

# Βασικές αρχές ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου κατά Lamaze σε φυσιολογικό τοκετό

Δριτσάκου Καλλιόπη<sup>1</sup>, Τζώρτζη Αλεξάνδρα<sup>2</sup>

1. Μαία, Νοσηλεύτρια Πε, MSc, Γραφείο Εκπαίδευσης & Ψυχοπροφυλακτικής, Νοσοκομείο “Ελενα Βενιζέλου”, p.drits@yahoo.gr

2. Μαία, Νοσηλεύτρια Πε, MSc, Υπεύθυνη Επιτροπής Ποιότητας, Γραφείο Εκπαίδευσης & Ψυχοπροφυλακτικής, Νοσοκομείο “Ελενα Βενιζέλου”, al.tzortzi@yahoo.gr

Ημερ.Υποβολής : 27-03-2012

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής έχουν σα σκοπό να ενημερώσουν και να προετοιμάσουν το ζευγάρι και κυρίως την έγκυο για τον τοκετό. Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος κατά Lamaze αποτελεί κλασική προετοιμασία τοκετού που επινοήθηκε στη Ρωσία από τον Pr.Νικόλαϊεν και εφαρμόστηκε τη δεκαετία του 50 στη Γαλλία από τον Lamaze. Αφορά στη σύνθεση της πληροφόρησης, της αναπνοής, της γυμναστικής και της χαλάρωσης ενώ βασίζεται στη θεωρία των εξαρτημένων αντανακλαστικών του Ρανλον.

**Σκοπός:** Κύριος σκοπός της εργασίας είναι να αναλυθούν οι έξι βασικές αρχές που αφορούν στη σύσταση της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου κατά Lamaze.

**Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας:** Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε διεθνείς βάσεις με λέξεις κλειδιά: Lamaze method, natural birth, psycho prophylaxis για αρθρογραφία της τελευταίας δεκαετίας, από όπου βρέθηκαν 32 ανασκοπικές και 20 ερευνητικές μελέτες.

**Αποτελέσματα:** Οι βασικές αρχές της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου κατά Lamaze είναι οι ακόλουθες : 1. Αφήστε τον τοκετό να ξεκινήσει μόνος του 2. Περπατήστε, κινηθείτε και αλλάζετε θέσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού 3. Φέρετε μαζί σας στον τοκετό σας ένα αγαπημένο πρόσωπο, φίλο είτε αδερφό για να έχετε συνεχή υποστήριξη 4. Αποφύγετε παρεμβάσεις που δεν είναι ιατρικώς αναγκαίες 5. Αποφύγετε να γεννήσετε ξαπλωμένη σε ύπια θέση και εξωθήστε όπως σας βοηθάει καλύτερα το σώμα σας και 6. Βάλετε τη μητέρα με το νεογνό μαζί αμέσως μετά τον τοκετό. Είναι ότι καλύτερο μπορείτε να κάνετε για τη μητέρα, το νεογνό και το θηλασμό.

**Συμπεράσματα:** Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος κατά Lamaze αποτελεί εδώ και δεκαετίες την πλέον χρησιμοποιούμενη μέθοδο σε φυσιολογικό τοκετό με τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας και ικανοποίησης των επιτόκων (85-92 %) ενώ χαίρει υψηλής εκτίμησης και αποδοχής από όλους τους μαιευτές και μαιευτήρες.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Μέθοδος Lamaze, φυσιολογικός τοκετός, ψυχοπροφύλαξη

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Τ**α μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής έχουν σα σκοπό να ενημερώσουν και να προετοιμάσουν το ζευγάρι και κυρίως την έγκυο για τον τοκετό. Αποτελούν την πιο ευρεία χρησιμοποιούμενη μέθοδο προετοιμασίας για τον φυσιολογικό τοκετό αφού συνδυάζουν όλα τα στοιχεία που είναι αναγκαία για την εύρυθμη αποπεράτωση του. Η μέθοδος κατά Lamaze αποτελεί κλασική προετοιμασία τοκετού που επινοήθηκε στη Ρωσία από τον Pr.Nikolaïev και εφαρμόστηκε τη δεκαετία του 50 στη Γαλλία από τον Lamaze. (Adachi et al, 2003; Condon et al, 2004; ACOG et al, 2004) Αφορά στη σύνθεση της πληροφόρησης, της αναπνοής, της γυμναστικής και της χαλάρωσης ενώ βασίζεται στη θεωρία των εξαρτημένων αντανακλαστικών του Pavlov. Τα μαθήματα ψυχοπροφύλαξης και προετοιμασίας για γονεϊκότητα πρέπει να γίνονται μετά το πέρας της 32ης εβδομάδας κύησης, ώστε να δίνουν στην κυοφορούσα τη δυνατότητα να εξασκηθεί στις βασικές μεθόδους χαλάρωσης και αναπνοών, που πρέπει να χρησιμοποιήσει κατά τη διάρκεια του τοκετού. Σε πρώτη φάση στόχος των μαθημάτων είναι η πληροφόρηση ενώ σε δεύτερη φάση ακολουθεί η εκμάθηση ασκήσεων γυμναστικής και τριών τύπων αναπνοών. (Adachi et al, 2003) Η πληροφόρηση περιλαμβάνει βασικές γνώσεις γύρω από την ανατομία και τη φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, τη φυσιολογία της σύλληψης, την εμφύτευση, την πορεία και την πρόοδο της εγκυμοσύνης αλλά και το μηχανισμό με τα στάδια του τοκετού. Είναι απολύτως αναγκαίο μια κυοφορούσα να γνωρίσει τις βασικές αρχές λειτουργίας του γεννητικού συστήματος της αλλά και το μηχανισμό του φυσιολογικού τοκετού, για να μπορέσει να συνεργαστεί κατά τη διάρκεια των συστολών. (Ben-Haroush et al, 2004; Storton et al, 2007) Η γνώση του μηχανισμού της διαστολής του τραχηλικού στομίου ως διαδικασία ανατομική αλλά ορμονική βοηθά την επίτοκο να χειριστεί τις συστολές της μήτρας και να ανταπεξέλθει στο σύμπτωμα του πόνου ή άλλως ωδίνας, όπως χαρακτηρίζεται από πολλούς. Η επιτυχής εφαρμογή της μεθόδου των αναπνοών και της τεχνικής της χαλάρωσης προϋποθέτει τη διαρκή επανάληψη και την εξάσκηση έως ότου καταστεί εξαρτημένο αντανακλαστικό για την επίτοκο. (Storton et al, 2007) Ο Lamaze περιέγραφε το εξαρτημένο αντανακλαστικό συστολής “ωδίνας” και αναπνοής όπως ακριβώς ο Pavlov το κούδουνι σε συνδυασμό με τη σιελόρροια του σκύλου στο γνωστό πείραμα του. Η εκμάθηση της κοιλιακής-διαφραγματικής αναπνοής αλλά και της γρήγορης-υπό τύπου λαχανιάσματος αναπνοής καθίσταται εύκολη για τις περισσότερες επίτοκους, που μπορούν με διαρκή εξάσκηση να μετατρέψουν σε αντανακλαστικό τις αναπνοές σε συνδυασμό με τη συστολή. Η επιτυχία της μεθόδου συνίσταται στο να μετατρέψουν οι επίτοκες σε εργαλείο τους τη μέθοδο των αναπνοών και της χαλάρωσης, για να μπορέσουν να ελέγξουν με επιτυχία τον τοκετό

τους. Δε θα πρέπει να παραλείπεται και η συμμετοχή του πατέρα, που έχει κυρίαρχο ρόλο στην εκπαίδευση παράλληλα με τη μητέρα αφού μαθαίνει να συνοδεύει την επίτοκο στον τοκετό με επιτυχία κατά τη διάρκεια των συστολών εξασκώντας και ο ίδιος την πρακτική των αναπνοών. Η παρουσία του πατέρα στον τοκετό είναι αναντικατάστατη και συμβάλλει τα μέγιστα στην διαδικασία. Ο Lamaze, που πρώτος διδάξε τη μέθοδο αυτή έχει διατυπώσει έξι βασικές αρχές που την διέπουν και εξασφαλίζουν την επιτυχία της (Munro et al, 2002).

## ΣΚΟΠΟΣ

Κύριος σκοπός της εργασίας είναι να αναλύσει τις έξι βασικές αρχές που αφορούν στη σύσταση της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου κατά Lamaze.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε διεθνείς βάσεις με λέξεις κλειδιά: Lamaze method, natural birth, psychoprophylaxis για αρθρογραφία της τελευταίας δεκαετίας, από όπου βρέθηκαν 32 ανασκοπικές και 20 ερευνητικές μελέτες. Τα κριτήρια αποκλεισμού από την ανασκόπηση ήταν οι μελέτες που αναφέρονταν στη συνύπαρξη άλλων παραγόντων (π.χ. κοινωνικούς). Ως αποδεκτές για την ανασκόπηση κρίθηκαν τελικά σύνολο από 13 ανασκοπικές και 12 ερευνητικές μελέτες που σχετιζόνταν με τις βασικές αρχές της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου κατά Lamaze και ήταν δημοσιευμένες σε έγκυρα εξειδικευμένα περιοδικά στο χώρο της μαιευτικής. Πηγή συλλογής υλικού ήταν η βάση δεδομένων Medline, Google και Pubmed ενώ έγινε κριτική ανάλυση των ανευρεθέντων άρθρων, τα οποία αφορούσαν κυρίως στα έτη 2001-2012, με έμφαση στην τελευταία πενταετία.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι βασικές αρχές της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου κατά Lamaze είναι οι ακόλουθες :

**1η αρχή: Αφήστε τον τοκετό να ξεκινήσει μόνος του.** Σε όλη την υφήλιο οι γυναίκες που περιμένουν να γεννήσουν έχουν όλες την ίδια αγωνία για την έναρξη αλλά και την εξέλιξη του τοκετού τους. Η αυτόματη έναρξη ή η πρόκληση του φυσιολογικού τοκετού είναι ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα θέματα στη μαιευτική σήμερα. Στα περισσότερα νοσοκομεία ο τοκετός προκαλείται με τεχνητά μέσα μόνο επί ιατρικών ενδείξεων και πάντα σε αυτή την περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας ακολουθούν αυστηρά πρωτόκολλα που αφορούν στην πρόκληση τοκετού. (Simkin et al, 2002; Storton et al, 2007) Εντούτοις όμως παρατηρείται ενίοτε να αναφέρονται <<ειδικές>> ενδείξεις πρόκλησης τοκετού από κάποιους περιγεννητιστές που περισσότερο θα μπορούσε κάποιος να πει ότι διευκολύνουν τις επιθυμίες των επίτοκων παρά τα ιατρικά πρωτόκολλα. Είναι αρκετές οι κυοφορούσες που έχουν σύγχυση για τις πραγματικές ενδείξεις πρόκλησης τοκε-

τού. Τα πιο σημαντικά ερωτήματα των περισσότερων επιτόκων είναι εάν προκαλούνται επιπλοκές από την πρόκληση τοκετού με τεχνητά μέσα, εάν υπάρχουν οφέλη από την αυτόματη έναρξη του τοκετού χωρίς να παρέμβει κανένας, πότε πρέπει να γίνεται πρόκληση και πότε είναι καλύτερα κάποιος να περιμένει την αυτόματη έναρξη του τοκετού. (Munro et al, 2002) Το πιο σημαντικό που φαίνεται να απασχολεί είναι ποιες είναι οι ασφαλέστερες συνθήκες για το έμβρυο αλλά και για τη μητέρα. Αυτό που κυρίως χρειάζεται είναι οι μέλλοντες γονείς αλλά και οι περιγεννητιστές να καταλάβουν ότι όλες οι πρακτικές που θα ακολουθηθούν θα πρέπει να διασφαλίζουν μια υγιή, ασφαλή αλλά και ικανοποιητική εμπειρία φυσιολογικού τοκετού. Παρότι ο τοκετός μοιάζει στις γυναίκες να είναι ένα ανυπέβλητο εμπόδιο στο να αποκτήσουν ένα παιδί η προσέγγιση της μεθόδου των <<αναπνοών>> κατά Lamaze κάνει τη διαδικασία να μοιάζει όλο και πιο εύκολη σαν ένας κώδικας αποκρυπτογράφησης του τοκετού. (Storton et al, 2007) Το γυναικείο σώμα είναι άψογα σχεδιασμένο για να γεννήσει φυσιολογικά. Εκ των πραγμάτων τις τελευταίες εβδομάδες κύησης το σώμα μιας γυναίκας και το έμβρυο προετοιμάζονται για τον επερχόμενο τοκετό. Για μια πρωτότοκο γυναίκα το έμβρυο συχνά κατεβαίνει μέσα στην πύελο για να πάρει την οριστική του θέση λίγες εβδομάδες πριν την έναρξη του τοκετού (συνήθως από τις 36 εβδομάδες κύησης και μετά). Ο τράχηλος αρχίζει να ωριμάζει, να γίνεται πιο λεπτός και να χάνει το μήκος του σταδιακά λίγο πριν την έναρξη του τοκετού. Έτσι μια γυναίκα αρχίζει να αισθάνεται τις πρώτες συστολές, που είναι προπαρασκευαστικές και βοηθούν στην εξάλειψη του τραχήλου της μήτρας αρκετές εβδομάδες πριν τον τοκετό της. Μέχρι και τις 42 εβδομάδες κύησης, όπως αναγράφεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία είναι θεμιτό να περιμένουμε την αυτόματη έναρξη του τοκετού πάντα όμως υπό το άγρυπνο βλέμμα της παρακολούθησης των μαιευτήρων και μαιών, που είναι σε θέση να αξιολογήσουν την αναμονή, διασφαλίζοντας παράλληλα τη μητρική αλλά και την εμβρυϊκή ακεραιότητα και υγεία. Κατά τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης τα πνευμόνια του εμβρύου ωριμάζουν και αυτά, το έμβρυο αποκτά ένα προστατευτικό έξτρα στρώμα από λίπος στο σώμα του ενώ παράλληλα ο εγκέφαλος του συνεχίζει να αναπτύσσεται έως και τις 41 εβδομάδες κύησης. Αύξηση της λευκής ουσίας παρατηρείται στον εμβρυϊκό εγκέφαλο από την 35η έως και την 41η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Το πώς ένας εμβρυϊκός εγκέφαλος αναπτύσσεται ενδομήτρια σε σύγκριση με την εξωμήτρια ανάπτυξη έχει κατά καιρούς αποτελέσει αντικείμενο μελέτης. Όταν πλέον τα εμβρυϊκά όργανα έχουν πλήρως ωριμάσει τότε το έμβρυο είναι έτοιμο για την εξωμήτριο ζωή και δίνει το δικό του σήμα εκκρίνοντας ορμόνες που πυροδοτούν τον τοκετό. Παράλληλα οι ορμόνες της μητέρας στο τέλος μιας εγκυμοσύνης σηματοδοτούν την έναρξη ενός τοκετού. Η μετάβαση από την ενδομήτρια στην εξωμήτρια ζωή μέσα από ένα φυσιολογικό τοκετό και τη δίοδο μέσα από

το γεννητικό σωλήνα της μητέρας είναι το πρώτο ερέθισμα για την πρώτη έκπτυξη των πνευμόνων. Ακόμα και στις περιπτώσεις που ένα νεογνό πρέπει να γεννηθεί με καισαρική τομή είναι πολύ πιο επισφαλές για ένα έμβρυο να περιμένουμε να ξεκινήσει μόνο του τον τοκετό, να μας δείξει ότι είναι έτοιμο για τη ζωή και μετά να κάνουμε την καισαρική τομή. Μια φυσιολογική εγκυμοσύνη χρονικά έχει διάρκεια από 38-42 εβδομάδες. Από την 41η μέχρι την 42η εβδομάδα κύησης είναι αμφίβολο πόσο πρέπει κάποιος να περιμένει την έναρξη του τοκετού και υπό ποιές συνθήκες. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν ότι το να περιμένει κανείς έως την 42η εβδομάδα δεν είχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την περιγεννητική θνησιμότητα. (Hoffman et al, 2003; Engle et al, 2006) Υπό την προϋπόθεση ότι δεν συντρέχουν ιατρικοί λόγοι να αποπερατωθεί ένας τοκετός εάν περιμένουμε έως την 42η εβδομάδα κύησης τότε θα έχουμε επιπλοκές περίπου 500.000 λιγότερες επίτοκες στις οποίες θα έχει γίνει κάποια αδικαιολόγητη ιατρική επέμβαση, πράγμα πολύ σημαντικό για την περιγεννητική εμβρυϊκή και μητρική νοσηρότητα καθώς και για το κόστος που απορρέει από αυτά. (Goer et al, 2007) Δεν χρειάζεται να γίνει πρόκληση τοκετού παρά μόνο όταν υπάρχει απόλυτη ένδειξη. Συνήθως η υποψία ενός μεγάλωσμου νεογνού αποτελεί αιτία πρόκλησης τοκετού ενώ ουσιαστικά δεν είναι, αφού η αυτόματη έναρξη τοκετού είναι ο καλύτερος τρόπος να σου πει από μόνο του ένα έμβρυο πότε είναι έτοιμο να γεννηθεί. (Simkin et al, 2002; Lantz et al, 2005; Storton et al, 2007; Sakala et al, 2008) Ο φυσιολογικός τοκετός είναι ίσως ο μόνος δρόμος για να έχει την ελευθερία κινήσεων που επιθυμεί μια γυναίκα κατά τη διάρκεια του τοκετού της και να αποφύγει τις περισσές ιατρικές επεμβάσεις. Η δυνατότητα της ελευθερίας των κινήσεων και της φυσικής έκκρισης των ορμονών κατά τον τοκετό είναι αυτά που χαρίζουν σε μια γυναίκα την εμπειρία του φυσιολογικού τοκετού έτσι όπως πρέπει να είναι. (Hofmeyr et al, 2008)

**2η αρχή: Περπατήστε, κινήστε και αλλάζετε θέσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού.** Το περπάτημα, η κίνηση και η εναλλαγή θέσεων της επιτόκου κατά τη διάρκεια του τοκετού κάνουν τον τοκετό ως διαδικασία ευκολότερη. Είναι πολύ χρήσιμο και μάλλον το βέλτιστο για μια γυναίκα να χρησιμοποιεί τη βαρύτητα για να βοηθήσει το παιδί της να κατέλθει στον πυελογεννητικό σωλήνα. (Simkin et al, 2002; Lawrence et al, 2009) Η βαρύτητα είναι καθοριστικός παράγων για την κάθοδο του εμβρύου και την περιστροφική κίνηση της κεφαλής μέσα στον πυελογεννητικό σωλήνα όσον αφορά στο μηχανισμό εξέλιξης του τοκετού ενώ αποτελεί βοηθό και υποκινητή και για την αύξηση του μεγέθους και των διαστάσεων της λεκάνης. Η κίνηση συμβάλλει στην καλύτερη ανταπόκριση στον πόνο και μειώνει τη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού. (Hodnett et al, 2009) Πολλές είναι οι εικόνες που κάθε φορά βλέπει κάποιος για τις στάσεις και τις

θέσεις που παίρνει μια γυναίκα στον τοκετό. Τα πιο πολλά μαιευτήρια ανά τον κόσμο σήμερα παρέχουν την υλικοτεχνική δομή για να γεννήσουν οι γυναίκες σε διάφορες θέσεις και με διάφορες στάσεις με ειδικότερη έμφαση στην τελική θέση του σώματος κατά την εξώθηση. Η μείωση του χρόνου διάρκειας του πρώτου σταδίου του τοκετού μπορεί να είναι έως και 50% όταν μια γυναίκα έχει τη δυνατότητα να αλλάζει θέσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού, εύρημα μεγάλης πολυκεντρικής μελέτης στις ΗΠΑ. (Roberts et al, 2004) Όταν μια επίτοκος περπατάει ή κινείται κατά τη διάρκεια του τοκετού, η μήτρα αλλά και οι μύες που την περιβάλλουν και την στηρίζουν εργάζονται πολύ πιο αποτελεσματικά. Η συχνή εναλλαγή θέσεων μετακινεί το οστέινο κομμάτι της λεκάνης, βοηθά το έμβρυο να προσαρμοστεί καλύτερα με κατακόρυφες θέσεις ενώ απελευθερώνει το κεφάλι μέσα στο γεννητικό κανάλι. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι εσωτερικές αλλά και οι εξωτερικοί διάμετροι της λεκάνης προσαρμόζονται, αυξάνουν και αλλάζουν σύμφωνα με την κίνηση και την εναλλαγή θέσεων της επιτόκου κατά τον τοκετό. Πολλές φορές ακόμα και εάν για άγνωστους λόγους φαίνεται να επιβραδύνεται η εξέλιξη του τοκετού, η εναλλαγή κινήσεων συμβάλλει στο να επανακτήσει ο τοκετός πάλι τους γρήγορους ρυθμούς του. Συνάμα δε θα πρέπει να παραλείπεται το γεγονός ότι ο πόνος στην οσφυ έπαυξάνεται όσο μια γυναίκα βρίσκεται σε ύπτια θέση. (Sakala et al, 2008; Lawrence et al, 2009)

**3η αρχή: Φέρετε μαζί σας στον τοκετό σας ένα αγαπημένο πρόσωπο, φίλο είτε αδερφό για να έχετε συνεχή υποστήριξη.** Στο παρελθόν η ενημέρωση για τον τοκετό ήταν κάτι που γινόταν από τις μητέρες και τις αδερφές. Οι ιστορίες και οι οικογενειακές παραδόσεις βοήθησαν τις γυναίκες να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση στο δύσκολο έργο του να φέρουν εις πέρας τον τοκετό τους. Κατά παράδοση οι μητέρες, οι αδερφές και οι πρώτου βαθμού συγγενείς μαζεύονταν γύρω από την επίτοκο και προσπαθούσαν να την ενισχύσουν ψυχολογικά για να γεννήσει. Βοηθούσαν τη μαία ενώ έκαναν ότι τους υποδείκνυε προκειμένου να συμμετέχουν σε όλη αυτή τη διαδικασία του τοκετού και του ερχομού ενός νέου ανθρώπου. (Hodnett et al, 2007) Αργότερα και κυρίως κατά τις αρχές του 20ου αιώνα ο τοκετός μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο, εκεί όπου η επίτοκος απομονώθηκε μόνη της στην αίθουσα τοκετών με τους συγγενείς να περιμένουν απέξω. (Hodnett et al, 2009) Οι μαίες και οι γιατροί προσφέρουν μεν υποστήριξη αλλά από την άλλη έχουν να φροντίσουν πολλές γυναίκες ταυτόχρονα. Οι ευθύνες των μαιών και των γιατρών πρέπει να επιμερίζονται ταυτόχρονα σε πολλές επίτοκες. Το 1960 η διεθνής οργάνωση του Lamaze αλλά και των άλλων περιγεννητιστών πέτυχε στο να αλλάξουν οι όροι, αφού κατάφερε να αλλάξει τις συνθήκες μέσα στην αίθουσα τοκετών, έτσι ώστε οι πατεράδες να έχουν τη δυνατότητα να παρευρίσκονται μέσα στην αίθουσα τοκετών. (Campbell et al,

2007; Mottl-Santiago et al, 2008) Σύμφωνα με τη διακήρυξη του Lamaze οι πατεράδες των νεογνών δίνουν την απόλυτη αγάπη τους και φυσικά δικαιούνται να παρευρίσκονται στην γέννηση του παιδιού τους, ενώ οι γυναίκες δεν είναι υποχρεωμένες να γεννούν μόνες τους. (Chalmers et al, 2001) Πρόσφατα, οι γυναίκες ανακάλυψαν και πάλι την αξία του να παρίσταται και να συμπαρίσταται ο πατέρας στον τοκετό. Πέραν του πατέρα για πολλές γυναίκες η επιπρόσθετη φυσική παρουσία κάποιων εκ των αγαπημένων τους προσώπων είναι απαραίτητη σε αυτή την εμπειρία που βιώνουν. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού από τα νοσοκομεία σε συνδυασμό με τον υπέρογκο φόρτο εργασίας πολλές φορές δε δίνει τη δυνατότητα σε μια μαία να αναλογεί σε μια γυναίκα, πράγμα που δυσαρεστεί τις περισσότερες γυναίκες. (Lantz et al, 2005; Hodnett et al, 2007) Ως αποτέλεσμα αυτού έχει αναπτυχθεί η τάση οι περισσότερες γυναίκες να αναζητούν και να έχουν κάποια μαία προσωπικά υπεύθυνη για αυτές, που θα τους έχει διδάξει τη μέθοδο της ψυχοπροφύλαξης και θα τις συνοδεύει στον τοκετό τους. Η εναλλακτική λύση που προτείνεται από κάποιους είναι το πρόσωπο της μαίας να αντικαθίσταται από αυτό του πατέρα, ο οποίος έχει εκπαιδευτεί παράλληλα και αυτός με τη μέθοδο της ψυχοπροφύλαξης και μπορεί να ανταπεξέλθει στην κρίσιμη φάση του τοκετού με τον ίδιο τρόπο όπως και η μαία. Ο τοκετός προκαλεί ένα ιδιαίτερα αυξημένο συγκινησιακό φορτίο τόσο στην επίτοκο όσο και στον πατέρα του παιδιού με τη μοναδικότητα και την ένταση που απορρέει. Πρόκειται για έντονα συγκινησιακές και φορτισμένες στιγμές που μπορεί να φοβίσουν και να προκαλέσουν ακαθόριστα συναισθήματα σε μια επίτοκο εάν τα βιώσει μόνη της χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον, χωρίς τον πατέρα του παιδιού ή και κάποια από τα αγαπημένα της πρόσωπα. Από μελέτες έχει εξαχθεί το συμπέρασμα ότι χρήσιμο για μια επίτοκο είναι να έχει μαζί της ένα πρόσωπο φιλικό, το οποίο να έχει ήδη βιώσει στο παρελθόν την εμπειρία της ψυχοπροφύλακτικής μεθόδου κατά Lamaze, με την οποία να έχει φέρει εις πέρας ένα φυσιολογικό τοκετό. (McGrath et al, 2008) Οι επίτοκες λαμβάνουν την πλήρη οικειότητα από αδερφικά πρόσωπα και ξεπερνούν με αυτόν τον τρόπο όλα τους τα συναισθηματικά συμπλέγματα αλλά και τις ανασφάλειες που πηγάζουν από τον πόνο που προέρχεται από τις συστολές του τοκετού. (Hodnett et al, 2007; Leslie et al, 2007; Sakala et al, 2008)

**4η αρχή: Αποφύγετε ιατρικές παρεμβάσεις που δεν είναι ιατρικώς αναγκαίες.** Η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης έχει κάνει τον τοκετό ασφαλέστερο ακόμα και για κυοφορούσες που είναι υψηλού κινδύνου ενώ ταυτόχρονα έχει αποδειχτεί ευεργετική ως προς τη διαχείριση των πρόωρων τοκετών. Είναι δυστυχώς όμως πολλά τα νοσοκομεία που χρησιμοποιούν τεχνολογικά μέσα για καθαρά προληπτικούς λόγους ενώ δεν υπάρχει πραγματικά ένδειξη, με αποτέλεσμα την κατάχρηση της ιατρικής

τεχνολογίας σε βάρος της φυσιολογίας του τοκετού. Οι επίτοκες αισθάνονται καλωδιωμένες και δικτυωμένες όταν πολλά μηχανήματα και τεχνολογικά μέσα χρησιμοποιούνται παρεμβαίνοντας στη φυσιολογία και την πορεία του τοκετού. (Simkin et al, 2002; Hodnett et al, 2009) Ο Lamaze προτείνει όλες οι επεμβατικές ενέργειες να πραγματοποιούνται αυστηρά μόνο επί ιατρικής ένδειξης. (Gourouni et al, 2007) Είναι ευρέως γνωστό ότι η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών έχει μετατραπεί σε πρωτόκολλο στα περισσότερα μαιευτήρια ενώ απαγορεύεται η λήψη από του στόματος τροφής και υγρών. Η τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής είναι ίσως αναγκαία για κάποιους περιγεννητικούς προκειμένου να καλυφθεί η πιθανότητα ενός οξέος συμβάντος και το ενδεχόμενο της αναγκαιότητας μιας άμεσης ενδοφλέβιας πρόσβασης για χορήγηση φαρμάκων. Σε γυναίκες που δεν έχουν αυξημένο κίνδυνο να τύχουν κάποιου ανεπιθύμητου συμβάντος στον τοκετό τους η τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής δεν είναι αναγκαία. Τα ενδοφλέβια υγρά δεν παρέχουν το ιδεώδες διατροφικό ισοζύγιο ούτε και την αναγκαία ηλεκτρολυτική ισορροπία. Από την άλλη η τοποθέτηση ενός φλεβοκαθετήρα είναι οδυνηρή και στρεσογόνος ενώ κάποιες φορές δυσκολεύει τις γυναίκες να αλλάζουν θέση και να κινούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού. Τα περισσά υγρά που ενδέχεται να χορηγηθούν ενδοφλέβια δύνανται να δράσουν τοξικά στον οργανισμό της επίτοκου αλλά και στο έμβρυο. Μελέτες έχουν δείξει ότι η χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών επιβραδύνει τον τοκετό, παρατείνει την φάση της εξώθησης και αυξάνει τον κίνδυνο επεμβατικών πράξεων. Επιπροσθέτως καμία μελέτη δεν έχει καταλήξει στο συμπέρασμα ότι σε οξέα συμβάματα υψηλού κινδύνου σε τοκετό, η τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής βελτίωσε το αποτέλεσμα. Η ύπαρξη ανοικτής ενδοφλέβιας γραμμής καθίσταται απόλυτα αναγκαία εφόσον ο τοκετός έχει προκληθεί με τεχνητά μέσα, σε περίπτωση επισκληριδίου αναισθησίας, εάν είναι απαραίτητο να χορηγηθούν φάρμακα και αντιβιοτικά είτε εάν για οποιοδήποτε λόγο οι επίτοκες δε μπορούν να λάβουν από του στόματος τροφή και υγρά. Άσχετα με το χώρο που επιλέγει η κάθε γυναίκα για να γεννήσει, η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου κατά τη διάρκεια του τοκετού θα πρέπει να παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα είτε σποραδικά με όποιο τεχνολογικό μέσο διατίθεται. Μια τακτική που είθισται είναι να παρακολουθείται η καρδιακή λειτουργία για τα 20 λεπτά της ώρας και τα υπόλοιπα 40 λεπτά να είναι ελεύθερα παρακολούθησης. (Simkin et al, 2002) Όσο η γυναίκα δεν παρακολουθείται με τη χρήση καρδιοτοκογράφου μπορεί με μεγαλύτερη άνεση να κινείται και να διαθέτει τον εαυτό της όπως θέλει. Το χρονικό διάστημα που η επίτοκος δεν παρακολουθείται μπορεί να κάνει ένα μπάνιο είτε ένα χαλαρωτικό μασάζ. Έχει αποδειχτεί από μελέτες ότι η συνεχής ακρόαση της καρδιακής λειτουργίας είναι κάτι που αποσπά την προσοχή της επίτοκου και την αποσυντονίζει από το ρυθμό των αναπνοών και

τη χαλάρωση της. (Hodnett et al, 2009) Ακόμα πιο πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ο θόρυβος των μόνιτορ ωθεί τις μαιές να προβαίνουν σε περισσότερες επεμβατικές ενέργειες. Η ηλεκτρονική παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου εφαρμόστηκε όταν ακόμα δεν ήταν γνωστή η ακριβής της δράση γύρω στο 1970. Δεν έχει σαφέστατα αποδειχτεί εάν έχει αρνητική ή θετική δράση αλλά σίγουρα πάντως έχει δράση αποσυντονισμού της επίτοκου στο έργο του τοκετού. Ειδικά για τις γυναίκες που είναι χαμηλού κινδύνου για κάποια επιπλοκή στον τοκετό η συνεχής χρήση καρδιοτοκογραφίας δεν συνιστάται. Η άμεση ακρόαση με πιο απλά μέσα (ένα απλό στηθοσκόπιο ή μια συσκευή Doppler) της καρδιάς του εμβρύου είναι πιο χρήσιμη και λιγότερο στρεσογόνος τόσο για τη γυναίκα, το έμβρυο αλλά και τη μαιά. Ένα άλλο θέμα που μοιάζει να απασχολεί τους περισσότερους μαιευτήρες είναι η επιτάχυνση ενός φυσιολογικού τοκετού με διάφορα τεχνητά μέσα, που μοιάζει με να είναι πρόκληση αλλά από την άλλη το να προβαίνει κανείς σε περισσές επεμβατικές ενέργειες στον τοκετό μπορεί να γίνει εξαιρετικά επιβλαβές. Κάθε τοκετός είναι μοναδικός και επηρεάζεται από πολλούς και διάφορους παράγοντες, όπως το μέγεθος και η θέση του εμβρύου ενδομήτρια, η δυνατότητα της επίτοκου να κινείται άνετα, η αυτοπεποίθηση που αισθάνεται η επίτοκος και η βοήθεια που παρέχεται στην επίτοκο. (Simkin et al, 2002) Η τεχνητή ρήξη θυλακίου, ως μέθοδος πρόκλησης τοκετού πιστεύεται ότι επιταχύνει τον τοκετό αλλά ουσιαστικά δεν παρέχει καμία ιδιαίτερα ευεργετική δράση στην εξέλιξη του. (Hodnett et al, 2009) Αντιθέτως έχει συσχετιστεί από μελέτες ότι αυξάνει την επίπτωση των καισαρικών τομών. (Hodnett et al, 2009) Ένα άλλο ζήτημα που πρέπει κάθε επίτοκος να σκέφτεται πολύ προσεκτικά πριν αποφασίσει να κάνει μια επισκληριδίου αναισθησία είναι όλες οι πιθανές επιπλοκές της. (Simkin et al, 2002) Εάν ένα έμβρυο είναι μεγαλόσωμο και καθυστερεί να κατέλθει μέσα στον πυελογεννητικό σωλήνα της μητέρας του τότε η επίτοκος απολαμβάνει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να ξεκουραστεί με τη βοήθεια της επισκληριδίου έως ότου εξελιχθεί φυσιολογικά ο τοκετός της. Είναι γνωστό ότι με την επισκληριδίου αναισθησία οι πυελικοί μύες χαλαρώνουν και ο τοκετός επιβραδύνεται χρονικά αφού ο μυς της μήτρας χαλαρώνει υπό την επιρροή των φαρμάκων και γίνεται ίσως και αναποτελεσματικός σε ένα βαθμό στη λειτουργία του. Συνεπώς η εφαρμογή επισκληριδίου δεν αρμόζει σε ένα καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό τοκετό. Ένα ακόμα ζήτημα που προκύπτει είναι η εκτέλεση της περινεοτομίας κατά την τελική φάση της εξώθησης, αφού μέχρι πρόσφατα η περινεοτομία (χειρουργικά η τομή της περιοχής ανάμεσα στον κόλπο και τον πρωκτό με στόχο να διευρευνηθεί το άνοιγμα του κόλπου και να διευκολυνθεί ο τοκετός) γινόταν συστηματικά στις ΗΠΑ. (Hartmann et al, 2005) Δεν υπάρχει καμία σαφής ένδειξη ότι η περινεοτομία μειώνει τον κίνδυνο περιγεννητικού τραύματος,

βελτιώνει την επούλωση του τραυματισμένου περινέου, μειώνει τον κίνδυνο για περιγεννητική βλάβη στο νεογνό είτε μειώνει τον κίνδυνο μελλοντικής ακράτειας από χαλάρωση του ουροποιητικού ή του γαστρεντερικού σωλήνα. Η περινεοτομία συνδέεται με περισσότερο πόνο, ράμματα στην περιοχή και προβλήματα κατά την επάνοδο στην σεξουαλική ζωή του ζεύγους.

**5η αρχή: Αποφύγετε να γεννήσετε ξαπλωμένη σε ύπια θέση και εξωθήστε όπως σας βοηθάει καλύτερα το σώμα σας.** Καθόλη τη διάρκεια των ετών έχουμε αντικρίσει μπροστά μας διάφορες εικόνες που απεικονίζουν γυναίκες να χρησιμοποιούν διάφορες θέσεις και στάσεις για να γεννήσουν. Άλλες γεννούν όρθιες, άλλες καθιστές, σε ύπια θέση, γονατιστές αλλά και στο πλάι με το ένα πόδι σε ανάταση. (Hodnett et al, 2007; Leslie et al, 2007) Είναι στατιστικά αποδεδειγμένο ότι όσες γυναίκες χρησιμοποίησαν τη βαρύτητα και την κατακόρυφη ροπή για να γεννήσουν είχαν και ευκολότερο τοκετό. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη το 2005 το 57% των γυναικών που γέννησαν ήταν σε ύπια θέση ενώ μόλις το 35% γέννησαν σε μια ημικαθιστική θέση. Μόνο το 21% των γυναικών της μελέτης ανέφεραν ότι οι μαιές τους υπέδειξαν ένα συγκεκριμένο τρόπο για να εξωθήσουν. (Jordan et al, 2005) Συνήθως εξωθούνται με όποιο τρόπο επιθυμούσαν. Σύμφωνα με τις πλέον πρόσφατες μελέτες η όρθια θέση, η γονατιστή θέση < στα τέσσερα - χέρια / πόδια > είτε στο πλάι εξωθούσα με το ένα πόδι σε κάμψη αποτελούν τις θέσεις που είναι καλύτερες για τον τοκετό. Όλες οι επίτοκες θα πρέπει να ενημερώνονται εγκαίρως για τις πλέον κατάλληλες και ευεργετικές θέσεις του τοκετού, να αφήνονται να εξωθήσουν στο δικό τους ρυθμό και να μην πιέζονται για βίαιη εξώθηση. (Lantz et al, 2005; Lawrence et al, 2009)

**6η αρχή: Βάλετε τη μητέρα με το νεογνό μαζί αμέσως μετά τον τοκετό.** Είναι ότι καλύτερο μπορείτε να κάνετε για τη μητέρα, το νεογνό και το θηλασμό. Εδώ και πολλά χρόνια, από όταν ο τοκετός μετακόμισε από το σπίτι στο μαιευτήριο τα περισσότερα νεογέννητα απομακρύνονται για κάποιες ώρες, αρκετές σε κάποιες περιπτώσεις, από τις μητέρες τους. Η μητέρα είθισται να πηγαίνει σε ένα δωμάτιο για να κοιμηθεί ενώ το νεογνό σε ένα θάλαμο νεογνών για να είναι υπό την επίβλεψη των μαιών για κάποιες ώρες ενώ θα επιστρέφει στη μητέρα του κάθε φορά που πρόκειται να φάει. Η ιατρονοσηλευτική κοινότητα συνήθιζε να πιστεύει ότι ήταν καλύτερα και ασφαλέστερα για το νεογνό ενώ και η μητέρα είχε απόλυτη ανάγκη για ξεκούραση. Από αρχής δημιουργίας του κόσμου οι μητέρες περίμεναν τα νεογνά τους όταν γεννηθούν να τα κρατήσουν στην αγκαλιά τους. Όλες οι γυναίκες προτιμούν να κρατούν τα νεογνά τους ακόμα και όταν κοιμούνται, προκειμένου να τα κρατούν ασφαλή και ζεστά, ήρεμα και ανακουφισμένα. Σε πρόσφατες μελέτες φάνηκε ότι ήταν καλύτερο τα νεογνά να παραμένουν με τις

μητέρες τους. (Hodnett et al, 2007) Η απομάκρυνση του νεογνού από τη μητέρα μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιβλαβής όταν ειδικά διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό. Τα νεογνά παραμένουν ζεστά και κλαίει λιγότερο, θηλάζουν καλύτερα και πιο εύκολα όταν παραμένουν από τη πρώτη στιγμή κοντά στη μητέρα τους. (Sakala et al, 2008; Lawrence et al, 2009)

### **Συζήτηση**

Η πρόκληση τοκετού με τεχνητά μέσα δεν είναι ακίνδυνη. Από αυτήν ενέχεται σοβαρός κίνδυνος ενός οξέως αλλά και βίαιου-εργώδους τοκετού. Η καισαρική τομή ακολουθεί ως συνέπεια στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκλησης τοκετού ενώ υπάρχει αυξημένη συχνότητα περιστατικών δυστοκίας στα νεογνά. Αρκετές φορές παρουσιάζονται μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως πυρετός και αλλοίωση καρδιακών παλμών. Επιπροσθέτως τις περισσότερες φορές σε περίπτωση πρόκλησης τοκετού γίνεται αναγκαία η χρήση επισκληριδίου αναισθησίας ή άλλων μέσων αναισθησίας. Αυτές είναι μόνο μερικές από τις επιπλοκές της πρόκλησης τοκετού και της χρήσης περισσών ιατρικών επεμβάσεων. Το αποτέλεσμα βίαιης πρόκλησης του τοκετού είναι η αύξηση της μετεγχειρητικής νοσηλείας του νεογνού και της μητέρας. Η δυνατότητα να μπορεί μια επίτοκος να διαθέτει τον εαυτό της και τον τοκετό της όπως εκείνη επιθυμεί είναι και το πλέον ζητούμενο από τις περισσότερες επίτοκες, που το μόνο που επιθυμούν είναι ελευθερία κινήσεων και άνεση στον τοκετό τους. Ο τοκετός με φυσικά μέσα και με την παρουσία αγαπημένων προσώπων είναι ο ιδεώδης και πλέον επιθυμητός τρόπος να φέρει μια γυναίκα στον κόσμο το νεογνό της.

### **Συμπεράσματα**

Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος κατά Lamaze αποτελεί εδώ και πολλές δεκαετίες την πλέον χρησιμοποιούμενη μέθοδο σε φυσιολογικό τοκετό με τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας και ικανοποίησης των επιτόκων (85-92 %) ενώ χαιρεί υψηλής εκτίμησης και αποδοχής από όλους τους μαιευτές και μαιευτήρες. (Simkin et al, 2002) Οι έξι βασικές αρχές που την διέπουν έχουν ως στόχο την ελαχιστοποίηση των ιατρικών παρεμβάσεων, την επίτευξη ενός φυσιολογικού τοκετού που θα ξεκινήσει μόνος του, τη δυνατότητα εξέλιξης του τοκετού με απόλυτα φυσιολογικό τρόπο, την παρουσία των ανθρώπων που μπορούν να παρέχουν στήριξη στην επίτοκο καθόλη τη διάρκεια του τοκετού αλλά και το τελικό δέσιμο μητέρας-νεογνού μετά την αποπεράτωση του τοκετού. (Sakala et al, 2008; Lawrence et al, 2009) Ο φυσιολογικός τοκετός είναι μια μοναδική εμπειρία που κάθε γυναίκα δικαιούται να απολαύσει στη ζωή της και να βιώσει έχοντας δίπλα της μόνο τους ανθρώπους που έχει επιλέξει αλλά και τον πατέρα του παιδιού της. Οι περισσές επεμβατικές ενέργειες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να μην ικανοποιούν τις επίτοκους αφού τους στερούν τη δυνατότητα να έχουν τον απόλυτο έλεγχο του τοκετού τους. Συμπερα-

σματικά, σύμφωνα και με τις διεθνείς συστάσεις του Lamaze, ο τοκετός είναι προσωπική εμπειρία της επιτόκου που μόνο εκείνη ξέρει και μπορεί να χειριστεί με τον πλέον κατάλληλο τρόπο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adachi, K., Shimada, M., & Usai, A. (2003). The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nursing Research*, 52(1), 47–51

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2004). ACOG Practice Bulletin No. 55: Management of post term pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 104(3), 639–646

Ben-Haroush, A., Yogeve, Y., Bar, J., Glickman, H., Kaplan, B., & Hod, M. (2004). Indicated labor induction with vaginal prostaglandin E2 increases the risk of cesarean section even in multiparous women with no previous cesarean section. *Journal of Perinatal Medicine*, 32(1), 31–36.

Campbell, D., Scott, K. D., Klaus, M. H., & Falk, M. (2007). Female relatives or friends trained as labor doulas: Outcomes at 6 to 8 weeks postpartum. *Birth*, 34(3), 220–227

Chalmers, B., & Porter, R. (2001). Assessing effective care in normal labor: The Bologna Score. *Birth*, 28(2), 79–83

Condon, J. C., Pancharatnam, J., Faust, J. M., & Mendelson, C. R. (2004). Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(14), 4978–4983

Engle, W. A. (2006). A recommendation for the definition of "late-preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 2–7

Goer, H., Leslie, M. S., & Romano, A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *The Journal of Perinatal Education*, 16(Suppl. 1), 32S– 64S

Gourounti, K., & Sandall, J. (2007). Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: Effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery—A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 1029–1035.

Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 293(17), 2141–2148

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003766. DOI: 1002/14651858.CD003766.pub2 [This review is available at no charge on the Childbirth Connection Web site at [http://www.childbirthconnection.org/pdfs/co ntinuous\\_support.pdf](http://www.childbirthconnection.org/pdfs/co ntinuous_support.pdf)]

Hodnett, E. D., Stremler, R., Weston, J. A., & McKeever, P. (2009). Re-conceptualizing the hospital labor room: The PLACE (pregnant and laboring in an ambient clinical environment) pilot trial. *Birth*, 36(2), 159– 166.

Hoffman, M. K. (2003, April 29). Abstract 7S: Preinduction cervical ripening significantly increases risk of cesarean. Abstract presented at the 51st annual clinical meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists, New Orleans, LA. Also, reviewed April 30, 2003, in *Medscape Medical News*, retrieved January 31, from [www.medscape.com/viewarticle/453298\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/453298_print)

Hofmeyr, G., Neilson, J. P., Alfirevic, Z., Crowther, C. A., Duley, L., Gulmezoglu, M., et al. (2008). *Pregnancy and childbirth – A Cochrane pocketbook*. W. Sussex, England: Wiley

Jordan, S., Emery, S., Bradshaw, C., Watkins, A., & Friswell, W. (2005). The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(7), 927–934

Lantz, P., Low, L. K., Varkey, S., & Watson, R. L. (2005). Doulas as childbirth paraprofessionals: Results from a national survey. *Women's Health Issues*, 15(3), 109– 116

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD003934.

Leslie, M. S., & Storton, S. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 1: Offers all birthing mothers unrestricted access to birth companions, labor support, professional midwifery care. *The Journal of Perinatal Education*, 16(Suppl. 1), 10S–19S.

McGrath, S. K., & Kennell, J. H. (2008). A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean delivery rates. *Birth*, 35(2), 92– 97.

Mottl-Santiago, J., Walker, C., Ewan, J., Vragovic, O., Winder, S., & Stubblefield, P. (2008). A hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Maternal and Child Health Journal*, 12(3), 372–377

Munro, J., Ford, H., Scott, A., Furnival, E., Andrews, S., & Grayson, A. (2002). Action research project responding to midwives' views of different methods of fetal monitoring in labour. *MIDIRS – Midwifery Digest*, 12(4), 492–495

Roberts, C. L., Algert, C. S., & Olive, E. (2004). Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44(6), 489–494.

Sakala, C., & Corry, M. P. (2008). *Evidence-based maternity care: What it is and what it can achieve*. New York: Milbank Memorial Fund. (This report is available at no charge on the Childbirth Connection Web site at <http://www.childbirthconnection.com/pdfs/ev idence-based-maternity-care.pdf>)

Simkin, P., & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(Suppl. 5), S131–S159

Storton, S. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, and assume positions of her choice. *The Journal of Perinatal Education*, 16(Suppl. 1), 25S–27S.