές καταστάσεις και τις παραπέμπουν στο ειδικευμένο μέλος της ομάδας (Παπαγεωργίου, Ε., 1991).

Όσον αφορά την συμβουλευτική λειτουργία, αυτή μπορεί να ξεκινάει τόσο από τον κοινωνικό λειτουργό, όσο και από το ζευγάρι, που ζητάει λύσεις για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Οι συμβουλές μπορούν να αφορούν διαδικαστικά ζητήματα (άδειες, επιδόματα κ.α.), τυχόν κοινωνική υποστήριξη ή θέματα που αφορούν την προετοιμασία για τον τοκετό και την περίοδο της λοχείας (δυνατότητα συμμετοχής σε ομάδες, δυνατότητα συμβουλευτικής και διασυνδεδετικής κ.α.). Πολλές φορές, όμως, διάφορες συμβουλές εμπεριέχουν εκτός από το αντικειμενικό πρόβλημα και συναισθηματικά στοιχεία που θα πρέπει ανάλογα να ληφθούν υπόψη και να επεξεργαστούν. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν πρέπει να περάσει την δική του κοσμοθεωρία στο ζευγάρι σαν δυνατότητα καλύτερης επιλογής παραγνωρίζοντας την ατομικότητα του ζευγαριού, τις διαφορετικές ψυχικές ιδιότητές του και τα διαφορετικά βιώματα. Το καθρέπτισμα και η διαρκής επεξεργασία συναισθημάτων και συμπεριφορών είναι η καλύτερη εξασφάλιση για την αποφυγή λαθών όσο και για την ανάπτυξη νέων στρατηγικών που θα καλυτερεύσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες κατά την κύηση και τον τοκετό (Παπαγεωργίου, Ε., 1991).

Εάν όλα τα παραπάνω, βέβαια, είναι σωστά και ισχύουν, καθίσταται αναγκαίος ο σχεδιασμός και η συγκεκριμενοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων που θα απευθύνονται σε αυτούς τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που θα θελήσουν να απασχοληθούν με την εγκυμοσύνη, την γέννηση και την λοχεία. Ακόμα θα μπορούσε

να υπάρξει, μετά την εκπλήρωση ορισμένων εκπαιδευτικών προϋποθέσεων, κάποια εξειδίκευση με την μορφή συγκεκριμένων μεταπτυχιακών σπουδών. Το αντίθετο, απασχόληση, δηλαδή, Κοινωνικών Λειτουργών σε προγράμματα που αφορούν την περιγεννητική περίοδο, δίχως παράλληλα κάποια μορφή εκπαίδευσης, θα δυσχέραινε την εργασία τους και θα είχε δονκιχωτικά αποτελέσματα.

### **Η δουλειά με το προσωπικό.**

Το πρόγραμμα δουλειάς μέσα στην αίθουσα τοκετών και τις μονάδες νεογνών (ιδιαίτερα τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας) σημαίνει συναισθηματική ένταση και στρες για το προσωπικό. Υπάρχει ανάγκη για μεγαλύτερη επαφή του προσωπικού με τους γονείς και τα νεογνά και κατανόηση των συναισθημάτων τους (Negri, R., 1998).

Στη βιβλιογραφία ( De Caro et al 1986, Marshall, Kasman 1980) δίνεται έμφαση στις δυσκολίες, στην κούραση, στην ένταση, οι οποίες συχνά οδηγούν τους εργαζόμενους στο φαινόμενο που ονομάζεται «σύνδρομο burn-out». Εάν ο εργαζόμενος δεν είναι σε θέση ή δεν βοηθηθεί στο να κατανοήσει τη μεγάλη συναισθηματική πίεση που του ασκείται την ώρα της δουλειάς του, βιώνει πολύ περισσότερο την κούραση, η οποία προκαλεί ένα burn-out (μολονότι η ενασχόληση με τον φυσιολογικό τοκετό είναι κατά βάση ευχάριστη).

Η κούραση συνδέεται με τη ρουτίνα και την επανάληψη που γεμίζουν τις βάρδιες δουλειάς (Negri, R., 1998). Υπάρχουν διαδικασίες που πρέπει να γίνουν πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας και οι οποίες, καθώς συχνά είναι αιματηρές ή επώδυνες, προκαλούν πόνο σε αυτόν που τις δέχεται και απαιτούν προσοχή από αυτόν που τις πραγματοποιεί. Η δουλειά επιβαρύνεται επιπλέον από τους συγγενείς οι οποίοι βρίσκονται αρκετές ώρες κοντά στην έγκυο. Η Romana Negri (καθηγήτρια Νευροψυχίατρος παιδών) διακρίνει τέσσερις φάσεις δουλειάς με το προσωπικό.

Στην πρώτη φάση γίνεται επεξεργασία της συναισθηματικής ατμόσφαιρας. Εντοπίζονται οι δυσκολίες και τα άγχη. Στην δεύτερη φάση γίνεται επεξεργασία της ουδετερότητας του ρόλου. Στην τρίτη φάση έχουμε την καθρεπτική αντανάκλαση, όπου το προσωπικό βιώνει τα συναισθήματα των μητέρων, των πατέρων και των παιδιών και τέλος στην επόμενη φάση εκθέτονται σκέψεις γύρω από την ομάδα εργασίας και τα μέλη του προσωπικού μιλούν για τον εαυτό τους (Negri, R., 1998).



Η γυναίκα στην περίοδο αυτή της ζωής της πρέπει να νιώθει ασφαλής, να νιώθει εμπιστοσύνη για την ομάδα που θα ασχολείται με την υγεία του παιδιού της αλλά και την δική της. Έχει τις μοναδικές δικές της ανάγκες, που προέρχονται από τον κοινωνικό της περίγυρο, την μόρφωσή της, το ιατροψυχοκοινωνικό ιστορικό της. Η φροντίδα που της προσφέρεται πρέπει να είναι ανάλογη των προσδοκιών αυτών. Στις ανάγκες αυτές περιλαμβάνεται και η ανάγκη της ενεργού συμμετοχής της και της δυνατότητας επιλογής της για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και το παιδί της. **Κέντρο ενδιαφέροντος της μαιευτικής φροντίδας είναι η ίδια η γυναίκα και η οικογένειά της, και όχι η μαιευτική επιστήμη και ο κλασικός τρόπος εφαρμογής της.**

Είναι αλήθεια ότι πολλοί κλάδοι και ειδικότητες διεκδικούν την αποκλειστικότητα της επαγγελματικής ενασχόλησης με την εγκυμοσύνη και την γέννηση. Αυτό, ίσως, συμβαίνει επειδή είναι μια περίοδος χαράς, συνήθως, και τα οικονομικά οφέλη είναι μεγάλα. Αυτή είναι μια άλλη παράμετρος την οποία οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, θα πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψη τους. Αν σήμερα ο κλάδος αντιμετωπίζει έντονα το πρόβλημα της ανεργίας, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι υποχρεωμένοι να στραφούν σε νέους τομείς και να ανοίξουν νέους δρόμους την επαγγελματική τους πορεία.



*T*here are two ways to live your life.  
One is as though nothing is a miracle.  
The other is as though everything is a miracle.

Albert Einstein (1879-1955)

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ, Δ. Ι. (1989). Μαιευτική, Αθήνα, Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος.

ΒΑΡΤΖΙΩΤΗ, Λ., ΚΛΑΝΤΑΡΙΔΟΥ, Σ., WALKER, I., ΛΩΛΗΣ, Δ. (1998). “Παρουσία συζύγων στο τοκετό: Απόψεις και επιπτώσεις γυναικών, συζύγων και μαιευτήρων”. Ελευθώ,3, 1: 16-21.

ΓΙΑΚΟΥΜΑΚΗ, Ε. (1995). “Παράγοντες που επηρεάζουν την έκφραση της μητρικής φροντίδας”, Ελευθώ, 1, 1: 32-34.

ΓΙΑΝΝΙΤΣΗΣ, Σ. (1995). “Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της αντισύλληψης και σεξουαλικότητας”, 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο: Εφηβεία, 35.

ΓΚΟΣΜΑ, Μ. (2003). “Προγεννητική Εκπαίδευση”. Ελευθώ,8, 1: 21-29.

ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ, Ι., ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ι. (2002). Λαγωγή Της Σεξουαλικής Συμπεριφοράς, Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκη.

Ε.Ο.Π. (1994). “Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική σ’ ένα μεταβαλλόμενο κόσμο” , Εισήγηση ολομελειών και ομάδων εργασίας από πανελλήνιο συνέδριο, Αθήνα. Εκδόσεις Επτάλοφος.

ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ, Σ. (1984). Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική Και Γυναικολογία, τόμος 1 & 2, Αθήνα, Εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος.

ΚΑΡΗΛΑΘΙΟΣ, Σ. (1999). “Μηχανισμός- Παρακολούθηση-Αντιμετώπιση του τοκετού” , Πρακτικά 1<sup>ου</sup> Πανελληνίου Εκπαιδευτικού Σεμιναρίου Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Αλεξανδρούπολη.

ΚΑΦΑΤΟΣ, Α., ΜΠΙΤΣΩΡΗ, Μ., ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Μ., ΔΙΑΚΑΤΟΥ, Α., ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ, Μ. (1993). “Διατροφή και ανάπτυξη παιδιών βρεφικής και προσχολικής ηλικίας”, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο.

ΚΟΓΚΙΔΟΥ, Δ. (1995). Μονογονεϊκές Οικογένειες. Πραγματικότητα-Προοπτικές Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα, Εκδόσεις Νέα Σύνορα-Α. Λ. Λιβάνης.

ΛΑΓΟΣ, Π., ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Σ. (1990). Βασική Παιδιατρική, Αθήνα, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

ΛΥΜΠΕΡΗ, Ρ. (1999). “Προκλητή και αυτόματη διακοπή κύησης. Ψυχολογικές επιπτώσεις στη γυναίκα”, Ελευθώ, 4, 4: 154-158.

ΜΑΝΟΣ, Ν. (1997). Βασικά Στοιχεία Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University Studio Press.

ΜΙΧΛΛΕΛΗ, Μ. (1996). “Η ιατροψυχοκοινωνική προσέγγιση της περιγεννητικής και της βρεφικής περιόδου”, Ελευθώ, 1, 2: 25-28.

ΜΠΑΚΕΑ, Ν. (1996). “Εισαγωγή στην ψυχοπροφύλαξη”, Ελευθώ, 1, 1: 19-21.

ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗ, Ι. Δ., ΣΛΚΚΑΣ, Π. Ν. (1989). “Ψυχοκοινωνική θεώρηση της αντισύλληψης”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 6, 1: 13-15.

ΜΗΡΑΤΙΔΟΥ, Σ. (2000). “Ψυχοσωματική προετοιμασία στην κύηση και τον τοκετό”, Διδακτικές Σημειώσεις ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη.

ΜΩΡΑΪΤΟΥ, Μ. (1996). Γένεσις, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Πράσινο Φύλλο.

ΜΩΡΑΪΤΟΥ, Μ. (2003). “Ανασκόπηση φυσικών μεθόδων προετοιμασίας τοκετού”, Ελευθώ, 8, 1: 21-30.

ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΟΥ, Β., ΠΑΠΑΖΑΧΑΡΙΑΚΗ, Π. (1995). “Το παιδί κοντά στην μητέρα του: Rooming-In”, 4<sup>ο</sup> Συνέδριο Ψυχοπροφυλακτικής, Αθήνα.

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ε. (1991). Ψυχιατρική, Αθήνα, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Κ. & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ (1987). Επίτομη Παιδιατρική, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ, Κ. (2000). Παιδιά-Γονείς-Κοινωνικοί Λειτουργοί, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. (1992). Εξελικτική Ψυχολογία, τόμος 1, Αθήνα.

ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΥ, Ε. (1996). “Η ανάγκη δημιουργίας μιας ομάδας εργασίας για τη σωστή φροντίδα της μέλλουσας μητέρας και αργότερα του βρέφους και της οικογένειάς τους”, *Ελευθώ*, 1, 4: 149-154.

ΣΚΟΔΡΑ, Ε. (1993). *Η Ψυχολογία Της Γυναίκας*, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

ΣΟΦΑΤΖΗΣ, Γ., ΖΑΧΟΥ, Θ. (1996). “Το νεογέννητο κοντά στη μητέρα του”, *Ελευθώ*, 1, 2: 73-74.

ΣΥΚΑΚΗ-ΔΟΥΚΑ, Α. (1975). *Ο Τοκετός Είναι Αγάπη*, Αθήνα, Εκδόσεις Αθ. Χριστάκης.

ΣΥΚΑΚΗ-ΔΟΥΚΑ, Α. (1997). “Κύηση και σεξουαλικότητα”, *Ελευθώ*, 2, 2: 7-15.

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ADLER, N., DAVID, H., MAJOR, B. et al (1990). "Psychological response after abortion", Science, 248: 41-44.

BALASKAS, J. (1994). Preparing For Birth with Yoga: Exercises For Pregnancy and Childbirth, New York, Element Books, Ltd.

BALCONI, M. (1998). In Ascolto Del Bambino. Immagini, storie, fantasie, Milano, Il Ponte Vecchio.

BERRINI, M., CARATI, M. (1982). "L' ascolto delle madri in un reparto di maternita". Neuropsichiatria Infantile, 246/247: 37-50

BION, W. R. (1961). Experience In Groups, London, Tavistock.

BLY, R. (1991). Αναζητώντας τον Άνδρα, Μετάφραση: Βίκυ Πατρική, Αθήνα, Εκδόσεις Λύχνος.

BOWEN, S., MILLER, B. (1980). "Paternal attachment behavior as related to presence at delivery and pre-parenthood.", Nursing Research, 29: 307-311.

BOWLBY, J. (1977). "The making and breaking of affection bonds", British Journal Of Psychiatry, 130: 201-210.

BRADLEY, R. (1965). "The husband coached childbirth", Regional Conference of ICEA, University of Southern California, Los Angeles.

CHAMBERLAIN, D. B. (2004). "Prenatal receptivity and intelligence", *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 12 (3-4), 95-118.

CHASSE, J. D. (2004). *Baby Magic for Your Magic Baby*, Ash Tree Publishing, New York.

COHEN, J., (1999). "A Word to Fathers", *Midwifery Today*, issue 51.

DAGG, P. (1991). "The psychological sequelae of therapeutic abortion- denied and completed", *American Journal of Psychiatry*, 148: 578-585.

DAVID, H. P. (1985). "Post abortion and postpartum psychiatric hospitalization", *Ciba Found Symptom*, 115: 150-164.

EIDELMAN, A., HOVARIS, R., KAITZ, M. (1994). "Comparative tactile behavior of mothers and fathers with their newborn infants", *Israeli Journal of Medical Science*, 30: 79-82.

FEHER, L. (1980). *Psychology of Birth*, London, Souvenir Press Ltd.



GASPARONI, M. C., AURIEMMA, A., POGGIANI, G., POLITO, E., SERAFINI, G., COLOMBO, A. (1990). "Il dolore nel neonato. Convegno dio neonatologia della societa italiana di pediatria", 26-27 gennaio, Zingonia, Atti del Convegno.

GREENBERG, M., ROSENBERG, I., LIND, II. (1973): "First mothers rooming-in with their newborns. It's impact on the mother", American Journal Of Orthopsychiatry, 43: 783-788.

GREENBERG, M., MOMS, N. (1974). "Engrossment: The newborn's impact upon the father", American Journal of Orthopsychiatry, 44: 520-531.

JOHNSON, J. (1995). We Are All Water Babies, Berkeley, CA, Celestial Arts Publishing.

KAPLAN, H. (1994). Ψυχιατρική, 'Ο Κύκλος της Ζωής και η Ανάπτυξη του Ανθρώπου', Μετάφραση Γιωτάκος, Ο., Γκοτζαμάνης

KARMEL, M. (1959). Thank You Dr Lamaze, London, Pinter & Martin, Reprint Edition 2005.

KENNEL, J. H. et al (1991). "Continuous emotional support during labor in a hospital. A randomized controlled trial", Journal Of The American Medical Association, 265: 2197-2201.

KLAUSS, M. H., KENNELL, J. H., ROBERTSON, S., SOSA, S. S. (1980). "Effects of social par tuition on maternal and infant morbidity", *British Medical Journal*, 295: 585-587.

KLAUSS, M. H., KLAUSS, P. H. (1985). *The Amazing Newborn*, Reading, Mass: Addison-Wesley/Lawrence.

KLAUSS, M. H., KENNELL, J. H., KLAUSS, P. H. (1993). *Mothering The Mother*, Reading, Mass: Addison-Wesley/Lawrence.

KLAUSS, M. H., KENNELL, J. H., KLAUSS, P. H. (2004). Ένας Μοναδικός Δεσμός, Μετάφραση: Χαρούλα Καρατζά, Αθήνα, Εκδόσεις Ρέω.

LEBOYER, F. (1975). *Birth without Violence*, Inner Traditions, Reprint Edition 1994.

LIND, J., VUERENKOWSKI J., WASZ-HACKETT, O. (1973). "Effect of cry stimulus on the temperature of the lactating breast of primiparas", *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*", ed. N. Morris, Basel, Switzerland: S. Karger, 293-295.

LIND, J. (1978). "The family in a Swedish birth room", *Birth And The Family Journal*, 5: 4.

MARCOLLI, A. (1996). Ο Θυμός Των Παιδιών, Μετάφραση: Μελής Μελετιάδης, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University Studio Press.

NEGRI, R. (2001). Το Νεογνό Στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μετάφραση: Βασιλική Παπαδοπούλου, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University Studio Press.

ODENT, M. (1994). Birth Reborn: What A Childbirth Should Be, London, Souvenir Pr Ltd.

PARKE, R.D. (1979). "The father's role in the family system", Seminars Perinatology, 3: 25-34.

PEARCE, J. C. (1977). The Magical Child, New York, St. Martin's Press.

PETERSON, G. (2004). "Childbirth: The Ordinary Miracle"

PINES, D. (1990). "Pregnancy-miscarriage and abortion. A psychoanalytic perspective", International Journal of Psychoanalysis, 71: 301-307.

SAVAGE, B., SIMKIN, D. (1987). Preparation for Birth: The Complete Guide to the Lamaze Method, New York, Ballantine Books, Rei Edition.

SAVAGE, B., SMITH, D. (1987). Preparation for Birth: The Complete Guide to the Lamaze Method, Ballantine.

SCIOREL, A. N. (2002). "The neurobiology of attachment and early personality organization." *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 16(3), 249-264.

SIDENBLADII, E. (1982). *Water Babies*, New York, St. Martin's Press.

SOSA, R., KENNEL, J. H., KLAUSS, M. H., ROBERTSON, S., URRUTIA, J. (1980) "The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor and mother-infant interaction", *The New England Journal Of Medicine*, 303: 597-600.

SPAULDING, I. (1981). "Psychoses following therapeutic abortion", *American Journal of Psychiatry*, 135: 365-366.

SPOCK, B. (1987). *Το Παιδί Και Η Φροντίδα Του*, Μετάφραση: Αντώνης Αϊδίνης, Αθήνα, Εκδόσεις Κάκτος.

STERN, D. N. (1985). *The Interpersonal World Of The Infant*, New York, Basic Books.

STERN, E. S. (2005). *Είμαι Έγκυος*, Μετάφραση: Βασίλης Αθανασιάδης, Αθήνα, Εκδόσεις Λέκτωρ.

TIETRE, C. (1986). *Induced Abortion, A World Review*, 6<sup>th</sup> edition, New York, Basic Books.

WILSON, I. (1999). "A Note To Fathers: It's You She Wants", *Midwifery Today*, issue 51..

WINNICOTT, D. W. (1976). Το Παιδί, Η Οικογένεια και Ο Εξωτερικός Του Κόσμος, Μετάφραση: Θεόδωρος Παραδέλλης, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτης.

## ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ

Σελ. 20: [www.birthingfromwithin.com](http://www.birthingfromwithin.com)

Σελ. 23: [www.birthingfromwithin.com](http://www.birthingfromwithin.com)

Σελ. 25: [www.epigee.org](http://www.epigee.org)

Σελ. 28: [www.epigee.org](http://www.epigee.org)

Σελ. 46: [www.birthpsychology.com](http://www.birthpsychology.com)

Σελ. 54: : [www.epigee.org](http://www.epigee.org)

Σελ. 58: [www.ecstaticbirth.com](http://www.ecstaticbirth.com)

Σελ. 61: [www.femalelife.com](http://www.femalelife.com)

Σελ. 63: : [www.femalelife.com](http://www.femalelife.com)

Σελ. 68: : [www.femalelife.com](http://www.femalelife.com)

Σελ. 69: : [www.femalelife.com](http://www.femalelife.com)

Σελ. 75: [www.lamaze.com](http://www.lamaze.com)

Σελ. 78: [www.birthingfromwithin.com](http://www.birthingfromwithin.com)

Σελ. 79: [www.waterbirth.com](http://www.waterbirth.com)

Σελ. 82: [www.birthingfromwithin.com](http://www.birthingfromwithin.com)

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "ΑΣΦΑΛΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΣ" ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ "ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ: ΕΝΑΣ ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ"

Ήδη από το 1985 ο Π.Ο.Υ. είχε δημοσιεύσει μια σειρά προτροπών για τον φυσιολογικό τοκετό. Αυτό το δημοσίευμα του 1996 σκοπό έχει να διερευνήσει τα στοιχεία που υπάρχουν υπέρ ή εναντίον συγκεκριμένων πρακτικών της μαιευτικής ώστε αυτές να εφαρμόζονται όσο το δυνατόν πιο σωστά κατά τον φυσιολογικό τοκετό.

Ακούγεται συχνά η φράση: "ο τοκετός μπορεί να χαρακτηριστεί φυσιολογικός μόνο εκ των υστέρων". Σαν αποτέλεσμα αυτής της νοοτροπίας πολλοί μαιευτήρες σ' όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν τη φυσιολογική γέννα με τις ίδιες μεθόδους που εφαρμόζουν σε επιλεγμένους τοκετούς. Έτσι όμως υπάρχουν πολλές πιθανότητες:

- ένα φυσιολογικό γεγονός να μετατραπεί σε ιατρική διαδικασία
- να περιορίζεται η ελευθερία των γυναικών να ζήσουν την γέννηση των παιδιών τους με το δικό τους τρόπο και στο χώρο που εκείνες διαλέγουν
- να γίνονται επεμβάσεις που δεν χρειάζονται
- να συγκεντρώνεται μεγάλος αριθμός επιτόκων σε νοσοκομεία με πολύ υψηλό τεχνολογικό εξοπλισμό
- οι δαπάνες συνεχώς να αυξάνονται.

Αυτό το δημοσίευμα δεν υποστηρίζει κάποιο συγκεκριμένο χώρο τοκετού. Σκοπός του απλά είναι να διευκρινιστεί η ασφαλής αντιμετώπιση του τοκετού όπου και αν συμβαίνει αυτός.

### Περί του φυσιολογικού τοκετού

Φυσιολογικός τοκετός είναι αυτός που ξεκινάει αυθόρμητα, μεταξύ της 37ης ως 42ης εβδομάδας κύησης συμπληρωμένων. Από την αρχή μέχρι το τέλος του δεν έχουμε εμφανείς κινδύνους. Το παιδί γεννιέται σε ινιακή προβολή και μετά τη γέννα η μητέρα και το νεογνό είναι σε καλή κατάσταση.

Παρόλη την ευσυνείδητη προσπάθεια κατάταξης σε κήσεις χαμηλού ή υψηλού κινδύνου, πολλές φορές δεν εντοπίζονται γυναίκες που τελικά θα χρειαστούν ιδιαίτερη φροντίδα λόγω επιπλοκών, ενώ άλλες "υψηλού κινδύνου" τελικά δεν εμφανίζουν προβλήματα. Ως εκ τούτου πολλά σ' αυτό το δημοσίευμα ισχύουν και για τις δύο περιπτώσεις.

Η βασική αρχή για τη φροντίδα του φυσιολογικού τοκετού είναι: **Στον φυσιολογικό τοκετό θα πρέπει**



να υπάρχει σημαντικός λόγος για να διαταράξουμε τη φυσική πορεία.

Οι πρακτικές οι οποίες συνήθως εφαρμόζονται κατά τον φυσιολογικό τοκετό κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες (Α, Β, Γ, Δ) ανάλογα με την αποδεδειγμένη ή μη αποτελεσματικότητα ή βλαπτικότητα τους.

## **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ**

**A**

**Πρακτικές που είναι αποδεδειγμένα χρήσιμες και πρέπει να ενθαρρυνθούν**

A1. Κάθε γυναίκα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της να συντάσσει μια προσωπική έκθεση, που θα καθορίζει πού θέλει να γεννήσει και ποιοι θέλει να παρευρίσκονται στον τοκετό της.

A2. Η αξιολόγηση του κινδύνου (υψηλού ή χαμηλού) πραγματοποιείται σε κάθε επαφή με το προσωπικό υγείας, καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Είναι μία επαναλαμβανόμενη διαδικασία. Δεν είναι δυνατόν να μιλάμε για χαμηλό ή υψηλό κίνδυνο με μια μόνο αξιολόγηση.

A3. Παρακολούθηση της φυσικής και συναισθηματικής ακεραιότητας της επιτόκου σε όλη τη διάρκεια του τοκετού και μετά το τέλος του.

Δηλαδή μέτρηση της θερμοκρασίας, σφύξεων και αρτηριακής πίεσης κατά τακτά χρονικά διαστήματα, παρακολούθηση των υγρών που προσλαμβάνει και της διούρησής της, αλλά και της ανάγκης της γυναίκας για συναισθηματική υποστήριξη. Επιπλέον να προσέχουμε: να μην διαταράσσεται η ιδιωτικότητα της, να γίνεται σεβαστή η επιθυμία της για παρουσία συγκεκριμένων ατόμων και απομάκρυνση άλλων που δεν είναι απαραίτητοι στο χώρο του τοκετού.

A4. Να λαμβάνει η επίτοκος υγρά από το στόμα σε όλη τη διάρκεια του τοκετού.

Ο φόβος ότι το γεμάτο στομάχι στη διάρκεια ολικής αναισθησίας μπορεί να καταλήξει σε εισρόφηση είναι πραγματικός και σοβαρός. Ωστόσο η απαγόρευση τροφής και υγρών κατά τον τοκετό δεν σημαίνει και άδειο στομάχι (Crawford 1956, Taylor and Pryse-Davies 1966, Roberts and Shirley 1976, Tettambel 1983, McKay and Mahan 1988) και όπως έδειξαν οι έρευνες ούτε η χορήγηση αντιόξινων φαίνεται να προστατεύει από το σύνδρομο του Mendelson.

Ο τοκετός απαιτεί από τον οργανισμό πολλή ενέργεια. Επειδή η διάρκεια του δεν μπορεί να καθοριστεί εκ των προτέρων, οι ανάγκες της μητέρας πρέπει να καλύπτονται ώστε να μην διαταραχτεί η υγεία η δική της και του εμβρύου. Η απαγόρευση κάθε πρόσληψης από το στόμα μπορεί να οδηγήσει σε

αφυδάτωση και κετονουρία. Για να αποφευχθεί αυτό συνήθως δίνεται διάλυμα γλυκόζης ενδοφλέβια. Τα αποτελέσματα αυτής της τακτικής στη μητέρα έχουν αξιολογηθεί από μία σειρά τυχαιοποιημένων μελετών (Lucas et al 1980, Rutter et al 1980, Tarnow-Mordi et al 1981, Lawrence et al 1982). Στη μητέρα η άνοδος της μέσης τιμής γλυκόζης ορού συνοδεύεται από άνοδο του επιπέδου ινσουλίνης. Στο έμβρυο επίσης παρατηρείται άνοδος του επιπέδου γλυκόζης, που μπορεί να επιφέρει πτώση του pH στο αρτηριακό αίμα του λώρου. Υπερινσουλιναιμία στο έμβρυο εμφανίζεται όταν η μητέρα προσλάβει πάνω από 259Γ γλυκόζη ενδοφλέβια κατά τον τοκετό. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι νεογνική υπογλυκαιμία και υψηλά επίπεδα γαλακτικού οξέως στο αίμα του νεογνού. Η υπερβολική χρήση ενδοφλεβίων υγρών που δεν περιέχουν άλατα μπορεί να οδηγήσει σε υπονατριάσιμη μητέρας και εμβρύου. Όλες αυτές οι επιπλοκές συνήθως αποφεύγονται αν προσφέρουμε στην επίτοκο υγρά από το στόμα στη διάρκεια του τοκετού ή και ελαφριά γεύματα. Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι η σωστή στάση είναι να μην επεμβαίνουμε ιδιαίτερα στην επιθυμία της επιτόκου για τροφή και υγρά κατά τον τοκετό. Ας μην ξεχνάμε την βασική μας αρχή "στον φυσιολογικό τοκετό θα πρέπει να υπάρχει σημαντικός λόγος για να διαταράξουμε τη φυσική πορεία".

A5. Να σεβαστούμε την απόφαση της γυναίκας, για τον τόπο όπου θέλει να γεννήσει, απόφαση που έχει πάρει μετά από ενημέρωση.

A6. Η περίθαλψη κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό να είναι όσο το δυνατό πλησιέστερα στον προσωπικό χώρο της γυναίκας αλλά και όπου εκείνη νιώθει ασφάλεια και εμπιστοσύνη.

Είναι σωστό να πούμε ότι κάθε γυναίκα θα πρέπει να μπορεί να γεννήσει εκεί που νιώθει ασφάλεια και από πλευράς τόπου κατά το δυνατό περιφερικότερα εφόσον εκεί είναι δυνατή η απαιτούμενη φροντίδα". (FIGO=Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτήρων-Γυναικολόγων 1992). Αυτό μπορεί να είναι το σπίτι, το κέντρο υγείας, το μαιευτήριο. Εάν ο τοκετός πραγματοποιηθεί στο σπίτι ή στο κέντρο υγείας η δυνατότητα πρόσβασης σε πιο εξοπλισμένο κέντρο θα πρέπει ήδη να έχει μελετηθεί.

Μια έρευνα που έγινε στην Ολλανδία, στην επαρχία της Gerderland συνέκρινε τα "μαιευτικά αποτελέσματα" τοκετών στο σπίτι και τοκετών στα μαιευτήρια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για πρωτοτόκες γυναίκες με εγκυμοσύνη χαμηλού κινδύνου ο τοκετός στο σπίτι ήταν εξίσου ασφαλής με το τοκετό στο μαιευτήριο, για δε πολύτοκους με χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη, οι τοκετοί στο σπίτι είχαν πολύ καλύτερη έκβαση από τους τοκετούς στο μαιευτήριο (Wiegers et al 1996).

A7. Να σεβόμαστε το δικαίωμα της επιτόκου για ιδιωτικότητα. Κάθε επίτοκος χρειάζεται το δικό της δωμάτιο όπου ο αριθμός των παρευρισκομένων θα είναι περιορισμένος στους τελείως απαραίτητους.

A8. Συναισθηματική υποστήριξη από τους υπεύθυνους καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού.

A9. Να σεβόμαστε την επιλογή της επιτόκου όσον αφορά τα άτομα που θα παρευρίσκονται στον

τοκετό.

Η επίτοκος στον τοκετό της πρέπει να ακολουθείται από τα άτομα που εμπιστεύεται και με τα οποία νιώθει άνετα: τον σύντροφο της, την καλύτερη φίλη της, τη μαία. Εκθέσεις και έρευνες τυχαίας επιλογής έδειξαν ότι η συνεχής υποστήριξη της επιτόκου ψυχικά και σωματικά από ένα και μοναδικό άτομο ("doula" στις αγγλόφωνες χώρες, μαία ή νοσοκόμα) είχε σαν αποτέλεσμα πολλά πλεονεκτήματα: μικρότερης διάρκειας τοκετόμ, ελάχιστη χρήση φαρμάκων και επισκληριδίου αναισθησίας, λιγότερες περιπτώσεις νεογνών με Apgar μικρότερο του 7 και μικρότερο αριθμό επεμβατικών τοκετών (Klaus et al 1986, Hodnett and Osborn 1989, Hemminki et al 1990, Hofmeyr et al 1991). Το άτομο αυτό προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη όπως, π.χ., έπαινο, ενθάρρυνση, προτάσεις που προσφέρουν ανακούφιση στη μητέρα, σωματική επαφή όπως μασάζ στην οσφυϊκή χώρα, διευκρινίσεις για το τι της συμβαίνει, σε ποια φάση βρίσκεται, και τελικά, μια μόνιμη φιλική παρουσία. Η συνεχής υποστήριξη από μια άλλη γυναίκα, ελαττώνει σημαντικά το άγχος και την αίσθηση δυσκολίας στον τοκετό. Ανεβάζει επίσης το ποσοστό των μητέρων που εξακολουθούν να θηλάζουν και μετά τις πρώτες 6 εβδομάδες.

A10. Να δίνουμε στις γυναίκες όσες πληροφορίες και επεξηγήσεις επιθυμούν.

A11. Χρήση μη επεμβατικών - μη φαρμακολογικών μεθόδων για την ανακούφιση του πόνου κατά τον τοκετό, π.χ., μασάζ και τεχνικές χαλάρωσης.

Η χορήγηση ενθαρρυντικών πληροφοριών στη μέλλουσα μητέρα και στο σύντροφο της κατά τις προγεννητικές επισκέψεις, και η διαρκής υποστήριξη κατά τον τοκετό, όπως έχει ήδη αναφερθεί, μπορούν να ελαττώσουν σημαντικά την χρήση επεμβατικών - φαρμακολογικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου και είναι βασικά η πιο σημαντική πρακτική για τον σκοπό αυτόν. Αλλά υπάρχουν και άλλες πρακτικές που μπορούν να προσφέρουν σημαντική ανακούφιση και πρώτα από όλα η ελευθερία κίνησης και στάσης αλλά και το ντουζ ή το μπάνιο, το άγγιγμα και το μασάζ, μέθοδοι χαλάρωσης που απομακρύνουν την προσοχή της γυναίκας από τον πόνο των συστολών της μήτρας, περιλαμβανομένης και μιας σειράς άλλων με ψυχοσωματική προσέγγιση: ύπνωση, μουσική, biofeedback. Αναφέρονται επίσης και μέθοδοι που ενεργοποιούν περιφερικούς αισθητηριακούς υποδοχείς (Simkin 1989) η πιο νέα από αυτές είναι το λεγόμενο TENS (διαδερμικός ερεθισμός με ηλεκτρισμό), αλλά και η χρήση τοπικά ζέστης ή κρύου, ο βελονισμός, η αρωματοθεραπεία, τα βότανα, η ημιφαρμακολογική μέθοδος των ενδόδερμικών ενέσεων αποστειρωμένου νερού σε 4 συγκεκριμένα σημεία στην οσφύ (Enkin et al 1995). Για τις περισσότερες απ' αυτές τις τεχνικές δεν έχουν ακόμα γίνει τυχαιοποιημένες δοκιμασίες για να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητά τους. Οι αναφορές ότι οι γυναίκες βρίσκουν ανακούφιση με αυτές προέρχονται βασικά από παρατηρήσεις, ωστόσο επειδή οι περισσότερες απ' αυτές τις μεθόδους είναι ακίνδυνες, δικαιολογείται η χρησιμοποίησή τους. Επίσης η εκπαίδευση στη συμβουλευτική και στην τέχνη της διαπροσωπικής επικοινωνίας, είναι ζωτικής σημασίας για όσους ασχολούνται με την έγκυο (Kwast 1995a).

## A12. Παρακολούθηση του εμβρύου με διακεκομμένη ακρόαση.

Παρόλο ότι η καταγραφή των εμβρυϊκών παλμών είναι πιο σαφής με την ηλεκτρονική καρδιοτοκογραφία απ' ότι με την διακεκομμένη ακρόαση (κοιλιοσκόπιο, στήθοσκόπιο, φορητό Doppler), η ερμηνεία είναι δύσκολη. Η καταγραφή ερμηνεύεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο και ακόμα και από το ίδιο άτομο σε διάφορους χρόνους (Cohen et al 1982, Van Geijin 1987, Nielsen et al 1987). Η ευαισθησία της μεθόδου όσον αφορά την εξακρίβωση της εμβρυϊκής δυσχέρειας είναι υψηλή αλλά η ειδικότητα είναι χαμηλή (Grant 1989). Αυτό σημαίνει ότι η μέθοδος αυτή χαρακτηρίζεται από μεγάλο αριθμό ψευδών θετικών και αντίστοιχα μεγάλο αριθμό (μη αναγκαίων) επεμβάσεων, ιδίως αν χρησιμοποιείται σε ομάδα γυναικών με χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη (Cuzzen et al 1984, Borthen et al 1989).

Μεταξύ των μειονεκτημάτων της ηλεκτρονικής καρδιοτοκογραφίας είναι η τάση που δημιουργείται στους υπεύθυνους αλλά και στους συντρόφους και την οικογένεια της επιτόκου, να εστιάζονται στο μηχάνημα παρά στη γυναίκα.

Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός εργασιών που συγκρίνει την διακεκομμένη ακρόαση με την συνεχή καταγραφή των εμβρυϊκών παλμών (Havekamp et al 1976, 1979, Kelso et al 1978,

MacDonald et al 1985, Wood et al 1981, Neldam et al 1986). Τα ποσοστά καισαρικών και επεμβατικών τοκετών ήταν και τα δύο υψηλότερα σε όλες τις ομάδες με συνεχή ηλεκτρονική καρδιοτοκογραφία. Στις περιπτώσεις δε που υπήρχε η δυνατότητα ελέγχου του pH του αίματος από το κρανίο του εμβρύου, το ποσοστό καισαρικών ήταν ακόμα υψηλότερο. Επιπλέον δεν φαίνεται να αποδεικνύεται ότι το μεγάλο ποσοστό επεμβατικών πρακτικών στην ομάδα με τη συνεχή καρδιοτοκογραφία, προσέφερε σημαντικά οφέλη στα νεογνά. Οι περιγεννητικοί θάνατοι συσχετισμένοι με χαμηλά Apgar δεν ήταν λιγότεροι στις ομάδες με καρδιοτοκογραφία (CTG). Στην μεγαλύτερη από τις έρευνες MacDonald et al 1985) μόνο ένα στοιχείο εμφάνιζε βελτίωση με την ηλεκτρονική καρδιοτοκογραφία: οι νεογνικοί σπασμοί. Μια περαιτέρω ανάλυση αυτής της εργασίας διευκρίνισε ότι οι αυξημένοι νεογνικοί σπασμοί εμφανίζονταν στην ομάδα διακεκομμένης ακρόασης μόνον όταν οι τοκετοί είχαν προκληθεί ή ενισχυθεί με ωκυτοκίνη. Η περαιτέρω παρακολούθηση των βρεφών με σπασμούς έδειξε ίδια συχνότητα μειζόνων νευρολογικών προβλημάτων στις δύο ομάδες. Σε μια περαιτέρω μεγάλη εργασία που έγινε με διακεκομμένη παρακολούθηση σε φυσιολογικούς τοκετούς αλλά με αλλαγή σε συνεχή CTG αν χρειαζόταν να γίνει ενίσχυση με ωκυτοκίνη, ο αριθμός των νεογνικών σπασμών ήταν πολύ χαμηλός (Van Alten et al 1989, Treffers et al 1990).

Η διακεκομμένη ηλεκτρονική καρδιοτοκογραφία είναι μια άλλη παραλλαγή. Συνήθως γίνεται καταγραφή για μισή ώρα στην αρχή του τοκετού και από κει και πέρα κατά τακτά χρονικά διαστήματα για 20 περίπου λεπτά κάθε φορά. Και γι' αυτήν την μέθοδο ωστόσο αναμένουμε, αν μπει σε ευρεία εφαρμογή κατά τον φυσιολογικό τοκετό, να υπάρξουν τα ίδια μειονεκτήματα με την συνεχή καρδιοτοκογραφία, ίσως όχι εξίσου εμφανή. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται ο περιορισμός της κίνησης

της γυναίκας και η χαμηλή ειδικότητα, η οποία οδηγεί σε επεμβατικές πρακτικές.

A13. Υλικά μιας χρήσης να μην επαναχρησιμοποιούνται και να γίνεται σωστή αποστείρωση - απολύμανση των επαναχρησιμοποιούμενων υλικών.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας από το 1994 προάγει το μήνυμα: "τρία καθαρά" (three cleans): τα χέρια (των υπευθύνων), το περίνεο (της μητέρας), η περιομφαλική περιοχή (του μωρού).

Εργαλεία που έρχονται σε επαφή με άθικτο δέρμα μπορούν απλώς να πλυθούν καλά, εργαλεία που έρχονται σε επαφή με ανοικτό δέρμα ή βλενογόνους πρέπει να αποστειρωθούν σε κλίβανο ή να βράσουν ή να απολυμανθούν με χημικά μέσα, εργαλεία που διαπερνούν το δέρμα πρέπει να είναι αποστειρωμένα.

A14. Η χρήση γαντιών για τις κολπικές εξετάσεις κατά τη γέννηση του παιδιού και για τον πλακούντα.

Η χρήση γαντιών είναι ένα μέτρο που πρέπει να τηρείται σε όλους τους τοκετούς για να αποφευχθεί η πιθανότητα μόλυνσης της γυναίκας και του προσωπικού, από την άμεση επαφή με το αίμα και άλλα σωματικά υγρά.

A15. Ελευθερία στην επιλογή θέσης και κίνησης καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού.

A16. Ενθάρρυνση των μη υπτίων θέσεων κατά τον τοκετό.

Ήδη στην παράγραφο 11 αναφέρθηκε ότι ένα βασικό μέσο για την ανακούφιση του πόνου είναι η ελευθερία κίνησης και στάσης. Υπάρχουν εργασίες που δείχνουν ότι κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού η ύπτια θέση επηρεάζει τη ροή αίματος στη μήτρα. Η βαριά μήτρα πιέζει την αορτή και την κάτω κοίλη φλέβα με αποτέλεσμα ελαττωμένη ροή αίματος που σαφώς επηρεάζει την κατάσταση του εμβρύου. Επίσης έχει βρεθεί ότι η ύπτια θέση ελαττώνει την ένταση των συστολών (Flynn et al 1978, McManus and Calder 1978, Williams et al 1980, Chen et al 1987). Η όρθια στάση αλλά και η ύπτια με κατάκλιση στο πλάι, σχετίζονται με συστολές μεγαλύτερης έντασης και αποτελεσματικότητας (όσον αφορά τη διαστολή του τραχήλου). Όταν επιτρέπεται στην επίτοκο να στέκεται, να περπατάει, να κάθεται, να στηρίζεται στα τέσσερα, να κάνει ντους ή μπάνιο για να χαλαρώσει, ακόμα να εναλλάσσει θέσεις κατά την προτίμηση της, ο τοκετός γίνεται αισθητά λιγότερο επώδυνος (υπάρχει μικρότερη ανάγκη χρήσης αναλγητικών), και σπανιότερα απαιτείται ενίσχυση του με ωκυτοκίνη (Chan 1963, Flynn et al 1978, McManus and Calder 1978, Diaz et al 1980, Williams et al 1980, Hemminki 1983, Melzack 1991). Μία εργασία (Flynn et al 1978) βρήκε σαφώς λιγότερες περιπτώσεις αλωϊώσης παλμών του εμβρύου επί όρθιων στάσεων χωρίς όμως να επιβεβαιωθεί από άλλες μελέτες. Στη μόνη περίπτωση που ωφελεί η ύπτια θέση είναι όταν έχουμε ρήξη θυλακίου και η κεφαλή του εμβρύου δεν έχει εμπεδωθεί. Από την στιγμή όμως που θα επιτευχθεί ικανοποιητική εμπέδωση πάλι η επίτοκος μπορεί να κινείται ελεύθερα.

Τα ίδια περίπου ισχύουν και για το δεύτερο στάδιο του τοκετού. Βάσει μιας σειράς εργασιών (Stewart et al 1983, Liddell and Fisher 1985, Chen et al 1987, Johnstone et al 1987, Cardosi et al 1989ab, Stewart and Spiby 1989, Crowley et al 1991, Allahbadia and Vaidya 1992, Bhardwaj et al 1995), οι όρθιες στάσεις ή η πλαγία κατάκλιση πλεονεκτούν. Ιδιαίτερα οι όρθιες διευκολύνουν την -εξώθηση, μειώνουν την αίσθηση του πόνου, ελαττώνουν τη συχνότητα τραυματισμού του περινέου και του κόλπου. Μία από αυτές τις εργασίες αναφέρει μικρότερης διάρκειας δεύτερο στάδιο και ορισμένες μικρότερο αριθμό βαθμών Αρ93Γ χαμηλότερων του 7 (όσον αφορά τις επιπτώσεις στο έμβρυο).

Η όρθια στάση (με ή χωρίς τη χρήση ειδικής καρέκλας τοκετού), έχει συνδεθεί με αυξημένη απώλεια αίματος κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού. Η αιτία δεν έχει διευκρινιστεί: πιθανόν στην όρθια θέση η μέτρηση της απώλειας αίματος να είναι πιο ακριβής, αλλά ίσως και η διαφορά να οφείλεται στην αυξημένη πίεση των αιδοϊκών φλεβών και των άλλων φλεβών της πυέλου γενικά (Liddell and Fisher 1985, Gardosi et al 1989, Crowley et al 1991). Η έρευνα επίσης έδειξε μικρότερη συχνότητα διαταραχών των εμβρυϊκών παλμών στις όρθιες θέσεις και υψηλότερα pH του αίματος στο λώρο. Όταν δε ερωτήθηκαν οι γυναίκες, έδειξαν ιδιαίτερο ενθουσιασμό για τις όρθιες στάσεις, καθώς ανέφεραν λιγότερη αίσθηση πόνου κατά τις συστολές.

Καταλήγοντας: οι γυναίκες μπορούν να υιοθετήσουν όποια θέση θέλουν, αποφεύγοντας την κατάκλιση για μεγάλο χρονικό διάστημα, θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να υποστηρίζονται στην προσπάθεια τους να βρουν την πιο ανακουφιστική θέση και στα δύο στάδια του τοκετού. Οι δε υπεύθυνοι θα πρέπει να εκπαιδευτούν με τον τοκετό σε διάφορες στάσεις ώστε να μην δρουν οι ίδιοι ως ανασταλτικοί παράγοντες στην κίνηση και στις θέσεις προτίμησης της επιτόκου.

A17. Προσεκτική παρακολούθηση της προόδου του τοκετού, π.χ., με τη χρήση του τοκογραφήματος που προτείνει ο Π.Ο.Υ.

Η παρακολούθηση της επιτόκου περιλαμβάνει την αξιολόγηση της γενικής της κατάστασης, της συμπεριφοράς της, των συστολών, της καθόδου της προβάλλουσας μοίρας, αλλά το πιο ακριβές στοιχείο αξιολόγησης είναι η διαστολή του τραχήλου. Στο τοκογράφημα του Π.Ο.Υ. (1993), διαστολή μικρότερη του ενός εκατοστού την ώρα θέτει σε επιφυλακή και ίσως μεταφορά σε πιο εξοπλισμένο κέντρο. Αν η καθυστέρηση συνεχιστεί για 4 επιπλέον ώρες πρέπει να γίνει σοβαρή αξιολόγηση των αιτιών και να παρθούν αποφάσεις δράσης. Οι κανόνες αυτοί είναι αυστηροί, αλλά είναι πολύτιμοι όταν οι αποστάσεις μέχρι το πλησιέστερο εξοπλισμένο κέντρο είναι μεγάλες. Ο παραπεταμένος τοκετός συχνά συνδέεται με κακή έκβαση και για μητέρα και για παιδί. Οποσδήποτε όμως αυτό δεν είναι απόλυτο. Η αργή πρόοδος θα πρέπει να είναι λόγος αξιολόγησης και όχι παρέμβασης. Πριν τη ρήξη των υμένων, η αργή πρόοδος συνήθως δεν σχετίζεται με δυσαναλογία. Σε τέτοια περίπτωση μια λογική αντιμετώπιση θα ήταν η αναμονή (Albers et al 1996). Μετά όμως τη ρήξη είναι περισσότερες οι πιθανότητες να υπάρχει μηχανικό πρόβλημα.

A18. Προληπτική χορήγηση ωκυτοκίνης κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού σε γυναίκες που υπάρχει

κίνδυνος να αιμορραγήσουν ή που κινδυνεύουν και από μικρή απώλεια αίματος.

Κατά τον Π.Ο.Υ. (1990) αιμορραγία τρίτου σταδίου είναι η απώλεια πάνω από 500 ml αίματος. Εκτίμηση που γίνεται καθαρά κλινικά και με σχετική δυσκολία. Αυτό το όριο τέθηκε κυρίως γιατί λόγω έντονης αναιμίας των γυναικών σε ορισμένες περιοχές του πλανήτη, αυτή η απώλεια θέτει σε κίνδυνο τη ζωή τους. Σε έναν υγιή πληθυσμό (όπως συμβαίνει στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες), το όριο είναι 1000 ml.

A19. Η κοπή του λώρου να γίνεται κάτω από συνθήκες άσηπτες. A20. Προφύλαξη του νεογνού από υποθερμία.

A21. Όσο το δυνατόν γρηγορότερη επαφή δέρμα με δέρμα με τη μητέρα και έναρξη του θηλασμού μέσα στην πρώτη ώρα, σύμφωνα με τις υποδείξεις του Π.Ο.Υ. για τον θηλασμό (Π.Ο.Υ. / unicef 1989).

Αμέσως μετά τη γέννηση πρέπει να στεγνώσουμε το μωρό με ζεστές πετσέτες ή πανιά και να το τοποθετήσουμε πάνω στην κοιλιά της μητέρας ή στα χέρια της. Επί τόπου γίνεται μια πρώτη αξιολόγηση της κατάστασης του και επιβεβαιώνεται η ύπαρξη ανοικτού αεραγωγού. Είναι πολύ σημαντικό η θερμοκρασία του μωρού να διατηρηθεί σταθερή, γιατί η πτώση της μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολικές διαταραχές. Η άμεση επαφή δέρμα με δέρμα με τη μητέρα περιορίζει αυτή την απώλεια αλλά είναι σημαντική και για άλλους λόγους: α) από πλευράς ψυχολογίας ενεργοποιεί τη γνωριμία και το "δέσιμο" μητέρας - παιδιού. β) μετά τη γέννηση τους τα μωρά αποικίζονται από βακτηρίδια. Είναι σημαντικό να έρθουν σε επαφή με τα βακτηρίδια του δέρματος της μητέρας και όχι με εκείνα των υπευθύνων ή του νοσοκομείου.

A22. Έλεγχος του πλακούντα και των υμένων σε όλες τις περιπτώσεις.

Αν υπάρχει υποψία ότι τμήμα του πλακούντα έχει παραμείνει στη μήτρα πρέπει να γίνουν προετοιμασίες για την απομάκρυνση του. Αυτό δεν είναι αναγκαίο αν λείπει τμήμα των υμένων.

## **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ**

**B**

**Πρακτικές που είναι σίγουρα επιβλαβείς και αναποτελεσματικές και πρέπει να εξαλειφθούν**

B1. Υποκλυσμός.

Δύο τυχαιοποιημένες μελέτες, (Romney and Gordon 1981, Drayton and Rees 1984) έδειξαν ότι: ο βαθμός μόλυνσης από κόπρανα κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού δεν επηρεάζεται από τον

υποκλυσμό, κατά το δεύτερο όμως στάδιο είναι μειωμένος. Δεν βρέθηκε να έχει σχέση η χρήση ή μη του υποκλυσμού κατά τη διάρκεια του τοκετού, με νεογνικές λοιμώξεις ή επιμόλυνση τραύματος περινέου.

B2. Ξύρισμα εφηβαίου.

Το ξύρισμα του εφηβαίου θεωρείται ότι ελαττώνει τις πιθανότητες μόλυνσης και διευκολύνει τη συρραφή αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία που να στηρίζουν την άποψη αυτή (Johnston and Sidall 1922, Kantor et al 1965). Φαίνεται ότι αντιθέτως μπορεί να αυξηθούν οι πιθανότητες μόλυνσης με HIV ή με τον ιό της ηπατίτιδας, και για τους δύο: υπεύθυνο και μητέρα. Καταλήγοντας, οι δύο αυτές πρακτικές από καιρό έχουν αποδειχθεί άνευ σημασίας και δεν πρέπει να εφαρμόζονται, εκτός αν τις ζητήσει η γυναίκα.

B3. Χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών, αδιακρίτως.

B4. Η τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα για προληπτικούς λόγους. (Βλέπε και A4).

Η χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών διαταράσσει τις φυσικές διεργασίες και περιορίζει τη δυνατότητα της γυναίκας για κίνηση. Η προφυλακτική τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα συνδέεται με μη αναγκαίες επεμβάσεις.

B5. Ύπτια θέση. (Βλέπε A15, 16 ).

B6. Εξέταση από το ορθό.

Παλιότερα συνιστούσαν την εξέταση από το ορθό για να αποφευχθεί μόλυνση του κόλπου. Εργασίες που συνέκριναν την κολπική με την δια του ορθού εξέταση έδειξαν ίδια συχνότητα επιλοχείων λοιμώξεων και στις δύο περιπτώσεις (Crowther et al 1989). Σε μια δοκιμασία τυχαίας επιλογής οι επίτοκες έδειξαν σαφή προτίμηση στην κολπική (Murphy et al 1986).

B7. Η χρήση ακτίνων X για μέτρηση των διαστάσεων της λεκάνης.

Η χρήση ακτίνων X γι' αυτό το σκοπό συνδέεται με αύξηση των επεμβατικών χειρισμών όπως καισαρικές, χωρίς καμία βελτίωση της νεογνικής νοσηρότητας (Parsons and Spellacy 1985). Εξάλλου οι ακτίνες X κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, αυξάνουν την συχνότητα λευχαιμίας

κατά την νηπιακή ηλικία, επομένως είναι μια πρακτική που πρέπει να καταργηθεί (Stewart et al 1956, MacMahon 1962).

B8. Χορήγηση ωκυτοκίνης ή άλλων φαρμάκων με παρόμοια δράση (π.χ., προσταγλανδινών),



οποιαδήποτε στιγμή πριν τη γέννηση και με τρόπο ώστε να μην μπορεί να ελεγχθεί η δράση τους.

Η χορήγηση ωκυτοκίνης ενδομυϊκά πριν τη γέννηση του παιδιού θεωρείται γενικά επικίνδυνη γιατί η δόση δεν μπορεί να αυξομειωθεί ανάλογα με τη δραστηριότητα της μήτρας. Πιθανό αποτέλεσμα: υπertonία της μήτρας και αυξημένη συχνότητα ρήξης της (Kone 1994, Zheng 1994)

B9. Η χρήση της γυναικολογικής καρέκλας (καρέκλα του Boon) αδιακρίτως κατά τον τοκετό.

Οι γυναίκες που γέννησαν σε αυτή τη στάση, την θεώρησαν στενόχωρη και ιδιαίτερα περιοριστική και δήλωσαν ότι θα προτιμούσαν μια όρθια στάση στο μέλλον (Stewart and Spiby 1989, Waldenstrom and Gottvall 1991).

B10. Παρατεταμένες κατευθυνόμενες προσπάθειες εξώθησης (Valsalva) κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού.

Η παρατεταμένη κατευθυνόμενη προσπάθεια εξώθησης, περιλαμβάνει 2-3 προσπάθειες διάρκειας 10-30 δευτερολέπτων ανά συστολή. Αντί αυτής της πρακτικής μπορεί απλά να υποστηριχθούν οι αυθόρμητες εξωθητικές προσπάθειες της γυναίκας (εκπνευστική εξώθηση: εξωθητικές προσπάθειες διάρκειας 4-6 δευτερολέπτων ανά συστολή). Οι δύο αυτοί τρόποι εξώθησης έχουν συγκριθεί σε αρκετό αριθμό μελετών (Barnett and Humenick 1982, Knauth and Haloburdo 1986, Partell et al 1993, Thomson 1993).

Οι παρατεταμένες κατευθυνόμενες προσπάθειες εξώθησης έχουν σαν αποτέλεσμα λίγο βραχύτερο δεύτερο στάδιο, αλλά υπάρχει η πιθανότητα να δημιουργήσουν διαταραχές στον καρδιακό ρυθμό και στον όγκο παλμού της επιτόκου. Εάν δε η επίτοκος είναι ανάσκελα, η αιμάτωση της μήτρας περιορίζεται ακόμα περισσότερο. Στις αναφερόμενες εργασίες, η μέση τιμή pH του αίματος των ομφαλικών αρτηριών ήταν χαμηλότερη στην ομάδα που εξωθούσε με παρατεταμένη προσπάθεια, όπως επίσης και ο βαθμός Apgar. Φαίνεται λοιπόν ότι οι αυθόρμητες, μικρής διάρκειας εξωθητικές προσπάθειες υπερέχουν (Sleep et al 1989).

B11. Τέντωμα και μάλαξη του περινέου κατά την εξώθηση, προς το τέλος του δεύτερου σταδίου.

Η τεχνική αυτή δεν έχει διερευνηθεί αρκετά. Υπάρχουν αμφιβολίες κατά πόσο η μάλαξη των ιστών του περινέου που έχουν ήδη άφθονη αιμάτωση και τείνουν να είναι οιδηματώδεις, μπορεί να έχει θετικό αποτέλεσμα.

B12. Χρήση εργοταμίνης από το στόμα κατά το τρίτο στάδιο, για την πρόληψη ή τον έλεγχο αιμορραγίας.

Το αποτέλεσμα μιας σχετικής εργασίας (De Groot et al 1996) υπήρξε απογοητευτικό. Σε σύγκριση με το placebo, υπήρξε ελάχιστη διαφορά όσον αφορά την απώλεια αίματος μετά τον τοκετό.

B13. Χρήση παρεντερικά εργοταμίνης κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού αδιακρίτως.

Η εργοταμίνη όπως και η ωκυτοκίνη, περιορίζουν την απώλεια αίματος μετά τον τοκετό. Φαίνεται όμως η ωκυτοκίνη να είναι δραστικότερη. Όσον αφορά την κατακράτηση του πλακούντα, υπάρχουν κάποια ασαφή στοιχεία που ενοχοποιούν τις φαρμακευτικές αυτές ουσίες. Οι παρενέργειες τους είναι: ναυτία, εμετοί, πονοκέφαλοι, υπέρταση. Εμφανίζονται πιο συχνά με τα σκευάσματα της εργοταμίνης. Σπάνια, εμφανίζονται βαριές παρενέργειες (ιδιαίτερα με εργοταμίνη) όπως: καρδιακή ανακοπή, ενδοκρανιακή αιμορραγία, έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονικό οίδημα, εκλαμψία της λοχείας. Γενικά τα στοιχεία που υπάρχουν συνηγορούν υπέρ της χορήγησης ωκυτοκίνης, παρά εργοταμίνης. Επιπλέον σε τροπικές θερμοκρασίες η ωκυτοκίνη αντέχει περισσότερο από ότι η εργοταμίνη ή η μεθυλεργοταμίνη (Hogerzeil et al 1992-94).

B14. Πλύση της μήτρας μετά τον τοκετό.

B15. Δακτυλική επισκόπηση της μήτρας μετά τον τοκετό.

Οι πρακτικές αυτές μπορούν να δημιουργήσουν φλεγμονές, μηχανικό τραύμα, ακόμα και καταπληξία (Βλέπε και Α22).

## **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ**

**Γ**

*Πρακτικές για τις οποίες υπάρχουν ανεπαρκείς αποδείξεις και που πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή, έως ότου περαιτέρω έρευνα αποσαφηνίσει το θέμα.*

Γ1. Μη φαρμακολογικές μέθοδοι ανακούφισης από τον πόνο. (Βλέπε Α11,15,16).

Γ2. Πρώιμη τεχνητή ρήξη θυλακίου.

Σε μια μελέτη με ομάδα ελέγχου, η πρώιμη τεχνητή ρήξη θυλακίου οδήγησε σε σημαντική αύξηση της συχνότητας τύπου I επιβραδύνσεων (Schwarz et al 1973). Άλλες τυχαίοποιημένες μελέτες κατέληξαν ότι η πρακτική αυτή οδηγεί σε τοκετό συντομότερο χρονικά κατά 60 έως 120 λεπτά χωρίς να υπάρχει διαφορά όσον αφορά τη χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας ή τον αριθμό επεμβατικών τοκετών. Επίσης σε αυτές τις εργασίες δεν φαίνεται να υπάρχει επίδραση στο νεογνό (Fraser et al 1991, 1993, Baftell et al 1992). Δεν μπορούμε λοιπόν να καταλήξουμε ότι η πρώιμη τεχνητή ρήξη πλεονεκτεί έναντι της τακτικής της αναμονής ή και το αντίθετο. Έτσι έχοντας υπόψη τη βασική μας αρχή, θα πρέπει να υπάρχει σοβαρός λόγος για να επιταχύνουμε τον τοκετό με ρήξη του θυλακίου.

### Γ3. Πίεση στον πυθμένα της μήτρας κατά την εξώθηση

Υπάρχουν υποψίες ότι η πρακτική αυτή, πέρα από το ότι προκαλεί δυσφορία στη μητέρα, τραυματίζει τη μήτρα, το περίνεο και το έμβρυο. Δεν έχει γίνει ωστόσο σχετική έρευνα. Γενικά θα λέγαμε ότι είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται πολύ συχνά, χωρίς να υπάρχουν στοιχεία να την υποστηρίξουν.

### Γ4. Χειρισμοί που έχουν σχέση με την προστασία του περινέου και την καθοδήγηση της κεφαλής του εμβρύου, την στιγμή της γέννησης.

Σε πολλά συγγράμματα αναφέρεται η εξής μέθοδος προστασίας του περινέου: τα δάκτυλα του ενός χεριού (συνήθως δεξιού) υποστηρίζουν το περίνεο, ενώ το δεύτερο πιέζει το κεφάλι του εμβρύου προσπαθώντας να περιορίσει την ταχύτητα εξόδου του. Ο χειρισμός αυτός πιθανόν να αποτρέπει μια ρήξη του περινέου, από την άλλη όμως η εφαρμοζόμενη πίεση στο κεφάλι εμποδίζει την κίνηση έκτασης που γίνεται φυσιολογικά και το κατευθύνει προς το περίνεο αντί προς το ηβικό τόξο, αυξάνοντας τις πιθανότητες τραυματισμού του περινέου. Φυσικά ο χειρισμός αυτός προϋποθέτει η επίτοκος να είναι μάλλον ξαπλωμένη παρά σε όρθια θέση. Επισήμως δεν έχουν αξιολογηθεί ούτε αυτή η τακτική ούτε η αντίθετη, δηλαδή το να μην υπάρχει επαφή των χεριών με το περίνεο ή το κεφάλι του εμβρύου.

### Γ5. Χειρισμοί κατά την έξοδο του εμβρύου.

Αναφέρεται σε μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη γέννηση των ώμων και του κορμού του εμβρύου, μετά την έξοδο της κεφαλής. Δεν είναι σαφές ότι χρειάζονται ή ότι αρμόζουν τέτοιοι χειρισμοί.

Η Εθνική Μονάδα περιγεννητικής επιδημιολογίας της Οξφόρδης έχει ξεκινήσει μια έρευνα τυχαίας επιλογής, για τα θέματα αυτά (4,5), που ακόμη δεν έχει περατωθεί.

### Γ6. Χορήγηση ωκυτοκίνης, έλξη (υπό έλεγχο) του λώρου ή και τα δύο, κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού, αδιακρίτως.

Ο συνδυασμός αυτών των πρακτικών είναι γνωστός ως "ενεργός αντιμετώπιση του τρίτου σταδίου". Η αξία τους, σε σχέση με την αντίθετη πρακτική της αναμονής δεν έχει τεκμηριωθεί, τουλάχιστον όσον αφορά ένα υγιή πληθυσμό, χαμηλού κινδύνου. Χρειάζεται να γίνουν περαιτέρω μελέτες. Υπάρχουν σοβαρές αντιρρήσεις για την προφυλακτική χορήγηση εργοταμίνης ή ωκυτοκίνης-εργοταμίνης σε συνδυασμό με έλξη του λώρου. Η χορήγηση ωκυτοκίνης μετά τη γέννηση του παιδιού ή αμέσως μετά τη γέννηση του πρόσθιου ώμου, φαίνεται να βοηθάει ιδιαίτερα σε περιπτώσεις γυναικών που κινδυνεύουν από απώλεια αίματος, ακόμα και μικρή, π.χ., γυναίκες με βαριά αναιμία.

### Γ7. Γρήγορη απολίνωση του ομφάλιου λώρου.

Η φυσιολογική τακτική θα ήταν η καθυστερημένη απολίνωση του λώρου (ή ακόμα και η μη

απολίνωση). Δικαιολογείται άλλος χειρισμός εάν υπάρχει ευαισθητοποίηση στον παράγοντα rhesus ή πρόωρος τοκετός, οπότε η καθυστέρηση της απολίνωσης μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές.

Έχει γίνει μια σειρά εργασιών για την επίδραση που έχει ο χρόνος της απολίνωσης του λώρου στην υγεία του παιδιού. Αν μετά την γέννηση το νεογέννητο τοποθετηθεί στο ύψος του αιδείου ή χαμηλότερα για τρία λεπτά πριν απολινωθεί ο ομφάλιος λώρος, 80 ml αίματος περνούν από τον πλακούντα στο νεογνό (Yao et al 1971, 1974, Dunn 1985). Τα ερυθροκύτταρα αυτού του αίματος θα καταστραφούν σύντομα προσφέροντας 50 mg σιδήρου στα αποθέματα του παιδιού, περιορίζοντας έτσι την πιθανότητα να αναπτύξει σιδηροπενική αναιμία αργότερα. Γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό για τις αναπτυσσόμενες χώρες (Michaelsen et al 1995, Pisacane 1996). Θεωρητικά αυτή η μετάγγιση αίματος από τον πλακούντα μπορεί να προκαλέσει υπερογκαιμία, πολυκυτταραιμία, αύξηση της γλοιότητας και επίσης υπερχολερυθριναιμία. Εργασίες που έγιναν για τη μελέτη αυτών των φαινομένων (Prendiville και Elboume 1989), έδειξαν ότι σε γρήγορη απολίνωση του λώρου τα νεογνά είχαν χαμηλότερες τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης. Δεν υπήρχαν διαφορές όσον αφορά την αναπνευστική δυσχέρεια των νεογνών. Τα επίπεδα της χολερυθρίνης ήταν επίσης χαμηλότερα σε αυτήν την ομάδα των νεογνών, ωστόσο δεν υπήρξε καμιά διαφορά όσον αφορά τη νοσηρότητα τους.

Γ8. Ερεθισμός της θηλής για να δυναμώσουν οι συστολές της μήτρας κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού.

Η επίδραση του ερεθισμού της θηλής (από το μωρό κατά τον θηλασμό) στις συστολές της μήτρας και στο μέγεθος της αιμορραγίας, διερευνήθηκε από μία τυχαίοποιημένη μελέτη, χωρίς όμως να ανευρεθεί συσχετισμός (Bullough et al 1989). Απαιτείται να γίνουν και άλλες εργασίες.

## **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ**

**Δ**

**Πρακτικές που συχνά χρησιμοποιούνται με ακατάλληλο τρόπο**

Δ1. Απαγόρευση τροφής και υγρών στη διάρκεια του τοκετού. (Βλέπε Α4).

Δ2. Αντιμετώπιση του πόνου με εσωτερική λήψη φαρμακευτικών ουσιών.

Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη φαρμακευτική ουσία, από την ομάδα των οπιούχων είναι η πεθιδίνη, ακολουθούν παράγωγα της φαινοθειαζίνης (προμεθαζίνη), βενζοδιαζεπίνες (διαζεπάμη) και άλλα. Όλα αυτά προσφέρουν σχετική ανακούφιση του πόνου με τίμημα ανεπιθύμητες παρενέργειες. Από την πλευρά της μητέρας παρατηρείται: ορθοστατική υπόταση, ναυτία, εμετοί και ζάλη. Όλες αυτές οι ουσίες περνούν επίσης τον πλακούντα και είναι γνωστό ότι προκαλούν καταστολή της αναπνοής στο νεογνό, διαταραχές στην συμπεριφορά του, περιλαμβανομένης και της απροθυμίας για θηλασμό. Η διαζεπάμη ευθύνεται για καταστολή της αναπνοής αλλά και υποτονία, λήθαργο και υποθερμία του

νεογνού (Dalen et al 1969, Catchlove and Kafer 1971, Flowers et al 1969, McCarthy et al 1973, McAllister 1980).

#### Δ3. Αντιμετώπιση του πόνου με επισκληρίδιο αναισθησία.

Η επισκληρίδιος αναισθησία φαίνεται να ευθύνεται για μικρή παράταση του πρώτου σταδίου του τοκετού και για συχνότερη χρήση της ωκυτοκίνης. Σε αρκετές αναφορές και έρευνες ο αριθμός επεμβατικών τοκετών ήταν αυξημένος, ιδίως όταν η αναλγητική επίδραση συνεχιζόταν και στο δεύτερο στάδιο του τοκετού, οπότε καταργείται και το αντανακλαστικό της εξώθησης. Μια Αμερικανική έρευνα έδειξε ότι ο αριθμός των καισαρικών τομών αυξάνει όταν γίνεται χρήση της επισκληριδίου, ιδιαίτερα πριν τη διαστολή των 5 εκατοστών (Thorp et al 1993). Σε κάποιες τυχαίοποιημένες μελέτες βρίσκει κανείς αναφορές για όψιμες επιδράσεις της επισκληριδίου αναισθησίας στη μητέρα και το παιδί. Όλες οι εργασίες ασχολούνται με το βαθμό αναλγησίας και καμία με την ικανοποίηση που πήρε η μητέρα από την εμπειρία του τοκετού της. Φαίνεται να υπάρχουν αρκετές γυναίκες στις οποίες ο πόνος του τοκετού προσέφερε μια αίσθηση ολοκλήρωσης και επιτυχίας, στοιχείο που καταδεικνύει τη διαφορά του πόνου της γέννας, σε σχέση με τον πόνο ασθενειών (Waldensitom and Nilsson 1994). Σε μια έρευνα που έγινε σε νέες μητέρες φάνηκε ότι η υποστηρικτική συμπεριφορά των υπευθύνων είχε επίδραση στην ολική εμπειρία των γυναικών όσον αφορά τον τοκετό τους, ενώ η αναλγησία δεν φάνηκε να επηρεάζει τις απαντήσεις τους (Waldenstrom et al 1996). Στην Ολλανδία πάνω από το 30% όλων των εγκύων γεννούν στο σπίτι χωρίς φαρμακευτική αναλγησία και ακόμα και αν γεννήσουν στο νοσοκομείο, μικρό ποσοστό γυναικών χαμηλού κινδύνου καταφεύγει σε αυτή (Senden et al 1988). Φαίνεται ότι η χρήση αυτής της μεθόδου εξαρτάται από πολιτισμικούς παράγοντες. Η ποιότητα της φροντίδας στον φυσικό τοκετό δεν έχει καμία σχέση με την χορήγηση φαρμακευτικής αναλγησίας. Δεν επιτρέπεται δε να αντικαθιστά την προσωπική μας φροντίδα και υποστήριξη προς την επίτοκο.

Δ4. Ηλεκτρονική καρδιοτοκογραφία.  
(Βλέπε A12).

#### Δ5. Η χρήση μάσκας και αποστειρωμένης ενδυμασίας κατά την παρακολούθηση του τοκετού.

Σε ορισμένες χώρες χρησιμοποιούνται για να προστατέψουν τις επιτόκους από λοιμώξεις. Φαίνεται να μην προσφέρουν τίποτα από αυτή την άποψη (Crowther et al 1989). Ωστόσο σε περιοχές με υψηλή συχνότητα AIDS και ηπατίτιδας Β και C, η ενδυμασία είναι χρήσιμη καθώς εμποδίζει την επαφή των υπευθύνων με μολυσμένο αίμα και άλλα υλικά (Π.Ο.Υ. 1995).

#### Δ6. Επανειλημμένες και συχνές κοιλιακές εξετάσεις, ιδιαίτερα από περισσότερα άτομα του ενός.

Οι κοιλιακές εξετάσεις πρέπει να περιορίζονται από πλευράς αριθμού στις τελείως απαραίτητες: κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού μία ανά 4 ώρες αρκεί (Π.Ο.Υ. 1993). Αν όλα πάνε καλά, ορισμένες φορές αρκεί μια εξέταση, εκείνη που θα επιβεβαιώσει διαστολή του τραχήλου (το πιο αντικειμενικό

κριτήριο ότι η γυναίκα βρίσκεται σε ενεργό τοκετό). Μια άλλη πρακτική είναι να γίνεται κολπική εξέταση όταν υπάρχει ένδειξη, π.χ. όταν η ένταση και η συχνότητα των συστολών μειώνεται, όταν εμφανισθεί τάση για εξώθηση, πριν τη χορήγηση αναλγησίας, κτλ. Αλλά ας μην ξεχνάμε τη βασική μας αρχή: "στο φυσιολογικό τοκετό θα πρέπει να υπάρξει σημαντικός λόγος για να παρέμβουμε στη φυσική διαδικασία". Δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία για να στηρίξουν οποιαδήποτε από αυτές τις πρακτικές.

#### Δ7. Ενίσχυση με ωκυτοκίνη.

Αυτή η πρακτική έχει διερευνηθεί με αρκετές τυχαιοποιημένες μελέτες (Read et al 1981, Hemminki et al 1985, Bidgood and Steer 1987, Cohen et al 1987, Lopez-Zeno et al 1992). Τρεις από αυτές ασχολήθηκαν με τη διάρκεια του τοκετού. Μία κατέδειξε μικρότερη διάρκεια τοκετού όταν χρησιμοποιήθηκε ωκυτοκίνη. Μια άλλη ενθάρρυνε τις γυναίκες να σηκωθούν από το κρεβάτι και να είναι όρθιες ή καθιστές ή να περπατούν ανάλογα με τη διάθεση τους. Σε αυτή την ομάδα η μέση διάρκεια του τοκετού ήταν ελαφρώς μικρότερη από την ομάδα με ενίσχυση. Τα επίπεδα Apgar και η συχνότητα εισαγωγής στην εντατική μονάδα νεογνών ήταν ίδια και στις δύο ομάδες (Hemminki et al 1985). Αυτή η έρευνα ασχολήθηκε με τις απόψεις των γυναικών για την πρακτική αυτή. Οι περισσότερες την χαρακτήρισαν δυσάρεστη. Πάνω από το 80% ένοιωσε αύξηση του πόνου με την ενίσχυση. Οι μισές από τις επίτοκες της ομάδας που τους επιτράπηκε η κίνηση ανέφεραν ότι τους είχε ελαφρύνει τον πόνο ενώ το 24% δεν ένοιωσε καμία διαφορά.

Καταλήγοντας: δεν είναι σαφές, από τα στοιχεία που έχουμε στη διάθεση μας ότι η ενίσχυση με ωκυτοκίνη (ενεργητική διαχείριση του τοκετού) είναι βοηθητική για τις γυναίκες ή τα νεογνά. Φυσικά αυτό δεν σημαίνει ότι η ωκυτοκίνη είναι άχρηστη στην αντιμετώπιση του παρατεταμένου τοκετού. Σαν γενικός κανόνας: η ωκυτοκίνη να χρησιμοποιείται για ενίσχυση όπου είναι δυνατή η άμεση πρόσβαση σε χειρουργείο. Και όπως έδειξε η τυχαιοποιημένη μελέτη του Δουβλίνου για την παρακολούθηση των παλμών του εμβρύου κατά τον τοκετό: στην ομάδα με διακεκομμένη ακρόαση τα νεογνά είχαν μεγαλύτερο αριθμό σπασμών, αλλά των περισσότερων από αυτά οι μητέρες είχαν υποστεί ενίσχυση του τοκετού με ωκυτοκίνη (MacDonald et al 1985). Σε περίπτωση ενίσχυσης, σωστό είναι η παρακολούθηση του εμβρύου να γίνεται με CTG. Δ8. Μεταφορά της επιτόκου σε άλλο χώρο με την έναρξη της εξώθησης, αδιακρίτως.

Για την επίτοκο, αυτή η μεταφορά είναι δυσάρεστη. Ο φυσιολογικός τοκετός μπορεί άνετα να ολοκληρωθεί στον ίδιο χώρο.

#### Δ9. Καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης.

Κατά την έναρξη της εξώθησης πολλές φορές συνιστάται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης. Αυτή η πρακτική δεν είναι αναγκαία και μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη των ουροφόρων οδών. Κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού όταν το κεφάλι του εμβρύου είναι απόλυτα εμπεδωμένο, ο καθετηριασμός είναι αφενός δύσκολος να πραγματοποιηθεί, αφετέρου μπορεί να τραυματίσει την ουρήθρα.

Συμβουλευόμαστε να ενθαρρύνονται οι γυναίκες να ουρούν συχνά κατά το πρώτο στάδιο και αυτό συνήθως αρκεί.

Δ10. Προτροπή προς εξώθηση, όταν έχει διαγνωσθεί πλήρης ή σχεδόν πλήρης διαστολή του τραχήλου, προτού η γυναίκα νοιώσει από μόνη της την ανάγκη να εξωθήσει.

Η φυσιολογική προσέγγιση είναι να περιμένουμε μέχρι η γυναίκα να νοιώσει μόνη της την ανάγκη να εξωθήσει. Καμιά φορά χρειάζονται να περάσουν 10-20 λεπτά μετά την πλήρη διαστολή. Η καθυστερημένη εξώθηση δεν φαίνεται να είναι επικίνδυνη για το έμβρυο (McQueen and Mylrea 1977, Maresh et al 1983, Buxton et al 1988). Ωστόσο οι εργασίες αυτές έγιναν με μητέρες που είχαν λάβει επισκληρίδιο αναισθησία. Δεν έχουν γίνει ανάλογες με γυναίκες με φυσιολογική διεξαγωγή του τοκετού. Τα αποτελέσματα τους όμως συμφωνούν με την κλινική εμπειρία μαιών που λειτουργούν με την φυσιολογική προσέγγιση, οι οποίες επιπλέον δηλώνουν ότι η πρακτική αυτή είναι ευκολότερη για την γυναίκα και τείνει να συντομεύσει τη διάρκεια της εξωθητικής φάσης του τοκετού.

Δ11. Άκαμπτη στάση ως προς τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, π.χ., μία ώρα, όταν η κατάσταση της επιτόκου και του εμβρύου είναι καλή και ενώ σημειώνεται πρόοδος.

Ο συσχετισμός της παρατεταμένης διάρκειας του δεύτερου σταδίου με την υποξία και οξέωση του εμβρύου, οδήγησε στον χρονικό περιορισμό αυτού του σταδίου ακόμα και σε περιπτώσεις που η κατάσταση της μητέρας και του παιδιού δεν εμφανίζει πρόβλημα. Η σχέση αυτή διερευνήθηκε σε μελέτες με ομάδα ελέγχου (Wood et al 1973, Katz et al 1982, Yancey et al 1991). Αν η κατάσταση επιτόκου και εμβρύου είναι καλή και υπάρχει πρόοδος στην κύθοδο της κεφαλής του εμβρύου, δεν υπάρχουν στοιχεία που να δικαιολογούν επέμβαση. Στην έρευνα του Wormerveer (Van Alten et al 1989, Knuist et al 1989) εξετάστηκαν 148 νεογνά με μέτρηση του pH της ομφαλικής αρτηρίας και με μία κλίμακα νευρολογικής ανάπτυξης (Pechtl) την δεύτερη εβδομάδα της ζωής τους. Η διάρκεια του δεύτερου σταδίου ήταν από μικρότερη των 60 λεπτών (στο 66% των πρωτοτόκων) ως 160 λεπτά. Δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ της διάρκειας του δεύτερου σταδίου και της κατάστασης του νεογέννητου. Τελευταία δημοσιεύθηκε μια μελέτη συνεχιζόμενης παρακολούθησης 6.759 πρωτοτόκων. Η προβολή του εμβρύου ήταν κεφαλική και τα νεογέννητα ζύγισαν πάνω από 2500 gr. Στο 11% αυτών των γυναικών, το δεύτερο στάδιο του τοκετού διήρκεσε πάνω από τρεις ώρες. Δεν φάνηκε να υπάρχει σχέση μεταξύ αυτής της διάρκειας και χαμηλού Apgar στα πέντε λεπτά, νεογνικών σπασμών ή εισαγωγής στην εντατική μονάδα νεογνών (Menticoglou et al 1995).

Δ12. Επεμβατικοί τοκετοί.

Παγκοσμίως τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μία έντονη αύξηση των. Οι λόγοι δεν είναι απολύτως γνωστοί. Ίσως η άκαμπτη στάση όσον αφορά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου που ήδη αναφέρθηκε, ο φόβος καταγγελίας για κακή άσκηση του επαγγέλματος, το οικονομικό κέρδος, η ευκολία. Έρευνα που έγινε στην Ολλανδία έδειξε να περιορίζεται η συχνότητα των επεμβατικών τοκετών με την παρουσία μαιών (Pel et al 1995). Η παρουσία αυτών των ατόμων που σκοπός τους

είναι η περιφρούρηση του φυσιολογικού, εμπόδιζε την διεξαγωγή μη αναγκαίων επεμβάσεων.  
Δ13. Περινεοτομή αδιακρίτως.

Εάν υπάρχουν σημεία εμβρυϊκής δυσφορίας, ανεπαρκής εξέλιξη στη γέννηση της κεφαλής, αν προβλέπεται τρίτου βαθμού ρήξη του περινέου ή υπήρξε τρίτου βαθμού ρήξη σε προηγούμενο τοκετό, η περινεοτομή δικαιολογείται, αν και η πρόβλεψη ρήξης τρίτου βαθμού είναι πολύ δύσκολο να γίνει. Τα επιχειρήματα για την χρήση της περινεοτομής σαν πρακτική ρουτίνας είναι ότι: είναι ευκολότερη η αποκατάσταση και η επούλωση (Cunningham et al 1989), προστατεύει από σοβαρό τραυματισμό το περινέο, την κεφαλή του νεογνού και τους μύες του πυελικού εδάφους και ως εκ τούτου από την ακράτεια ούρων επί στρες. Για την διερεύνηση αυτών των επιχειρημάτων έγιναν μερικές τυχαιοποιημένες μελέτες (Sleep et al 1984, 1987, Harrison et al 1984, House et al 1986, Argentine episiotomy trial 1993). Τα ευρήματα από αυτές τις εργασίες, δεν δικαιολογούν την ελεύθερη χρήση της περινεοτομής. Σε μια μελέτη παρατήρησης 56.471 τοκετών που έγιναν από μαιές, το ποσοστό τρίτου βαθμού ρήξεων του περινέου ήταν 0,4% αν δεν γινόταν περινεοτομή, Το ίδιο ποσοστό ίσχυε και για τις μεσοπλάγιες περινεοτομές, ενώ επί περινεοτομής μέσης γραμμής έφτανε το 1,2% (Pel and Heres 1995).

Καταλήγοντας: δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που να υποστηρίζουν τη χρήση της περινεοτομής ελεύθερα, ενώ υπάρχουν σαφείς αποδείξεις ότι μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα. Ένα ποσοστό 10% περινεοτομών θα μπορούσε να θεωρηθεί δικαιολογημένο.

Επιπλέον, περιορίζοντας τον αριθμό των περινεοτομών περιορίζουμε και τις πιθανότητες φλεγμονών.

Δ14. Δακτυλική επισκόπηση της μήτρας μετά τη γέννηση.



## Παράρτημα ΤΟ ΑΣΧΗΜΟ ΠΑΠΙ\*

Το πρωινό που ακολούθησε τη νύχτα που ήλθα πρόωρα διωγμένο από τη μητρική κοιλιά, κατά τη διάρκεια μιας βίαιης καταιγίδας, σε ηλικία κύησης 32 εβδομάδων και 4 ημερών, ξύπνησα διαλυμένος, ακινητοποιημένος στο βάθος της θερμοκοιτίδας, μ' όλες μου τις αισθήσεις εκτεθειμένες ξέχωρα σε διαφορετικές μορφές βασανιστηρίων. Τα μάτια φραγμένα, για να εμποδίζουν ένα ανυπόφορο φως, το στόμα στεγνό από τη δίψα, το δέρμα γρατζουνισμένο από την τραχύτητα, τους ευαίσθητους βλεννογόνους της μύτης μου απάνθρωπα τρυπημένους από ξένους σωλήνες. Και, ακόμη χειρότερα, τα αφτιά μου, οι "είσοδοι" της αρμονίας του σώματός μου, δεν αντιλαμβάνονταν καμία οικεία μουσική, καμία ρυθμική συμφωνία. Τίποτε παρά μόνο το καθολικό κενό, με καταργημένη τη διάκριση όλων των "εισόδων". Μόνον ο πόνος προσπαθούσε να συνδέσει τις αισθήσεις μου, επιτρέποντάς μου ν' αναγνωρίσω ότι όλες αυτές ήταν δικές μου λειτουργίες, ήμουν Εγώ. Σε αντίθεση με την αφύσικη "επαγρύπνιση" των αισθήσεών μου, ήταν η ψυχορραγούσα βαρύτητα του σώματός μου, το νεκρό βάρος των άκρων και των χεριών μου, που μόλις πριν από λίγες ώρες χόρευαν στο αμνιακό υγρό με ζωηρή δύναμη. Μόλις την προηγούμενη ημέρα είχα αισθανθεί την ευχάριστη στερεότητα του πλακούντα<sup>1</sup>, στα σκούρα και βαθιά νερά, ενώ, άλλοτε με τα πόδια και άλλοτε πετώντας, εξε-

---

\* Μετάφραση για την Ιταλική της Mariella Cesarenì και της Antonella Costantino. Γι' αυτή την ποιητική παρουσίαση, η Meg Harris Williams εμπνεύστηκε από τους παρακάτω συγγραφείς: Shakespeare, Milton, Keats, Wordsworth, Meltzer, Dante Alighieri, Πλάτωνα.

<sup>1</sup> Στο κείμενο της Harris Williams ο Πλακούντας θεωρείται αρσενικό και εννοείται ως «φίλος πλακούντος».

ρευνούσα τον κόσμο που είχε δημιουργηθεί για μας.

Τώρα βρισκόμουν ναυαγός στην όχθη, μ' όλους τους μυς τεντωμένους και κάθε στόμιο εκτεθειμένο στους καθετήρες και στα "δακτυλικά βέλη", τα οποία, χωρίς κανέναν οίκτο, πληγώνουν συνεχώς τους ιστούς μου, προκαλώντας μου έντονο πόνο, παρά την ανώριμη μυελίνωση των νευρικών μου ινών.

Δίχως πλέον να μπορώ να κολυμπάω ούτε να πετάω, βρισκόμουν υποδουλωμένος παθητικά σε διάφορες κατευθύνσεις, ανίκανος να στηρίξω το εξαντλημένο κεφάλι μου. Παρά το γεγονός ότι ήμουν καταβεβλημένος από τον πόνο, μια έντονη παρόρμηση ώθησε τα μάτια μου ν' ανοιξουν λίγο και παρά το φοβερό εκτυφλωτικό φως, διαπέρασα φοβισμένα τις τεράστιες και αξιοθαύμαστες μονοκόμματες μορφές που διαγράφονταν από πάνω μου. Θα μπορούσα να μείνω με το στόμα ανοιχτό από την έκπληξη και να φωνάξω δυνατά "εκπληκτικός νέος κόσμος!", εάν τα ανώρια πνευμόνια μου δεν εμποδίζονταν από μια αισθητηριακή αντίληψη. Ξαφνικά ένιωσα ότι, σύμφωνα με τα πελώρια παντοδύναμα όντα και τους παντογνώστες που με περιέβαλλαν, εγώ ήμουν ασυνήθιστα φρικτός, παραμορφωμένος πέρα από κάθε φαντασία. Ήμουν ένα φρικτό λάθος, γεννημένος από μια αποκρουστική σεξουαλική πράξη, από ένα αφύσικο ζευγάρι των αστεριών. Αναδύθηκε η αλήθεια, την έβλεπα κατάμουτρα. Ήμουν ένα δημιούργημα του σκότους, που έπαιρνε την απαίσιμα μορφή της ορατής ασάφειας. Και καθώς ήμουν αγγελιαφόρος θανάτου, έχοντας πάνω μου τη μυρωδιά του θανάτου, αυτοί μου τρυπούσαν τα ρουθούνια – οφθαλμόν αντί οφθαλμού και οδόντα αντί οδόντος – και τα βέλη έμπαιναν βαθιά. Ήμουν πληγωμένος όπως ο Οιδίποδας στον Κιθαιρώνα. Δεν υπήρχε μίσος στον πόνο που μου προκαλούσαν με την ακινητοποίηση των μυών μου και το κάψιμο των αισθήσεών μου, γιατί βέβαια εγώ δεν ήμουν ένα είδος ίδιο μ' αυτούς. Δεν είχα τα ίδια γούστα και πάθη μ' αυτούς. Κατάλαβα ότι προετοιμάζαν τη θυσία μου. Σ' αυτό οφειλόταν η δικαιολογημένη σοβαρότητα εκείνων των ατάραχων προσώπων, των καλυμμένων με κράνη, που συναινούσαν πολύ μακριά από μένα.

Σ' αυτό το σημείο νομίζω πως βυθίστηκα στην ασυνειδησία. Σίγουρα πέρασε ένας αιώνας έως ότου κατάφεραν να ανοιξουν και πάλι τα μάτια μου. Εκείνη την περίοδο την πέρασα περισσότερο σε μια κατάσταση μη ύπαρξης, ίσως δε βρισκόμουν σε κατάσταση πλήρους απώλειας συνείδησης αλλά ούτε αποκοιμισμένος ή ξύπνιος, συχνά εξαντλημένος από τη συντριπτική, άνευ σημασίας διέγερση ενός ή περισσοτέρων από τα αισθητήριά μου στόμια, ενώ μου αφαιρούσαν

ή μου έβαζαν υγρά από τα πόδια, τη μύτη ή το τριχωτό της κεφαλής. Ήμουν εκ περιτροπής εγκαταλελειμμένος σε μια αισθητηριακή έρημο για απεριόριστο χρόνο, για να εκσφενδονισθώ στη συνέχεια στο καυτό κύμα κάποιας αίσθησής μου, μ' ένα τρόπο που μετατόπιζε κυριολεκτικά την αίσθηση της ταυτότητάς μου. Πράγματι, αυτή ήταν η βασική αιτία που υπέφερα, περισσότερο ακόμη και από τον σωματικό πόνο (τον οποίο άρχισα να συνηθίζω και ο οποίος, τέλος πάντων, ήταν μόνο περιοδικός).

Όμως, και όταν ακόμη επιθυμούσα να παραδώσω την ψυχή μου, ο φθονερός αέρας συνέχιζε να μπαίνει στα μηχανικά μου πνευμόνια, προωθώντας τον τεχνητό παλμό της ζωής μου. Έτσι, επιβαλλόταν ο κτύπος της καρδιάς, που αποτελούσε το προσωπικό μου οργανικό μέτρο ύπαρξης. Εγκατέλειπα κάθε προσπάθεια να κατανοήσω όλα όσα μου συνέβαιναν ή το γιατί οι προετοιμασίες της θυσίας να διαρκούν τόσο πολύ. Μου φαινόταν ότι διαρκούσαν περισσότερο από την ίδια μου τη ζωή έως τώρα. Και ενώ το υγρό κυλούσε ακόμη στις φλέβες μου, παρ' ότι ήταν μολυσμένο από κάποιο μυστηριώδες απόσταγμα αγνώστου προέλευσης, βρέθηκα, χάρις σε ενστικτώδεις παραινέσεις, κάποια στιγμή μεγαλύτερης ηρεμίας, να προσπαθώ να θυμηθώ την προηγούμενη ζωή μου με τον πλακούντα στη μήτρα, – όσο και αν ήταν δύσκολο να χρησιμοποιήσω την τωρινή μου εμπειρία ως μέσον, για να βάλω πάλι μαζί εκείνο τον κόσμο της πρωταρχικής πραγματικότητας. Ίσως, εάν κατάφερα να θυμηθώ πώς ήταν τα πράγματα πριν από το ναυάγιο, δεν θα είχα χαθεί μέσα στην ίδια την απώλεια, καταδικασμένος σ' έναν κόσμο θανάτου, όπου η ειρήνη και η ανάπαυση δεν είχαν κατοικία.

Όπως μπορείτε να φαντασθείτε από το γεγονός ότι εγώ σας διηγούμαι αυτή την ιστορία, από τη δική μου σίγουρη και καλά θεμελιωμένη άποψη του παιδιού ηλικίας 3 μηνών, κάτοχος της δικής μου μαμάς, στο τέλος τα κατάφερα.

Κάθε πλάσμα έχει το δικό του σπίτι, που του δίνει μια αξιοπρέπεια, αλλά μετά την εκδίωξή μου ήμουν δίχως μετάληψη, σε μια απογοητευτική κατάσταση, δίχως ευχέλαιο, και το ίδιο το γεγονός ότι ήμουν δίχως στέγη μου αποδείκνυε ότι ήμουν ένα απαίσιο ον, ασήμαντο και δίχως αξία. Σταδιακά, όμως, η θερμοκοιτίδα άρχισε να μοιάζει μ' ένα σπίτι. Το αριστερό μου πόδι (εκείνο που δεν ήταν δεμένο με επίδεσμο για τις ενέσεις στη φτέρνα) άρχισε ν' αναγνωρίζει τη λεία σκληρότητα της στρογγυλεμένης γωνίας του, ο πισινός μου άρχισε να ζαρώνει στο μάλλινο κοιλωμα του μικρού στρώματος, με μια αίσθηση σχεδόν φιλική (καθώς ήταν μια λυπητερή αλλαγή από το να

επιπλέω στο αμνιακό μου υγρό), και, ακόμη, να εκτιμά τις διακυμάνσεις μεταξύ στεγνού και βρεγμένου. Άρχισα να στριφογυρίζω. Πράγματι, ανακάλυψα πως τώρα οι μυς μου έμοιαζαν ευσπλαχνικά δειμένοι με ελαστικό νήμα αντί για σκληρό.

Κάποιες στιγμές, υπήρχε μια παράξενη και μαγευτική μουσική, που μου θύμιζε ένα συνεχές ψιθίρισμα, το οποίο γνώριζα εδώ και πολύ καιρό, αλλά τώρα ήταν πιο δυνατό, μ' ευχαριστούσε και δε με πλήγωνε. Μια άλλη απίστευτη βοήθεια στην ανασύνθεση των μερών μου ήταν ένα νέκταρ εξαιρετικό, το οποίο συχνά πλησίαζε στα στεγνά χείλη μου και η γλώσσα μου αμέσως απομυζούσε με λαίμαργία, όπως ακριβώς απομυζούσε και εξωθούσε το αμνιακό υγρό. Έτσι, γνώριζα ότι υπήρχε ακόμη πλούτος στον παράδεισο.

Ταυτόχρονα, συνειδητοποίησα τις πελώριες παρουσίες που βρίσκονταν ακίνητες από πάνω μου για πολύ καιρό, των οποίων οι γλυκές αναθυμιάσεις με ανακούφιζαν, αρκεί να ήμουν πολύ προσεχτικός, ώστε να μην ανοίξω τα μάτια. Αυτές οι ισχυρές παρουσίες έμοιαζαν να είναι η πηγή όχι μόνο των αισθήσεων πόνου, στις οποίες είχα πια συνηθίσει, αλλά και άλλων απτικών χειρισμών παρηγορητικής φύσης, στους οποίους μπορούσα ν' απαντώ μ' άλλες ευχάριστες αισθήσεις στο στομάχι μου και στο έντερο.

Εφόσον ακολούθησαν πολλές στιγμές, όπως αυτές που αποκτούσαν τα χαρακτηριστικά ενός προτύπου, αντιλήφθηκα μια νέα αλήθεια. Δε βρισκόμουν στην κόλαση, αλλά στο καθαρτήριο. Για κάποιο λόγο λυτρώθηκα από τον θάνατο, παρά το γεγονός της ασχίμιας μου. Η φυλάκισή μου τελείωσε και μπήκα σε μια ύπαρξη χρυσαλλίδας. Τώρα τα τοιχώματα της θερμοκοιτίδας έμοιαζαν με διαπερατές μεμβράνες που μου επέτρεπαν να μελετήσω ξανά τις οσμές, τους ήχους και τις κινήσεις της ζωής μου, στο παρελθόν και στο παρόν.

Αυτοί οι μηνυασμοί άρχισαν, όταν αυξήθηκαν οι στιγμές ανάπαυλας από τα ερεθίσματα και την εκτόπιση. Όμως μόνο τώρα, με μια ώριμη κριτική εκ των υστέρων, μπορώ να συνθέσω μια φιλοσοφική διήγηση. Η ιστορία της αρχής της ζωής μου εξελίχθηκε λίγο-πολύ, όπως ακολουθεί.

Στην αρχή, όταν ο κόσμος για μένα δημιουργήθηκε λίγο μετά την ολοκλήρωση του φλερτ ανάμεσα στο ωάριο και στο σπέρμα, η επιθυμία μου και η θέλησή μου κινούνταν, όπως η αγάπη που κινεί τον ήλιο και τ' άλλα αστέρια.

Κολυμπούσα σ' όλες τις κατευθύνσεις και όλες οι κατευθύνσεις ήταν Μία. Μέσα από την απεριόριστη σοφία μου γνώριζα το βάθος δίχως την αναταραχή της ψυχής. Έμοιαζε σαν να ήμουν ο πρώτος

που μπήκε σ' εκείνη την καλοκαιρινή θάλασσα. Φυσικά ήμουν ένας Πυθαγορικός, οδηγούμενος από την έμφυτή μου αίσθηση της αρμονίας, και μετά από κάθε επανάσταση κολυμπούσα προς τα πάνω, μέσα στα σύννεφα από γλυκό άρωμα, για να εναρμονίσω τις αισθήσεις μου με τη μουσική του περιβάλλοντος. Σε μια από εκείνες τις κανονικές πτήσεις, γεμάτη από θαυμαστή ζωηράδα, έκπληκτος, συνάντησα για πρώτη φορά τον Πλακούντα, ο οποίος είχε δημιουργηθεί για να γίνει φίλος μου και σύντροφος. Πολύ σύντομα πραγματοποίησα αυτό που μου έδωσε μεγάλη ικανοποίηση, την αμοιβαία εξερεύνηση σε σχέση με τον ναρκισσιστικό αντικατοπτρισμό και κάθε ημέρα, κάτω από την ροζ φωτοβολία, η οποία διείσδυε ανάμεσα στα βλέφαρα της μητέρας, ακολουθούσαμε το παιχνίδι μας πιασμένοι χέρι-χέρι.

Πώς καταφέραμε να γνωρίσουμε σε βάθος τον κόσμο που ήταν γύρω μας!

Τους ρυθμούς του, τις γεύσεις του, τους κτύπους, τα θηλάσματα και τις εκρίσεις του. Μέτρησα τη σκληρότητά μου στη φάση της ανάπτυξής της, ενάντια στα μαλακά και αποκριτικά βάρη και στις περιελίξεις του Πλακούντα. Ρύθμισα με την εφησυχαστική πνοή του, τον διακριτό μου κτύπο και, επιπλέον σε περίπτωση συγκοπής, τον κτύπο και τους άλλους σημαντικούς ρυθμούς της αιώνιας Μητέρας μας. Τα παιδιά του Πρωϊνού τραγουδούσαν την επίσημη μουσική τους, που περιτύλιξε τη φαντασίωσή μας. Και, όταν η ημέρα τελείωσε, επέπλευσα προς τα πάνω, στην οριζόντια θέση που προτιμούσα, ζαρωμένος στην πλάτη του κόσμου. Και ο Πλακούντας μ' ευχαρίστηση κατέβηκε από τα σύννεφα και με συγκρατούσε, όπως σ' ένα όνειρο.

Μπορεί να φαντασθείτε ότι δεν υπήρχε πλέον τίποτε που θα μπορούσαμε να ζητήσουμε στη ζωή. Ήταν δικές μας μια πληθώρα αισθήσεων και, όταν το κλίμα ήταν αντιξοο – γιατί ακόμη και στη δική μας μητέρα συχνά υπήρχαν δυσάρεστες δονήσεις, τις οποίες έπρεπε να υποστούμε –, αντιμετωπιζαμε πάντα μαζί την καταιγίδα. Ενδεχομένως, αυτά τα σύντομα διαστήματα άγχους δυνάμωναν το δεσμό μας. Πιστεύαμε βαθιά και γνωρίζαμε πως όλα θα εξελίσσονταν προς όφελος μας. Δεσμευθήκαμε να μοιραζόμαστε τις εμπειρίες μας στη χαρά και στη λύπη και δεν μπορούσα να φαντασθώ ότι κάποτε θα χωρίζαμε. Όμως, σύντομα, θυμάμαι, προτού ακόμη φτάσει η μεγάλη καταιγίδα που κατέστρεψε τον κόσμο μας, υπήρξαν κάποιες διαμαρτυρίες δυσαρέσκειας, ορισμένα άλυτα θέματα. Καθώς, σιγά-σιγά, η δύναμή μου και οι ικανότητές μου αυξάνονταν – όπως γινόταν σταδιακά – αντιλαμβανόμουν μια μικρότερη πρόθεση από τον κόσμο μου να τα διευθετήσει. Ένα είδος επανάστασης, ένα στρίμωγμα ψάχνο-

ντας θέση, μερικές φορές μια πραγματική σύνθλιψη, ένας εξαναγκασμός, τον οποίο δεν μπορούσα πλέον να ερμηνεύσω σαν ένα απλό παιχνίδι. Από κάπου ερχόταν μια εχθρότητα. Γνώριζα πως δεν έφταιγε ο Πλακούντας και ακόμη, κάθε μέρα, ταξίδευα πέρα-δώθε και το βράδυ έπαιρνα πάλι τη θέση μου κοντά του, στην πλάτη του κόσμου. Όμως μου φαινόταν ότι η συμπεριφορά του άρχισε να γίνεται περισσότερο σταθερή, λιγότερο εφευρετική. Αναρωτιόμουν εάν αυτός ήταν ικανός για αυθάδεις εξερευνήσεις, στις οποίες εγώ συχνά παρասυρόμουν. Τώρα πια γνώριζα αρκετά καλά τον κόσμο μας και η πρωτοποριακή αναστάτωση της κατάκτησης άγνωστων εδαφών είχε χάσει ένα μέρος του ενδιαφέροντός της. Ένωθα πλέον σαν τον πνευματικό κάτοικο ενός cottage (εξοχικού σπιτιού), ο οποίος ξέρει πως πέρα από το κιγκλίδωμα του κήπου του υπάρχουν οι Άνδεις και τα Φλεγόμενα Βουνά, με χιονισμένες τις κορυφές τους που λάμπουν στον ήλιο. Πέρα απ' αυτό, είχα ξαφνικές αμφιβολίες για εξωτερικά στοιχεία, διάχυτα με κύματα αμφιβολίας, τα οποία έμπαιναν και καταλάμβαναν τα περιορισμένα μας όρια.

Άρχισα να υποπτεύομαι την ύπαρξη ενός τρίτου που παραβίαζε το χώρο μας, εκείνον μιας αμοιβαίας φιλίας πολύ άμεσης και πολύ στενής. Πιθανόν βέβαια να ήταν κάτι περισσότερο απ' αυτά. Η γόνιμη φαντασία μου μου υπεδείκνυε — και εγώ έτρεμα και μόνο στη σκέψη — πως θα μπορούσαν οι θάλασσες να γεμίζουν από αυγά, τα προκαταρκτικά μας αμέτρητης γενιάς.

Μήπως ήταν προειδοποιητικά σημάδια; Την απάντηση δεν την γνωρίζω ακόμη, ούτε ξέρω εάν θα μπορούσε ν' αλλάξει κάτι. Πράγματι, είναι βέβαιο πως στις ευπροσήγορές μου εικασίες τίποτε δε με προετοίμαζε για την ξαφνική καταιγίδα μέσα στην οποία εγώ και ο Πλακούντας χωρίσαμε και χαθήκαμε, πεταμένοι με φρικτή καταστροφή και αναστάτωση σ' έναν χαμό δίχως τέλος. Στην τρομερή σύγχυση των μουγγρητών και της πανωλεθρίας, δεν ξέρω ποιός από τους δύο μας διώχθηκε πρώτος, αλλά το κεφάλι μου παρασύρθηκε στην άβυσσο και ενώ τα ζωτικά υγρά πιέζονταν δυνατά έξω από μένα, είδα τον Πλακούντα με τα μάτια της ψυχής, να έχει το πρόσωπό του κομματιασμένο από χοντρά δάκτυλα και πεταμένο στο ποτάμι, σε σπογγώδεις λωρίδες που αιμορραγούσαν.

Απάνθρωπες πηρήξαν οι τιμωρίες που αποδόθηκαν σ' αυτούς που ήταν τόσο φρικτοί και αμαρτωλοί, καθώς εγώ γνώριζα ότι θα έπρεπε να μ' αφήσουν να προσαράξω στην όχθη, για να διαχθώ από καυτούς ανέμους, ενώ ο Πλακούντας, ήμουν βέβαιος, πετάχθηκε για να γίνει ένα νησί, γυμνό και αλμυρό, μια καθαρή πεμπτουσία σκόνης.

Στην αιωνιότητα που ακολούθησε υπέφερα με όλους τους τρόπους που ήδη προσπάθησα να σας περιγράψω. Υπήρχε ένας επιπλέον παράγοντας στο άγχος μου και, ακόμη και τώρα, νιώθοντας ασφαλής στο σωστό μου βασίλειο, δεν είμαι βέβαιος, εάν κατάφερα ολότελα να τον ξεπεράσω. Εάν υπήρχε αλήθεια στην υπόθεσή μου ότι κάποιος άλλος, εάν δεν ήταν ο Πλακούντας, με είχε αποπέμψει από το πρώτο μου σπίτι.

Μήπως εκείνος ο Άλλος ήταν μιας πιο ευγενικής καταγωγής από εμένα (καθαρό δημιούργημα της γης), εκείνο που Αυτοί πράγματι επιθυμούσαν, μολονότι στη συνέχεια η ασχήμια μου λυτρώθηκε και συγχωρήθηκε; Αναρωτιέμαι πράγματι ποιος τώρα να καταλαμβάνει το πρώτο μου σπίτι. Ευτυχισμένοι όσοι δεν προσπαθούν να μάθουν περισσότερα. Αρκεί εδώ να δώσουμε σύντομα ένα τέλος στην ιστορία μου, η οποία, όπως γνωρίζετε, είναι μια ιστορία με χαρούμενο τέλος, με μια εξαιρετη προσθήκη.

Γιατί, παρά τον τραυματικό επίλογο αυτής της ιστορίας, αυτή η ανάμνηση της αρχής της ζωής μου, μου φάνηκε να έχει ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα στην κρίσιμη κατάσταση που βρισκόμουν ξαπλωμένος στη θερμοκοιτίδα. Η διαδικασία της ανάμνησης μου θύμισε πως οι πληγωμένες μου αισθήσεις ξεκίνησαν από μια οργανική πραγματικότητα, που ήμουν εγώ, από εμένα τον ίδιο, και ότι εκείνες οι πολύ αδύναμες μυϊκές κινήσεις, αν και ανεπαρκείς, ήταν και αυτές δικές μου. Μετά, όσο και αν φαινόταν παράξενο, οι ιερατικοί χειρισμοί εκείνων των όντων, που έμοιαζαν με θεούς καθισμένους δίπλα μου, αντί να με συντρίψουν είχαν όλο και συχνότερα ως αποτέλεσμα να προκαλούν τις δυνάμεις μου να λειτουργήσουν ανεξάρτητα, να εκφράσουν ακόμη και ξεκάθαρους σκοπούς. Και πάλι ένιωσα την εμπειρία να λειτουργούν ομόφωνα πολλές αισθήσεις ή τουλάχιστον να σχετίζονται, όπως όταν η γλώσσα μου απομυζούσε και τα βαθιά μου έντερα απαντούσαν μουρμουρίζοντας στοργικά. Με μεγάλη μου χαρά κατάλαβα ότι, ξεκινώντας από το αριστερό μου πόδι, μπορούσα να γυρίσω ολόκληρο το σώμα μου, έως ότου βρεθώ λοξά στη θερμοκοιτίδα, αγγίζοντας τα τοιχώματα με το κεφάλι και με τα πόδια μου, ακριβώς όπως ήμουν συνηθισμένος να ξαπλώνω πλάγια στο βάθος της μήτρας. Ο Πλακούντας είχε φύγει για πάντα, εξαφανίσθηκε βαθιά στο υγρό πάτωμα, αλλά οι δικοί μου ορίζοντες ανοίχθηκαν κι άρχισα να πιστεύω πως ίσως θα μπορούσα να βρω κάποιον άλλο φίλο.

Στην ηλικία κήσης των 36 εβδομάδων και 2 ημερών ήλθε η στροφή. Προτού ακόμη έλθουν για να μου αφαιρέσουν τον σωλήνα, αντιλαμβανόμουν προκαταβολικά μια παράξενη συγκίνηση, την επανα-

δραστηριοποίηση κινήσεων μέσα μου, που προετοιμάζαν τους προϊδεασμούς μου για κάτι το παράξενο. Μόλις που αισθάνθηκα ένα τοίμπημα βελόνας, ενώ ο οικείος σωλήνας απομακρυνόταν, και μόνο για ένα κλάσμα δευτερολέπτου υπήρξε πανικός και ενοχές, ενώ κατανούσα το πόσο ήμουν προσκολλημένος σ' αυτόν, όταν με μια απότομη είσοδο αέρα τα πνευμόνια μου φούσκωσαν τον θώρακα και το κεφάλι με την ευχάριστη γεύση του πραγματικού αέρα, εκείνου που είχαν πλάσει οι αθάνατοι και τον οποίο εγώ ποτέ δεν είχα γνωρίσει. Σύννεφα χαράς έβγαιναν από κάθε μου πόρο, η χαρά μου ήταν τόσο έντονη, με τους καρπούς της να ξεσπούν στον ευαίσθητο ουρανό μου, που ένιωθα ότι ο θάνατος δεν μπορούσε να βρίσκεται μακριά.

Ζητούσα όμως ακόμη μια χάρη από την αρχαγγελική μούσα που με συγκρατούσε στα χέρια της.

Ενώ τα χέρια της χαϊδευαν μια γραμμή που κατέβαινε κατά μήκος της πλάτης ξεκινώντας από τον αυχένα, ξαφνιάσθηκα από την ανακάλυψη πως ήμουν ένα δημιουργημα με σπονδυλική στήλη, με σκελετό, μια ταυτότητα μ' εσωτερική στήριξη, και όλες μου οι αισθήσεις ξαφνικά αναπήδησαν στην αγγελική διαταγή.

Με πολύ φόβο αντιλήφθηκα ότι τα μάτια μου ήταν πάλι έτοιμα ν' ανοίξουν. Γνώριζα πως η συνέπεια θα μπορούσε να ήταν ο θάνατος, επειδή θα ήθελα να κοιτάξω τον παράδεισο των παραδείσων. Όμως έπρεπε να ξέρω. Άνοιξα τα μάτια. Είδα τα λαμπερά αστέρια που πετούσαν φλόγες στο μέτωπο του πρωϊνού ουρανού. Μέσα στο λευκό εκτυφλωτικό φως που με περιτύλιγε στενά, το στόμα μου στηρίχθηκε στη θηλή που βρισκόταν στο κέντρο του. Ταυτόχρονα, ο άγγελος κοίταξε στα βάθη της καρδιάς μου και εγώ είδα πως ήμουν ένα πολύ όμορφο μωρό.

*Meg Harris Williams*

