

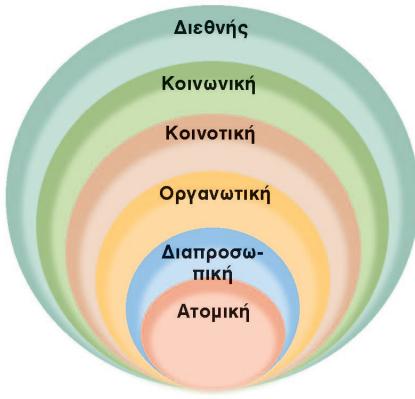
Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Ως μελλοντικοί ιατροί, θα ανυπομονείτε να εργαστείτε πρόσωπο προς πρόσωπο με αισθενείς – κατανοώντας πολύπλοκα συμπτώματα και σημεία, ζητώντας και ερμηνεύοντας διαγνωστικά τεστ, κάνοντας διαγνώσεις, συζητώντας τις επιπτώσεις τους με τους αισθενείς και συμφωνώντας ως προς το είδος της θεραπείας και ιδίως ως προς τη μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση των αισθενών που υποφέρουν από χρόνιες παθήσεις που δεν θεραπεύονται. Μπορεί να εμπλακείτε σε μια προσπάθεια πρόληψης, ή τουλάχιστον επιβράδυνσης, της έναρξης μιας αισθένειας μέσα από προγράμματα ετήσιου ελέγχου της υγείας, ευκαιριακών ελέγχων και δευτερογενούς προληψης (βλ. σελ. 64-65 και 68-69).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε την υγεία ως «μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως απουσία αισθένειας ή αναπηρίας» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1948).

Αυτός ο ορισμός τονίζει τις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της υγείας (βλ. σελ. 38-39). Οποιοδήποτε ολοκληρωμένο πλαίσιο για την κατανόηση της υγείας και της νοσοκομειακής περίθαλψης θα πρέπει να εγκολπώνει τόσο τις ψυχολογικές όσο και τις κοινωνικές πτυχές της ευημερίας και τις αλληλεπιδράσεις τους με τις βιολογικές διαδικασίες (βλ. σελ. 38-39). Η υγεία εξαρτάται από τις αντιλήψεις μας, τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά μας και από το πώς όλα αυτά αλληλεπιδρούν με τα οργανικά συστήματα όπως το ενδοκρινικό, το ανοσοοποιητικό και το καρδιαγγειακό σύστημα. Ταυτοχρόνως, οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές μας διαμορφώνονται από το κοινωνικό πλαίσιο. Το να κατανοήσει κανείς το πώς οι κοινωνικές, οι ψυχολογικές και οι βιολογικές διαδικασίες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους ώστε να παραγάγουν διαφορές στην υγεία είναι αυτό που εννοούμε υιοθετώντας μια βιοψυχοκοινωνική προοπτική (Schwartz, 1980), όπως απεικονίζεται στη μελέτη περιστατικού.

Ο Bartholomew και συν. (2006: 9) πρότειναν ένα «κοινωνικό οικολογικό» μοντέλο υγείας και συμπεριφορών υγείας, το οποίο εμπεριέχει ατομικούς και κοινωνικούς παράγοντες που καθορίζουν την αντιλήψη και τη συμπεριφορά (Εικ. 1). Για παράδειγμα, στη Μ. Βρετανία, όπου το πλουσιότερο 10% του πληθυσμού



Εικόνα 1 Επιδράσεις στην υγεία (με την άδεια των Bartholomew και συν., 2006).

έχει στην κατοχή του πάνω από το μισό όλου του πλούτου, η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των φτωχότερων και των πλουσιότερων περιοχών είναι περίπου 10 χρόνια (Shaw και συν., 2005). Έτσι, η γνώση και μόνον το πού έχει γεννηθεί κάποιος (π.χ. στη βόρεια Αγγλία ή ακόμη και το σε ποια περιοχή κάποιας πόλης) μάς επιτρέπει να κάνουμε χρήσιμες προβλέψεις για το πόσο θα ζήσει, καταδεικνύοντας το πώς το κοινωνικό πλαίσιο διαμορφώνει την ευημερία και την υγεία μας.

Η δική μας υγεία και η υγεία ενός πληθυσμού γενικότερα μπορεί επίσης να επηρεαστεί σημαντικά από τη δημόσια πολιτική και την υπάρχουσα νομοθεσία. Για παράδειγμα, αξιολογώντας τον νόμο για την απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, οι Sargent και συν. (2004) βρήκαν ότι οι εισαγωγές στο νοσοκομείο με έμφραγμα του μυοκαρδίου μειώθηκαν σημαντικά κατά τους 6 μήνες της απαγόρευσης, ενώ σε χώρους που δεν

Μελέτη περιστατικού

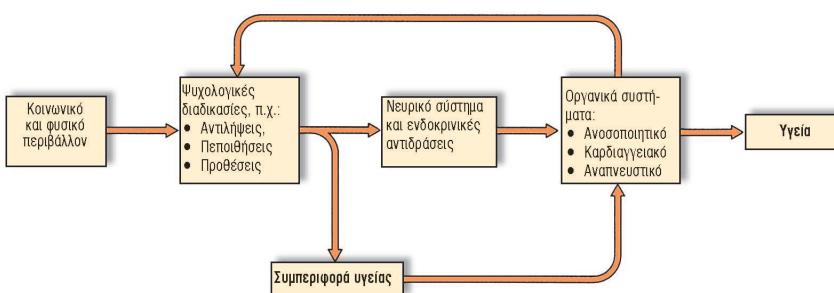
Ο κ. Brown δίνει συνέντευξη σε μια μικρή ομάδα τριτοετών φοιτητών ιατρικής, περιγράφοντάς τους την εμπειρία του από την καρδιαγγειακή αισθένεια που είχε (βλ. σελ. 106-107). Είναι 65 χρόνων, παντρεμένος, με δύο παιδιά και δύο εγγόνια. Είχε γεννηθεί σε μια σχετικά φτωχή περιοχή της πόλης, και ήταν ένα από τα 4 παιδιά που ζούσαν μαζί με τους γονείς τους σε ένα διαμέρισμα δύο δωματίων (βλ. σελ. 54-55). Έτρωγαν αυτό που θεωρούσαν καλό φαγητό: «το καλύτερο: αυγά, βούτυρο, κρέας», καθώς η μητέρα τους δουλεύει ως μαγείρισσα και καθαρίστρια σε μια πλούσια οικογένεια της περιοχής. Και οι έξι κάπνιζαν (βλ. σελ. 84-85). Εγκατέλειψε το σχολείο στα 16 του χρόνια και εργάστηκε ως οδηγός λεωφορείου. Οι ικανότητές του τον βοήθησαν να προαχθεί σε υπεύθυνο οργάνωσης – «μια απαιτητική και αγχωτική θέση» (βλ. σελ. 56-57).

Ο κ. Brown ξεκίνησε να έχει επεισόδια ήπου θωρακικού άλγους στα 40 του χρόνια και όταν επισκέφτηκε έναν ιατρό, εκείνος του πρότεινε να διακόψει το κάπνισμα. Παρ' όλα αυτά, δεν το διέκοψε, επειδή, όπως το έβλεπε ο ίδιος, δεν ένιωθε «τόσο άρρωστος» (βλ. σελ. 72-75, 78-79, 88-91). Έπαθε την πρώτη καρδιακή προσβολή όταν ήταν 45 ετών, την οποία περιγράφει ως «έναν εξοντωτικό πόνο, σαν να είχαν βάλει έναν τόνο τουβλά στο στήθος μου». Στο νοσοκομείο, έπαθε και δεύτερη προσβολή (βλ. σελ. 102-103) και χρειάστηκε στεφανιαία παράκαμψη (bypass), η οποία ήταν επιτυχησ (βλ. σελ. 104-105). Είχε πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο, αλλά ανέπτυξε στηθάγχη, η οποία επιδεινώθηκε με το πέρασμα του χρόνου. Περαιτέρω εγχείρηση δεν ήταν δυνατή (εφικτή).

Δυσκολεύεται να αγοράσει την εφημερίδα του από το συνοικιακό μαγαζί και πάιρει φάρμακα για να αντιμετωπίσει τον πόνο στο στήθος και τη δύσπνοια. Όταν τα λαμβάνει το πρώιμο για να μπορέσει να στηκωθεί, έχει πονοκέφαλο και δεν μπορεί να κάνει πολλά πράγματα μέχρι να μειωθούν σιγά σιγά οι παρενέργειες. Στους φοιτητές είπε ότι χρειάστηκε να πάρει δύο χάπια για να μπορέσει να έρθει στη συνέντευξη - ένα για να φτάσει μέχρι τον ιατρό του και το άλλο για να ανέβει τις σκάλες του γραφείου του. Αυτή τη στιγμή πονάει και είναι νευρικός και αγχωμένος (βλ. σελ. 148-149).

Ο κ. Brown λέει ότι έχει αλλάξει πολύ από τότε που έπαθε την καρδιακή προσβολή και έγινε πιο υπομονετικός και χαλαρός, δεν εκνευρίζεται τόσο πολύ, «πατιλά συνήθιζα να κυνηγάω τα περιστέρια από το πρεβάζι του παραθύρου, τώρα τα ταΐζω» (βλ. σελ. 20-21). Επίσης, ανησυχεί για τη σύζυγό του, γιατί είναι ένα αρκετά αγχώδης τις περισσότερες φορές και ανησυχεί για αυτόν. Νιώθει ότι δεν θέλει να παραιτηθεί από τη ζωή, αλλά όλοι γνωρίζουν ότι αυτό επιδεινώνει την ανησυχία της συζύγου του. Το καλύτερο παράδειγμα που δίνει για το πώς τα καταφέρνει στη ζωή του, είναι η απάντηση του στη ερώτηση «πώς νιώθει τελευταία», όπου περιγράφει μια ημέρα της προηγούμενης εβδομάδας, όταν είδε τα εγγόνια του σε ένα τουριστικό ιστορικό μέρος της περιοχής. Θα έπαιρναν το λεωφορείο, αλλά ο γαμπρός του αποφάσισε να περιπατήσουν για να απολαύσουν την όμορφη εκείνη ημέρα. Έτσι, ο κ. Brown, που αγαπά πολύ την ιστορία και δεν ήθελε να απογοητεύσει τα εγγόνια του ή να προκαλέσει αναστάτωση, περπάτησε μαζί τους σε έναν ανηφορικό δρόμο, αλλά έκανε συχνά διαλείμματα προκειμένου να περιγράψει και άλλα ιστορικά και ενδιαφέροντα αξιοθέατα της περιοχής και με σκοπό να υποχωρήσει η δύσπνοια και να βελτιωθεί η αναπνοή του. Με αυτόν τον τρόπο ο κ. Brown μπορεί να αντιμετωπίσει μια έξοδο από το σπίτι, αλλά μετά θα πρέπει να περάσει 3 ημέρες εξαντλημένος στο κρεβάτι του (βλ. σελ. 50-51, 136-137). Η σημερινή συνέντευξη είναι η πρώτη έξοδος μετά από εκείνη την ημέρα. Όταν οι φοιτητές παρουσίασαν αυτήν τη περίπτωση, ένα μέλος του ιατρικού προσωπικού ψιθύρισε «τι χαζός ασθενής».

Πέρα από τις ψυχολογικές παραμέτρους που σχετίζονται άμεσα με τον κ. Brown και την ασθένειά του, η περίπτωση αυτή απεικονίζει την ανάγκη να κατανοήσουμε το πόσο ο τρόπος ζωής και η μήκη μειονεύσια (βλ. σελ. 44-45), που συχνά βιώνονται πρώιμα στη ζωή, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την εμφάνιση ασθένειας στη μετέπειτα ζωή (Davney Smite και συν., 1997).



Εικόνα 2 Χαρακτηριστικές βιοψυχοκοινωνικές οδοί.

απαγορεύτηκε το κάπνισμα σημειώθηκαν ασήμαντες αυξήσεις. Επομένως, η πολιτική δράση και η νομοθεσία μπορούν μερικές φορές να είναι πιο αποτελεσματικές όσον αφορά στην αλλαγή της συμπεριφοράς των ανθρώπων σε θέματα υγείας συγκριτικά με τις παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.

Σε ακόμα πιο τοπικό επίπεδο, η κουλτούρα μιας κοινότητας και οι διαθέσιμοι πόροι της μπορούν να διαμορφώσουν τη συμπεριφορά σε θέματα υγείας. Για παράδειγμα, το έργο Βόρεια Καρέλια (North Karelia project) στη Φινλανδία περιελάμβανε εκπαιδεύση για το κάπνισμα, τη διατροφή και την υπέρταση, μοιράζοντας παντού φυλλάδια και κάνοντας χρήση τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών διαφημίσεων (σποτ) (βλ. σελ. 52-53) καθώς και των τοπικών φροέων. Εθελοντικό οργανισμό, σχολεία και κοινωνικές υπηρεσίες είχαν επίσης εμπλακεί συμμετέχοντας στην εκπαιδεύση προσωπικού. Η παρέμβαση περιελάμβανε την εκπαιδεύση των μαθητών για την επικινδυνότητα του καπνίσματος και για τις κοινωνικές επιρροές που ωθούν μερικούς νέους να αρχίσουν το κάπνισμα, καθώς και την εκπαίδευση των μαθητών στο πώς να αντισταθούν σε αυτές τις κοινωνικές επιρροές. Αυτή η οικική παρέμβαση φάνηκε αποτελεσματική: 15 χρόνια μετά, η εξάπλωση (διάδοση) του καπνίσματος ήταν κατά 11% λιγότερη μεταξύ των ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρέμβαση συγκριτικά με τις ομάδες ελέγχου (Vartiainen και συν., 1998).

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα σχετικά με το πώς ψυχολογικές έρευνες μπορούν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίσουν συγκεκριμένες ομάδες ασθενών. Για παράδειγμα, ενώ οι έρημοι έχουν νοητικές ικανότητες σχεδόν διείσδυτες με αυτές των ενηλίκων, η νευρολογική ανάπτυξη συνεχίζει έως στην πρώτη ενηλικίωση και έχει θεωρηθεί ότι, λόγω της καθυστέρησης στην ανάπτυξη του εγκεφαλού, οι νοητικές διεργασίες και συνακόλουθα οι συμπεριφορές των ερήμων είναι πιο παρορμητικές και λιγότερο αποτρεπτικές του κινδύνου (Steinberg, 2007). Επομένως, συγκριτικά με τους ενηλίκους, οι έρημοι τείνουν να έχουν λιγότερο έλεγχο της παρορμητικότητάς τους και υψηλό κίνητρο σχετικά με συμπεριφορές επιβράβευσης. Συνεπώς, οι έρημοι με χρόνιες παθήσεις έχουν εξίσου ή μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ανθυγειενές συμπεριφορές, όπως και οι υπόλοιποι υγείες συνομηλικού τους. Αυτό μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις: π.χ., οι έρημοι που υποφέρουν από άσθμα ή από κυστική ίνωση και καπνίζουν διατρέχουν υψηλό κίνδυνο καταστροφής των πνευμόνων. Το κάπνισμα επίσης επιταχύνει την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων σε άτομα με διαβήτη και με λύκο. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν λιγότερη αυτοπεποίθηση και επάρκεια προσόντων για να αντιμετωπίσουν τους έρημους απ' ό,τι άλλες ηλικιακές ομάδες (Sawyer και συν., 2007). Αυτό τονίζει την ανάγκη βελτίωσης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την παροχή φροντίδας και την προαγωγή της υγείας σε εφήβους, ιδιαίτερα σε αυτούς με χρόνιες παθήσεις.

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να βελτιώνουν την επίδρασή τους σε θέματα υγείας. Για παράδειγμα, μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για τους γενικούς ιατρούς, που εστίασε στη διαφήμιση της κοινωνικής και σωματικής δραστηριότητας, καθώς και στη συνταγογράφηση και στον εμβολιασμό των ηλικιωμένων ασθενών, έδειξε ότι οι ασθενείς των ιατρών της ομάδας παρέμβασης αύξησαν το περπάτημά τους κατά μέσο όρο στα 88 λεπτά ανά δύο εβδομάδες, πέρασαν περισσότερο χρόνο απολαμβάνοντας δραστηριότητες και είχαν καλύτερες βαθμολογίες στην αυτοβαθμολόγηση της υγείας τους συγκριτικά με τους ασθενείς στην ομάδα ελέγχου (Kerse και συν., 1999). Ομοίως, κατανοώντας το πώς οι άνθρωποι σχεδιάζουν δραστηριότητες και το πώς θυμούνται να τις εκτελούν μπορεί να αυξήσει τη συνεργασία τους στη θεραπεία, ιδιαίτερα στους ηλι-

κιωμένους ασθενείς. Οι άνθρωποι που εκτελούν τα σχέδιά τους βάσει της συλλογιστικής του «αν – τότε» είναι πιο πιθανόν να δράσουν με πρόθεση σε μια συγκεκριμένη συνθήκη (Gollwitzer, 1999) (βλ. σελ. 76-77). Ευρήματα όπως αυτά αποδεικνύουν ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στους γενικούς ιατρούς και στους άλλους επαγγελματίες υγείας μπορεί να έχουν ουσιαστικά αποτέλεσματα για τη δημόσια υγεία.

Η κατανόηση του διαπροσωπικού πλαισίου των ανθρώπων επίσης βοηθάει τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν πιο αποτελεσματική φροντίδα. Για παράδειγμα, οι διαπροσωπικές σχέσεις που προκαλούν άγχος επιδρούν στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και στη γενική υγεία των ανθρώπων (Σχέδιο 2). Πράγματι, το άγχος έχει πολλαπλές επιπτώσεις στην υγεία (βλ. σελ. 126-127), συμπεριλαμβανομένης μεταξύ άλλων, την επιβράδυνση της επούλωσης τραυμάτων (Kiecolt-Glaser και συν., 1995), κάτι που είναι ζωτικής σημασίας στις διαδικασίες ανάρρωσης. Επομένως, βοηθώντας τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν τις αγχογόνες σχέσεις τους, π.χ., μέσω παραπομπής σε ψυχοθεραπεία ή συμβουλευτική (βλ. σελ. 132-135) και βοηθώντας τους να αποκτήσουν πρόσβαση στην κοινωνική υποστήριξη (βλ. σελ. 156-157), βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα και το κόστος των συστημάτων υγείας. Η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην ανάρρωση, συμπεριλαμβανομένης και της ανάρρωσης μετά από εγχείρηση: όσοι νιώθουν μεγαλύτερη υποστήριξη χρειάζονται λιγότερα φάρμακα και πάρινουν πιο γρήγορα εξιτήριο (Krohne & Slangen 2005). Αυτοί που έχουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη είναι πιο πιθανόν να φροντίζουν την υγεία τους και έτοι να χρειάζονται λιγότερη επαγγελματική φροντίδα. Η κοινωνική υποστήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική για την υγεία των γυναικών.

Οι εναλλακτικές θεραπείες (βλ. σελ. 146-147) είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς, γιατί οι ασθενείς πιστεύουν ότι τα καλά οφέλη της υγείας θα πρέπει να πληρώνονται. Καθώς η αποτελεσματικότητα μερικών θεραπειών (π.χ., ομοιοπαθητική) δεν μπορεί να ξεγηθεί με ερευνητικά τεκμήρια ή επιστημονικές θεωρίες, συχνά θεωρούνται ότι εκμεταλλεύονται την επίδραση του φραγμούντος placebo (εικονικού φαρμάκου). Το φραγμόντος placebo (βλ. σελ. 92-93) αποδεικνύει ότι φραγμούντος σημαντικά αδρανείς ουσίες επιδρούν στις βιολογικές διεργασίες και παράγουν θετικά αποτελέσματα σε επίπεδα υγείας, όπως βρογχοδιαστολή ή ανακούφιση του πόνου (Stewart-Williams, 2004). Επίσης, γνωρίζουμε ότι η συνεργασία (συμμόρφωση) των ασθενών στις θεραπείες placebo έχει μεγαλύτερο οφέλος για την υγεία τους (Epstein, 1984). Αυτό δείχνει ότι η συνεργασία (συμμόρφωση) από μόνη της (εκτός από τις επιδράσεις του φαρμάκου) αφορεί σημαντικά την υγεία. Ευρήματα όπως αυτά αποδεικνύουν ότι η αντίληψη των ανθρώπων και οι προσδοκίες για την υγεία τους, τα συμπτώματα και τις θεραπείες επιδρούν δραστικά στην υγεία και στην ευημερία των ασθενών (Di Blasi και συν., 2000).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

- Το κοινωνικό πλαίσιο και οι διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων, καθώς και οι αντιλήψεις, οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες τους αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη διατήρηση της υγείας, την ανάπτυξη ασθενιών, την αναζήτηση βοηθειών και τις αποκρίσεις στη θεραπεία.
- Το μοντέλο ενθαρρύνει τους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας να έχουν επίγνωση αυτών των παραγόντων και να ασκούν την ιατρική με περισσότερη ευαισθησία και αποτελεσματικότητα σε ατομικό, οικογενειακό, κοινωνικό και θνητικό επίπεδο.

Εγκυμοσύνη και τοκετός

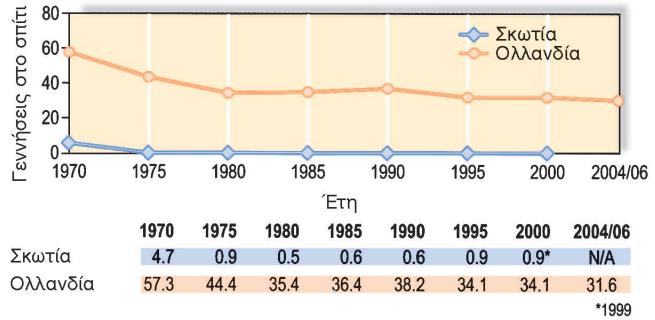
Το εγχειρίδιο αυτό αρχίζει κατάλληλα με το ξεκίνημα της ζωής, τη γέννηση. Είναι επίσης σωστή η χρήση ενός από τα πιο φυσιολογικά γεγονότα της ζωής ως προλόγου στις επιστήμες της συμπεριφοράς. Η γέννηση των ανθρώπων διαφέρει από τις γεννήσεις άλλων θηλαστικών ως προς την κοινωνική δόμηση του γεγονότος. Η κοινωνική μας συμπεριφορά καθοδηγείται από θεομούς και έθιμα, όχι απλώς από ενοτικτώδεις ανάγκες, και ίσως τίποτα δεν απεικονίζει αυτή τη βασική κοινωνιολογική αρχή καλύτερα από την πλήρη ποικιλία των ανθρώπινων πρακτικών τη στιγμή του τοκετού και από την ανταπόκρισή τους στις επιδράσεις των ιστορικών αλλαγών. Με άλλα λόγια, το μπροστά σε ποιον, το που και το πώς γεννά η γυναίκα διαφέρει από το ένα κοινωνικό περιβάλλον στο άλλο. Οι ανθρώπινες κοινωνίες παντού επιβάλλουν ορισμένες τελετές και απαγορεύσεις στις εγκύους και στις γυναίκες κατά την ώρα του τοκετού. Για παράδειγμα, ο τόπος τοκετού συχνά είναι προκαθορισμένος είτε πρόκειται για μια συγκεκριμένη καλύβα σε έναν οικισμό είτε πρόκειται για μια ειδικυμένη μαιευτική κλινική.

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι σημαντικά γεγονότα της ζωής, τα οποία συχνά επηρεάζονται από τους ιατρούς. Κάθε φοιτητής ιατρικής χρειάζεται να παρευρίσκεται σε ένα ορισμένο αριθμό τοκετών. Οι ιατροί μπορεί άμεσα να αναμιχθούν στην παροχή προφεννητικής ή μεταγεννητικής φροντίδας ή να παρευρίσκονται στον τοκετό ή περιοσότερο έμμεσα μέσω της παροχής θεραπείας για την υπογονιμότητα ή μέσω εφαρμογής μεθόδων για τον έλεγχο των γεννήσεων ή ως υποστηρικτικό προσωπικό για τις μαζες, σε περίπτωση που συμβεί κάτι αναπάντεχο κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού.

Ο χαρακτήρας της εγκυμοσύνης και του τοκετού

Υπάρχουν δύο κύριες αντικρουόμενες απόψεις όσον αφορά στον χαρακτήρα της εγκυμοσύνης και του τοκετού (βλέπε Πίνακα 1). Η μία υποστηρίζει ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι φυσιολογικά γεγονότα στον κύριο ζωής των περισσότερων γυναικών. Αυτό συχνά αναφέρεται ως το ψυχοκοινωνικό μοντέλο. Υπολογίζεται ότι περίπου το 85% όλων των παιδιών θα γεννηθούν χωρίς προβλήματα και χωρίς την ανάγκη παροχής κάποιας ειδικής παρακολούθησης στη γέννησα. Πολλοί από τους κινδύνους στον τοκετό μπορούν να προβλεφθούν και, ως επακόλουθο αυτού, οι εγκυμονούσες γυναίκες που βρίσκονται περισσότερο σε κίνδυνο μπορούν να συγκεντρωθούν για νοσοκομειακό τοκετό σε ένα ειδικό μαιευτικό νοσοκομείο. Οι εναπομείνασες από τις εγκυμονούσες μπορεί να συγκεντρωθούν σε ένα λιγότερο ειδικό περιβάλλον, όπως ένα νοσοκομείο της κοινότητας ή για τοκετό στο οπίτι. Υποστηρικτής αυτής της άποψης είναι η Tew (1990), η οποία ανακάλυψε, προς έκπληξη της, καθώς ετοίμαζε επιδημιολογικές ασκήσεις για φροτήτες της ιατρικής στο Νότινγχαμ, ότι οι στατιστικές ρουτίνας δεν υποστηρίζουν την ευρέως αποδεκτή άποψη ότι η αυξημένη νοσηλεία των τοκετών προκάλεσε τη μείωση της θνητιμότητας στις γυναίκες και στα νεογέννητα παιδιά τους.

Η δεύτερη άποψη, περισσότερο ευρέως διαδεδομένη και η



Εικόνα 1 Ποσοστά εξωνοσοκομειακών γεννήσεων στη Σκωτία και στην Ολλανδία. Πηγή Common Services Agency (Scotland); Central Bureau voor de Statistiek (The Netherlands)

οποία επικράτησε σε όλες σχεδόν τις Δυτικές κοινωνίες, είναι ότι η εγκυμοσύνη και ειδικά ο τοκετός είναι επικίνδυνα γεγονότα, όπου πολλά πράγματα μπορεί να πάνε λάθος. Αυτό αναφέρεται ως το βιοϊατρικό μοντέλο. Ο τοκετός είναι, λοιπόν, δυνητικά παθολογικός. Εφόσον δεν έχουμε τι μπορεί να συμβεί σε κάθε εγκυμονούσα, συμβουλεύουμε κάθε γυναίκα να γεννήσει το μωρό της στο δυνατόν ασφαλέστερο περιβάλλον. Τα ειδικά μαιευτικά νοσοκομεία με τον τεχνολογικά υψηλό εξεταστικό εξοπλισμό που διευθύνεται από μαιευτήρες θεωρείται το ασφαλέστερο μέρος για να γίνουν οι τοκετοί. Με λίγα λόγια, αυτή η άποψη υποδηλώνει ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι ασφαλή μόνο εκ των υστέρων. Επομένως, η πλειοψηφία των τοκετών λαμβάνει χώρα στα νοσοκομεία. Η Εικόνα 1 αντιπαραβάλλει το ποσοστό των εξωνοσοκομειακών γεννήσεων στην Ολλανδία και στη Σκωτία, όπου η Σκωτία είναι αντιπροσωπευτική των τάσεων στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες.

Τόπος τοκετού

Οι υπηρεσίες μητρότητας στη δεκαετία του '90 στη Βρετανία κινούνται μέσω μιας περιόδου σημαντικών αλλαγών στην οποία δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην ανάγκη της γυναίκας να είναι κεντρικά αναμεμειγμένη στη φροντίδα της. Αυτό απεικονίζει μια αλλαγή από τα προηγούμενα 50-60 χρόνια, όπου η τάση ήταν προς τους νοσοκομειακούς τοκετούς. Για παράδειγμα, στη Βρετανία, μια επίσημη αναφορά που εκδόθηκε το 1959 συνιστούσε ότι το 70% των γεννήσεων θα έπρεπε να γίνονται στα νοσοκομεία, ενώ μια παρόμοια αναφορά το 1970 συνιστούσε 100% νοσοκομειακούς τοκετούς για λόγους ασφαλείας. Οι πολιτικές γνώμες άλλαξαν προς τα τέλη του '80 προς περισσότερες επιλογές για τις γυναίκες, και επακολούθως περισσότερους τοκετούς εκτός μαιευτικών μονάδων. Η αναφορά report (αναφορά) (1992) προτείνει απομάκρυνση από πλήρη νοσηλεία: «Η πολιτική της ενθάρρυνσης των γυναικών να γεννούν στα νοσοκομεία δεν μπορεί να δικαιολογηθεί για χάρη της ασφάλειας».

Η παρακολούθηση στη γέννα

Οι δύο απόψεις για τον τοκετό επίσης διαφέρουν σχετικά με το ποιος είναι ο επιθυμητός παρευρισκόμενος στη γέννηση. Αν κάποιος είναι ο υποστηρικτής της άποψης ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι μόνο ασφαλής εκ των υστέρων, τότε η μόνη αποδεκτή παρουσία στη γέννηση είναι αυτή του συμβούλου μαιευτήρα, ενώς ειδικού, σε περίπτωση που κάτι πάει λάθος. Αν κάποιος είναι υποστηρικτής της άποψης ότι ο τοκετός είναι φυσιολογικό κομμάτι στον κύριο ζωής των περισσότερων γυναικών, τότε ο περισσότερο επιθυμητός παρευρισκόμενος είναι ένας ειδικός στους φυσιολογικούς τοκετούς, η μαία ή ο γενικός ιατρός. Διαχρονικά, οι μαίες ήταν, και συνεχίζουν να είναι, η κυριότερη φροντίδα υγείας στη διαδικασία της γέννησης. Τους τελευταίους, δύμως, τρεις αιώνες, στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες άνδρες ιατροί έχουν εκπονήσει τις μαίες από τον έλεγχο των γεννήσεων.

Η εγκυμοσύνη είναι συχνά μία περίοδος μεγάλων προσδο-

Πίνακας 1 Μοντέλα τοκετού

	Μοντέλο	
	Ψυχοκοινωνικό	Βιοϊατρικό
Έμφαση	Φυσιολογικός τοκετός/ κανονικός μέχρι να συμβεί παθολογία	Τοκετός φυσιολογικός μόνο μετά από ανασκόπηση
Kανονικότητα		Κίνδυνος
Κοινωνική στήριξη		Μείωση κινδύνου
Γυναίκα=ενεργή		Γυναίκα=παθητική
Υγεία		Ασθένεια
Ατομικό		Στατιστικό

κιών και συγκινήσεων σχετικά με τη γέννηση και τη γονεϊκή φροντίδα. Οι γυναίκες στη σύγχρονη Δυτική κοινωνία έχουν κατά μέσο όρου, μόνο δύο παιδιά στη ζωή τους. Την ίδια στιγμή, καθώς οι μαιευτήρες ή και οι μαίες μπορεί να παρευρίσκονται σε τοκετούς πολλές φορές την εβδομάδα ή ακόμα και την ημέρα, οι προσδοκίες τους είναι σημαντικά διαφορετικές από αυτές των μελλουσών μητέρων, και όχι μόνο επειδή απλώς το μωρό δεν είναι δικό τους.

Μελέτη περιστατικού

Το παράδειγμα των Ολλανδών

Η Ολλανδία είναι η μόνη βιομηχανική χώρα όπου η αναλογία των τοκετών που πραγματοποιούνται εκτός ειδικών νοσοκομείων είναι σημαντική. Κάθε χρόνο, περίπου το ένα-τρίτο των τοκετών πραγματοποιούνται στα σπίτια των Ολλανδών. Η Βρετανία και η Ολλανδία είναι γειτονικές χώρες με αρκετά παρόμια επίπεδα προαγωγής φροντίδας της υγείας και με παρόμοια ποιότητα μαιευτικής φροντίδας· ο δεικτής περιγεννητικής θνησιμότητας δεν διαφέρει ουσιαστικά μεταξύ των δύο χωρών. (Ο δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας αναφέρεται στον αριθμό των θνησιγενών εμβρύων (μετά από 28 εβδομάδες κυοφορίας) συν τον αριθμό των θανάτων που συνέβησαν πις πρώτες 7 ημέρες μετά τον τοκετό, διαιρώντας με όλα τα ζώντα έμβρυα και τα θνητικένες).

Άλλα αποτέλεσμα δεικτών εισηγούνται ότι το Ολλανδικό πρόγραμμα είναι ανώτερο.

Ένας αριθμός γεγονότων έχουν εισηγηθεί γι' αυτή τη διαφορά στον οργανισμό μητρικής φροντίδας:

- Οι εγκυμονούσες γυναίκες στην Ολλανδία δεν θεωρούνται ασθενείς, εκτός αν κάπι πάει στραβά ή ο τοκετός αναμένεται να είναι δύσκολος από προηγούμενης εκτιμήθεντες λόγους.
- Η πρακτική βοήθεια παρέχεται με τη μορφή της μητρικής φροντίδας στο σπίτι από βοηθούς, οι οποίοι προσέχουν τη μητέρα και το νεογέννητο μωρό μέχρι τις 8 πρώτες ημέρες που ακολουθούν τον τοκετό. Πλέονταν το μωρό, δίνουν συμβουλές για το στήθος ή το μπιμπερό, φροντίζουν τα άλλα παιδιά του νοικοκυριού, παίρνουν βολτα τον σκύλο κ.λπ.
- Σε περιπτώσεις χαμηλού κινδύνου εγκυμοσυνών, η αμοιβή για τον γενικό ιατρό θα καταβληθεί μόνο σε περίπτωση που δεν υπάρχει ασκούμενη μαία στην περιοχή και μόνο σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου εγκυμοσυνών θα εξοφληθεί η αμοιβή του μαιευτήρα.
- Οι μαίες εκπαιδεύονται να είναι ανεξάρτητες και αυτόνομες επαγγελματίες. Δεν εκπαιδεύονται ως νοσοκόμες πρώτα, αλλά παρακολουθούν ένα ξεχωριστό τετραετούς διαρκείας μάθημα μαιευτικής. Η σημασία της ανεξάρτητης εκπαίδευσης έγκειται στο ότι οι νοσοκόμες εκπαιδεύονται για να αντιμετωπίζουν ασθενείες και αρρώστες, ενώ οι μαίες εκπαιδεύονται ν' ασχολούνται με φυσιολογικούς τοκετούς. Δεύτερον έγκειται στο γεγονός ότι η ιεραρχική σχέση μεταξύ νοσοκόμων και ιατρών τείνει να παίξει έναν σημαντικό ρόλο στην ιατρική εξέλιξη των αποφάσεων.
- Οι περισσότερες μαίες εκπαιδεύονται ως ανεξάρτητες επαγγελματίες στην κοινότητα, παρομοίως με τους περισσότερους οδοντιάτρους στη Βρετανία. Ως ίδιωτοι επαγγελματίες οφείλουν να είναι περισσότερο φιλικοί προς τους πελάτες για να προσελκύσουν περισσότερους.
- Όλες οι κυριάρχες πολιτικές παρατάξεις συμφωνούν ότι η μαία είναι το καταλληλότερο πρόσωπο για την παροχή μητρικής φροντίδας και ότι οι τοκετοί να πραγματοποιούνται στο σπίτι.

Κάποιος θα μπορούσε, φυσικά, να υποστηρίξει ότι η Βρετανία και η Ολλανδία είναι διαφορετικές χώρες και συνεπώς μη συγκρίσιμες. Όμως, ο πληθυσμός σε αυτές περιοχές είναι σημαντικά διαφέρει τόσο από την άποψη του εθνικού εισδόματος, της φυσιολογίας της μέσης γυναικάς (στο προσδόκιμο ζωής) και σε πολλούς άλλους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες. Αν και το κεφάλαιο στη φροντίδα της υγείας είναι διαφορετικό, ο οργανισμός της παροχής υπηρεσιών και η ποιότητα των ιατρικών φροντίδων είναι αρκετά όμοια. Για παράδειγμα, η πλειοψηφία των τοκετών στη Βρετανία και Ολλανδία παρακολουθούνται από μαίες. Στην πραγματικότητα, κάποιος μπορεί να διερωθηθεί και ανάλογα να ρωτήσει, για παράδειγμα: Γιατί η αναλογία των γεννήσεων στο σπίτι είναι ισοδύναμα χαμηλή στη Βρετανία, Γερμανία και σπécie H.P.A., ενώ ο οργανισμός των φροντίδων υγείας γενικώς και η μητρική φροντίδα ειδικώς, είναι τόσο διαφορετικά;

Οι προτεραιότητές τους μπορεί να κατευθυνθούν από ιατρικές απαιτήσεις, πολιτικές νοσοκομείου ή ικανότητα των πηγών. Αυτές οι διαφορές μπορούν εύκολα να οδηγήσουν σε παρανόηση και έλλειψη ικανοποίησης από τους καινούργιους γονείς (ειδικά αν οι συμμετέχοντες δεν μπόρεσαν να γνωρίσουν ο ένας τον άλλον). Λαμβάνοντας υπόψη τον ρόλο και τη θέση των επαγγελματιών υγείας (βλ. σελ. 158-159) είναι περισσότερο πιθανό να απογοητεύονται οι μητέρες παρά ο παρευρισκόμενος στη γέννα.



Τι σημαίνει εγκυμοσύνη και τοκετός για:

- μια μαία;
- έναν γυναικολόγο;
- μια έγκυο γυναίκα;
- τον σύντροφο της;

Θηλασμός

Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος κατά την οποία αρκετοί γονείς δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για θέματα υγείας και αποτελεί μια ευκαιρία για την προαγωγή της υγείας. Ο θηλασμός έχει τεράστια οφέλη και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2002) συστήνει τον θηλασμό αποκλειστικά τους πρώτους 6 μήνες-όταν αυτό είναι εφικτό. Τα αρχικά ποσοστά είναι χαμηλά (μόνο το 71% στη Μ. Βρετανία και το 63% στη Σκωτία, το 2000) και στενά συνδεδέμενά με το μορφωτικό επίπεδο. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα υψηλά ποσοστά, περίπου 98%, του θηλασμού στις Σκανδιναβικές χώρες.

Οι νέες μητέρες που προέρχονται από χαμηλού εισοδήματος ομάδες και που έχουν λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης, έχουν λιγότερες πιθανότητες να εισαγάγουν και να διατηρήσουν τον θηλασμό. Οι επαγγελματίες υγείας καθώς και οι συνάδελφοί τους, μπορούν να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τις θηλάζουσες μητέρες να συνεχίσουν τον θηλασμό (Sikorski και συν., 2003).



Η εγκυμοσύνη θεωρείται μια «φυσική κατάσταση» του οργανισμού λόγω του ότι συμβαίνει χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα στις περισσότερες γυναικες κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Η εγκυμοσύνη μπορεί επίσης να θεωρηθεί και ως «ασθένεια» στην οποία αρκετές γυναικίς έχουν, για παράδειγμα, πρωινή ναυτία, βιώνουν επιβράδυνση στη σωματική τους λειτουργία, αναζητούν ιατρική φροντίδα ή/και γεννούν στο νοσοκομείο. Πώς θεωρείς εσύ την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, και γιατί;

Εγκυμοσύνη και τοκετός

- Βιολογικά γεγονότα δεν είναι ποτέ καθαρά βιολογικά, αλλά πάντα μερικώς κοινωνικά δομημένα.
- Με τίνος την παρουσία, πού και πώς γεννά μια γυναίκα διαφέρει από μια κουλτούρα στη άλλη.
- Υπάρχουν δύο διαφορετικές προοπτικές κατά την εξέταση της εγκυμοσύνης και του τοκετού: α) η εγκυμοσύνη είναι ένα φυσιολογικό γεγονός στη ζωή των περισσότερων γυναικών και β) ο τοκετός είναι ένα επικίνδυνο γεγονός και μόνο φυσιολογικός εκ των υστέρων.
- Εγκυμονούσες και επαγγελματίες υγείας είναι πιθανόν να δουν τη γέννηση διαφορετικά.
- Διαφορετικοί τρόποι οργάνωσης της υγείας της φροντίδας μπορεί να έχουν βαθιές επιδράσεις στους επαγγελματίες και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

Θέματα αναπαραγωγής

Θέματα αναπαραγωγής θεωρούνται συνήθως η έναρξη της εμμηνόρροιας, η σύλληψη, η έκτρωση, η εγκυμοσύνη, η αποβολή, ο τοκετός και η εμμηνόρροια. Παρ' όλο που αυτά τα θέματα σχεδόν αποκλειστικά εστιάζουν στις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στις γυναίκες, επιδρούν και αφορούν και στα δύο φύλα, όπως π.χ., οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες και η στειρότητα. Τα θέματα αναπαραγωγής γεννούν μοναδικά και συβαρά θητικά διλήμματα, όπως π.χ., ποιο είναι το στάδιο κατά το οποίο η διακοπή της κύνησης θεωρείται θητικά μεμπτή· τα δικαιώματα των δωρητών γονέων και τα παιδιά αυτών των γονέων, η χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF) μετά την ηλικία των 60 χρόνων.

Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση

Ένα σημαντικό σημείο είναι ότι δύο αυτά τα θέματα μπορούμε να τα δούμε από διαφορετικές οπτικές γωνίες: βιοϊατρική, ψυχολογική, κοινωνική και πολιτισμική. Αυτές οι προσέγγισεις επηρεάζουν την κατανόηση και τη θεραπεία των διαταραχών. Για παράδειγμα, μια βιοϊατρική προσέγγιση θα θεωρούσε το Προεμμηνορροϊκό Σύνδρομο (ΠΣ) ως αποτέλεσμα διακυμάνσεων και ανισορροπών στις ορμόνες που συνδέονται με τον εμμηνορροϊκό κύκλο. Η θεραπεία επομένως θα περιλαμβάνει φαρμακολογικές μεθόδους που θα ρύθμιζαν την ορμονική ανισορροπία ή που θα επηρεάζαν τη διάθεση.

Η ψυχολογική προσέγγιση του ΠΣ θα εξέταζε τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς μιας γυναίκας και το πώς αυτά μαζί σχετίζονται με την επιδείνωση της διάθεσης κοντά στις ημέρες της περιόδου της, όπως π.χ., με το να παρατηρήσει συγκεκριμένες καταστάσεις που προδοτούν το ΠΣ, καθώς και δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τον εντοπισμό και την αλλαγή των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων ή συμπεριφορών και την αναζήτηση στρατηγικών αντιμετώπισης έτσι, ώστε να βοηθήσουν τις γυναίκες να ανταποκριθούν με έναν πιο λειτουργικό τρόπο.

Μια κοινωνική προσέγγιση του ΠΣ θα εξέταζε τις κοινωνικοδημογραφικές περιστάσεις και τα επίπεδα υποστήριξης· ή τις πολιτισμικές προσδοκίες και τους μύθους γύρω από το ΠΣ. Αυτό μπορεί να οδηγούσε σε μια θεραπεία που να παρέχει πρακτική ή συναισθηματική υποστήριξη στις γυναίκες κατά τη διάρκεια αυτών των δύσκολων ημερών.

Θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι καμία από αυτές τις προσέγγισεις από μόνες τους δεν προσφέρει μια επαρκή εξήγηση ή θεραπεία του ΠΣ. Γι' αυτόν τον λόγο η σύγχρονη ιατρική εκπαίδευση και πρακτική βασίζεται σε μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, η οποία λαμβάνει υπόψη της δλες της παραπάνω απόψεις και η οποία οδηγεί σε μία πιο ενημερωμένη και ολιστική (holistic) θεώρηση της θεραπείας.

Εμμηνόρροια

Η επίδραση του εμμηνορροϊκού κύκλου έχει μελετηθεί σε ένα μεγάλο φάσμα συμπεριφορών και έχει δείξει μεγάλη ποικιλία αποτελεσμάτων. Για παράδειγμα, ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια των γόνιμων ημερών τους, οι γυναίκες προτιμούν τους πιο ψηλούς άνδρες, αυτούς που έχουν πιο αρρενωπό πρόσωπο και σώμα και που εκφράζουν περισσότερη σεξουαλικότητα (Little και συν., 2007). Αυτό βέβαια φάνηκε να συμβαίνει μόνο όταν ζητήθηκε από τις γυναίκες να διαλέξουν συντρόφους για μικρής διάρκεια σχέση και όχι για μόνιμη σχέση.

Ο εμμηνορροϊκός κύκλος συνδέεται επίσης με σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα λίγο πριν την εμμηνόρροια, όπως εκνευρισμός, αλλαγή της διάθεσης, φρουσκωμένη κοιλιά, αύξηση βάρους, τα οποία (συμπτώματα) συνήθως αναφέρονται και ως ΠΣ. Το ΠΣ είναι πιο συνηθισμένο σε γυναίκες ηλικίας 25-35 ετών και αναφέρεται από το 30% των γυναικών αυτών. Το 8% των γυναικών αναφέρει ότι τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα και επηρεάζουν τις πρωσωπικές τους σχέσεις, την εργασία και την κοινωνική τους λειτουργικότητα. Αυτό ονομάζεται και Προεμμηνορροϊκή Δυσφορική Διαταραχή (ΠΔΔ). Γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποφέρουν από ΠΔΔ, η οποία σχετίζεται με μια γενική κακή κατάσταση της υγείας (Johnson, 2004). Επομένως, θα πρέπει να εξετάζεται, σε κάθε περίπτωση, κατά πόσο τα συμπτώματα της ΠΔΔ προκαλούνται

από τον εμμηνορρορρυσιακό κύκλο ή κατά πόσο άλλα υπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα επιδεινώνονται από αυτόν.

Υπογονιμότητα

Η σύλληψη ενός παιδιού δεν είναι πάντα άμεσα δυνατή και περίπου 1 στα 8 ζευγάρια θα αναζητήσουν βοήθεια για υπογονιμότητα – η οποία ορίζεται ως απουσία σύλληψης μετά από τουλάχιστον έναν χρόνο τακτικής συνουσίας, χωρίς τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων ελέγχου των γεννήσεων. Η υπογονιμότητα αξιολογείται ως πιο αγχωτική κατάσταση από το διαζύγιο, και οι γυναίκες διαρκώς αναφέρουν αυδημένα αρνητικά συναισθήματα. Από αυτές, το 25% εμφανίζει βαθιμολογία υποκλινικής κατάθλιψης. Η σεξουαλικότητα και οι σχέσεις επίσης επηρεάζονται, αναφέροντας ότι οι γυναίκες έχουν λιγότερη ικανοποίηση, ενδιαφέρονται, αυθορμητισμό και απολαυση κατά τη συνουσία.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση έχει ποικίλες τιμές επιτυχίας, που κυμαίνονται από 30% κατά τον πρώτο κύκλο σε γυναίκες κάτω των 30 μέχρι 6% σε γυναίκες πάνω από 40. Επαναλαμβανόμενη αποτυχία μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, ενοχές, θυμό και στενοχώρια, με την κατάθλιψη να είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Ο στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα ζευγάρια είναι πολύ σημαντικές. Μέθοδοι ή στρατηγικές που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα, όπως π.χ., η συμβούλευτική, συνδέονται με καλύτερη ευημερία μετά από μια εξωσωματική προσπάθεια. Η αποφυγή στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως χρήση αλκοόλ, σχετίζονται με αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα.

Εγκυμοσύνη και τοκετός

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι περίοδοι μεγάλης σωματικής και ψυχοκοινωνικής μετάβασης. Η έκθεση σε τερατογόνες ουσίες κατά την εγκυμοσύνη, όπως το αλκοόλ, η νικοτίνη και οι μητρικές λοιμώξεις, μπορεί να οδηγήσουν σε ποικίλα αρνητικά αποτελέσματα. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως π.χ., άγχος κατά την κύηση, σχετίζονται επίσης με αρνητικά αποτελέσματα, όπως ο πρώρος τοκετός και το χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης. Μελέτες που χρησιμοποιούσαν υπερήχους έχουν καταδείξει διάφορες επιδράσεις του μητρικού άγχους στις συμπεριφορές των εμβρύων (Van den Bergh και συν., 2005, βλ. Μελέτη περιστατικού).

Αποβολή και γέννηση νεκρού εμβρύου

Σχεδόν μία στις πέντε κυήσεις καταλήγουν σε αποβολή. Παρ' όλο που είναι λιγότερο συχνή από τη γέννηση νεκρού εμβρύου, η αποβολή είναι μια ιδιαίτερα οδυνηρή εμπειρία για τις γυναίκες. Το 10-50% των γυναικών αναφέρει συμπτώματα κατάθλιψης, ακόμα και έναν χρόνο μετά την αποβολή (Lok & Neugebauer, 2007). Η εμπειρία της αποβολής μπορεί να είναι ιδιαίτερα τραυματική, και σχεδόν το 1/4 των γυναικών μπορεί να είναι ιδιαίτερα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ) αμέσως μετά την αποβολή, ενώ το 7% μπορεί να εμφανίζει συμπτώματα ΔΜΣ τέσσερεις μήνες μετά (Engelhard και συν., 2001).

Περίπου 5 έμβρυα ανά 1.000 γεννιούνται νεκρά (μετά την 24η εβδομάδα κύησης) στη Μ. Βρετανία. Στη πλειοψηφία των περιπτώσεων, τα αίτια θανάτου παραμένουν ανεξήγητα. Τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν διαρκώς ότι αυτό αποτελεί μια πολύ οδυνηρή απώλεια για τους γονείς, αναφέροντας ότι το 20-30% των γυναικών εμφανίζει συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους και το 33% των γονιών παρουσιάζουν συζυγικά προβλήματα μετά την απώλεια. Η σύγχρονη ιατρική πρακτική προσφέρει την ευκαιρία στους γονείς να δουν και να κρατήσουν το νεκρό έμβρυο στον χώρο τους, ώστε να βοηθήσουν στη διαδικασία του θρήνου και του πένθους. Ωστόσο, οι ερευνητικές αποδείξεις για αυτό είναι αντιφατικές και μερικές μελέτες προτείνουν ότι, παρ' όλο που οι γονείς εκτιμούν αυτήν την ευκαιρία, ίσως να έχουν χειρότερη ψυχική υγεία στο μέλλον.

Τοκετός

Η μεγαλύτερη αλλαγή στον τοκετό τα τελευταία χρόνια είναι ο τύπος της γέννας. Οι τοκετοί με τη μέθοδο της καισαρικής στη Μ. Βρετανία έχουν αυξηθεί από το -3% τη δεκαετία του 1950 στο 22% το 2002, όπως φαίνεται στην Εικ. 1.