

# Φυσικός τοκετός ή ενεργητική αντιμετώπιση τοκετού; Φυσικός Τοκετός

Η παρακάτω ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ παρουσιάστηκε στο 1ο Συμπόσιο Αντιπαραθέσεων (Debates), 29 και 30 Μαρτίου 2014, Αθήνα.

**Ηλιάδη Παναγιώτα**

MSc, Μαία – Ψυχοπροφυλάκτρια, Εργαστηριακή Συνεργάτιδα Τ.Ε.Ι. Αθήνας

## Εισαγωγή

Θα ήθελα να ξεκινήσω ορίζοντας την έννοια του φυσικού τοκετού, καθώς πολλοί επαγγελματίες υγείας τον συγχέουν με τον φυσιολογικό τοκετό. Αναζητώντας τον όρο «φυσικός τοκετός» σ' ένα λεξικό βρίσκουμε πως: Φυσικός τοκετός είναι η γέννηση χωρίς καμία ιατρική παρέμβαση, χωρίς χρήση αναλγητικών φαρμάκων ή τρόπων επιτάχυνσης της διαδικασίας (Cambridge Advanced Learner's Dictionary 2014).

Για τους κοινωνιολόγους η έννοια του φυσικού τοκετού αποτελείται από τρία βασικά στοιχεία: α) Την δραστηριότητα της μητέρας στη διάρκεια του τοκετού, β) Την προετοιμασία της μητέρας πριν από τον τοκετό και γ) Την κοινωνική υποστήριξη, τόσο σε ατομικό, όσο και σε ευρύτερο κοινωνικο-πολιτιστικό επίπεδο (Mansfield 2008).

Για τις μαίες, τους ιατρούς και γενικότερα τους επαγγελματίες υγείας, φυσικός τοκετός είναι ο τρόπος γέννησης κατά τον οποίο η μητέρα ενθαρρύνεται να ακολουθήσει τα ένστικτά της και τη φυσιολογική λειτουργία του σώματός της (Balaskas 1991, Odent 1999, Λεμπουαγιέ 2008β). Σε αυτό το μοντέλο μαιευτικής φροντίδας, η μητέρα βρίσκεται στο κέντρο και ενθαρρύνεται να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία του τοκετού της, λαμβάνοντας αποφάσεις η ίδια για τον χώρο, τον τρόπο και τα άτομα, που θα βρίσκονται μαζί της στη διάρκεια του τοκετού (Konavisarach and Habanananda 2012). Εδώ η γέννηση αποτελεί υπόθεση προσωπική της κάθε γυναίκας. Γιατί κάθε γυναίκα είναι διαφορετική, κάθε τοκετός είναι

διαφορετικός (Τραγέα 1999, Odent 1999) και δεν υπόκειται σε στατιστικές, ούτε μπορεί να μεταφραστεί σε αριθμούς.

Βασικά χαρακτηριστικά του φυσικού τοκετού αποτελούν (Konavisarach and Habanananda 2012):

a) Η καλή γνώση και χρήση της ανατομίας και φυσιολογίας του τοκετού από τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου η μητέρα να γεννήσει φυσιολογικά και με ασφάλεια το παιδί της.

b) Η προστασία της φυσιολογικής διαδικασίας της γέννησης, αποφεύγοντας τις διαδικασίες ρουτίνας των μαιευτηρίων, όπως υποκλυσμός, ευπρεπισμός, ενδοφλέβια λήψη υγρών και μη λήψη τροφών από το στόμα ή οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση, όπως τεχνητή ρήξη θυλακίου και χορήγηση οκυτοκίνης, εκτός αν υπάρχει σοβαρός ιατρικός λόγος.

c) Η παροχή συνεχούς, προσωπικής συναισθηματικής υποστήριξης της μητέρας σε όλη τη διάρκεια του τοκετού από άτομο που έχει επιλέξει η ίδια.

d) Η ενθάρρυνση της κινητικότητας της μητέρας και των όρθιων στάσεων στη διάρκεια του τοκετού.

e) Η παροχή ενός φιλικού προς τη μητέρα περιβάλλοντος που προάγει την ιδιωτικότητα και υποστηρίζει τη φυσιολογική διαδικασία της γέννησης.

f) Η εξατομικευμένη φροντίδα για κάθε μητέρα και παιδί.

g) Η ενθάρρυνση κάθε μητέρας να αναγνωρίζει και να χρησιμοποιεί τα ένστικτά της για να γεννήσει.

h) Η παρακολούθηση και η φροντίδα των μητέρων

στη διάρκεια του τοκετού από μαίες.

i) Η χρήση εναλλακτικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου, αντί για χρήση αναλγητικών φαρμάκων και πρακτικών.

Γιατί ο φυσικός τοκετός είναι καλύτερος από την ενεργητική αντιμετώπιση του τοκετού; Θα βασιστώ στα χαρακτηριστικά του φυσικού τοκετού, που προανέφερα, για να επιχειρηματολογήσω υπέρ αυτού.

Η καλή γνώση της ανατομίας και φυσιολογίας του τοκετού κρίνεται απαραίτητη για την ομαλή και φυσιολογική εξέλιξή του. Γιατί με αυτόν τον τρόπο μπορεί κανείς έγκαιρα να διαγνώσει μία δυστοκία, να αναζητήσει τις αιτίες της, που θα μπορούσε να είναι μία κακή θέση του εμβρύου, αδύναμες συστολές, δυσαναλογία κεφαλής- πυέλου, ελλειπής ενυδάτωση της μητέρας ή υψηλά επίπεδα μητρικού στρες, και να προβεί σε φυσικούς τρόπους αντιμετώπισής της χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων ή ιατρικών παρεμβάσεων (Konavisarach and Habanananda 2012).

Είναι γνωστό πως ο τοκετός είναι μία φυσιολογική λειτουργία του γυναικείου σώματος, η ομαλή εξέλιξη του οποίου συνδέεται άμεσα με την ισορροπημένη έκκριση ορμονών. Η έκκριση αυτών των ορμονών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εξωτερικές συνθήκες του περιβάλλοντος. Κάθε είδους πρωτόκολλο, διαδικασία ρουτίνας ή ιατρική παρέμβαση μπορεί να διαταράξει την φυσιολογία της γέννησης με το να προκαλέσει ενόχληση, ντροπή, εκνευρισμό ή θυμό στις μητέρες. Πρακτικές, όπως ο υποκλυσμός, ο ευπρεπισμός και η ένδυση με ρούχα νοσοκομείου, θεωρούνται ενοχλητικές έως προσβλητικές από έναν μεγάλο αριθμό γυναικών. Δεν έχουν κανένα σοβαρό λόγο ύπαρξης, καθώς έρευνες έδειξαν πως οι επίτοκες και τα νεογνά τους που δεν υπόκεινται σε τέτοιες διαδικασίες δεν έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα μόλυνσης σε σχέση με τον πληθυσμό που ακολουθεί αυτές τις τυπικές διαδικασίες (Basevi and Lavender 2000, Reveiz et al. 2007). Όσον αφορά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών μπορεί να οδηγήσει σε μητρική υπεργλυκαιμία και ακόλουθη νεογνική υπογλυκαιμία, περιορίζει την κινητικότητα της μητέρας, μπορεί να προκαλέσει ενόχληση και πόνο στη μητέρα, υπάρχει κίνδυνος φλεβίτιδας, ενώ ταυτόχρονα περνά το μήνυμα στη μητέρα πως είναι ασθενής (Newton et al. 1988, Enkin et al. 2000). Η μη λήψη υγρών και τρο-

φής από το στόμα στη διάρκεια του τοκετού οδηγεί τη μητέρα σε αφυδάτωση και κούραση, με αποτέλεσμα τη δυστοκία του τοκετού (Konavisarach and Habanananda 2012). Επιπλέον, έρευνες έδειξαν πως η μη λήψη τροφής δεν εγγυάται τη μη εμφάνιση πνευμονίας από αναρρόφηση (σύνδρομο Mendelson), σε περίπτωση εμφάνισής της η γαστρική έκκριση από μη λήψη τροφής μπορεί να είναι πιο καταστροφική για τους πνεύμονες και τέλος, πως η εμφάνιση της συνδέεται περισσότερο με την παρουσία ή μη αναισθησιολόγου σε όλη τη διάρκεια της επέμβασης (WHO 1996).

Άλλο βασικό χαρακτηριστικό του φυσικού τοκετού αποτελεί η ένας-προς-έναν και συνεχής συναισθηματική υποστήριξη της μητέρας από ένα οικείο πρόσωπο ή/και έναν επαγγελματία υγείας της δικής της επιλογής. Η συνεχής επικοινωνία, λεκτική και σωματική, με αυτό θα μειώσει το φόβο και την αγωνία της μητέρας στη διάρκεια του τοκετού. Ένας επαγγελματίας υγείας, επιπλέον, γνωρίζει μη φαρμακευτικές τεχνικές και μπορεί να παρέχει διαρκή υποστήριξη, ενθάρρυνση και καθησύχαση στο ζευγάρι. Έρευνες έχουν δείξει πως αυτή η συνεχής μαιευτική φροντίδα μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης δυστοκίας στη διάρκεια του τοκετού, τη χρήση επισκληριδίου αναισθησίας ή άλλων φαρμακευτικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου, τη χορήγηση ωκυτοκίνης, τις πιθανότητες επεμβατικού τοκετού και ενός χαμηλού Apgar score στο 5ο λεπτό – μικρότερου του 7, ενώ αντίθετα αυξάνει την ασφάλεια του τοκετού, την ικανοποίηση της μητέρας από τον τοκετό της, την επιτυχία του θηλασμού και προάγει τον πρώιμο δεσμό μητέρας και παιδιού (Hodnett et al. 2011, Smith et al. 2006, Hodnett 2003, O'Driscoll et al. 2003, Κλάους κ.α. 2004, Gagnon et al. 1997, Thornton et al. 1994, Kennell et al. 1991).

Στη διάρκεια ενός φυσικού τοκετού η μητέρα ενθαρρύνεται να κινείται και να χρησιμοποιεί όρθιες στάσεις, αντί της γνωστής ύπτιας θέσης, η οποία μειώνει την μητροπλακουντιακή κυκλοφορία, συμβάλλει στο εμβρυικό στρες και δεν διευκολύνει την κάθοδο του εμβρύου (Gupta and Hofmeyr 2012). Αντιθέτως, μία μητέρα που κινείται μπορεί να πάρει στάσεις που θα διορθώσουν μία κακή θέση εμβρύου, όπως η οπίσθια θέση. Θα διευκολύνουν την κάθοδο του εμβρύου στην πύελο, μεγαλώνοντας ελαφρώς διάφορες διαμέ-

τρους της και εκμεταλλεύοντας τη δύναμη της βαρύτητας. Θα ενισχύσουν τις αδύναμες συστολές, καθώς η προβάλλουσα μοίρα θα πιέζει περισσότερο τον τράχηλο, αργότερα τον κόλπο και το περινεο. Θα βελτιωθεί η μητροπλακουντιακή κυκλοφορία, αφού τα μεγάλα αγγεία δεν θα πιέζονται και ο πόνος θα είναι σαφώς λιγότερος, αφού η πίεση που ασκείται στο κατώτερο μέρος της σπονδυλικής στήλης και το ιερό οστό είναι ελαττωμένη (Hofmeyr and Kulier 2005, Gupta and Hofmeyr 2012). Γι' αυτό το λόγο οι επίτοκες που κινούνται, εναλλάσσουν στάσεις και προτιμούν τις όρθιες θέσεις στο 1ο στάδιο του τοκετού αναφέρουν μεγαλύτερη άνεση και αντοχή στον πόνο (Hofmeyr and Kulier 2005, Gupta and Hofmeyr 2012), ενώ η υοθέτηση αυτών των στάσεων κατά το 2ο στάδιο μειώνουν τη διάρκειά του, την πιθανότητα ρήξεων του περινεύου και ενός επεμβατικού τοκετού (Gupta and Hofmeyr 2012). Τέλος, οι όρθιες στάσεις στο 3ο στάδιο του τοκετού διευκολύνουν την αποκόλληση και έξοδο του πλακούντα, ενώ μειώνουν την ανάγκη για συνεχή έλξη του ομφάλιου λώρου και τις πιθανότητες λοίμωξης, εκτροπής της μήτρας και αιμορραγίας (Odent 1999).

Το κατάλληλο περιβάλλον παίζει επίσης, σημαντικό ρόλο στον φυσικό τοκετό. Χρειάζεται να θυμίζει σπίτι, εάν ο τοκετός δεν γίνεται στο σπίτι, προκειμένου η μητέρα να αισθάνεται ζεστασιά, άνεση και ηρεμία. Να είναι ένα μέρος όπου η γυναίκα να αισθάνεται ελεύθερη να κινείται και να εκφράζεται προκειμένου να μην παρακωλύεται η φυσική ροή της γέννησης (Odent 1999). Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει το χρώμα, ο φωτισμός, οι χαμηλοί ήχοι, το νερό, βοηθήματα τοκετού, η ευρυχωρία και η ιδιωτικότητα του δωματίου, καθώς ο τοκετός επηρεάζεται και επηρεάζει κάθε αίσθηση του ανθρώπινου σώματος (Habanananda 2004, Smith et al. 2006). Γνωρίζουμε πως όταν κάποιος κρύνει ή φοβάται εκκρίνεται αδρεναλίνη, η οποία μπορεί να ελαττώσει τις συστολές ή να κάνει εντονότερο τον πόνο. Επιπλέον, καθώς οι συστολές γίνονται εντονότερες, οι γυναίκες νιώθουν καλύτερα αν βρεθούν σ' έναν ήρεμο χώρο με απαλό φωτισμό. Έχουν ανάγκη να συγκεντρωθούν και να ανακτήσουν όλες τις δυνάμεις πριν τη μεγάλη προσπάθεια της εξώθησης (Odent 1999).

Η εξατομικευμένη φροντίδα κάθε μητέρας και παιδιού αποτελεί βασικό στοιχείο του φυσικού τοκετού,

καθώς κάθε μητέρα, παιδί, οικογένεια είναι ξεχωριστή, με τις δικές της ανάγκες, ανάλογα με τις εμπειρίες, την καταγωγή, τη θρησκεία, το μορφωτικό, κοινωνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο της. Ανάγκες και επιθυμίες που πρέπει να γίνονται σεβαστές από τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου οι υπηρεσίες υγείας κάθε κοινότητας – κράτους να χρησιμοποιούνται από αυτούς τους πληθυσμούς κατά την περιγεννητική περίοδο (FIGO 2012).

Οι ενστικτώδεις κινήσεις μίας γυναίκας στη διάρκεια του τοκετού είναι έμφυτες και η εμφάνισή τους οφείλεται στον υποθάλαμο. Η φύση έχει προικίσει τη γυναίκα με τα απαραίτητα ένστικτα και δυνάμεις για τον τοκετό. Χρειάζεται απλά να ενθαρρύνουμε τις μητέρες να τα αναγνωρίζουν και να τα χρησιμοποιούν, αντί να τις μαθαίνουμε νέες τεχνικές αναπνοών ξένες προς τη φύση τους, με αρνητικές συνέπειες για τις ίδιες και τα παιδιά τους (Kovavisarach and Habanananda 2012). Οι αναπνοές που πρέπει να χρησιμοποιούνται στη διάρκεια του τοκετού είναι διαφραγματικές και όχι γρήγορες, επιφανειακές αναπνοές, οι οποίες προκαλούν υπεροξυγόνωση, ιλίγγους και απώλεια κάθε ελέγχου της κατάστασης από τις μητέρες (Λεμπουραγιέ 2008a, Smith et al. 2006). Οι γυναίκες που κινούνται και ενεργούν σύμφωνα με τα ένστικτά τους στη διάρκεια του τοκετού τους συνήθως γεννούν γρηγορότερα και ευκολότερα από τις γυναίκες που δεν το κάνουν, γιατί βρίσκουν ευκολότερα τις πιο αποτελεσματικές στάσεις, αισθάνονται ελεύθερες και δεν φοβούνται (Odent 1999). Οι μητέρες πρέπει να ενθαρρύνονται να εξωθούν όταν οι ίδιες αισθάνονται έντονη την ανάγκη να το κάνουν, γιατί η μητροπλακουντιακή κυκλοφορία και η οξυγόνωση του εμβρύου αρχίζει να επιδεινώνεται με την έναρξη της ενεργητικής εξώθησης και μειώνεται η πιθανότητα επεμβατικού τοκετού (Roberts and Hanson 2007). Τέλος, πρέπει να αποφεύγεται η θέση Valsalva και η αναπνοή που τη συνοδεύει, καθώς η πίεση ασκείται στο πρόσωπο, τους οφθαλμούς και τα αυτιά, με αποτέλεσμα τη ρήξη μικροαγγείων, την εξάντληση της μητέρας, ενώ μπορεί να προκαλέσει επιβράδυνση του εμβρυϊκού καρδιακού παλμού, εμβρυϊκή υποξία και οξειδωση (Bloom et al. 2006, Sinkala et al. 2001, Parnell et al. 1993).

Όταν η παρακολούθηση και φροντίδα των μητέρων κατά τη διάρκεια του τοκετού γίνεται από μαιές φαί-

νεται να μειώνονται οι πιθανότητες για χορήγηση ωκυτοκίνης, αναλγητικών – αναισθητικών φαρμάκων, για περινεοτομή, για επεμβατικό τοκετό και καισαρική τομή, ενώ οι γυναίκες εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και την εμπειρία τους από τον τοκετό (Hodnett et al. 2011, Smith et al. 2006, Hodnett 2003, O'Driscoll et al. 2003, Gagnon et al. 1997, Thornton et al. 1994, Kennell et al. 1991).

Στον φυσικό τοκετό χρησιμοποιούνται εναλλακτικές μέθοδοι ανακούφισης του πόνου και όχι φαρμακευτικές - επεμβατικές τεχνικές, οι οποίες βασίζονται στη μείωση των επώδυνων ερεθισμάτων, όπως είναι η κίνηση, η εναλλαγή θέσεων και η αντιπίεση, στην ενεργοποίηση των περιφερικών αισθητήριων υποδοχέων, όπως είναι το μασάζ, η ρεφλεξολογία, και η χρήση νερού και στην ενίσχυση της κατιούσας ανασταλτικής οδού, όπως είναι η μουσικοθεραπεία, η αυτοσυγκέντρωση και η βιοανατροφοδότηση. Οι φυσικές μέθοδοι δεν έχουν τις παρενέργειες των φαρμάκων ή τις επιπτώσεις των παρεμβατικών μεθόδων, όπως η επισκληρίδιος αναλγησία/αναισθησία, μπορούν να λειτουργήσουν ικανοποιητικά στην ανακούφιση του πόνου και η μητέρα παραμένει ενεργητική σε όλη τη διάρκεια του τοκετού της (Smith et al. 2006, Habanananda 2004, Lee-man et al. 2003, Bevis 1997, Levine and Taiwo 1994).

Τέλος, θα ήθελα να αναφερθώ στον φυσικό τρόπο αντιμετώπισης του 3ου σταδίου του τοκετού. Ο ομφάλιος λώρος δεν κόβεται αμέσως μετά τη γέννηση του εμβρύου, αλλά αφήνεται να σταματήσει μόνος του να πάλλεται και κόβεται στη συνέχεια. Το παιδί τοποθετείται αμέσως δέρμα με δέρμα στη μητέρα του και σκεπάζεται με μία ζεστή πετσέτα, ενώ αναμένουμε την αυτόματη υστεροτοκία. Αυτή η διαδικασία διευκολύνει τη μετάβαση του παιδιού από το ενδομήτριο στο εξωτερικό περιβάλλον, καθώς ο ομφάλιος λώρος εξακολουθεί να παρέχει οξυγόνο στο νεογνό μέχρι εκείνο να αρχίσει να αναπνέει ομαλά (Leboyer 2009). Με τον τρόπο αυτό λοιπόν, προάγεται η καρδιοαναπνευστική σταθερότητα του νεογνού, μειώνεται η πιθανότητα για σιδηροπενική αναιμία για τους πρώτους 6 μήνες ζωής και παρατηρείται καλύτερη νευρολογική ανάπτυξη (Niermeyer and Velaphi 2013, McAdams 2014, Government of Western Australia 2010). Στα πρόωρα νεογέννητα η καθυστέρηση απο-

λίνωσης του ομφάλιου λώρου μειώνει την πιθανότητα μετάγγισης λόγω αναιμίας, ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (Rabe et al. 2012, McAdams 2014). Εδώ, χρειάζεται να σημειωθεί επίσης, πως η καθυστέρηση απολίνωσης του ομφάλιου λώρου για 2-3 λεπτά μετά τη γέννηση δεν αυξάνει την πιθανότητα αιμορραγίας (Government of Western Australia 2010). Παράλληλα, η όρθια στάση της μητέρας βοηθά στην πρόληψη αιμορραγίας κατά το 3ο στάδιο, αφού η μήτρα δεν πιέζει την κάτω κοίλη φλέβα και η βαρύτητα διευκολύνει την έξοδο του πλακούντα. Η επαφή δέρμα με δέρμα μητέρας – παιδιού και ο πρώτος θηλασμός επίσης, προστατεύει τη μητέρα από αιμορραγία, καθώς εκλύεται ωκυτοκίνη και προκαλούνται συσπάσεις στη μήτρα (Odent 1999), ενώ παράλληλα η θερμοκρασία του σώματος των νεογνών διατηρείται το ίδιο καλά ή και καλύτερα από ότι σε μία θερμοκοιτίδα (Κλάους κ.α. 2004). Επιπλέον, υπάρχει στενότερη παρακολούθηση της μητέρας από μαία και άμεση διάγνωση των συμπτωμάτων αιμορραγίας, καθώς ένας έμπειρος επαγγελματίας υγείας παραμένει μαζί της για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα περιμένοντας την υστεροτοκία και την ομαλή πορεία της μητέρας μετά από αυτή σε σχέση με την ενεργητική αντιμετώπιση του τοκετού (Government of Western Australia 2010).

Όλα τα παραπάνω φαίνεται να επηρεάζουν μητέρες και παιδιά πολύ πέρα από τη στιγμή της γέννησης. Έρευνες έχουν δείξει πως η προσωπικότητα του ατόμου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την κατάσταση της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, από τις συνθήκες γέννησης και από τον τρόπο υποδοχής του παιδιού στη ζωή (Λεμπουαγιέ 2008a). Πιστεύεται πως η πρώτη ώρα μετά τον τοκετό είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα νεογέννητα και τις μητέρες τους, καθώς προσδιορίζει εν μέρει τη μεταξύ τους σχέση, όπως και τον τρόπο με τον οποίο θα προσεγγίζουν τους άλλους ανθρώπους και τον κόσμο γύρω τους. Αυτή η περίοδος στη ζωή ενός ανθρώπου μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του να αγαπάει και γενικά να συνδέεται με άλλους. Η φροντίδα που δέχεται μία μητέρα κατά τον τοκετό φαίνεται πως επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη στάση, τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις της προς την οικογένειά της, τον εαυτό της και ιδιαίτερα το παιδί της (Κλάους κ.α.

2004). Μελέτες έδειξαν πως όσο πιο παρατεταμένη ήταν αυτή η πρώτη επαφή των μητέρων με τα παιδιά τους, τόσο μεγαλύτερη ήταν η στοργική συμπεριφορά των μητέρων κατά τις πρώτες ημέρες και εβδομάδες της ζωής των παιδιών τους, όπως και η χρονική διάρκεια θηλασμού (Κλάους κ.α. 2004). Αυτό τον πρώιμο δεσμό μητέρας – παιδιού ενισχύει η καθυστέρηση της απολίνωσης του ομφάλιου λώρου, η επαφή των δύο δέρμα με δέρμα και η πρώτη βλεμματική επαφή τους, την ένταση της οποίας μπορεί να αισθανθεί όποιος βρεθεί εκεί. Όλες οι αισθήσεις παίζουν ρόλο στην πρώτη επαφή του παιδιού με την μητέρα, οπότε όσο λιγότερα είναι τα εξωτερικά ερεθίσματα, τόσο ευκολότερη γίνεται αυτή η πρώτη επικοινωνία μητέρας και παιδιού (Odent 1999, Κλάους κ.α. 2004).

Από την άλλη πλευρά, η ενεργητική αντιμετώπιση του τοκετού στηρίζεται σε αυστηρά χρονικά και διαγνωστικά κριτήρια για την πορεία του τοκετού, στην πρώιμη τεχνητή ρήξη θυλακίου, στην πρώιμη χορήγηση ωκυτοκίνης και στη συνεχή υποστήριξη της μητέρας από επαγγελματία υγείας. Το κύριο επιχείρημα των επαγγελματιών υγείας που ασκούν αυτή την πρακτική είναι πως με αυτούς τους τρόπους μειώνεται η διάρκεια του τοκετού, ενώ ταυτόχρονα δεν επηρεάζονται ή μειώνονται τα ποσοστά επεμβατικών τοκετών και καισαρικών τομών στις πρωτότοκες μητέρες (Thornton and Lilford 1994).

Η ενεργητική αντιμετώπιση του τοκετού στηρίζεται σε ένα μεγάλο βαθμό στην καμπύλη του Friedman, ο οποίος το 1955 όρισε τι σημαίνει φυσιολογική πορεία τοκετού, βασιζόμενος σε στοιχεία από τοκετούς μερικών εκατοντάδων πρωτότοκων γυναικών (Friedman 1955). Από το 1955, όμως τα δεδομένα έχουν αλλάξει και έρευνες έδειξαν πως οι επίτοκες που δεν έχουν φτάσει στα 7 εκατοστά συχνά δεν παρουσιάζουν καμία μεταβολή στον τράχηλο για περισσότερο από 2 ώρες. Επίσης, η κάθοδος του εμβρύου στη διάρκεια του 2ου σταδίου απαιτεί περισσότερο χρόνο. Γι'αυτό και επισημαίνεται πως μπορούμε να περιμένουμε για περισσότερο από δύο ώρες, εφόσον οι εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί είναι φυσιολογικοί και παρατηρείται κάθοδος της προβάλλουσας μοίρας (Zhang et al. 2002, Albers 1999, ACOG 2003). Βρέθηκε ακόμα, πως δίνοντας στις επίτοκες ένα περιθώριο 2 ωρών επιπλέον πριν οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση το

ποσοστό των καισαρικών τομών μειώθηκε από 26 σε 8% και 60% των επιτόκων που διαγνώσθηκε με δυστοκία γέννησε τελικά με φυσιολογικό τοκετό (Rouse et al.2001, Rouse et al.1999). Πιστεύεται πως αν δινόταν περιθώριο στις επίτοκες για έναν τοκετό διάρκειας μεγαλύτερης των 24 ωρών, άλλο ένα τρίτο αυτών των γυναικών θα είχαν γεννήσει φυσιολογικά (Rouse et al.2001, Rouse et al.1999, Caughey et al. 2009). Επιπλέον, χρειάζεται να λάβουμε υπ'όψιν μας πως τη σημερινή εποχή ένας μεγάλος αριθμός μητέρων ζητά πλέον και έχει επισκληρίδιο αναλγησία στη διάρκεια του τοκετού της, ενώ παρατηρείται και μεγάλη αύξηση του ποσοστού των προκλητών τοκετών. Τόσο η επισκληρίδιος αναισθησία, όσο και η πρόκληση τοκετού έχουν βρεθεί πως αυξάνουν τη διάρκεια ενός τοκετού, αρκετές φορές τόσο ώστε να χαρακτηριστεί δυστοκία (Eriksen et al. 2011, Mealing et al. 2009, O'Hana et al. 2008, Shields et al. 2007).

Η τεχνητή ρήξη θυλακίου μπορεί να προκαλέσει αλλοίωση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών, εξαιτίας της συμπίεσης του ομφάλιου λώρου, κακώσεις της κεφαλής του εμβρύου, μία επιμένουσα κακή θέση του εμβρύου – οπίσθια ινιακή θέση (Fraser et al. 2007, Shields et al. 2007), αύξηση της πιθανότητας καισαρικής τομής (Fraser et al. 2007, Dilbaz et al. 2006), εμφάνιση χοριοαμνιονίτιδας και μητρικού πυρετού (ACOG 2003, Odent 1999), σύνδρομο αναρρόφησης μηκωνίου στο νεογνό (Hofmeyr 2009) και διαταραχή της μητρικής συμπεριφοράς – καθυστέρηση της εμφάνισης μητρικής στοργής μετά τον τοκετό (Κλάους κ.α. 2004).

Από την άλλη πλευρά η χρήση ωκυτοκίνης στη διάρκεια ενός τοκετού, ειδικά πρώιμα, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης υπερτονίας της μήτρας, αλλοίωσης των εμβρυϊκών παλμών (Bugg et al. 2013), κερωσμένου αμνιακού υγρού, Apgar score μικρότερο του 7 στο 1ο και στο 5ο λεπτό, εισαγωγής του νεογνού στη MENN, επεμβατικού τοκετού (Kjaergaard et al. 2009, Oscarsson et al. 2006), καθυστέρηση εμφάνισης του νεογνικού αντανακλαστικού του θηλασμού (Bell et al. 2013), και διαταραχών της μητρικής συμπεριφοράς – επιλόχεια κατάθλιψη, καθώς το μήνυμα που τελικά περνάει στις μητέρες είναι πως είναι ανίκανες να γεννήσουν (Odent 1999).

Υπάρχουν πολύ λίγες έρευνες σχετικές με την ενεργητική αντιμετώπιση του τοκετού, όπου συμπεριλαμ-

βάνονται και τα τέσσερα στοιχεία αυτής της πρακτικής. Συνήθως, μελετώνται η πρόωμη τεχνητή ρήξη θυλακίου και η πρόωμη χορήγηση ωκυτοκίνης ή το τρίτο στάδιο τοκετού. Αμφισβητείται η αποτελεσματικότητα αυτής της πρακτικής τόσο όσον αφορά τη μείωση της διάρκειας του τοκετού, όσο και τη μείωση των ποσοστών καισαρικών τομών και επεμβατικών τοκετών στις πρωτότοκες μητέρες. Επιπλέον, στις έρευνες που συμπεριλαμβάνονται και τα 4 στοιχεία της ενεργητικής αντιμετώπισης του τοκετού η σύγκριση γίνεται με πληθυσμό που λαμβάνει standard care, η οποία περιλαμβάνει ΤΡΘ και χορήγηση ωκυτοκίνης, και όχι με μητέρες που γέννησαν με φυσικό τοκετό (Rogers et al. 2000, Thornton and Lilford 1994, Wagner 2001). Σημαντικό ρόλο στην όποια αποτελεσματικότητα της πρακτικής παίζει η συνεχής παρουσία μαιίας δίπλα στη μητέρα σε όλη τη διάρκεια του τοκετού (Thornton and Lilford 1994, Wagner 2001).

Θα ήθελα να τελειώσω την επιχειρηματολογία μου υπέρ του φυσικού τοκετού με δύο εικόνες, ενός φυσικού και ενός ενεργητικά αντιμετωπίσιμου τοκετού. Τα σχόλια είναι δικά σας. Σας ευχαριστώ.

## Βιβλιογραφία

- ACOG (2003) “Dystocia and Augmentation of Labor” ACOG Practice Bulletin, 49:1-9
- Albers L.L. (1999) “The duration of labor in healthy women” J Perinatol, 19(2):114-9
- Balaskas J., (1991) *New Active Birth – A Concise Guide to Natural Childbirth*, London, Thorsons.
- Basevi V., Lavender T., (2000) “Routine perineal shaving on admission in labour” Cochrane Database Syst Rev, 4: CD001236
- Bell A.F., White-Traut R., Rankin K., (2013) “Fetal exposure to synthetic oxytocin and the relationship with prefeeding cues within one hour postbirth” Early Hum Dev, 89(3): 137-43
- Bevis R. (1993) “Pain relief and comfort in labour” in Brown R.B.K. (eds) *Myles Textbook of midwives*, 12th ed., pp184-197, Melbourne, Churchill Livingstone
- Bloom S.L., Casey B.M., Schaffer J.I., McIntire D.D., Leveno K.J. (2006) “A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor” Am J Obstet Gynecol, 194(1):10-3
- Bugg G.J., Siddiqui F., Thornton J.G. (2013) “Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour” Cochrane Database Syst Rev Jun 23;6:CD007123. Doi: 10.1002/14651858.CD007123.pub3.
- Caughey A.B., Sundaram V., Kaimal A.J., (2009) “Maternal and neonatal outcomes of elective induction of labor” Evidence Reports / Technology Assessments: No 176
- Darney B.G., Snowden J.M., Cheng Y.W., Jacob L., Nicholson J.M., Kaimal A., Dublin S., Getahun D., Caughey A.B., (2013) “Elective induction of labor at term compared with expectant management: maternal and neonatal outcomes” Obstet Gynecol, 122(4): 761-9
- Dilbaz B., Ozturkoglu E., Dilbaz S., Ozturk N., Sivaslioglu A.A., Haberal A., (2006) “Risk factors and perinatal outcomes associated with umbilical cord prolapsed”, Arch Gynecol Obstet, 274(2): 104-7
- Enkin M., Keirse M., Neilson J., Growth C., Duley L., Hodnett E., Hofmeyr J. (2000) *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, 3rd ed, Oxford, Oxford University Press
- Eriksen L.M., Nohr E.A., Kjaergaard H., (2011) “Mode of delivery after epidural analgesia in a cohort of low-risk nulliparas” Birth, 38(4):317-26
- Feinstein U., Sheiner E., Levy A., Hallak M., Mazor M., (2002) “Risk factors for arrest of descent during the second stage of labor” Int J Gynaecol Obstet 77(1): 7-14
- FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee (2012) “FIGO Guidelines - Management of the second stage of labor”, Int J Gynaecol Obstet, 119:111-116
- Fraser W.D., Turcot L., Krauss I., Brisson-Carrol G., (2007) “Withdrawn: Amniotomy for shortening spontaneous labour” Cochrane Database Syst Rev, 18(3): CD000015
- Friedman E.A., (1955) “Primigravid labor; a graphicostatistical analysis” Obstet Gynecol, 6:567-89
- Gagnon A.J., Waghorn K., Covell C. (1997) “A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor” Birth, 24(2):71-7
- Government of Western Australia (2010) “Delivery of the placenta: Should I have active or natural management?” *Delivering a Healthy WA*
- Gupta J.K., Hofmeyr G.J. (2012) “Position for women during second stage of labour” Cochrane Database Syst Rev, 2012; 5:CD002006
- Habananda T. (2004) “Non-pharmacological pain relief in labour” J Med Assoc Thai, 87 Suppl 3:S194-2-2
- Hofmeyr G.J., Kulier R. (2007) “Hands and knees posture in late pregnancy of labour for fetal malposition” Cochrane Database Syst Rev, 2007; 4:CD001063
- Hodnett E.D., (2003) “Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth” Cochrane Database Syst Rev, 3
- Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G.J., Sakala C., Weston J.

- (2011) "Continuous support for women during child-birth", Cochrane Database Systematic Review, Feb16(2): CD003766
- Homfrey G.J., (2009) "What (not) to do before delivery? Prevention of fetal meconium release and its consequences." *Early Hum Dev*, 85(10): 611-5
- Kennell J., Klaus M., McGrath S., Robertson S., Hinkley C. (1991) "Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial" *JAMA*, 265(17):2197-201
- Kjaergaard H., Olsen J., Ottesen B., Dykes A.K., (2009) "Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparas women with spontaneous labor onset" *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88(4):402-7
- Kovavisarach E., Habanananda T., (2012) "Natural Birth" *Thai Journal of Obst and Gynaecol*, 20:87-94
- Leboyer F., (2009) Για μια γέννηση χωρίς βία, Θεσσαλονίκη, Εκδ. Γιάννου.
- Leeman L., Fontaine P., King V., Klein M.C., Ratcliffe S. (2003) "The nature and management of labor pain: part I Nonpharmacologic pain relief" *Am Fam Physician*, 68(6):1109-12
- Levine J.D., Taiwo Y. O. (1994) "Inflammatory pain" in Wall P.D., Melzack R. (eds) *Textbook of pain*, pp45-56, Edinburgh, Churchill Livingstone
- Mansfield B., (2008) "The social nature of natural childbirth" *Soc Sci Med*, 66(5):1084-94
- McAdams R.M., (2014) "Time to implement delayed cord clamping" *Obstet Gynecol*, 123(3):549-52
- Mealing N.M., Roberts C.L., Ford J.B., Simpson J.M., Morris J.M., (2009) "Trends in induction of labour, 1998-2007: a population-based study" *Aust N Z Obstet Gynaecol*, 49(6): 599-605
- Newton N., Newton M., Broach J. (1988) "Psychological, physical, nutritional and technological aspects of intravenous infusion during labor" *Birth*, 15(2):67-72
- Niermeyer S., Velaphi S., (2013) "Promoting physiologic transition at birth: re-examining resuscitation and the timing of cord clamping" *Semin Fetal Neonatal Med*, 18(6):385-92
- Odent M., (1999) Η γέννα στο δρόμο της φύσης – αναγέννηση του φυσικού τοκετού, Αθήνα, Εκδ. Θυμάρι.
- O'Driscoll K., Meagher D., Boylan P. (1993) *Active management of labour*, 3rd ed., London, Mosby
- O'Hara H.P., Levy A., Rozen A., Greemberg L., Shapira Y., Sheiner E., (2008) "The effect of epidural analgesia on labor progress and outcome in nulliparas women" *J Matern Fetal Neonatal Med*, 21(8):517-21
- Oscarsson M.E., Amer-Wahlin I., Rydhstroem H., Kallen K., (2006) "Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study" *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(9): 1094-8
- Parnell C., Langhoff-Roos J., Iversen R., Damgaard P. (1993) "Pushing method in the expulsive phase of labor. A randomized trial" *Acta Obstet Gynecol Scand*, 72(1):31-5
- Rabe H., Diaz-Rossello J.L., Duley L., Dowswell T. (2012) "Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes" *Cochrane Database Syst Rev*, Aug 15;8:CD003248.
- Reivez L., Gaitan H.G., Cuervo L.G., (2007) "Enemas during labour" *Cochrane Database Syst Rev*, 4: CD000330
- Roberts J., Hanson L. (2007) "Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning" *J Midwifery Women's Health*, 52(3):238-45
- Rogers R.G., Gardner M.O., Tool K.J., Ainsley J., Gilson G., (2000) "Active management of labor" *West J Med*, 172(4):240-243
- Rouse D.J., Owen J., Savage K.G., Hauth J.C. (2001) "Active phase labor arrest: revisiting the 2-hour minimum" *Obstet Gynecol*, 98(4): 550-4
- Rouse D.J., Owen J., Hauth J.C. (1999) "Active phase labor arrest: oxytocin augmentation for at least 4 hours" *Obstet Gynecol*, 93(3):323-8
- Sheilds S.G., Ratcliffe S.D., Fontaine P., Leeman L., (2007) "Dystocia in nulliparas women" *Am Fam Physician*, 75(11): 1671-78
- Sheiner E., Levy A., Feinstein U., Hallak M., Mazor M., (2002) "Risk factors and outcome of failure to progress during the first stage of labor: a population-based study" *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81(3):222-6
- Smith C.A., Collins C.T., Cyna A.M., Crowther C.A., (2006) "Complementary and alternative therapies for pain management in labour" *Cochrane Database Syst Rev*, 4: CD003521
- Thornton J.G., Lilford R.J., (1994) "Active management of labour: current knowledge and research issues" *BMJ*, 309 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.309.6951.366>
- Wagner M., (2001) "The Active Management of Labour" *Midwifery Today*, 3(16)
- Κλάους Μ., Κένελ Τ., Κλάους Φ. (2004) Ένας Μοναδικός Δεσμός – Το Θεμέλιο για ένα Παιδί Ασφαλές και Ανεξάρτητο, Αθήνα, Εκδ. Ρέω
- Λεμπουαγιέ Φ., (2008α) Σαν παραμύθι αν μου έλεγαν πως έρχεται ένα παιδί στον κόσμο, Αθήνα, Εκδ. Μαίστρος
- Λεμπουαγιέ Φ., (2008β) Φυσικός τοκετός με αναπνοές και τραγούδι για μια εμπειρία γεμάτη χαρά, Αθήνα, Εκδ. Ρέω
- Τραγέα Ρ., (1999) «Η γέννα: μια υπόθεση καθαρά προσωπική» στον Odent M., Η γέννα στο δρόμο της φύσης – αναγέννηση του φυσικού τοκετού, Αθήνα, Εκδ. Θυμάρι.