ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ | DEMOCRITUS UNIVERSITY OF THRACE

ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

Η επίδραση της συνεχούς φροντίδας από μαία στην τραυματική εμπειρία τοκετού και στο μετατραυματικό στρες μετά τον τοκετό

Ραφαηλία Αικατερίνη Αρβανιτίδου, ΑΕΜ.: 3961

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Αγγελική Αντωνάκου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μαιευτικής Φροντίδας (Midwifery Care) με έμφαση στον τοκετό και την επίδραση της διατροφής στη γαλουχία, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ – 2026

ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

Η επίδραση της συνεχούς φροντίδας από μαία στην τραυματική εμπειρία τοκετού και στο μετατραυματικό στρες μετά τον τοκετό

Ραφαηλία Αικατερίνη Αρβανιτίδου, ΑΕΜ : 3961

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Αγγελική Αντωνάκου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μαιευτικής Φροντίδας (Midwifery Care) με έμφαση στον τοκετό και την επίδραση της διατροφής στη γαλουχία, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

2ο Μέλος: Δημήτριος Παπουτσής, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας

3ο Μέλος: Αναστασία Μπόθου, Επ. Καθηγήτρια Γυναικολογικής φροντίδας και υγείας του μαστού, Παν/μιο Δυτικής Αττικής

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ – 2026

DEMOCRITUS UNIVERSITY OF THRACE

SCHOOL HEALTH SCIENCES

DEPARTMENT OF MEDICINE

POSTGRADUATE COURSE:

PRENATAL DIAGNOSIS – CHILDBIRTH – CONTRACEPTION

MASTER DISSERTATION

The effect of continuous midwifery care on the traumatic experience of childbirth and post-traumatic stress after childbirth

Rafailia Aikaterini Arvanitidou, Student ID: 3961

COMMITTEE OF EXAMINERS

Supervisor: Angeliki Antonakou, PhD Associate Professor of Midwifery Care, with a focus on childbirth and the impact of nutrition on lactation, International Hellenic University

Member 2: Dimitrios Papoutsis**,** MD, PhD Associate Professor, Department of Midwifery, University of Western Macedonia

Member 3: Anastasia Bothou**,** PhD Assistant Professor of Gynecological Care and Breast Health, University of West Attica

ALEXANDROUPOLIS – 2026

Δήλωση Πνευματικών Δικαιωμάτων

Δηλώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί προϊόν προσωπικής μου εργασίας και ότι όλες οι πηγές και βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν έχουν αναγνωριστεί και παραταθεί σύμφωνα με τους κανόνες ακαδημαϊκής δεοντολογίας. Τα πνευματικά δικαιώματα της εργασίας ανήκουν στη συγγραφέα της και απαγορεύεται η ολική ή μερική αναπαραγωγή, αντιγραφή, διανομή ή χρήση του περιεχομένου της χωρίς προηγούμενη άδεια, με την επιφύλαξη των εξαιρέσεων που προβλέπονται από την ισχύουσα νομοθεσία.

© 2026 Ραφαηλία Αικατερίνη Αρβανιτίδου

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσοι συνέβαλαν, άμεσα ή έμμεσα, στην ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ιδιαίτερα, ευχαριστώ την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Αγγελική Αντωνάκου, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την επιστημονική υποστήριξη και την αμέριστη συμπαράστασή της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας αυτής. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, τον κύριο Δημήτριο Παπουτσή και την κυρία Αναστασία Μπόθου, για τον χρόνο που διέθεσαν και για τις πολύτιμες παρατηρήσεις τους. Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου και όλους τους ανθρώπους που με στήριξαν και με ενθάρρυναν σε αυτήν την προσπάθεια.

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες

Περίληψη

Abstract

Συντομογραφίες

Εισαγωγή

1ο Κεφάλαιο. Μεθοδολογία της Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης 1

1.1. Σχεδιασμός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης 1

2ο Κεφάλαιο. Τραυματικός τοκετός και μετατραυματικό στρες μετά τον τοκετό 3

2.1. Τραυματικός τοκετός 3

2.2. Συχνότητα και ψυχολογικές επιπτώσεις του τραυματικού τοκετού 6

2.3. Διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό 9

2.4. Τρόπος τοκετού και τραυματική εμπειρία 12

2.5. Συνέπειες του τραύματος γέννησης στη μητέρα και την οικογένεια 14

3ο Κεφάλαιο. Τραύμα γέννησης, μητρική υγεία και θηλασμός 17

3.1. Θηλασμός, μητρική υγεία και τραύμα γέννησης 17

3.2. Ορμονικοί μηχανισμοί, τραύμα και θηλασμός 20

3.3. Τραύμα γέννησης και αμφίδρομη σχέση με τον θηλασμό 24

3.4. Υποστήριξη συντρόφου, τραύμα γέννησης και θηλασμός 26

3.5. Τραυματικός τοκετός, ψυχική υγεία και θηλασμός 29

4ο Κεφάλαιο. Συνεχής φροντίδα από τη μαία και υποστήριξη της επιτόκου 32

4.1. Ο ρόλος της Consultant Midwife ως φορέα αλλαγής και καινοτομίας στη μαιευτική πρακτική 32

4.2. Υποστήριξη και επικοινωνία στη μαιευτική φροντίδα 34

4.3. Ενδυνάμωση, ενημέρωση και σχέση εμπιστοσύνης 37

5.1. Μαιευτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και διαχείριση του τραύματος κατά τον τοκετό 40

5.2. Αναγνώριση και έλεγχος της μετατραυματικής διαταραχής μετά τον τοκετό 43

5.3. Παρεμβάσεις για την πρόληψη και θεραπεία του PTSD μετά τον τοκετό 46

6ο Κεφάλαιο. Η συμβολή της μαίας στην προαγωγή της υγείας κατά την εγκυμοσύνη 50

6.1. Συστάσεις για υγιεινό τρόπο ζωής κατά την εγκυμοσύνη 50

6.2. Ο ρόλος της μαίας στην προαγωγή υγιεινού τρόπου ζωής και στη βελτιστοποίηση της αύξησης βάρους κύησης (GWG) 53
6.3. Εκπαίδευση και επαγγελματική επάρκεια των μαιών για την προαγωγή υγιεινού τρόπου ζωής και τη διαχείριση του βάρους 55
6.4. Οργανωτικά και συστημικά εμπόδια στην παροχή ευαισθητοποιημένης στο τραύμα μαιευτικής φροντίδας 58
Συμπεράσματα 60

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει την τραυματική εμπειρία του τοκετού και το μετατραυματικό στρες μετά τον τοκετό, με ιδιαίτερη έμφαση στη συμβολή της συνεχούς φροντίδας από τη μαία στην πρόληψη και αντιμετώπισή τους. Αρχικά, αναλύονται η έννοια και η συχνότητα του τραυματικού τοκετού, οι ψυχολογικές επιπτώσεις του, η σχέση του με τον τρόπο τοκετού και η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες, καθώς και οι συνέπειες του τραύματος για τη μητέρα, την οικογένεια και τη μητρική υγεία. Παράλληλα, εξετάζεται η σχέση του τραύματος γέννησης με τον θηλασμό, τους ορμονικούς μηχανισμούς και την υποστήριξη από τον σύντροφο. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον ρόλο της μαίας και στη σημασία της συνεχούς και εξατομικευμένης φροντίδας, της αποτελεσματικής επικοινωνίας, της ενημέρωσης, της ενδυνάμωσης και της ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης με την επίτοκο. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι μαιευτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και διαχείριση του τραύματος, η αναγνώριση και αντιμετώπιση του μετατραυματικού στρες, καθώς και η συμβολή της μαίας στην προαγωγή της υγείας κατά την εγκυμοσύνη μέσω της υποστήριξης υγιεινού τρόπου ζωής και της κατάλληλης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Συνολικά, αναδεικνύεται η σημασία της συνεχούς, υποστηρικτικής και ανθρωποκεντρικής μαιευτικής φροντίδας ως βασικού παράγοντα για τη δημιουργία μιας ασφαλέστερης και θετικότερης εμπειρίας τοκετού και για την προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας της γυναίκας.

Λέξεις - κλειδιά: τραυματικός τοκετός, μετατραυματικό στρες, συνεχής φροντίδα, μαία, μητρική ψυχική υγεία.

Abstract

This thesis examines the traumatic experience of childbirth and post-traumatic stress after childbirth, with particular emphasis on the contribution of continuous care by the midwife to their prevention and treatment. Initially, the concept and frequency of traumatic childbirth, its psychological effects, its relationship with the mode of delivery and the possibility of developing post-traumatic stress disorder are analyzed, as well as the consequences of trauma for the mother, the family and maternal health. At the same time, the relationship of birth trauma with breastfeeding, hormonal mechanisms and support from the partner is examined. Particular emphasis is given to the role of the midwife and the importance of continuous and personalized care, effective communication, information, empowerment and the development of a relationship of trust with the mother. In addition, obstetric interventions for the prevention and management of trauma, the recognition and treatment of post-traumatic stress, as well as the contribution of the midwife to the promotion of health during pregnancy through the support of a healthy lifestyle and the appropriate education of health professionals are presented. Overall, the importance of continuous, supportive and person-centered obstetric care is highlighted as a key factor in creating a safer and more positive birth experience and in protecting the physical and mental health of the woman.

Key - words: traumatic childbirth, post-traumatic stress, continuing care, midwife, maternal mental health.

Συντομογραφίες

Ελληνόγλωσσες συντομογραφίες

ΔΕΠΥ — Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας

ΔΜΤΣ — Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

ΠΟΥ — Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΣΥΔ — Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης

Ξενόγλωσσες συντομογραφίες

4 Rs — *Realize, Recognize, Respond, Resist re-traumatization*

ACE / ACEs — *Adverse Childhood Experiences*

CAPS-5 — *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5*

CBT — *Cognitive Behavioral Therapy*

CoC — *Continuity of Care*

CPD — *Continuing Professional Development*

DSM-5 — *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*

ECV — *External Cephalic Version*

EMDR — *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

EmCS — *Emergency Caesarean Section*

GWG — *Gestational Weight Gain*

HIV — *Human Immunodeficiency Virus*

HPA — *Hypothalamic–Pituitary–Adrenal axis*

ICD-11 — *International Classification of Diseases, 11th Revision*

LSCS — *Lower Segment Caesarean Section*

PCL-5 — *PTSD Checklist for DSM-5*

PRIME — *Promoting Resilience In Mothers Emotions*

PTSD — *Post-Traumatic Stress Disorder*

PTS — *Post-Traumatic Stress*

RCTs — *Randomized Controlled Trials*

SIDS — *Sudden Infant Death Syndrome*

Εισαγωγή

Ο τοκετός αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική εμπειρία στη ζωή της γυναίκας, η οποία, παρά το γεγονός ότι συνδέεται με τη γέννηση ενός παιδιού, δεν βιώνεται πάντοτε ως θετική ή ασφαλής εμπειρία. Για ορισμένες γυναίκες, ο τοκετός μπορεί να αποτελέσει ένα τραυματικό γεγονός, με σημαντικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία, στη σχέση με το νεογνό, στον θηλασμό, στην οικογενειακή ζωή και στη μελλοντική αναπαραγωγική τους πορεία. Ιδιαίτερη σημασία έχει η πιθανότητα εμφάνισης μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD), καθώς η τραυματική εμπειρία μπορεί να επηρεάσει τη γυναίκα όχι μόνο κατά την περίοδο της λοχείας αλλά και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η πρόληψη και η έγκαιρη αναγνώριση των παραγόντων που συνδέονται με την τραυματική εμπειρία του τοκετού αποτελούν, επομένως, σημαντική πρόκληση για τη σύγχρονη μαιευτική φροντίδα. Στο πλαίσιο αυτό, η συνεχής φροντίδα από μαία παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς η σταθερή παρουσία και η υποστήριξη της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την περίοδο μετά τη γέννηση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία αισθήματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Η εξατομικευμένη φροντίδα, η αποτελεσματική επικοινωνία, η παροχή επαρκούς ενημέρωσης, η ενδυνάμωση της γυναίκας και η συμμετοχή της στη λήψη αποφάσεων αποτελούν βασικά στοιχεία μιας ανθρωποκεντρικής μαιευτικής προσέγγισης. Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ γυναίκας και μαίας μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα αντιλαμβάνεται και βιώνει τον τοκετό, ιδιαίτερα σε συνθήκες φόβου, αβεβαιότητας ή αυξημένης ανάγκης για υποστήριξη. Η σημασία της συνεχούς φροντίδας δεν περιορίζεται αποκλειστικά στη διαδικασία του τοκετού, αλλά συνδέεται με τη συνολική φροντίδα της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη και μετά τη γέννηση. Η μαία έχει τη δυνατότητα να παρέχει συμβουλευτική και εκπαίδευση, να ενισχύει την ενεργό συμμετοχή της γυναίκας στη φροντίδα της και να αναγνωρίζει έγκαιρα παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική της υγεία. Παράλληλα, η υποστήριξη της γυναίκας μετά τον τοκετό είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αναγνώριση πιθανών συμπτωμάτων τραύματος ή μετατραυματικού στρες και για την έγκαιρη παραπομπή της σε κατάλληλους επαγγελματίες υγείας, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Η αναγκαιότητα της παρούσας εργασίας προκύπτει από τις σημαντικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η τραυματική εμπειρία του τοκετού στη μητρική ψυχική υγεία και από την ανάγκη ενίσχυσης πρακτικών που μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη και στη διαχείρισή της. Η διερεύνηση του ρόλου της συνεχούς φροντίδας από μαία αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η ποιότητα της επικοινωνίας, η συναισθηματική υποστήριξη, η ενημέρωση και η ενεργός συμμετοχή της γυναίκας στη λήψη αποφάσεων μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται ο τοκετός. Επίσης, η κατάλληλη εκπαίδευση και επαγγελματική επάρκεια των μαιών είναι απαραίτητες για την αναγνώριση των γυναικών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο τραυματικής εμπειρίας ή εμφάνισης μετατραυματικού στρες και για την παροχή κατάλληλης υποστήριξης ή παραπομπής.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας, με τίτλο «Η επίδραση της συνεχούς φροντίδας από μαία στην τραυματική εμπειρία τοκετού και στο μετατραυματικό στρες μετά τον τοκετό», είναι να διερευνήσει, μέσα από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, τη σχέση της συνεχούς φροντίδας από μαία με την εμπειρία του τοκετού και την εμφάνιση μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό. Ειδικότερα, η εργασία αποσκοπεί στην ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται με την τραυματική εμπειρία του τοκετού, στη διερεύνηση του ρόλου της συνεχούς και υποστηρικτικής μαιευτικής φροντίδας στην πρόληψη ή στον περιορισμό του τραύματος, καθώς και στην εξέταση των δυνατοτήτων αναγνώρισης και διαχείρισης του μετατραυματικού στρες από τη μαία. Με βάση τον παραπάνω σκοπό, τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας διαμορφώνονται ως εξής:

- Ποιοι παράγοντες συνδέονται με την εμφάνιση τραυματικής εμπειρίας κατά τον τοκετό και με την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό;
- Πώς επηρεάζει η συνεχής φροντίδα από μαία την εμπειρία της γυναίκας κατά τον τοκετό και σε ποιο βαθμό μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη ή στη μείωση της τραυματικής εμπειρίας;
- Ποιος είναι ο ρόλος της μαίας στην αναγνώριση, πρόληψη και αντιμετώπιση του μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό;
- Ποιοι παράγοντες διευκολύνουν ή περιορίζουν την παροχή συνεχούς, υποστηρικτικής και εξατομικευμένης μαιευτικής φροντίδας από τις μαίες;

Η εργασία, πέραν του κεφαλαίου της Μεθοδολογίας, διαρθρώνεται σε πέντε κύρια θεματικά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το φαινόμενο του τραυματικού τοκετού, η συχνότητα εμφάνισής του και οι ψυχολογικές του επιπτώσεις, ενώ εξετάζεται η διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό, η σχέση της με τον τρόπο τοκετού και οι συνέπειες του τραύματος για τη μητέρα και την οικογένεια. Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζεται η σχέση μεταξύ τραύματος γέννησης, μητρικής υγείας και θηλασμού, με αναφορά στους ορμονικούς μηχανισμούς, στην αμφίδρομη σχέση μεταξύ τραύματος και θηλασμού, καθώς και στον ρόλο της υποστήριξης του συντρόφου. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η συνεχής φροντίδα από τη μαία και η υποστήριξη της επιτόκου, με έμφαση στη συμβουλευτική, στην επικοινωνία, στην ενημέρωση, στην ενδυνάμωση και στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ μαίας και γυναίκας. Το τέταρτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην πρόληψη και αντιμετώπιση του τραυματικού τοκετού και του μετατραυματικού στρες, παρουσιάζοντας τις μαιευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν κατά τον τοκετό, τις διαδικασίες αναγνώρισης και ελέγχου της μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τις παρεμβάσεις για την πρόληψη και θεραπεία του PTSD μετά τον τοκετό. Τέλος, το πέμπτο κεφάλαιο εξετάζει τη συμβολή της μαίας στην προαγωγή της υγείας κατά την εγκυμοσύνη, με έμφαση στις συστάσεις για υγιεινό τρόπο ζωής, στον ρόλο της μαίας στην προαγωγή υγιεινών συμπεριφορών και στη βελτιστοποίηση της αύξησης του βάρους κατά την κύηση, καθώς και στην εκπαίδευση, την επαγγελματική επάρκεια και τα εμπόδια που μπορεί να επηρεάζουν την παροχή σχετικών παρεμβάσεων. Μέσα από τη συνολική προσέγγιση των παραπάνω θεματικών, η εργασία επιδιώκει να αναδείξει τη σημασία της συνεχούς, εξατομικευμένης και υποστηρικτικής μαιευτικής φροντίδας στην πρόληψη της τραυματικής εμπειρίας του τοκετού και στην προστασία της ψυχικής υγείας της γυναίκας μετά τον τοκετό.

1ο Κεφάλαιο. Μεθοδολογία της Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

1.1. Σχεδιασμός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Η παρούσα εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση με αντικείμενο τη διερεύνηση της επίδρασης της συνεχούς φροντίδας από μαία στην τραυματική εμπειρία του τοκετού και στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό. Για την πραγματοποίηση της ανασκόπησης ακολουθήθηκε οργανωμένη και τεκμηριωμένη διαδικασία αναζήτησης της διεθνούς επιστημονικής βιβλιογραφίας, με στόχο τη συλλογή των πλέον αξιόπιστων και σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων που σχετίζονται με το υπό διερεύνηση θέμα. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις διεθνώς αναγνωρισμένες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed/MEDLINE, Scopus, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PsycINFO, Cochrane Library και Google Scholar, οι οποίες συγκεντρώνουν μεγάλο αριθμό δημοσιευμένων ερευνών στους τομείς της μαιευτικής, της νοσηλευτικής, της ψυχολογίας και της περιγεννητικής φροντίδας. Η αξιοποίηση περισσότερων της μίας βάσεων δεδομένων κρίθηκε απαραίτητη, ώστε να περιοριστεί ο κίνδυνος παράλειψης σημαντικών δημοσιεύσεων και να επιτευχθεί όσο το δυνατόν πληρέστερη κάλυψη της διαθέσιμης επιστημονικής γνώσης.

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας βασίστηκε στη χρήση λέξεων-κλειδιών και ελεγχόμενων όρων ευρετηρίασης (MeSH όπου ήταν διαθέσιμοι), οι οποίοι συνδυάστηκαν μεταξύ τους με τους λογικούς τελεστές AND και OR, προκειμένου να ανακτηθούν οι πλέον σχετικές δημοσιεύσεις. Οι κυριότερες λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: *Midwife, Midwifery, Midwife-led care, Midwifery continuity of care, Continuity of care, Woman-centred care, Traumatic childbirth, Birth trauma, Psychological birth trauma, Traumatic birth experience, Post-traumatic stress disorder (PTSD), Childbirth-related PTSD, Postpartum PTSD, Postpartum post-traumatic stress disorder, Maternal mental health* και *Postpartum mental health*. Οι όροι αυτοί χρησιμοποιήθηκαν είτε μεμονωμένα είτε σε διαφορετικούς συνδυασμούς, όπως "Midwifery continuity of care AND traumatic childbirth", "Birth trauma AND PTSD", "Midwife-led care AND maternal mental health", "Continuity of care AND postpartum PTSD" και "Childbirth-related PTSD AND midwife", ώστε να εντοπιστούν μελέτες που διερευνούσαν τόσο τη σχέση της

μαιευτικής φροντίδας με την εμπειρία του τοκετού όσο και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να εμφανιστούν κατά τη λοχεία.

Για την επιλογή των επιστημονικών άρθρων εφαρμόστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Στα κριτήρια ένταξης περιλήφθηκαν πρωτογενείς ποσοτικές, ποιοτικές και μικτές ερευνητικές μελέτες, καθώς και συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, οι οποίες είχαν δημοσιευθεί σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά με διαδικασία αξιολόγησης από ομοτίμους (peer review). Επιπλέον, συμπεριλήφθηκαν μόνο άρθρα στην ελληνική ή την αγγλική γλώσσα, των οποίων το πλήρες κείμενο ήταν διαθέσιμο και τα οποία εξέταζαν τη σχέση μεταξύ της συνεχούς φροντίδας από μαία, της τραυματικής εμπειρίας του τοκετού, της ποιότητας της μαιευτικής φροντίδας, της ψυχικής υγείας των γυναικών και ιδιαίτερα της εμφάνισης συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό. Αντίθετα, αποκλείστηκαν άρθρα που δεν σχετίζονταν άμεσα με το αντικείμενο της παρούσας ανασκόπησης, δημοσιεύσεις χωρίς διαθέσιμο πλήρες κείμενο, περιλήψεις συνεδρίων, επιστολές προς τον εκδότη, διπλωματικές εργασίες, διατριβές, βιβλιογραφικές σημειώσεις, καθώς και μελέτες που αφορούσαν αποκλειστικά τη σωματική έκβαση του τοκετού χωρίς αναφορά στις ψυχολογικές επιπτώσεις ή στον ρόλο της μαίας. Επίσης, αποκλείστηκαν έρευνες που αφορούσαν αποκλειστικά άλλους επαγγελματίες υγείας ή ειδικούς πληθυσμούς, χωρίς να εξετάζουν την εμπειρία των γυναικών κατά την περιγεννητική περίοδο.

Το χρονικό εύρος της βιβλιογραφικής αναζήτησης καθορίστηκε από το 1997 έως και το 2026. Η επιλογή αυτού του διαστήματος πραγματοποιήθηκε επειδή από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 άρχισε να αναπτύσσεται συστηματικά η επιστημονική έρευνα σχετικά με την τραυματική εμπειρία του τοκετού, τη διαταραχή μετατραυματικού στρες που σχετίζεται με τον τοκετό και τη σημασία της συνεχούς μαιευτικής φροντίδας στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των γυναικών. Κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο δημοσιεύθηκαν σημαντικές πρωτογενείς μελέτες, συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που τεκμηριώνουν τον καθοριστικό ρόλο της μαίας στη διαμόρφωση μιας θετικής εμπειρίας τοκετού, στην ενίσχυση της σχέσης εμπιστοσύνης με τη γυναίκα, στη μείωση της πιθανότητας τραυματικής εμπειρίας και στην πρόληψη ή τον περιορισμό της εμφάνισης συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό. Ως εκ τούτου, η επιλογή του χρονικού αυτού εύρους θεωρήθηκε επαρκής για την αποτύπωση της

εξέλιξης της σχετικής επιστημονικής γνώσης και τη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης εικόνας του υπό διερεύνηση φαινομένου

2ο Κεφάλαιο. Τραυματικός τοκετός και μετατραυματικό στρες μετά τον τοκετό

2.1. Τραυματικός τοκετός

Ο τραυματικός τοκετός μπορεί να οριστεί ως μια εμπειρία γέννησης που βιώνεται από τη γυναίκα ως ιδιαίτερα δυσάρεστη, απειλητική ή συναισθηματικά επιβαρυντική και μπορεί να επιφέρει σημαντικές και παρατεταμένες ψυχολογικές συνέπειες. Η έννοια του τραυματικού τοκετού δεν προϋποθέτει την ύπαρξη αντικειμενικά διαπιστωμένου σωματικού τραυματισμού στη μητέρα ή το νεογνό, καθώς καθοριστική σημασία έχει ο τρόπος με τον οποίο η ίδια η γυναίκα αντιλαμβάνεται, αξιολογεί και επεξεργάζεται την εμπειρία. Έτσι, ακόμη και ένας τοκετός χωρίς σοβαρές μαιευτικές επιπλοκές μπορεί να βιωθεί ως τραυματικός όταν η γυναίκα αισθανθεί ότι απειλήθηκε η σωματική της ακεραιότητα, η ασφάλεια, η αξιοπρέπεια ή η αίσθηση ελέγχου της διαδικασίας, ενώ αντίστροφα ένα σοβαρό σωματικό συμβάν δεν οδηγεί υποχρεωτικά σε τραυματική ψυχολογική εμπειρία [1]. Υπό αυτή την έννοια, ο τραυματικός τοκετός αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο στο οποίο αλληλεπιδρούν οι αντικειμενικές συνθήκες και οι μαιευτικές παρεμβάσεις με την ποιότητα της επικοινωνίας και της ενημέρωσης, τον βαθμό συμμετοχής της γυναίκας στη λήψη αποφάσεων και τις προηγούμενες εμπειρίες και αντιλήψεις της. Ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται χωρίς επαρκή ενημέρωση, προηγούμενη συναίνεση ή σε αντίθεση με τις επιθυμίες της γυναίκας, καθώς μπορούν να ενισχύσουν το αίσθημα απώλειας ελέγχου. Παρότι η απόκλιση από ένα αρχικό πλάνο τοκετού μπορεί να είναι αναγκαία σε απρόβλεπτες κλινικές καταστάσεις, η έλλειψη ενημέρωσης και συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων μπορεί να οδηγήσει τη γυναίκα στην αίσθηση ότι το σώμα της αντιμετωπίζεται ως αντικείμενο ιατρικής διαχείρισης. Επομένως, η διατήρηση της αυτονομίας, η έγκαιρη ενημέρωση, η συναίνεση και ο σεβασμός των προτιμήσεων αποτελούν κρίσιμες παραμέτρους για μια ασφαλή και θετική εμπειρία τοκετού [2].

Η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ της γυναίκας και των επαγγελματιών υγείας αποτελεί, συνεπώς, καθοριστικό παράγοντα της εμπειρίας του τοκετού. Η ανεπαρκής ενημέρωση για τις πρακτικές και τις παρεμβάσεις, η απουσία συναίνεσης, αλλά και η ανεπαρκής ανταπόκριση στον πόνο και στις ανάγκες ανακούφισης μπορούν να προκαλέσουν αισθήματα ανασφάλειας, φόβου, αδυναμίας, εγκατάλειψης και προσβολής της προσωπικής αξιοπρέπειας, ενισχύοντας την αντίληψη ότι η γυναίκα δεν έχει ουσιαστικό έλεγχο σε όσα συμβαίνουν στο σώμα της [3]. Παράλληλα, ορισμένες μαιευτικές επιπλοκές και τεχνικές παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη δημιουργία αρνητικής ή τραυματικής εμπειρίας, ιδιαίτερα όταν συνδέονται με ανεπαρκή φροντίδα, λανθασμένες τεχνικές ή αμέλεια. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται, μεταξύ άλλων, περιπτώσεις χειρουργικής τομής κατά την καισαρική τομή πριν από την πλήρη αποτελεσματικότητα της αναισθησίας, καθώς και προβλήματα που αφορούν την ανεπαρκή συρραφή ή τον τραυματισμό του περινέου κατά τον φυσιολογικό τοκετό, τα οποία μπορεί να συνδέονται με λανθασμένες οδηγίες ή πλημμελή φροντίδα [2]. Επιπλέον, σοβαρές επιπλοκές, όπως ο τραυματισμός του πρωκτικού σφιγκτήρα, η αιμορραγία μετά τον τοκετό και οι λοιμώξεις, καθώς και ένας παρατεταμένος ή ιδιαίτερα επώδυνος τοκετός, μπορούν να αυξήσουν την εξάντληση, τον φόβο και την αίσθηση απώλειας ελέγχου και να συνδεθούν με μετατραυματικά συμπτώματα [3]. Η αποτελεσματική επικοινωνία, η ενσυναίσθηση, ο σεβασμός και η κατάλληλη αναλγησία αποκτούν επομένως ιδιαίτερη σημασία, όχι μόνο ως στοιχεία ποιοτικής κλινικής πρακτικής αλλά και ως πιθανοί προστατευτικοί παράγοντες έναντι της ανάπτυξης τραυματικής εμπειρίας.

Η ευαλωτότητα απέναντι σε μια αρνητική ή τραυματική εμπειρία γέννησης επηρεάζεται από προϋπάρχοντες ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Ειδικότερα, το προηγούμενο ιστορικό κακοποίησης και ο φόβος του τοκετού έχουν συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα αρνητικής εμπειρίας, καθώς οι γυναίκες αυτές μπορεί να είναι περισσότερο ευάλωτες σε αισθήματα απειλής, αδυναμίας και απώλειας ελέγχου κατά τη γέννηση [4]. Για τον λόγο αυτό, η προγεννητική και μαιευτική φροντίδα χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη το ατομικό ιστορικό και τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε γυναίκας, παρέχοντας αυξημένη συναισθηματική υποστήριξη, σχέση εμπιστοσύνης και ουσιαστική συμμετοχή στις αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα της. Παράλληλα, σημαντική διάσταση της εμπειρίας αποτελεί η δυνατότητα δημιουργίας του πρώιμου δεσμού

μητέρας–νεογνού. Η άμεση επαφή δέρμα με δέρμα και η υποστήριξη της έναρξης του θηλασμού μπορούν, όταν δεν υπάρχουν ιατρικά εμπόδια, να συμβάλουν στη συναισθηματική σύνδεση, στη θετικότερη εμπειρία της γυναίκας και στην ενίσχυση της μητρικής ταυτότητας, ενώ η παρεμπόδιση αυτών των πρακτικών μπορεί να ενισχύσει την αντίληψη του τοκετού ως απρόσωπης ή λιγότερο ικανοποιητικής διαδικασίας [5]. Οι συνέπειες μιας τραυματικής εμπειρίας δεν περιορίζονται απαραίτητα στη μεταγεννητική περίοδο, αλλά μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα της γυναίκας. Σύμφωνα με το DSM-5, ιδιαίτερη σημασία για την αξιολόγηση του τραυματικού γεγονότος έχει η υποκειμενική αντίληψη της απειλής και οι αντιδράσεις του ατόμου σε αυτήν [6]. Στην περίπτωση του τοκετού, η εμπειρία μπορεί να συνδεθεί με αυξημένο άγχος και στρες, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κρίσεις πανικού και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και με δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές αντιμετώπισης, όπως η υπερφαγία, η υπερβολική κατανάλωση χρημάτων, η χρήση αλκοόλ ή επιθετικές συμπεριφορές [7].

Οι επιπτώσεις του τραύματος είναι δυνατόν να επεκτείνονται και πέρα από το άτομο, καθώς η βιβλιογραφία έχει εξετάσει τόσο πιθανούς επιγενετικούς μηχανισμούς διαγενεακής μετάδοσης όσο και ψυχοκοινωνικές διαδικασίες μέσω των οποίων οι συνέπειες ενός τραυματικού γεγονότος μπορούν να επηρεάσουν τις επόμενες γενεές [8]. Η μεταφορά αυτή δεν αφορά αποκλειστικά άμεσους βιολογικούς μηχανισμούς, αλλά μπορεί να πραγματοποιείται μέσω των οικογενειακών σχέσεων, των προτύπων προσκόλλησης, της συναισθηματικής ανταπόκρισης της μητέρας στις ανάγκες του παιδιού και της αφήγησης τραυματικών οικογενειακών γεγονότων, τα οποία μπορούν να διατηρούνται και να μεταδίδονται μέσω οικογενειακών αναμνήσεων, φωτογραφιών, επιστολών και άλλων κειμηλίων [9]. Παράλληλα, από μια περισσότερο μαιευτική οπτική, συγκεκριμένοι τύποι τοκετού, όπως η καισαρική τομή ή ο επεμβατικός φυσιολογικός τοκετός, έχουν συσχετιστεί με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και με την αντίληψη της εμπειρίας ως τραυματικής [10]. Ωστόσο, δεν είναι ο ίδιος ο τύπος του τοκετού που καθορίζει αναγκαστικά την ύπαρξη τραύματος, αλλά η αλληλεπίδρασή του με τις συνθήκες υπό τις οποίες πραγματοποιείται, την επικοινωνία, τη συμμετοχή της γυναίκας στη λήψη αποφάσεων, την αντίληψη ελέγχου και την υποστήριξη που λαμβάνει. Συνεπώς, ο τραυματικός τοκετός θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό

φαινόμενο, στο οποίο η πρόληψη και η αντιμετώπιση απαιτούν ανθρωποκεντρική μαιευτική φροντίδα, σεβασμό της αυτονομίας, ενημερωμένη συναίνεση, αποτελεσματική επικοινωνία, έγκαιρη αναγνώριση των ψυχολογικών αναγκών και συνεχή υποστήριξη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό.

2.2. Συχνότητα και ψυχολογικές επιπτώσεις του τραυματικού τοκετού

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα διεθνή ερευνητικά δεδομένα, ο τραυματικός τοκετός αποτελεί ένα ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο, με το ποσοστό των γυναικών που αναφέρουν ότι βίωσαν την εμπειρία της γέννησης ως τραυματική να κυμαίνεται περίπου μεταξύ 23% και 45% [11]. Η σημαντική αυτή διακύμανση στα ποσοστά μπορεί να αποδοθεί, μεταξύ άλλων, στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό και τη μέτρηση του τραυματικού τοκετού, στις διαφοροποιήσεις των πληθυσμών που μελετώνται, αλλά και στον χρόνο κατά τον οποίο αξιολογείται η εμπειρία μετά τη γέννηση. Παρά τις διαφοροποιήσεις αυτές, το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών διεθνώς αναγνωρίζει την εμπειρία του τοκετού ως τραυματική αναδεικνύει τη σοβαρότητα του φαινομένου. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι οι συνέπειες δεν περιορίζονται αποκλειστικά στη μητέρα, αλλά μπορούν να επηρεάσουν τη σχέση μητέρας–παιδιού, τη φροντίδα και την ανάπτυξη του νεογνού, τη λειτουργία της οικογένειας, καθώς και τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Επομένως, όταν η συχνότητα του τραυματικού τοκετού παραμένει σε τόσο υψηλά επίπεδα, το ζήτημα αποκτά ευρύτερη κοινωνική και υγειονομική διάσταση και μπορεί να θεωρηθεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο απαιτεί συστηματική πρόληψη, έγκαιρη αναγνώριση και κατάλληλες παρεμβάσεις.

Η έκταση του φαινομένου αποκτά μεγαλύτερη σημασία εάν ληφθεί υπόψη ότι η ψυχολογική επιβάρυνση μετά τον τοκετό δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένα κοινωνικά ή οικονομικά περιβάλλοντα. Η τραυματική εμπειρία γέννησης και οι σχετικές ψυχολογικές επιπτώσεις έχουν αναφερθεί τόσο σε χώρες υψηλού όσο και σε χώρες χαμηλού εισοδήματος, γεγονός που υποδηλώνει ότι το φαινόμενο δεν αποτελεί αποκλειστικό χαρακτηριστικό ενός συγκεκριμένου συστήματος υγείας ή ενός συγκεκριμένου κοινωνικοοικονομικού πλαισίου [12]. Παρά το γεγονός ότι οι συνθήκες παροχής μαιευτικής φροντίδας, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και οι διαθέσιμοι πόροι διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών, η εμπειρία του φόβου, της απώλειας ελέγχου,

της ανεπαρκούς υποστήριξης ή της αίσθησης ότι η γυναίκα δεν έγινε σεβαστή κατά τη διάρκεια του τοκετού μπορεί να εμφανιστεί σε διαφορετικά πολιτισμικά και υγειονομικά περιβάλλοντα. Η διαπίστωση αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη αντιμετώπισης του τραυματικού τοκετού ως διεθνούς ζητήματος μαιευτικής και ψυχικής υγείας και όχι ως προβλήματος που αφορά αποκλειστικά συγκεκριμένες χώρες ή συγκεκριμένες κατηγορίες γυναικών.

Ένα σημαντικό ζήτημα στη μελέτη του τραυματικού τοκετού αφορά τον τρόπο με τον οποίο ορίζεται και αξιολογείται ερευνητικά. Η διεθνής βιβλιογραφία δεν χρησιμοποιεί πάντοτε ένα ενιαίο και απολύτως ομοιογενές κριτήριο για τον χαρακτηρισμό μιας εμπειρίας γέννησης ως τραυματικής. Σε ορισμένες μελέτες, η αξιολόγηση βασίζεται κυρίως στην υποκειμενική αντίληψη της γυναίκας, δηλαδή στο κατά πόσο η ίδια περιγράφει τον τοκετό της ως τραυματικό ή ιδιαίτερα αρνητικό γεγονός. Σε άλλες περιπτώσεις, η αξιολόγηση πραγματοποιείται μέσω τυποποιημένων ψυχομετρικών εργαλείων ή με βάση συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια που εξετάζουν την παρουσία συμπτωμάτων ψυχικού τραύματος και μετατραυματικής ψυχοπαθολογίας [13]. Η διαφοροποίηση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς η υποκειμενική εμπειρία της γυναίκας και η κλινική διάγνωση μιας μετατραυματικής διαταραχής δεν αποτελούν ταυτόσημες έννοιες. Μια γυναίκα μπορεί να χαρακτηρίζει τον τοκετό της ως τραυματικό χωρίς να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΤΣ), ενώ αντίστροφα μπορεί να εμφανίζει σημαντική μετατραυματική συμπτωματολογία χωρίς να χρησιμοποιεί η ίδια τον όρο «τραυματικός τοκετός» για να περιγράψει την εμπειρία της.

Στο πλαίσιο αυτό, καθοριστική σημασία αποκτά η διάκριση μεταξύ της αντικειμενικής μαιευτικής αξιολόγησης και της υποκειμενικής εμπειρίας της γυναίκας. Ένας τοκετός ο οποίος, από την πλευρά του επαγγελματία υγείας, μπορεί να θεωρείται φυσιολογικός ή κλινικά επιτυχής, είναι δυνατόν να βιωθεί από τη μητέρα ως ιδιαίτερα απειλητικός, επώδυνος ή τραυματικός. Αντίστροφα, μια μαιευτική διαδικασία που περιλαμβάνει σημαντικές παρεμβάσεις ή επιπλοκές δεν οδηγεί αναγκαστικά σε τραυματική εμπειρία για κάθε γυναίκα. Επομένως, η αξιολόγηση της εμπειρίας δεν θα πρέπει να περιορίζεται αποκλειστικά στην καταγραφή των ιατρικών συμβάντων, αλλά να περιλαμβάνει και την αντίληψη της ίδιας της γυναίκας για όσα συνέβησαν. Η υποκειμενική της αξιολόγηση, το αίσθημα ελέγχου, η αντίληψη της ασφάλειας, η ποιότητα της

επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και ο βαθμός στον οποίο αισθάνθηκε ότι έγινε σεβαστή η αυτονομία και η αξιοπρέπειά της αποτελούν κρίσιμες διαστάσεις της εμπειρίας του τοκετού. Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει το ενδιαφέρον από το ερώτημα «ήταν ο τοκετός αντικειμενικά τραυματικός;» στο ουσιαστικότερο ερώτημα «πώς βίωσε η γυναίκα τον τοκετό της;» [13].

Η σημασία της υποκειμενικής εμπειρίας αναδεικνύεται ιδιαίτερα μέσα από το έργο της Beck, η οποία περιγράφει τις επιπτώσεις του τραυματικού τοκετού ως «κυματικές», υποδηλώνοντας ότι η επίδραση μιας τραυματικής γέννησης δεν περιορίζεται χρονικά στη στιγμή του τοκετού αλλά μπορεί να εξαπλωθεί σε διαφορετικούς τομείς της ζωής της γυναίκας. Οι επιπτώσεις αυτές μπορούν να επηρεάσουν τη συναισθηματική κατάσταση, την αντίληψη της γυναίκας για τον εαυτό της ως μητέρας, τη σχέση της με το νεογνό, τις οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τις επόμενες εμπειρίες εγκυμοσύνης και γέννησης. Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η επίδραση του τραύματος στον θηλασμό, καθώς η ψυχολογική επιβάρυνση, ο φόβος, η αίσθηση αποτυχίας ή η αποσύνδεση από την εμπειρία της μητρότητας μπορούν να δυσχεράνουν την έναρξη και τη διατήρησή του. Συνάμα, η τραυματική εμπειρία μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία μιας ευρύτερης διαδικασίας ψυχολογικής επιβάρυνσης, κατά την οποία τα αρχικά συναισθήματα φόβου, αδυναμίας ή απώλειας ελέγχου ενδέχεται να εξελιχθούν σε επίμονη μετατραυματική συμπτωματολογία [14].

Η εξέλιξη αυτή αποκτά ιδιαίτερη κλινική σημασία, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών που βιώνουν τον τοκετό ως τραυματικό ενδέχεται να αναπτύξει συμπτώματα ΔΜΤΣ. Σύμφωνα με τους [15], περίπου μία στις τέσσερις γυναίκες που αναφέρουν τραυματική εμπειρία τοκετού αναπτύσσει Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες. Η διαπίστωση αυτή αναδεικνύει ότι ο τραυματικός τοκετός δεν αποτελεί απλώς μια παροδική αρνητική ανάμνηση, αλλά μπορεί σε ένα μέρος των γυναικών να εξελιχθεί σε σοβαρή ψυχολογική κατάσταση με σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή λειτουργικότητα και στη μεταγεννητική προσαρμογή. Η παρουσία επίμονων συμπτωμάτων, όπως επαναβίωση της εμπειρίας, αποφυγή ερεθισμάτων που υπενθυμίζουν τον τοκετό, αυξημένη εγρήγορση και αρνητικές μεταβολές στη συναισθηματική κατάσταση, μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής της μητέρας και την ικανότητά της να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της μητρότητας. Για τον λόγο αυτό, η έγκαιρη αναγνώριση των γυναικών που

παρουσιάζουν αυξημένη ψυχολογική ευαλωτότητα μετά τον τοκετό και η παραπομπή τους σε κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν κρίσιμες παραμέτρους μιας ολοκληρωμένης μεταγεννητικής φροντίδας [15].

Η υψηλή συχνότητα του τραυματικού τοκετού, η δυνατότητα εμφάνισής του σε διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα και η πιθανότητα εξέλιξής του σε σοβαρή μετατραυματική συμπτωματολογία καθιστούν αναγκαία την αντιμετώπισή του ως σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Η κατανόηση του φαινομένου απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση, η οποία θα συνδυάζει τη μαιευτική αξιολόγηση με την ψυχολογική και υποκειμενική διάσταση της εμπειρίας. Η αναγνώριση ότι η ίδια μαιευτική διαδικασία μπορεί να αξιολογηθεί διαφορετικά από τον επαγγελματία υγείας και από τη γυναίκα αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για τη δημιουργία μιας περισσότερο ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Η συστηματική ενημέρωση, η συμμετοχή της γυναίκας στις αποφάσεις, ο σεβασμός της αυτονομίας της, η κατάλληλη αντιμετώπιση του πόνου και η παροχή συνεχούς συναισθηματικής υποστήριξης μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη ή στον περιορισμό της τραυματικής εμπειρίας. Ακόμη, η μεταγεννητική παρακολούθηση θα πρέπει να περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας, της εμπειρίας του τοκετού και πιθανών δυσκολιών στον θηλασμό ή στη σχέση μητέρας–παιδιού, ώστε οι γυναίκες που χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη να εντοπίζονται έγκαιρα.

2.3. Διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό

Η εμπειρία ενός τραυματικού τοκετού μπορεί να έχει σημαντικές και παρατεταμένες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της γυναίκας κατά τη μεταγεννητική περίοδο, αυξάνοντας την ευαλωτότητά της απέναντι σε άγχος, έντονο στρες, καταθλιπτικά συμπτώματα και μετατραυματική συμπτωματολογία. Ως εκ τούτου, η μεταγεννητική φροντίδα δεν θα πρέπει να περιορίζεται στη σωματική αποκατάσταση, αλλά να περιλαμβάνει συστηματική αξιολόγηση της ψυχικής ευεξίας και έγκαιρη αναγνώριση των γυναικών που εμφανίζουν σημεία ψυχολογικής επιβάρυνσης, ώστε να παρέχεται κατάλληλη υποστήριξη πριν τα συμπτώματα παγιωθούν και επηρεάσουν τη λειτουργικότητα, τη σχέση μητέρας–νεογνού και την προσαρμογή στη μητρότητα [16]. Η ψυχολογική έκβαση φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα βίωσε τον τοκετό παρά αποκλειστικά με τον τρόπο γέννησης. Ειδικότερα,

γυναίκες που υποβλήθηκαν σε υποβοηθούμενο ή απρογραμμάτιστο κολπικό τοκετό έχουν αναφέρει δυσμενέστερες μεταγεννητικές εμπειρίες και εντονότερα τραυματικά συμπτώματα σε σύγκριση με γυναίκες που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη καισαρική τομή, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα μπορεί να επιμένουν για αρκετούς μήνες [17]. Η χρήση επεμβατικών μεθόδων, ιδιαίτερα όταν πραγματοποιείται απροσδόκητα, σε συνθήκες έντονου πόνου ή φόβου και χωρίς επαρκή ενημέρωση και συμμετοχή της γυναίκας στη λήψη αποφάσεων, μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση απώλειας ελέγχου και να καταστήσει αναγκαία στενότερη μεταγεννητική ψυχολογική παρακολούθηση [18]. Παράλληλα, η αλλαγή του αρχικού σχεδίου τοκετού, η επείγουσα ή ακόμη και η προγραμματισμένη καισαρική τομή, η εισαγωγή του νεογνού σε Μονάδα Εντατικής ή Ενδιάμεσης Φροντίδας, οι δυσκολίες στη σίτιση κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και η έκθεση σε μορφές μαιευτικής βίας, συμπεριλαμβανομένης της λεκτικής και ψυχοσυναισθηματικής βίας, έχουν συσχετιστεί με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και μετατραυματική συμπτωματολογία [19]. Ιδιαίτερα η μαιευτική βία, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει προσβλητική επικοινωνία, απαξίωση, έλλειψη σεβασμού, συναισθηματική πίεση και παραβίαση της αυτονομίας, μπορεί να ενισχύσει το αίσθημα αδυναμίας και απώλειας ελέγχου και να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ΔΜΤΣ [20] [168].

Η μεταγεννητική ψυχολογική κατάσταση συνδέεται στενά με την εμπειρία της γυναίκας κατά την έναρξη της μητρότητας και ιδιαίτερα με τη δυνατότητα δημιουργίας άμεσης επαφής με το νεογνό και έναρξης του θηλασμού. Η σχέση μεταξύ δυσφορίας κατά τον τοκετό, αντίληψης της γέννησης ως τραυματικού γεγονότος, ΔΜΤΣ και αδυναμίας εγκαθίδρυσης αποκλειστικού θηλασμού υποδεικνύει ότι η εμπειρία του τοκετού και η μεταγεννητική σίτιση του νεογνού αποτελούν αλληλοσυνδεόμενες διαστάσεις [21]. Μια γυναίκα που έχει βιώσει έντονο φόβο, πόνο ή απώλεια ελέγχου μπορεί να αντιμετωπίζει μεγαλύτερες δυσκολίες συναισθηματικής προσαρμογής, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν την έναρξη ή τη διατήρηση του θηλασμού, ενώ οι δυσκολίες στη σίτιση μπορεί με τη σειρά τους να ενισχύσουν αισθήματα ανεπάρκειας, απογοήτευσης ή αποτυχίας. Για τον λόγο αυτό, η υποστήριξη στον θηλασμό θα πρέπει να παρέχεται με τρόπο ενθαρρυντικό και εξατομικευμένο, χωρίς να προσθέτει επιπλέον πίεση σε μια ήδη ψυχολογικά επιβαρυμένη γυναίκα. Η άμεση επαφή μητέρας–νεογνού και η έναρξη του

θηλασμού κατά την πρώτη ώρα μετά τη γέννηση έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικού στρες, γεγονός που υποδηλώνει πιθανή προστατευτική επίδραση της πρώιμης σύνδεσης και υποστήριξης [22]. Μολαταύτα, η εφαρμογή αυτών των πρακτικών πρέπει πάντοτε να αξιολογείται με βάση την κλινική κατάσταση μητέρας και νεογνού. Εξίσου σημαντική είναι η παρουσία και η ουσιαστική υποστήριξη του συντρόφου, καθώς η συναισθηματική παρουσία, η πρακτική βοήθεια, η ενεργός συμμετοχή στη φροντίδα του νεογνού και η επιβεβαίωση των συναισθημάτων της γυναίκας μπορούν να μειώσουν το αίσθημα ότι αντιμετωπίζει μόνη της τις απαιτήσεις της μεταγεννητικής περιόδου. Παρότι η υποστήριξη του συντρόφου φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά έναντι του άγχους, του στρες και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς η ποιότητα και οι διαφορετικές μορφές της υποστήριξης, γεγονός που καθιστά σημαντικό να αξιολογείται όχι μόνο η παρουσία συντρόφου αλλά και ο βαθμός στον οποίο η υποστήριξη που παρέχεται ανταποκρίνεται ουσιαστικά στις ανάγκες της μητέρας [23] [168].

Καθοριστικός είναι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των μαιών, οι οποίες, λόγω της συνεχούς και άμεσης επαφής τους με τη γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, βρίσκονται σε ιδιαίτερα προνομιακή θέση για την αναγνώριση πρώιμων ενδείξεων ψυχολογικής δυσφορίας και την έγκαιρη παρέμβαση [24]. Η προσεκτική ακρόαση, η ενθάρρυνση, η συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη, καθώς και η έγκαιρη παραπομπή σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν να περιορίσουν την περαιτέρω επιδείνωση της ψυχολογικής κατάστασης και να διευκολύνουν την προσαρμογή της γυναίκας στη μητρότητα. Η υποστήριξη από τον σύντροφο, την οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους τροποποιήσιμους παράγοντες που μπορούν να ενισχύσουν την αίσθηση ασφάλειας και να μειώσουν την αντίληψη ότι η γυναίκα καλείται να αντιμετωπίσει μόνη της τις δυσκολίες της μεταγεννητικής περιόδου [23]. Επομένως, η πρόληψη και η έγκαιρη αντιμετώπιση της ΔΜΤΣ μετά από έναν τραυματικό τοκετό προϋποθέτουν ένα συνεχές και υποστηρικτικό δίκτυο φροντίδας, στο οποίο η γυναίκα, ο σύντροφός της, η οικογένεια και οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν συμπληρωματικά. Η προσέγγιση αυτή θα πρέπει να βασίζεται στην εξατομικευμένη αξιολόγηση των αναγκών, στην αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, στην υποστήριξη της σχέσης μητέρας–νεογνού και του θηλασμού,

όπου αυτό είναι επιθυμητό και εφικτό, καθώς και στην έγκαιρη παραπομπή όταν απαιτείται εξειδικευμένη ψυχολογική φροντίδα [16,24]. Με τον τρόπο αυτό, η μεταγεννητική φροντίδα μπορεί να μετατραπεί από μια αποκλειστικά σωματοκεντρική διαδικασία σε μια ολοκληρωμένη παρέμβαση που αντιμετωπίζει τις ψυχολογικές συνέπειες του τραυματικού τοκετού και ενισχύει ουσιαστικά την ασφάλεια, την αυτοπεποίθηση και την προσαρμογή της γυναίκας στη νέα της μητρική ταυτότητα [168].

2.4. Τρόπος τοκετού και τραυματική εμπειρία

Ο τρόπος τοκετού αποτελεί σύνθετο και πολυπαραγοντικό ζήτημα στη μελέτη της τραυματικής εμπειρίας, καθώς η σχέση μεταξύ οδού γέννησης και μετατραυματικών συμπτωμάτων δεν μπορεί να ερμηνευθεί ανεξάρτητα από το ευρύτερο κλινικό και ψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Κατά την περίοδο 2021–2022, περίπου το 20% των εγκύων γυναικών στο Ηνωμένο Βασίλειο υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή (lower segment caesarean section – LSCS), γεγονός που αναδεικνύει τη σημαντική θέση της καισαρικής τομής στη σύγχρονη μαιευτική πρακτική [25]. Παρότι η καισαρική τομή και ιδιαίτερα η επείγουσα, έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο τραυματικής εμπειρίας και μετατραυματικών συμπτωμάτων, η απλουστευμένη αντίληψη ότι ο κολπικός τοκετός είναι κατ' ανάγκη προστατευτικός και η καισαρική τομή εγγενώς τραυματική δεν ανταποκρίνεται στα ερευνητικά δεδομένα [26]. Συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι η επείγουσα καισαρική τομή (emergency caesarean section – EmCS) συνδέεται περισσότερο με τραυματικά συμπτώματα, με άμεση συσχέτιση με αυξημένα συμπτώματα μεταγεννητικού PTSD να καταγράφεται σε έξι από τις δεκατέσσερις μελέτες, ενώ οι LSCS συνολικά παρουσίαζαν οριακά υψηλότερο κίνδυνο σε σχέση με τον κολπικό τοκετό και οι εργαλειακοί τοκετοί υψηλότερο κίνδυνο από τους αυθόρμητους κολπικούς [27]. Εντούτοις, η αυξημένη επικινδυνότητα της EmCS πιθανότατα αντανακλά σε σημαντικό βαθμό το επείγον, την απρόβλεπτη εξέλιξη του τοκετού, την εμβρυϊκή ή μητρική δυσχέρεια και τον περιορισμένο χρόνο για ενημέρωση και λήψη αποφάσεων, και όχι αποκλειστικά τη χειρουργική φύση της επέμβασης [26] [27].

Η σημασία του κλινικού πλαισίου γίνεται πιο εμφανής όταν εξετάζεται η αιτιώδης σχέση μεταξύ μαιευτικών παρεμβάσεων και τραυματικής εμπειρίας. Οι επείγουσες καισαρικές τομές και οι εργαλειακοί τοκετοί πραγματοποιούνται συνήθως ως απάντηση

σε ήδη υπάρχουσες επιπλοκές ή σε δύσκολες και παρατεταμένες συνθήκες τοκετού, οι οποίες από μόνες τους μπορεί να προκαλούν φόβο, αίσθημα απειλής και απώλειας ελέγχου. Παράλληλα, συγκεκριμένες παρεμβάσεις και πρακτικές μπορούν να συνδέονται με μετατραυματικό στρες ακόμη και σε γυναίκες που τελικά έχουν κολπικό τοκετό. Τα εμβρυϊκά καρδιακά ίχνη έχουν συσχετιστεί με συμπτώματα μετατραυματικού στρες και όταν η τελική έκβαση ήταν φυσιολογικός κολπικός τοκετός, γεγονός που υποδεικνύει ότι η αντίληψη της απειλής και η εμπειρία αβεβαιότητας μπορεί να είναι σημαντικότερες από την τελική οδό γέννησης [19] [23]. Επιπλέον, σοβαρές ρήξεις του περινέου, πολλαπλές και επαναλαμβανόμενες κολπικές εξετάσεις και χειροκίνητη αφαίρεση του πλακούντα χωρίς επαρκή αναλγησία έχουν αναδειχθεί ως πιθανοί παράγοντες τραυματικής εμπειρίας, ενώ έχουν αναφερθεί το κλύσμα και η ανάγκη παραμονής της γυναίκας σε ύπτια θέση κατά τον τοκετό [19] [23]. Επομένως, η τραυματική εμπειρία μπορεί να προκύψει ανεξάρτητα από την τελική οδό γέννησης, ιδιαίτερα όταν οι παρεμβάσεις, οι περιορισμοί και η οργάνωση της φροντίδας ενισχύουν την αίσθηση απώλειας ελέγχου [19] [23] [26] [29].

Ιδιαίτερη σημασία έχει η σχέση μεταξύ της προτιμώμενης και της πραγματικής οδού τοκετού. Η μελέτη των Garthus-Niegel et al. (2014) έδειξε ότι η αναντιστοιχία μεταξύ της προγεννητικής προτίμησης και της τελικής οδού γέννησης ενδέχεται να αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα για την εμφάνιση μετατραυματικών συμπτωμάτων από την ίδια την οδό του τοκετού. Ειδικότερα, οι γυναίκες που επιθυμούσαν LSCS αλλά τελικά γέννησαν κολπικά εμφάνισαν τα υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων PTSD, ενώ οι γυναίκες που προτιμούσαν κολπικό τοκετό αλλά υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη LSCS δεν παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με εκείνες των οποίων η προτίμηση και το τελικό αποτέλεσμα συνέπιπταν [28]. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σημασία της συμφωνίας μεταξύ προσδοκιών, ενημέρωσης, συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και τελικής εμπειρίας και αμφισβητούν την αντίληψη ότι η καισαρική τομή αποτελεί από μόνη της τον βασικό μηχανισμό πρόκλησης τραύματος. Συνεπώς, η πρόληψη δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με την προώθηση του κολπικού τοκετού ως αυτονόητα «καλύτερου» τρόπου γέννησης, αλλά με τη δημιουργία συνθηκών στις οποίες οι προτιμήσεις της γυναίκας διερευνώνται, συζητούνται εγκαίρως και εντάσσονται σε διαδικασία ενημερωμένης και κοινής λήψης αποφάσεων, χωρίς φυσικά να παραβλέπεται η κλινική ασφάλεια [28]. Για τις μαίες, αυτό μεταφράζεται σε υποστήριξη της αυτονομίας, της ενημερωμένης επιλογής

και του αισθήματος ελέγχου, καθώς και σε σοβαρή διερεύνηση των αιτημάτων για προγραμματισμένη LSCS όταν αυτά είναι κλινικά ασφαλή και κατάλληλα [28].

Καθοριστικής σημασίας για την πρόληψη της τραυματικής εμπειρίας είναι, τέλος, η ποιότητα της επικοινωνίας, η συναίνεση και ο σεβασμός στην αυτονομία της γυναίκας, ανεξάρτητα από την οδό τοκετού. Μια ιατρικά αναγκαία παρέμβαση μπορεί να βιωθεί ως τραυματική όταν πραγματοποιείται χωρίς επαρκή ενημέρωση, εξήγηση, συναίνεση ή συμμετοχή της γυναίκας, ενώ αντίθετα ακόμη και μία σύνθετη ή επείγουσα παρέμβαση μπορεί να βιωθεί λιγότερο τραυματικά όταν η γυναίκα αισθάνεται ενημερωμένη, σεβαστή και ασφαλής [19] [23]. Η σαφής επικοινωνία, η αναζήτηση συναίνεσης, η εξήγηση των παρεμβάσεων, η αναγνώριση των συναισθημάτων και η διατήρηση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων μπορούν επομένως να λειτουργήσουν προστατευτικά και σε δύσκολες μαιευτικές συνθήκες [19] [23]. Συνολικά, τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν μια διαφοροποιημένη προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία ο κίνδυνος τραυματικής εμπειρίας δεν καθορίζεται από την απλή διάκριση μεταξύ κολπικού και χειρουργικού τοκετού, αλλά από την αλληλεπίδραση της κλινικής ένδειξης, του βαθμού επείγοντος, των μαιευτικών παρεμβάσεων, της αντίληψης της απειλής, των προσδοκιών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας [26] [27] [28] [29]. Ως εκ τούτου, η αποτελεσματική πρόληψη απαιτεί ασφαλή, εξατομικευμένη και μαιευτική φροντίδα ευαισθητοποιημένη στο τραύμα, η οποία διασφαλίζει ενημέρωση, συναίνεση, επικοινωνία, αυτονομία και ουσιαστική συμμετοχή της γυναίκας στις αποφάσεις που αφορούν τον τοκετό της.

2.5. Συνέπειες του τραύματος γέννησης στη μητέρα και την οικογένεια

Το τραύμα της γέννησης μπορεί να έχει σοβαρές και μακροχρόνιες επιπτώσεις όχι μόνο στη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας, αλλά και στη λειτουργικότητα της οικογένειας και στις πρώιμες σχέσεις μητέρας–βρέφους. Η εμφάνιση συμπτωμάτων μεταγεννητικού μετατραυματικού στρες (post-traumatic stress, PTS) έχει συσχετιστεί με αυξημένη γονική δυσφορία, δυσμενείς μεταβολές στις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις και δυσκολίες στην πρώιμη αλληλεπίδραση με το βρέφος [30]. Η επίμονη παρουσία επαναβιώσεων, αποφυγής, υπερδιέγερσης και αρνητικών συναισθημάτων μπορεί να διαταράξει την καθημερινή λειτουργικότητα της μητέρας, την εμπιστοσύνη προς το σώμα της και τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και την ικανότητά της να βιώσει τη

μετάβαση στη μητρότητα ως ασφαλή και θετική εμπειρία. Παράλληλα, η ποιοτική σύνθεση των Elmir et al. (2010) ανέδειξε έντονα συναισθήματα καταβολής, θυμού, απογοήτευσης, αδικίας και απώλειας, τα οποία συνδέονταν όχι μόνο με τις μαιευτικές επιπλοκές, αλλά και με τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν τη φροντίδα που έλαβαν. Η αίσθηση ότι δεν ακούστηκαν, δεν ενημερώθηκαν επαρκώς ή δεν έλαβαν την αναγκαία συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη μπορούσε να ενισχύσει την απώλεια ελέγχου, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις αναφέρθηκαν συναισθηματική αποσύνδεση από το βρέφος και τον σύντροφο, καταθλιπτικά συμπτώματα και αυτοκτονικός ιδεασμός [31]. Επομένως, το τραύμα μπορεί να επηρεάσει βαθιά την ψυχική κατάσταση και την αίσθηση ταυτότητας της γυναίκας ως μητέρας, χωρίς η συναισθηματική απομάκρυνση από το παιδί να υποδηλώνει απουσία επιθυμίας για τη σχέση, αλλά να αντανακλά τη δυσκολία της ίδιας να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της μητρότητας υπό συνθήκες έντονης ψυχολογικής δυσφορίας [31].

Οι επιπτώσεις αυτές είναι δυνατό να επεκταθούν και στην ποιότητα της πρώιμης ανάπτυξης και αλληλεπίδρασης του παιδιού, καθώς η επιβαρυμένη μητρική ψυχική υγεία έχει συσχετιστεί με δυσμενέστερα γνωστικά, σωματικά, ψυχοκοινωνικά, συναισθηματικά, συμπεριφορικά και γλωσσικά αποτελέσματα [31]. Η σχέση αυτή δεν υποδηλώνει άμεση και αναπόφευκτη αιτιότητα, αλλά αναδεικνύει τη σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ της μητρικής ψυχικής υγείας, της ποιότητας της πρώιμης φροντίδας και του περιβάλλοντος του βρέφους. Ειδικότερα, η μητρική κατάθλιψη, το PTS, η συναισθηματική αποσύνδεση και η μειωμένη διαθεσιμότητα μπορεί να επηρεάσουν τις πρώιμες αλληλεπιδράσεις που αποτελούν σημαντική βάση για την ανάπτυξη της συναισθηματικής ρύθμισης και της ασφαλούς προσκόλλησης. Στο ίδιο πλαίσιο, οι Ionio & Di Blasio (2014) διαπίστωσαν ότι γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα PTS δύο μήνες μετά τη γέννηση παρουσίαζαν περισσότερο παρεμβατικές συμπεριφορές κατά την αλληλεπίδραση και το παιχνίδι με τα βρέφη τους, όπως μειωμένη διαπροσωπική απόσταση και συχνότερη σωματική επαφή, πιθανώς ως προσπάθεια ενίσχυσης της σχέσης μέσω μεγαλύτερης εγγύτητας [32]. Ωστόσο, τα βρέφη αυτών των μητέρων παρουσίασαν μικρότερο ενδιαφέρον για κοντινά αντικείμενα και περισσότερες συμπεριφορές αποφυγής, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής απομάκρυνσης από τον ενήλικα [32]. Παρότι η μελέτη περιορίστηκε από το μικρό δείγμα των 19 συμμετεχουσών, τα ευρήματα υποδεικνύουν μια δυναμική

αλληλεπίδραση μεταξύ της μητρικής μετατραυματικής δυσφορίας και της συμπεριφοράς του βρέφους και αναδεικνύουν τη σημασία της έγκαιρης αξιολόγησης και υποστήριξης, ώστε να περιορίζονται πιθανές δυσκολίες στη διαμόρφωση της σχέσης μητέρας–βρέφους [32].

Η τραυματική εμπειρία του τοκετού μπορεί να επηρεάσει τη μελλοντική αναπαραγωγική πορεία της γυναίκας, κυρίως μέσω της ανάπτυξης δευτερογενούς τοκοφοβίας. Ο φόβος αυτός αναπτύσσεται μετά από προηγούμενη αρνητική ή τραυματική εμπειρία γέννησης και διαφέρει από την πρωτογενή τοκοφοβία, καθώς συνδέεται άμεσα με την προσδοκία ότι μια επόμενη γέννηση θα επαναλάβει την προηγούμενη τραυματική εμπειρία [33]. Ως αποτέλεσμα, η γυναίκα μπορεί να αναζητήσει τρόπους αποφυγής του κολπικού τοκετού, να ζητήσει προγραμματισμένη καισαρική τομή ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, να αποφύγει μια μελλοντική εγκυμοσύνη [33]. Οι συνέπειες αυτές καταδεικνύουν ότι το τραύμα της γέννησης δεν αποτελεί ένα γεγονός που ολοκληρώνεται με την έξοδο από το μαιευτήριο, αλλά μπορεί να επηρεάζει μακροπρόθεσμα την αυτοαντίληψη, τη γονεϊκότητα, τις σχέσεις και τις αναπαραγωγικές αποφάσεις της γυναίκας. Για τον λόγο αυτό, η μεταγεννητική φροντίδα χρειάζεται να περιλαμβάνει συστηματική αξιολόγηση όχι μόνο της σωματικής αλλά και της ψυχολογικής κατάστασης, με έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων PTS, κατάθλιψης, άγχους, αποσύνδεσης ή έντονου φόβου για μελλοντική εγκυμοσύνη και, όπου απαιτείται, παραπομπή για εξειδικευμένη ψυχολογική ή ψυχιατρική υποστήριξη [33].

Οι μαίες κατέχουν ιδιαίτερα σημαντική θέση στην πρόληψη, την έγκαιρη αναγνώριση και την αντιμετώπιση των συνεπειών του τραύματος, καθώς η συνεχής επαφή τους με τη γυναίκα κατά τον τοκετό και την πρώιμη μεταγεννητική περίοδο τους επιτρέπει να εντοπίζουν ενδείξεις ψυχολογικής δυσφορίας, φόβου, αποσύνδεσης και δυσκολιών στη σχέση μητέρας–βρέφους. Η κατάλληλη επικοινωνία, η ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση, η σαφής ενημέρωση και η ενδυνάμωση μπορούν να συμβάλουν στην αποκατάσταση της αίσθησης ελέγχου και ασφάλειας, ενώ η κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη μητρότητα θεωρείται σημαντική για την παροχή υποστηρικτικής και σεβαστικής φροντίδας [31]. Η συμβολή των μαιών δεν περιορίζεται στην αναγνώριση των συμπτωμάτων, αλλά περιλαμβάνει την παροχή αρχικής υποστήριξης, την ενημέρωση για τις διαθέσιμες επιλογές και την παραπομπή σε

εξειδικευμένους επαγγελματίες όταν απαιτείται. Η ανάγκη αυτή ενισχύεται από τα ευρήματα σχετικά με τις πρώιμες αλληλεπιδράσεις μητέρας–βρέφους [32] και από την πιθανότητα μακροπρόθεσμων συνεπειών, όπως η δευτερογενής τοκοφοβία και η αποφυγή μελλοντικής εγκυμοσύνης [33]. Συνεπώς, η αντιμετώπιση του τραύματος της γέννησης απαιτεί μια συνεχή και διεπιστημονική προσέγγιση, η οποία συνδυάζει την έγκαιρη αναγνώριση και ψυχολογική υποστήριξη με ανθρωποκεντρική μαιευτική φροντίδα, με στόχο την αποκατάσταση της ψυχικής ευημερίας της γυναίκας, την ενίσχυση της σχέσης μητέρας–βρέφους και τη διασφάλιση μιας ασφαλέστερης μετάβασης στη γονεϊκότητα [30] [31] [32] [33].

3ο Κεφάλαιο. Τραύμα γέννησης, μητρική υγεία και θηλασμός

3.1. Θηλασμός, μητρική υγεία και τραύμα γέννησης

Ο θηλασμός αποτελεί μία από τις σημαντικότερες πρακτικές προαγωγής της υγείας κατά την πρώιμη βρεφική και μητρική περίοδο, καθώς συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων οφελών τόσο για την υγεία του βρέφους όσο και για τη σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας [34] [35]. Ειδικότερα, τα βρέφη που θηλάζουν φαίνεται να παρουσιάζουν μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης ορισμένων δυσμενών εκβάσεων υγείας, μεταξύ των οποίων η παιδική παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, το άσθμα και το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (Sudden Infant Death Syndrome – SIDS). Παράλληλα, ο θηλασμός έχει συσχετισθεί με χαμηλότερη συχνότητα λοιμώξεων και γαστρεντερικών διαταραχών κατά τη βρεφική ηλικία, γεγονός που υπογραμμίζει τον προστατευτικό του ρόλο κατά τη διάρκεια μιας ιδιαίτερα κρίσιμης περιόδου για την ανάπτυξη και την ωρίμανση του ανοσοποιητικού συστήματος [34] [35]. Τα οφέλη δεν περιορίζονται στην παιδική ηλικία, αλλά επεκτείνονται και στη μητέρα. Ειδικότερα, ο θηλασμός έχει συσχετισθεί με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και υπέρτασης, αναδεικνύοντας τη σημασία του ως παράγοντα που μπορεί να συμβάλλει στη μακροπρόθεσμη προστασία της μητρικής υγείας [34]. Ακόμη, η συμβολή του θηλασμού δεν περιορίζεται αποκλειστικά στις σωματικές εκβάσεις, καθώς ολοένα και περισσότερα ερευνητικά δεδομένα

αναδεικνύουν τη δυνητική του σημασία και για την ψυχική ευεξία της μητέρας. Ειδικότερα, η διαδικασία του θηλασμού έχει συσχετισθεί με βελτίωση της ποιότητας και της διάρκειας του ύπνου της μητέρας, καθώς και με μειωμένα επίπεδα άγχους και κόπωσης, ενώ μπορεί να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση και την αίσθηση επάρκειας στον μητρικό ρόλο [35]. Επομένως, ο θηλασμός μπορεί να νοηθεί όχι μόνο ως μία διατροφική πρακτική για την κάλυψη των αναγκών του βρέφους, αλλά και ως μία σύνθετη βιοψυχοκοινωνική διαδικασία, η οποία αλληλεπιδρά με τη σωματική κατάσταση, την ψυχική ευεξία, την αυτοαντίληψη και την προσαρμογή της γυναίκας στη μητρότητα [34] [35].

Η σημασία του θηλασμού αναγνωρίζεται και σε επίπεδο διεθνών συστάσεων δημόσιας υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συνιστά την έναρξη του θηλασμού κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, υπογραμμίζοντας τη σημασία της πρώιμης επαφής μητέρας και νεογνού και της έγκαιρης εγκαθίδρυσης της γαλουχίας. Επίσης, συστήνεται ο αποκλειστικός θηλασμός κατά τους πρώτους έξι μήνες της ζωής, ενώ μετά την εισαγωγή συμπληρωματικών τροφών προτείνεται η συνέχιση του θηλασμού έως την ηλικία των δύο ετών ή και πέραν αυτής, εφόσον αυτό είναι επιθυμητό και εφικτό για τη μητέρα και το παιδί. Οι συστάσεις αυτές αντανακλούν τη συσσωρευμένη επιστημονική τεκμηρίωση σχετικά με τη συμβολή του θηλασμού στην υγεία και ανάπτυξη του παιδιού, αλλά και στη μακροπρόθεσμη υγεία της μητέρας [34]. Μολαταύτα, παρά την ευρεία αναγνώριση των οφελών του θηλασμού και τις διεθνείς συστάσεις για την προώθησή του, η έναρξη, η αποκλειστικότητα και κυρίως η διατήρησή του εξακολουθούν να παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ πληθυσμών και κοινωνικοπολιτισμικών πλαισίων. Η απόφαση και η δυνατότητα μιας γυναίκας να ξεκινήσει και να συνεχίσει τον θηλασμό δεν αποτελούν αποκλειστικά αποτέλεσμα προσωπικής επιλογής, αλλά επηρεάζονται από ένα σύνθετο πλέγμα βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και υγειονομικών παραγόντων. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερη σημασία αποκτά η εμπειρία του τοκετού, καθώς η ποιότητα της φροντίδας, η αίσθηση ελέγχου και ασφάλειας, η υποστήριξη που παρέχεται στη γυναίκα, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο η ίδια βιώνει το γεγονός της γέννησης, ενδέχεται να επηρεάσουν την επακόλουθη μετάβαση στη μητρότητα και τη διαδικασία εγκαθίδρυσης του θηλασμού.

Η σχέση μεταξύ τραυματικής εμπειρίας γέννησης, θηλασμού και μητρικής ψυχικής υγείας αποκτά μεγαλύτερη σημασία εάν ληφθεί υπόψη ο ευρύτερος αντίκτυπος της ψυχικής κατάστασης της μητέρας στην ανάπτυξη και την ευημερία του παιδιού. Η πρόληψη της τραυματικής εμπειρίας κατά τον τοκετό και η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των δυσκολιών ψυχικής υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο αποτελούν, ως εκ τούτου, σημαντικές προτεραιότητες της δημόσιας υγείας. Η σημασία αυτή δεν αφορά μόνο την προστασία της ίδιας της μητέρας, αλλά και τη διασφάλιση ενός υποστηρικτικού αναπτυξιακού περιβάλλοντος για το παιδί. Ερευνητικά δεδομένα έχουν αναδείξει συσχετίσεις μεταξύ δυσμενών εκβάσεων της μητρικής ψυχικής υγείας και μεταγενέστερων δυσκολιών ή νευροαναπτυξιακών και ψυχιατρικών εκβάσεων στην παιδική ηλικία, συμπεριλαμβανομένων της σχιζοφρένειας, των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού και της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) [36]. Συνεπώς, η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία της μητέρας μετά τον τοκετό και, ειδικότερα, των παραγόντων που ενδέχεται να παρεμποδίζουν τη δημιουργία μιας θετικής και υποστηρικτικής εμπειρίας μητρότητας, αποκτά ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο σε ατομικό αλλά και σε επίπεδο δημόσιας υγείας [36]. Στο πλαίσιο αυτό, η εμπειρία του θηλασμού μπορεί να αποτελέσει έναν σημαντικό δείκτη της συνολικής προσαρμογής της γυναίκας στη μεταγεννητική περίοδο, καθώς η επιτυχής εγκαθίδρυσή του ενδέχεται να συνδέεται με θετικές εμπειρίες αυτοαποτελεσματικότητας, ενώ αντίθετα οι επίμονες δυσκολίες μπορεί να επιβαρύνουν περαιτέρω μία ήδη ευάλωτη ψυχολογική κατάσταση [35].

Παρά τη θεωρητική και κλινική σημασία της συγκεκριμένης σχέσης, η υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τη σύνδεση μεταξύ τραυματικής εμπειρίας γέννησης και αποτελεσματικότητας του θηλασμού παραμένει περιορισμένη. Ειδικότερα, ενώ έχει αναγνωριστεί η σημασία του θηλασμού για τη σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας και του βρέφους [34], ενώ έχει τεκμηριωθεί η πιθανή συμβολή του στην ενίσχυση της μητρικής αυτοπεποίθησης και στη μείωση του άγχους και της κόπωσης [35], εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά κενά ως προς την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο μία τραυματική εμπειρία γέννησης μπορεί να επηρεάσει την έναρξη, την εγκαθίδρυση και τη διατήρηση της γαλουχίας. Το ερευνητικό αυτό κενό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, διότι η δυσκολία στον θηλασμό μετά από έναν τραυματικό τοκετό ενδέχεται

να μην αποτελεί ένα μεμονωμένο πρόβλημα διατροφής του βρέφους, αλλά να εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλέγμα αλληλεπιδρώντων ψυχολογικών και κοινωνικών διεργασιών. Η τραυματική εμπειρία μπορεί να επηρεάσει την αυτοπεποίθηση της γυναίκας, την αντίληψή της για την ικανότητά της να ανταποκριθεί στις ανάγκες του βρέφους, τη συναισθηματική της σύνδεση με τη διαδικασία της μητρότητας, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το σώμα της μετά τον τοκετό. Αντίστοιχα, οι δυσκολίες στον θηλασμό μπορεί να ενισχύσουν το αίσθημα αποτυχίας ή ανεπάρκειας και να επιβαρύνουν περαιτέρω την ψυχική κατάσταση της μητέρας, δημιουργώντας έναν δυνητικά αλληλοτροφοδοτούμενο κύκλο μεταξύ τραυματικής εμπειρίας, ψυχολογικής δυσφορίας και δυσκολιών στη γαλουχία [34] [35].

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ τραυματικής εμπειρίας γέννησης και αναποτελεσματικότητας του θηλασμού αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό ερευνητικό πεδίο, το οποίο απαιτεί μία ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση. Η κατανόηση των παραγόντων που ενδέχεται να συνδέονται με τις δυσκολίες στον θηλασμό μετά από τραυματικό τοκετό μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων πρόληψης, έγκαιρης αναγνώρισης και υποστήριξης των γυναικών κατά την περιγεννητική περίοδο. Συνάμα, μία τέτοια προσέγγιση μπορεί να μετατοπίσει το ενδιαφέρον από την αποκλειστική εστίαση στην «επιτυχία» ή «αποτυχία» του θηλασμού προς την κατανόηση της συνολικής εμπειρίας της γυναίκας, λαμβάνοντας υπόψη τις ψυχολογικές, σωματικές και κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες πραγματοποιείται η γαλουχία. Η προσέγγιση αυτή είναι συμβατή με τη γενικότερη αντίληψη της προαγωγής της υγείας, σύμφωνα με την οποία η υγεία δεν συνιστά απλώς την απουσία ασθένειας, αλλά συνδέεται με την ενδυνάμωση των ατόμων και τη δημιουργία συνθηκών που τους επιτρέπουν να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία τους.

3.2. Ορμονικοί μηχανισμοί, τραύμα και θηλασμός

Οι ορμονικοί μηχανισμοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ γαλουχίας, μητρικής ψυχικής υγείας, αντίδρασης στο στρες και ανάπτυξης του δεσμού μητέρας–βρέφους. Το ωκυτοκινεργικό σύστημα, ο υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακός άξονας (HPA) και το ντοπαμινεργικό σύστημα αποτελούν

αλληλοσυνδεόμενους νευροενδοκρινικούς μηχανισμούς που συμμετέχουν τόσο στη ρύθμιση της γαλουχίας και της μητρικής συμπεριφοράς όσο και στην προσαρμογή του οργανισμού σε στρεσογόνες καταστάσεις [37]. Η ωκυτοκίνη, εκτός από την καθοριστική συμμετοχή της στην έκκριση του γάλακτος, συνδέεται με τη μητρική προσκόλληση και τη ρύθμιση της αντίδρασης στο στρες, ενώ ο άξονας HPA, μέσω της κορτιζόλης, αποτελεί βασικό μηχανισμό της φυσιολογικής απόκρισης σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Η λειτουργική ισορροπία μεταξύ των συστημάτων αυτών είναι ιδιαίτερα σημαντική κατά την περιγεννητική περίοδο, καθώς η δυσλειτουργία τους μπορεί να επηρεάσει ταυτόχρονα τη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας, την εγκαθίδρυση της γαλουχίας και την πρώιμη σχέση με το βρέφος [37]. Ειδικότερα, η κεντρική απελευθέρωση ωκυτοκίνης φαίνεται να συμβάλλει στη ρύθμιση της κορτιζόλης και στην ταχύτερη επαναφορά του οργανισμού μετά το στρες, υποστηρίζοντας έναν ευρύτερο μηχανισμό φυσιολογικής προσαρμογής στις απαιτήσεις της μητρότητας [37]. Στο πλαίσιο αυτό, η γαλουχία δεν μπορεί να θεωρηθεί αποκλειστικά μηχανική ή βιολογική διαδικασία, αλλά αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου νευροενδοκρινικού και ψυχοβιολογικού συστήματος που συνδέει τη σωματική προσαρμογή, τη συναισθηματική κατάσταση και τη μητρική συμπεριφορά.

Η σχέση μεταξύ του συστήματος στρες και της γαλουχίας αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν η γυναίκα έχει βιώσει τον τοκετό ως τραυματικό γεγονός. Η μελέτη των Shiraishi et al. (2020) έδειξε ότι χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης στο σάλιο μετά τον θηλασμό, η απουσία επιπλοκών του μαστού κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό και η υψηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα ως προς τον θηλασμό αποτελούσαν πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες για την επίτευξη αποκλειστικού θηλασμού. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι η επιτυχής εγκαθίδρυση της γαλουχίας επηρεάζεται όχι μόνο από τη φυσιολογική λειτουργία του μαστού και την τεχνική ικανότητα της μητέρας, αλλά και από τη ρύθμιση του συστήματος στρες και την ψυχολογική της κατάσταση [38]. Παράλληλα, οι Krol et al., (2014) διαπίστωσαν ότι μητέρες με μετατραυματικό στρες παρουσίαζαν υψηλότερα από τα αναμενόμενα επίπεδα κορτιζόλης κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, γεγονός που ενισχύει την υπόθεση ότι η μετατραυματική συμπτωματολογία μπορεί να συνδέεται με διαταραχή της φυσιολογικής λειτουργίας του συστήματος κορτιζόλης. Η δυσρυθμισμένη ενεργοποίηση του άξονα HPA ενδέχεται, επομένως, να επηρεάζει τη συναισθηματική λειτουργία της μητέρας και έμμεσα την εμπειρία του θηλασμού.

Εντούτοις, η σχέση μεταξύ αποκλειστικού θηλασμού και μετατραυματικού στρες δεν θα πρέπει να ερμηνεύεται ως απλή αιτιώδης σύνδεση, αλλά ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ ορμονικής ρύθμισης, ψυχολογικής κατάστασης, μητρικής αυτοαποτελεσματικότητας, εμπειρίας του τοκετού και υποστήριξης κατά την πρώιμη λοχεία [38] [39].

Ιδιαίτερη θέση στη διαδικασία αυτή κατέχει η ωκυτοκίνη, η οποία φαίνεται να συμμετέχει όχι μόνο στη γαλουχία αλλά και στη διαμόρφωση της μητρικής συμπεριφοράς και του δεσμού μητέρας–βρέφους. Υψηλότερα επίπεδα ενδογενούς ωκυτοκίνης έχουν συσχετιστεί σε ορισμένες μελέτες με ενισχυμένη μητρική προσκόλληση, ιδιαίτερα σε γυναίκες που βιώνουν αυξημένο άγχος και στρες, υποδεικνύοντας έναν πιθανό ενδογενή μηχανισμό περιορισμού των αρνητικών επιδράσεων της στρεσογόνου εμπειρίας [37]. Μολαταύτα, η λειτουργία του ωκυτοκινεργικού συστήματος φαίνεται να επηρεάζεται από το προηγούμενο ψυχοβιολογικό ιστορικό της γυναίκας. Οι Julian et al. (2018) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της ενδογενούς έκκρισης ωκυτοκίνης και της γονεϊκής συμπεριφοράς σε 40 μητέρες χαμηλού εισοδήματος και τα παιδιά τους ηλικίας 34–48 μηνών, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη το ιστορικό δυσμενών παιδικών εμπειριών (Adverse Childhood Experiences – ACEs). Τα ευρήματα έδειξαν ότι η σχέση μεταξύ ωκυτοκίνης και θετικής γονεϊκής συμπεριφοράς διαφοροποιούνταν ανάλογα με το επίπεδο των πρώιμων αντιξοοτήτων. Ειδικότερα, στις μητέρες με χαμηλά επίπεδα ACEs, η υψηλότερη έκκριση ωκυτοκίνης συνδεόταν με περισσότερες θετικές γονεϊκές συμπεριφορές, ενώ στις μητέρες με υψηλά επίπεδα ACEs η υψηλότερη έκκριση ωκυτοκίνης συνδεόταν με χαμηλότερα επίπεδα θετικής γονεϊκής συμπεριφοράς. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι πρώιμες δυσμενείς εμπειρίες ενδέχεται να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το σύστημα της ωκυτοκίνης, έτσι ώστε σε συνθήκες αυξημένου πρώιμου στρες η ωκυτοκίνη να μην συνδέεται απαραίτητα με τις αναμενόμενες αγχολυτικές και φιλοκοινωνικές αποκρίσεις, αλλά ενδεχομένως να σχετίζεται με περισσότερο αμυντικά πρότυπα συμπεριφοράς και λιγότερο θετική γονεϊκή αλληλεπίδραση [40]. Παράλληλα, έχει προταθεί ότι η αύξηση της ενδογενούς ωκυτοκίνης μετά από ένα περιγεννητικό τραυματικό γεγονός μπορεί να αποτελεί προσαρμοστικό μηχανισμό που περιορίζει τη δυσφορία και υποστηρίζει την εγκαθίδρυση του θηλασμού [37]. Αντίθετα, η εξωγενής χορήγηση συνθετικής ωκυτοκίνης για πρόκληση ή επιτάχυνση του τοκετού έχει

συσχετιστεί με πιθανές επιδράσεις στους φυσιολογικούς μηχανισμούς της ενδογενούς ωκυτοκίνης και στην εγκαθίδρυση της γαλουχίας [41], ενώ έχουν αναφερθεί συσχετίσεις με αυξημένα αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα ανεξάρτητα από το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό ή τον τύπο του τοκετού [37]. Η πιθανή απευαισθητοποίηση του ενδογενούς ωκυτοκινεργικού συστήματος αποτελεί μία από τις προτεινόμενες ερμηνείες, χωρίς τα διαθέσιμα δεδομένα να τεκμηριώνουν άμεση αιτιώδη σχέση μεταξύ συνθετικής ωκυτοκίνης, ψυχικής υγείας και θηλασμού [39].

Φαρμακολογικές παρεμβάσεις κατά τον τοκετό, όπως η επισκληρίδιος αναλγησία και η αναισθησία, ενδέχεται να επηρεάσουν την έναρξη της γαλουχίας μέσω μεταβολών στη νευροενδοκρινική λειτουργία και στην πρώιμη συμπεριφορική ανταπόκριση μητέρας και νεογνού. Η φυσιολογική έναρξη του θηλασμού προϋποθέτει τη συντονισμένη λειτουργία συστημάτων στα οποία περιλαμβάνονται η β-ενδορφίνη και η ωκυτοκίνη, ενώ έχει αναφερθεί ότι η επισκληρίδιος αναλγησία μπορεί να μειώνει την απελευθέρωση β-ενδορφίνης και να επηρεάζει δευτερογενώς την ωκυτοκινεργική δραστηριότητα [42]. Παράλληλα, η φαρμακευτική παρέμβαση μπορεί να μεταβάλει προσωρινά την εγρήγορση και την ανταπόκριση μητέρας και νεογνού, γεγονός που ενδέχεται να καθυστερήσει την αποτελεσματική έναρξη της επαφής και του θηλασμού[42]. Η αποτελεσματική προσκόλληση στη θηλή, η επαρκής θηλαστική προσπάθεια, η απομάκρυνση γάλακτος και η επαναλαμβανόμενη διέγερση της θηλής αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ενεργοποίηση και διατήρηση της παραγωγής γάλακτος [42]. Επομένως, οποιαδήποτε παρέμβαση επηρεάζει την εγρήγορση, τη νευροσυμπεριφορική ανταπόκριση ή τον νευροενδοκρινικό συντονισμό μητέρας και βρέφους μπορεί να επηρεάσει την εγκαθίδρυση της γαλουχίας [42]. Συνολικά, η ωκυτοκίνη, η κορτιζόλη, η β-ενδορφίνη και τα συναφή συστήματα συμμετέχουν σε ένα σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό δίκτυο που συνδέει το περιγεννητικό τραύμα, την αντίδραση στο στρες, τη γαλουχία και τη δημιουργία του μητρικού δεσμού [37]. Συνεπώς, οι ορμονικές μεταβολές δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μεμονωμένοι αιτιολογικοί παράγοντες, αλλά ως μέρος ενός ευρύτερου πλέγματος αλληλεπιδράσεων στο οποίο συμμετέχουν η ψυχική κατάσταση, οι προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες, η αυτοαποτελεσματικότητα, οι μαιευτικές παρεμβάσεις και η υποστήριξη που λαμβάνει η γυναίκα [37] [38] [39] [40] [41] [42].

3.3. Τραύμα γέννησης και αμφίδρομη σχέση με τον θηλασμό

Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ τραυματικών εμπειριών και θηλασμού έχει αναγνωριστεί στη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς οι δυσμενείς εμπειρίες κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό είναι δυνατό να επηρεάσουν την έναρξη, τη συνέχιση και τη βιωματική διάσταση του θηλασμού [43]. Η τραυματική εμπειρία του τοκετού δεν περιορίζεται χρονικά στη στιγμή της γέννησης, αλλά μπορεί να συνεχίσει να επηρεάζει τη γυναίκα κατά τη λοχεία, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Ειδικότερα, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, οι γυναίκες που είχαν βιώσει επιπλεγμένο κολπικό τοκετό ή επείγουσα καισαρική τομή παρουσίαζαν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης συμπτωματολογίας PTSD και ανέφεραν περισσότερες δυσκολίες στον θηλασμό [18]. Η σύνδεση αυτή μπορεί να είναι εντονότερη όταν η γυναίκα έχει αισθανθεί απώλεια ελέγχου, μη αναγνώριση των αναγκών της ή απειλή για τη σωματική της ακεραιότητα ή εκείνη του βρέφους. Επομένως, η σχέση τραύματος και θηλασμού δεν θα πρέπει να ερμηνεύεται ως απλή αιτιώδης αλληλουχία, αλλά ως μια σύνθετη και αλληλεπιδραστική διαδικασία, στην οποία η ψυχική κατάσταση της μητέρας, ο τρόπος με τον οποίο βίωσε τον τοκετό, η παρουσία μετατραυματικών συμπτωμάτων και η προσωπική σημασία που αποδίδει στον θηλασμό επηρεάζουν αμοιβαία η μία την άλλη [43].

Μία από τις πιθανές εξηγήσεις αφορά την επανενεργοποίηση ή αναβίωση του τραυματικού γεγονότος μέσω των σωματικών και αισθητηριακών χαρακτηριστικών του θηλασμού. Η σωματική εγγύτητα με το βρέφος, η επαφή με το σώμα της μητέρας, η διέγερση της περιοχής του στήθους, συγκεκριμένες στάσεις και η παρατεταμένη σωματική ακινησία είναι δυνατό, σε ορισμένες γυναίκες, να λειτουργήσουν ως υπενθυμίσεις προηγούμενων τραυματικών εμπειριών. Όταν ο τοκετός έχει βιωθεί ως τραυματικός, ο θηλασμός μπορεί επομένως να συνδεθεί ασυνείδητα με αισθήματα φόβου, αδυναμίας ή απώλειας ελέγχου και να προκαλέσει αναδρομές ή έντονη συναισθηματική δυσφορία. Η Beck (2011) επισημαίνει ότι η προσπάθεια αποφυγής του ψυχικού πόνου που συνδέεται με το τραύμα μπορεί να οδηγήσει ορισμένες γυναίκες στην αποφυγή του θηλασμού, όταν αυτός λειτουργεί ως υπενθύμιση της τραυματικής εμπειρίας [44]. Με τον τρόπο αυτό, η διακοπή ή η αποφυγή του θηλασμού δεν θα πρέπει να αποδίδεται αυτόματα σε έλλειψη

επιθυμίας ή προσπάθειας από την πλευρά της μητέρας, αλλά μπορεί να αποτελεί εκδήλωση του μηχανισμού αποφυγής που χαρακτηρίζει τη μετατραυματική συμπτωματολογία [44].

Η σχέση μεταξύ τραύματος γέννησης και θηλασμού δεν είναι αποκλειστικά αρνητική, καθώς για ορισμένες γυναίκες ο θηλασμός μπορεί να αποτελέσει θεραπευτική και αποκαταστατική εμπειρία. Μέσω της σωματικής επαφής με το βρέφος και της ενεργού συμμετοχής στη φροντίδα του, η γυναίκα μπορεί να επανασυνδεθεί με το σώμα της και τον μητρικό της ρόλο, ανακτώντας σταδιακά την αυτοπεποίθηση και την αίσθηση προσωπικής αποτελεσματικότητας που ενδεχομένως είχαν υπονομευθεί κατά τον τοκετό. Οι Elmir et al. (2010) αναφέρουν ότι ο θηλασμός μπορεί, για ορισμένες μητέρες, να συμβάλει στην επεξεργασία και υπέρβαση της τραυματικής εμπειρίας, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση και την αίσθηση ενδυνάμωσης [31]. Αντίστοιχα, ποιοτικές μελέτες έχουν αναδείξει ότι ορισμένες γυναίκες βίωσαν τον θηλασμό ως διαδικασία που τις βοήθησε να διαχειριστούν τις αναμνήσεις και τα συναισθήματα που συνδέονταν με το τραύμα, μετατοπίζοντας το επίκεντρο από το τραυματικό γεγονός της γέννησης στη θετική σχέση με το βρέφος [14]. Παράλληλα, όμως άλλες γυναίκες περιέγραψαν τον θηλασμό ως εμπειρία που ενίσχυε την επανεμφάνιση των τραυματικών αναμνήσεων και συναισθημάτων [14]. Συνεπώς, η ίδια δραστηριότητα μπορεί να έχει εντελώς διαφορετική επίπτωση στην ψυχική υγεία της κάθε μητέρας, ανάλογα με την προσωπική ιστορία της γυναίκας και τον τρόπο με τον οποίο έχει βιώσει και επεξεργαστεί τον τοκετό.

Η διττή αυτή λειτουργία αναδεικνύει την αμφίδρομη σχέση μεταξύ τραύματος γέννησης, PTSD και θηλασμού. Από τη μία πλευρά, το τραύμα μπορεί να δυσχεράνει την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού μέσω του άγχους, της αποφυγής, της επανεμφάνισης τραυματικών αναμνήσεων, της μειωμένης αυτοαποτελεσματικότητας και της συναισθηματικής εξάντλησης. Από την άλλη, οι δυσκολίες ή η μη επίτευξη του θηλασμού ενδέχεται να επιβαρύνουν περαιτέρω τη γυναίκα, ιδιαίτερα όταν ο θηλασμός αποτελεί για την ίδια σημαντικό στοιχείο της μητρικής της ταυτότητας. Σε αυτή την περίπτωση, η αδυναμία θηλασμού μπορεί να βιωθεί ως αποτυχία και να ενισχύσει αισθήματα ανεπάρκειας, απογοήτευσης ή ενοχής, δημιουργώντας έναν πιθανό φαύλο κύκλο στον οποίο το τραύμα δυσχεραίνει τον θηλασμό και οι δυσκολίες στον θηλασμό ενισχύουν τη συναισθηματική επιβάρυνση που συνδέεται με το τραύμα [45]. Ως εκ τούτου, ο θηλασμός μετά από τραυματική γέννηση δεν μπορεί να χαρακτηριστεί εκ των προτέρων

ούτε ως θεραπευτικός ούτε ως επιβαρυντικός. Η υποστήριξη θα πρέπει να βασίζεται στην εξατομικευμένη εμπειρία της γυναίκας, στη δική της νοηματοδότηση του θηλασμού, στην παρουσία ή απουσία μετατραυματικών συμπτωμάτων και, κυρίως, στην ανάγκη της για ασφάλεια, έλεγχο και σεβασμό στις επιλογές της [31] [14] [44] [45]. Με αυτόν τον τρόπο, ο θηλασμός μπορεί να αναγνωρίζεται ως δυνητικά αποκαταστατική εμπειρία χωρίς να μετατρέπεται σε κανονιστική απαίτηση ή πρόσθετη πηγή πίεσης και ενοχής για τις γυναίκες στις οποίες επανενεργοποιεί το τραύμα της γέννησης.

3.4. Υποστήριξη συντρόφου, τραύμα γέννησης και θηλασμός

Πέρα από τη δυνητικά προστατευτική και θεραπευτική λειτουργία του θηλασμού μετά από μια τραυματική εμπειρία γέννησης, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην υποστήριξη που παρέχεται από τον σύντροφο, η οποία αναγνωρίζεται ως σημαντικός προστατευτικός παράγοντας έναντι των αρνητικών συνεπειών του τραυματικού τοκετού [46]. Η υποστήριξη αυτή δεν περιορίζεται στην αντικειμενική παροχή πρακτικής βοήθειας, αλλά αφορά κυρίως τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα αντιλαμβάνεται τη στάση, τη διαθεσιμότητα, την ενθάρρυνση και την ενεργό συμμετοχή του συντρόφου της. Ιδιαίτερα κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό, όταν η εγκαθίδρυση του θηλασμού μπορεί να συνοδεύεται από πόνο, σωματική κόπωση, δυσκολίες στην προσκόλληση του βρέφους και αβεβαιότητα σχετικά με την επάρκεια του γάλακτος, η θετική στάση και η συναισθηματική ενθάρρυνση του συντρόφου μπορούν να ενισχύσουν την αυτοπεποίθηση και την αυτοαποτελεσματικότητα της μητέρας. Αντίθετα, η απουσία υποστήριξης είναι δυνατό να αυξήσει την απογοήτευση και να συμβάλει στη διακοπή του θηλασμού, ενώ η ενεργός αποδοχή και ενθάρρυνση από τον πατέρα ή σύντροφο έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερη πιθανότητα συνέχισης και αποκλειστικότητας του θηλασμού [47]. Ακόμη και απλές μορφές συμμετοχής, όπως η λεκτική ενθάρρυνση, η έκφραση εμπιστοσύνης στις ικανότητες της μητέρας, η ανάληψη οικιακών υποχρεώσεων και η παροχή χρόνου για ξεκούραση, μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά, μειώνοντας το καθημερινό φορτίο και ενισχύοντας την επιμονή της γυναίκας όταν αντιμετωπίζει δυσκολίες [48]. Επομένως, ο σύντροφος μπορεί να αποτελέσει ουσιαστικό μέρος του προστατευτικού πλαισίου μέσα στο οποίο η γυναίκα προσαρμόζεται στη μητρότητα και στην εγκαθίδρυση του θηλασμού [46] [47] [48].

Η παρουσία συντρόφου δεν συνεπάγεται αυτομάτως την ύπαρξη προστατευτικής υποστήριξης, καθώς η ποιότητα και η ασφάλεια της συντροφικής σχέσης αποτελούν καθοριστικές παραμέτρους. Ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι η βία από τον στενό σύντροφο, η οποία έχει συσχετιστεί με δυσμενή μητρικά αποτελέσματα και σημαντική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο [49]. Σε ένα κακοποιητικό περιβάλλον, η σχέση που υπό άλλες συνθήκες θα μπορούσε να προσφέρει ασφάλεια και συναισθηματική σταθερότητα μετατρέπεται σε πηγή φόβου, ανασφάλειας και ψυχολογικής πίεσης. Η επιβάρυνση μπορεί να επηρεάσει άμεσα και έμμεσα την εμπειρία του θηλασμού, μέσω σωματικού πόνου, αυξημένης απογοήτευσης, απουσίας κοινωνικής υποστήριξης, κατάθλιψης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και εντονότερων δυσφορικών συμπτωμάτων [50]. Παράλληλα, οι δυσμενείς αυτές συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν συνολικά τη λειτουργικότητα της γυναίκας κατά τη λοχεία. Οι Tran et al. (2020) αναφέρουν ότι οι γυναίκες μετά τον τοκετό που αντιμετωπίζουν βία από τον στενό σύντροφο είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν χαμηλότερη κοινωνική λειτουργικότητα και υψηλότερα ποσοστά για αυτοκτονικό ιδεασμό, γεγονός που καταδεικνύει ότι η συντροφική βία αποτελεί ευρύτερο παράγοντα ψυχολογικής ευαλωτότητας και όχι απλώς έναν παράγοντα που δυσχεραίνει τον θηλασμό [50] [51]. Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση των δυσκολιών στον θηλασμό μετά από έναν τραυματικό τοκετό θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη κατά πόσο η γυναίκα αισθάνεται ασφαλής στο οικογενειακό και συντροφικό της περιβάλλον, καθώς η απουσία υποστήριξης ή η ύπαρξη κακοποιητικής συμπεριφοράς μπορεί να περιορίσει σημαντικά τους διαθέσιμους πόρους προσαρμογής.

Η σχέση μεταξύ τραύματος γέννησης και συντροφικής σχέσης είναι αμφίδρομη, καθώς το ίδιο το τραυματικό γεγονός μπορεί να μεταβάλει σημαντικά τη δυναμική του ζευγαριού. Ένας τραυματικός τοκετός είναι δυνατό να επηρεάσει την αντίληψη της γυναίκας για το σώμα της, την οικειότητα, τη σεξουαλικότητα και τη συναισθηματική της εγγύτητα με τον σύντροφό της, ιδιαίτερα όταν η εμπειρία έχει συνδεθεί με έντονο φόβο, πόνο, απώλεια ελέγχου ή αντίληψη απειλής για τη ζωή της ίδιας ή του βρέφους. Σύμφωνα με τους Bailham & Joseph (2003), ακόμη και έναν χρόνο μετά από έναν τραυματικό τοκετό, ορισμένες γυναίκες εξακολουθούσαν να μην επιθυμούν σεξουαλική επαφή με τους συντρόφους τους, υποδεικνύοντας ότι οι επιπτώσεις του τραύματος μπορεί να υπερβαίνουν σημαντικά την άμεση περίοδο της λοχείας και να επηρεάζουν μακροπρόθεσμα τη

σωματική και συναισθηματική οικειότητα [52]. Παράλληλα, η μελέτη των Ayers et al., (2006) ανέδειξε υψηλά επίπεδα διαφωνιών και αισθημάτων ενοχής μεταξύ των συντρόφων μετά από έναν τραυματικό τοκετό [53]. Η γυναίκα μπορεί να αισθάνεται ότι ο σύντροφός της δεν κατανοεί επαρκώς την εμπειρία της, ενώ και ο ίδιος ο σύντροφος μπορεί να βιώνει αδυναμία, ενοχή ή αβεβαιότητα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσε να τη βοηθήσει. Όταν η επικοινωνία είναι ανεπαρκής, οι διαφορετικοί τρόποι επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος είναι δυνατό να οδηγήσουν σε συγκρούσεις, συναισθηματική απομάκρυνση και περαιτέρω επιβάρυνση της σχέσης [53]. Συνεπώς, το τραύμα γέννησης δεν αφορά αποκλειστικά τη γυναίκα ως άτομο, αλλά μπορεί να επηρεάσει ολόκληρο το σχεσιακό σύστημα μέσα στο οποίο αυτή καλείται να προσαρμοστεί στη μητρότητα.

Η ποιότητα της συντροφικής σχέσης αποκτά, επομένως, ευρύτερη σημασία, καθώς μπορεί να επηρεάσει όχι μόνο την ψυχική κατάσταση της μητέρας και την εμπειρία του θηλασμού, αλλά και το συνολικό οικογενειακό περιβάλλον και τη βρεφική ευημερία. Μια υγιής και υποστηρικτική σχέση μπορεί να προσφέρει σταθερότητα, ασφάλεια και συναισθηματικούς πόρους κατά τη μεταγεννητική περίοδο, ενώ η παρατεταμένη σύγκρουση, η έλλειψη υποστήριξης ή η βία μπορούν να ενισχύσουν την ψυχολογική επιβάρυνση της μητέρας και να επηρεάσουν έμμεσα τις συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται η πρώιμη σχέση γονέα–βρέφους. Οι Delicate & Ayers (2023) υπογραμμίζουν τη σημασία της ποιότητας της σχέσης του ζευγαριού τόσο για τη μητρική όσο και για τη βρεφική ευημερία. Συνολικά, ο σύντροφος μπορεί να αποτελέσει έναν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες μετά από έναν τραυματικό τοκετό, όταν παρέχει σταθερή συναισθηματική ενθάρρυνση, πρακτική βοήθεια και θετική στάση απέναντι στον θηλασμό [46] [47] [48]. Αντίθετα, όταν υπάρχει βία ή κακοποίηση, η συντροφική σχέση μπορεί να μετατραπεί σε παράγοντα κινδύνου, με συνέπειες για τον θηλασμό, την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία της μητέρας [49] [50] [51]. Παράλληλα, το ίδιο το τραύμα μπορεί να διαταράξει την επικοινωνία, την οικειότητα και τη συναισθηματική εγγύτητα του ζευγαριού [52] [53]. Κατά συνέπεια, η αντιμετώπιση του τραύματος γέννησης χρειάζεται να υπερβαίνει την αποκλειστική εστίαση στη μητέρα και να λαμβάνει υπόψη το σχεσιακό και οικογενειακό πλαίσιο, ώστε να ενισχύεται ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον τόσο για τη γυναίκα όσο και για το βρέφος [54].

3.5. Τραυματικός τοκετός, ψυχική υγεία και θηλασμός

Η σχέση μεταξύ θηλασμού και μητρικής ψυχικής υγείας μετά από έναν τραυματικό τοκετό είναι σύνθετη και αμφίδρομη, καθώς η τραυματική εμπειρία μπορεί να επιβαρύνει τη συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας, ενώ η ψυχολογική της κατάσταση είναι δυνατό να επηρεάσει την έναρξη, τη διατήρηση και την εμπειρία του θηλασμού [55] [173]. Αρκετές μελέτες έχουν καταγράψει χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων μεταξύ των μητέρων που θηλάζουν, ιδιαίτερα όταν ο θηλασμός είναι αποκλειστικός και διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, γεγονός που έχει οδηγήσει στην υπόθεση ότι μπορεί να συνδέεται με ευνοϊκότερη ψυχολογική προσαρμογή κατά την περίοδο μετά τον τοκετό [55] [173]. Εντούτοις, η συσχέτιση αυτή δεν μπορεί να ερμηνευθεί ως απλή αιτιώδης σχέση, καθώς οι γυναίκες με καλύτερη ψυχική κατάσταση μπορεί εξαρχής να είναι περισσότερο πιθανό να ξεκινήσουν και να διατηρήσουν τον θηλασμό, ενώ αντίθετα η αυξημένη ψυχολογική δυσφορία μετά από έναν τραυματικό τοκετό μπορεί να δυσχεραίνει την ανταπόκριση στις απαιτήσεις της γαλουχίας. Η τραυματική εμπειρία είναι δυνατό να διαταράξει την αίσθηση ασφάλειας, ελέγχου και σωματικής αυτονομίας της γυναίκας, με αποτέλεσμα η λοχεία και η έναρξη της μητρότητας να βιώνονται υπό συνθήκες αυξημένου άγχους, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ή μετατραυματικού στρες. Συνεπώς, οι διαφορές στη συναισθηματική κατάσταση θηλαζουσών και μη θηλαζουσών μητέρων θα πρέπει να εξετάζονται μέσα σε ένα ευρύτερο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο, στο οποίο αλληλεπιδρούν η ψυχική υγεία, η τραυματική εμπειρία, η διάρκεια και η αποκλειστικότητα του θηλασμού, καθώς και οι προσωπικές και κοινωνικές συνθήκες της μετάβασης στη μητρότητα [55] [173].

Ιδιαίτερη σημασία έχουν οι αντιλήψεις της γυναίκας σχετικά με τον θηλασμό και την ικανότητά της να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία έχει συσχετιστεί με αρνητικότερες αντιλήψεις για τον θηλασμό, χαμηλότερη εμπιστοσύνη στην ικανότητα παραγωγής επαρκούς γάλακτος και μειωμένη πιθανότητα έναρξης ή συνέχισης της γαλουχίας [56]. Οι γυναίκες που βιώνουν κατάθλιψη μπορεί να αμφισβητούν περισσότερο τις μητρικές τους ικανότητες και να αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες του θηλασμού ως ένδειξη προσωπικής ανεπάρκειας. Παράλληλα, οι Dennis & McQueen (2007) έδειξαν ότι όσο εντονότερα είναι τα συμπτώματα επιλόχειας

κατάθλιψης, τόσο μεγαλύτερη μπορεί να είναι η ανησυχία της μητέρας σχετικά με την ικανότητά της να θηλάσει αποτελεσματικά και να ανταποκριθεί στις ανάγκες του βρέφους. Σε γυναίκες που έχουν προηγουμένως βιώσει έναν τραυματικό τοκετό, η δυσκολία αυτή μπορεί να αποκτήσει μεγαλύτερη ψυχολογική βαρύτητα, καθώς η εμπειρία της γέννησης μπορεί ήδη να έχει κλονίσει την εμπιστοσύνη στο σώμα και στις μητρικές τους ικανότητες. Έτσι, η δυσκολία στον θηλασμό μπορεί να λειτουργήσει ως πρόσθετο στρεσογόνο γεγονός, ενισχύοντας το άγχος, την απογοήτευση και τα αισθήματα ανεπάρκειας, ενώ η αυξημένη ψυχολογική δυσφορία μπορεί με τη σειρά της να δυσχεραίνει περισσότερο την προσπάθεια για θηλασμό [56] [57] [173]. Δημιουργείται επομένως ένας πιθανός φαύλος κύκλος, στον οποίο η ψυχική επιβάρυνση επηρεάζει αρνητικά τη γαλουχία και οι δυσκολίες στη γαλουχία ενισχύουν περαιτέρω τη συναισθηματική επιβάρυνση.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η σχέση μεταξύ μετατραυματικής συμπτωματολογίας και διακοπής του θηλασμού. Σε μεγάλη μελέτη που περιλάμβανε 1.480 γυναίκες και παρακολουθούσε την περίοδο από την όγδοη εβδομάδα έως και τα δύο πρώτα έτη μετά τον τοκετό, η επιλόχεια PTSD συσχετίστηκε σημαντικά με τη διακοπή του θηλασμού [58]. Η μετατραυματική συμπτωματολογία, που περιλαμβάνει την επανεμφάνιση μη επαρκώς επεξεργασμένων αναμνήσεων, την αποφυγή σχετιζόμενων ερεθισμάτων, την αυξημένη ψυχολογική διέγερση και τις αρνητικές μεταβολές στη συναισθηματική κατάσταση, μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά της μητέρας απέναντι στη γαλουχία. Όταν ο θηλασμός συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με την τραυματική εμπειρία της γέννησης, μπορεί να λειτουργήσει ως υπενθύμιση του γεγονότος και να ενισχύσει την ανάγκη αποφυγής, με αποτέλεσμα η διακοπή του να αποτελεί πιθανώς έναν τρόπο περιορισμού της έκθεσης σε ερεθίσματα που προκαλούν ψυχική δυσφορία [58]. Παράλληλα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το ευρύτερο τραυματικό ιστορικό της γυναίκας, καθώς προηγούμενες εμπειρίες, όπως σωματική ή σεξουαλική επίθεση, περιγεννητική απώλεια ή προηγούμενος τραυματικός τοκετός, μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες ευαλωτότητας για τη μητρική ψυχική υγεία και να επηρεάσουν τη μετέπειτα εμπειρία της γαλουχίας [58]. Επομένως, η αξιολόγηση της δυσκολίας στον θηλασμό μετά από έναν τραυματικό τοκετό θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο το πρόσφατο μαιευτικό γεγονός, αλλά και το προηγούμενο ιστορικό τραύματος της γυναίκας.

Ιδιαίτερα σύνθετη είναι η εμπειρία των γυναικών με ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς το στήθος μπορεί να έχει συνδεθεί προηγουμένως με παραβίαση, φόβο και απώλεια ελέγχου, ενώ μετά τη γέννηση καλείται να αποκτήσει μια διαφορετική λειτουργία, αυτή της θρέψης και της σωματικής εγγύτητας με το βρέφος [59]. Η μετάβαση αυτή μπορεί να προκαλέσει εσωτερικές συγκρούσεις σχετικά με το σώμα και τη μητρική του λειτουργία, ενώ το στήθος μπορεί να αποτελέσει ιδιαίτερα ισχυρό σωματικό και συμβολικό σημείο μέσω του οποίου επανενεργοποιείται ένα παλαιότερο τραύμα. οι Wood & Van Esterik (2010) υποστηρίζουν ότι το στήθος μπορεί να λειτουργήσει ως «πύλη» επανεμφάνισης ενός μη επουλωμένου τραύματος, ενώ ο Coles, J. (2009) συνδέει τη σωματική επίγνωση με την ανάδυση συναισθημάτων και μνημών που σχετίζονται με προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες. Έτσι, η ίδια διαδικασία μπορεί για ορισμένες γυναίκες να αποτελέσει μέσο επανασύνδεσης με το σώμα και θεραπευτικής αποκατάστασης, ενώ για άλλες να ενεργοποιήσει επώδυνες αναμνήσεις και να οδηγήσει σε αποφυγή [60] [61]. Συνολικά, ο θηλασμός έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα όταν είναι αποκλειστικός και παρατεταμένος [55] [62]. Όμως, η αντίστροφη επίδραση της κατάθλιψης, του άγχους και της PTSD στη γαλουχία είναι σημαντική [56] [57] [58]. Κατά συνέπεια, η δυσκολία στον θηλασμό δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αποκλειστικά ως τεχνικό ή βιολογικό ζήτημα, αλλά ως πιθανό αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ ψυχικής υγείας, τραυματικής εμπειρίας, προηγούμενου ιστορικού τραύματος, αντίληψης του σώματος και προσωπικής νοηματοδότησης του θηλασμού [59] [60] [61] [173]. Η προσέγγιση αυτή είναι απαραίτητη ώστε η υποστήριξη της γυναίκας να παραμένει εξατομικευμένη και να μην μετατρέπει τον θηλασμό σε πρόσθετη πηγή πίεσης, ενοχής ή επανατραυματισμού [62].

4ο Κεφάλαιο. Συνεχής φροντίδα από τη μαία και υποστήριξη της επιτόκου

4.1. Ο ρόλος της Consultant Midwife ως φορέα αλλαγής και καινοτομίας στη μαιευτική πρακτική

Η συμβολή των μαιών στη μείωση των τραυματικών εμπειριών τοκετού δεν περιορίζεται στην άμεση κλινική φροντίδα, αλλά επεκτείνεται και στη δυνατότητά τους να επηρεάζουν την οργάνωση και την κουλτούρα των υπηρεσιών μητρότητας. Η ανάπτυξη ηγετικών ρόλων, συμπεριλαμβανομένου του ρόλου της *Consultant Midwife*, μπορεί να ενισχύσει την εφαρμογή τεκμηριωμένων πρακτικών, την εκπαίδευση και καθοδήγηση των επαγγελματιών, καθώς και τη συμμετοχή των μαιών στον σχεδιασμό και την ανάπτυξη των υπηρεσιών [63] [64] [65] [66] [67] [169]. Η σχετική βιβλιογραφία αναδεικνύει την «αλλαγή στάσης και κουλτούρας» ως σημαντική προϋπόθεση για την αναβάθμιση της μαιευτικής φροντίδας και την προώθηση της κανονικότητας στον τοκετό [63], ενώ παράλληλα υπογραμμίζει τη σημασία της οργανωσιακής υποστήριξης, της συνεργασίας, της έρευνας, της εκπαίδευσης και της ανάπτυξης ηγετικών ικανοτήτων [64] [65] [66] [67] [68] [169]. Στο πλαίσιο αυτό, η ανάληψη θέσεων ευθύνης από μαίες μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση υπηρεσιών όπου ο σεβασμός στις επιλογές της γυναίκας, η συμμετοχή της στη λήψη αποφάσεων, η εξατομικευμένη φροντίδα και η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελούν βασικά στοιχεία της οργανωσιακής κουλτούρας. Επομένως, ο ρόλος της *Consultant Midwife* μπορεί να θεωρηθεί χαρακτηριστικό παράδειγμα της δυνατότητας των μαιών να συμμετέχουν σε οργανωσιακές αλλαγές, χωρίς να αποτελεί αυτοσκοπό, αλλά μέρος μιας ευρύτερης προσέγγισης μαιευτικής ηγεσίας.

Η σημασία της οργανωσιακής αλλαγής γίνεται ακόμη πιο εμφανής στην παροχή φροντίδας σε ευάλωτες ομάδες γυναικών. Πρωτοβουλίες όπως τα Sure Start και Sure Start Plus ανέδειξαν τη δυνατότητα των μαιών να αναπτύσσουν συνεργασίες μεταξύ υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής φροντίδας και εκπαίδευσης [69] [70], ενώ η ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών για έφηβες εγκύους ανέδειξε τη σημασία της συμμετοχής των ίδιων των γυναικών στον σχεδιασμό των υπηρεσιών και της προσαρμογής της φροντίδας στις ανάγκες τους [71] [72]. Αντίστοιχα, παρεμβάσεις για γυναίκες που αντιμετώπιζαν προβλήματα χρήσης ουσιών, αλκοόλ ή HIV υπογράμμισαν τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας, της εκπαίδευσης και της υποστήριξης των επαγγελματιών [73], ενώ η συνεργασία με γυναίκες από μειονοτικές εθνοτικές κοινότητες και άλλες

ευάλωτες ομάδες ανέδειξε την ανάγκη για προσβάσιμες και προσαρμοσμένες υπηρεσίες [74]. Συνεπώς, η ενίσχυση της μαιευτικής ηγεσίας, η διεκδίκηση θέσεων ευθύνης, η συμμετοχή των μαιών στον σχεδιασμό των υπηρεσιών και η προώθηση μιας κουλτούρας συνεργασίας και σεβασμού μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία ενός περισσότερο γυναικοκεντρικού μοντέλου φροντίδας [67] [68] [70] [71] [73] [74] [157] [169]. Υπό αυτή την οπτική, η οργανωσιακή αλλαγή αποτελεί σημαντική διάσταση της πρόληψης και μείωσης των τραυματικών εμπειριών τοκετού, καθώς μπορεί να δημιουργήσει συνθήκες που ενισχύουν την ενημέρωση, τη συμμετοχή, την αυτονομία και την αίσθηση ελέγχου της γυναίκας κατά τη διάρκεια της μαιευτικής φροντίδας.

Σημαντικό πεδίο δράσης αποτέλεσε η προώθηση της κανονικότητας και η ανάπτυξη μοντέλων φροντίδας υπό την καθοδήγηση της μαίας, ως απάντηση στην αυξανόμενη ιατρικοποίηση του τοκετού και στον περιορισμό των διαθέσιμων επιλογών για τις γυναίκες. Το National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services και το Maternity Matters ενίσχυσαν την ανάγκη για εξατομικευμένη φροντίδα, ενημερωμένη επιλογή και διεύρυνση των μοντέλων φροντίδας, οδηγώντας σε πρωτοβουλίες για τοκετούς στο σπίτι, κέντρα τοκετού και ενίσχυση της μαιευτικής φροντίδας χαμηλού κινδύνου [75]. Οι Rogers & Littlehales (2006) ανέδειξαν τη σημασία της συνεργασίας μεταξύ Consultant midwife και επικεφαλής των μαιευτικών υπηρεσιών για την ανάπτυξη στρατηγικών αλλαγής, μέσω συμμετοχής των ενδιαφερόμενων μερών, στρατηγικού σχεδιασμού, κατευθυντήριων οδηγιών και εκπαίδευσης [76]. Αντίστοιχα, ο Richardson (2005) συνέβαλε στην προώθηση της κανονικότητας μέσω της αναγνώρισης γυναικών χαμηλού κινδύνου, της δημιουργίας χώρων τοκετού υπό την καθοδήγηση της μαίας, εκπαιδευτικών πρωτοβουλιών και ανάπτυξης κέντρου τοκετού [77]. Οι Rogers & Cunningham (2007) ανέδειξαν τη συμβολή της Consultant midwife στην εξατομικευμένη υποστήριξη γυναικών με φόβο για τον τοκετό, ανάγκη καθοδήγησης σχετικά με τον τρόπο γέννησης ή ιστορικό σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης [78]. Η αξιολόγηση της υπηρεσίας κατέγραψε ιδιαίτερα θετικές εκτιμήσεις, με το 97% των επαγγελματιών να αξιολογεί την επικοινωνία ως καλή ή πολύ καλή και το 96% να θεωρεί τη συμβολή της χρήσιμη ή πολύ χρήσιμη, ενώ οι γυναίκες ανέφεραν σε μεγάλο βαθμό θετικές εμπειρίες ως προς την ενημέρωση και την κάλυψη των αναγκών τους [78]. Τέλος, η Clarke (2005) έδειξε ότι η Consultant midwife μπορεί να ηγηθεί τεκμηριωμένων αλλαγών, όπως η

ανάπτυξη υπηρεσίας εξωτερικού μετασχηματισμού (ECV), μέσω κατευθυντήριων οδηγιών, εκπαίδευσης και αξιολόγησης, με 41% επιτυχή έκβαση της ECV και 57% των γυναικών αυτών να καταλήγουν σε φυσιολογικό τοκετό [79]. Συνολικά, η βιβλιογραφία αναδεικνύει τη Consultant midwife ως επαγγελματία-καταλύτη της αλλαγής, της οποίας η αποτελεσματικότητα προϋποθέτει όχι μόνο κλινική γνώση, αλλά και ηγετικές, επικοινωνιακές, εκπαιδευτικές, ερευνητικές και διαπραγματευτικές δεξιότητες [63] [67]. Παράλληλα, απαιτεί οργανωσιακή και διοικητική υποστήριξη, δυνατότητα ανάπτυξης συνεργασιών και ισχυρά επαγγελματικά δίκτυα, ώστε να μπορεί να επηρεάζει τεκμηριωμένα την κλινική πρακτική, να μειώνει τις ανισότητες, να ενδυναμώνει τις γυναίκες και να διευρύνει τις επιλογές τους [76] [77] [78] [79] [169].

4.2. Υποστήριξη και επικοινωνία στη μαιευτική φροντίδα

Η υποστήριξη που παρέχεται από τις μαίες αποτελεί έναν σημαντικό τροποποιήσιμο παράγοντα που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα νοηματοδοτεί και αξιολογεί την εμπειρία του τοκετού. Η υποκειμενική αντίληψη της εμπειρίας, όπως αναλύθηκε ήδη, δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τα αντικειμενικά μαιευτικά γεγονότα, αλλά επηρεάζεται σημαντικά από την ποιότητα της φροντίδας, της επικοινωνίας και της συναισθηματικής υποστήριξης που λαμβάνει. Οι Ford & Ayers (2009) ανέδειξαν ότι η αντίληψη της γυναίκας για τον τοκετό επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την υποστήριξη που λαμβάνει από τις μαίες και όχι αποκλειστικά από τις ίδιες τις μαιευτικές εξελίξεις [80]. Αντίστοιχα, οι Baptie et al. (2020), μελετώντας 222 γυναίκες κατά τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό, διαπίστωσαν ότι το 29% των συμμετεχουσών βίωσε τον τοκετό ως τραυματικό, ενώ το 15% πληρούσε πλήρως ή μερικώς τα κριτήρια για μετατραυματική διαταραχή στρες [81]. Ιδιαίτερα σημαντικό ήταν το εύρημα ότι η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας μεσολαβούσε στη σχέση μεταξύ των μαιευτικών παρεμβάσεων και των μεταγεννητικών συμπτωμάτων τραύματος. Επομένως, οι μαιευτικές παρεμβάσεις ή οι επιπλοκές του τοκετού δεν οδηγούν αναπόφευκτα σε τραυματική εμπειρία, καθώς ο τρόπος με τον οποίο η γυναίκα υποστηρίζεται και βιώνει τη φροντίδα φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση της εμπειρίας [81]. Επομένως, η πρόληψη του τραύματος δεν αφορά μόνο την αποφυγή των παρεμβάσεων, αλλά και τη δημιουργία ενός ασφαλούς και υποστηρικτικού

πλαισίου, μέσα στο οποίο η γυναίκα αισθάνεται ότι ακούγεται, ενημερώνεται και γίνεται σεβαστή. Η σημασία της ενημέρωσης και της συμμετοχής αναδεικνύεται περαιτέρω από τη μελέτη των Baptie et al. (2021), όπου οι γυναίκες που περιγράφηκαν ως «ενδυναμωμένες» αισθάνονταν ότι γνώριζαν τις διαθέσιμες επιλογές, συμμετείχαν στις αποφάσεις και διατηρούσαν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου, ακόμη και όταν απαιτούνταν απρόβλεπτες παρεμβάσεις [82] .

Η αίσθηση ελέγχου αποτελεί κρίσιμο μηχανισμό στην εμπειρία του τοκετού και μπορεί να επηρεαστεί όχι μόνο από την ίδια την παρέμβαση, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο αυτή επικοινωνείται και πραγματοποιείται. Η απώλεια ελέγχου μπορεί να συνδέεται με την έλλειψη πληροφόρησης και την αδυναμία της γυναίκας να κατανοήσει τι συμβαίνει στο σώμα της και για ποιον λόγο λαμβάνονται συγκεκριμένες αποφάσεις. Οι De Schepper et al. (2016) τόνισαν ότι η διατήρηση της αίσθησης ελέγχου σχετίζεται τόσο με τη χρήση των μαιευτικών παρεμβάσεων όσο και με τον τρόπο με τον οποίο αυτές εντάσσονται στη διαδικασία φροντίδας [83]. Παράλληλα, οι Hollander et al. (2017) ανέδειξαν ότι ορισμένες γυναίκες θεώρησαν εκ των υστέρων πως η τραυματική τους εμπειρία θα μπορούσε να είχε περιοριστεί εάν είχαν λάβει περισσότερες παρεμβάσεις, γεγονός που δείχνει ότι η παρέμβαση δεν είναι εγγενώς τραυματική και ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, η απουσία της μπορεί να βιωθεί ως ανεπαρκής φροντίδα. Συνεπώς, καθοριστική δεν είναι απλώς η παρουσία ή ο αριθμός των παρεμβάσεων, αλλά η ποιότητα της επικοινωνίας και της διαδικασίας λήψης αποφάσεων γύρω από αυτές [85]. Παρά ταύτα, η διατήρηση του ελέγχου δεν μπορεί να ταυτιστεί με την αποφυγή κάθε παρέμβασης, καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις η άμεση κλινική δράση είναι απαραίτητη για την προστασία της μητέρας ή του βρέφους. Η έκθεση των Ockenden (2022) ανέδειξε τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν όταν δεν πραγματοποιείται έγκαιρα η αναγκαία παρέμβαση ή παραπομπή, υπογραμμίζοντας την ανάγκη ισορροπίας μεταξύ κλινικής ασφάλειας και διατήρησης της αυτονομίας της γυναίκας [84].

Η επικοινωνία αποτελεί βασικό στοιχείο της μαιευτικής φροντίδας και δεν περιορίζεται στη μετάδοση πληροφοριών. Οι Patterson, Hollins Martin και Karatzias, μέσα από συνεντεύξεις με έξι γυναίκες που είχαν βιώσει τραύμα κατά τη γέννηση, ανέδειξαν την ανάγκη για σαφείς εξηγήσεις σχετικά με όσα συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του τοκετού, αλλά και τη σημασία λιγότερο εμφανών διαστάσεων της επικοινωνίας, όπως ο

καθησυχαστικός τόνος της φωνής, η οπτική επαφή, η σωματική παρουσία της μαίας και η ενεργητική ακρόαση [86]. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι η επικοινωνία περιλαμβάνει τόσο λεκτικές όσο και μη λεκτικές διαστάσεις, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την αίσθηση ασφάλειας, αξιοπρέπειας και εμπιστοσύνης της γυναίκας. Όταν η γυναίκα αισθάνεται ότι δεν ακούγεται, δεν ενημερώνεται ή δεν αναγνωρίζεται η συναισθηματική της κατάσταση και μια κλινικά επιτυχής παρέμβαση μπορεί να αποκτήσει αρνητικό ψυχολογικό νόημα [86]. Παράλληλα, ακόμη και απλές πράξεις φροντίδας μπορούν να αποκτήσουν σημαντική συναισθηματική αξία. Οι Patterson & Ménage (2020) ανέδειξαν την παρασκευή ενός τσαγιού ως μια απλή χειρονομία που μπορεί να μεταφέρει ενδιαφέρον, σύνδεση και ασφάλεια, συμβάλλοντας στη δημιουργία ενός πιο ανθρώπινου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος [87]. Έτσι, η φροντίδα βιώνεται συνολικά από τη γυναίκα και όχι ως απλό άθροισμα κλινικών πράξεων, ενώ η σταθερή παρουσία, η ενεργητική ακρόαση, η ενημέρωση και ο σεβασμός μπορούν να ενισχύσουν ουσιαστικά τη σχέση εμπιστοσύνης με τη μαία [86] [87] [170] [171].

Η εμπιστοσύνη αποτελεί βασικό συνδετικό κρίκο μεταξύ επικοινωνίας, ενδυνάμωσης και πρόληψης της τραυματικής εμπειρίας. Όταν η γυναίκα αισθάνεται ότι ακούγεται, ενημερώνεται και γίνεται σεβαστή, είναι πιθανότερο να εκφράσει τους φόβους και τις ανάγκες της, να ζητήσει διευκρινίσεις και να συμμετάσχει στις αποφάσεις και όταν η εξέλιξη του τοκετού απαιτεί απρόβλεπτες αλλαγές. Αντίθετα, η απουσία εμπιστοσύνης μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση αβεβαιότητας και αδυναμίας και να μετατρέψει μια αναγκαία κλινική παρέμβαση σε εμπειρία απώλειας ελέγχου [82]. Υπό αυτή την έννοια, η πρόληψη της τραυματικής εμπειρίας δεν μπορεί να περιορίζεται στην αποφυγή συγκεκριμένων παρεμβάσεων ή στην προώθηση ενός συγκεκριμένου τρόπου γέννησης, αλλά απαιτεί φροντίδα που συνδυάζει την κλινική ασφάλεια με την ενημέρωση, τη συναίνεση, τον σεβασμό και τη συμμετοχή της γυναίκας [80] [81]. Ο ρόλος της μαίας είναι επομένως κατεξοχήν σχεσιακός και αφορά όχι μόνο το τι κάνει, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το επικοινωνεί και διατηρεί τη γυναίκα στο επίκεντρο της διαδικασίας [82] [86] [170] [171]. Η προσέγγιση αυτή συνδέεται με μια μαιευτική πρακτική ευαισθητοποιημένη στο τραύμα, στην οποία η αναγκαία κλινική παρέμβαση δεν αντιμετωπίζεται ως αντίθετη προς την αυτονομία, αλλά εντάσσεται σε μια διαδικασία ενημέρωσης, συναίνεσης, επικοινωνίας και συναισθηματικής υποστήριξης.

Το midwifery-led model of care αποτελεί ένα πλαίσιο μαιευτικής φροντίδας που μπορεί να ενσωματώσει στην πράξη τις αρχές της συνέχειας, της εξατομίκευσης, της ενημέρωσης, της συμμετοχής και της συναισθηματικής υποστήριξης της γυναίκας, στοιχεία που είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την πρόληψη της τραυματικής εμπειρίας του τοκετού. Η υποστήριξη από τις μαίες και η ποιότητα της φροντίδας φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες αξιολογούν την εμπειρία τους, πέρα από τα ίδια τα μαιευτικά γεγονότα [80], ενώ η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη έχει βρεθεί να μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ μαιευτικών παρεμβάσεων και μεταγεννητικών συμπτωμάτων τραύματος [81]. Παράλληλα, η αίσθηση ενδυνάμωσης συνδέεται με την ενημέρωση σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και τη διατήρηση της αίσθησης ελέγχου, ακόμη και όταν απαιτούνται απρόβλεπτες παρεμβάσεις [82]. Η διατήρηση του ελέγχου δεν προϋποθέτει την απουσία κλινικών παρεμβάσεων, καθώς η εμπειρία της γυναίκας επηρεάζεται και από τον τρόπο με τον οποίο αυτές εξηγούνται και εντάσσονται στη διαδικασία φροντίδας [83], ενώ η μη πραγματοποίηση μιας αναγκαίας παρέμβασης μπορεί επίσης να βιωθεί ως ανεπαρκής φροντίδα [85]. Η ανάγκη για σαφή ενημέρωση, ενεργητική ακρόαση, καθησυχαστική επικοινωνία και σταθερή παρουσία της μαίας αναδεικνύεται επίσης στις αφηγήσεις γυναικών με εμπειρία τραυματικού τοκετού [86], ενώ ακόμη και απλές πράξεις φροντίδας μπορούν να ενισχύσουν το αίσθημα σύνδεσης και ασφάλειας [87]. Συνεπώς, το midwifery-led model of care μπορεί να συμβάλει στη μείωση της τραυματικής εμπειρίας όχι μέσω της αποφυγής των αναγκαίων παρεμβάσεων, αλλά μέσω ενός μοντέλου που συνδυάζει την κλινική ασφάλεια με τη συνέχεια της φροντίδας, την επικοινωνία, την ενημερωμένη συναίνεση, την αυτονομία και τη συμμετοχή της γυναίκας, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη ότι η έγκαιρη κλινική παρέμβαση παραμένει απαραίτητη όταν τίθεται σε κίνδυνο η υγεία της μητέρας ή του νεογνού [84] [170] [171].

4.3. Ενδυνάμωση, ενημέρωση και σχέση εμπιστοσύνης

Η διατήρηση της αίσθησης ελέγχου και η επαρκής πληροφόρηση αποτελούν θεμελιώδεις διαστάσεις της μαιευτικής φροντίδας και σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα βιώνει τον τοκετό [166]. Η απώλεια ελέγχου, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με ανεπαρκή ενημέρωση, αβεβαιότητα και

περιορισμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, μπορεί να ενισχύσει το αίσθημα ευαλωτότητας και αδυναμίας. Για τον λόγο αυτό, οι μαίες καλούνται να διασφαλίζουν ότι η γυναίκα δεν αντιμετωπίζεται ως παθητική αποδέκτρια της φροντίδας, αλλά ως ενεργό και ισότιμο πρόσωπο στις αποφάσεις που αφορούν το σώμα, την υγεία και τον τοκετό της [83]. Η συμμετοχή αυτή δεν αποτελεί μόνο έκφραση σεβασμού στην αυτονομία της, αλλά μπορεί να λειτουργήσει και προστατευτικά απέναντι στην ανάπτυξη τραυματικής εμπειρίας, καθώς ενισχύει την αίσθηση ότι η γυναίκα διαθέτει λόγο, επιλογές και δυνατότητα να κατανοεί και να επηρεάζει όσα συμβαίνουν. Η προγεννητική περίοδος αποτελεί, επομένως, σημαντικό χρονικό παράθυρο για την ενδυνάμωση και την προετοιμασία της γυναίκας. Ήδη από την εγκυμοσύνη, οι μαίες μπορούν να διερευνούν τις προσδοκίες, τους φόβους και τις προηγούμενες εμπειρίες της και να παρέχουν κατανοητή, τεκμηριωμένη πληροφόρηση σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές και τις πιθανές εξελίξεις του τοκετού [82]. Η ενημέρωση αυτή δεν θα πρέπει να περιορίζεται σε μια τυπική παροχή πληροφοριών, αλλά να αποτελεί συνεχή διαδικασία διαλόγου, προσαρμοσμένη στις ανάγκες και στις προτιμήσεις κάθε γυναίκας, ώστε να ενισχύονται η εμπιστοσύνη και η προετοιμασία της για πιθανές απρόβλεπτες εξελίξεις [81] [166].

Η σημασία της πληροφόρησης και της συμμετοχής γίνεται μεγαλύτερη όταν κατά τη διάρκεια του τοκετού προκύπτουν επείγουσες ή απρόβλεπτες καταστάσεις. Σε τέτοιες συνθήκες, η γυναίκα μπορεί να αισθανθεί ότι χάνει γρήγορα τον έλεγχο, ιδιαίτερα όταν οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν εξειδικευμένη ορολογία ή προχωρούν σε παρεμβάσεις χωρίς επαρκή εξήγηση. Οι Martínez-Vázquez et al. (2021) υπογραμμίζουν τη σημασία της επικοινωνίας και της συναίνεσης, καθώς η περιορισμένη συμμετοχή της γυναίκας στις αποφάσεις μπορεί να αποτελέσει σημαντικό στοιχείο της τραυματικής εμπειρίας [19]. Ακόμη και όταν απαιτείται άμεση κλινική δράση, η ενημέρωση θα πρέπει, στο μέτρο του εφικτού και χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια, να παραμένει σαφής και συνεχής, ώστε η γυναίκα να κατανοεί τι συμβαίνει, γιατί απαιτείται μια συγκεκριμένη παρέμβαση και τι μπορεί να αναμένει στη συνέχεια [19] [166].

Παράλληλα, η πρόληψη του τραύματος δεν θα πρέπει να επικεντρώνεται αποκλειστικά στην αποφυγή των μαιευτικών παρεμβάσεων, αλλά στην ποιότητα της φροντίδας που τις συνοδεύει. Οι Ford & Ayers (2009) ανέδειξαν ότι η υποστήριξη που λαμβάνει η γυναίκα από τις μαίες μπορεί να επηρεάζει την αντίληψή της για τον τοκετό σε

σημαντικό βαθμό, πέρα από τα ίδια τα αντικειμενικά μαιευτικά γεγονότα [80]. Η ευγενική, συμπονετική και υποστηρικτική φροντίδα μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά και όταν υπάρχουν επιπλοκές ή αναγκαίες παρεμβάσεις, καθώς ενισχύει την αίσθηση ότι η γυναίκα δεν αντιμετωπίζει μόνη της μια δύσκολη κατάσταση και ότι οι επαγγελματίες υγείας παραμένουν διαθέσιμοι και ανταποκρίνονται στις ανάγκες της [166].

Καθοριστική για την αποτελεσματική υποστήριξη είναι η οικοδόμηση μιας σταθερής σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ γυναίκας και μαίας, η οποία αναπτύσσεται σταδιακά μέσα από τη συνέπεια, τη διαθεσιμότητα, την ειλικρινή επικοινωνία και τον σεβασμό στις ανάγκες και στις προτιμήσεις της γυναίκας [82]. Η εμπιστοσύνη μπορεί να λειτουργήσει ως σημαντικός ψυχολογικός πόρος όταν η εξέλιξη του τοκετού αποκλίνει από το αρχικό σχέδιο, καθώς η γυναίκα είναι περισσότερο πιθανό να αποδεχθεί μια αναγκαία αλλαγή ή παρέμβαση όταν αισθάνεται ότι έχει ενημερωθεί επαρκώς και ότι οι επαγγελματίες ενεργούν με γνώμονα την ασφάλεια και την ευημερία της [82]. Αντίθετα, όταν δεν έχει δημιουργηθεί σχέση εμπιστοσύνης, μια απρόβλεπτη παρέμβαση μπορεί να ερμηνευθεί ως επιβολή ή απώλεια ελέγχου. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερη σημασία έχει και η μη λεκτική επικοινωνία. Η οπτική επαφή, ο θετικός και καθησυχαστικός τόνος της φωνής, η ενεργητική ακρόαση, η κατάλληλη σωματική εγγύτητα και η προσαρμογή του τρόπου επικοινωνίας στη συγκεκριμένη γυναίκα αποτελούν σημαντικά στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης [86]. Η μαία δεν καλείται απλώς να μεταδώσει πληροφορίες, αλλά να δημιουργήσει ένα περιβάλλον στο οποίο η γυναίκα αισθάνεται ότι αντιμετωπίζεται ως πρόσωπο και όχι ως «περιστατικό». Με αυτόν τον τρόπο, η επικοινωνία μπορεί να περιορίσει την απόσταση εξουσίας στο κλινικό περιβάλλον, να ενισχύσει την εμπιστοσύνη και να συμβάλει στη μείωση του φόβου και της αίσθησης αδυναμίας [86].

Η δυνατότητα των μαιών να παρέχουν εξατομικευμένη, συνεχή και φροντίδα ευαισθητοποιημένη στο τραύμα δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τις ατομικές τους δεξιότητες και προθέσεις, αλλά επηρεάζεται σημαντικά από το οργανωτικό πλαίσιο στο οποίο εργάζονται. Η υποστελέχωση, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, οι χρονικοί περιορισμοί και οι απαιτήσεις του συστήματος υγείας μπορούν να δυσχεράνουν τη δημιουργία σταθερών σχέσεων και να περιορίσουν τον διαθέσιμο χρόνο για ουσιαστική επικοινωνία και συναισθηματική υποστήριξη [87]. Επομένως, η πρόληψη του τραύματος δεν μπορεί να αποτελεί αποκλειστικά ατομική ευθύνη της μαίας, αλλά απαιτεί οργανωτική

υποστήριξη, επαρκείς πόρους και ένα εργασιακό περιβάλλον που επιτρέπει την εφαρμογή εξατομικευμένης και συμπονετικής φροντίδας [87]. Η αποτελεσματική πρόληψη προϋποθέτει μια πολυεπίπεδη προσέγγιση, στην οποία η φροντίδα με επίκεντρο τη γυναίκα και η υποστήριξη των μαιών λειτουργούν συμπληρωματικά. Μια πραγματικά ευαισθητοποιημένη στο τραύμα υπηρεσία χρειάζεται να εξασφαλίζει συνέχεια στη φροντίδα, επαρκή ενημέρωση, ουσιαστική συμμετοχή της γυναίκας στη λήψη αποφάσεων και σχέσεις εμπιστοσύνης, ώστε η ασφάλεια να περιλαμβάνει όχι μόνο τη σωματική, αλλά και την ψυχολογική, συναισθηματική και σχεσιακή διάσταση της φροντίδας[86] [87]. Συνολικά, η ενημέρωση, η συναίνεση, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η διατήρηση του ελέγχου, η εμπιστοσύνη και η συμπονετική επικοινωνία αποτελούν βασικούς πυλώνες της πρόληψης της τραυματικής εμπειρίας κατά τη γέννηση. Η πρόληψη, επομένως, δεν συνίσταται στην εξάλειψη κάθε μαιευτικής παρέμβασης, αλλά στη διασφάλιση ότι οι αναγκαίες παρεμβάσεις πραγματοποιούνται με τρόπο που διατηρεί, όσο είναι κλινικά εφικτό, την αυτονομία, την αξιοπρέπεια και την αίσθηση ασφάλειας της γυναίκας.

5ο Κεφάλαιο. Πρόληψη και αντιμετώπιση του τραυματικού τοκετού και του PTSD

5.1. Μαιευτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και διαχείριση του τραύματος κατά τον τοκετό

Η συναισθηματική υποστήριξη από τις μαίες κατά την προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο αποτελεί σημαντική διάσταση της ολιστικής μαιευτικής φροντίδας, ιδιαίτερα για γυναίκες με αυξημένη ψυχολογική ευαλωτότητα ή προηγούμενη τραυματική εμπειρία γέννησης [172]. Στο πλαίσιο αυτό, η μεταγεννητική ενημέρωση έχει διερευνηθεί ως παρέμβαση για τη διαχείριση των συνεπειών μιας τραυματικής εμπειρίας, παρέχοντας στη γυναίκα τη δυνατότητα να συζητήσει τον τοκετό, να αναζητήσει διευκρινίσεις και να εκφράσει συναισθήματα, φόβους και ανησυχίες που ενδέχεται να παρέμειναν ανεπεξέργαστα. Η μετα-εθνογραφική ανασκόπηση των Baxter et al. (2014) έδειξε ότι οι γυναίκες ανταποκρίνονται γενικά θετικά στη δυνατότητα συμμετοχής σε μια τέτοια διαδικασία, καθώς εκτιμούν την ευκαιρία να αφηγηθούν την εμπειρία τους, να αισθανθούν ότι γίνονται κατανοητές και ότι τα συναισθήματά τους αναγνωρίζονται και επικυρώνονται [88]. Η επικοινωνία μετά τον τοκετό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική

όταν η γυναίκα θεωρεί ότι κατά τη γέννηση δεν είχε επαρκή ενημέρωση, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, έλεγχο ή σεβασμό στις επιθυμίες της. Ωστόσο, τα οφέλη της μεταγεννητικής ενημέρωσης ως συστηματικής παρέμβασης για την πρόληψη ή θεραπεία του τραύματος παραμένουν ασαφή, ενώ η εις βάθος διερεύνηση τραυματικών εμπειριών ενδέχεται να υπερβαίνει τον παραδοσιακό ρόλο της μαίας. Επομένως, η εφαρμογή της θα πρέπει να συνοδεύεται από κατάλληλη εκπαίδευση, σαφή επαγγελματικά όρια και δυνατότητα παραπομπής σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας όταν απαιτείται [88]. Παράλληλα, οι Fenwick et al., (2013) ανέδειξαν τη σημασία των παρεμβάσεων συναισθηματικής υποστήριξης υπό την καθοδήγηση της μαίας, διερευνώντας την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης PRIME (Promoting Resilience In Mothers Emotions) σε γυναίκες με μεταγεννητική συναισθηματική δυσφορία. Τα ευρήματα έδειξαν θετικές επιδράσεις για τις γυναίκες της ομάδας PRIME, αν και συνολικά αναδείχθηκε μεγαλύτερη προτίμηση για εξατομικευμένη μεταγεννητική φροντίδα, υπογραμμίζοντας την ανάγκη προσαρμογής των παρεμβάσεων στις ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις κάθε γυναίκας [89].

Η πρόληψη του τραύματος κατά τον τοκετό θα πρέπει να ξεκινά ήδη από την προγεννητική περίοδο, μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης των γυναικών που παρουσιάζουν παράγοντες αυξημένου ψυχολογικού κινδύνου, όπως προϋπάρχον άγχος ή κατάθλιψη και προηγούμενη έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν την εγκυμοσύνη και τη γέννηση [90]. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το σύστημα του ροζ αυτοκόλλητου «ψυχολογικής ειδοποίησης», το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την αναγνώριση γυναικών αυξημένου κινδύνου και συνοδεύτηκε από εκπαίδευση των μαιών στην περιγεννητική ψυχολογία. Στόχος δεν ήταν απλώς η επισήμανση του κινδύνου, αλλά η μετατροπή της σχετικής πληροφορίας σε περισσότερο υποστηρικτική, ευαίσθητη και εξατομικευμένη φροντίδα. Το 85% των γυναικών ανέφερε ότι αισθανόταν ότι λάμβανε μεγαλύτερη φροντίδα, ένιωθε ασφαλέστερη και θεωρούσε ότι οι επιθυμίες της κατά τον τοκετό γίνονταν περισσότερο σεβαστές, ενώ ανέφερε καλύτερη κατανόηση των ατομικών αναγκών και ανησυχιών της από τις μαίες. Παράλληλα, οι επαγγελματίες ανέφεραν βελτίωση της επικοινωνίας, ευκολότερο εντοπισμό των γυναικών που χρειάζονταν πρόσθετη υποστήριξη και μεγαλύτερη δυνατότητα συζήτησης ζητημάτων που διαφορετικά θα μπορούσαν να παραμείνουν ανεπεξέργαστα. Καμία από τις γυναίκες

της μελέτης δεν ανέφερε τραυματική εμπειρία λόγω αντιληπτής κακής φροντίδας, ενώ οι μεταγεννητικές παραπομπές σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας μειώθηκαν κατά 44% [90]. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι η συστηματική αναγνώριση των ψυχολογικών αναγκών, σε συνδυασμό με την κατάλληλη εκπαίδευση των μαιών, μπορεί να ενισχύσει το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης και να συμβάλει στην πρόληψη μιας αρνητικής ή τραυματικής εμπειρίας γέννησης.

Στο πλαίσιο μιας τέτοιας προληπτικής προσέγγισης, ιδιαίτερη σημασία έχει η υιοθέτηση μιας πολυπαραγοντικής και εξατομικευμένης φροντίδας, η οποία θα περιλαμβάνει την προγεννητική αναγνώριση του κινδύνου, τη συνεχή συναισθηματική υποστήριξη και τη βελτίωση της ποιότητας των αλληλεπιδράσεων μεταξύ γυναικών και επαγγελματιών υγείας. Η εκπαίδευση των παρόχων στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην επικοινωνία και στην ποιότητα της φροντίδας είναι απαραίτητη, ώστε να αντιλαμβάνονται τον τρόπο με τον οποίο η επαγγελματική συμπεριφορά, η στάση και ο σεβασμός στις επιθυμίες της γυναίκας επηρεάζουν την υποκειμενική εμπειρία του τοκετού. Η εμπειρία της γέννησης δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά με βάση την αντικειμενική μαιευτική έκβαση, γεγονός που καθιστά ανεπαρκή την προσέγγιση «ένα μοντέλο για όλες». Η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και η προσαρμογή της φροντίδας στις προσωπικές ανάγκες, προσδοκίες και ανησυχίες κάθε γυναίκας αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για μια θετικότερη εμπειρία. Παράλληλα, ο εντοπισμός παραγόντων κινδύνου, όπως η προηγούμενη έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, το ιστορικό ψυχικών διαταραχών και η πρωτοτοκία, μπορεί να επιτρέψει την έγκαιρη εφαρμογή εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας και υπηρεσιών υποστήριξης σε γυναίκες που ενδέχεται να είναι περισσότερο ευάλωτες στην ανάπτυξη τραυματικής εμπειρίας τοκετού [91]. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες συναισθηματικής υποστήριξης υπό την καθοδήγηση της μαίας, σε συνδυασμό με μοντέλα συνέχειας της μαιευτικής φροντίδας, όπως η οργάνωση υπηρεσιών σε ομαδική πρακτική, θα μπορούσε να ενισχύσει περαιτέρω την ποιότητα και την ψυχολογική ασφάλεια της περιγεννητικής φροντίδας [88].

Παρά τις ενδείξεις για τη σημασία των παραπάνω προσεγγίσεων, η υπάρχουσα βιβλιογραφία χαρακτηρίζεται από σημαντικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς. Η περιορισμένη παρουσία τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών μειώνει τη δυνατότητα εξαγωγής ισχυρών αιτιωδών συμπερασμάτων, ενώ η διεξαγωγή RCTs στον συγκεκριμένο

τομέα παρουσιάζει πρακτικές και ηθικές δυσκολίες, δεδομένης της υποκειμενικής φύσης του τραύματος κατά τη γέννηση. Επιπλέον, αρκετές μελέτες χαρακτηρίζονται από μικρά δείγματα, ετερογένεια ως προς τις παρεμβάσεις και ασάφεια ορισμένων αποτελεσμάτων, γεγονός που καθιστά αναγκαία την προσεκτική ερμηνεία των ευρημάτων και τη διεξαγωγή μελλοντικών μελετών με μεγαλύτερα και περισσότερο αντιπροσωπευτικά δείγματα. Σημαντικό ερευνητικό κενό εξακολουθεί να αποτελεί και η διερεύνηση της πιθανής συμβολής της συνέχειας της μαιευτικής φροντίδας στη μείωση της συχνότητας ή της έντασης του τραύματος κατά τον τοκετό. Ως εκ τούτου, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εξετάσει όχι μόνο μεμονωμένες παρεμβάσεις, αλλά ολοκληρωμένα μοντέλα φροντίδας που συνδυάζουν την έγκαιρη αναγνώριση ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου, την εκπαίδευση των μαιών στην περιγεννητική ψυχολογία, τη συνέχεια της φροντίδας, την ποιοτική επικοινωνία και την πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Μια τέτοια προσέγγιση θα μπορούσε να μετατοπίσει τη διαχείριση του τραύματος από μια κυρίως αντιδραστική λογική προς ένα προληπτικό και ανθρωποκεντρικό μοντέλο, στο οποίο η ψυχολογική ασφάλεια, η αξιοπρέπεια, ο σεβασμός, η αυτονομία και οι εξατομικευμένες ανάγκες της γυναίκας αποτελούν κεντρικούς άξονες της μαιευτικής φροντίδας [88] [90] [91] [172].

5.2. Αναγνώριση και έλεγχος της μετατραυματικής διαταραχής μετά τον τοκετό

Οι τραυματικές εμπειρίες τοκετού και η διαταραχή μετατραυματικού στρες που σχετίζεται με τον τοκετό (birth-related PTSD) παραμένουν σε σημαντικό βαθμό υποαναγνωρισμένα προβλήματα στις υπηρεσίες μαιευτικής φροντίδας, καθώς η συστηματική ανίχνευση και αξιολόγησή τους κατά την εγκυμοσύνη και τη μεταγεννητική περίοδο εξακολουθεί να είναι περιορισμένη [92]. Ως αποτέλεσμα, πολλές γυναίκες που εμφανίζουν συμπτώματα μετά από μια τραυματική εμπειρία γέννησης ενδέχεται να μην εντοπίζονται έγκαιρα και να μην παραπέμπονται για κατάλληλη αξιολόγηση και θεραπεία [102]. Ιδιαίτερη σημασία έχει η διάκριση της PTSD από τις οξείες αντιδράσεις στρες, καθώς η διάγνωση προϋποθέτει επιμονή των συμπτωμάτων για τουλάχιστον έναν μήνα, επιτρέποντας την αναμενόμενη φυσική υποχώρηση μέρους της αρχικής συμπτωματολογίας, η οποία έχει εκτιμηθεί περίπου στο 44% των ατόμων με αρχικά συμπτώματα PTSD [93]. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα των ψυχιατρικών διαγνώσεων

αποτελούν διαχρονικές μεθοδολογικές προκλήσεις, γεγονός που καθιστά αναγκαία την εφαρμογή σαφώς καθορισμένων και τυποποιημένων διαγνωστικών κριτηρίων [94]. Παρά τις ιστορικές μεταβολές και τις επιμέρους διαφοροποιήσεις μεταξύ των κριτηρίων του DSM-5 και του ICD-11, υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής διαπολιτισμικής αναπαραγωγιμότητας της PTSD, ενισχύοντας την αντίληψη ότι πρόκειται για διαταραχή με ευρεία διαπολιτισμική εγκυρότητα [95]. Η ανεπαρκής αναγνώριση της birth-related PTSD συνδέεται με την περιορισμένη ενημέρωση γυναικών και επαγγελματιών υγείας, την απουσία ομοφωνίας ως προς τον καταλληλότερο τρόπο συστηματικού ελέγχου και την έλλειψη σαφών κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών. Παρότι ο γενικότερος έλεγχος για προβλήματα ψυχικής υγείας κατά την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό φαίνεται να είναι αποδεκτός από τις γυναίκες και έχει ενσωματωθεί στη συνήθη μητρική φροντίδα σε αρκετές χώρες [96], δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς κατά πόσο οργανωμένα προγράμματα ειδικά για την PTSD που σχετίζεται με τον τοκετό βελτιώνουν ουσιαστικά τα αποτελέσματα για τις γυναίκες και τα βρέφη. Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης αποτυπώνεται και στις εμπειρίες των ίδιων των μητέρων, καθώς η απλή αναγνώριση της δυσκολίας τους από έναν επαγγελματία υγείας και η παροχή χώρου για έκφραση μπορεί να αποτελέσει κρίσιμο σημείο έναρξης της υποστήριξης [97].

Ένα σημαντικό ζήτημα αφορά τον τρόπο συστηματικού ελέγχου και την επιλογή κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης. Για μεγάλο χρονικό διάστημα, η αξιολόγηση της PTSD που σχετίζεται με τον τοκετό βασιζόταν σε εργαλεία που είχαν αναπτυχθεί για άλλους πληθυσμούς και διαφορετικού τύπου τραυματικές εμπειρίες, όπως η Κλίμακα Επιπτώσεων Συμβάντων (Impact of Event Scale) [159], η PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [156] και η Κλίμακα Αυτοαναφοράς Συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες [158]. Σε επίπεδο κλινικής αξιολόγησης, σημαντικό εργαλείο αποτελεί η Clinician-Administered PTSD Scale για το DSM-5 (CAPS-5), η οποία συνιστά δομημένη κλινική συνέντευξη για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της διαταραχής [163]. Παράλληλα, έχουν αναπτυχθεί ειδικότερα εργαλεία για την εμπειρία του τραυματικού τοκετού και τη σχετιζόμενη PTSD, μεταξύ των οποίων η Κλίμακα Τραυματικών Συμβάντων, το Ερωτηματολόγιο Περιγεννητικής PTSD και η City Birth Trauma Scale [98] [99] [100]. Μολαταύτα, τα δεδομένα σχετικά με τη διαγνωστική ακρίβεια, την ευαισθησία και την ειδικότητα των συγκεκριμένων εργαλείων παραμένουν

περιορισμένα. Επομένως, η χρήση ενός ερωτηματολογίου δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως αυτόνομη διαγνωστική διαδικασία, αλλά να εντάσσεται σε ευρύτερη κλινική αξιολόγηση που λαμβάνει υπόψη το ατομικό ιστορικό, την υποκειμενική αντίληψη της γυναίκας για τον τοκετό και τη διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων. Παράλληλα, εργαλεία ευρύτερης αξιολόγησης, όπως το Ερωτηματολόγιο Προγεννητικού Κινδύνου, μπορούν να συμβάλουν στον εντοπισμό παραγόντων ευαλωτότητας, όπως η παιδική κακοποίηση, τα προϋπάρχοντα προβλήματα ψυχικής υγείας, η σεξουαλική ή ενδοοικογενειακή βία και η κατάχρηση ουσιών, επιτρέποντας την αναγνώριση κινδύνου και πριν από την εκδήλωση της ίδιας της διαταραχής [100]. Παράλληλα, νέες προσεγγίσεις, όπως η ανάλυση αφηγήσεων μέσω μοντέλων μηχανικής μάθησης, έχουν προσφέρει αρχικές ενδείξεις ότι γλωσσικά χαρακτηριστικά των αφηγήσεων μετά τον τοκετό μπορεί να συμβάλλουν στην αναγνώριση γυναικών με πιθανή PTSD, χωρίς βέβαια να υποκαθιστούν την κλινική αξιολόγηση [101].

Η αποτελεσματικότητα οποιουδήποτε συστήματος ανίχνευσης εξαρτάται όχι μόνο από την ακρίβεια του εργαλείου, αλλά και από την ύπαρξη κατάλληλων κλινικών διαδρομών παραπομπής, εκπαιδευμένου προσωπικού και διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο εντοπισμός μιας γυναίκας ως υψηλού κινδύνου χωρίς τη δυνατότητα παροχής κατάλληλης υποστήριξης και θεραπείας δεν επαρκεί για τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων. Για τον λόγο αυτό, η μελλοντική ανάπτυξη των υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας θα πρέπει να ενσωματώνει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο αναγνώρισης, αξιολόγησης, πρόληψης και θεραπείας της PTSD που σχετίζεται με τον τοκετό, το οποίο θα συνδέει την προγεννητική εκτίμηση κινδύνου με τη μεταγεννητική παρακολούθηση και τη δυνατότητα έγκαιρης παραπομπής. Η ανάγκη αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν έχει τεκμηριώσει επαρκώς εάν τα οργανωμένα προγράμματα συστηματικού ελέγχου οδηγούν σε βελτίωση των αποτελεσμάτων για τις γυναίκες και τα βρέφη [92] [102]. Παράλληλα, η αποδοχή του γενικότερου ελέγχου ψυχικής υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο από τις γυναίκες παρέχει ένα σημαντικό υπόβαθρο για την ανάπτυξη περισσότερο εξειδικευμένων πρακτικών [96], ενώ η αξιοποίηση ευρύτερων εργαλείων ψυχοκοινωνικού κινδύνου μπορεί να ενισχύσει την προληπτική διάσταση της φροντίδας [100]. Συνεπώς, απαιτείται ένα συνεκτικό μοντέλο που να συνδυάζει την έγκαιρη ανίχνευση, την κλινική αξιολόγηση, την κατάλληλη παραπομπή και τη συνέχεια

της φροντίδας, ώστε η αντιμετώπιση της birth-related PTSD να μην περιορίζεται στην αναγνώριση της ήδη εγκατεστημένης διαταραχής, αλλά να εντάσσεται σε ένα ευρύτερο προληπτικό και ανθρωποκεντρικό πλαίσιο περιγεννητικής φροντίδας.

5.3. Παρεμβάσεις για την πρόληψη και θεραπεία του PTSD μετά τον τοκετό

Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη και τη θεραπεία της διαταραχής μετατραυματικού στρες που σχετίζεται με τον τοκετό μπορούν να αναπτυχθούν σε διαφορετικά στάδια της περιγεννητικής περιόδου, δηλαδή κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Η διάκριση σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη επιτρέπει τη συστηματική αντιμετώπιση του τραύματος ανάλογα με το στάδιο εκδήλωσης των τραυματικών αντιδράσεων. Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην αποτροπή μιας τραυματικής εμπειρίας γέννησης και στη μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης PTSD, μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης παραγόντων κινδύνου, όπως προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες, επιπλοκές της εγκυμοσύνης, αυξημένος φόβος για τον τοκετό και άλλες ψυχοκοινωνικές ευαλωτότητες, καθώς και μέσω της προσαρμογής της μαιευτικής φροντίδας στις ανάγκες κάθε γυναίκας. Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα ευαισθητοποιημένη στο τραύμα αποτελεί σημαντική προσέγγιση, καθώς επιδιώκει την αποτροπή τόσο της πρόκλησης νέου τραύματος όσο και της επανενεργοποίησης ή επιδείνωσης προϋπάρχοντος τραύματος κατά την παροχή φροντίδας [103]. Η προσέγγιση βασίζεται στις τέσσερις αρχές των «4 Rs»: συνειδητοποίηση (Realize), αναγνώριση (Recognize), ανταπόκριση (Respond) και αντίσταση στην επανατραυματοποίηση (Resist re-traumatization). Οι αρχές αυτές αφορούν την κατανόηση της έκτασης και των επιπτώσεων του τραύματος, την αναγνώριση των σχετικών ενδείξεων, την ενσωμάτωση της γνώσης στις πρακτικές και πολιτικές του οργανισμού και τη δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος που περιορίζει τον κίνδυνο επανατραυματισμού [104]. Η εφαρμογή τους αποκτά ιδιαίτερη σημασία στη μαιευτική, καθώς διαδικασίες όπως η κολπική εξέταση, η σωματική εγγύτητα και η αίσθηση απώλειας ελέγχου μπορεί να επανενεργοποιήσουν προηγούμενες εμπειρίες σε γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, ενδοοικογενειακής βίας ή κακομεταχείρισης κατά την παιδική ηλικία. Παράλληλα, θα πρέπει να αναγνωρίζεται ότι το τραυματικό γεγονός μπορεί να είναι ο ίδιος ο τοκετός και όχι αποκλειστικά ένα

προγενέστερο συμβάν, επομένως η φροντίδα ευαισθητοποιημένη στο τραύμα θα πρέπει να εφαρμόζεται οριζόντια στη μαιευτική πρακτική [103].

Η αναγνώριση του τραύματος προϋποθέτει την ικανότητα των επαγγελματιών να εντοπίζουν ψυχολογικές, συναισθηματικές και σωματικές εκδηλώσεις, όπως άγχος, ευερεθιστότητα, καταθλιπτική διάθεση, θυμό, αυξημένη διέγερση, υπερβολική αντίδραση σε ερεθίσματα, εφίδρωση και αίσθημα παλμών, αλλά και αναδρομές, επαναβίωση του γεγονότος, δυσκολία εμπιστοσύνης, δυσκολία συγκέντρωσης, συναισθηματικό μούδιασμα, αυτοενοχοποίηση, ενοχή και ντροπή. Η ευαισθησία αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική στη μαιευτική φροντίδα, καθώς συνηθισμένες κλινικές διαδικασίες μπορεί να ενεργοποιήσουν αντιδράσεις που συνδέονται με προηγούμενο τραύμα. Ειδικότερα, η στενή σωματική επαφή και οι κολπικές εξετάσεις μπορεί να προκαλέσουν έντονη δυσφορία ή αναβίωση τραυματικών εμπειριών σε γυναίκες με ιστορικό κακομεταχείρισης κατά την παιδική ηλικία ή σεξουαλικής κακοποίησης [105].

Η ευαισθητοποιημένη στο τραύμα προσέγγιση δεν περιορίζεται στη γυναίκα που λαμβάνει φροντίδα, αλλά περιλαμβάνει και την προστασία των επαγγελματιών υγείας. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε τραυματικές αφηγήσεις, σοβαρές μαιευτικές επιπλοκές ή τραυματικά περιστατικά μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση δευτερογενούς τραυματικού στρες, καθιστώντας αναγκαία την οργανωτική υποστήριξη του προσωπικού [106]. Παράλληλα, οι αρχές της ανταπόκρισης και της αντίστασης στην επανατραυματοποίηση απαιτούν η γνώση για το τραύμα να ενσωματώνεται στις δομές, τις πολιτικές και τις καθημερινές πρακτικές του οργανισμού, με παράλληλη τροποποίηση διαδικασιών που ενδέχεται να ενισχύουν το αίσθημα αδυναμίας, απώλειας ελέγχου ή έλλειψης ασφάλειας. Επομένως, η εφαρμογή της ευαισθητοποιημένης στο τραύμα φροντίδας αποτελεί οργανωτική ευθύνη και δεν μπορεί να εξαρτάται αποκλειστικά από την προσωπική ευαισθησία ενός επαγγελματία. Παρά τη θεωρητική και κλινική σημασία της, η άμεση εμπειρική τεκμηρίωση ως προς τη μείωση της birth-related PTSD παραμένει περιορισμένη, γεγονός που καθιστά αναγκαία την περαιτέρω αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και εφαρμοσιμότητάς της [107]. Στο ίδιο πλαίσιο, το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων υπογραμμίζει την ανάγκη αναγνώρισης του αντίκτυπου του τραύματος στα αποτελέσματα υγείας και εφαρμογής στρατηγικών που περιορίζουν τον κίνδυνο επανατραυματοποίησης, αν και δεν έχει διαμορφωθεί ένα ενιαίο

και πλήρως τυποποιημένο μοντέλο εφαρμογής και αξιολόγησης της προσέγγισης στη μαιευτική πρακτική [108].

Η συνεχής και υποστηρικτική φροντίδα κατά τον τοκετό αποτελεί σημαντική διάσταση της πρωτογενούς πρόληψης, καθώς η ποιότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της γυναίκας και των επαγγελματιών υγείας μπορεί να επηρεάσει καθοριστικά τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η γέννηση. Η συνεχής υποστήριξη έχει συσχετιστεί με ευνοϊκότερα μαιευτικά και ψυχολογικά αποτελέσματα, όπως η μείωση ορισμένων χειρουργικών παρεμβάσεων και η αυξημένη ικανοποίηση από την εμπειρία του τοκετού [109], ενώ αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε γυναίκες με επιπλοκές, προηγούμενο τραύμα ή αυξημένη έκθεση σε μαιευτικές παρεμβάσεις, παράγοντες που μπορεί να ενισχύσουν το αίσθημα απειλής και απώλειας ελέγχου [80]. Η υποστήριξη θα πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο πρακτική βοήθεια αλλά και συναισθηματική ασφάλεια, ενεργό ακρόαση, σαφή ενημέρωση, σεβασμό και συμμετοχή της γυναίκας στη λήψη αποφάσεων, καθώς ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιούνται οι μαιευτικές διαδικασίες μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη βιωματική διάσταση του τοκετού [99].

Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται μετά την εμπειρία ενός τραυματικού ή δυνητικά τραυματικού τοκετού, με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των πρώιμων μετατραυματικών αντιδράσεων, πριν αυτές αποκτήσουν επίμονο ή σοβαρό χαρακτήρα. Σε αυτό το πλαίσιο, έχουν διερευνηθεί διαφορετικές παρεμβατικές προσεγγίσεις, από ηπιότερες και σύντομες παρεμβάσεις, όπως η εκφραστική γραφή, η ψυχοεκπαίδευση και ο απολογισμός της εμπειρίας του τοκετού, έως πιο εξειδικευμένες θεραπευτικές μεθόδους, όπως η τραυματο-εστιασμένη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Παράλληλα, έχουν μελετηθεί σύντομες συμπεριφορικές παρεμβάσεις, όπως η αξιοποίηση του παιχνιδιού Tetris, ως πιθανές πρώιμες στρατηγικές για τον περιορισμό της εδραίωσης ή της επανεμφάνισης τραυματικών αναμνήσεων [110]. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη τοποθετείται χρονικά μεταξύ της πρωτογενούς πρόληψης, η οποία αποσκοπεί στη μείωση των παραγόντων που μπορούν να συμβάλουν στην τραυματική εμπειρία, και της αντιμετώπισης μιας ήδη εγκατεστημένης μετατραυματικής διαταραχής, δίνοντας έμφαση στην έγκαιρη υποστήριξη της γυναίκας. Τα διαθέσιμα δεδομένα είναι μεικτά, αλλά συστηματικές ανασκοπήσεις υποδεικνύουν ότι ψυχολογικές θεραπείες που

επικεντρώνονται στο τραύμα, όπως η θεραπεία έκθεσης, η τραυματο-εστιασμένη CBT και η EMDR, μπορούν να επιφέρουν μέτρια μείωση των συμπτωμάτων PTSD κατά τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό [111]. Παράλληλα, εκφραστική γραφή, ψυχοεκπαίδευση και άλλες πρώιμες ψυχολογικές παρεμβάσεις μέσα στις πρώτες 12 εβδομάδες ενδέχεται να παρουσιάζουν θεραπευτική χρησιμότητα [112]. Αντίθετα, ο απολογισμός που περιορίζεται αποκλειστικά στην ανασύσταση του τραυματικού γεγονότος παραμένει αμφιλεγόμενος και δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με δομημένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται σε τεκμηριωμένες αρχές θεραπείας του τραύματος [111] [112] [167].

Η τριτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στις γυναίκες που έχουν αναπτύξει PTSD που σχετίζεται με τον τοκετό και αποσκοπεί στη μείωση των συμπτωμάτων, την αποκατάσταση της λειτουργικότητας και την αποτροπή της χρονιότητας. Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που εστιάζουν στο τραύμα, ιδιαίτερα η τραυματο-εστιασμένη CBT και η EMDR, αποτελούν σημαντικές θεραπευτικές επιλογές και έχουν αναγνωριστεί ως αποτελεσματικές προσεγγίσεις στη θεραπεία του PTSD γενικότερα [116]. Η ειδική τεκμηρίωση για το birth-related PTSD είναι μικρότερη, αλλά τα διαθέσιμα ευρήματα είναι ενθαρρυντικά, ιδίως όταν η διαταραχή επηρεάζει τη λειτουργικότητα, τη σχέση με το βρέφος ή τον σύντροφο και τις μελλοντικές αναπαραγωγικές αποφάσεις [113]. Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες δίνουν γενικά προτεραιότητα στις ψυχοθεραπείες που εστιάζουν στο τραύμα, με τεχνικές όπως η γνωσιακή επεξεργασία και η παρατεταμένη έκθεση, ενώ η επιλογή της θεραπείας θα πρέπει να προσαρμόζεται στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τις συννοσηρότητες και τις προτιμήσεις της γυναίκας [114].

Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να εξεταστεί σε περιπτώσεις σοβαρής συμπτωματολογίας ή ανεπαρκούς ανταπόκρισης στην ψυχοθεραπεία, με αντικαταθλιπτικά, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης, να έχουν χρησιμοποιηθεί για συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και παρεισφρητικών σκέψεων, ενώ η πραζοσίνη έχει μελετηθεί για εφιάλτες και διαταραχές ύπνου που σχετίζονται με το PTSD [115] [160]. Κατά την περιγεννητική περίοδο, η φαρμακολογική επιλογή απαιτεί εξατομικευμένη εκτίμηση της σχέσης οφέλους–κινδύνου, λαμβάνοντας υπόψη την εγκυμοσύνη ή τον θηλασμό [165] [167]. Ειδικότερα για το birth-related PTSD, μετα-αναλύσεις υποστηρίζουν τη μέτρια αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών θεραπειών που

επικεντρώνονται στο τραύμα [111], ενώ η τραυματο-εστιασμένη CBT και η EMDR φαίνεται να αποτελούν αποτελεσματικές επιλογές, αν και απαιτούνται περισσότερες υψηλής ποιότητας RCTs [113]. Συνολικά, η πρόληψη και θεραπεία της PTSD που σχετίζεται με τον τοκετό θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα συνεχές, πολυεπίπεδο μοντέλο φροντίδας, το οποίο συνδέει την πρωτογενή πρόληψη με την έγκαιρη παρέμβαση και τη θεραπεία της εγκατεστημένης διαταραχής. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εξετάσει διαφορετικές ομάδες κινδύνου, περιβάλλοντα μαιευτικής φροντίδας και επίπεδα διαθέσιμων πόρων, καθώς και τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και την πιθανή πρόσθετη αξία του συνδυασμού ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας ειδικά στο birth-related PTSD [113] [114] [165] [167].

6ο Κεφάλαιο. Η συμβολή της μαίας στην προαγωγή της υγείας κατά την εγκυμοσύνη

6.1. Συστάσεις για υγιεινό τρόπο ζωής κατά την εγκυμοσύνη

Η συνεχής φροντίδα από μαία κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό μπορεί να συμβάλει τόσο στη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων όσο και στη διαμόρφωση μιας περισσότερο θετικής και ασφαλούς εμπειρίας τοκετού. Η ολοκληρωμένη μαιευτική φροντίδα περιλαμβάνει εξατομικευμένη πληροφόρηση, συμβουλευτική και υποστήριξη σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και γενικότερα τις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία. Μετα-ανάλυση δεδομένων μεμονωμένων εγκύων, στην οποία συμπεριλήφθηκαν 16.185 γυναίκες, έδειξε ότι οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής κατά την εγκυμοσύνη, με έμφαση στη βελτίωση της διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας, συνέβαλαν στη βελτιστοποίηση της αύξησης του σωματικού βάρους κατά την κύηση (gestational weight gain, GWG) και συνδέθηκαν με ευνοϊκότερες εκβάσεις υγείας, όπως η μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη κύησης κατά 24% και υπερβολικής αύξησης του σωματικού βάρους κατά την εγκυμοσύνη κατά 15% [118]. Η σημασία των παρεμβάσεων αυτών δεν περιορίζεται στην πρόληψη σωματικών επιπλοκών, καθώς η έγκαιρη και εξατομικευμένη υποστήριξη μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση ελέγχου, την ενεργό συμμετοχή της γυναίκας στη λήψη αποφάσεων και την εμπιστοσύνη της προς τους επαγγελματίες υγείας. Υπό αυτή την έννοια, η σταθερή παρουσία της μαίας μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας ενδυνάμωσης, ιδιαίτερα όταν η φροντίδα

χαρακτηρίζεται από συνέπεια, εξατομίκευση και σεβασμό στις ανάγκες και τις προτιμήσεις της γυναίκας.

Η διατροφή και η σωματική δραστηριότητα αποτελούν βασικές διαστάσεις της προγεννητικής φροντίδας και μπορούν να ενταχθούν ουσιαστικά στη συνεχιζόμενη μαιευτική υποστήριξη. Χαμηλότερης ποιότητας διατροφικά πρότυπα κατά την εγκυμοσύνη έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο σακχαρώδη διαβήτη κύησης, υπερβολικής αύξησης του σωματικού βάρους, πρόωρου τοκετού και γέννησης νεογνών μικρών για την ηλικία κύησης, ενώ η σωματική δραστηριότητα έχει συνδεθεί με μειωμένο κίνδυνο διαβήτη κύησης, ανάγκης ιατρικών παρεμβάσεων κατά τον τοκετό και γέννησης νεογνών μεγάλων για την ηλικία κύησης [119]. Παράλληλα, οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν διατροφική υποστήριξη και προώθηση της σωματικής δραστηριότητας μπορούν να περιορίσουν τη διατήρηση του σωματικού βάρους μετά τον τοκετό [120]. Οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν την κατανάλωση τροφίμων από τις βασικές ομάδες, όπως προϊόντα ολικής άλεσης, λαχανικά, φρούτα, κρέας ή εναλλακτικές πηγές πρωτεΐνης και γαλακτοκομικά ή εναλλακτικά αυτών, με παράλληλο περιορισμό των μη βασικών τροφίμων [121]. Επιπλέον, η πρόληψη διατροφικών ελλείψεων αποτελεί σημαντικό μέρος της προγεννητικής φροντίδας. Ειδικότερα, συνιστάται η λήψη φυλλικού οξέος σε δόση 500 μg ημερησίως από 12 εβδομάδες πριν από τη σύλληψη και κατά το πρώτο τρίμηνο, ενώ στις γυναίκες με παχυσαρκία συνιστάται δόση 5 mg, καθώς και συμπληρωματική πρόσληψη ιωδίου 150 μg ημερησίως κατά την εγκυμοσύνη [75]. Η συστηματική ενημέρωση από τη μαία για τις διατροφικές ανάγκες και τη σωματική δραστηριότητα μπορεί, επομένως, να ενισχύσει την επάρκεια και την αυτοπεποίθηση της γυναίκας, ενώ δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης μέσα στην οποία αισθάνεται ότι ακούγεται, υποστηρίζεται και συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα της.

Αντίστοιχα, συστήνεται τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας έντασης αερόβιας δραστηριότητας εβδομαδιαίως, σε συνδυασμό με προπόνηση αντιστάσεων, εκτός εάν υπάρχει ιατρική αντένδειξη [119]. Οι γυναίκες που ήταν ήδη δραστήριες πριν από την εγκυμοσύνη μπορούν, στις περισσότερες περιπτώσεις, να συνεχίσουν τις δραστηριότητές τους, λαμβάνοντας υπόψη ειδικές προφυλάξεις σχετικά με την υπερβολική θερμότητα, τη σωματική επαφή, το μεγάλο υψόμετρο και τις καταδύσεις με αυτόνομη αναπνευστική συσκευή [122].

Παρά τα γνωστά οφέλη, σημαντικό ποσοστό εγκύων δεν επιτυγχάνει τις συνιστώμενες διατροφικές επιλογές ή τα προτεινόμενα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας [123, 124]. Η δυσκολία αυτή δεν θα πρέπει να αποδίδεται αποκλειστικά σε ατομική έλλειψη συμμόρφωσης, καθώς μπορεί να σχετίζεται με ανεπαρκή πληροφόρηση, αντικρουόμενες συμβουλές, φόβους και πρακτικούς περιορισμούς. Ορισμένες γυναίκες δεν γνωρίζουν ποιες επιλογές είναι κατάλληλες ή αισθάνονται σύγχυση σχετικά με τη διατροφή και την άσκηση [125], ενώ άλλες ανησυχούν για την ασφάλεια συγκεκριμένων τροφίμων ή μορφών δραστηριότητας [126]. Επιπλέον, η ανεπαρκής συμβουλευτική από επαγγελματίες υγείας μπορεί να περιορίσει την υιοθέτηση τεκμηριωμένων συμπεριφορών υγείας [127] και να οδηγήσει στην αναζήτηση πληροφοριών από μη επαγγελματικές πηγές, οι οποίες είναι λιγότερο πιθανό να βασίζονται σε επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα [128].

Τα δεδομένα υποστηρίζουν την ενσωμάτωση της εξατομικευμένης συμβουλευτικής για τον τρόπο ζωής σε ένα ευρύτερο μοντέλο συνεχιζόμενης μαιευτικής φροντίδας. Η προαγωγή της υγιεινής διατροφής και της κατάλληλης σωματικής δραστηριότητας, η πρόληψη διατροφικών ελλείψεων, η ενημέρωση για την ασφάλεια των τροφίμων και η παροχή συνεπούς, τεκμηριωμένης πληροφόρησης μπορούν να βελτιώσουν τις σωματικές εκβάσεις της εγκυμοσύνης, αλλά και να ενισχύσουν την ενεργό συμμετοχή της γυναίκας στη φροντίδα της. Η σταθερή σχέση με τη μαία μπορεί να αντιμετωπίσει μέρος των δυσκολιών που προκύπτουν από τη σύγχυση, τον φόβο ή την ανεπαρκή πρόσβαση σε αξιόπιστη συμβουλευτική, προσφέροντας ένα σταθερό σημείο αναφοράς καθ’ όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Παράλληλα, η ενδυνάμωση της γυναίκας και η ενίσχυση της εμπιστοσύνης, της αυτονομίας και της αίσθησης ελέγχου αποκτούν ιδιαίτερη σημασία ενόψει του τοκετού, κατά τον οποίο η γυναίκα μπορεί να είναι περισσότερο ευάλωτη σε φόβο, αβεβαιότητα ή αίσθημα απώλειας ελέγχου. Επομένως, η συνεχής φροντίδα από μαία μπορεί να θεωρηθεί ένα ολοκληρωμένο μοντέλο που συνδυάζει την προαγωγή της σωματικής υγείας με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και την ενδυνάμωση, δημιουργώντας ευνοϊκότερες προϋποθέσεις για μια θετική εμπειρία τοκετού και δυνητικά περιορίζοντας την ψυχολογική επιβάρυνση που μπορεί να ακολουθήσει μια τραυματική εμπειρία γέννησης.

6.2. Ο ρόλος της μαίας στην προαγωγή υγιεινού τρόπου ζωής και στη βελτιστοποίηση της αύξησης βάρους κύησης (GWG)

Η σημασία της ποιοτικής και συνεχούς προγεννητικής φροντίδας αναγνωρίζεται διεθνώς ως βασική συνιστώσα της προστασίας της μητρικής και νεογνικής υγείας και της προαγωγής της συνολικής ευεξίας των γυναικών. Στο πλαίσιο των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών, ο Τρίτος Στόχος, «Διασφάλιση Υγιούς Ζωής και Προώθηση της Υγείας και της Ευεξίας σε όλες τις Ηλικίες», θέτει ως βασικές προτεραιότητες τη μείωση της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας, καθώς και της θνησιμότητας των παιδιών κάτω των πέντε ετών, ενώ αναδεικνύει την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας ως αναπόσπαστα στοιχεία μιας ευρύτερης αντίληψης της υγείας [129]. Στο πλαίσιο αυτό, η προγεννητική φροντίδα αποτελεί σημαντική ευκαιρία όχι μόνο για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση σωματικών και μαιευτικών κινδύνων, αλλά και για την υποστήριξη της ψυχολογικής προσαρμογής της γυναίκας στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη μετάβαση στη μητρότητα. Οι μαίες κατέχουν ιδιαίτερα σημαντική θέση, καθώς αποτελούν προσβάσιμη και αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης και υποστήριξης, ενώ η συχνή και συνεχιζόμενη επαφή τους με τις γυναίκες δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και τη συζήτηση τόσο θεμάτων σωματικής υγείας όσο και ευαίσθητων ψυχοκοινωνικών ζητημάτων, φόβων και προσδοκιών σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό [130]. Επιπλέον, η υψηλότερη επαφή και συνέχεια φροντίδας (*continuity of care*, CoC) που συχνά παρέχουν σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας τις καθιστά κατάλληλες για την εξατομικευμένη συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τη διαχείριση του σωματικού βάρους [131]. Η σχέση αυτή μπορεί να αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία και για την πρόληψη της τραυματικής εμπειρίας τοκετού, καθώς η σταθερή παρουσία ενός επαγγελματία που γνωρίζει το ιστορικό, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις της γυναίκας μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση ασφάλειας, εμπιστοσύνης και ελέγχου κατά την πορεία προς τον τοκετό.

Η συμβολή των μαιών εκτείνεται πέρα από την παροχή πληροφοριών και αφορά την προαγωγή υγιεινών συμπεριφορών, την εκπαίδευση, την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και την ενδυνάμωση της γυναίκας. Οι γυναίκες με προηγούμενη εμπειρία εγκυμοσύνης φαίνεται να αναγνωρίζουν τις μαίες ως προτιμώμενη πηγή επαγγελματικής καθοδήγησης

για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών κατά την εγκυμοσύνη [132], ενώ οι ίδιες οι μαίες θεωρούν ότι αποτελεί μέρος της επαγγελματικής τους ευθύνης η παροχή συμβουλών σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης του σωματικού βάρους [133]. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα αυτής της συμβουλευτικής δεν εξαρτάται μόνο από την επιστημονική εγκυρότητα των πληροφοριών, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται. Μια επικοινωνία που χαρακτηρίζεται από σεβασμό, ενσυναίσθηση και μη επικριτική στάση μπορεί να ενισχύσει την αυτονομία, την εμπιστοσύνη και την αίσθηση ελέγχου της γυναίκας, ενώ αντίθετα η επικριτική ή στιγματιστική προσέγγιση μπορεί να υπονομεύσει τη θεραπευτική σχέση και να επιβαρύνει την εμπειρία της μαιευτικής φροντίδας [135]. Παρά τη σημασία της συνεχούς συμβουλευτικής, έχει διαπιστωθεί ότι πολλές γυναίκες δεν λαμβάνουν συστηματικά και επαναλαμβανόμενα συμβουλές σχετικά με τον τρόπο ζωής κατά την εγκυμοσύνη, γεγονός που αναδεικνύει κενό μεταξύ των συστάσεων και της πραγματικής παρεχόμενης φροντίδας [134]. Αντίστοιχα, μόλις περίπου το ένα τρίτο έως το ήμισυ των εγκύων φαίνεται να λαμβάνει συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής με στόχο τη βελτιστοποίηση της αύξησης του σωματικού βάρους κατά την εγκυμοσύνη (GWG), γεγονός που υποδεικνύει την ανάγκη συστηματικότερης ενσωμάτωσης της συμβουλευτικής στη συνεχή μαιευτική φροντίδα [136]. Η επαναλαμβανόμενη επαφή με την ίδια μαία μπορεί να προσφέρει το κατάλληλο πλαίσιο για την επαναξιολόγηση και εξατομίκευση των πληροφοριών, τον εντοπισμό δυσκολιών και την προσαρμογή των συστάσεων στις ανάγκες και στις δυνατότητες κάθε γυναίκας.

Υπό αυτή την οπτική, η συνεχής μαιευτική φροντίδα μπορεί να λειτουργήσει ως ολοκληρωμένο μοντέλο προαγωγής της μητρικής υγείας και ταυτόχρονα ως πλαίσιο ψυχολογικής προετοιμασίας για τον τοκετό. Η παροχή τεκμηριωμένης και συνεπούς πληροφόρησης, σε συνδυασμό με την εξατομικευμένη συμβουλευτική και την ενεργό συμμετοχή της γυναίκας στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία της, μπορεί να περιορίσει την αβεβαιότητα και να ενισχύσει την αίσθηση επάρκειας και ελέγχου. Η διάσταση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν η γυναίκα αντιμετωπίζει την εγκυμοσύνη και τον τοκετό ως περίοδο αυξημένης ευαλωτότητας, κατά την οποία ο φόβος, η αβεβαιότητα ή η αίσθηση απώλειας ελέγχου μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την εμπειρία της. Επομένως, η συνέχεια φροντίδας δεν αφορά αποκλειστικά τη συχνότητα των επαφών, αλλά κυρίως τη

δημιουργία μιας σταθερής και υποστηρικτικής σχέσης, μέσα στην οποία η γυναίκα αισθάνεται ότι ακούγεται, γίνεται σεβαστή και έχει ενεργό ρόλο στη φροντίδα της. Παρά τα σημαντικά κενά που εξακολουθούν να παρατηρούνται στην εφαρμογή της συμβουλευτικής [134] [136] και τον κίνδυνο αρνητικών εμπειριών όταν η επικοινωνία είναι επικριτική ή στιγματιστική [135], η ενίσχυση ενός συνεπούς, εξατομικευμένου και μη επικριτικού μοντέλου μαιευτικής φροντίδας μπορεί να συμβάλει στην προαγωγή της υγείας, στην ενδυνάμωση της γυναίκας και στη δημιουργία αισθήματος ασφάλειας. Με τον τρόπο αυτό, η μαιευτική φροντίδα μπορεί να υπερβεί τη στενή παρακολούθηση των κλινικών παραμέτρων και να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης μιας θετικότερης εμπειρίας τοκετού, με δυνητική συμβολή στην πρόληψη της τραυματικής βίωσης της γέννησης και της επακόλουθης ψυχολογικής επιβάρυνσης.

6.3. Εκπαίδευση και επαγγελματική επάρκεια των μαιών για την προαγωγή υγιεινού τρόπου ζωής και τη διαχείριση του βάρους

Η επάρκεια των μαιών στην παροχή συμβουλευτικής για τον τρόπο ζωής κατά την εγκυμοσύνη εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την ποιότητα και το εύρος της βασικής και συνεχιζόμενης επαγγελματικής τους εκπαίδευσης. Η προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη μαιευτική παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, γεγονός που αντανακλάται και στο επίπεδο προετοιμασίας των επαγγελματιών για παρεμβάσεις σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα αλλά και την ψυχική προετοιμασία των γυναικών [137]. Ερευνητικά δεδομένα από την Αυστραλία έχουν δείξει ότι οι ασκούμενες μαίες δεν αισθάνονταν επαρκώς εκπαιδευμένες για την παροχή αποτελεσματικής συμβουλευτικής σχετικά με τον τρόπο ζωής, ενώ τα προγράμματα σπουδών φαίνεται να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη διαχείριση κυήσεων υψηλού κινδύνου παρά στην εξατομικευμένη συμβουλευτική για το σύνολο των εγκύων [138]. Αντίστοιχα, παραμένει ασαφές κατά πόσο η προπτυχιακή και μετεκπαιδευτική εκπαίδευση παρέχει συστηματικά τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες και σε συστήματα υγείας όπου οι μαίες αναγνωρίζονται ως επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας με ρόλο στην προαγωγή υγιεινών συμπεριφορών [147]. Ιδιαίτερες αδυναμίες εντοπίζονται στη συστηματική διδασκαλία της διατροφής και στην απόκτηση πρακτικών δεξιοτήτων για την

προώθηση της σωματικής δραστηριότητας, καθώς η γνώση των κατευθυντήριων οδηγιών δεν αρκεί από μόνη της για τη μετατροπή της θεωρίας σε αποτελεσματική κλινική παρέμβαση [148]. Παρότι τα προγράμματα σπουδών περιλαμβάνουν βασικά ζητήματα, όπως η αντιμετώπιση της πρωινής ναυτίας, τα προγεννητικά συμπληρώματα και η διακοπή του καπνίσματος, συχνά δεν εμβαθύνουν επαρκώς στην αξιολόγηση και διαχείριση της διατροφής, της σωματικής δραστηριότητας και της αύξησης του σωματικού βάρους, ενώ στην Αυστραλία ο χρόνος εκπαίδευσης στη διατροφή έχει αναφερθεί ως περιορισμένος και η διατροφική εκπαίδευση δεν αποτελεί απαραίτητα απαιτούμενη επαγγελματική ικανότητα [139]. Συνεπώς, η εκπαιδευτική ενίσχυση στους συγκεκριμένους τομείς αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή συνεπούς, τεκμηριωμένης και εξατομικευμένης μαιευτικής φροντίδας [137] [138] [139].

Η αντιμετώπιση των παραπάνω ελλειμμάτων προϋποθέτει εκπαίδευση που συνδυάζει θεωρητική γνώση, πρακτική εφαρμογή και συνεχή επικαιροποίηση. Οι μαίες χρειάζεται να διαθέτουν όχι μόνο γνώσεις σχετικά με τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα, αλλά και την ικανότητα να υποστηρίζουν αποτελεσματικά τις γυναίκες στην υιοθέτηση και διατήρηση υγιεινών συμπεριφορών [146]. Για τον λόγο αυτό, το σχετικό περιεχόμενο θα ήταν σκόπιμο να ενσωματώνεται συστηματικά τόσο στη θεωρητική όσο και στην πρακτική προπτυχιακή εκπαίδευση και να συνεχίζεται μέσω προγραμμάτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης (*Continuing Professional Development*, CPD), τα οποία μπορούν να επικαιροποιούν τις γνώσεις και να ενισχύουν την κλινική επάρκεια και την αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών [140]. Παράλληλα, η εκπαίδευση θα πρέπει να παρέχει πραγματικές ευκαιρίες εφαρμογής, με επαρκή χρηματοδότηση, σαφείς ρόλους εκπαιδευτών και φοιτητών και κατάλληλους εκπαιδευτικούς πόρους, ώστε οι μελλοντικές μαίες να αποκτούν βιωματική εμπειρία στην αξιολόγηση και διαχείριση του τρόπου ζωής των εγκύων [162]. Η πρακτική αυτή μπορεί να περιλαμβάνει αξιολόγηση διατροφικών συνηθειών, συζήτηση για τη σωματική δραστηριότητα, χρήση εργαλείων αξιολόγησης της GWG και εξάσκηση στην επικοινωνία ευαίσθητων θεμάτων, δημιουργώντας ένα ασφαλές πλαίσιο ανάπτυξης επαγγελματικής αυτοπεποίθησης πριν από την αυτόνομη κλινική πρακτική [162] [147] [148].

Η συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη είναι επομένως απαραίτητη, αλλά η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται και από τις οργανωτικές συνθήκες μέσα στις οποίες

καλούνται οι μαίες να εφαρμόσουν τις νέες γνώσεις. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας και το κόστος συμμετοχής σε εκπαιδευτικά προγράμματα αποτελούν σημαντικά εμπόδια, ενώ η διαδικτυακή εκπαίδευση μπορεί να προσφέρει μεγαλύτερη ευελιξία, παρότι περιορίζει σε κάποιο βαθμό την άμεση πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπίδραση [147] [148].. Για τον λόγο αυτό, η παροχή υποχρεωτικής και δωρεάν ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης από τους εργοδότες θα μπορούσε να εξασφαλίσει ισότιμη πρόσβαση, υπό την προϋπόθεση επαρκούς χρηματοδότησης, οργανωτικής υποστήριξης και διαθέσιμων εκπαιδευτικών πόρων. Η αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων υποστηρίζεται από μελέτες που δείχνουν ότι ακόμη και σύντομη, συστηματική ετήσια εκπαίδευση CPD σχετικά με τη GWG, τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα μπορεί να βελτιώσει τις γνώσεις και την αυτοπεποίθηση των μαιών στην αξιολόγηση και διαχείριση αυτών των παραμέτρων [141]. Παράλληλα, η εκπαίδευση μπορεί να ενισχύσει την ετοιμότητα για παρέμβαση και την ευαισθητοποίηση σχετικά με τους κινδύνους που συνδέονται με το ανθυγιεινό σωματικό βάρος, τη μη ισορροπημένη διατροφή και την ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα πριν από τη σύλληψη και κατά την εγκυμοσύνη [141].

Ιδιαίτερη θέση στην εκπαίδευση πρέπει να κατέχει, τέλος, η ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων, καθώς η συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής αφορά συχνά ευαίσθητα ζητήματα και μπορεί να επηρεάσει την εμπιστοσύνη και την ψυχολογική εμπειρία της γυναίκας. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης των επαγγελματιών μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή της συζήτησης για το βάρος και τις ανθυγιεινές συμπεριφορές, ενώ η ακατάλληλη διατύπωση μπορεί να προκαλέσει αμηχανία, ενοχή ή στιγματισμό [142]. Ακόμη και όταν οι μαίες διαθέτουν επαρκείς επιστημονικές γνώσεις, μπορεί να μην έχουν αναπτύξει τις δεξιότητες που απαιτούνται για την αποτελεσματική και εξατομικευμένη επικοινωνία τους προς τις γυναίκες. Η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει ενεργητική ακρόαση, προσαρμογή της πληροφορίας στις ανάγκες της γυναίκας, αποφυγή στιγματιστικής γλώσσας, διερεύνηση των προσωπικών εμποδίων και από κοινού καθορισμό ρεαλιστικών στόχων [143]. Η σημασία της εκπαίδευσης στον συγκεκριμένο τομέα ενισχύεται από την αναφορά ελλειμμάτων στις επικοινωνιακές δεξιότητες μεταξύ μαιών και από το γεγονός ότι σε ορισμένα προγράμματα εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας αφιερώνεται λιγότερο από 5% του προγράμματος στη συστηματική διδασκαλία της επικοινωνίας [137] [164]. Η ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων δεν μπορεί

να βασίζεται αποκλειστικά στην παρατήρηση συναδέλφων, καθώς και οι ίδιοι μπορεί να μην έχουν λάβει επαρκή εκπαίδευση· απαιτείται επίσημη, διαδραστική και βιωματική εκπαίδευση, με εξάσκηση στη διαχείριση δύσκολων και ευαίσθητων συζητήσεων [145]. Παράλληλα, η εφαρμογή των συστάσεων επηρεάζεται από κοινωνικούς, προσωπικούς και πρακτικούς περιορισμούς των ίδιων των γυναικών, καθώς και από την ποιότητα της σχέσης με τον επαγγελματία και την πιθανή παρουσία αντικρουόμενων μηνυμάτων από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας [144]. Επομένως, η εκπαίδευση των μαιών χρειάζεται να συνδυάζει επιστημονική γνώση, πρακτικές δεξιότητες και επικοινωνία με σεβασμό, ενσυναίσθηση και χωρίς στιγματισμό [142] [143] [145] ώστε η συμβουλευτική να ενισχύει την εμπιστοσύνη, την ενεργό συμμετοχή και την αίσθηση ελέγχου της γυναίκας και να συμβάλλει στη δημιουργία ενός ασφαλέστερου πλαισίου μαιευτικής φροντίδας.

6.4. Οργανωτικά και συστημικά εμπόδια στην παροχή ευαισθητοποιημένης στο τραύμα μαιευτικής φροντίδας

Παρά τον σημαντικό ρόλο των μαιών στην παροχή προσωποκεντρικής και υποστηρικτικής φροντίδας κατά την εγκυμοσύνη, η εφαρμογή μιας προσέγγισης ευαισθητοποιημένης στο τραύμα επηρεάζεται σημαντικά από οργανωτικούς και συστημικούς παράγοντες. Η περιορισμένη διάρκεια των προγεννητικών επισκέψεων, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η ανεπαρκής στελέχωση και χρηματοδότηση, καθώς και η περιορισμένη οργανωτική υποστήριξη μπορούν να δυσχεράνουν τη διερεύνηση των αναγκών της γυναίκας, την ουσιαστική επικοινωνία και την παροχή εξατομικευμένης υποστήριξης [142] [149] [150]. Η χρονική πίεση μπορεί επίσης να οδηγήσει σε προτεραιοποίηση των άμεσων κλινικών αναγκών έναντι ζητημάτων πρόληψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, περιορίζοντας τη δυνατότητα των μαιών να εφαρμόζουν συστηματικά πρακτικές που ενισχύουν την ασφάλεια, την αυτονομία και την αίσθηση ελέγχου της γυναίκας [151]. Παράλληλα, η απουσία συνεχούς μαιευτικής φροντίδας αποτελεί σημαντικό εμπόδιο, καθώς μπορεί να περιορίσει την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης, την επαναλαμβανόμενη αξιολόγηση των αναγκών και τη συνεπή εφαρμογή μιας εξατομικευμένης στρατηγικής φροντίδας [152]. Αντίθετα, η συνέχεια της μαιευτικής φροντίδας ενισχύει τη σχέση μαίας–γυναίκας και συνδέεται με εμπιστοσύνη, εξατομικευμένη φροντίδα και ενδυνάμωση της γυναίκας. Επομένως, η αποτελεσματική

εφαρμογή ευαισθητοποιημένης στο τραύμα φροντίδας, δεν εξαρτάται μόνο από την κατάρτιση και τις δεξιότητες των μαιών, αλλά και από τη διαθεσιμότητα επαρκούς χρόνου, προσωπικού και οργανωτικών δομών που επιτρέπουν τη συνέχεια, την επικοινωνία και τη διεπιστημονική συνεργασία.

Η χρονική πίεση καθίσταται εντονότερη όταν οι μαίες καλούνται να διαχειριστούν αυξανόμενο αριθμό κλινικών και προληπτικών ζητημάτων σε ολοένα και πιο περιορισμένη διάρκεια προγεννητικών επισκέψεων. Η κατάσταση αυτή μπορεί να δημιουργήσει ανταγωνισμό μεταξύ των άμεσων κλινικών αναγκών και της προαγωγής υγιεινών συμπεριφορών, με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζονται πάντοτε συστηματικά [151]. Παράλληλα, η αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής επηρεάζεται από το οργανωτικό περιβάλλον και τη δυνατότητα ανάπτυξης σταθερών σχέσεων εμπιστοσύνης με τις γυναίκες, καθώς η αλλαγή συμπεριφοράς απαιτεί συχνά επαναλαμβανόμενη επικοινωνία, αίσθημα ασφάλειας και συνεχή υποστήριξη [152]. Αντίστοιχα, η απουσία συνέχειας της φροντίδας μπορεί να δυσχεράνει την ανάπτυξη σταθερής θεραπευτικής σχέσης, την επαναλαμβανόμενη αξιολόγηση των ίδιων θεμάτων και τη διαμόρφωση συνεπούς στρατηγικής παρέμβασης, ενώ ενδέχεται να οδηγεί σε αντιφατικά μηνύματα προς τη γυναίκα. Αντίθετα, η συνέχεια της μαιευτικής φροντίδας συνδέεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την προγεννητική φροντίδα, καλύτερα αποτελέσματα υγείας και αποτελεσματικότερη παροχή εξατομικευμένης και προσωποκεντρικής υποστήριξης [152].

Συμπεράσματα

Η παρούσα διπλωματική εργασία ανέδειξε την τραυματική εμπειρία του τοκετού ως ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά με βάση την ύπαρξη μαιευτικών επιπλοκών ή τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιήθηκε ο τοκετός. Η βιβλιογραφική διερεύνηση κατέδειξε ότι η εμπειρία του τοκετού διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση βιολογικών, μαιευτικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και, κυρίως, σχεσιακών παραγόντων. Η παρουσία επιπλοκών, οι επείγουσες μαιευτικές παρεμβάσεις, ο έντονος πόνος, η απρόβλεπτη εξέλιξη του τοκετού και η αίσθηση απειλής μπορούν να επιβαρύνουν σημαντικά την εμπειρία της γυναίκας. Ωστόσο, εξίσου σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει ο τρόπος με τον οποίο η γυναίκα αντιλαμβάνεται και βιώνει τα γεγονότα, καθώς η αίσθηση απώλειας ελέγχου, η ανεπαρκής ενημέρωση, η περιορισμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η έλλειψη σεβασμού και η ανεπαρκής συναισθηματική υποστήριξη μπορούν να μετατρέψουν μια μαιευτική διαδικασία σε εμπειρία που βιώνεται ως τραυματική. Επομένως, η τραυματικότητα του τοκετού δεν θα πρέπει να προσδιορίζεται αποκλειστικά από αντικειμενικά κλινικά κριτήρια, αλλά να λαμβάνεται υπόψη και η υποκειμενική εμπειρία της γυναίκας. Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη σύγχρονη μαιευτική φροντίδα, καθώς αναδεικνύει ότι η σωματική ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού, παρότι αποτελεί θεμελιώδη προτεραιότητα, δεν είναι επαρκής από μόνη της για την εξασφάλιση μιας θετικής εμπειρίας τοκετού.

Σε απάντηση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος, η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η εμφάνιση τραυματικής εμπειρίας κατά τον τοκετό και η ανάπτυξη μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα παραγόντων. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται προηγούμενες αρνητικές ή τραυματικές εμπειρίες, αυξημένος φόβος του τοκετού, προϋπάρχουσες ψυχολογικές δυσκολίες, ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, επείγουσες μαιευτικές παρεμβάσεις, επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό, καθώς και η αντίληψη ότι η γυναίκα δεν είχε έλεγχο ή δυνατότητα συμμετοχής στις αποφάσεις που αφορούσαν τη φροντίδα της. Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχει η υποκειμενική αίσθηση απειλής και αδυναμίας διαχείρισης της κατάστασης. Η εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την περίοδο της λοχείας και τη μετέπειτα ζωή της γυναίκας, καθώς μπορεί να συνοδεύεται από επαναβίωση του

γεγονότος, αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με τον τοκετό, υπερδιέγερση και επίμονες αρνητικές συναισθηματικές ή γνωστικές αντιδράσεις. Οι επιπτώσεις αυτές είναι δυνατόν να επεκταθούν στη σχέση μητέρας–νεογνού, στη λειτουργικότητα της οικογένειας, στη σεξουαλική ζωή, στον θηλασμό και στη μελλοντική αναπαραγωγική συμπεριφορά. Ως εκ τούτου, το PTSD μετά τον τοκετό θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σημαντική διάσταση της μητρικής υγείας και όχι ως μια παροδική συναισθηματική αντίδραση που αναμένεται να υποχωρήσει χωρίς υποστήριξη. Παράλληλα, από την εξέταση της σχέσης μεταξύ τρόπου τοκετού και τραυματικής εμπειρίας προκύπτει ότι δεν είναι επιστημονικά ορθό να θεωρείται ένας συγκεκριμένος τρόπος τοκετού ως αυτόνομη και καθοριστική αιτία εμφάνισης τραυματικού βιώματος ή PTSD. Η καισαρική τομή, ο επεμβατικός κολπικός τοκετός ή άλλες μαιευτικές παρεμβάσεις μπορεί να συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αρνητικής εμπειρίας σε συγκεκριμένες συνθήκες, αλλά η επίδρασή τους επηρεάζεται από το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιούνται. Η αναγκαιότητα της παρέμβασης, ο τρόπος επικοινωνίας με τη γυναίκα, η ενημέρωσή της, η συμμετοχή της στη λήψη αποφάσεων και η υποστήριξη που λαμβάνει πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την παρέμβαση αποτελούν κρίσιμες παραμέτρους. Επομένως, η ίδια μαιευτική πράξη μπορεί να βιωθεί διαφορετικά από διαφορετικές γυναίκες, ανάλογα με τις προσδοκίες, τις προηγούμενες εμπειρίες, το επίπεδο υποστήριξης και κυρίως τον βαθμό στον οποίο αισθάνονται ότι διατηρούν την αξιοπρέπεια, την αυτονομία και τον έλεγχο της κατάστασης. Το εύρημα αυτό ενισχύει την ανάγκη για μια προσέγγιση που δεν επικεντρώνεται αποκλειστικά στην αποφυγή των μαιευτικών παρεμβάσεων, αλλά στη διασφάλιση ότι κάθε αναγκαία παρέμβαση πραγματοποιείται με σεβασμό, κατάλληλη ενημέρωση, συναίνεση και συναισθηματική υποστήριξη.

Σε σχέση με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, η συνεχής φροντίδα από μαία αναδεικνύεται ως ιδιαίτερα σημαντική προσέγγιση για τη διαμόρφωση μιας θετικότερης εμπειρίας τοκετού και για τον περιορισμό παραγόντων που μπορεί να συμβάλουν στην τραυματική βίωση. Η αξία της συνεχούς φροντίδας δεν περιορίζεται στην απλή παρουσία της μαίας κατά τη διάρκεια του τοκετού, αλλά αφορά τη δημιουργία μιας σταθερής σχέσης φροντίδας που μπορεί να εκτείνεται από την εγκυμοσύνη έως τον τοκετό και την περίοδο μετά τη γέννηση. Η συνέχεια αυτή επιτρέπει στη μαία να γνωρίζει καλύτερα τη γυναίκα, τις ανάγκες, τις ανησυχίες, τις προσδοκίες και τις προτιμήσεις της, ενώ διευκολύνει την

ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης. Η αίσθηση ότι υπάρχει ένα σταθερό και υποστηρικτικό πρόσωπο αναφοράς μπορεί να περιορίσει το αίσθημα αβεβαιότητας και μοναξιάς που ενδέχεται να βιώσει η γυναίκα σε μια ιδιαίτερα απαιτητική περίοδο. Η συνεχής φροντίδα μπορεί, επομένως, να λειτουργήσει ως σημαντικός προστατευτικός παράγοντας, χωρίς να θεωρείται ότι εξαλείφει πλήρως την πιθανότητα τραυματικής εμπειρίας ή PTSD.

Κεντρική διάσταση της συνεχούς φροντίδας αποτελεί η επικοινωνία μεταξύ μαίας και γυναίκας. Η αποτελεσματική επικοινωνία δεν αφορά μόνο την παροχή πληροφοριών, αλλά περιλαμβάνει την ενεργητική ακρόαση, την ενσυναίσθηση, την αναγνώριση των φόβων και των αναγκών της γυναίκας, την εξήγηση των μαιευτικών διαδικασιών και τη διευκόλυνση της συμμετοχής της στη λήψη αποφάσεων. Η ενημέρωση πριν από μια παρέμβαση, όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν, μπορεί να συμβάλει στη μείωση της αβεβαιότητας και στην ενίσχυση της αίσθησης ελέγχου. Ακόμη και σε επείγουσες συνθήκες, όπου ο χρόνος λήψης αποφάσεων είναι περιορισμένος, η προσπάθεια επικοινωνίας με τη γυναίκα και η παροχή υποστήριξης μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο θα νοηματοδοτήσει αργότερα την εμπειρία της. Η ενδυνάμωση, συνεπώς, δεν αποτελεί συμπληρωματικό στοιχείο της μαιευτικής φροντίδας, αλλά βασική προϋπόθεση για μια φροντίδα που σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπεια της γυναίκας.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε ότι η σχέση μεταξύ τραυματικής εμπειρίας γέννησης, μητρικής ψυχικής υγείας και θηλασμού είναι ιδιαίτερα σύνθετη. Η ψυχολογική επιβάρυνση που σχετίζεται με έναν τραυματικό τοκετό μπορεί να επηρεάσει την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού, ενώ ταυτόχρονα οι δυσκολίες στον θηλασμό μπορούν να ενισχύσουν το άγχος, την απογοήτευση και τη συναισθηματική επιβάρυνση της μητέρας. Η σχέση αυτή δεν θα πρέπει επομένως να αντιμετωπίζεται ως μονοκατευθυντική, αλλά ως μια δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ σωματικών, ορμονικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων. Η υποστήριξη της γυναίκας κατά την περίοδο αυτή απαιτεί συνεπώς εξατομικευμένη προσέγγιση, η οποία δεν θα επικεντρώνεται αποκλειστικά στην επίτευξη του θηλασμού, αλλά θα λαμβάνει υπόψη τη συνολική ψυχική κατάσταση της μητέρας, τις επιθυμίες της και τις πραγματικές δυνατότητές της. Η υποστήριξη από τον σύντροφο και το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά, ενισχύοντας το αίσθημα ασφάλειας και μειώνοντας την ψυχολογική επιβάρυνση.

Σε απάντηση του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος, η μαία αναδεικνύεται σε σημαντικό επαγγελματία για την πρόληψη, την έγκαιρη αναγνώριση και την αρχική υποστήριξη των γυναικών που εμφανίζουν συμπτώματα σχετιζόμενα με τραυματική εμπειρία ή μετατραυματικό στρες. Η θέση της μαίας μέσα στη συνέχεια της περιγεννητικής φροντίδας της επιτρέπει να δημιουργεί επαναλαμβανόμενες ευκαιρίες επικοινωνίας με τη γυναίκα και να αναγνωρίζει μεταβολές στη συναισθηματική της κατάσταση. Η συστηματική συζήτηση σχετικά με την εμπειρία του τοκετού, η προσεκτική ακρόαση της γυναίκας και η αναγνώριση συμπτωμάτων που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης μπορούν να συμβάλουν στην έγκαιρη ανίχνευση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ωστόσο, είναι απαραίτητο να διασαφηνιστεί ότι ο ρόλος της μαίας δεν υποκαθιστά τον ρόλο των ειδικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η μαία μπορεί να αναγνωρίσει, να υποστηρίξει, να ενημερώσει και να παραπέμψει, ενώ η διάγνωση και η εξειδικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση του PTSD απαιτούν κατάλληλη διεπιστημονική συνεργασία. Η αποτελεσματική διασύνδεση μεταξύ μαιευτικών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί επομένως βασική προϋπόθεση για την ολοκληρωμένη φροντίδα των γυναικών.

Η πρόληψη του τραυματικού τοκετού και του μετατραυματικού στρες δεν μπορεί να στηρίζεται αποκλειστικά στην ατομική προσπάθεια της μαίας. Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα ανέδειξε τη σημασία των οργανωτικών και επαγγελματικών συνθηκών μέσα στις οποίες παρέχεται η μαιευτική φροντίδα. Η επαρκής στελέχωση, ο διαθέσιμος χρόνος για επικοινωνία με τη γυναίκα, η συνέχεια των υπηρεσιών, η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η ύπαρξη κατάλληλων πρωτοκόλλων και διαδικασιών παραπομπής μπορούν να διευκολύνουν την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας. Αντίθετα, η υποστελέχωση, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα, η ανεπαρκής εκπαίδευση και η έλλειψη οργανωμένης διεπιστημονικής συνεργασίας μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τη δυνατότητα των μαιών να ανταποκριθούν στις σύνθετες ανάγκες των γυναικών. Συνεπώς, η βελτίωση της ποιότητας της μαιευτικής φροντίδας απαιτεί παρεμβάσεις όχι μόνο σε επίπεδο επαγγελματιών, αλλά και σε επίπεδο υπηρεσιών και συστήματος υγείας.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η εκπαίδευση των μαιών στην αναγνώριση και διαχείριση της τραυματικής εμπειρίας. Η επαγγελματική επάρκεια δεν αφορά αποκλειστικά τις κλινικές και μαιευτικές γνώσεις, αλλά περιλαμβάνει δεξιότητες επικοινωνίας,

συμβουλευτικής, ενεργητικής ακρόασης, ενσυναίσθησης και αναγνώρισης ψυχολογικών δυσκολιών. Η εκπαίδευση στην ευαισθητοποιημένη στο τραύμα φροντίδα μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες να κατανοήσουν ότι ορισμένες συμπεριφορές ή αντιδράσεις της γυναίκας μπορεί να συνδέονται με προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες και να προσαρμόζουν ανάλογα την προσέγγισή τους. Παράλληλα, η εκπαίδευση μπορεί να ενισχύσει την ικανότητα των μαιών να αναγνωρίζουν τα όρια του επαγγελματικού τους ρόλου και να πραγματοποιούν έγκαιρη και κατάλληλη παραπομπή όταν απαιτείται εξειδικευμένη ψυχολογική ή ψυχιατρική παρέμβαση.

Η συμβολή της μαίας στην προαγωγή της υγείας κατά την εγκυμοσύνη, όπως εξετάστηκε στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας, εντάσσεται στη συνολική φιλοσοφία της προληπτικής και εξατομικευμένης φροντίδας. Η συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τον υγιεινό τρόπο ζωής κατά την κύηση μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της μητρικής και περιγεννητικής υγείας. Ωστόσο, η προαγωγή της υγείας θα πρέπει να πραγματοποιείται με τρόπο υποστηρικτικό και εξατομικευμένο, ώστε να μην ενισχύονται αισθήματα ενοχής, αποτυχίας ή άγχους. Η μαία χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη τις ατομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες κάθε γυναίκας και να προσαρμόζει τις συστάσεις στις πραγματικές ανάγκες και δυνατότητές της. Η διάσταση αυτή ενισχύει την αντίληψη ότι η μαιευτική φροντίδα δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση προβλημάτων όταν αυτά εμφανίζονται, αλλά περιλαμβάνει την πρόληψη, την εκπαίδευση και την ενδυνάμωση της γυναίκας καθ’ όλη την περιγεννητική περίοδο.

Η συνεχής φροντίδα από μαία μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα για τη βελτίωση της εμπειρίας του τοκετού και την υποστήριξη της μητρικής ψυχικής υγείας. Η επίδρασή της φαίνεται να συνδέεται κυρίως με τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης, την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, την αποτελεσματική επικοινωνία, την ενημέρωση, την ενδυνάμωση και τη συμμετοχή της γυναίκας στη λήψη αποφάσεων. Παράλληλα, η συνέχεια της φροντίδας δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την έγκαιρη αναγνώριση ψυχολογικών δυσκολιών και την κατάλληλη παραπομπή. Εντούτοις, η συνεχής φροντίδα δεν θα πρέπει να θεωρείται ως απόλυτη ή μοναδική λύση για την πρόληψη του τραυματικού τοκετού και του PTSD. Η πολυπαραγοντική φύση του φαινομένου επιβάλλει την εφαρμογή μιας συνολικής στρατηγικής, στην οποία η συνεχής μαιευτική φροντίδα θα συνδυάζεται με ασφαλή κλινική πρακτική, σεβασμό της αυτονομίας, προσέγγιση

ευαισθητοποιημένη στο τραύμα, ψυχολογική υποστήριξη και αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία. Κατά συνέπεια, η πρόληψη και η αντιμετώπιση του τραυματικού τοκετού απαιτούν μια ουσιαστική διεύρυνση της έννοιας της μαιευτικής ασφάλειας. Η ασφαλής φροντίδα δεν αφορά μόνο την πρόληψη σωματικών επιπλοκών για τη μητέρα και το νεογνό, αλλά περιλαμβάνει και την προστασία της ψυχικής υγείας, της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας και της υποκειμενικής εμπειρίας της γυναίκας. Η γυναίκα χρειάζεται να αντιμετωπίζεται ως ενεργό υποκείμενο της φροντίδας, με δικαίωμα στην ενημέρωση, στη συμμετοχή, στην έκφραση των αναγκών και των φόβων της και στη λήψη αποφάσεων που αφορούν το σώμα και την υγεία της. Η μαία, μέσα από τον ρόλο της ως επαγγελματίας υγείας που βρίσκεται κοντά στη γυναίκα σε ολόκληρη την περιγεννητική περίοδο, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην υλοποίηση αυτής της προσέγγισης.

Η παρούσα εργασία αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω ενίσχυσης της έρευνας σχετικά με τη συνεχή φροντίδα από μαία και τη σχέση της με την τραυματική εμπειρία του τοκετού και το μετατραυματικό στρες μετά τον τοκετό. Μελλοντικές μελέτες θα ήταν σημαντικό να εξετάσουν με μεγαλύτερη ακρίβεια ποια χαρακτηριστικά των μοντέλων συνεχούς φροντίδας είναι περισσότερο αποτελεσματικά στην πρόληψη της αρνητικής εμπειρίας του τοκετού, καθώς και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την αποτελεσματικότητά τους σε διαφορετικά συστήματα υγείας. Παράλληλα, είναι αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση των εμπειριών των ίδιων των μαιών, των οργανωτικών εμποδίων που αντιμετωπίζουν και των αναγκών τους σε εκπαίδευση και επαγγελματική υποστήριξη. Η ανάπτυξη τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, η ενσωμάτωση της ευαισθητοποιημένης στο τραύμα φροντίδας στη μαιευτική πρακτική και η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ μαιών, μαιευτήρων, ψυχολόγων, ψυχιάτρων και άλλων επαγγελματιών υγείας μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία ενός περισσότερο ολοκληρωμένου πλαισίου φροντίδας.

Η τραυματική εμπειρία του τοκετού και το μετατραυματικό στρες μετά τον τοκετό αποτελούν σημαντικές διαστάσεις της περιγεννητικής φροντίδας, οι οποίες απαιτούν συστηματική πρόληψη, έγκαιρη αναγνώριση και κατάλληλη αντιμετώπιση. Η συνεχής φροντίδα από μαία, όταν παρέχεται μέσα σε ένα υποστηρικτικό οργανωτικό πλαίσιο και βασίζεται στην ενσυναίσθηση, στην επικοινωνία, στην ενημέρωση, στην ενδυνάμωση και στον σεβασμό της αυτονομίας της γυναίκας, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη δημιουργία μιας ασφαλέστερης και περισσότερο θετικής εμπειρίας τοκετού. Παράλληλα,

μπορεί να αποτελέσει σημαντικό κρίκο μεταξύ της μαιευτικής φροντίδας και της φροντίδας ψυχικής υγείας, διευκολύνοντας την έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή των γυναικών που χρειάζονται εξειδικευμένη υποστήριξη. Η ουσιαστική αντιμετώπιση, επομένως, του τραυματικού τοκετού δεν προϋποθέτει μόνο την παροχή ασφαλούς μαιευτικής φροντίδας, αλλά τη δημιουργία ενός συστήματος στο οποίο κάθε γυναίκα θα αισθάνεται ότι ακούγεται, ενημερώνεται, γίνεται σεβαστή, συμμετέχει στις αποφάσεις και υποστηρίζεται πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό.

(ΚΑΘΑΡΟ ΚΕΙΜΕΝΟ: 21.985 ΛΕΞΕΙΣ)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

[1] Greenfield, M., Jomeen, J., & Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery*, *24*(4), 254–267. https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254

[2] Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(9), Article 1654. https://doi.org/10.3390/ijerph16091654

[3] Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence: A qualitative interview study. *Midwifery*, *105*, Article 103212. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212

[4] Smarandache, A., Kim, T. H. M., Bohr, Y., & Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16,* Article 114. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0903-2

[5] UNICEF UK Baby Friendly Initiative. (n.d.). *Research on skin-to-skin contact.* https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/research-supporting-breastfeeding/skin-to-skin-contact/

[6] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425596

[7] Brunson, E., Thierry, A., Ligier, F., Vulliez-Coady, L., Novo, A., Rolland, A. C., et al. (2021). Prevalences and predictive factors of maternal trauma through 18 months after premature birth: A longitudinal, observational and descriptive study. *PLOS ONE, 16*(2), Article e0246758. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246758

[8] Ryder, G. (2022, February 18). *Genetic trauma: How trauma is inherited, epigenetics, and more*. Psych Central. https://psychcentral.com/health/genetic-trauma

[9] Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry, 17*(3), 243–257. https://doi.org/10.1002/wps.20568

[10] Murphy, D. J., Pope, C., Frost, J., & Liebling, R. E. (2003). Women's views on the impact of operative delivery in the second stage of labour: Qualitative interview study. *BMJ, 327*(7424), 1132. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7424.1132

[11] Sawyer, A., Ayers, S., Young, D., Bradley, R., & Smith, H. (2012). Posttraumatic growth after childbirth: A prospective study. *Psychology & Health, 27*(3), 362–377. https://doi.org/10.1080/08870446.2011.578745

[12] Akuamoah-Boateng, J., & Spencer, R. (2018). Woman-centered care: Women's experiences and perceptions of induction of labor for uncomplicated post-term pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery, 67*, 46–56. https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.11.004

[13] Sun, X., Fan, X., Cong, S., Wang, R., Sha, L., Xie, H., et al. (2023). Psychological birth trauma: A concept analysis. *Frontiers in Psychology, 13*, Article 1065612. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1065612

[14] Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breastfeeding: A tale of two pathways. *Nursing Research, 57*(4), 228–236. https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000313504.07144.55

[15] Orovou, E., Dagla, M., Iatrakis, G., Lykeridou, A., Tzavara, C., & Antoniou, E. (2020). Correlation between kind of cesarean section and posttraumatic stress disorder in Greek women. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), Article 1592. https://doi.org/10.3390/ijerph17051592

[16] Healthdirect Australia. (2022). *Birth trauma (emotional)*. https://www.healthdirect.gov.au/partners/birth-trauma-australia

[17] Karlström, A. (2017). Women's self-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a Swedish study. *Midwifery, 50*, 253–258. https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.004

[18] Rowlands, I. J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12*, Article 138. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-138

[19] Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: A cross-sectional study. *Journal of Personalized Medicine, 11*(5), Article 338. https://doi.org/10.3390/jpm11050338

[20] El Founti Khsim, I., Martínez Rodríguez, M., Riquelme Gallego, B., Caparrós-González, R. A., & Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk factors for post-traumatic stress disorder after childbirth: A systematic review. *Diagnostics, 12*(11), Article 2598. https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598

[21] Türkmen, H., Yalnız Dilcen, H., & Akın, B. (2020). The effect of labor comfort on traumatic childbirth perception, post-traumatic stress disorder, and breastfeeding. *Breastfeeding Medicine, 15*(12), 779–788. https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0138

[22] Chen, J., Lai, X., Zhou, L., Retnakaran, R., Wen, S. W., Krewski, D., et al. (2022). Association between exclusive breastfeeding and postpartum post-traumatic stress disorder. *International Breastfeeding Journal, 17*, Article 78. https://doi.org/10.1186/s13006-022-00519-z

[23] Martinez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder after spontaneous vaginal birth. *Birth, 48*(3), 406–415. https://doi.org/10.1111/birt.12550

[24] Aydın, R., & Aktaş, S. (2021). Midwives' experiences of traumatic births: A systematic review and meta-synthesis. *European Journal of Midwifery, 5*, Article 31. https://doi.org/10.18332/ejm/138977

[25] NHS Digital. (2022, November 29). *NHS maternity statistics, England—2021–22*. https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2021-22

[26] Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of posttraumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine, 46*(6), 1121–1134. https://doi.org/10.1017/S0033291715002706

[27] Carter, J., Bick, D., Gallacher, D., & Chang, Y. (2022). Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Birth, 49*(4), 616–627. https://doi.org/10.1111/birt.12649

[28] Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*, Article 191. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-191

[29] Viirman, F., Hesselman, S., Wikström, A., et al. (2022). Negative childbirth experience—What matters most? A register-based study of risk factors in three time periods during pregnancy. *Sexual & Reproductive Healthcare, 34*, Article 100779. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100779

[30] McDonald, S., Slade, P., Spiby, H., & Iles, J. (2011). Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother–child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 32*(3), 141–146. https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.596962

[31] Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A metaethnography. *Journal of Advanced Nursing, 66*(10), 2142–2153. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x

[32] Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother–child interactions: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 32*(2), 163–181. https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880

[33] Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past: A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery, 30*(2), 185–193. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24411664/

[34] Tucker, Z., & O'Malley, C. (2022). Mental health benefits of breastfeeding: A literature review. *Cureus, 14*(9), Article e29199. https://doi.org/10.7759/cureus.29199

[35] Hoyt-Austin, A., Hazrati, S., Berlin, S., Hourigan, S., & Bodnar, K. (2021). Association of maternal confidence and breastfeeding practices in Hispanic women compared to non-Hispanic White women. *Global Pediatric Health, 8*, Article 2333794X211062439. https://doi.org/10.1177/2333794X211062439

[36] Chan, J. C., Nugent, B. M., & Bale, T. L. (2018). Parental advisory: Maternal and paternal stress can impact offspring neurodevelopment. *Biological Psychiatry, 83*(10), 886–894. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.10.005

[37] Witteveen, A. B., Stramrood, C. A. I., Henrichs, J., Flanagan, J. C., van Pampus, M. G., & Olff, M. (2020). The oxytocinergic system in PTSD following traumatic childbirth: Endogenous and exogenous oxytocin in the peripartum period. *Archives of Women's Mental Health, 23*(3), 317–329. https://doi.org/10.1007/s00737-019-00994-0

[38] Shiraishi, M., Matsuzaki, M., Kurihara, S., Iwamoto, M., & Shimada, M. (2020). Post-breastfeeding stress response and breastfeeding self-efficacy as modifiable predictors of

exclusive breastfeeding at 3 months postpartum: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 20,* Article 730. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03376-6

[39] Krol, K. M., Kamboj, S. K., Curran, H. V., & Grossmann, T. (2014). Breastfeeding experience differentially impacts recognition of happiness and anger in mothers. *Scientific Reports, 4,* Article 7006. https://doi.org/10.1038/srep07006

[40] Julian, M. M., Rosenblum, K. L., Doom, J. R., Leung, C. Y. Y., Lumeng, J. C., Cruz, M. G., et al. (2018). Oxytocin and parenting behavior among impoverished mothers with low vs. high early life stress. *Archives of Women's Mental Health, 21*(3), 375–382. https://doi.org/10.1007/s00737-017-0798-6

[41] Gu, V., Feeley, N., Gold, I., Hayton, B., Robins, S., Mackinnon, A., et al. (2016). Intrapartum synthetic oxytocin and its effects on maternal well-being at 2 months postpartum. *Birth, 43*(1), 28–35. https://doi.org/10.1111/birt.12198

[42] Lind, J. N., Perrine, C. G., & Li, R. (2014). Relationship between use of labor pain medications and delayed onset of lactation. *Journal of Human Lactation, 30*(2), 167–173. https://doi.org/10.1177/0890334413520189

[43] Grajeda, R., & Pérez-Escamilla, R. (2002). Stress during labor and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban Guatemalan women. *The Journal of Nutrition, 132*(10), 3055–3060. https://doi.org/10.1093/jn/132.10.3055

[44] Beck, C. T. (2011). A metaethnography of traumatic childbirth and its aftermath: Amplifying causal looping. *Qualitative Health Research, 21*(3), 301–311. https://doi.org/10.1177/1049732310393906

[45] Klein, M., Vanderbilt, D., & Kendall-Tackett, K. (2014). PTSD and breastfeeding: Let it flow. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition, 6*(4), 211–215. https://doi.org/10.1177/1941406414541665

[46] Durmazoğlu, G., Çiçek, Ö., & Okumuş, H. (2021). The effect of spousal support perceived by mothers on breastfeeding in the postpartum period. *Turkish Archives of Pediatrics, 56*(1), 57–61. https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2020.91995

[47] Mannion, C. A., Hobbs, A. J., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International Breastfeeding Journal, 8,* Article 4. https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-4

[48] Srisopa, P., & Lucas, R. (2021). Maternal perception of paternal breastfeeding support: A secondary qualitative analysis. *Midwifery, 102,* Article 103067. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103067

[49] Paulson, J. L. (2020). Intimate partner violence and perinatal post-traumatic stress and depression symptoms: A systematic review of findings in longitudinal studies. *Trauma, Violence, & Abuse*. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/1524838020976098

[50] Normann, A. K., Bakiewicz, A., Madsen, F. K., Khan, K. S., Rasch, V., & Linde, D. S. (2020). Intimate partner violence and breastfeeding: A systematic review. *BMJ Open*, *10*(10), Article e034153. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034153

[51] Tran, L. M., Nguyen, P. H., Naved, R. T., & Menon, P. (2020). Intimate partner violence is associated with poorer maternal mental health and breastfeeding practices in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, *35*(Supplement_1), i19–i29. https://doi.org/10.1093/heapol/czaa106

[52] Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, *8*(2), 159–168. https://doi.org/10.1080/1354850031000087537

[53] Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, *11*(4), 389–398. https://doi.org/10.1080/13548500600708409

[54] Delicate, A., & Ayers, S. (2023). The impact of birth trauma on the couple relationship and related support requirements: A framework analysis of parents' perspectives. *Midwifery, 123*, Article 103732. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103732

[55] Figueiredo, B., Pinto, T. M., & Costa, R. (2021). Exclusive breastfeeding moderates the association between prenatal and postpartum depression. *Journal of Human Lactation*, *37*(4), 784–794. https://doi.org/10.1177/08903344211011627

[56] Xia, M., Luo, J., Wang, J., & Liang, Y. (2022). Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 308*, 512–519. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.091

[57] Dennis, C. L., & McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*, *96*(4), 590–594. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00184.x

[58] Pope, C. J., & Mazmanian, D. (2016). Breastfeeding and postpartum depression: An overview and methodological recommendations for future research. *Depression Research and Treatment, 2016*, Article 4765310. https://doi.org/10.1155/2016/4765310

[59] Suarez, A., & Yakupova, V. (2023). Past traumatic life events, postpartum PTSD, and the role of labor support. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(11), Article 6048. https://doi.org/10.3390/ijerph20116048

[60] Wood, K., & Van Esterik, P. (2010). Infant feeding experiences of women who were sexually abused in childhood. *Canadian Family Physician, 56*(4), e136–e141.

[61] Coles, J. (2009). Qualitative study of breastfeeding after childhood sexual assault. *Journal of Human Lactation, 25*(3), 317–324. https://doi.org/10.1177/0890334409334605

[62] Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine, 44*(5), 927–936. https://doi.org/10.1017/S0033291713001530

[63] Stephens, L. (2006). Onwards and upwards: Where now for consultant midwives? *Midwives, 9*(7), 278–279. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16886791/

[64] Holmes, A. (2004). Changes and challenges. *Midwives, 7*(10), 444–445. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15518162/

[65] Ambler, R. (2006). Clinical credibility? *MIDIRS Midwifery Digest, 9*(4), 144–145. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16736791/

[66] Price, S. (2006). Who wants to be a consultant midwife? *Midwives, 9*(1), 28–29. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16425568/

[67] Byrom, S., Edwards, G., & Garrod, D. (2009). Consultant midwives—10 years on! *MIDIRS Midwifery Digest, 19*(1), 23–25. https://www.byromandbyrom.com/our-work/

[68] Rogers, J., & Weavers, A. (2005). Consultant midwives: The next generation! *Midwives, 8*(4), 172–173. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15839143/

[69] Stringer, E. (2004). Children's centres: The future. *Midwives, 7*(12), 532–533. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15622916/

[70] Cooke, P. (2004). Promoting partnerships in Paddington: A consultant midwife's role. *Midwives, 7*(7), 310–311. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15314928/

[71] Brett, P. (2005). Addressing teenage pregnancy in Lewisham. *Midwives, 8*(9), 390–391. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16250522/

[72] Mookherjee, J. (2004). *Their voices and our partners: Qualitative lessons from the teenage pregnancy strategy in Lewisham*. Lewisham Primary Care Trust.

[73] Macrory, F. (2003). Sex and drugs and the role of a consultant midwife. *Midwives, 6*(10), 422–424.

[74] Jewell, K. (2005). The public health divide. *Midwives, 8*(7), 318–319. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16035438/

[75] Department of Health. (2019). *Clinical practice guidelines: Antenatal care*. Australian Government Department of Health. https://www.health.gov.au/pregnancycareguidelines

[76] Rogers, C., & Littlehales, C. (2006). Making choice a real option. *Midwives, 9*(6), 242–243. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16821682/

[77] Richardson, J. (2005). Are you normal? Implementing normality in the maternity unit. *Midwives, 8*(11), 462–463. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16312124/

[78] Rogers, J., & Cunningham, S. (2007). A consultant midwives' clinic: A catalyst for cultural change? *MIDIRS Midwifery Digest, 17*(2), 201–206. https://rcm-midirs.azurewebsites.net/resources/

[79] Clarke, P. (2005). Leading the development of an ECV service. *Midwives, 8*(3), 128–129. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15790186/

[80] Ford, E., & Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood, and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(2), 260–268. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.07.009

[81] Baptie, G., Andrade, J., Bacon, A. M., & Norman, A. (2020). Birth trauma: The mediating effects of perceived support. *British Journal of Midwifery, 28*(10), 724–732. https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.10.724

[82] Baptie, G., Januário, E. M., & Norman, A. (2021). Empowered or powerless? Contributing factors to women's appraisal of traumatic childbirth. *British Journal of Midwifery, 29*(12), 674–681. https://doi.org/10.12968/bjom.2021.29.12.674

[83] De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-traumatic stress disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery, 32*, 87–92. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010

[84] Ockenden, D. (2022, March 30). *Ockenden review: Summary of findings, conclusions and essential actions*. GOV.UK.

[85] Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health, 20*(4), 515–523. https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6

[86] Patterson, J., Hollins Martin, C. J., & Karatzias, T. (2019). Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing post-traumatic stress disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery, 76*, 21–35. https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.010

[87] Patterson, J., & Ménage, D. (2020). Compassion as a powerful intervention: How the interactions between women, midwives, and maternity services influence women's childbirth experiences and subsequent trauma. *TPM, 23*(8), 41. https://doi.org/10.55975/IAOD9019

[88] Baxter, J. D., McCourt, C., & Jarrett, P. M. (2014). What is current practice in offering debriefing services to postpartum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery, 30*(2), 194–219. https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.002

[89] Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D., Barclay, L., Buist, A., & Ryding, E. L. (2013). Women's perceptions of emotional support following childbirth: A qualitative investigation. *Midwifery, 29*(3), 217–224. https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.002

[90] McKenzie-McHarg, K., Crockett, M., Olander, E. K., & Ayers, S. (2014). Think pink! A sticker alert system for psychological distress or vulnerability during pregnancy. *British Journal of Midwifery, 22*(8), 590–595. https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.8.590

[91] Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery, 30*(2), 255–261. https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.001

[92] Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2022). Health-care practitioners' assessment and observations of birth trauma in mothers and partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 40*(1), 34–46. https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1788210

[93] Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J., & Priebe, S. (2014). Remission from posttraumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *Clinical Psychology Review, 34*, 249–255. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.002

[94] Aboraya, A., Rankin, E., France, C., El-Missiry, A., & John, C. (2006). The reliability of psychiatric diagnosis revisited: The clinician's guide to improve the reliability of psychiatric diagnosis. *Psychiatry (Edgmont), 3,* 41–50. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2990547/

[95] Fried, E. I., Eidhof, M. B., Palic, S., Costantini, G., Huisman-van Dijk, H. M., Bockting, C. L. H., Engelhard, I., Armour, C., Nielsen, A. B. S., & Karstoft, K.-I. (2018). Replicability and generalizability of posttraumatic stress disorder (PTSD) networks: A cross-cultural multisite study of PTSD symptoms in four trauma patient samples. *Clinical Psychological Science, 6*(3), 335–351. https://doi.org/10.1177/2167702617745092

[96] Kingston, D., McDonald, S., Tough, S., Austin, M. P., Hegadoren, K., & Lasiuk, G. (2014). Public views of acceptability of perinatal mental health screening and treatment preference: A population-based survey. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14,* Article 67. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-67

[97] Heyne, C. S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 94,* Article 102157. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157

[98] Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a measure of postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry, 9,* Article 409. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00409

[99] Quinnell, F. A., & Hynan, M. T. (1999). Convergent and discriminant validity of the Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ): A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress, 12*(1), 193–199. https://doi.org/10.1023/A:1024735922739

[100] Reilly, N., Loxton, D., Black, E., & Austin, M. P. (2021). The Antenatal Risk Questionnaire-Revised: Development, use and test-retest reliability in a community sample of pregnant women in Australia. *Journal of Affective Disorders, 293,* 43–50. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.038

[101] Bartal, A., Jagodnik, K. M., Chan, S. J., Babu, M. S., & Dekel, S. (2022). Identifying women with postdelivery posttraumatic stress disorder using natural language processing of personal childbirth narratives [Preprint]. *medRxiv*. https://doi.org/10.1101/2022.08.30.22279394

[102] Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2020). Health care practitioners' views of the support women, partners, and the couple relationship require for birth trauma: Current

practice and potential improvements. *Primary Health Care Research & Development, 21*, e40. https://doi.org/10.1017/S1463423620000407

[103] Vogel, T. M., & Coffin, E. (2021). Trauma-informed care on labor and delivery. *Anesthesiology Clinics, 39*(4), 779–791. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2021.07.013

[104] Dueger, S. (2016). Protecting children and young people: Trauma informed care in the perinatal period. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 30*, 307. https://birthpsychology.com/journal-articles/page/46/

[105] Montgomery, E. (2013). Feeling safe: A metasynthesis of the maternity care needs of women who were sexually abused in childhood. *Birth, 40*(2), 88–95. https://doi.org/10.1111/birt.12043

[106] Favrod, C., Jan du Chêne, L., Martin Soelch, C., et al. (2018). Mental health symptoms and work-related stressors in hospital midwives and NICU nurses: A mixed methods study. *Frontiers in Psychiatry, 9*, Article 364. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00364

[107] de Graaff, L. F., Honig, A., van Pampus, M. G., & Stramrood, C. A. I. (2018). Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: A systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 97*(6), 648–656. https://doi.org/10.1111/aogs.13295

[108] American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Caring for patients who have experienced trauma: ACOG Committee Opinion, number 825. *Obstetrics & Gynecology, 137*(4), e94–e99. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004335

[109] Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012*(10), Article CD003766. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4

[110] Deforges, C., Sandoz, V., Noël, Y., et al. (2023). Single-session visuospatial task procedure to prevent childbirth-related posttraumatic stress disorder: A multicentre double-blind randomised controlled trial. *Molecular Psychiatry, 28*, 3842–3850. https://doi.org/10.1038/s41380-023-02275-w

[111] Furuta, M., Horsch, A., Ng, E. S. W., Bick, D., Spain, D., & Sin, J. (2018). Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating post-traumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 9*, Article 591. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00591

[112] Taylor Miller, P. G., Sinclair, M., Gillen, P., et al. (2021). Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE, 16*(11), e0258170. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258170

[113] de Bruijn, L., Stramrood, C. A., Lambregtse-van den Berg, M. P., & Rius Ottenheim, N. (2020). Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 41*(1), 5–14. https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1593961

[114] Martin, A., Naunton, M., Kosari, S., Peterson, G., Thomas, J., & Christenson, J. K. (2021). Treatment guidelines for PTSD: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine, 10*(18), Article 4175. https://doi.org/10.3390/jcm10184175

[115] Davidson, J., Rothbaum, B. O., Tucker, P., Asnis, G., Benattia, I., & Musgnung, J. J. (2006). Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: A sertraline- and placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 26*(3), 259–267. https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000222514.71390.c1

[116] Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1695486. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486

[117] Martin, J. C., Zhou, S. J., Flynn, A. C., Maloney, C. A., & Daniel, Z. (2016). The assessment of diet quality and its effects on health outcomes pre-pregnancy and during pregnancy. *Seminars in Reproductive Medicine, 34*(2), 83–92. https://doi.org/10.1055/s-0036-1584220

[118] Bailey, C., Skouteris, H., Harrison, C. L., Hill, B., Thangaratinam, S., & Teede, H. J. (2020). Cost effectiveness of antenatal lifestyle interventions for preventing gestational diabetes and hypertensive disease in pregnancy. *PharmacoEconomics - Open, 4*, 499–510. https://doi.org/10.1007/s41669-020-00197-9

[119] Harrison, C. L., Brown, W. J., Hayman, M., Moran, L. J., & Redman, L. M. (2016). The role of physical activity in preconception, pregnancy and postpartum health. *Seminars in Reproductive Medicine, 34*(2), e28–e37. https://doi.org/10.1055/s-0036-1583533

[120] Harrison, C. L., Lombard, C. B., & Teede, H. J. (2014). Limiting postpartum weight retention through early antenatal intervention: The HeLP-her randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 11*, Article 134. https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-134

[121] National Health and Medical Research Council. (2013). *Healthy eating during your pregnancy*. Australian Government. https://www.eatforhealth.gov.au/sites/default/files/files/the_guidelines/n55h_healthy_eating_during_pregnancy.pdf

[122] Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S. M., Davies, G. A., Poitras, V. J., Gray, C. E., Jaramillo Garcia, A., Barrowman, N. J., Adamo, K. B., Duggan, M., Barakat, R., Chilibeck, P. D., Fleming, K., Forte, M., Korolnek, J., Nagpal, T. S., Slater, L. G., Stirling, D., & Zehr, L. (2018). 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *British Journal of Sports Medicine, 52*(21), 1339–1346. https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100056

[123] Hure, A., Young, A., Smith, R., & Collins, C. (2009). Diet and pregnancy status in Australian women. *Public Health Nutrition, 12*(6), 853–861. https://doi.org/10.1017/S1368980008003772

[124] Sui, Z., Moran, L. J., & Dodd, J. M. (2013). Physical activity levels during pregnancy and gestational weight gain among women who are overweight or obese. *Health Promotion Journal of Australia, 24*(3), 206–211. https://doi.org/10.1071/HE13053

[125] Begley, A. (2002). Barriers to good nutrient intakes during pregnancy: A qualitative analysis. *Nutrition & Dietetics, 59,* 175–180. https://www.researchgate.net/publication/291773945_Barriers_to_good_nutrient_intakes_during_pregnancy_A_qualitative_analysis

[126] Haakstad, L. A. H., Vistad, I., Sagedal, L. R., et al. (2018). How does a lifestyle intervention during pregnancy influence perceived barriers to leisure-time physical activity? The Norwegian Fit for Delivery study, a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18,* Article 127. https://doi.org/10.1186/s12884-018-1760-3

[127] Bondarianzadeh, D., Yeatman, H., & Condon-Paoloni, D. (2007). Listeria education in pregnancy: Lost opportunity for health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 31*(5), 468–474. https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2007.00120.x

[128] Lucas, C., Charlton, K. E., & Yeatman, H. (2014). Nutrition advice during pregnancy: Do women receive it and can health professionals provide it? *Maternal and Child Health Journal, 18,* 2465–2478. https://doi.org/10.1007/s10995-014-1485-0

[129] United Nations. (2020). *Sustainable development goals*. https://sdgs.un.org/goals

[130] Walker, R. E., Choi, T. S. T., Quong, S., & Lee, H. (2020). "It's not easy": A qualitative study of lifestyle change during pregnancy. *Women and Birth, 33*(4), e363–e370. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.004

[131] McNeill, J., Doran, J., Lynn, F., Anderson, J., & Alderdice, F. (2012). Public health education for midwives and midwifery students: A mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12,* Article 142. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-142

[132] Abayomi, J. C., Charnley, M. S., Cassidy, L., & Johnson, S. (2020). A patient and public involvement investigation into healthy eating and weight management advice during pregnancy. *International Journal for Quality in Health Care, 32*(1), 28–34. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz116

[133] Arrish, J., Yeatman, H., & Williamson, M. (2017). Midwives' role in providing nutrition advice during pregnancy: Meeting the challenges? A qualitative study. *Nursing Research and Practice, 2017,* Article 7698510. https://doi.org/10.1155/2017/7698510

[134] Swift, J. A., Pearce, J., Jethwa, P. H., & Dombrowski, S. U. (2016). Antenatal weight management: Women's experiences, behaviours, and expectations of weighing in early pregnancy. *Journal of Pregnancy, 2016,* 8454759. https://doi.org/10.1155/2016/8454759

[135] Nyman, V. M., Prebensen, A. K., & Flensner, G. E. (2010). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery, 26*(4), 424–429. https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.05.001

[136] Waring, M. E., Moore Simas, T. A., Barnes, K. C., et al. (2014). Patient report of guideline-congruent gestational weight gain advice from prenatal care providers: Differences by prepregnancy BMI. *Birth, 41*(4), 353–359. https://doi.org/10.1111/birt.12131

[137] Alimoradi, Z., Taghizadeh, Z., Rezaypour, A., et al. (2013). Evaluation of midwives' communication skills. *African Journal of Midwifery and Women's Health, 7*(1), 19–24. https://doi.org/10.12968/ajmw.2013.7.1.19

[138] Kothe, E., Bailey, C., Weiner, C., et al. (2019). An investigation of Australian midwifery curricula for obesity management and health behaviour change training. *Nurse Education in Practice, 36,* 54–57. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.03.003

[139] Basu, A., Kennedy, L., Tocque, K., et al. (2014). Eating for 1, healthy and active for 2: Feasibility of delivering novel, compact training for midwives to build knowledge and confidence in giving nutrition, physical activity and weight management advice during

pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, Article 218. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-218

[140] Kessler, J. L., & Phillippi, J. C. (2015). Incorporating a primary care practicum in midwifery education. *Journal of Midwifery & Women's Health, 60*(3), 258–262. https://doi.org/10.1111/jmwh.12296

[141] de Jersey, S. J., Tyler, J., Guthrie, T., & New, K. (2018). Supporting healthy weight gain and management in pregnancy: Does a mandatory training education session improve knowledge and confidence of midwives? *Midwifery*, *65*, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.025

[142] Willcox, J. C., Campbell, K. J., van der Pligt, P., Hoban, E., Pidd, D., & Wilkinson, S. (2012). Excess gestational weight gain: An exploration of midwives' views and practice. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12*, Article 102. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-102

[143] Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient–physician relationship. *Patient Education and Counseling*, *39*(1), 5–15. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00086-5

[144] Johnson, M., Campbell, F., Messina, J., Preston, L., Buckley Woods, H., & Goyder, E. (2013). Weight management during pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, *29*(12), 1287–1296. https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.016

[145] Tiernan, E. (2003). Communication training for professionals. *Supportive Care in Cancer*, *11*(12), 758–762. https://doi.org/10.1007/s00520-003-0535-8

[146] Arrish, J., Yeatman, H., & Williamson, M. (2014). Midwives and nutrition education during pregnancy: A literature review. *Women and Birth*, *27*(1), 2–8. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.09.001

[147] Arrish, J., Yeatman, H., & Williamson, M. (2016a). Australian midwives and provision of nutrition education during pregnancy: A cross sectional survey of nutrition knowledge, attitudes, and confidence. *Women and Birth*, *29*(5), 455–464. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.03.001

[148] Arrish, J., Yeatman, H., & Williamson, M. (2016b). Nutrition education in Australian midwifery programmes: A mixed-methods study. *Journal of Biomedical Education, 2016*, Article 9680430. https://doi.org/10.1155/2016/9680430

[149] de Jersey, S., Guthrie, T., Tyler, J., Ling, W. Y., Powlesland, H., Byrne, C., & New, K. (2019). A mixed method study evaluating the integration of pregnancy weight gain

charts into antenatal care. *Maternal & Child Nutrition*, *15*(3), e12750. https://doi.org/10.1111/mcn.12750

[150] Furness, P. J., McSeveny, K., Arden, M. A., Garland, C., Dearden, A. M., & Soltani, H. (2011). Maternal obesity support services: A qualitative study of the perspectives of women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *11*, Article 69. https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-69

[151] Lindqvist, M., Mogren, I., Eurenius, E., Edvardsson, K., & Persson, M. (2014). An on-going individual adjustment: A qualitative study of midwives' experiences counselling pregnant women on physical activity in Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*, Article 343. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-343

[152] Guthrie, T. M., de Jersey, S. J., New, K., & Gallegos, D. (2020). Midwife readiness to provide woman-centred weight gain support: Exploring perspectives across models of care. *Women and Birth, 33*(6), e567–e573. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.005

[153] Heslehurst, N., Newham, J., Maniatopoulos, G., Fleetwood, C., Robalino, S., & Rankin, J. (2014). Implementation of pregnancy weight management and obesity guidelines: A meta-synthesis of healthcare professionals' barriers and facilitators using the Theoretical Domains Framework. *Obesity Reviews, 15*(6), 462–486. https://doi.org/10.1111/obr.12160

[154] Lugtenberg, M., Burgers, J. S., & Westert, G. P. (2009). Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: A systematic review. *Quality and Safety in Health Care, 18*(5), 385–392. https://doi.org/10.1136/qshc.2008.028043

[155] Whitaker, K. M., Wilcox, S., Liu, J., Blair, S. N., & Pate, R. R. (2016). Patient and provider perceptions of weight gain, physical activity, and nutrition counseling during pregnancy: A qualitative study. *Women's Health Issues, 26*(1), 116–122. https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.10.007

[156] Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*(6), 489–498. https://doi.org/10.1002/jts.22059

[157] Byrom, S., & Edwards, G. (2005). Separated at birth—Now joined at the hip! *Midwives, 8*(12), 496–497. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16379460/

[158] Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, *9*(4), 445–451. https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445

[159] Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*(3), 209–218. https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004

[160] Khachatryan, D., Groll, D., Booij, L., Sepehry, A. A., & Schütz, C. G. (2016). Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, *39*, 46–52. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.10.007

[161] Kothe, E., Lamb, M., Bruce, L., McPhie, S., Klas, A., Hill, B., & Skouteris, H. (2018). Student midwives' intention to deliver weight management interventions: A theory of planned behaviour and self-determination theory approach. *Nurse Education Today*, *71*, 10–16. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.002

[162] Nyoni, C. N., & Botma, Y. (2019). Implementing a competency-based midwifery programme in Lesotho: A gap analysis. *Nurse Education in Practice*, *34*, 72–78.

[163] Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., et al. (2018). The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, *30*(3), 383–395. https://doi.org/10.1037/pas0000486

[164] Zamani, A. R., Motamedi, N., & Farajzadegan, Z. (2015). Routine programs of health care systems as an opportunity toward communication skills training for family physicians: A randomized field trial. *Journal of Education and Health Promotion*, *4*, Article 71. https://doi.org/10.4103/2277-9531.171783

[165] Shaeri, S., Delavar, M. A., Bakouei, F., Azizi, A., & Karbalaeizadeh, M. (2025). Impact of midwife-led counseling for women who have experienced traumatic childbirth: A clinical trial. *Midwifery*, *148*, 104467. https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104467

[166] Ayers, S., Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Nieuwenhuijze, M., Bogaerts, A., Hartmann, K., ... & Lalor, J. (2024). Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women and Birth*, *37*(2), 362-367. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.006

[167] Andersson, H., Nieminen, K., Malmquist, A., & Grundström, H. (2024). Trauma-informed support after a complicated childbirth–An early intervention to reduce symptoms

of post-traumatic stress, fear of childbirth and mental illness. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *41*, 101002. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101002

[168] Wójcicka, L., Szablewska, A. W., Prajzner, A., Zdun-Ryżewska, A., Czerwińska-Osipiak, A., & Klasa-Mazurkiewicz, D. (2026). Maternal and perinatal factors associated with childbirth-related post-traumatic stress symptoms: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, *17*, 1779037. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1779037

[169] Xu, D., Xu, M., Fang, L., Chen, H., Ye, J., & Huang, C. (2025). Exploring the experience of birth trauma from the midwife's perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *25*(1), 1031. https://doi.org/10.1186/s12884-025-08205-8

[170] Miao, Q., Zhu, L., Shu, W., Huang, X. Q., & Zhu, C. Y. (2024). To explore the impact of traumatic birth experiences on midwives' experience of empathy: A qualitative study. *Nurse Education Today*, *139*, 106216. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106216

[171] Bal, Z., & Uçar, T. (2024). Effect of Supportive Midwifery Care in Primiparous on Post-Traumatic Stress Disorder and Fear of Childbirth in Labour. *Artuklu Health*, (8), 1-8. https://doi.org/10.58252/artukluhealth.1475115

[172] Thomson, G., & Nowland, R. (2024). A rapid evidence review of postnatal listening services for women following a traumatic or negative childbirth experience. *Midwifery*, *139*, 104185. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104185

[173] Baldini, V., Gnazzo, M., De Ronchi, D., Carotenuto, M., Pera, M. C., & Fiorillo, A. (2025). Traumatic childbirth experiences and their association with postpartum psychiatric disorders: a systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 1-13. https://doi.org/10.1007/s11126-025-10180-4