

Ποιοτική κοινωνιολογική προσέγγιση της ιατρο-τεχνολογικής παρέμβασης στην περιγεννητική φροντίδα. Η επίδραση του βιοϊατρικού λόγου και βλέμματος στην παθητικότητα της εγκύου/επιτόκου

Κατερίνα Α. Αναστασίου¹

1 Τμήμα Κοινωνιολογίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μυτιλήνη, Ελλάδα

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Κατερίνα Α. Αναστασίου, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μυτιλήνη, Ελλάδα

E-mail: cathyaspa@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0001-0924-1308>

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ - KEY WORDS

ιατρο-τεχνολογική παρέμβαση, εγκυμοσύνη, τοκετός, παθητικότητα
medical-technological intervention, pregnancy, childbirth, passivity

Υποβλήθηκε: 27 Μαρτίου 2025, **Αναθεωρήθηκε:** 28 Οκτωβρίου 2025, **Εγκρίθηκε:** 5 Δεκεμβρίου 2025

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να συνεισφέρει στην κατανόηση της επίδρασης του βιοϊατρικού λόγου και βλέμματος στη στάση/συμπεριφορά της εγκύου/επιτόκου, μέσω της ανάλυσης/ερμηνείας της ιατρο-τεχνολογικής παρέμβασης.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Στην παρούσα αφηγηματική ανασκόπηση γίνεται ανάλυση περιεχομένου και ερμηνευτικές προσεγγίσεις του λόγου σχετικά με την επίδραση της ιατρο-τεχνολογικής παρέμβασης στην έγκυο/επίτοκο αλλά και το/τη γιατρό εντός του ιατρο-τεχνολογικού περιβάλλοντος. Χρησιμοποιούνται οι έννοιες της «θέασης» και «αυτοθέασης», και ο συλλογισμός διευρύνεται, περιλαμβάνοντας την επίδραση των μηχανισμών πολιτισμικού ελέγχου, μεταφερόμενοι στο σύγχρονο ιατρο-τεχνολογικό περιβάλλον. Οι παραπάνω ερμηνείες συναρθρώνονται με έννοιες της μεταδομιστικής θεωρίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ιατρο-τεχνολογική παρέμβαση σταδιακά συμβάλλει στη (συν)δόμηση ενός αδιόρατου πλέγματος εξουσιαστικών σχέσεων που έχει την τάση να εδραιώνει την παθητικότητα του γυναικείου σώματος που κυοφορεί/γεννά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα φωτίζουν αδιόρατες πτυχές του φαινομένου και μπορούν να λειτουργήσουν συνδυαστικά με την ιατρική/μαιευτική διερεύνηση που συνήθως έχει ποσοτικό χαρακτήρα. Προτείνεται διεξαγωγή διεπιστημονικής έρευνας πεδίου (ποιοτικής και ποσοτικής) για την επίδραση της ιατρικής τεχνολογίας στον ενεργητικό/παθητικό ρόλο των εγκύων/επιτόκων –ειδικά στην Ελλάδα.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The purpose of this article is to contribute to understanding of the impact of biomedical discourse and gaze on attitude/behavior of pregnant/woman who gives birth, through the analysis/interpretation of medical-technological intervention.

METHODS: Within this narrative review a content analysis and interpretive approaches to discourse are conducted regarding impact of medical-technological intervention on pregnant/woman who gives birth and to doctor as well in medical-technological environment. The concepts of “viewing” and “self-viewing” are used, and reasoning is expanded, including influence of cultural control mechanisms, transferred to modern medical-technological environment. The interpretations are articulated with concepts of poststructuralist theory.

RESULTS: Medical-technological intervention gradually contributes to (co)structuring of an invisible network of power relations that tends to consolidate passivity of body of pregnant/woman who gives birth.

CONCLUSIONS: Findings shed light on obscure aspects of the phenomenon and can function in conjunction with medical/obstetrical research, which is usually quantitative. It is proposed to conduct interdisciplinary field research (qualitative and quantitative) to assess the impact of medical-technological intervention on the active/passive role of pregnant women/women who give birth.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το γυναικείο σώμα και οι αναπαραγωγικές του λειτουργίες είχαν τεθεί υπό τον έλεγχο της επιστήμης ήδη από το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, όπως διατυπώνει η Emily Martin¹ και τον 20^ο αιώνα η ραγδαία πρόοδος της τεχνολογίας χαρακτήρισε αδιαμφισβήτητη τη μαιευτική-γυναικολογία, όπως επισημαίνει ο William Ray Arney². Η χρήση των τεχνολογιών βιοϊατρικής απεικόνισης/οπτικοποίησης (imaging technology)³ όρισαν εκ νέου το εύρος της ανθρώπινης αντίληψης και οι νέες τεχνικές συνέβαλλαν στην ανάπτυξη της τομογραφίας και της βιντεο-λαπαροσκόπησης, αναδεικνύοντας νέους κοινωνικούς παράγοντες στα τεχνολογικά δεδομένα της μαιευτικής-γυναικολογίας⁴.

Στο παρόν επιστημονικό άρθρο αφηγηματικής ανασκόπησης ερμηνεύεται η λειτουργία των τεχνολογιών οπτικοποιημένης βιοϊατρικής παρακολούθησης, προκειμένου να σκιαγραφηθούν τα θετικά/αρνητικά αποτελέσματα για το έμβρυο και την έκβαση του τοκετού. Η ιατρο-τεχνολογική παρακολούθηση αναλύεται, έχοντας ως σημείο εκκίνησης ότι στο κείμενο δε γίνεται πάντα διάκριση μεταξύ της χρήσης του υπερηχογραφήματος (κυρίως στην εγκυμοσύνη) και του καρδιοτοκογραφήματος (κυρίως στον τοκετό), καθώς από κοινού κατευθύνουν προς την παθητικότητα. Τίθενται βιοηθικοί προβληματισμοί και επιχειρείται μια ενδελεχής και πρωτότυπη κοινωνιολογική ερμηνεία βάσει ορισμένων εννοιολογικών εργαλείων που περιλαμβάνονται στο έργο (κυρίως) του Michel Foucault, της Ella Shohat και της Carole Spitzak.

Το σύστημα απεικόνισης/οπτικοποίησης στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό έχει τη δυνατότητα να χαρτογραφεί/αποτυπώνει την εικόνα της μήτρας και να επιτηρεί τη λειτουργία της. Σε δεύτερο επίπεδο ανάγνωσης μπορεί να διαμεσολαβεί ως ένα αρχικό βήμα προς την ιδεολογική/πολιτισμική κατασκευή της, που κανονικοποιείται με τεχνοκρατικούς όρους⁵, στοχεύοντας στην όλο πιο ακριβή και λεπτομερή πρόβλεψη κάθε ενδεχόμενης/υπαρκτής παθολογίας της.

Η προσπάθεια ακριβούς απεικόνισης/αποτύπωσης της μήτρας έχει ιδιαίτερη σημασία στην εγκυμοσύνη και την έκβαση του τοκετού: Η ιατρο-τεχνολογική παρακολούθηση του εμβρύου (ειδικά, η *συνεχής*) συνιστά μία από τις πρώτες ιατρικές παρεμβάσεις που ενισχύουν τον τρόπο αντιμετώπισης του τοκετού ως μιας σύγχρονης διαδικασίας αλυσιδωτών ιατρικών και τεχνολογικών παρεμβάσεων⁶. Οι τελευταίες είναι πιθανό να κατευθύνουν προς τη σχεδόν πλήρη ιατροποίηση του τοκετού, περιλαμβάνοντας την καισαρική τομή: την πιο παρεμβατική «τεχνολογία εξουσίας»^{7,8}.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ιατρο-τεχνολογική παρέμβαση στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό έχει αμφιλεγόμενα αποτελέσματα για την υγεία του εμβρύου και την έκβαση του τοκετού, με αποτέλεσμα να αναδύονται βιοηθικά διλήμματα στη σύγχρονη περιγεννητική φροντίδα. Η συγγραφέας παρουσιάζει ενδεικτικά και όχι εξαντλητικά την πολύχρονη σύγκρουση για την ασφαλή/μη ασφαλή χρήση της ιατρο-τεχνολογικής παρέμβασης: Η

εστίαση γίνεται στη σχέση μεταξύ της χρήσης της ιατρο-τεχνολογικής παρέμβασης (είτε αρνητικής είτε θετικής) και της παθητικότητας, καθώς η τελευταία μπορεί να αναδυθεί και στις δύο περιπτώσεις –πιθανόν σε διαφορετικό βαθμό. Με βάση αυτό το δεδομένο οι έρευνες που παρατίθενται για την ασφαλή/μη ασφαλή χρήση της ιατρικής τεχνολογίας είναι ενδεικτικές και χρήσιμες στο βαθμό που συνδράμουν στη σκιαγράφηση της επιστημονικής σύγκρουσης, καθώς αυτή η διαμάχη αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του σύγχρονου ιστορικού/κοινωνικού πλαισίου της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Με σκοπό την «ανάλυση περιεχομένου και τις ερμηνευτικές προσεγγίσεις του λόγου»⁹ έχει επιλεγεί αρχικώς μέρος της βιβλιογραφίας των τελευταίων (περίπου) πενήντα χρόνων σχετικά με την ασφαλή/μη ασφαλή χρήση της ιατρο-τεχνολογικής παρέμβασης. Σε αυτό συμπεριλαμβάνεται το έργο ορισμένων επιδραστικών ειδικών μιας «άλλης» οπτικής της εγκυμοσύνης/του τοκετού. Χαρακτηριστική είναι η συμβολή του συγγραφικού έργου του μαιευτήρα-γυναικολόγου Michel Odent, της μαίας Ina May Gaskin, της κοινωνικής ανθρωπολόγου Sheila Kitzinger, της ιατρικής ανθρωπολόγου Robbie Davies-Floyd και της καθηγήτριας κοινωνιολογίας και φεμινιστικών σπουδών Barbara Katz Rothman⁹⁻¹².

Για τη σκιαγράφηση της σημερινής επιστημονικής στάθμης (state-of-the-art) που αναφέρεται στην ασφαλή/μη ασφαλή χρήση των τεχνολογιών οπτικοποιημένης βιοϊατρικής παρακολούθησης έχουν αναζητηθεί σύγχρονες έρευνες των τελευταίων (περίπου) δέκα ετών και κυρίως συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις των (περίπου) τελευταίων πέντε ετών. Η αναζήτηση εστίασε σε άρθρα επιστημονικών περιοδικών με υψηλό δείκτη απήχησης (impact factor) και η επιλογή τους, ειδικά αυτών που συμβάλλουν στη συγκρότηση της πιο πρόσφατης επικαιροποιημένης γνώσης (up-to-date), έγινε με κριτήριο θεμελιώδη ερευνητικά ερωτήματα/υποθέσεις ερευνών. Αποκλείστηκαν άρθρα που αναφέρονται στη δέσμη ιδίων/παρόμοιων ερευνητικών ερωτημάτων και συμπερασμάτων, καθώς πρωταρχικός στόχος της παρούσας ανασκόπησης (με ποιοτικό προσανατολισμό), δεν είναι η εξαντλητική παρουσίαση των σχετικών ερευνών αλλά η ανάδειξη της συνεχούς και ευρείας *τάσης* στην περιγεννητική φροντίδα του δυτικού κόσμου εδώ και περίπου μισό αιώνα για συνεχή ιατρική παρακολούθηση στην εγκυμοσύνη/τοκετό.

Η βασική κοινωνιολογική ανάλυση/ερμηνεία έγινε με τη χρήση ορισμένων βασικών εννοιών του Michel Foucault («Πανοπτικών», «ιατρικό βλέμμα», «καθεστώς λόγου/αλήθειας/εξουσίας» και «τεχνολογία εξουσίας»), το έργο του οποίου εντάσσεται στη μεταδομιστική θεωρία. Σε αυτή την κατεύθυνση συνέβαλε η κοινωνιολογία του σώματος και η κοινωνική ανθρωπολογία, ενώ καθοριστική ήταν η συνεισφορά των εννοιών της «θέασης» και «αυτοθέασης» της καθηγήτριας πολιτισμικών σπουδών Ella Shohat¹, προκειμένου να αναδειχθεί ο κομβικός συλλογισμός της Carole Spitzak σχετικά με την επίδραση των μηχανισμών πολιτισμικού ελέγχου στο σύγχρονο ιατρο-τεχνολογικό περιβάλλον¹³.

Εξελίξεις: Ιατρο-τεχνολογική παρέμβαση και ασφάλεια

Εφεύρεση, διάδοση, εδραίωση

Οι σύγχρονες τεχνολογίες οπτικοποιημένης βιοϊατρικής απεικόνισης για την ηλεκτρονική παρακολούθηση της εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας και την ασφάλεια της ζωής/υγείας του εμβρύου αναπτύχθηκαν χάρη στη σύλληψη/ιδέα του εμβρύου ως ενός ξεχωριστού ασθενούς που ήταν παγιδευμένος στο γυναικείο σώμα¹⁴.

Στον προγεννητικό έλεγχο έχει πλέον εδραιωθεί η χρήση του αποκαλούμενου «υπερηχογραφήματος ρουτίνας» και οι ιατρικές εξετάσεις της εγκυμοσύνης/τοκετού έχουν μετατραπεί σε εργασιακή ρουτίνα, η οποία είναι κανονικοποιημένη ευρέως σε όλο το δυτικό κόσμο. Η εν λόγω τεχνική αποτελεί μια διαδικασία ευθυγραμμισμένη με μια πρωτίστως τεχνοκρατική αντίληψη για το ανθρώπινο σώμα. Αυτό σημαίνει ότι για να ελεγχθεί η αποκαλούμενη δυσλειτουργική μηχανική διαδικασία της εγκυμοσύνης/τοκετού, οι ιατρικές τεχνολογίες εφαρμόζονται ώστε να αποδοθούν την εγκυμοσύνη/τοκετό και να την αναδοθούν εκ νέου^{3,5}.

Το «υπερηχογράφημα ρουτίνας» ήδη από τη δεκαετία του 1960 μετατράπηκε ενθουσιωδώς στο κατεξοχήν σύμβολο/«φετίχ» της περιγεννητικής φροντίδας, καθώς οι γιατροί πίστευαν ότι, εφόσον κατέγραφαν την ανταπόκριση του εμβρύου στις συσπάσεις της μήτρας και κατάφερναν να διαγνώσουν εγκαίρως μια ενδεχόμενη αλλαγή στον καρδιακό ρυθμό του, θα μπορούσαν παρεμβατικά να αποτρέψουν τον κίνδυνο υποξίας και εν τέλει να μειώσουν τα ποσοστά θνησιμότητας των νεογνών^{15,16}. Παρόλο που τα ποσοστά αυτά δε μειώθηκαν, η συγκεκριμένη ιατρική πρακτική εξακολουθεί να λαμβάνει χώρα, προκειμένου να αξιολογηθεί οπτικά αν το έμβρυο εμφανίζει σημάδια δυσφορίας και αν η κατάστασή του χρήζει άμεσης χειρουργικής επέμβασης¹⁷.

Αυτό που φαίνεται ότι συνέβη ήταν ότι παρερμηνεύθηκε η αιτία της δυσφορίας του εμβρύου και ο ρόλος της υποξίας στο έμβρυο, καθώς οι ειδικοί είχαν εκπαιδευτεί, όχι να παρακολουθούν πώς εξελίσσεται φυσιολογικά ο τοκετός (εστιάζοντας στο σώμα της επιτόκου), αλλά να στρέφουν το ιατρικό βλέμμα στο μόνιτορ. Οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι αδυνατούσαν να διακρίνουν σε ποιες περιπτώσεις η υποξία υποδεικνύει παθολογία και σε ποιες εντάσσεται στη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού. Σε αυτή την αμφιλεγόμενη ερμηνεία των ιατρικών τεχνολογιών πρέπει να συνυπολογιστεί η αποκαλούμενη «εν δυνάμει παθολογία» και η «προσέγγιση κινδύνου», που λαμβάνονται σοβαρά υπόψη ακόμη και στις περιπτώσεις χαμηλού κινδύνου, αποτελώντας τη βάση της επιχειρηματολογίας για την ισχυροποίηση/επικράτηση του ιατρικού επαγγέλματος. Λόγω της εδραίωσης της αρχής της «προφυλακτικής θεραπείας» έχει επιβληθεί ένας αυτοματισμός κατά τον οποίο οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι προσανατολίζουν την εργασία τους (είτε την ιατρική πρακτική είτε την ιατρική έρευνα) προς παρεμβατικές λύσεις τεχνικής/τεχνολογικής μορφής. Έτσι, η δυνατότητα να ιδωθεί ο τοκετός ως κάτι φυσικό υπάρχει μόνο εκ των υστέρων^{18,19}.

Πρακτικά, αντί να περιοριστεί η χρήση του

υπερηχογραφήματος στην εγκυμοσύνη, αυτή επεκτάθηκε σχεδόν σε κάθε περίπτωση. Ενδεικτικά, έρευνα του 2013 στις ΗΠΑ επισήμανε σημαντική αύξηση της χρήσης του υπερήχου στο πέρασμα των χρόνων²⁰.

Στις επόμενες ενότητες περιγράφονται τα βασικότερα πολυπαραγοντικά αμφιλεγόμενα ευρήματα σχετικά με την ασφαλή χρήση των τεχνολογιών οπτικοποιημένης βιοϊατρικής παρακολούθησης, εστιάζοντας σε παλαιότερες αλλά και σε επικαιροποιημένες έρευνες, που αφορούν πρωτίστως τη συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου.

Πολυπαραγοντικά αμφιλεγόμενα ευρήματα

Σε μια σκεπτικιστική κατεύθυνση για την ασφαλή χρήση του υπερηχογραφήματος, έρευνα της *Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ* το 1988 προέβλεπε ότι η συνεχής ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου θα συνιστούσε αποτυχημένη εφαρμογή. Εκτιμούσε ότι οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι, ως μέλη ενός ιατρικού τομέα που κυριαρχούσε ο φόβος της κακής πρακτικής και συνεπώς των καταγγελιών/μηνύσεων, θα συνέχιζαν να την εφαρμόζουν, προκειμένου να αποφύγουν τις νομικές συνέπειες και όχι για την έμπρακτη χρησιμότητά της. Όντως, η αδυναμία του ιατρικού προσωπικού να ερμηνεύσει με ορθό τρόπο τη λειτουργία και τα ευρήματα από το νέο εξοπλισμό, δεν επέφερε μείωση των ποσοστών της νεογνικής και της περιγεννητικής θνησιμότητας αλλά την αύξηση των ποσοστών των καισαρικών τομών και άλλων παρεμβατικών πρακτικών¹⁶.

Τα ευρήματα ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 υποδείκνυαν ότι οι ολοένα αυξανόμενες ιατρικές παρακολουθήσεις του εμβρύου δε συνιστούν πάντα ωφέλιμη ιατρική πρακτική –την ίδια στιγμή που αυξάνουν το οικονομικό κόστος, θέτοντας μία επιπλέον πτυχή προς διαπραγμάτευση που αφορούσε την «εκβιομηχάνιση της γέννας»²¹. Παρόλα αυτά, η χρήση των υπερήχων δε μειώθηκε τα επόμενα χρόνια. Είναι ενδεικτικό ότι πιθανή συσχέτιση της αυξημένης χρήσης υπερήχων συνδέθηκε με αύξηση περιστατικών αυτισμού σύμφωνα με έρευνα του 2010²², ενώ έρευνα του 2013 συμπέρανε ότι ο υπέρηχος δεν αποτελεί εγγύηση βελτίωσης της κατάστασης του εμβρύου²³.

Άρχισαν να δημοσιεύονται κατευθυντήριες γραμμές, προκειμένου οι χαμηλού ρίσκου επίτοκες να παρακολουθούνται με διακεκομμένη ακρόαση του εμβρύου, ενώ σε περίπτωση που η συνεχής χρήση του υπερηχογραφήματος κρίνεται απαραίτητη, τα αποτελέσματά της να συνυπολογίζονται αυστηρώς με άλλους παράγοντες²⁴⁻²⁶. Σε αυτή την κατεύθυνση, συστηματική ανασκόπηση του 2021 για τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές πρόκρινε την ανάγκη διερεύνησης μιας κοινής προσέγγισης για την ορολογία/ταξινόμηση/ερμηνεία των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής του υπερηχογραφήματος και έκρινε σημαντική τη διεθνή συνεργασία για την έκδοση ενιαίας, εγκεκριμένης και παγκοσμίως αποδεκτής κατευθυντήριας γραμμής²⁷.

Στην επιστημονική διαμάχη για τη χρήση του υπερήχου τα τελευταία (περίπου) πέντε χρόνια έχει εκ νέου επισημανθεί

από τους ειδικούς η ανάγκη διεξαγωγής περισσότερων ερευνών, προκειμένου να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα²⁸. Άλλωστε, τα ευρήματα ακόμη διχάζουν: ενώ υπάρχουν έρευνες που υποδεικνύουν ότι η ηλεκτρονική παρακολούθηση μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά νεογνικής νοσηρότητας, άλλες συμπεραίνουν ότι εξαιτίας της μπορεί να αυξηθούν οι βλάβες από τις αναίτιες καισαρικές τομές^{29,30}.

Παρόλο που οι έρευνες που υποδεικνύουν ασφάλεια δεν είναι σαφείς, στην καθημερινή ιατρική πρακτική το υπερηχογράφημα εξακολουθεί να χρησιμοποιείται αδιακρίτως σε κάθε εγκυμοσύνη σε όλο το δυτικό κόσμο. Αυτή η επιμονή κατευθύνει στη διεξαγωγή νέων ερευνών και παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες εξ αυτών, όχι εξαντλητικά αλλά ενδεικτικά, καλύπτοντας ενδιαφέρουσες πτυχές βασικών ερευνητικών ερωτημάτων.

Η συνεχής ηλεκτρονική παρακολούθηση

Σε έρευνα του 2018 οι Sartewelle και Johnston επισημαίνουν ότι η «συνεχής ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου» (“continuous electronic fetal monitoring”) αποτελεί αιτία διαμάχης στις αίθουσες των δικαστηρίων. Όπως υπογραμμίζουν, αυτό συμβαίνει, επειδή η συγκεκριμένη ιατρική διαδικασία συνεχίζει να πραγματοποιείται, παρόλο που περιβάλλεται από μια «ρητορική ομίχλη», η οποία περιλαμβάνει «λέξεις άνευ ουσίας, παραπλανητικά στοιχεία, ξεπερασμένες έννοιες και πλήρη περιφρόνηση της ιατρικής δεοντολογίας». Στα πενήντα χρόνια κανονικοποίησης της χρήσης του υπερηχογραφήματος στον τοκετό έχει πλέον τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι το αποτέλεσμα είναι περισσότερο επιβλαβές παρά ωφέλιμο για τις μητέρες και τα παιδιά τους. Ωστόσο, οι υποστηρικτές της «αγνοούν εσκεμμένα τις βλάβες» από αυτή την τεχνολογία και επιμένουν στο ότι «αποτελεί ένα βιώσιμο ιατρικό εργαλείο»³¹.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει συστηματική ανασκόπηση του 2020 για την αξιολόγηση διάφορων τεχνολογικών συσκευών για τη συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση στην προγεννητική περίοδο. Επισημαίνεται ότι ορισμένοι παράγοντες (όπως: δείκτης μάζας σώματος εγκύου, θέση εμβρύου, δραστηριότητα μήτρας, δείκτης αμνιακού υγρού κ.ά.) είχαν διφορούμενα αποτελέσματα και ότι καμία συγκεκριμένη συσκευή/προσέγγιση δε φαίνεται επωφελής, καθώς τα επίπεδα μεταβλητότητας είναι υψηλά, τόσο μεταξύ των συσκευών/μηχανημάτων όσο και σε κάθε συσκευή/μηχάνημα³².

Σε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση δικτύου που δημοσιεύθηκε το 2021 σχετικά με την αποτελεσματικότητα της «επιτήρησης» του εμβρύου εξήχθη ότι η διαλείπουσα ακρόαση φαίνεται να μειώνει τις επείγουσες καισαρικές τομές και παράλληλα να μην αυξάνει τις δυσμενείς εκβάσεις για τη μητέρα/νεογνό³³.

Σε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση του 2023 σχετικά με την αποτελεσματικότητα της «εξ αποστάσεως παρακολούθησης του εμβρύου» (δηλαδή, με τηλεχειριστήριο) οι ερευνητές συμπέραναν ότι αυτή η διαδικασία φαίνεται να μειώνει τις περιπτώσεις νεογνικής ασφυξίας, καθώς και το κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Για τους λόγους αυτούς

έκριναν ότι θα ήταν σκόπιμη περαιτέρω διερεύνηση, ειδικά σε γυναίκες υψηλού κινδύνου³⁴.

Βιοηθικά διλήμματα

Τα βιοηθικά διλήμματα για τη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας φαίνεται να εκκινούν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης: Όταν υπάρξει βεβαιότητα/υπόνοια για μελλοντική νόσο/αναπηρία του εμβρύου κατά την κύηση, τότε η ιατρική τεχνολογία θέτει την αδιαίρετη μονάδα εγκύου-εμβρύου υπό διαπραγμάτευση με όρους θετικής ευγονικής³⁵, ακόμη κι αν η χρήση της είναι συνετή. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές³⁶, η θετική έκβαση του υπερήχου αποτελεί «μύθο» και «ψευδαίσθηση», υποβάλλοντας τη μητέρα και το έμβρυο σε αυξημένους κινδύνους νοσηρότητας/θνησιμότητας. Την ίδια στιγμή εγείρονται κρίσιμα ζητήματα βιοηθικής, καθώς η ευρεία εφαρμογή του υπερηχογραφήματος τις περισσότερες φορές πραγματοποιείται χωρίς την έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση της επιτόκου (ή/και του οικείου περιβάλλοντός της) και συνεπώς χωρίς την πραγματική συναίνεσή της (ενήμερη συγκατάθεση). Βάσει αυτών των κυρίαρχων τάσεων, οι ειδικοί της ηθικής πλέον κάνουν λόγο για «πατερναλισμό της ηλεκτρονικής παρακολούθησης του εμβρύου» και για μια –παρά την κλινική της αναποτελεσματικότητα– «πανίσχυρη ηθική αποτυχία»³⁶.

Η τελευταία ενισχύεται από τη διαπιστωμένη ασυμβατότητα μεταξύ του βιώματος/«ζωτικού δεσμού» των επιτόκων που αναπτύσσουν με το έμβρυό τους³⁷ και των ενδείξεων της τεχνοκρατικής οπτικοποίησης της κατάστασης του εμβρύου. Η ασυμβατότητα αναδεικνύει ότι οι ερμηνείες των γυναικών για τις εμπειρίες τους συχνά αμφισβητούνται/απορρίπτονται από το ιατρικό προσωπικό, καθώς υπάρχει η τάση να θεωρούνται υποκειμενικές και ανάξιες προσοχής⁶. Παράλληλα, σχεδόν όλοι οι γιατροί αδυνατούν να ξεφύγουν από την εδραιωμένη πίστη στις δυνάμεις της τεχνολογίας, η οποία κατευθύνει τη σκέψη/κρίση τους σε τόσο μεγάλο βαθμό, ώστε οι ασθένειες/δεδομένα που δεν οπτικοποιούνται (δε γίνονται ορατά από το γυμνό ιατρικό βλέμμα ή το ιατρικό βλέμμα μέσω των νέων μέσων ιατρικής απεικόνισης) να θεωρούνται ανύπαρκτα. Η σύγχρονη ιατρική επιστημολογία αυτοπεριορίζεται σε δεδομένα που θεωρούνται οικουμενικά και μετρήσιμα, ενώ οι περιγραφές των γυναικών «ασθενών» που δεν ταιριάζουν με το βιοϊατρικό λόγο συχνά εκλαμβάνονται ως απόρροια της φαντασίας ή του απροσδιόριστου στρες τους^{15,16,23,38,39}.

Η εν λόγω αποτυχία, ωστόσο, ακριβώς επειδή εν πολλοίς φαίνεται να εξακολουθεί να βασίζεται στη *μη έγκυρη* ενημέρωση για τη συνετή χρήση του υπερηχογραφήματος⁴⁰, εξακολουθεί να ανακινεί την έντονη επιθυμία της επιτόκου ή/και των μελλοντικών γονέων να έχουν όσο το δυνατόν συντομότερα μια απεικόνιση/φωτογραφία του εμβρύου. Άλλωστε, η έλξη που δημιουργείται από την εικόνα ενισχύει αυτή την επιθυμία³. Οι μελλοντικοί γονείς επιθυμούν να έχουν στα χέρια τους μια εικόνα του εμβρύου, έστω και σε ασπρόμαυρους κόκκους, προκειμένου να τη μοιραστούν με συγγενείς/φίλους, μετατρέποντας αυτή τη θέαση σε κοινωνικό γεγονός, αγνοώντας/προσπερνώντας τις προαναφερόμενες

επιστημονικές διαπιστώσεις²³.

Η τάση αυτή εγγράφεται στην αδυναμία εξορθολογισμού και του σαφούς προσδιορισμού του είδους της εμπειρίας του υπερηχογραφήματος ρουτίνας από την ίδια την επιτόκο, είτε τη στιγμή που λαμβάνει χώρα είτε εκ των υστέρων. Ωστόσο, δεν αποκλείονται περιπτώσεις (μερικής ή καθολικής) άρνησης της επιτόκου σε αυτή ή παρόμοιες ιατρο-τεχνολογικές διαδικασίες (ή/και στην πληθώρα των ιατρικών εξετάσεων). Ορισμένες από αυτές μπορεί να κατευθύνουν στην εμφανή δυσφορία ή/και την έντονη διαφωνία της με το/τη γιατρό, ενώ μπορεί να μη γίνει σεβαστό το δικαίωμά της να εισακουστεί⁶. Αυτό συμβαίνει, όπως αναλύεται στην επόμενη ενότητα, διότι το ιατρικό βλέμμα έχει εκπαιδευτεί να εστιάζει στο μόνιτορ, με τη *διαμεσολάβηση* του οποίου παρακολουθεί το έμβρυο, παραβλέποντας το αναπαραγωγικό σώμα και το γυναικείο υποκείμενο.

Το ιατρικό βλέμμα στο έμβρυο

Στο εκάστοτε σχήμα πολιτισμικής αφήγησης σημαντικό ρόλο έχει το (ευρύτερο) βλέμμα στη γυναίκα που κυοφορεί. Ορισμένες φορές οι αλλαγές του σώματος στην εγκυμοσύνη (ιδιαίτέρως η εμφανώς φουσκωμένη κοιλιά) τείνουν να αποτελούν απόδειξη των προγενέστερων σεξουαλικών επαφών/διεγέρσεων/ηδονών, στερώντας από τη γυναίκα το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα. Αυτό συμβαίνει στο βαθμό που εμμέσως/υποσυνείδητα για τους περισσότερους ανθρώπους αποκωδικοποιούνται οι εμφανείς σωματικές αλλαγές της εγκύου, ενώ η ίδια αντιμετωπίζεται ως ερωτικοποιημένο αντικείμενο².

Εντός του βιοϊατρικού περιβάλλοντος ειδικότερα –που η ιατρική γνώση περιγράφει και κατασκευάζει το σώμα ως μια σταθερή βιολογική πραγματικότητα⁴¹– η έγκυος/επιτόκος μετατρέπεται σε βιολογικό θέμα. Όταν δε δείχνει υπακοή ή αντιστέκεται σθεναρά στις εντολές του επαγγελματία υγείας η σύλληψη του εμβρύου (ως αποτέλεσμα της σεξουαλικής βιωμένης εμπειρίας της) επισημαίνεται με αγενές ή/και προσβλητικό/κακοποιητικό τρόπο, προκειμένου να συμμορφωθεί στις ιατρικές υποδείξεις/εντολές –συμπεριφορά που συνιστά μορφή αναπαραγωγικής/μαιευτηριακής/μαιευτικής βίας⁶.

Στην κυρίαρχη αντίληψη η έγκυος χάνει ορισμένα από τα δικαιώματά της όταν υποβάλλεται στο βλέμμα του σύγχρονου ανθρώπου/ειδικού. Ταυτόχρονα, εντός της κυρίαρχης πολιτισμικής αφήγησης, το έμβρυο αποκτά σταδιακά όλο και περισσότερα δικαιώματα. Η σύλληψη της ιδέας του εμβρύου ως ενός *εξωριστού* ασθενούς που βρίσκεται παγιδευμένος στο γυναικείο σώμα ήταν, άλλωστε, που επέφερε την ανάπτυξη του υπερηχογραφήματος και τη μετατροπή του σε φετίχ. Ένα φετίχ, που ενώ εστιάζει την προσοχή στο απομονωμένο έμβρυο, παράλληλα διαγράφει όλο και περισσότερο τη γυναίκα από την οθόνη –και συνεπώς από τον ανθρώπινο νου¹⁴.

Καθώς το σώμα του εμβρύου γίνεται αντιληπτό μέσω της ιατρο-τεχνολογικής παρακολούθησης, το ίδιο –μέσω της ιατρικής επιτήρησης⁴², γνώσης και διάγνωσης– μετατρέπεται σε νέο αντικείμενο. Το υπερηχογράφημα μετασχηματίζεται σε

νέα κατασκευή παρακολούθησης, που το ορίζει ως τον κύριο ασθενή. Ο διαχωρισμός του από το σώμα της επιτόκου δε συνάδει μόνο με την κατεύθυνση του ιατρικού βλέμματος και της συνεπακόλουθης ιατρικής φροντίδας/αντιμετώπισης, αλλά την ίδια στιγμή το γυναικείο σώμα υποβιβάζεται σε έναν απλό περιέκτη (εκτίμηση που ισχύει και για το *δυννητικό* μητρικό σώμα)² ή ακόμη και σε εχθρό του. Έτσι, προκύπτουν σοβαρές διαφωνίες ηθικής/ψευδο-ηθικής μορφής για το ποιο υποκείμενο (η μητέρα ή ο γιατρός) εν τέλει ενεργεί προς όφελος του εμβρύου/νεογέννητου^{5,43}.

Κόντρα στην κοινή παραδοχή/πεποίθηση ότι η σύγκρουση διεξάγεται μεταξύ της επιτόκου/μητέρας και του εμβρύου/νεογέννητου, η σύγκρουση διεξάγεται μεταξύ της επιτόκου/μητέρας και του/της γιατρού. Ελλείψει ουσιαστικής επικοινωνίας των τελευταίων, ορισμένες φορές η συμφωνία δεν είναι εφικτή, γι' αυτό απαιτείται η συμβολή επιπλέον επιστημονικών πεδίων, πέραν της μαιευτικής-γυναικολογίας, όπως της μαιευτικής (των μαιών/μαιευτών), της κοινωνιολογίας, της νομικής επιστήμης ή της ηθικής φιλοσοφίας. Όταν ο συμβιβασμός είναι αδύνατος, τότε βάσει επαγγελματικών πρωτοκόλλων υπερισχύει το δικαίωμα της αυτονομίας του σώματος της εγκύου/επιτόκου/μητέρας⁴³. Το ότι η γυναίκα έχει αυτό το δικαίωμα είναι δύσκολο να κατανοηθεί, διότι ακόμη και η ίδια –στο βαθμό που ισχύει– τείνει να εσωτερικεύει το βιοϊατρικό λόγο και να εντάσσεται στον πολιτισμικό έλεγχο και το πλέγμα των αδιόρατων εξουσιαστών σχέσεων εντός του ιατρο-τεχνολογικού περιβάλλοντος, όπως αναλύεται παρακάτω.

Εσωτερικευση και εκφορά του βιοϊατρικού λόγου

Το γενικότερο πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνονται οι ιατρικές εξετάσεις της προγεννητικής διάγνωσης (που διεξάγονται με τελετουργική εργασιακή πειθαρχία) δηλώνεται από το σύντροφο μίας εγκύου: Αφού τη συνόδεψε σε όλες τις επισκέψεις της στο γιατρό, ανέφερε χαρακτηριστικά πως κάθε μια έμοιαζε σαν να γίνεται για να απευθυνθεί στην έγκυο και να της πει: «Τι τρομακτικό νέο πρόβλημα έχεις σήμερα για το οποίο δεν έχεις ξανακούσει στο παρελθόν»²³. Κάτι που φανερώνει τις λανθάνουσες, αδιόρατες φοβικές συνθήκες που, αντί να μειώνουν, αυξάνουν την ανησυχία και την ευαλωτότητα της επιτόκου.

Παράλληλα, η αναμενόμενη συμπεριφορά της ως «ασθενούς», σύμφωνα με την οπτική των γιατρών, πρέπει να χαρακτηρίζεται από ηρεμία, ευγένεια και ευγνωμοσύνη. Πρέπει επίσης να ακολουθεί με γρήγορους ρυθμούς και ευλαβική πίστη τις οδηγίες που της έχουν ειπωθεί με συντομία και αυστηρότητα. Μάλιστα, σύμφωνα με έναν ασκούμενο γιατρό σε αμερικανικό νοσοκομείο, η καλή ασθενής είναι αυτή που «κάνει ό,τι της λέω, ακούει αυτά που της λέω και πιστεύει αυτά που της λέω»⁴⁴: Δήλωση/θέση αποκαλυπτική του κανονικοποιημένου τρόπου αντιμετώπισης της εγκύου/επιτόκου από το μαιευτήρα-γυναικολόγο, καθώς την κοιτά/παρατηρεί/εξετάζει μέσα από το πρίσμα της επιστημονικής αυθεντίας αλλά και της συνεπακόλουθης θεσμικής κατοχύρωσης και επαγγελματικής (κοινωνικής) επιβολής.

Δηλαδή, ο γιατρός τείνει να αντιμετωπίζει την επίτοκο μέσα από την οπτική ενός ευρύτερου συστήματος αξιών, το οποίο έχει μετατραπεί σε (σχεδόν) απόλυτη επιστημονική εγκυρότητα, δηλαδή σε ένα –με φουκωικούς όρους– καθεστώς λόγου/αλήθειας/εξουσίας. Στο καθεστώς αυτό το κλινικό (ιατρικό) βλέμμα δρα ως Πανοπτικόν, δηλαδή λειτουργεί βάσει της αρχής της ολικής ορατότητας και ο γιατρός θεάται ως αναμφισβήτητος φορέας της γνώσης/εξουσίας/πειθαρχίας^{7,8,39,45-49}.

Ταυτόχρονα, το πανοπτικό ιατρικό βλέμμα εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο του νοσοκομείου/μαιευτηρίου και ο ίδιος υποτάσσεται στον τρόπο λειτουργίας του θεσμού, που τον ωθεί να κατασκευάσει μία συγκεκριμένη εικόνα (και) για τον εαυτό του, αφού η μαιευτική-γυναικολογία αποτελεί «ένα σύστημα ελέγχου πάνω στους ίδιους τους μηχανισμούς του»⁴⁹. Η αυξανόμενη πανοπτική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης αλλά και του τοκετού έχει εντάξει στο γενικό σύστημα επιτήρησης και τους μαιευτήρες-γυναικολόγους –άλλωστε, είναι οι πρώτοι που εσωτερικεύουν το βιοϊατρικό λόγο. Ένα λόγο (discourse) που αντικατοπτρίζει (με φουκωικούς όρους) ένα σύστημα επιτήρησης και πειθαρχίας, «μέσω της κατανομής σωμάτων, βλεμμάτων, χώρων και πρακτικών»⁵⁰. Αυτό αρχικώς συγκροτείται και σταδιακά εδραιώνεται κυρίως μέσα από τις σύγχρονες επιστημονικές δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά. Συχνά, όμως, οι νέες ιατρικές γνώσεις, ακόμη και εντός του βιοϊατρικού μοντέλου, είναι αντιφατικές^{38,51}. Κάτι που σημαίνει ότι έχουν τη δυνατότητα να κατευθύνουν τον τρόπο σκέψης των γιατρών προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση για το πότε πρέπει να προβούν σε μια παρεμβατική ιατρική πράξη, για την οποία συχνά αναστέλλουν την υποκειμενική επαγγελματική κρίση τους, όπως επισημαίνει η Paula Treichler².

Αυτή η αναστολή είναι πιθανό να μειώνει τα ποσοστά ανάληψης της προσωπικής ευθύνης ενός γιατρού σε περίπτωση που δεν υπάρξει η επιθυμητή (αίσια) κατάληξη στην εγκυμοσύνη ή/και στον τοκετό. Από την άλλη, όπως σημειώνει η Treichler, ενώ η χρήση των νέων τεχνολογιών παρακολούθησης δίνει την αίσθηση ότι εκμηδενίζεται η επιβολή/κυριαρχία του μαιευτήρα-γυναικολόγου, αυτή αντικαθίσταται όλο και περισσότερο από μία ενισχυμένη τεχνολογικά κλινική πρακτική: δηλαδή, από μια «τεχνολογία εξουσίας» που επεκτείνεται, προκειμένου να συμπεριλάβει την ευθύνη για την ερμηνεία από την κάθε φορά νέα εφαρμογή της. Έτσι, η πρακτική της μαιευτικής-γυναικολογίας, με τη συνδρομή των νέων τεχνολογιών αναπαραγωγής, αποτελεί τη συνέχιση μιας έντονης και επίμονης προσπάθειας του ιατρικού επαγγελματικού κλάδου να εδραιώνει την πολιτισμική του εξουσία, αποσπώντας διαρκώς τον έλεγχο της αναπαραγωγής από τις γυναίκες².

Ο διαμεσολαβούμενος βιοϊατρικός λόγος, σε συνδυασμό με την εδραίωση του ιατρικού επαγγέλματος δημιουργεί τις πολιτισμικές συνθήκες μέσα στις οποίες οι ολοένα εξελισσόμενες τεχνολογίες αναπαραγωγής χρησιμοποιούνται για να πειθαρχήσουν τα σώματα των γυναικών: σώματα που θεώνται ως εν δυνάμει φορείς μητρότητας αλλά και –

από ορισμένους– ως εν δυνάμει εγκληματίες. Ταυτόχρονα, παράγεται ένας νέος λόγος, τόσο της εξουσίας της ιατρικής επιστήμης όσο και της εγκύου/επιτόκου/γονέων, τη στιγμή που το έμβρυο/νεογνό εισέρχεται στο πεδίο του πολιτισμού μέσα από τη χρήση των τεχνικών προγεννητικής οπτικής απεικόνισης, παρατήρησης, επιτήρησης, εξέτασης, ταξινόμησης, κατηγοριοποίησης, κατανομής, ιεράρχησης και κανονικοποίησης^{2,39,50,52,53}.

Λόγω της παραπάνω ιατρικής διαχείρισης και λειτουργίας στο ιατρικό περιβάλλον, ήδη από τα πρώιμα στάδια της εγκυμοσύνης, η πλειονότητα των γυναικών τείνει να εκφέρει/υιοθετεί –στο βαθμό που ισχύει– την ορολογία της μαιευτικής-γυναικολογίας. Οι έγκυες, για να εξηγήσουν/ερμηνεύσουν τις αλλαγές που παρατηρούν περιοδικά στο σώμα τους, χρησιμοποιούν (και) το λόγο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας. Έτσι, λαμβάνει χώρα μία διαρκής διαπραγμάτευση γύρω από την περιγραφή/ερμηνεία κάθε εγκυμοσύνης/τοκετού, καθώς οι γυναίκες αποκαλύπτουν και εγκαθιστούν τον εαυτό και τις αντιλήψεις τους σε ένα λόγο που αποτελείται από ένα συνδυασμό προσωπικών, συλλογικών (πολιτισμικών) και βιοϊατρικών στοιχείων. Αυτός ο συνδυασμός ουσιαστικά αποτελεί το μέσο για να γίνει κατανοητός ο τρόπος που το σώμα που γεννά κατανοείται από το ίδιο το (γυναικείο) υποκείμενο που γεννά, και κυρίως για να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο το (γυναικείο) σώμα που γεννά «βιώνεται», καθιστώντας το άμεσα συνδεδεμένο με την εκάστοτε περίοδο πολιτισμικής αφήγησης^{39,51}. Ο τρόπος αυτός αναλύεται στην παρακάτω ενότητα.

Πλέγμα αδιόρατων εξουσιαστικών σχέσεων

Αυτό που συμβαίνει στις τεχνολογίες απεικόνισης/οπτικοποίησης –ειδικά στη (συνεχή) ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου– είναι ότι κατά τη διαδικασία εφαρμογής συγκεκριμένων οργάνων και τεχνικών το ιατρικό βλέμμα επεκτείνει τα όριά του. Για την ακρίβεια, καθώς το σώμα οπτικά τεμαχίζεται και κατακερματίζεται, απομονώνονται συγκεκριμένα μέρη του για να υποβληθούν σε ιατρική εξέταση. Η δυνατότητα του γιατρού να δει στην οθόνη του υπολογιστή την εσωτερική κατάσταση ενός μέρους του (γυναικείου) σώματος, του επιτρέπει να προβεί σε μια εκτίμηση χωρίς να επέμβει χειρουργικά. Η άμεση θέαση των εσωτερικών οργάνων μέσω της χειρουργικής πρακτικής συχνά αντικαθίσταται από το μετασχηματισμό του υλικού (γυναικείου) σώματος σε οπτικό σώμα, μέσω των ολοένα νέων ιατρικών τεχνολογιών. Ταυτόχρονα, το υλικό (γυναικείο) σώμα, μέσω του βιοϊατρικού λόγου και του τρόπου εκφοράς του, σωματοποιεί τα χαρακτηριστικά που προσφέρουν οι τεχνολογικές εικόνες: Ο λόγος που εκπορεύεται από το υποκείμενο που ασκεί την ιατρική εξέταση τεμαχίζει το σώμα σε απομονωμένα μέρη και κομμάτια, με αποτέλεσμα να καθιστά το σώμα (ή ένα μέρος του) σε οπτικό μέσο⁴.

Ένας γιατρός ασκεί κάθε φορά την ιατρική πράξη στο πλαίσιο της εργασίας του, ταυτόχρονα όμως εκφέρει και έναν επιστημονικό λόγο, που αφενός ορίζει το αντικείμενό του κάθε φορά «αντικειμενικά», αφετέρου βάσει αυτής της

«αντικειμενικότητας» κάθε επίτοκος αναπτύσσει για τον εαυτό της την εικόνα της ασθενούς. Μια εικόνα όμως που συνήθως δυσκολεύεται να ελέγξει, αδυνατώντας εν τέλει να διαμορφώσει τον εαυτό της όπως ακριβώς, τουλάχιστον αρχικώς, επιθυμούσε⁴¹.

Η «θέαση» των μελών του σώματος προσφέρει ταυτόχρονα στη (φερόμενη ως) ασθενή τη δυνατότητα της «αυτοθέασης»: Όπως επισημαίνει η Ella Shohat, ενώ χάρη στη θέαση συντελείται ένα είδος εκδημοκρατισμού της πρόσβασης στο γυναικείο σώμα, λόγω της αυτοθέασης επιτρέπεται και η επιστροφή του βλέμματος από την πλευρά της επιτηρούμενης, με αποτέλεσμα να διευκολύνεται και η δική της συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία⁵⁴. Η θέαση και αυτοθέαση συλλειτουργούν με το βιοϊατρικό λόγο, καθώς τα δύο επίπεδα (δηλαδή, το υλικό επίπεδο και το επίπεδο του λόγου) δεν αλληλοαποκλείονται, αλλά αλληλοκαθορίζονται αμοιβαία. Αυτό ενισχύει περισσότερο το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή το να πειστεί η έγκυος/επίτοκος για την παθολογία στην οποία αναφέρεται ο γιατρός ή για την πιθανότητα εμφάνισής της. Έτσι, η παθολογία τείνει να γίνεται αποδεκτή από την ίδια και να ομολογεί την αποδοχή της κατάστασης που της παρουσιάζεται και την αφορά άμεσα^{4,55}.

Η παραπάνω σύνθετη και δύσκολα ορατή/συνειδητή διαδικασία συνδράμει σε έναν πολιτισμικό έλεγχο, μέσω του οποίου το σώμα της εγκύου/επιτόκου μετατρέπεται, μεταμορφώνεται, μετασχηματίζεται σε μία τεχνολογική ανακατασκευή. Όπως ερμηνεύει η Carole Spitzack¹³, αυτός ο πολιτισμικός έλεγχος βασίζεται σε τρεις αλληλεπιδραστικούς και αλληλοσυμπληρούμενους μηχανισμούς: α) Γίνεται προσπάθεια να αποφευχθεί η ασθένεια, δηλαδή το «γιατί» η γυναίκα βρίσκεται στο ιατρείο/νοσοκομείο/μαιευτήριο. Κάτι που αντιστοιχεί αυτομάτως στην *εγγραφή* της υγείας στο γυναικείο σώμα. β) Λαμβάνει χώρα η *επιτήρηση* του τεχνολογικού βλέμματος, μέσω του ιατρικού βλέμματος. γ) Εκφέρεται/εκφράζεται η ομολογία της «ασθενούς» απέναντι στην υπόσχεση του γιατρού για την αποκατάσταση της υγείας της εντός του κλινικού περιβάλλοντος, κάτι που στην αντίθετη περίπτωση θα σήμαινε τάση/προτίμηση προς την ασθένεια και άρνηση της υγείας^{4,56}.

Όπως αναφέρθηκε, από τη σύγχρονη μαιευτική-γυναικολογία έχει επιβληθεί η προσπάθεια πλήρους ελέγχου της διαδικασίας της εγκυμοσύνης, της κατάστασης του εμβρύου, των λειτουργιών του σώματος της επιτόκου και ειδικότερα της μήτρας της. Ο βιοϊατρικός έλεγχος επιτυγχάνεται χάρη στους γιατρούς και την ιατρική τεχνολογία, ωστόσο η αποδοχή των ιατρικών ευρημάτων υποβοηθείται από την αυτοθέαση, αυτοεπιτήρηση και ομολογία των γυναικών που κυοφορούν/γεννούν. Αυτό συμβαίνει, διότι με τους επαγγελματίες υγείας (συν)δομούν ένα –εν πολλοίς αδιόρατο– πλέγμα εξουσιαστικών σχέσεων. Σε αυτό το πλέγμα, τα αποτελέσματα από τη λειτουργία των πανοπτικών τεχνολογιών (στο βαθμό που λειτουργούν πανοπτικά) ή αλλιώς των «τεχνολογιών εξουσίας» (δηλαδή, των μέσων ελέγχου/υπακοής/πειθάρχησης/κυριαρχίας/ενδεχομένως ολοκληρωτικής καθυπόταξης) έχουν την τάση να μη συνάδουν

με το σεβασμό του δικαιώματος στον αυτοπροσδιορισμό της εγκύου/επιτόκου^{7,57,58}.

Όσον αφορά για παράδειγμα τη χρήση υπερηχογραφήματος, όχι τόσο μέσω της ορθολογικής χρήσης του αλλά μέσω της κατάχρησής του, ενισχύεται η γενικότερη αίσθηση του φόβου για τη διαδικασία της εγκυμοσύνης ή/και του τοκετού –ένας φόβος που αποτελεί καθοριστικό παράγοντα παθητικότητας/παθητικοποίησης της γυναίκας που κυοφορεί και γεννά. Έτσι, η γυναίκα αποδέχεται ευκολότερα το καθεστώς λόγου/αλήθειας/εξουσίας των μαιευτήρων-γυναικολόγων και εντάσσεται ευκολότερα στο πολύπλοκο βιοϊατρικό «τεχνοκρατικό» σύστημα διαχείρισης των σωμάτων-μηχανών⁵. Παράλληλα, η ίδια ανατροφοδοτεί αυτό το καθεστώς, καθώς μετατρέπεται σε «ασθενή», δηλαδή σε ένα παθητικό ον⁴⁴ –χωρίς να σημαίνει ότι αυτό πάντα γίνεται χωρίς αντίσταση ή ότι ισχύει αδιακρίτως για όλες τις γυναίκες και την κατάστασή τους.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Οι τεχνολογίες οπτικοποιημένης βιοϊατρικής παρακολούθησης και ειδικότερα το «υπερηχογράφημα ρουτίνας» στη σύγχρονη περιγεννητική φροντίδα (στο οποίο εστιάζει η παρούσα συμβολή) αποτελεί μέσο θέασης (για τον ειδικό) και αυτοθέασης (για την επίτοκο), καθώς και μέσο εσωτερίκευσης/εκφοράς του βιοϊατρικού λόγου (και για τους δύο). Καθορίζει τη διεύρυνση των ορίων ορατότητας του εσωτερικού μέρους του (γυναικείου) αναπαραγωγικού σώματος από το ιατρικό βλέμμα και συντελεί στη (συν)δόμηση αδιόρατων εξουσιαστικών σχέσεων μεταξύ της επιτόκου και του επαγγελματία υγείας. Εξαιτίας της αλόγιστης χρήσης του στο πλαίσιο της ιατρικής εργασιακής ρουτίνας, ανακινεί βιοηθικά διλήμματα και συμβάλλει συστηματικά στην εδραίωση ενός πεδίου βιοϊατρο-τεχνολογικής παρεμβατικότητας που συνδέεται με την τάση παθητικότητας/παθητικοποίησης των γυναικών τόσο στην εγκυμοσύνη όσο και στον τοκετό.

Η γνώση που παράγεται από τον εσωτερικευμένο και εκφερόμενο (βιοϊατρικό) λόγο, σε συνδυασμό με την κανονικοποίηση της συγκεκριμένης ιατρο-τεχνολογικής πρακτικής στο μαιευτικό-γυναικολογικό περιβάλλον, δε στηρίζεται αποκλειστικά σε αδιαμφισβήτητη τεκμηρίωση, αφήνοντας περιθώρια για αντιλογία/αντίσταση⁵⁹ της άλλης πλευράς, που προκρίνει την περιορισμένη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας.

Κοινό χαρακτηριστικό σχεδόν όλων των ειδών/συσκευών που παρακολουθούν την καρδιακή λειτουργία του εμβρύου –ιδιαιτέρως αυτών που το κάνουν σε συχνή/συνεχή βάση– είναι ότι έχουν μετατραπεί σε πρώιμο μέσο δημιουργίας ενός αδιόρατου πλέγματος εξουσιαστικών σχέσεων στην εγκυμοσύνη και (περισσότερο) στον τοκετό. Με άλλα λόγια, αποτελούν «τεχνολογίες εξουσίας»: μέσα υπακοής, πειθάρχησης, κυριαρχίας, παθητικότητας και ενδεχόμενης καθυπόταξης της εγκύου/επιτόκου, η οποία συμμετέχει –στο βαθμό που ισχύει– στη δόμηση αυτού του πλέγματος^{8,45,47,49}.

Ακόμη κι αν η χρήση της ιατρικής τεχνολογίας ήταν συνετή και επιλεκτική, τα αποτελέσματα για την ασφαλή χρήση της

θα υποδείκνυαν ότι αυτή αποτελεί ούτως ή άλλως βασικό παράγοντα παθητικότητας/παθητικοποίησης των εγκύων/επιτόκων. Σε αυτή τη βάση, τα δυσμενή/αμφιλεγόμενα ευρήματα από τη συνεχή χρήση της αδιακρίτως σε κάθε έγκυο/επίτοκο και εγκυμοσύνη/τοκετό την καθιστούν ακόμη πιο επιβλαβή για την υγεία αλλά και ικανή να συμβάλλει καθοριστικά στην παθητική στάση της εγκύου/επιτόκου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βάσει των ευρημάτων προβάλλεται ακόμη πιο επιτακτική η επιχειρηματολογία της «άλλης πλευράς» για βελτιωτική αλλαγή των ιατρικών πρακτικών που αφορούν την ιατρική τεχνολογία στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό.

Με στόχο τη βελτίωση συνθηκών τοκετού (και) στην Ελλάδα, χώρα με υπεραυξημένα ποσοστά ιατρικής παρεμβατικότητας, θα ήταν σκόπιμη περαιτέρω διερεύνηση του πλέγματος *αδιόρατων* και πολύπλοκων εξουσιαστικών σχέσεων, το οποίο φαίνεται να διαμορφώνεται από τα πρώτα στάδια της κύησης και να κορυφώνεται στον τοκετό.

Συγκεκριμένα προκρίνεται διεξαγωγή διεπιστημονικής έρευνας πεδίου, προκειμένου να διερευνηθεί ο βαθμός *σύνδεσης* της ιατρικής τεχνολογίας και της παθητικότητας που εγκυμονεί: α) με τον –ήδη από τα πρώτα στάδια της κύησης– εδραιωμένο φόβο των γυναικών και των γιατρών, β) με την ποιότητα τη σχέσης μεταξύ εγκύων/επιτόκων και επαγγελματιών υγείας/ειδικών, που αποκαλύπτεται/κορυφώνεται στον τοκετό, γ) με την αρνητική/θετική έκβαση του τοκετού (τόσο για την επίτοκο όσο και το έμβρυο/νεογνό) σχετικά με το βαθμό παρεμβατικότητας και ασφάλειας ως προς τη νοσηρότητα/θνησιμότητα και δ) τις αρνητικές/θετικές βιωμένες εμπειρίες των εγκύων/επιτόκων ως προς τη *διαδικασία* της εγκυμοσύνης και του τοκετού στο σύγχρονο ιατρο–τεχνολογικό περιβάλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανασίου Α. Το φύλο και η σεξουαλικότητα στους λόγους και τις πρακτικές της βιο-επιστήμης: επιστημολογίες και τεχνολογίες του έμφυλου σώματος. Στο: Ασρινάκη Ρ, Χαντζαρούλα Π, Αθανασίου Α. Μελέτες για το φύλο στην ανθρωπολογία και την ιστορία. Αλεξάνδρεια; 2011:227-343.
2. Balsamo A. Technologies of the Gendered Body. Reading Cyborg Women. Duke University Press; 1996. Accessed December 30, 2025. https://monoskop.org/images/5/53/Balsamo_Anne_Technologies_of_the_Gendered_Body_Reading_Cyborg_Women_1995.pdf
3. Critical Art Ensemble. Η μηχανή της σάρκας. Γραμμένου Ι, Παπάζογλου Σ, μετ. Εκδόσεις των Ξένων; 2006.
4. Balsamo A. Στην κόψη του ξυραφιού: κοσμητική χειρουργική και νέες τεχνολογίες απεικόνισης. Στο: Μακρυγιάννη Δ, επιμ. Αθανασίου Κ, Καψαμπέλη Κ, Κονδύλη Μ, Παρασκευόπουλου Θ, μετ. Τα Όρια του σώματος. Διεπιστημονικές προσεγγίσεις. Νήσος; 2004:315-332.
5. Davis-Floyd RE. The technocratic body: american childbirth as cultural expression. Soc Sci Med. 1994;38(8):1125-1140. doi:[10.1016/0277-9536\(94\)90228-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90228-3)
6. Αναστασίου ΑΚ. Οι αθέατες όψεις της πολιτικής διαχείρισης του τοκετού στην ύστερη νεωτερικότητα: Από τον πόνο έως τον βιασμό. Από την ευεξία έως τον οργασμό. Στο: Τζανάκη Δ, επιμ. Υγεία, καύλα και επανάσταση. Αθήνη; 2021:599-628.
7. Φουκό Μ. Εξουσία, γνώση και ηθική. Σαρίκα Ζ, μετ. Ύψιλον; 1987.
8. Φουκό Μ. Το μάτι της εξουσίας. Στο: Σολομών Ι, Κουζέλη Γ, επιμ. Πειθαρχία και Γνώση. Εταιρεία Μελέτης των Επιστημών του Ανθρώπου; 1994:11-24.
9. Λυδάκη Α. Αναζητώντας το Χαμένο Παράδειγμα. Παπαζήσης; 2016.
10. Hayes-Klein H, ed. Conference Papers/Human Rights in Childbirth, International Conference of Jurists, Midwives & Obstetricians. Bynkershoek Publishing; 2012.
11. Women's History Month: Sheila Kitzinger. Women's History Network. March 29, 2010. Accessed December 30, 2025. <https://womenshistorynetwork.org/womens-history-month-sheila-kitzinger/>
12. Bortin S, Alzugaray M, Dowd J, Kalman J. A feminist perspective on the study of home birth. Application of a midwifery care framework. J Nurse Midwifery. 1994;39(3):142-149. doi:[10.1016/0091-2182\(94\)90096-5](https://doi.org/10.1016/0091-2182(94)90096-5)
13. Spitzack C. The confession mirror: plastic images for surgery. Can J Polit Soc Theory. 1988;12(1-2):38-50.
14. Rothman KB. Birth matters: learning from my past - midwifery for the future. In: Earle S, Letherby G, eds. Palgrave Macmillan; 2003:74-102.
15. Gaskin IM. Birth matters: a midwife's manifesta. Seven Stories Press; 2011.
16. Οντάν Μ. Η καισαρική τομή και ο φυσικός τοκετός. Ρέω; 2005.
17. Petrozziello A, Jordanov I, Aris Papageorgiou T, Christopher Redman WG, Georgieva A. Deep learning for continuous electronic fetal monitoring in labor. Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc. 2018;2018:5866-5869. doi:[10.1109/EMBC.2018.8513625](https://doi.org/10.1109/EMBC.2018.8513625)
18. Purkis J. The quintessential female act? Learning about birth. In: Earle S, Letherby G, eds. Gender, Identity & Reproduction: Social Perspectives. Palgrave Macmillan; 2003:103-119.
19. de Vries R, Buitendijk SE. Science, safety and place of birth - lessons from The Netherlands. Eur Obstet Gynaecol Suppl. 2012;7(1):13-17.
20. O'Keeffe DF, Abuhamad A. Obstetric ultrasound utilization in the United States: data from various health plans. Semin Perinatol. 2013;37(5):292-294. doi:[10.1053/j.semperi.2013.06.003](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.06.003)
21. Odent M. The farmer and the obstetrician. Free Association Books; 2002.
22. Williams EL, Casanova MF. Potential teratogenic effects of ultrasound on corticogenesis: implications for autism. Med Hypotheses. 2010;75(1):53-58. doi:[10.1016/j.mehy.2010.01.027](https://doi.org/10.1016/j.mehy.2010.01.027)
23. Margulis J. The business of baby: What doctors don't tell you, what corporations try to sell you, and how to put your baby before their bottom line. Scribner; 2013.

24. Intrapartum care. (NG235). NICE guideline. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). September 29, 2023. Updated November 14, 2025. Accessed December 30, 2025. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
25. Perez–Botella M, van Lessen L, Morano S, de Jonge A. What works to promote physiological labour and birth for healthy women and babies?. In: Downe S, Byrom S, eds. Squaring the circle: Normal birth research, theory and practice in a technological age. Pinter and Martin Ltd; 2019:54-66.
26. Soliday E. Childbirth in a technocratic age: The documentations of women's expectations and experiences. Amherst; 2012.
27. Mohan M, Ramawat J, La Monica G, et al. Electronic intrapartum fetal monitoring: a systematic review of international clinical practice guidelines. AJOG Glob Rep. 2021;1(2):100008. doi:[10.1016/j.xagr.2021.100008](https://doi.org/10.1016/j.xagr.2021.100008)
28. Bewley S, Brailon A. Electronic fetal heart rate monitoring: we need new research approaches. BMJ. 2018;360:k658. doi:[10.1136/bmj.k658](https://doi.org/10.1136/bmj.k658)
29. Mullins E, Lees C, Brocklehurst P. Is continuous electronic fetal monitoring useful for all women in labour?. BMJ. 2017;359:j5423. doi:[10.1136/bmj.j5423](https://doi.org/10.1136/bmj.j5423)
30. Wickham S. Fetal monitoring and cherry picking evidence. November 21, 2024. Accessed December 30, 2025. <https://www.sarawickham.com/topic-resources/fetal-monitoring-research-resources/>
31. Sartwelle TP, Johnston JC. Continuous electronic fetal monitoring during Labor: a critique and a reply to contemporary proponents. Surg J (N Y). 2018;4(1):e23-e28. doi:[10.1055/s-0038-1632404](https://doi.org/10.1055/s-0038-1632404)
32. Tamber KK, Hayes DJL, Carey SJ, Wijekoon JHB, Heazell AEP. A systematic scoping review to identify the design and assess the performance of devices for antenatal continuous fetal monitoring. PLoS One. 2020;15(12):e0242983. doi:[10.1371/journal.pone.0242983](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242983)
33. Al Wattar BH, Honess E, Bunnewell S, et al. Effectiveness of intrapartum fetal surveillance to improve maternal and neonatal outcomes: a systematic review and network meta-analysis. CMAJ. 2021;193(14):E468-E477. doi:[10.1503/cmaj.202538](https://doi.org/10.1503/cmaj.202538)
34. Li S, Yang Q, Niu S, Liu Y. Effectiveness of remote fetal monitoring on maternal-fetal outcomes: systematic review and meta-analysis. JMIR Mhealth Uhealth. 2023;11:e41508. doi:[10.2196/41508](https://doi.org/10.2196/41508)
35. Κόκκινος Γ. Η Ευγονική Δυστοπία. Διαδρομές Ιδεών. Θίνες; 2018.
36. Sartwelle TP, Johnston JC, Arda B. A half century of electronic fetal monitoring and bioethics: silence speaks louder than words. Matern Health Neonatol Perinatol. 2017;3:21. doi:[10.1186/s40748-017-0060-2](https://doi.org/10.1186/s40748-017-0060-2)
37. Knott S. Μνήμες. Μια αντισυμβατική ιστορία. Μεταίχμιο; 2020.
38. Lock M. Ιατρική γνώση και πολιτική του σώματος. Στο: Αθανασίου Α, επιμ. Βιοκοινωνικότητες. Θεωρήσεις στην Ανθρωπολογία της Υγείας. Νήσος; 2011:89-116.
39. Nettleton S. Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Τυπωθήτω–Γιώργος Δαρδανός; 2002.
40. Prenatal Ultrasound - Not So Sound After All. Children's Health Defense Team. August 20, 2019. Accessed December 30, 2025. <https://childrenshealthdefense.org/news/prenatal-ultrasound-not-so-sound-after-all/>
41. Αλεξιάς Γ. Κοινωνιολογία του σώματος. Από τον «άνθρωπο του Νεότερνταλ» στον «εξολοθρευτή». Πεδίο; 2011.
42. Φουκώ Μ. Η γέννηση της κλινικής. Καψαμπέλη Κ, μετ. Νήσος; 2012.
43. Hollander M, van Dillen J, Lagro-Janssen T, van Leeuwen E, Duijst W, Vanderbussche F. Women refusing standard obstetric care: maternal fetal conflict or doctor-patient conflict? J Pregnancy Child Health. 2016;3(2):1-5.
44. Kitzinger S. Birth crisis. Routledge; 2006.
45. Φουκώ Μ. Φυλακή / Κυβερνολογική. Κόρος Δ, μετ. Ακυβέρνητες Πολιτείες; 2017.
46. Κανγκιλέμ Ζ. Το κανονικό και το παθολογικό. Νήσος; 2007.
47. Σολομών Ι. Πειθαρχία και γνώση: εισαγωγικές σημειώσεις. Στο: Σολομών Ι, Κουζέλη Γ, επιμ. Πειθαρχία και Γνώση. Εταιρεία Μελέτης των Επιστημών του Ανθρώπου; 1994:7-10
48. Τρουλινού Α. Εξουσία και δίκαιο στον Φουκώ. Στο: Φουκώ Μ. Η μικροφυσική της εξουσίας. Ύψιλον; 1991:170-182.
49. Φουκώ Μ. Επιτήρηση και τιμωρία. Η γέννηση της φυλακής. Χατζηδμήτρου Κ, Ράλλη Ι, μετ. Ράππας; 2005.
50. Αθανασίου Α, επιμ. Βιοκοινωνικότητες. Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας. Νήσος; 2011.
51. Rapp R. Κατασκευάζοντας την αμνιοπαρακέντηση: λόγοι μητρότητας και ιατρικής. Στο: Αθανασίου Α, επιμ. Βιοκοινωνικότητες. Θεωρήσεις στην Ανθρωπολογία της Υγείας. Νήσος; 2011:463-488.
52. Birke L. Σώμα και βιολογία. Στο: Μακρινιώτη Δ, επιμ. Τα Όρια του σώματος. Διεπιστημονικές προσεγγίσεις. Νήσος; 2004:149-160.
53. Braidotti R. Σημάδια θαύματος και ίχνη αμφιβολίας; Περί τερατολογίας και σωματοποιημένων διαφορών. Στο: Μακρινιώτη Δ, επιμ. Τα Όρια του σώματος. Διεπιστημονικές προσεγγίσεις. Νήσος; 2004:161-177.
54. Αθανασίου στο Καντάς, Μουτάφη & Παπαταξιάρχης, 2011.
55. Balsamo A. Forms of technological embodiment: reading the body in contemporary culture. In: Featherstone M, Burrows R. Cyberspace, cyberbodies, cyberpunk. Cultures of technological embodiment. Sage; 2000:215-237
56. Φουκώ Μ. Ιστορία της σεξουαλικότητας. Η Βούληση για γνώση. Μπέτζελος Τ, μετ. Πλέθρον; 2011.
57. Μακρινιώτη Δ, επιμ. Τα όρια του σώματος. Διεπιστημονικές προσεγγίσεις. Νήσος; 2004.
58. Τζανάκη Δ. Φύλο & σεξουαλικότητα. Ξεριζώνοντας το «ανθρώπινο» [1801–1925]. Ακροβατώντας με την κυβερνητικότητα στα άδυτα της δικανικής Αφροδίτης, της ψυχιατρικής, της εγκληματολογίας, της σεξολογίας, της ψυχανάλυσης και της ψύχωσης. Ασίνη; 2018.
59. Φουκώ Μ. Η αρχαιολογία της γνώσης. Πατσογιάννης Β, επιμ. Πλέθρον; 2017.

CONFLICTS OF INTEREST

The author has completed and submitted the ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest and none was reported.

FUNDING

There was no source of funding for this research.

ETHICAL APPROVAL AND INFORMED CONSENT

Ethical approval and informed consent were not required for this study.

DATA AVAILABILITY

The data supporting this research are available from the author on reasonable request.

PROVENANCE AND PEER REVIEW

Not commissioned; externally peer reviewed.