

Η μετάβαση στον τρόπο πρόσληψης (αντίληψης) της ασθένειας από τις παραδοσιακές στις σύγχρονες κοινωνίες

Ραλλού Λυμπέρη, Μαία.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε σημαντικό γεγονός της ανθρώπινης ύπαρξης απαιτεί μια ερμηνεία. Οφείλουμε, λοιπόν, να κατανοήσουμε τη φύση του και να αναζητήσουμε τα αίτιά του. Η ασθένεια δεν αποτελεί εξαίρεση σ' αυτή την απαίτηση. Το άτομο που έρχεται αντιμέτωπο με μια ασυνήθιστη σωματική αίσθηση πρέπει να την "αποκωδικοποιήσει", να τη συνδέσει πιθανώς με άλλες εκδηλώσεις, να αποφασίσει αν υπάρχει λόγος να δώσει ιδιαίτερη σημασία σ' ένα ανησυχητικό σημάδι για το οποίο επιβάλλεται μια απόφαση (Adam Ph., Herzlich Cl., ΕΑΠ, 1999).

Μια τέτοια διαδικασία δεν είναι αποκλειστικά ατομική, αλλά συνδέεται με την κοινωνική και την πολιτιστική σφαίρα, δηλαδή, τα πολιτιστικά πρότυπα που ισχύουν σε μια συγκεκριμένη κοινωνία. Τόσο στην **πρόσληψη-αντίληψη (perception)** όσο και στην εμπειρία της αρρώστιας συμβάλλουν ορισμένοι παράγοντες, οι οποίοι αναδύονται μέσα από τον τρόπο ζωής των πληθυσμών και από το "περίγραμμα" των δράσεων και των αντιδράσεών τους.

Η μετάβαση στον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας από τις παραδοσιακές κοινωνίες στις σύγχρονες επιβάλλει παράλληλα και ένα νέο τρόπο αντιμετώπισης του ασθενούς. Μ' αυτή την εργασία και μέσω της ιδιαίτερης αναφοράς και εξέτασης της στάσης των ατόμων απέναντι στη γέννα, επιχειρείται να διαφανεί ο τρόπος πρόσλη-

ψής της χθες και σήμερα, οι παράγοντες που μεταβάλλουν την αντιμετώπισή της, τι ισχύει στις ημέρες μας, καθώς και ποιες είναι (και κυρίως ποιες πρέπει να είναι) οι συνέπειες για τον καθορισμό των πολιτικών υγείας στη χώρα μας.

2. Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ: Ο ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΓΕΝΝΑΣ ΩΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Η αρρώστια νοείται, βιώνεται και προσεγγίζεται όλο και πιο πολύ σε δυο άξονες. Ο πρώτος είναι ο άξονας της νόσου (illness) με την πολυπαραγοντική αιτιολογία της (γενετικοί παράγοντες, περιβάλλον –ατομικό και συλλογικό– κοινωνική και πολιτιστική υπόσταση, σταθερότυποι ζωής, διαχρονική προοπτική). Ο δεύτερος είναι ο άξονας της α-σθένειας (dis-ease) καθώς η νόσος αποτελεί απαρχή ή κατάληξη ενεργημάτων στο πλαίσιο μιας κοινωνίας, αφού η νόσος λειτουργεί ως «πρώτο κινούν» για ατομικά και συλλογικά ενεργήματα και για την παραγωγή νοημάτων (Αγραφιώτης Δ., 1988).

Όπως έχει διαπιστωθεί (Θεοδώρου Σ. και συν., 1997), το εννοιολογικό περιεχόμενο της αρρώστιας λαμβάνει διαφορετική θεώρηση ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις ειδικές κοινωνικές συνθήκες που κυριαρχούν σ' αυτήν, εκφράζοντας ταυτόχρονα μια μη κοινωνικοπολιτισμική σταθερότητα. Διαφορετικές προσεγγίσεις

συνθέτουν μια ολική εικόνα του πολυπαραγοντικού φαινομένου της αρρώστιας και το σχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις του.

Στην πρόσληψη-αντίληψη (perception) της ασθένειας είναι πολύ σημαντικοί οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που την καθορίζουν, ενώ παρουσιάζει ενδιαφέρον και η μελέτη των διαφορών που παρατηρούνται στην εκδήλωση και την αντίληψη συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες κοινωνίες. Η αντίληψη της ασθένειας σχετίζεται με τις αναπαραστάσεις των ατόμων, τις αναπτυσσόμενες αντιλήψεις, τις γνώσεις των ομάδων ή και ολόκληρης της κοινωνίας («Υπηρεσίες Υγείας-Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις», ΕΑΠ, 1999).

Παρά το γεγονός ότι η εγκυμοσύνη κι ο τοκετός δεν αποτελούν ασθένεια, εντούτοις στις μέρες μας βιώνονται ως ιατρικά περιστατικά και ως τέτοια αντιμετωπίζονται. Έτσι, μέσα από την εξέταση της πρόσληψης-αντίληψης της γέννας επιχειρείται να οδηγηθούμε σε συμπεράσματα, που αφορούν την ασθένεια γενικότερα.

ΓΕΝΝΑ: Από την παραδοσιακή στη σύγχρονη κοινωνία

Η γέννηση δεν είναι μόνο τοκετός, αλλά και επικοινωνία. Δεν είναι μόνο η φυσιολογική κατάληξη της εγκυμοσύνης, αλλά και ένα ψυχοσωματικό γεγονός, ένα βίωμα στο οποίο η γυναίκα συμμετέχει ψυχικά και σωματικά. Ο τοκετός κατέχει σημαντική θέση στη σκέψη και τα αισθήματα των λαών, ανάλογα με την αντίληψη, τη φυλή, τον πολιτισμό και την κοινωνική δομή.

Μέχρι σήμερα έχουν περάσει πάνω από 3.000 χρόνια από την πρώτη καισαρική τομή στην αρχαία Ινδία. Όμως, έχουν περάσει ακόμα περισσότερα από την πρώτη

φορά, που γυναίκα βοήθησε γυναίκα να φέρει στον κόσμο το παιδί της. Τα χρόνια αυτά μπορεί να μην άλλαξαν τον τοκετό στην ουσία του, έφεραν όμως πολύ μεγάλες αλλαγές στον τρόπο που τον αντιμετωπίζουμε.

Η εγκυμοσύνη, η προσδοκία δηλαδή για τη νέα ζωή –κατάσταση χαράς αλλά και αγωνίας για την καλή έκβαση– καλύφθηκε από τα πανάρχαια χρόνια με πλήθος παραδόσεις, θρησκευτικές εντολές, μαγικές ιεροτελεστίες, προλήψεις, τελετουργικές πράξεις, ήθη και έθιμα, που όλα στοχεύουν στο αίσιο τέλος (Βλαδίμηρος Λ., 2000).

Μέσω της ορθολογικής θετικοεπιστημονικής σκέψης, καθώς σταδιακά γινόταν υπέρβαση των θρησκευτικών, μαγικών και μεταφυσικών αντιλήψεων, έγινε δυνατή η αναγνώριση και παρατήρηση όλων των παραγόντων της γέννας και κατ' επέκταση και της κοινωνικής διάστασής της.

Ο τελευταίος αιώνας αποτέλεσε ορόσημο για την εξέλιξη της Μαιευτικής, καθώς μέσα σε λίγες μόνο δεκαετίες ο τρόπος αντιμετώπισης της γέννας άλλαζε συνεχώς. Γυρνώντας τριάντα-εξήντα χρόνια πίσω, οι γυναίκες γεννούσαν μόνες ή με τη βοήθεια της μαίας στις πόλεις, στα χωριά, στην ύπαιθρο. Γεννούσαν, μεγάλωναν παιδιά μόνες, χωρίς γιατρούς, φάρμακα, νάρκωση.

Η Στατιστική Υπηρεσία αναφέρει, πως το 1937 ποσοστό 30% των τοκετών γίνονται στο νοσοκομείο και ποσοστό 70% στο σπίτι (Δούκα Α., 1998). Μέσα σε διάστημα 15 ετών (1965-1980) παρατηρείται πτώση του αριθμού των γεννήσεων, αλλά κυρίως των τοκετών στο σπίτι. Το 1980 ποσοστό 82,8% των τοκετών γίνεται στο νοσοκομείο και μόνο το 17% γίνεται στο σπίτι (Σαμαριτάκη Ε. και συν., 1996). Σ' αυτή τη χρονική περίοδο έρχεται στην

Ελλάδα σαν μόδα επιρροής η ειδικότητα του μαιευτήρα, ο οποίος ασκεί παράλληλα και τη Χειρουργική.

Εκείνη την εποχή το γυναικείο κίνημα από τη μια πλευρά και οι φορείς για την υγεία από την άλλη, έκαναν σκληρό αγώνα για να πείσουν τις γυναίκες να πηγαίνουν στο γιατρό. Η ανάγκη για προγεννητικό έλεγχο και για ουσιαστική περίθαλψη των γυναικών αμέσως μετά τη γέννα ήταν επιτακτική. Κι όμως, οι γυναίκες εμποδίζονταν να επισκεφθούν το γυναικολόγο από ντροπή και από μια σχεδόν παραδοσιακή αδιαφορία της ελληνικής κοινωνίας για την καλή κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των γυναικών (Κουλεντιανού Μ., 1991).

Σ' αυτές τις αντιλήψεις οφείλονταν –σε μείζονα βαθμό– απ' τη μια πλευρά η κακή κατάσταση της υγείας των γυναικών στη χώρα μας κι από την άλλη η επίμονη παρουσία σοβαρών παθήσεων στα παιδιά τους. Η μεσογειακή αναιμία για παράδειγμα, που εξακολουθεί να υπάρχει στην Ελλάδα και στην Κύπρο, έχει εξαφανισθεί χάρη στον αποτελεσματικό προγαμιαίο και προγεννητικό έλεγχο. Και μόνο πρόσφατα, συγκεκριμένα τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι γυναίκες στην Ελλάδα κατάφεραν να ξεφύγουν από τις προκαταλήψεις και να καταφύγουν στις υπηρεσίες της Ιατρικής γενικά και της Μαιευτικής ειδικότερα.

Τα τελευταία χρόνια η γενική αντίληψη του κόσμου σε σχέση με τις μεθόδους που εφαρμόζονται στον τοκετό, στηρίζεται στην άποψη ότι όσο περισσότερο χρησιμοποιείται η ιατρική τεχνολογία, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για έναν επιτυχημένο τοκετό. Η αμερικανική αντίληψη για τη γέννα, που κερδίζει έδαφος παντού, επηρεάζει και τα ελληνικά δεδομένα.

Όμως, η αμερικανική Μαιευτική ακολου-

θησε ένα δρόμο όχι μόνο λανθασμένο, αλλά και επικίνδυνο. Οι Αμερικανοί μαιευτήρες στην προσπάθειά τους να ελέγξουν τη γέννα όσο πιο πολύ μπορούσαν, εισήγαγαν έναν ολοένα και περισσότερο αυξανόμενο αριθμό τεχνολογικών και ιατρικών επεμβάσεων. Ενώ όλες αυτές οι επεμβάσεις στόχευαν στη μείωση των επιπλοκών στη διάρκεια της γέννας, στην πράξη δημιουργούσαν ολόκληρη αλυσίδα από άλλα προβλήματα και νέους κινδύνους. Με δυο λόγια έκαναν τη γέννα πιο δύσκολη. Κι όσο πιο δύσκολη είναι μια γέννα, τόσο πιο επικίνδυνη γίνεται. Έτσι, σταδιακά αποδεικνύεται ότι η μαζική ιατροποίηση της γέννας δεν συνεπάγεται απαραίτητα τη μείωση του περίφημου “παράγοντα κινδύνου”.

Συνηθίσαμε πλέον να βλέπουμε τον τοκετό ως ένα σύνολο μηχανισμών και δεδομένων. Μάθαμε να βλέπουμε την εγκυμοσύνη σαν “αρρώστια” και τον τοκετό σαν μια “χειρουργική επέμβαση”. Τις περισσότερες φορές η έγκυος γυναίκα έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με το μαιευτήριο την ώρα του τοκετού. Ανενημέρωτη, παραπληροφορημένη, φοβισμένη, ταλαιπωρημένη ψυχικά, μεγαλοποιεί τη γέννα και την αντιμετωπίζει ως φοβερό γεγονός. Έρχεται σε επαφή με την πραγματικότητα απότομα, ανελέητα, ψυχρά. Χωρίς γνώσεις και περιθώρια επιλογής εξαρτάται από τις επιλογές του γιατρού (Τσατσάρωνη Σ., 2000).

Η σύγχρονη Μαιευτική έχει πια μεταβάλει τις γυναίκες, που γεννάνε, σε παθητικά αντικείμενα και τη φυσική πράξη τής γέννας σε ιατρικό πρόβλημα προς αντιμετώπιση. Στη χώρα μας το πρόβλημα είναι μεγάλο καθώς οι τοκετοί έχουν γίνει βιομηχανία, μετατρέποντας τους μισούς σχεδόν τοκετούς από φυσιολογικό γεγονός σε προβληματική κατάσταση. Αυτό επιβεβαιώνεται από το πολύ μεγάλο ποσο-

στό των καισαρικών τομών στην Ελλάδα. Σύμφωνα με πολύ πρόσφατες μετρήσεις ποσοστό πάνω από το 40% των τοκετών γίνεται με **καισαρική τομή**¹, ενώ μπορεί να φτάνει και το 50% σε ορισμένες ιδιωτικές κλινικές και είναι κάπως μικρότερο (35%) στα δημόσια μαιευτήρια (εφημερίδα "ΤΑ ΝΕΑ", 2001)².

Πολλές ερμηνείες προτείνονται γι' αυτή την αύξηση. Οι γιατροί την αποδίδουν στο ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την υγεία του εμβρύου. Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες. Αν και οι οικονομικοί λόγοι σπάνια αναφέρονται, η εγχείριση αποφέρει πολλά κέρδη στα ιδιωτικά μαιευτήρια. Επιπλέον, οι νομικές συνέπειες παίζουν ένα σημαντικό ρόλο. Ένας μαιευτήρας σπάνια καταδικάζεται επειδή έκανε καισαρική τομή χωρίς λόγο, αλλά αν πεθάνει ένα παιδί κατά τη διάρκεια της γέννας, είναι εύκολο να λεχθεί ότι η εγχείριση θα το είχε σώσει.

Ένας άλλος παράγοντας, που συμβάλει στην άνοδο του ποσοστού των καισαρικών τομών, είναι ότι οι ειδικευόμενοι στη Μαιευτική δεν μαθαίνουν πώς να αντιμετωπίζουν γέννες με επιπλοκές, όπως ισχιακές προβολές ή παρατεταμένους τοκετούς χωρίς να καταφύγουν στο χειρουργείο. Για μια ακόμη φορά η συμβατική Ιατρική μοιάζει να αντιμετωπίζει τη γέννα ως επιπλοκή, ή ως παθολογική κατάσταση, που απαιτεί ιατρική παρέμβαση.

Όμως και οι ίδιες οι γυναίκες εξοικειώθηκαν με την ιδέα της καισαρικής τομής

επειδή είναι τόσο συνηθισμένη, αλλά και λόγω της ευρέως επικρατούσας άποψης ότι η καισαρική τομή είναι ένας εύκολος τρόπος τοκετού. Η άποψη αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι ο φυσιολογικός τοκετός προσλαμβάνεται ως μια διαδικασία επώδυνη και αγωνιώδης. Πολλοί άνθρωποι γαλουχήθηκαν με τη βιβλική ρήση, ότι «*οι γυναίκες έχουν καταραστεί να γεννούν με τρόπο βασανιστικό και επώδυνο*» (Ελμάζης Χ., 1997).

Ο τρόπος με τον οποίο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται τη γέννα και ειδικότερα ο τρόπος με τον οποίο μια γυναίκα βιώνει τον τοκετό, έχει να κάνει με το γενικότερο πλαίσιο καθημερινής συμπεριφοράς και πεποιθήσεων. Εξαρτάται, δηλαδή, από τη συνολική στάση και τον τρόπο αντίληψης του ατόμου, από την παιδεία, τις γνώσεις, το πολιτιστικό του μόρφωμα, ακόμα και από την ερμηνεία των συμπτωμάτων, αλλά και τον τρόπο και βαθμό αντίδρασης απέναντι στον πόνο.

Ο βαθμός ανοχής του πόνου διαφέρει πολύ από γυναίκα σε γυναίκα. Αλλιώς αντιδρά στον πόνο του τοκετού μια γυναίκα, που μετά από απεγνωσμένες και πολύχρονες προσπάθειες τεκνοποίησης κατορθώνει να μείνει έγκυος, και αλλιώς μια γυναίκα με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Ακόμη, η αντίδραση απέναντι στον πόνο πολλές φορές διαφέρει και από πολιτισμό σε πολιτισμό. Για παράδειγμα, η γυναίκα της Αφρικής σε σχέση με τη γυναίκα της Ευρώπης αντιμετωπίζει με πολύ μεγαλύτερη ψυχραιμία τόσο τη διαδικασία του τοκετού, όσο και τον πόνο («Κοινωνικές-Πολιτιστικές πτυχές της υγείας και της αρρώστιας», ΕΑΠ, 1999).

Πολύ πρόσφατα, εδώ και λίγα μόλις χρόνια, άρχισαν να αναθεωρούνται πολλές ιδέες και να αλλάζει δειλά δειλά ο τρόπος αντίληψης της γέννας και του φυσιολογικού τοκετού. Έτσι, κάνουν την εμφά-

¹ Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. «το εθνικό ποσοστό των καισαρικών τομών θα πρέπει να βρίσκεται μεταξύ 5% και 15%». Ποσοστό μεγαλύτερο του 15% δείχνει υπερχρησιμοποίηση για λόγους διαφορετικούς από τη σωτηρία ζωής (Π.Ο.Υ., 1999).

² Στην Αγγλία το αντίστοιχο ποσοστό είναι 14%.

νισή τους νέες αντιλήψεις και εναλλακτικοί τρόποι τοκετού.

Οι νέες αντιλήψεις και οι εναλλακτικές προτάσεις τοκετού

Πολλοί υποστηρίζουν ότι βρισκόμαστε σε μια κρίσιμη καμπή στην ιστορία του τοκετού και την αντίληψη της γέννας: στο τέλος της ηλεκτρονικής εποχής και στην αρχή της μεταηλεκτρονικής. Την αναθεώρηση παγιωμένων αντιλήψεων προκάλεσε το 1987 η δημοσίευση ενός εξαιρετικά σημαντικού άρθρου στο *"The Lancet"*, ένα από τα πιο αυστηρά και έγκυρα ιατρικά περιοδικά στον κόσμο. Το άρθρο αυτό συγκεντρώνει οχτώ μελέτες από την Αμερική, την Αυστραλία και την Ευρώπη, οι οποίες βασίζονταν σε δεκάδες χιλιάδες γέννες.

Και στις οχτώ μελέτες, γυναίκες που γέννησαν με παρακολούθηση καρδιοτοκογράφου συγκρίθηκαν με γυναίκες που γέννησαν χωρίς τη βοήθεια του μηχανήματος. Το γενικό συμπέρασμα ήταν, πως το μόνο σημαντικό αποτέλεσμα που επήλθε με τη χρήση του μόνιτορ, ήταν η αύξηση των καισαρικών τομών και των τοκετών με εμβρυολόγο. Δεν βρέθηκαν διαφορές ούτε όσον αφορά το ποσοστό των παιδιών που γεννήθηκαν ζωντανά, ούτε όσον αφορά το βαθμό της υγείας τους αμέσως μετά τη γέννα. Οι τεχνικές της σύγχρονης τεχνολογικής Μαιευτικής από τη μια αυξάνουν τα ποσοστά των τεχνητών γεννήσεων και από την άλλη, κάθε άλλο παρά συμβάλλουν στην ψυχοσωματική υγεία του νεογέννητου και της μητέρας με τη σωρεία των "βοηθητικών" φαρμάκων, που χορηγούν (Odent M., 1991).

Τα στοιχεία αυτά, που είναι γερά θεμελιωμένα, μοιάζουν να προτείνουν ξεκάθαρα την αλλαγή στον τρόπο αντίληψης της γέννας και την εξέταση μιας σειράς παραγόντων, που μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν

άνευ σημασίας. Έτσι, αρχίζουν να τίθενται ορισμένα απλά ερωτήματα που έχουν να κάνουν με την ψυχοσύνθεση της γυναίκας, αλλά και την επιρροή του περιβάλλοντος στη διαδικασία της γέννας.

Η γέννα δεν είναι ένα ιατρικό πρόβλημα αλλά μια φυσική πράξη. Αποτελεί φυσιολογική βιολογική διεργασία-λειτουργία, όπως η πέψη ή η αναπνοή. Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., η βασική αρχή για τη φροντίδα του φυσιολογικού τοκετού είναι η εξής: *«Στο φυσιολογικό τοκετό θα πρέπει να υπάρχει σημαντικός λόγος για να διαταράξουμε τη φυσική του πορεία»* (Πρόγραμμα "Ασφαλής Μητρότητα" της Π.Ο.Υ., 1985).

Η προσοχή αρχίζει να συγκεντρώνεται στην ανθρώπινη πλευρά της γέννας κι όχι στην τεχνική ή μαιευτική της πλευρά. Μέχρι τώρα, το ενδιαφέρον και η φροντίδα είχαν να κάνουν με το περιεχόμενο της μήτρας. Όμως, η γυναίκα συμμετέχει στον τοκετό με ολόκληρο τον εαυτό της: με όλο το σώμα της, με το συναισθηματικό της κόσμο, την πολιτιστική της κληρονομιά, την κουλτούρα της, την εκφραστικότητά της (Franzia S., 1988).

Όλοι οι τοκετοί αντιμετωπίζονται με τον ίδιο σχεδόν τρόπο. Ο ψυχισμός της γυναίκας παραγκωνίζεται, πράγμα που την κάνει να νιώθει ανήμπορη και χαμένη, την καθιστά παθητική και τη βυθίζει στους φόβους της με συνέπεια να μη μπορεί να συμμετέχει σ' αυτά που συμβαίνουν γύρω της. Αποτέλεσμα αυτών είναι να αποσύρεται είτε στο ψυχικό είτε στο σωματικό επίπεδο, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα άσχημης εξέλιξης του τοκετού, τις οδυνηρές αισθήσεις και το ρίσκο των επιπλοκών (Franzia S., 1995)

Θεωρείται, πλέον, σημαντικό το να αντιμετωπίζεται η έγκυος ως ένας ολοκληρωμένος οργανισμός, όπου τα ψυχικά βιώματα και οι σωματικές λειτουργίες αλλη-

λεπιδρούν. Η κυρίαρχη τάση της δυτικής Ιατρικής αρχίζει να απορρίπτεται (προς το παρόν σε θεωρητικό επίπεδο) και οδηγούμαστε σε μια πιο ολιστική και πνευματική προσέγγιση της γέννας και της υγείας γενικότερα, σε ένα νέο μοντέλο μαιευτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό οι γυναίκες διδάσκονται να θεωρούν την εγκυμοσύνη και τον τοκετό φυσικές διεργασίες (Δημοπούλου Ε., 1998). Το γυναικείο σώμα αντιμετωπίζεται αυτοδίκαια ως φυσικό και λειτουργικό. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην προληπτική φροντίδα (σημασία στην καλή διατροφή, στη σωματική άσκηση, στις εθιστικές ουσίες). Υποστηρίζονται ψυχολογικά τόσο η γυναίκα όσο και η οικογένειά της για να αποφευχθούν επιπλοκές στη γέννα, που προέρχονται από φόβο και άγχος. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην πίστη ότι η γέννα είναι κυρίως κοινωνικό κι όχι ιατρικό γεγονός.

Σήμερα, πέρα από το συμβατικό τοκετό δίνεται στη γυναίκα μια σειρά εναλλακτικών προτάσεων για το πώς και το πού θα ήθελε να γεννήσει. Σε χώρες του εξωτερικού ο τοκετός στο σπίτι είναι και πάλι στην επικαιρότητα μετά από πολλά χρόνια εγκατάλειψής του.³

Νέες μέθοδοι έρχονται να προστεθούν στις ήδη υπάρχουσες και να προσφέρουν ό,τι μπορούν στη μητέρα και στο παιδί της. Η Αρωματοθεραπεία, η Ομοιοπαθητική, η Κινέζικη Ιατρική, η Γιόγκα, αν και εφαρμόζονται αιώνες τώρα, στις μέρες μας γίνονται πιο δημοφιλείς. Έτσι, η σταδιακή στροφή στον τρόπο πρόσληψης της μέλλουσας μητέρας και του τοκετού μάς οδη-

γεί να θέσουμε προβληματισμούς σχετικά με τον πιθανό προσανατολισμό στον καθορισμό των πολιτικών υγείας, ώστε να εξυπηρετούνται θετικά οι ανάγκες της μητρότητας.

Οι συνέπειες της αλλαγής αντίληψης της γέννας στην πολιτική υγείας της χώρας μας

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τη χώρα μας στη μέλλουσα μητέρα, μοναδικό τους στόχο έχουν ως τώρα την ιατρική φροντίδα. Η εξάρτηση της γέννας από την ιατρική τεχνολογία ολοένα και αυξάνεται, ενώ το ένστικτο της φυσικής γέννας όλο και συμπιέζεται. Ο τοκετός στην Ελλάδα συνδέεται με το "Μαιευτήρα" και το "Μαιευτήριο", χωρίς όμως να έχει αναπτυχθεί η λύση για εναλλακτικό τοκετό στο μαιευτήριο, με συνθήκες που να προσεγγίζουν τουλάχιστον τις συνθήκες του σπιτιού.

Δεν αρκεί, πλέον, η εξασφάλιση της φυσικής ασφάλειας του παιδιού και της μητέρας του, ούτε η απόλυτη κυριαρχία στον τεχνικό τομέα. Δεν αρκεί, μόνο, η απλή ενεργοποίηση της γνώσης και της τεχνικής. Οι γνώσεις αυτές πρέπει να μπορούν να τεθούν στη διάθεση της υποκειμενικότητας των ανθρώπων που συμμετέχουν στο γεγονός, και ο τοκετός να είναι μια δραστηριότητα με κοινή αλληλεπίδραση μεταξύ της εγκύου γυναίκας και όσων μετέχουν σ' αυτόν.

Η γυναίκα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το πού θα γεννήσει, το πώς θα γεννήσει, ποιους ανθρώπους θέλει να έχει κοντά της. Κάθε γυναίκα πρέπει να γεννάει εκεί που αισθάνεται ασφαλής. Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., «Ο τοκετός πρέπει να γίνεται σ' ένα μέρος όπου όλη η προσοχή και η φροντίδα επικεντρώνεται στις ανάγκες και στην ασφάλεια της γυναίκας, επιδιώκοντας να είναι όσο γίνεται πιο κοντά στο σπίτι της

³ Ο τοκετός στο σπίτι είναι ιδιαίτερα δημοφιλής σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Δανία και η Ολλανδία. Το 1994 στην Ολλανδία, το 30% των τοκετών γίνονταν στο σπίτι (Kersens J., 1994).

και στο πολιτισμικό της υπόβαθρο» (Πρόγραμμα «Ασφαλής Μητρότητα», 1985).

Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχουν έναν τοκετό που θα αποτελεί έκφραση στάσης ζωής, πίστης στο ενστικτώδες δυναμικό των ανθρώπων, στις φυσικές ικανότητες και στην έμφυτη γνώση που έχουν οι γυναίκες για τον τοκετό. Έναν τοκετό όπου θα ενθαρρύνεται ο αυθορμητισμός και η ελευθερία, είτε αυτός είναι τοκετός στο σπίτι, είτε τοκετός στο μαιευτήριο με συνθήκες σπιτιού, είτε τοκετός στο νερό, ή οποιαδήποτε άλλη μορφή εναλλακτικού τοκετού επιλέξει η έγκυος.

Πάντως, όλα αυτά δεν μπορούν να υπάρξουν χωρίς αλλαγή της στάσης και στη συνείδηση της συμπεριφοράς των ατόμων σε σχέση με τη γέννα. Έτσι, το βάρος πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση, που θα οδηγήσει στη γνώση. Ενημέρωση που θα αφορά τόσο το ζευγάρι (συμβουλευτική φροντίδα, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη), όσο και τη μητέρα (ενημέρωση για το τι είναι φυσιολογικό και τι παθολογικό, τι ωφελεί και τι βλάπτει, ποιες μαιευτικές παρεμβάσεις έχουν παρενέργειες στις μητέρες και στα νεογνά).

Πάντως, παρά το γεγονός ότι στα στάδια της περίθαλψης σημαντικό ρόλο κατέχει η πρόληψη, και παρά το γεγονός ότι όλοι αναγνωρίζουν την αξία της, η χώρα μας υστερεί πολύ σε προγράμματα ενημέρωσης και κυρίως σε προγράμματα Αγωγής Υγείας με θέμα τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και τη Γενετήσια Αγωγή. Σε πολλές χώρες όπως η Δανία, Σουηδία, Γερμανία, Η.Π.Α., η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι υποχρεωτική στα σχολεία. Στην Ελλάδα (όπως και στην Τουρκία και την Κύπρο) αν και δεν είναι απαγορευμένη, εντούτοις δεν έχει καθιερωθεί (Τριχοπούλου Α. και συν., 1986).

Όμως, κατά την Herzlich Cl. («Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής»,

ΕΑΠ, 1999), οι πρόσφατες εξελίξεις της κοινωνικής επιδημιολογίας οδηγούν σε μια πολύ πιο διευρυμένη εικόνα του τύπου πολιτικής, που είναι απαραίτητος για την εξασφάλιση της καλής υγείας των ατόμων. Οι πολιτικές υγείας θα πρέπει να έχουν σκοπό όχι μόνο την ανάπτυξη ιατρικών τεχνολογιών και την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών από τα άτομα, αλλά και ευρύτερα, επενδύοντας στη βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων.

Τέλος, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η αντίληψη της γέννας ως ιατρικό περιστατικό οδηγεί στην αντιμετώπισή της με βάση τις γνώσεις των "ειδικών", που είναι πάντα ορθολογικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται στις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ενώ αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση της γυναίκας (Παπαδάτου Δ. και συν., 1999).

Όμως, κάθε γυναίκα είναι διαφορετική, μοναδική και ξεχωριστή. Κατά συνέπεια κάθε τοκετός είναι μοναδικός και εξατομικευμένος και μόνο έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται. Οι αντιδράσεις της γυναίκας πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά κατά τη διάρκεια του δικού της, μοναδικού τοκετού και να αλλάζει το πλάνο φροντίδας ανάλογα μ' αυτές τις παρατηρήσεις.

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μέσω της εξέτασης του τρόπου αντίληψης της γέννας, καθώς αυτή στις μέρες μας αποτελεί ιατρικό περιστατικό, μπορούν να βγουν ορισμένα σαφή συμπεράσματα, που αφορούν στον τρόπο αντίληψης της ασθένειας γενικότερα. Κατ' αρχάς, η χωρίς προκαταλήψεις αναγνώριση και παρατήρηση όλων των παραγόντων της ασθένειας και κατ' επέκταση της κοινωνικής διάστασής της, έγινε δυνατή

στο μέτρο που έγινε υπέρβαση των θρησκευτικών και μεταφυσικών αντιλήψεων. Η υγεία και η αρρώστια εμπλέκονται σ' όλες τις πτυχές της κοινωνικής ζωής και δεν μπορούν να διαχωριστούν από το γενικό πλαίσιο της στο επίπεδο της καθημερινής συμπεριφοράς και των πεποιθήσεων.

Η εμπειρία της ασθένειας και η αντίδραση του ατόμου σ' αυτήν εξαρτάται αρχικά από την αντίληψη των συμπτωμάτων. Η διαδικασία με την οποία το άτομο βιώνει τα συμπτώματα είναι σύνθετη, επηρεαζόμενη όχι μόνο από την οργανική κατάσταση, αλλά και από τη συναισθηματική διάθεση, τη μάθηση, από γνωστικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Όμως το άτομο δεν βιώνει μεμονωμένα συμπτώματα. Τα οργανώνει σ' ένα σύνολο και τα ερμηνεύει σύμφωνα με ορισμένες γνωστικές αναπαραστάσεις, που έχει σχετικά με διάφορες ασθένειες (Παπαδάτου Δ. και συν., 1999).

Η αρρώστια θεωρείται ως ένα φαινόμενο με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες, που απαιτούν ειδική αντιμετώπιση. Η ολιστική θεώρηση της υγείας και της ασθένειας δίνει περισσότερο βάρος στην κοινωνική τους διάσταση, υποστηρίζοντας ότι η αρρώστια δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό φαινόμενο (Θεοδώρου Σ. και συν., 1997).

Όμως, παρά το γεγονός ότι η περίθαλψη του αρρώστου και η παροχή υπηρεσιών υγείας προς αυτόν απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση και υποστήριξη, εντούτοις στη χώρα μας η προσοχή και το ενδιαφέρον στρέφεται αποκλειστικά στη μη φυσιολογική λειτουργία ενός συστήματος ή ενός οργάνου, χωρίς ο ασθενής να αντιμετωπίζεται ως ολότητα.

Η πρόσληψη-αντίληψη της ασθένειας ως ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο επιβάλλει την αλλαγή και στον τρόπο πρόσληψης-αντίληψης του ασθενούς. Η προσοχή πρέπει να στρέφεται στα ιδιαίτερα

χαρακτηριστικά του κάθε αρρώστου, στην αντίληψη που έχει για την αρρώστια και τη θεραπεία της, στη σχέση που διαμορφώνει με τους επαγγελματίες υγείας, δηλαδή, με δυο λόγια, να δίνεται έμφαση στην υποκειμενικότητα του αρρώστου.

Ίσως, τελικά, η εξατομίκευση της αρρώστιας να πρέπει να μας οδηγήσει στο σεβασμό της ιδιαιτερότητας του κάθε ατόμου και στην αντιμετώπιση, πλέον, όχι ασθενειών, αλλά ξεχωριστών, διαφορετικών και μοναδικών ασθενών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγραφιώτης Δ.:** Υγεία και Αρρώστια, Κοινωνικο-Πολιτιστικές Διαστάσεις. Εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα, 1988.
- Adam Ph., Herzlich Cl.:** Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Υγείας. (Μετάφραση Βασιλικού Κ.). ΕΑΠ., Πάτρα, 1999.
- Βλαδίμηρος Λ.:** Παραδόσεις για τη Μητρότητα. Περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ", 2000, 5(1): 33-40.
- Clement S.:** The Caesarian experience. *Pandona Press*, 1995.
- Δημοπούλου Ε.:** Σύλληψη-Εγκυμοσύνη-Τοκετός. "Σύγχρονη Θεραπευτική", 1998, 4(8):19-105.
- Δούκα Α.:** Τοκετός: Μύθοι και Πραγματικότητα. Περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ", 1998, 3(4): 157-162.
- Εγχειρίδιο Μελέτης:** Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α', ΕΑΠ, Πάτρα, 2000.
- Εγχειρίδιο Μελέτης:** Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Τόμος Α', ΕΑΠ, Πάτρα, 1999.
- Ελμάζης Χ.:** Καισαρική Τομή: Ο εύκολος τρόπος τοκετού; Περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ", 1997, 4(2):155-158.
- Franzia S.:** Γέννηση: Η αναγκαιότητα μιας ολιστικής, ψυχοσωματικής προσέγγισης. Πρακτικά 4ου Μεσογειακού Συνεδρίου Μαιευτικής Ψυχοπροφύλαξης, Αθήνα, 3-6/5/1995, σελ.151-157.

Franzia S.: Συναίσθημα και Σώμα στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό: Η αναγκαιότητα μιας ολιστικής προσέγγισης. 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής Ψυχοπροφύλαξης, Αθήνα, 5-7/6/1988.

Θεοδώρου Σ., Σαρρής Σ., Σούλης Μ.: Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα. (Έκδοση των συγγραφέων), Αθήνα, 1997.

Indicators to monitor maternal health goals. WHO, 1999.

Kersens J.: Patient satisfaction with home birth care. *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 20:344-350.

Κουλεντιανού Μ.: Αναγέννηση - Η Γέννα στο δρόμο της Φύσης (σημείωμα της ελληνικής έκδοσης). Εκδόσεις "Θυμάρι", Αθήνα, 1991.

Νταουντάκη Ν.: Με καισαρική τομή το 40%

των τοκετών. Εφημερίδα "ΤΑ ΝΕΑ", 11-12-2001, σελ. 35.

Odent M.: Αναγέννηση - Η Γέννα στο δρόμο της Φύσης. Εκδόσεις "Θυμάρι", Αθήνα, 1991.

Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.: Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Εκδόσεις "Ελληνικά Γράμματα", Αθήνα, 1999.

Πρόγραμμα «Ασφαλής Μητρότητα»: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1985.

Σαμαριτάκη Ε., Δημοπούλου Ε.: Τοκετός στο Σπίτι, ή στο Νοσοκομείο σαν στο Σπίτι. Περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ", 1996, 1(2):61-65.

Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ.: Προληπτική Ιατρική. Εκδόσεις "Παρισιάνος", Αθήνα, 1986.

Τσατσαρώνη Σ.: Τοκετός στο Σπίτι: Μια εναλλακτική πρόταση τοκετού. Περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ", 2000, 5(3):112-115.

XIX Ευρωπαϊκό Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής

**13-16 Οκτωβρίου 2004
ΑΘΗΝΑ
Ξενοδοχείο "HILTON"**

Website: www.perinatal2004.gr

E-mail: perinatal2004@cnc.gr

Υπεύθυνη Τμήματος Συνεδρίων

Κατερίνα Γκόβα

Τηλ.: 210-6889.108, E-mail: gova@cnc.gr