



ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΑ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

«Σχέδιο παρέμβασης για την μείωση του αριθμού των γεννήσεων με
καισαρική τομή (μελέτη περίπτωσης)»

ΤΜ. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Επιβλέπουσα: Βουγιούκα Άννα

Σπουδάστρια: Στυλιανή Πασχάλη

ΑΘΗΝΑ - 2017

**«Σχέδιο παρέμβασης
για την μείωση του αριθμού των γεννήσεων με
καισαρική τομή»
(μελέτη περίπτωσης)**

Περίληψη

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση και ανάλυση του φαινομένου της ιατροκοποίησης του τοκετού και της αύξησης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα υπό το πρίσμα των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων των γυναικών. Απώτερος σκοπός αυτής της ανάλυσης είναι η ανάπτυξη ενός σχεδίου παρέμβασης για τη μείωση των γεννήσεων με καισαρική τομή.

Στόχος της εργασίας είναι η ανάδειξη του προβλήματος, η κατάθεση προτάσεων για την αντιμετώπισή του, η υποκίνηση ανάληψης δράσεων προκειμένου να αλλάξει η κουλτούρα γύρω από τον τοκετό και να γνωστοποιηθούν ευρέως τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών.

Η **μεθοδολογία** που εφαρμόστηκε περιλαμβάνει αρχικά μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των διεθνών τάσεων και πρακτικών που εφαρμόζονται για την αποϊατροκοποίηση της γέννας και τη μείωση των γεννήσεων με καισαρική τομή, καθώς και παρουσίαση του φαινομένου παγκοσμίως και στην Ελλάδα. Βάσει της βιβλιογραφικής έρευνας, αναπτύσσεται σχέδιο παρέμβασης στο πλαίσιο του οποίου σχεδιάζονται δράσεις για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, την εκπαίδευση, τη δικτύωση και την έρευνα.

Τα **προσδοκώμενα αποτελέσματα** της παρούσας μελέτης περίπτωσης περιλαμβάνουν την αναλυτικότερη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για τις γεννήσεις με καισαρική τομή και τις αιτίες της αύξησής τους διεθνώς και στη χώρα μας, καθώς και την παρουσίαση σειράς προτάσεων πολιτικής (*policy proposals*) μέσω ενός σχεδίου παρέμβασης για την αντιμετώπιση του φαινομένου και την άρση των διακρίσεων κατά των (εγκύων) γυναικών.

Η **συμβολή** της παρούσας μελέτης έγκειται στην παρουσίαση σχεδίου παρέμβασης το οποίο αναμένεται να αποτελέσει έναυσμα για την εφαρμογή συγκεκριμένων και ολοκληρωμένων πολιτικών από τους αρμόδιους φορείς με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου και την προαγωγή της περιγεννητικής υγείας για τις μητέρες και τα βρέφη.

Λέξεις – κλειδιά:

Φυσιολογικός τοκετός, ιατροκοποίηση, καισαρική τομή, μαιευτική βία, σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα, περιγεννητική υγεία.

Abstract

The dissertation topic includes exploring and analyzing the medicalization of birth and the increase of cesarean sections in Greece, examined in the light of women's sexual and reproductive rights. The ultimate goal is the elaboration and development of an action plan aiming to reduce the number of births given by cesarean section.

The dissertation aims at shedding light on the increase of cesarean delivery rates, making policy proposals and instigating action in order to transform the dominant culture regarding birth giving, and at publicizing widely women's sexual and reproductive rights.

The methodology applied included bibliographic desk research on international trends, directions and practices regarding the de-medicalization of birth and the decrease of cesarean sections, and a description of the phenomenon internationally and in Greece. The action plan is based on bibliographic research outcomes, and includes information and awareness raising activities, training, networking and surveys.

The anticipated results of the dissertation and the case study include informing and raising awareness about cesarean deliveries and the reasons leading to their increase on an international and national level, as well as presenting/forwarding policy proposals elaborated in the action plan and aiming to address the problem and eliminate discrimination against (pregnant) women.

The contribution of the dissertation lies in the presentation of the action plan, which is expected to act as a stimulus for the implementation of specified and integrated policies aiming to prevent unnecessary cesareans and to enhance the perinatal health of mothers and infants.

Key words:

Natural birth – medicalization - cesarean section - obstetric violence - sexual and reproductive rights - perinatal health.

Πρόλογος

Η Τελική αυτή Εργασία ολοκληρώθηκε με την υποστήριξη ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου. Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα κα Άννα Βουγιούκα για την πλήρη υποστήριξη και την ευκαιρία που μου έδωσε ώστε να ασχοληθώ με ένα τόσο επίκαιρο και ευαίσθητο θέμα που ανταποκρίνεται απολύτως στα επιστημονικά μου ενδιαφέροντα. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα συγγενικά και φιλικά μου πρόσωπα για την υποστήριξη τους μέσα από τις συζητήσεις μας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγο μου, στον οποίο και αφιερώνω αυτή την εργασία για την αμέριστη συμπαράσταση και τις συμβουλές του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσής μου.

Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Abstract	4
Πρόλογος	5
Πίνακας συντημήσεων και συντομογραφιών	9
Εισαγωγή	10
1^ο Κεφάλαιο - Σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών	14
1.1. Διεθνές επίπεδο	14
1.2 Ευρωπαϊκό επίπεδο	18
1.3 Εθνικό θεσμικό πλαίσιο	20
2^ο Κεφάλαιο - Φυσικός τοκετός και γέννηση με καισαρική τομή	22
2.1 Η ιατροποίηση του τοκετού	22
2.2 Διεθνείς κατευθύνσεις και πρακτικές για τον φυσικό τοκετό	24
2.3 Έλλειψη σεβασμού και κακομεταχείριση των γυναικών κατά τον τοκετό σε δομές υγείας	26
2.4 Περιγεννητική φροντίδα σε ευρωπαϊκό επίπεδο	27
2.5 Το φαινόμενο της αύξησης των καισαρικών τομών παγκοσμίως	30
2.6 Το φαινόμενο της αύξησης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα	34
2.6.1 Το σύστημα υγείας και οι μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα	38
2.7 Οφέλη και κίνδυνοι της καισαρικής τομής	40
2.7.1 Τα οφέλη	40
2.7.2 Οι κίνδυνοι	43
2.8 Παράγοντες που έχουν συμβάλει στην αύξηση των καισαρικών τομών	45
2.8.1 Η ευκολία προγραμματισμού	46
2.8.2 Η αμυντική ιατρική	47
2.8.3 Η ηλικία της επιτόκου	47
2.8.4 Η τεχνητή γονιμοποίηση	48
2.8.5 Ο φόβος του τοκετού	48
2.8.6 Οικονομικά κίνητρα	49
2.8.7 Η πρόκληση τοκετού	49
2.8.8 Το αξίωμα «μία φορά καισαρική, για πάντα καισαρική»	49
2.9 Προτάσεις για την μείωση του αριθμού των καισαρικών τομών	50
2.9.1 Στρατηγικές μείωσης από διεθνείς ασφαλιστικούς οργανισμούς	50
2.9.2 Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού	51
2.9.3 Ο τοκετός στο σπίτι	51

	7
2.9.4	Ενίσχυση της παρουσίας και του ρόλου των μαιών 52
2.9.5	Δραστηριοποίηση Κοινωνίας των Πολιτών..... 52
2.9.6	Θέσπιση συγκεκριμένων Κατευθυντήριων Οδηγιών 54
2.9.7	Ίδρυση Κέντρων Τοκετού..... 55
2.9.8	Θέσπιση συστήματος επιτήρησης περιγεννητικών δεδομένων 55
3^ο Κεφάλαιο - Σχέδιο Παρέμβασης για την μείωση του αριθμού των γεννήσεων με καισαρική τομή στην Αττική..... 56	
3.1	Εισαγωγικές παρατηρήσεις..... 56
3.2	Σκοπός..... 56
3.3	Στόχοι..... 57
3.3.1	Ενημέρωση – Ευαισθητοποίηση..... 57
3.3.2	Επιμόρφωση – Κατάρτιση – Εκπαίδευση..... 58
3.3.3	Έρευνα – Τεκμηρίωση..... 58
3.3.4	Δημιουργία Κέντρου Τοκετού 58
3.3.5	Δικτύωση και συνεργασία με την Κοινωνία των Πολιτών (ΚτΠ)..... 58
3.4	Ομάδες – Στόχοι 58
3.5	Προτεινόμενες δράσεις 59
3.5.1	Δράσεις ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης..... 60
3.5.2	Δράσεις Επιμόρφωσης – Κατάρτισης – Εκπαίδευσης..... 61
3.5.3	Έρευνα – Τεκμηρίωση..... 61
3.5.4	Δημιουργία Κέντρου Τοκετού 62
3.5.5	Δράσεις Δικτύωσης και συνεργασίας με την Κοινωνία των Πολιτών 62
3.6	Αναμενόμενα οφέλη 63
3.7	Δείκτες 65
3.8	Μεθοδολογία..... 65
3.9	Υποστηρικτικοί μηχανισμοί..... 66
3.10	Δημοσιότητα – Επικοινωνία 67
3.11	Χρονοδιάγραμμα..... 68
3.12	Σχεδιασμός Προϋπολογισμού 68
	Επίλογος..... 70
	Βιβλιογραφία 72
	Παράρτημα 79
	Συνοπτική περιγραφή του Σχεδίου Παρέμβασης για τη μείωση των γεννήσεων με καισαρική τομή 79

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Κατανομή των χωρών, των γεννήσεων και του αριθμού των ΚΤ βάσει ποσοστών (2008).....	31
Πίνακας 2: Ποσοστά καισαρικών τομών που πραγματοποιήθηκαν το έτος 2008 σε χώρες που παρουσιάζουν ποσοστά άνω του 15% (κατά φθίνουσα σειρά).....	31
Πίνακας 3: Κατανομή των τοκετών μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων, ποσοστό ΚΤ, ΦΤ και κολπικών γεννήσεων με χειρουργικές επεμβάσεις (2014).....	37
Πίνακας 4: Κορυφαίοι 20 πάροχοι στην Ελλάδα με υψηλό αριθμό γεννήσεων	37
Πίνακας 5: Ομάδες – Στόχοι.....	59
Πίνακας 6: Αναμενόμενα οφέλη δράσεων του Σχεδίου Παρέμβασης.....	64
Πίνακας 7: Οικονομικό όφελος από τη μείωση των ΚΤ κατά 36,73%.....	69
Πίνακας 8: Συνοπτική περιγραφή του Σχεδίου Παρέμβασης για τη μείωση των γεννήσεων με καισαρική τομή.....	79

Πίνακας συντμήσεων και συντομογραφιών

ΚΤ	Καισαρική Τομή
ΦΤ	Φυσιολογικός Τοκετός
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
UN	United Nations
ΕΜΓΕ	Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία
WHO	World Health Organization
ACN	Active Citizenship Network
ENCA	European Network of Childbirth Associations
IWRC	International Week for Respecting Childbirth
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΕΣΔΙΦ	Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ισότητα των Φύλων
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΗΕ	Ηνωμένα Έθνη
ΔΟΟΠ	Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση

Εισαγωγή

Από τη δεκαετία του 1980 παρατηρείται παγκοσμίως μία τάση αύξησης του αριθμού των γεννήσεων με καισαρική τομή (ΚΤ). **Στην Ελλάδα το φαινόμενο αυτό είναι ακόμα εντονότερο, αφού μία στις δύο γεννήσεις πραγματοποιούνται με ΚΤ** (Υπουργείο Υγείας, 2016). Σύμφωνα με πόρισμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο αριθμός των γεννήσεων με ΚΤ στη χώρα μας κρίνεται εξαιρετικά υψηλός, λαμβάνοντας μάλιστα υπόψη **το ανώτατο όριο του 15%** που έχει ορίσει ο Οργανισμός (World Health Organization, 1994).

Γενικότερα, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας εμφανίζει πλήθος παθογενειών, συμπεριλαμβανομένης της ανεπαρκούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Η **μαιευτική φροντίδα**, ως μέρος του συστήματος της ΠΦΥ, **συνιστά σημαντικό μέρος της περιγεννητικής υγείας**, η οποία δείχνει να πλήττεται από την άσκοπη χρήση επεμβατικών μεθόδων στον τοκετό και δη της ΚΤ.

Από την άλλη, η αγορά των μαιευτικών υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία του γιατρού – παραγωγού και την αδυναμία του ασθενή – αγοραστή (Rice, 2006). **Η μειωμένη συμμετοχή των μαιών στις μαιευτικές διαδικασίες και η ιατρικοποίηση του τοκετού, έχουν συμβάλλει στη μείωση των γεννήσεων με φυσιολογικό – κολπικό τοκετό (ΦΤ)** με ταυτόχρονη αύξηση της χρήσης επεμβατικών μεθόδων που διαταράσσουν τη φυσιολογική πορεία της γέννας (Χρονάκη, 2012). Τελικά, η προσφορά υπερτερεί της ζήτησης λόγω του μονοπωλίου των μαιευτήρων – γυναικολόγων και του ιδιωτικού τομέα με θύματα τις γυναίκες – «ασθενείς» που αναγκαστικά ακολουθούν το παραπάνω μοντέλο.

Έχει αποδειχθεί **ότι η ιατρικοποίηση της γέννας, επηρεάζει αρνητικά την εμπειρία του τοκετού**, διότι με την εκτεταμένη χρήση της τεχνολογίας και των ιατρικών μεθόδων που εφαρμόζονται, έχει καθιερωθεί ως «ασθένεια» και όχι ως ένα φυσιολογικό γεγονός της ανθρώπινης ύπαρξης. Επιπλέον, λόγω των επεμβατικών τοκετών χωρίς να υφίστανται παθολογικά αίτια στην μητέρα και το έμβρυο, παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας τα οποία στις αναπτυγμένες χώρες έχουν δημιουργήσει έντονα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα λόγω της αύξησης του κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Kitzinger, 2005).

Ο Π.Ο.Υ. έχει προβεί σε ειδικές συστάσεις προς τα κράτη-μέλη, με στόχο τη βελτίωση της περιγεννητικής υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην διασφάλιση της

υγείας των γυναικών και ιδιαίτερα **στο δικαίωμα επιλογής του τρόπου και του τόπου του τοκετού** βάσει επαρκούς και τεκμηριωμένης ενημέρωσης (WHO, 1996). Ακόμα, ο ΠΟΥ εφιστά την προσοχή των κρατών-μελών και τα καλεί να αναλάβουν δράση, σχετικά με την απειλή της **μαιευτικής βίας** που εμφανίζεται σε δομές υγείας και περιλαμβάνει αναγκαστικές περινεοτομές και ΚΤ. Το πρόβλημα της μαιευτικής βίας είναι ενδεικτικό του κατά πόσο γίνονται σεβαστά τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών.

Ο τοκετός ή η γέννα, εκτός από ένα φυσικό πανανθρώπινο γεγονός συνιστά και την κυριότερη δραστηριότητα της βιολογίας, η οποία μάλιστα δεν αφορά αποκλειστικά το ανθρώπινο είδος. Παράλληλα **ο τοκετός συνιστά ένα κοινωνικό και τοπικό φαινόμενο που παντού και πάντοτε είναι πολιτισμικά και τοπικά προσδιορισμένο** (Χρονάκη, 2017) **και γι' αυτό επιδέχεται πολλαπλές αναγνώσεις** και μπορεί να εξεταστεί σε ποικίλα πεδία και πλαίσια. Για παράδειγμα, μπορεί να προσληφθεί στο ατομικό επίπεδο ως βιωμένη εμπειρία των γυναικών, στο κοινωνιολογικό, το ανθρωπολογικό, το επιστημονικό ή και στο επίπεδο των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων. Τόσο ο τοκετός, όσο και η κοινωνική φύση της φροντίδας της αναπαραγωγής έχουν μελετηθεί εκτενώς τις τελευταίες δεκαετίες από την κοινωνιολογία, την κοινωνική ανθρωπολογία, την μαιευτική, την ιατρική επιστήμη αλλά και την φεμινιστική θεωρία (Καντσά 2013, Γκασούκα 2017, Μακρυνιώτη 2004, Αθανασίου 2003, Gautier 1999, Δραγώνα 1987, κ.λπ.).

Αν επιχειρούσαμε να εντοπίσουμε ένα σημείο στο οποίο τέμνονται οι διαφορετικές αναγνώσεις του φαινομένου του τοκετού θα λέγαμε ότι **ο κοινός αυτός τύπος είναι τα σώματα των γυναικών και η διαχείρισή τους στο πλαίσιο συγκεκριμένων κοινωνικών, πολιτισμικών, (βιο)ιατρικών και οικονομικών συνθηκών**. Διαχείριση που στις παρούσες συνθήκες και μέσω της ιατροκοποίησης της γέννας και των τυποποιημένων, σχεδόν βιομηχανικών διαδικασιών, έχουν μεταμορφώσει μια γυναικεία φυσιολογική διαδικασία **σε ελεγχόμενο τεχνοϊατρικό συμβάν** (Χρονάκη, 2012: 375-376).

Σημεία εκκίνησης της παρούσας εργασίας είναι **αφενός** οι Καταληκτικές Παρατηρήσεις και Συστάσεις της Επιτροπής των Ηνωμένων Εθνών για την Εξάλειψη των Διακρίσεων (CEDAW) για την 7^η Περιοδική Έκθεση της Ελλάδας (2013)¹ η οποία

¹ [http://old.isotita.gr/var/uploads/ANNOUNCEMENTS/CEDAW GR MAR2013_el.pdf](http://old.isotita.gr/var/uploads/ANNOUNCEMENTS/CEDAW_GR_MAR2013_el.pdf)

αφορούσε την περίοδο 2005 - 2008², *και αφετέρου* το πρόσφατο πόρισμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.)³, από τον οποίον είχε ζητηθεί να διεξαχθεί έρευνα για τις καισαρικές τομές στην Ελλάδα και τον εξαιρετικά υψηλό αριθμό γεννήσεων με καισαρική τομή.

Στις παρατηρήσεις της CEDAW για τα ζητήματα υγείας εκφράζεται η ανησυχία της Επιτροπής για «*το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό των καισαρικών τομών που πραγματοποιούνται σε δημόσια (40%) και ιδιωτικά (έως 65%) νοσοκομεία χωρίς ιατρική αιτιολόγηση*» και σημειώνεται ότι τα ποσοστά αυτά είναι σήμερα τα υψηλότερα στον κόσμο, και βρίσκονται «*πολύ πιο πάνω από το ποσοστό 15% που θεωρείται από την Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ότι καλύπτει ιατρικές ανάγκες*». Επιπλέον, σύμφωνα με την Επιτροπή, **αυτού του είδους η διαχείριση του τοκετού συνιστά διάκριση κατά των γυναικών** η οποία πρέπει να εξαλειφθεί, ενώ η σύσταση της Επιτροπής είναι **αφενός** η μείωση του αριθμού των καισαρικών τομών που πραγματοποιούνται χωρίς να υπάρχει ιατρική αναγκαιότητα μέσω της κατάρτισης και της επανακατάρτισης του ιατρικού προσωπικού σχετικά με τον φυσιολογικό τοκετό, *και αφετέρου* η εισαγωγή αυστηρού ελέγχου των ιατρικών δεικτών για τις καισαρικές τομές έτσι ώστε να πλησιάσει η χώρα τα αναγνωρισμένα από τον Π.Ο.Υ. ποσοστά.

Το πλαίσιο εξέτασης των παραπάνω διαστάσεων είναι **τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών**, τα οποία έχουν τριπλή προέλευση και έχουν αναδειχθεί μέσα από τρία διαφορετικά κινήματα: το κίνημα για τα ανθρώπινα δικαιώματα, το κίνημα για τον οικογενειακό προγραμματισμό και το κίνημα για τα δικαιώματα των γυναικών/ φεμινιστικό κίνημα. Στόχος αυτής της προσέγγισης είναι η υποβολή συγκεκριμένης **πρότασης – σχεδίου παρέμβασης για τη μείωση των γεννήσεων με καισαρική τομή**.

Στο **1ο Κεφάλαιο** τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα παρουσιάζονται ως μέρος των δικαιωμάτων του ανθρώπου μέσω μίας ανασκόπησης του διεθνούς, ευρωπαϊκού και εθνικού θεσμικού πλαισίου που τα διέπει. Στο **2ο Κεφάλαιο**, περιγράφεται η εξέλιξη της φύσης του τοκετού με τελική κατάληξη την απόλυτη ιατρικοποίησή του, γίνεται επισκόπηση των διεθνών τάσεων και πρακτικών,

² http://old.isotita.gr/var/uploads/HOME%20PAGE/7H_PERIODIKH_EKTHESH_CEDAW_articles.pdf

³ <http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/4509-apanthsh-toy-y-poyrgoy-ygeias-an-ksanthoy-sth-boylh-to-porisma-toy-poy-gia-tis-kaisarikes-tomes-sthn-ellada>

παρουσιάζονται οι – μη παθολογικοί – λόγοι αύξησης των καισαρικών τομών, και τέλος καταγράφονται προτάσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου βάσει της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και εμπειρίας. Τέλος, στο **3ο Κεφάλαιο** γίνεται αναλυτική παρουσίαση του προτεινόμενου σχεδίου παρέμβασης για τη μείωση των γεννήσεων με καισαρική τομή.

1^ο Κεφάλαιο - Σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών

1.1. Διεθνές επίπεδο

Σε διεθνές επίπεδο, το σημαντικότερο θεσμικό εργαλείο των Ηνωμένων Εθνών για την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των γυναικών είναι η Σύμβαση για την Εξάλειψη Όλων των Μορφών Διακρίσεων Κατά των Γυναικών (CEDAW), η οποία υιοθετήθηκε ομόφωνα από τη Γενική Συνέλευση των ΗΕ το 1979. Η Ελλάδα κύρωσε αυτή την σύμβαση με τον Ν. 1342/1983.

Στο Προοίμιο της CEDAW, γίνεται αναφορά στη συμβολή των γυναικών στην βελτίωση της κοινωνίας και της οικογένειας προσδίδοντας με τον τρόπο αυτό **κοινωνική σημασία στη μητρότητα**. Για την προστασία της μητρότητας, προβλέπεται η υιοθέτηση ειδικών μέτρων τα οποία σε καμία περίπτωση δεν θεωρούνται διακρίσεις σε βάρος του άλλου φύλου.

Το δικαίωμα στην υγεία υπήρξε ένας από τους πρωταρχικούς στόχους για ανάπτυξη δράσεων από τα συμβαλλόμενα κράτη. Παρά το γεγονός ότι τα αναπαραγωγικά δικαιώματα δεν ορίζονται σαφώς, στο **άρθρο 12 της Σύμβασης**, αναφέρεται η ανάγκη εξάλειψης κάθε μορφής διάκρισης σε βάρος των γυναικών στον τομέα της υγείας και η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και οικογενειακού προγραμματισμού. Επιπλέον, **τα κράτη είναι υποχρεωμένα να παράσχουν στις γυναίκες κατάλληλες υπηρεσίες τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά τον τοκετό, καθώς και υποστήριξη στην εγκυμοσύνη και τον θηλασμό (άρθρο 4)**.

Η σεξουαλικότητα και η αναπαραγωγική υγεία, άρχισαν να εξετάζονται υπό το πρίσμα των δικαιωμάτων του ανθρώπου την δεκαετία του 1990 ως μέρος της χειραφέτησης των γυναικών και την εν γένει εξέλιξη της κοινωνίας. Έως τότε, κυριαρχούσε η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού, η οποία μετεξελέγχθηκε στην ευρύτερη έννοια της αναπαραγωγικής υγείας και περιλάμβανε τόσο τις γυναίκες όσο και τους άντρες. Επισήμως, τα θέματα αυτά συζητήθηκαν και αναπτύχθηκαν μέσω διακηρύξεων και δράσεων στη **Διεθνή Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών στο Κάιρο το 1994 για τον πληθυσμό και την ανάπτυξη**, καθώς και στην **Τέταρτη Παγκόσμια Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τις Γυναίκες στο Πεκίνο το 1995**.

Τα αναπαραγωγικά δικαιώματα αναγνωρίζονται για πρώτη φορά στην Διάσκεψη του Καΐρου (1994) στο πλαίσιο της οποίας η αναπαραγωγική υγεία ορίστηκε ως «η κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή ζητήματος που αφορά στο αναπαραγωγικό σύστημα και στη λειτουργία του» (United Nations, 1995). Ο ορισμός των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων που χρησιμοποιήθηκε στην Διακήρυξη του Καΐρου είναι πολύ ευρύς διότι συμπεριλαμβάνει **το δικαίωμα στην αναπαραγωγική ελευθερία (σωματική ακεραιότητα) και τη διεκδίκηση της ισότητας των φύλων μέσω της αναγνώρισης του αναπαραγωγικού έργου**, γι' αυτό και έγινε δεκτή με ικανοποίηση από τις φεμινιστικές οργανώσεις (Gautier 1999: 399-400). Στο πλαίσιο της Διάσκεψης του Καΐρου **τα αναπαραγωγικά δικαιώματα συγκροτούνται ως νέα δικαιώματα** που προέκυψαν από την σύγκρουση που προκάλεσαν η δημογραφική μετάβαση και οι νέες δυνατότητες ελέγχου της αναπαραγωγικής ικανότητας **και παράλληλα θεωρούνται επέκταση των πολιτικών δικαιωμάτων στο οικουμενικό σώμα των γυναικών**, εφόσον εμπεριέχουν το δικαίωμα κάθε γυναίκας στην αυτονομία και αυτοδιάθεση του σώματός της (Gautier 1999: 405-406).

Το 1995 στην **Διακήρυξη και στην Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου** (*Beijing Declaration and Platform for Action*), **αναγνωρίζεται ρητά το δικαίωμα όλων των γυναικών να έχουν τον έλεγχο όλων των διαστάσεων της υγείας τους και ιδιαιτέρως της αναπαραγωγικής τους ικανότητας** (παρ. 17 Διακήρυξης) και δηλώνεται η δέσμευση των κρατών να διασφαλίσουν ίση πρόσβαση και ίση μεταχείριση γυναικών και ανδρών στην εκπαίδευση και στην υγεία και **να λάβουν μέτρα για την ενίσχυση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών** (παρ. 30 Διακήρυξης). Στην Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου προσδιορίζονται οι δώδεκα κρίσιμοι τομείς δράσης⁴ μεταξύ των οποίων δεσπόζουσα θέση έχει και η υγεία (παρ. 89-111 της Πλατφόρμας), όπου μεταξύ των άλλων ορίζεται ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα **περιλαμβάνουν το δικαίωμα των γυναικών να ελέγχουν και να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα για όλα τα θέματα που**

⁴ Οι δώδεκα κρίσιμοι τομείς της Πλατφόρμας του Πεκίνου που αποτελούν την ατζέντα για την ενδυνάμωση των γυναικών και θέτουν τους αντίστοιχους στρατηγικούς στόχους είναι: 1. Φτώχεια, 2. Εκπαίδευση και κατάρτιση των γυναικών, 3. Υγεία, 4. Βία κατά των γυναικών, 5. Ένοπλες συγκρούσεις, 6. Οικονομία, 7. Θέσεις εξουσίας και διαδικασίας λήψης αποφάσεων, 8. Θεσμικοί μηχανισμοί για την προώθηση των γυναικών, 9. Ανθρώπινα δικαιώματα των γυναικών, 10. ΜΜΕ, 11. Περιβάλλον και 12. Το κορίτσι-παιδί.

αφορούν την σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία, χωρίς διάκριση, εξαναγκασμό και χρήση βίας. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ισότητα ανδρών – γυναικών στα θέματα των σεξουαλικών σχέσεων και της αναπαραγωγής, συμπεριλαμβανομένου του απόλυτου αμοιβαίου σεβασμού, της συγκατάθεσης και της κοινής ευθύνης στη σεξουαλική συμπεριφορά και στις συνέπειες αυτής (παρ. 96).

Η **αναπαραγωγική υγεία** ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως **μία κατάσταση φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας, σε όλα τα στάδια της ζωής του ανθρώπου, σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα** (WHO, 2017). Σημειώνεται ότι η **παγκόσμια στρατηγική** του Π.Ο.Υ. για την αναπαραγωγική υγεία εξειδικεύεται μέσω **πέντε πυλώνων** που αποφασίστηκαν το 2004 στην 57^η Συνέλευση του Π.Ο.Υ. (WHO, 2004):

1. Υπηρεσίες υγείας που αφορούν την προγεννητική, περιγεννητική και επιλόχεια φροντίδα
2. Ασφαλείς αμβλώσεις.
3. Πρόληψη και αντιμετώπιση των λοιμώξεων του αναπαραγωγικού συστήματος των γυναικών, μείωση και εξάλειψη της θνησιμότητας.
4. Οικογενειακός προγραμματισμός.
5. Πρόληψη και εξάλειψη της βίας κατά των γυναικών και των κοριτσιών.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΔΟΟΠ) διατύπωσε τον **Χάρτη των Σεξουαλικών και Αναπαραγωγικών Δικαιωμάτων** ο οποίος βασίζεται σε 12 δικαιώματα, τα οποία είτε στηρίζονται σε διεθνώς αναγνωρισμένα και νομικά κατοχυρωμένα ανθρώπινα δικαιώματα, είτε συνεπάγονται αυτών. Αυτό διασφαλίζει την εγκυρότητα των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων ως ανθρώπινα δικαιώματα, εφαρμόζοντας διεθνώς αποδεκτή ορολογία από τις Συνθήκες, οι οποίες φέρουν το κύρος διεθνούς νομοθεσίας. Το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για το Δημογραφικό και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνώρισαν τον Χάρτη το 1995.

Χάρτης Σεξουαλικών και Αναπαραγωγικών Δικαιωμάτων⁵

1	Το Δικαίωμα στη Ζωή, που σημαίνει, μεταξύ άλλων, ότι καμιάς γυναίκας η ζωή δεν πρέπει να τεθεί σε κίνδυνο λόγω μιας εγκυμοσύνης.
2	Το Δικαίωμα στην Ελευθερία και Ασφάλεια του Ατόμου ⁶ , που αναγνωρίζει ότι καμία γυναίκα δεν πρέπει να υποστεί ακρωτηριασμό των αναπαραγωγικών της οργάνων, αναγκαστική εγκυμοσύνη, στέρωση, ή έκτρωση.
3	Το Δικαίωμα στην Ισότητα και στην Απελευθέρωση από κάθε Μορφή Διάκρισης, που συμπεριλαμβάνει και τη διάκριση σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική ζωή του ατόμου.
4	Το Δικαίωμα στην Ιδιωτική Ζωή, που σημαίνει ότι όλες οι ιατρικές υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας οφείλουν να είναι εμπιστευτικές, και όλες οι γυναίκες έχουν δικαίωμα να αποφασίζουν αυτόνομα για τις αναπαραγωγικές τους επιλογές.
5	Το Δικαίωμα στην Ελευθερία Σκέψης, που συμπεριλαμβάνει την ελευθερία από την περιοριστική ερμηνεία θρησκευτικών κειμένων, φιλοσοφιών και εθίμων, ως μέσων υποτίμησης, την ελευθερία της σκέψης σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική ιατρική φροντίδα και άλλα θέματα.
6	Το Δικαίωμα στην Πληροφόρηση και Εκπαίδευση, σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία για όλα τα άτομα, συμπεριλαμβανομένης και της πρόσβασης σε ολοκληρωμένη πληροφόρηση για τα οφέλη, τους κινδύνους, και την αποτελεσματικότητα όλων των μεθόδων ρύθμισης της γονιμότητας, ώστε όλες οι αποφάσεις να παίρνονται με βάση την ολοκληρωμένη, ελεύθερη, και πληροφορημένη συγκατάθεση του ατόμου.
7	Το Δικαίωμα Επιλογής Γάμου ή Όχι και της Δημιουργίας Προγραμματισμένης Οικογένειας.
8	Το Δικαίωμα Απόφασης Εάν ή Πότε να Αποκτήσεις Παιδιά.
9	Το Δικαίωμα στη Φροντίδα και Προστασία της Υγείας, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα στην καλύτερης δυνατής ποιότητας ιατρική φροντίδα των πολιτών, και το δικαίωμα να είναι ελεύθεροι/ες από παραδοσιακές συνήθειες που είναι επιζήμιες για την υγεία.
10	Το Δικαίωμα στα Οφέλη της Επιστημονικής Προόδου, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα όσων χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας να έχουν πρόσβαση σε νέες, ασφαλείς, αποτελεσματικές και αποδεκτές τεχνολογίες που αφορούν την αναπαραγωγική υγεία.
11	Το Δικαίωμα στην Ελευθερία Συνάθροισης και Πολιτικής Συμμετοχής, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα όλων των ατόμων να επηρεάσουν τις κοινότητες και τις κυβερνήσεις προκειμένου να θέσουν ως προτεραιότητα τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα αντίστοιχα δικαιώματα.
12	Το Δικαίωμα να είσαι Απαλλαγμένη/ος από Βασανιστήρια και Κακομεταχείριση, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα όλων των γυναικών, ανδρών και νέων να είναι προστατευμένοι από τη βία, τη σεξουαλική εκμετάλλευση, και την κακοποίηση.

Πηγή: (Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού, 1994)

⁵ <http://www.cyfamplan.org/famplan/page.php?pageID=33>

⁶ Για τους σκοπούς του διεθνούς δικαίου, τα άτομα είναι ανθρώπινες υπάρξεις που έχουν γεννηθεί.

1.2 Ευρωπαϊκό επίπεδο

Οι προαναφερόμενες Συνθήκες έχουν αναγνωριστεί και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η Ευρωπαϊκή Ένωση εδράζεται σε ένα σύνολο αξιών, που προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένης της ισότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών η οποία προβλέπεται στα άρθρα 2 και 3 της Συνθήκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Οι στόχοι αυτοί κατοχυρώνονται στο άρθρο 21 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ, με τον οποίο η Ένωση δημιούργησε νομική ασφάλεια για μία σειρά από προσωπικά, αστικά, πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Στο κεφάλαιο 3 για την ισότητα, αναφέρεται ρητά η ίση μεταχείριση ανδρών και γυναικών και η απαγόρευση των διακρίσεων.

Στο άρθρο 157 της Συνθήκης για τη Λειτουργία της ΕΕ, ενθαρρύνεται η **ανάληψη θετικών δράσεων για την ενίσχυση της θέσης των γυναικών**. Στα άρθρα 8 και 9 αναφέρεται η δέσμευση των κρατών – μελών για την **καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω φύλου και για την προστασία της ανθρώπινης υγείας**. Στο άρθρο 19, η Συνθήκη δίνει τη δυνατότητα θέσπισης νομοθεσίας για την καταπολέμηση των πάσης φύσεως διακρίσεων, συμπεριλαμβανομένων των διακρίσεων λόγω φύλου. (Επιτροπή Δικαιωμάτων των Γυναικών και Ισότητας των Φύλων, 2013, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2013)

Επίσης σε θεσμικό επίπεδο θα πρέπει να αναφερθούν οι εξής Οδηγίες:

- Οδηγία 92/85/ΕΟΚ του Συμβουλίου (19/10/1992) σχετικά με την εφαρμογή μέτρων που αποβλέπουν στη **βελτίωση της υγείας και της ασφάλειας κατά την εργασία των εγκύων, λεχώνων και γαλουχουσών εργαζομένων** (δέκατη ειδική οδηγία κατά την έννοια του άρθρου 16 παράγραφος 1 της οδηγίας 89/391/ΕΟΚ).
- Οδηγία 86/613/ΕΟΚ του Συμβουλίου (11/12/1986) σχετικά με την εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών που ασκούν ανεξάρτητη δραστηριότητα, συμπεριλαμβανομένης της γεωργικής, καθώς και για την **προστασία της μητρότητας**
- Οδηγία 79/7/ΕΟΚ του Συμβουλίου (19/12/1978) περί της **προοδευτικής εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχειρίσεως μεταξύ ανδρών και γυναικών σε θέματα κοινωνικής ασφάλισης**.

Από την άλλη θα πρέπει να σημειωθεί ότι η **Επιτροπή Δικαιωμάτων των Γυναικών και Ισότητας των Φύλων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου**, στην Έκθεση σχετικά με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα (2013), εκφράζει τη λύπη της για το γεγονός ότι η **πρόταση για ένα νέο πρόγραμμα «Υγεία για την Ανάπτυξη 2014-2020» δεν αναφέρει τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα** και γι' αυτό παροτρύνει την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να συμπεριλάβει τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα στην επόμενη στρατηγική της ΕΕ για τη δημόσια υγεία. Ένα σημαντικό σημείο της Έκθεσης είναι η εννοιολόγηση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων: *«Τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στην υγιεινοομική περίθαλψη της μητέρας και στον οικογενειακό προγραμματισμό, περιλαμβάνουν ελευθερίες και δικαιώματα που συνδέονται με πολλά από τα ήδη καθιερωμένα αστικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα. Παρότι τα σεξουαλικά και τα αναπαραγωγικά δικαιώματα είναι δύο διαφορετικές έννοιες, τα αναπαραγωγικά δικαιώματα αποτελούν μια πτυχή των σεξουαλικών δικαιωμάτων, με τον ίδιο τρόπο που τα σεξουαλικά δικαιώματα αποτελούν μέρος των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων.»* (Yamin, 2005 στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2013:25).

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η πρόταση της Επιτροπής Δικαιωμάτων των Γυναικών και Ισότητας των Φύλων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου (τον Οκτώβριο του 2010) για την **αναθεώρηση της Οδηγίας 92/85/ΕΟΚ** σχετικά με την εφαρμογή μέτρων που αποβλέπουν στη βελτίωση της υγείας και της ασφάλειας κατά την εργασία των εγκύων, λεχώνων και γαλουχουσών εργαζομένων και την παράταση της ελάχιστης διάρκειας της άδειας μητρότητας από 14 σε 18 εβδομάδες, με στόχο την υποστήριξη των εργαζόμενων γυναικών μετά τον τοκετό, την διευκόλυνση της επιστροφής τους στην αγορά εργασίας και τον καλύτερο συνδυασμό επαγγελματικού, ιδιωτικού και οικογενειακού βίου, **δεν έγινε δεκτή, από το Συμβούλιο των Υπουργών**, το οποίο επικαλέστηκε το κόστος που θα προέκυπτε από την εφαρμογή της αναθεωρημένης οδηγίας. Παρά τις κινητοποιήσεις των φεμινιστικών οργανώσεων στην Ευρώπη και τις εκστρατείες ενημέρωσης που διοργανώθηκαν από μεγάλες μη κυβερνητικές οργανώσεις, **η οδηγία παραμένει σε εκκρεμότητα εδώ κι επτά χρόνια**, ενώ δεν έχει αποσοβηθεί ο κίνδυνος να χαθεί η προβλεπόμενη χρονική προθεσμία για την έκδοσή της.

1.3 Εθνικό θεσμικό πλαίσιο

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει εξειδικευμένος νόμος για τα αναπαραγωγικά και σεξουαλικά δικαιώματα, αλλά ένα ευρύτερο θεσμικό πλέγμα προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών που κυρίως αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό και την μητρότητα. Στο Σύνταγμα της Ελλάδος του 1975 κατοχυρώνεται βάσει του άρθρου 4 η ισότητα Ελλήνων και Ελληνίδων ως προς τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους. Στην αναθεώρηση του 2001, στο άρθρο 116, αναφέρεται ρητά πως «δεν αποτελεί διάκριση λόγω φύλου η λήψη θετικών μέτρων για την προώθηση της ισότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών» (Σύνταγμα της Ελλάδος, 1975, 2001). Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί η σημαντική νομοθετική που εισήχθη με τον Ν. 1329/1983 με τον οποίο εκσυγχρονίστηκε το Οικογενειακό Δίκαιο και προσαρμόστηκε στην συνταγματική επιταγή της αρχής της ισότητας των δύο φύλων, ενώ καταργήθηκε η έννοια της πατριαρχικής οικογένειας και αντικαταστάθηκε με την οικογένεια της ισότητας. Από την άλλη, **οι βασικοί νόμοι που αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό είναι οι εξής:**

- A) Ν. 1036/1980 «Για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και άλλες διατάξεις»,
- B) Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», (άρθρο 22 Οικογενειακός Προγραμματισμός),
- Γ) Ν. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» στην οποία συμπεριλαμβάνεται και ο οικογενειακός προγραμματισμός,
- Δ) Ν. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις».

Προσφάτως, με το νόμο 4486/2017 για την μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας υπάρχει ειδική πρόβλεψη για την **μαιευτική φροντίδα** (άρθρο 12) και προβλέπεται η λήψη μέτρων υπέρ της **γυναικολογικής και μαιευτικής υγείας, αναβαθμίζεται ο ρόλος των μαιών μέσω της σύστασης δικτύου Μαιών – Μαιευτών** με τίτλο «*Δίκτυο Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών – Μαιευτών*». Σκοπός του Δικτύου μεταξύ άλλων, είναι η παροχή συμβουλευτικής και ενημέρωσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας, καθώς και η ολοκληρωμένη και έγκαιρη ενημέρωση και η προετοιμασία της εγκύου για το φυσιολογικό τοκετό. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα στις μαιές να συνταγογραφούν σχετικά φάρμακα.

Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί το **Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία 2008-2012** που εκπονήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στόχοι του Εθνικού Σχεδίου, **το οποίο τελικώς δεν υλοποιήθηκε**, μεταξύ άλλων, ήταν: η μείωση του αριθμού των αμβλώσεων, η αύξηση της χρήσης και της μεγιστοποίησης της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες και στα μέσα αντισύλληψης, για όλο τον ελληνικό πληθυσμό, η μεγιστοποίηση του αριθμού του πληθυσμού που έχει γνώση των ζητημάτων οικογενειακού προγραμματισμού, η περαιτέρω μείωση της μητρικής, περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας και η μείωση της ενδοοικογενειακής βίας και της σεξουαλικής κακοποίησης (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008:6)

Η **Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων**, με στόχο την εξάλειψη των ανισοτήτων μεταξύ γυναικών και ανδρών, περιλαμβάνει στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ισότητα των Φύλων (ΕΣΔΙΦ) μία σειρά παρεμβάσεις και εξειδικευμένες πολιτικές συμπεριλαμβανομένης της υγείας, βάσει της στρατηγικής που καθιερώθηκε το 1995 στο Πεκίνο. Στο ΕΣΔΙΦ τονίζεται η σημασία της **ισότιμης ενημέρωσης και πρόσβασης γυναικών και ανδρών σε ασφαλείς, αποτελεσματικές, προσιτές και αποδεκτές μεθόδους που προάγουν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία**. Επιπλέον, μνημονεύεται η ανάγκη δημιουργίας δομών ψυχικής υγείας που θα πλαισιώνουν τις μαιευτικές κλινικές για την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των γυναικών, όπως επιλόχειες ψυχικές διαταραχές ή ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με την κύηση, τον τοκετό, την υπογονιμότητα, την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και την εμμηνόπαυση (Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων, 2017:91-103).

2^ο Κεφάλαιο - Φυσικός τοκετός και γέννηση με καισαρική τομή

2.1 Η ιατρικοποίηση του τοκετού

Μέχρι πολύ πρόσφατα, ανά τους αιώνες, οι γυναίκες γεννούσαν στο σπίτι με τη βοήθεια των γυναικών της οικογένειας, της μαμής και πολλές φορές της κοινότητας. Αυτός ο τοκετός ονομάζεται και «**παραδοσιακός τοκετός**» ή **αλλιώς «κοινωνικός»**, σύμφωνα με την ανθρωπολογία, όρος που υποδηλώνει τη γέννα ως ένα φυσιολογικό γεγονός το οποίο λαμβάνει χώρα σε οικείο χώρο (το σπίτι) με οικεία πρόσωπα (τις γυναίκες της οικογένειας).

Στον παραδοσιακό τοκετό η γέννα γινόταν αντιληπτή ως μία διαδικασία κατά την οποία το γυναικείο σώμα «άνοιγε για να αφήσει τη νέα ζωή να βγει στον κόσμο». Γενικά, στις προβιομηχανικές κοινωνίες η γέννα μπορούσε να συμβεί σε κάποιο σπίτι (της επιτόκου ή κάποιου άλλου μέλους της κοινότητας) ή ακόμα και στα χωράφια αφού η γυναίκα έπρεπε να εργάζεται μέχρι τελευταία στιγμή. Ωστόσο, το σπίτι θεωρείτο ως το καταλληλότερο μέρος, καθώς εκεί, συνήθως, η γυναίκα απολάμβανε την απαραίτητη οικειότητα και ιδιωτικότητα ώστε να αισθάνεται ασφαλής και άνετη.

Ο πόνος, πριν και κατά τη διάρκεια του τοκετού, εθεωρείτο ως φυσικό επακόλουθο και μέρος της συνολικής εμπειρίας, και όχι ως ταλαιπωρία ή ένδειξη βλάβης η οποία έπρεπε να κατασταλεί με χημικό τρόπο.

Ο όρος «ιατρικοποίηση» αναφέρεται στη μετατροπή της γέννας από ένα φυσιολογικό καθημερινό γεγονός που αποτελεί προϋπόθεση για τη συνέχιση της ζωής, σε ιατρικό πρόβλημα που απαιτεί εξειδικευμένη φροντίδα και αγωγή. Η αρμοδιότητα και η ευθύνη για τον τοκετό έχει μεταφερθεί πλέον από την οικογένεια και τη γυναίκα, στους επαγγελματίες υγείας. Η γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού αντιμετωπίζεται ως «άρρωστη» και για το λόγο αυτό ο χώρος του νοσοκομείου είναι ο πλέον κατάλληλος για αυτήν.

Η μετατροπή του τοκετού σε ιατρικό ζήτημα ξεκίνησε το 18^ο αιώνα στις δυτικές κοινωνίες με την είσοδο των ανδρών στην μαιευτική η οποία ήταν μία από τις πρώτες ιατρικές ειδικότητες. Η φροντίδα της γέννας, ενός φυσικού γεγονότος με συνήθως καλή έκβαση, ήταν ένα σημαντικό μέρος της ειδικότητάς τους, πράγμα το οποίο εξασφάλιζε πρόσβαση στις οικογένειες της μεσαίας και ανώτερης τάξης και συνεπαγόταν αυξημένο κύρος για το νέο αυτό κλάδο. Παράλληλα, με **την δυσφήμιση**

και τελικά την υποτίμηση του ρόλου των μαιών, οι μαιευτήρες αναδείχθηκαν ως οι πλέον απαραίτητοι για το τοκετό. Χειρουργικές παρεμβάσεις που άλλοτε χρησιμοποιούνταν σε δύσκολες περιπτώσεις, άρχισαν να εξελίσσονται σε συνηθισμένη ιατρική πρακτική ακόμα και στους ομαλούς τοκετούς (π.χ. η εμβρυουλκία).

Το σπίτι και ο εξοπλισμός του, ως χώρος τοκετού, άρχισε να αποτελεί εστία μόλυνσης και η αποστείρωση έγινε απαραίτητη. Επιπλέον, ο τοκετός στο σπίτι, από φυσιολογικό γεγονός, άρχισε να χαρακτηρίζεται ως επικίνδυνος για τη μητέρα και το μωρό, ακόμα και πριν αυτός συμβεί. Για το λόγο αυτό προέκυψε η ανάγκη μεταφοράς του στο νοσοκομείο το οποίο εξασφάλιζε την καθαριότητα και τον απαραίτητο εξοπλισμό. Στο νοσοκομείο οι γιατροί έχουν τη δυνατότητα να ασκούν απόλυτο έλεγχο στη γέννα με φάρμακα και εργαλεία που ανακουφίζουν και επιταχύνουν τη διαδικασία η οποία με τον τρόπο αυτό μεταλλάχθηκε από φυσιολογική σε ιατρική.

Η μεταφορά του τοκετού από το σπίτι στο νοσοκομείο εδράζεται και **στις αντιλήψεις που επικράτησαν για τη θέση και τη φύση της γυναίκας στην βιομηχανική κοινωνία**. Η αναπαραγωγική διαδικασία, προκειμένου να ελεγχθεί, απέκτησε την έννοια της «παραγωγής» με όλα τα χαρακτηριστικά της βιομηχανικής παραγωγής όπως τυποποίηση, μαζικότητα, ταχύτητα και εξειδίκευση. Έτσι, η γυναίκα δεν έχει λόγο στον τρόπο με τον οποίο θα γεννήσει, για τον οποίο τις περισσότερες φορές δεν είναι καν ενημερωμένη. Από την είσοδό της στο νοσοκομείο, την τοποθέτησή της σε αναπηρική καρέκλα, την απομάκρυνση της από τους δικούς της ανθρώπους, τη χορήγηση ενδοφλέβιου ορού και φαρμάκων, τη σύνδεσή της με τον καρδιοτοκογράφο, τον υποκλυσμό και τον καλωπισμό της, την υποχρέωση να παραμένει ακίνητη και ξαπλωμένη τόσο κατά τη διάρκεια των ωδίνων όσο και του τοκετού, της επεμβάσεις στο σώμα της (π.χ. την περινεοτομή ή την καισαρική), μέχρι τη συνήθεια να απομακρύνεται το υγιές μωρό από τη μητέρα του και να παραμένει στο θάλαμο νεογνών, γίνεται πλήρως αντιληπτό πως η γυναίκα δεν έχει κανέναν έλεγχο στο σώμα της και βρίσκεται εκτεθειμένη και ευάλωτη (Χρονάκη, 2012:35–50).

Η φύση του τοκετού έχει αλλάξει: *«Δεν βλέπουμε γέννες σε πολλά μαιευτήρια τώρα πια. Αυτό που βλέπουμε μοιάζει με τη γέννα όσο μοιάζει η τεχνητή γονιμοποίηση με τη σεξουαλική επαφή»* (Ronald Laing στο O' Mara, 2003).

2.2 Διεθνείς κατευθύνσεις και πρακτικές για τον φυσικό τοκετό

Εξαιτίας της επικρατούσας άποψης ότι ο χαρακτηρισμός του τοκετού ως «φυσιολογικού» γίνεται μόνο εκ των υστέρων, πολλοί μαιευτήρες ακολουθούν τάσεις και πρακτικές κατά τη φυσιολογική γέννα με τον ίδιο τρόπο που τις εφαρμόζουν σε επιλεγμένους τοκετούς. Για τον λόγο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1996 δημοσίευσε έναν **πρακτικό οδηγό για τη φροντίδα στον φυσιολογικό τοκετό**, όπου εντοπίζει και αναλύει με κριτικό τρόπο πρακτικές που ισχύουν σε ολόκληρο τον κόσμο με στόχο αυτές να εφαρμόζονται όσο το δυνατόν καλύτερα κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού. Δεδομένης της παραπάνω άποψης, δημιουργείται ένα σύνολο παρεμβάσεων από τους/τις επαγγελματίες υγείας που επιδρά στη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού με αυξημένες πιθανότητες (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1996) να συμβούν τα κάτωθι:

- Το φυσιολογικό γεγονός του τοκετού να μετατρέπεται σε ιατρική διαδικασία.
- Η ελευθερία των γυναικών να ζήσουν τη γέννηση του παιδιού τους με τρόπο και σε χώρο που επιλέγουν οι ίδιες, να περιορίζεται.
- Να διενεργούνται επεμβάσεις (χειρουργικές και μη) που δεν χρειάζονται.
- Να αυξάνεται η ζήτηση νοσοκομείων με πολύ υψηλό τεχνολογικό εξοπλισμό.
- Να αυξάνονται διαρκώς οι δαπάνες.

Η βάση της αρχής για τη φροντίδα του φυσιολογικού τοκετού είναι: **«στον φυσιολογικό τοκετό θα πρέπει να υπάρχει σημαντικός λόγος για να διαταράξουμε τη φυσική πορεία»**. Οι πρακτικές οι οποίες εφαρμόζονται κατατάσσονται στον οδηγό ανάλογα με την αποδεδειγμένη ή μη αποτελεσματικότητά τους ή βλαπτικότητά τους.

Αποδεδειγμένα Αποτελεσματικές Πρακτικές που πρέπει να ενθαρρύνονται

- 1 Κάθε γυναίκα κατά τη διάρκεια της κύησης θα πρέπει να συντάσσει μία έκθεση που θα καθορίζει τον τρόπο, τον τόπο όπου θέλει να γεννήσει και τους ανθρώπους που επιθυμεί να παρευρίσκονται κατά τη διαδικασία.
- 2 Η αξιολόγηση της κύησης και των ενδεχόμενων κινδύνων είναι μία επαναλαμβανόμενη διαδικασία και θα πρέπει να λαμβάνει χώρα καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού από τους επαγγελματίες υγείας.
- 3 Η παρακολούθηση της φυσικής και συναισθηματικής κατάστασης της επιτόκου κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος του τοκετού. Προσοχή πρέπει να δίνεται στην επιθυμία της για παρουσία ή μη συγκεκριμένων ατόμων και σεβασμός την ιδιωτικότητά της. Η συναισθηματική υποστήριξη κατά τη διάρκεια του τοκετού από τους/τις υπευθύνους και τα άτομα που έχει επιλέξει να παρευρίσκονται στο χώρο είναι πολύ σημαντική.
- 4 Έρευνες έχουν δείξει ότι η συνεχής υποστήριξη της επιτόκου ψυχικά και σωματικά από άτομο εμπιστοσύνης (ιδανικά μία έμπειρη μαία) έχει σαν αποτέλεσμα την ελάχιστη χρήση φαρμάκων και επισκληριδίου αναισθησίας, τη μείωση της διάρκειας του τοκετού και τη μείωση των επεμβατικών τοκετών. Το άτομο αυτό προσφέρει στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, ενημερώνει διαρκώς την επίτοκο για την κατάσταση που διανύει, την ανακουφίζει με ασφαλείς μεθόδους (μασάζ στην οσφυϊκή χώρα, τεχνικές χαλάρωσης) με αποτέλεσμα να ελαττώνεται σημαντικά το άγχος και το στρες. Επιπλέον, ανεβάζει το ποσοστό των γυναικών που θηλάζουν πέραν των πρώτων έξι εβδομάδων.
- 5 Ο σεβασμός στην επιλογή της επιτόκου για το χώρο που θέλει να γεννήσει, απόφαση στην οποία έχει καταλήξει μετά από ενημέρωση και βάσει της κατάστασης της υγείας της. Η περίθαλψη που λαμβάνει μία γυναίκα πρέπει να είναι όσο το δυνατό πλησιέστερα στην ιδιωτικό της χώρο, μέρος όπου νιώθει εμπιστοσύνη και ασφάλεια. Αυτό μπορεί να είναι το μαιευτήριο, το κέντρο υγείας ή το σπίτι. Σε περίπτωση που επιλεγεί τόπος που στερείται τεχνολογικού εξοπλισμού, τότε είναι αναγκαίο να έχει προβλεφθεί η άμεση μεταφορά σε πιο εξοπλισμένο κέντρο. Σύμφωνα με έρευνα στην Ολλανδία, ο τοκετός στο σπίτι είναι εξίσου ασφαλής με το μαιευτήριο και έχει πολύ καλύτερη έκβαση στις εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου.
- 6 Ελευθερία στην επιλογή θέσης και κίνησης καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού και όχι στον περιορισμό των ύπτιων θέσεων.
- 7 Όσο το δυνατόν γρηγορότερη επαφή του νεογνού με το δέρμα της μητέρας και έναρξη του θηλασμού εντός μίας ώρας. Η άμεση επαφή περιορίζει την πτώση της θερμοκρασίας στο σώμα του νεογνού η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολικές διαταραχές. Επίσης, το δέρμα τους αποικίζεται αμέσως από βακτήρια και είναι σημαντικό η πρώτη επαφή τους να είναι με τα βακτήρια του δέρματος της μητέρας και όχι του προσωπικού του νοσοκομείου.

Πηγή: (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1996)

2.3 Έλλειψη σεβασμού και κακομεταχείριση των γυναικών κατά τον τοκετό σε δομές υγείας

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα του Π.Ο.Υ. σχετικά με τις εμπειρίες των γυναικών κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό σε ολόκληρο τον κόσμο, πολλές από αυτές **αντιμετωπίζονται με έλλειψη σεβασμού ή/και υφίστανται κακομεταχείριση και παραμέληση σε δομές υγείας**. Ιδιαίτερα δε, κατά τη διάρκεια του τοκετού και της λοχείας, που οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες. Τέτοιες πρακτικές ενδέχεται να έχουν άμεσες δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στη μητέρα όσο και στο βρέφος.

Οι αναφορές για έλλειψη σεβασμού και κακομεταχείριση, κάνουν λόγο για **κατάφωρη σωματική κακοποίηση, ταπείνωση, λεκτική κακοποίηση, ιατρικές διαδικασίες που εκτελούνται κατόπιν εξαναγκασμού ή άνευ συναινέσεως** (συμπεριλαμβανομένης της στείρωσης), **έλλειψη σεβασμού ως προς το ιατρικό απόρρητο και την ιδιωτικότητα, ανεπαρκή ενημέρωση πριν την εξασφάλιση συναίνεσης** (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων επεμβατικών τοκετών), **άρνηση χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων, άρνηση εισαγωγής σε δομές υγείας, παραμέληση κατά τη διάρκεια του τοκετού με αποτέλεσμα να υφίστανται απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές και υποχρεωτική κράτηση σε δομές υγείας λόγω αδυναμίας κάλυψης του κόστους**. Άγαμες γυναίκες, έφηβες, γυναίκες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, από εθνοτικές μειονότητες ή μετανάστριες και γυναίκες οροθετικές στον ιό HIV, είναι εξαιρετικά πιθανό να αντιμετωπίσουν τέτοιες συνθήκες κακομεταχείρισης.

Παρά τα ισχύοντα επιστημονικά δεδομένα, δεν υπάρχει προς το παρόν συναίνεση σε διεθνές επίπεδο ως προς τον τρόπο ορισμού και μέτρησης του φαινομένου με επιστημονικά εργαλεία. Προκειμένου να υπερκεραστεί το εμπόδιο αυτό και να διασφαλιστεί υψηλό επίπεδο περίθαλψης με σεβασμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, η οργάνωση και διοίκηση των συστημάτων υγείας πρέπει να γίνεται με τρόπο που εξασφαλίζει τα παραπάνω σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα. **Για το σκοπό αυτό, ο Π.Ο.Υ. προτείνει τα εξής μέτρα:**

- Περισσότερη υποστήριξη από τις κυβερνήσεις για να πραγματοποιηθούν έρευνες και δράσεις σχετικά με την έλλειψη σεβασμού και κακομεταχείριση.

- Εισαγωγή και ανάπτυξη προγραμμάτων με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών, στοχεύοντας κυρίως στην εκπαίδευση του προσωπικού και την αλλαγή νοοτροπίας.
- Προσέγγιση των συστημάτων υγείας μέσα από τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με έμφαση στα δικαιώματα των γυναικών για αξιοπρεπή περίθαλψη.
- Χάραξη και υλοποίηση σαφών πολιτικών για τα δικαιώματα και τα πρότυπα δεοντολογίας, ανάπτυξη συστημάτων λογοδοσίας και ουσιαστική υποστήριξη από επαγγελματίες.
- Συμμετοχή των γυναικών, των επαγγελματιών υγείας, των κοινοτήτων, των επαγγελματικών ενώσεων, των διοικητών των δομών υγείας και όλων των ενδιαφερομένων στις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας και στην εξάλειψη των πρακτικών που χαρακτηρίζονται από έλλειψη σεβασμού και συνεπάγονται κακομεταχείριση.

Πηγή: (WHO, 2015)

2.4 Περιγεννητική φροντίδα σε ευρωπαϊκό επίπεδο

Το Δίκτυο Active Citizenship Network (ACN), το 2002 από κοινού με 12 Ευρωπαϊκές οργανώσεις συνέταξε την «**Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών**», η οποία το 2007 υιοθετήθηκε επισήμως από την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή αποκτώντας νομική ισχύ. Στην Χάρτα περιλαμβάνονται **14 δικαιώματα** που στόχο έχουν την εξασφάλιση της προστασίας της υγείας με την παροχή ποιοτικών και ασφαλών υπηρεσιών που παρέχονται από τα συστήματα υγείας των κρατών – μελών.

Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών	
1	Το δικαίωμα στην πρόληψη.
2	Το δικαίωμα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αναλόγως των αναγκών τους χωρίς διακρίσεις ως προς την οικονομική τους κατάσταση, τον τόπο κατοικίας, το είδος της ασθένειας ή περιορισμού στο χρόνο πρόσβασης.
3	Το δικαίωμα της πληροφόρησης σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και τις τεχνολογικές καινοτομίες.
4	Το δικαίωμα της συγκατάθεσης μέσω της πρόσβασης σε κάθε είδους πληροφορία ώστε να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία τους.
5	Το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ανάμεσα στις θεραπευτικές διαδικασίες.
6	Το δικαίωμα της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας όσον αφορά την ιδιωτική του ζωή.
7	Το δικαίωμα του σεβασμού του χρόνου του ασθενούς.
8	Το δικαίωμα της τήρησης προτύπων ποιότητας ώστε όλοι οι άνθρωποι να απολαμβάνουν εξειδικευμένη φροντίδα βάσει υψηλών προδιαγραφών.
9	Το δικαίωμα της ασφάλειας και την αποφυγή βλαβερών συνεπειών που μπορεί να προκύψουν από ιατρική αμέλεια.
10	Το δικαίωμα της πρόσβασης σε καινοτόμες διαδικασίες βάσει διεθνών προδιαγραφών ανεξαρτήτως οικονομικού επιπέδου.
11	Το δικαίωμα της αποφυγής περιττής ταλαιπωρίας και πόνου σε κάθε στάδιο της ασθένειάς του.
12	Το δικαίωμα της εξατομικευμένης θεραπείας αναλόγως των προσωπικών του αναγκών.
13	Το δικαίωμα έκφρασης παραπόνων και τη λήψη απάντησης σε αυτά ή άλλου είδους ανατροφοδότησης.
14	Το δικαίωμα της αποζημίωσης. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει ικανοποιητική αποζημίωση εντός εύλογου χρονικού διαστήματος σε περίπτωση που έχει υποστεί βλάβη (φυσική, ηθική ή ψυχολογική).

Πηγή: *(The Active Citizenship Network, 2002)*

Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Οργανισμών για τον Τοκετό (European Network of Childbirth Associations) ENCA, ιδρύθηκε στη Γερμανία το 1993 από τον Οργανισμό Προγεννητικής Αγωγής (GFG) και αποτελείται από ιδιώτες και φορείς πολιτών, γονέων, μαιών, μαιευτήρων, καταναλωτών, εκπαιδευτών και συμβούλων θηλασμού και μητρότητας. **Στο Δίκτυο συμμετέχουν εκπρόσωποι από 19 χώρες.** Στόχος του Δικτύου είναι **η βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας για τη μητέρα και το παιδί μέσω της ανάπτυξης κατάλληλων στρατηγικών σε ολόκληρη την Ευρώπη για:**

- Την υποστήριξη των γυναικών.
- Την γέννα με επίκεντρο την οικογένεια.
- Τον θηλασμό.
- Την περιγεννητική φροντίδα από μαιές και συμβούλους μητρότητας.⁷

Οι εκπρόσωποι κάθε κράτους – μέλους πραγματοποιούν συχνές συναντήσεις ώστε να αναπτύξουν δράσεις και να οργανώσουν συνέδρια στα οποία συλλέγονται και διαδίδονται πληροφορίες. Ευθύνη των μελών είναι η αποτελεσματική επικοινωνία των γνώσεων και των πληροφοριών που αποκτούνται, καθώς επίσης και η ευαισθητοποίηση των τοπικών ομάδων, συλλόγων και οργανώσεων.

Μία από τις σημαντικότερες δράσεις του Δικτύου είναι **η Διεθνής Εβδομάδα για τον Σεβασμό στη Γέννα (IWRC)⁸**, η οποία πραγματοποιείται **κάθε Μάιο** με διαφορετικό θέμα. Κατά τη διάρκεια της Διεθνούς Εβδομάδας, συλλέγονται πληροφορίες και στοιχεία για την κάθε χώρα, βάσει των οποίων αναπτύσσονται ιδέες και αναγκαίες δράσεις τις οποίες υλοποιούν σταδιακά άτομα ή ομάδες. Το ENCA παρέχει στα μέλη του όλο το υποστηρικτικό υλικό για τις δράσεις αυτές (αφίσες, φυλλάδια, αρχεία κλπ.), ενώ οι ομάδες αναλαμβάνουν δραστηριότητες που πάντα στοχεύουν στη διάδοση πληροφοριών και στην ευαισθητοποίηση μέσω εκθέσεων, ημερίδων, συναντήσεων κ.λπ.

Το **ENCA Hellas** κάθε χρόνο, από το 2011, οργανώνει την **«Ανοιχτή Εβδομάδα για το Σεβασμό στη Γέννα»** συγκεντρώνοντας άτομα, ομάδες και φορείς που δραστηριοποιούνται στην υποστήριξη και προώθηση του φυσικού τοκετού, της περιγεννητικής φροντίδας, του μητρικού θηλασμού, την υποστήριξη της εγκύου, της νέας μητέρας, της οικογένειας και του ζευγαριού.

⁷ <http://www.encahellas.eu/ateurope.html>

⁸ <http://www.encahellas.eu/iwrc2017.html>

2.5 Το φαινόμενο της αύξησης των καισαρικών τομών παγκοσμίως

Σε περιπτώσεις μη ομαλών και περιπλεγμένων τοκετών, η καισαρική τομή (ΚΤ) αποτελεί την επεμβατική μέθοδο που μπορεί να διασφαλίσει την καλή υγεία της μητέρας και του νεογνού. Ωστόσο, οι κλινικοί ιατροί συμφωνούν ότι τα υψηλά ποσοστά που έχουν διαμορφωθεί τις τελευταίες δεκαετίες αποτελούν παθογένεια (Althabe, et al., 2006).

Το 1985 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δήλωσε ότι *«δεν υπάρχει αιτιολόγηση για καμία χώρα να έχει ποσοστά ΚΤ υψηλότερα από 10-15%»*. Το ποσοστό αυτό υπολογίστηκε βάσει των ποσοστών των ΚΤ που είχαν πραγματοποιηθεί σε χώρες με χαμηλά ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας (World Health Organization, 1994).

Από τις αρχές της δεκαετίας του '90 λοιπόν, η αυξητική τάση των καισαρικών τομών επιβραδύνεται σε χώρες του ΟΟΣΑ, ως αποτέλεσμα μίας προσπάθειας αλλαγών στη μαιευτική πρακτική που αφορά και στη **διενέργεια φυσιολογικού τοκετού μετά από καισαρική τομή** (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean). Ωστόσο, παρόλη την πρόοδο που σημειώνεται εκείνη την περίοδο, το 1996 η προσπάθεια εγκαταλείπεται τόσο εξαιτίας επιπλοκών που εμφανίστηκαν, όσο και λόγω αλλαγής των προτιμήσεων των γυναικών (Lagrew & Adashek, 1998).

Από το 1997 αρχίζει να εμφανίζεται μία τάση αύξησης των ΚΤ σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ με μέση ετήσια αύξηση στις ανεπτυγμένες χώρες, στο 4%. Το 2008 ο Π.Ο.Υ. πραγματοποίησε έρευνα σε 137 χώρες για το κόστος και την αναγκαιότητα των καισαρικών τομών, πλήθος που αντιπροσωπεύει το 95% των γεννήσεων παγκοσμίως για το συγκεκριμένο έτος.⁹ Η κατάχρηση της επεμβατικής αυτής μεθόδου από πολλές χώρες, φαίνεται πως λειτουργεί ως εμπόδιο στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού (Gibbons, et al., 2010).

Σκοπός της έρευνας ήταν να εκτιμηθεί από τη μία πλευρά ο αριθμός των καισαρικών τομών στις χώρες που υπολείπονται και διαθέτουν ποσοστά κατώτερα από αυτά που συνιστώνται διεθνώς (μικρότερα του 10%), και από την άλλη ο αριθμός των πλεοναζόντων επεμβάσεων σε χώρες που υπερβαίνουν τα πρότυπα (μεγαλύτερα του 15%). Παράλληλα με τα ποσοστά χρήσης, αναλύθηκαν και τα κόστη που προκύπτουν

⁹ The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a barrier to Universal Coverage.

από την επιλογή του κάθε είδους (ΦΤ ή ΚΤ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 2008 54 από τις 137 χώρες είχαν ποσοστά καισαρικών τομών μικρότερα του 10%, 69 υπερέβαιναν το μέγιστο όριο του 15%, ενώ 14 από αυτές (δηλαδή μόνο το 10%) είχαν ποσοστά μεταξύ του 10-15% όπως αναλύεται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 1. Κατανομή των χωρών, των γεννήσεων και του αριθμού των ΚΤ βάσει ποσοστών (2008)

Ποσοστά ΚΤ	Χώρες		Ετήσιος Αριθμός ΚΤ (χιλιάδες)		Ετήσιος Αριθμός Γεννήσεων (χιλιάδες)	
	N	%	N	%	N	%
<10%	54	39.4%	4,556	24.7	77,417	60.0
10 – 15%	14	10.2%	414	2.2	3,177	2.5
>15%	69	50.4%	13,479	73.1	48,390	37.5
Σύνολο	137	100.0	18,449	100.0	128,884	100.0

Πηγή: (Gibbons, et al., 2010)

Για το έτος 2008, οι καισαρικές που κρίθηκε ότι ήταν αναγκαίες να πραγματοποιηθούν ανέρχονται σε 3,18 εκατομμύρια, ενώ οι περιττές υπολογίστηκαν στα 6,20 εκατομμύρια. Το κόστος αυτής της υπέρβασης αποτιμάται στα 2,32 δις δολάρια, ενώ το κόστος των καισαρικών που θα έπρεπε να είχαν πραγματοποιηθεί ανέρχεται στα 432 εκατομμύρια δολάρια περίπου. Το γεγονός αυτό δείχνει τη δυσαναλογία που επικρατεί στα μερίδια των παγκόσμιων οικονομικών πόρων με αποτέλεσμα η υπερβολική χρήση των ΚΤ να δημιουργεί αρνητικές επιπτώσεις στην κατανομή των πόρων, τόσο εντός του συστήματος υγείας της χώρας, όσο και μεταξύ των χωρών. Το αποτέλεσμα είναι να επικρατεί η ανεπάρκεια χρήσης στις χώρες με χαμηλά εισοδήματα, σε αντίθεση με την άσκοπη χρήση που γίνεται σε χώρες με μεσαία ή υψηλά εισοδήματα.

Στις χώρες που εμφάνιζαν ποσοστά ΚΤ μικρότερα του κατώτατου ορίου (10%) υπολογίστηκε ότι το μέσο κόστος για την πραγματοποίησή της ανέρχεται στα 135\$, ενώ σε αυτές που διαθέτουν πλεονάζων αριθμό, κοστίζει κατά μέσο όρο 373\$ (δηλαδή 2,8 φορές ακριβότερα). Δεδομένου ότι ο πλεονάζων αριθμός συνδέεται με το υψηλότερο εισόδημα, οι επιπτώσεις του αριθμού των ΚΤ σε συνδυασμό με τις υψηλές

δαπάνες, δείχνει ότι το συνολικό κόστος των μη αναγκαίων ΚΤ για το 2008 ήταν περίπου 5,8 φορές το κόστος αυτών που έπρεπε να πραγματοποιηθούν.

Συνεπώς, αν οι πόροι που καταναλώθηκαν το 2008 για μη αναγκαίες ΚΤ διατίθεντο στις χώρες με πραγματική ανάγκη, θα μπορούσαν, όχι μόνο να τις χρηματοδοτήσουν πλήρως, αλλά θα προέκυπτε και ένα πλεόνασμα αξίας 2 δις δολαρίων περίπου. Βάσει της ανάλυσης αυτής, κάθε χρόνο υπάρχει μία ανάγκη για 0,8 - 3,2 εκατομμύρια καισαρικές στις χώρες με χαμηλά εισοδήματα όπου λαμβάνει χώρα το 60% των γεννήσεων. Επιπλέον, 4 - 6,2 εκατομμύρια πραγματοποιούνται σε χώρες με μεσαία και υψηλά εισοδήματα όπου συμβαίνει μόνο το 37,5% των γεννήσεων (Gibbons, et al., 2010).

Σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχει μία τάση αύξησης των καισαρικών τομών, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες. Στις ΗΠΑ από 21,2% το 1998 αυξήθηκαν σε 30,3% το 2008, ενώ παρόμοια κατάσταση επικρατεί και στον Καναδά. Στην Ευρώπη υπάρχει έντονη δυσαναλογία μεταξύ των κρατών, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:¹⁰

Πίνακας 2. Ποσοστά καισαρικών τομών που πραγματοποιήθηκαν το έτος 2008 σε χώρες που παρουσιάζουν ποσοστά άνω του 15% (κατά φθίνουσα σειρά)

Χώρα	Ποσοστό ΚΤ (%)
Βραζιλία	45.9
Ιράν	41.9
Δομινικανή Δημοκρατία	41.9
Ιταλία	38.2
Μεξικό	37.8
Δημοκρατία της Κορέας	37.7
Κούβα	35.6
Αργεντινή	35.2
Πορτογαλία	34.0
Παραγουάη	32.2
Μάλτα	32.0
Ουρουγουάη	31.8
Χιλή	30.7
ΗΠΑ	30.3
Αυστραλία	30.3
Εκουαδόρ	29.8
Ελβετία	28.9

¹⁰ Από τα 192 κράτη – μέλη του ΠΟΥ, τα 137 παρείχαν στοιχεία προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα. Η Ελλάδα δεν συμμετείχε.

Ουγγαρία	28.0
Γερμανία	27.8
Αίγυπτος	27.6
Αυστρία	27.1
Βουλγαρία	26.8
Κολομβία	26.7
Καναδάς	26.3
Ιρλανδία	26.2
Κίνα	25.9
Ισπανία	25.9
Αλβανία	25.6
Βενεζουέλα	25.1
Ελ Σαλβαδόρ	25.0
Περού	24.1
Λουξεμβούργο	24.0
Ανδόρα	23.7
Ρουμανία	23.6
Λίβανος	23.3
Λετονία	23.3
Γεωργία	22.2
Ηνωμένο Βασίλειο	22.0
Δανία	21.4
Τουρκία	21.2
Κώστα Ρίκα	20.8
Νότια Αφρική	20.6
Νικαράγουα	20.6
Λευκορωσία	20.5
Λιθουανία	20.5
Νέα Ζηλανδία	20.4
Σλοβακία	20.0
Εσθονία	20.0
Ισραήλ	19.1
Γαλλία	18.8
Βολιβία	18.6
Ιορδανία	18.5
Τσεχική Δημοκρατία	18.4
Παναμάς	18.2
Ρωσία	18.0
Ιαπωνία	17.4
Ταϊλάνδη	17.4
Σουηδία	17.3

Σκόπια	16.9
Σερβία	16.9
Σλοβενία	16.8
Νορβηγία	16.6
Κροατία	16.4
Φιλανδία	16.3
Πολωνία	16.1
Μπαχρέιν	16.0
Βέλγιο	15.9
Κατάρ	15.9
Ισλανδία	15.6

Πηγή: (Gibbons, et al., 2010)

Η Ιταλία εμφανίζεται να είναι η Ευρωπαϊκή χώρα με το υψηλότερο ποσοστό καισαρικών τομών (38%) και τα περιστατικά ποικίλουν από περιοχή σε περιοχή. Σε ορισμένες ιδιωτικές κλινικές η συχνότητα αγγίζει το 85%.

Στην κορυφή της λίστας βρίσκεται η Βραζιλία με ποσοστό 45.9%. Στο δημόσιο σύστημα υγείας η συχνότητα πραγματοποίησης καισαρικών τομών βρίσκεται στο 35%, σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα που φτάνει το 80% του συνόλου των τοκετών (Gibbons, et al., 2010).

2.6 Το φαινόμενο της αύξησης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα

Η Ελλάδα φαίνεται να ακολουθεί την παγκόσμια τάση, **καθώς από το 1983 έως το 1998 παρατηρείται μία αύξηση από 13% σε 31%**. Ενδεικτικά, αναφέρεται η διακύμανση των ποσοστών των καισαρικών τομών σε μεγάλο ιδιωτικό μαιευτήριο στην Αθήνα, όπου από 39% το 2000, το 2004 γίνεται 49%. Υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων (41,6%), ενώ ο ιδιωτικός τομέας προηγείται σταθερά με ποσοστό που αγγίζει το 53% (Tampakoudis, et al., 2004).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2005 (Mossialos, et al., 2005), για την κατάσταση στα ελληνικά μαιευτήρια, **το ποσοστό των καισαρικών τομών αυξήθηκε κατά σχεδόν 50% από το 1983 έως το 1996**. Το ποσοστό για ένα δημόσιο μαιευτήριο υπερβαίνει το 30% και είναι το μεγαλύτερο σε σύγκριση με αντίστοιχα ευρωπαϊκά μαιευτήρια. Στην αύξηση αυτή συμβάλλει η διάρθρωση του ελληνικού συστήματος

υγείας και συγκεκριμένα η αύξηση του ιδιωτικού τομέα που έχει αυξήσει τις *out-of-pocket* πληρωμές. Παρόλο που οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε περίθαλψη με τη δημόσια ασφάλιση υγείας, το έτος 1994, τα ελληνικά νοικοκυριά πλήρωσαν κατά μέσο όρο 5,66% των μηνιαίων δαπανών τους σε υπηρεσίες υγείας, ενώ το 1999, το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 6,82%.

Από τη συγκεκριμένη μελέτη προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

- Το ποσοστό των καισαρικών τομών, αυξάνει σημαντικά μεταξύ των Ελληνίδων και των αλλοδαπών (52,5% και 26% αντίστοιχα), δεδομένου ότι οι Έλληνες είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση και μπορούν να προβαίνουν σε ιδιωτικές πληρωμές. Μόνο Ελληνίδες επέλεξαν ιδιωτικό νοσοκομείο για να γεννήσουν.
- Η ιδιωτική ασφάλιση αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά των καισαρικών τομών στα ιδιωτικά μαιευτήρια λόγω του ότι η πίεση για αύξηση των κερδών, επηρεάζει την απόφαση των ιατρών για καισαρική τομή αφού αυτό συνεπάγεται αυξημένο κόστος τοκετού και νοσηλείας (7,73 φορές περισσότερες πιθανότητες να γίνει καισαρική τομή σε σύγκριση με τις γυναίκες που πλήρωναν άμεσα για τη νοσηλεία τους).
- Το ποσοστό της ΚΤ στα δημόσια νοσοκομεία ήταν 41,6%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα ιδιωτικά νοσοκομεία ήταν 53%.
- **Ο χρόνος πραγματοποίησης ενός τοκετού επηρεάζει την πιθανότητα καισαρικής** αφού τα ποσοστά αυξάνονται σημαντικά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες. Το 70% των ΚΤ σε ιδιωτικές κλινικές διενεργήθηκαν μεταξύ 8 π.μ. και 4 μ.μ. Επιπλέον, οι ΚΤ αυξάνονται σημαντικά τις Δευτέρες, τις Τετάρτες και τις Παρασκευές. Στις δημόσιες δομές, οι πιθανότητες για ΚΤ αυξάνονται επίσης μεταξύ 8 π.μ. και 4 μ.μ., και λιγότερο για τις ώρες μεταξύ 4 μ.μ. έως τα μεσάνυχτα. Στο ιδιωτικό νοσοκομείο, υπάρχει μία απότομη μείωση των ΚΤ την Κυριακή, ενώ στο δημόσιο αυτή η μείωση διαρκεί όλο το ΣΚ.
- **Όλες οι γυναίκες που είχαν γεννήσει στο παρελθόν με καισαρική τομή, υπέστησαν εκ νέου τη διαδικασία.**

Σύμφωνα με έρευνα του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) στα μαιευτήρια της χώρας την περίοδο 2008 – 2011, η κατάσταση συνεχώς επιδεινώνεται και πολλές γυναίκες κάθε χρόνο αναγκάζονται να υποστούν ένα σοβαρό και άσκοπο

χειρουργείο για να γεννήσουν. Σε κάποια από τα ιδιωτικά μαιευτήρια της χώρα μας, 7 στις 10 γεννήσεις γίνονται με καισαρική τομή.

Σε 38 από τα 53 ιδιωτικά μαιευτήρια (που έδωσαν στοιχεία στο ΚΕΣΥ), καταγράφηκαν το 2008 57.162 γεννήσεις εκ των οποίων το 54% έγιναν με ΚΤ. Το 2009 καταγράφηκαν 54.943 γεννήσεις (περίπου 2.000 λιγότερες) με το αντίστοιχο ποσοστό να φτάνει το 56%. Εντυπωσιακό είναι επίσης το γεγονός ότι υπάρχει **μεγάλη συγκέντρωση των μαιευτικών υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα**, το 74% των τοκετών που πραγματοποιούνται στις ιδιωτικές κλινικές, έγινε σε 3 μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας και 3 της Θεσσαλονίκης.

Αντίστοιχα, **στον δημόσιο τομέα**, στις 84 μαιευτικές κλινικές, έγιναν το 2008 55.480 τοκετοί (42% με ΚΤ) και το 2009 56.085 γεννήσεις (44% με ΚΤ). Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί πως, σύμφωνα με την έρευνα, στον δημόσιο τομέα, οι δεκατέσσερις κλινικές που συγκεντρώνουν τις περισσότερες γεννήσεις πραγματοποιούν καισαρικές τομές σε πάνω από τις μισές γυναίκες, ενώ δέκα κλινικές υπολειπονται συγκεντρώνοντας λιγότερους από 500 τοκετούς το χρόνο (Φούρα, 2012).

Ενδεικτική της τρέχουσας ελληνικής πραγματικότητας είναι **η πρόσφατη έρευνα του Π.Ο.Υ. σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας βάσει στοιχείων του ΕΟΠΥΥ**. Τα δημόσια νοσοκομεία που παρέχουν μαιευτικές και γυναικολογικές υπηρεσίες είναι 64, ενώ τα συμβεβλημένα ιδιωτικά είναι συνολικά 54. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3, το 61,6% των τοκετών για το έτος 2014, πραγματοποιήθηκαν σε αυτές τις ιδιωτικές κλινικές με το 98,1% αυτών να είναι γεννήσεις με τη χρήση επεμβατικών μεθόδων (58,7% ΚΤ). Αντίθετα, τα δημόσια νοσοκομεία πραγματοποίησαν περισσότερους φυσιολογικούς τοκετούς (36,8%) με επίσης υψηλά ωστόσο ποσοστά ΚΤ (53,8%). Δεν αναφέρθηκε καμία περίπτωση τοκετού στο σπίτι (Υπουργείο Υγείας, 2016).

Πίνακας 3. Κατανομή των τοκετών μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων, ποσοστό ΚΤ, ΦΤ και κολλικών γεννήσεων με χειρουργικές επεμβάσεις (2014)

	Σύνολο γεννήσεων (% επί του συνόλου)	Ποσοστό ΚΤ (%)	Ποσοστό ΦΤ (%)	Ποσοστό κολλικών γεννήσεων με χειρουργικές επεμβάσεις
Νοσοκομεία ΕΣΥ	25.527 (38,4%)	53,8%	36,8%	9,4%
Ιδιώτες Πάροχοι	40.696 (61,6%)	58,7%	1,9%	39,4%
Σύνολο	66.496	56,8%	15,3%	27,9%

Πηγή: (Υπουργείο Υγείας, 2016)

Στη λίστα με τους κορυφαίους 20 παρόχους (βάσει των αριθμών γεννήσεων) συμπεριλαμβάνονται μόνο 6 δημόσια νοσοκομεία όπως φαίνεται στον πίνακα 4. Μόνο 6 από τα 32 ιδιωτικά και 7 από τα 60 δημόσια νοσοκομεία έχουν περισσότερους από 1500 τοκετούς ετησίως. Αυτό δείχνει τη συγκέντρωση των γεννήσεων σε λίγα μεγάλα νοσοκομεία, κυρίως της πρωτεύουσας (Υπουργείο Υγείας, 2016).

Πίνακας 4. Κορυφαίοι 20 πάροχοι στην Ελλάδα με υψηλό αριθμό γεννήσεων (1/2013 – 8/2015)

Κλινική	Σύνολο γεννήσεων	Καισαρικές Τομές (%)
Ιδιωτική Κλινική 1	23.312	61,0
Ιδιωτική Κλινική 2	16.341	61,8
Ιδιωτική Κλινική 3	13.319	64,1
Ιδιωτική Κλινική 5	7.980	55,6
Ιδιωτική Κλινική 4	7.774	52,6
Ιδιωτική Κλινική 6	6.907	60,9
Ιδιωτική Κλινική 7	4.379	53,4
Δημόσιο Νοσοκομείο 1	3.881	49,2
Ιδιωτική Κλινική 8	3.688	45,4
Ιδιωτική Κλινική 9	3.155	44,4
Ιδιωτική Κλινική 10	2.900	63,5
Ιδιωτική Κλινική 11	2.188	70,7
Δημόσιο Νοσοκομείο 2	1.952	52,0

Δημόσιο Νοσοκομείο 3	1.837	60,8
Ιδιωτική Κλινική 12	1.826	71,5
Δημόσιο Νοσοκομείο 4	1.554	60,3
Ιδιωτική Κλινική 13	1.535	57,1
Δημόσιο Νοσοκομείο 5	1.459	62,2
Δημόσιο Νοσοκομείο 6	1.366	54,8
Ιδιωτική Κλινική 14	1.338	53,4

Πηγή: (Υπουργείο Υγείας, 2016)

2.6.1 Το σύστημα υγείας και οι μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει αναπτυχθεί βάσει των μοντέλων Beveridge και Bismark στα οποία η πηγή χρηματοδότησης είναι η γενική φορολογία και οι εισφορές εργαζομένων – εργοδοτών, αντίστοιχα. Αντιμετωπίζει πλήθος παθογενειών, με κυρίαρχη την πηγή χρηματοδότησής του. Η κακή διαχείριση, η σπατάλη των οικονομικών πόρων, η ανεπαρκής Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και οικογενειακή ιατρική, η έλλειψη ανθρωπίνων πόρων και η δημοσιονομική κρίση, έχουν οδηγήσει στη διεύρυνση των ανισοτήτων και στην αύξηση των φαινομένων διαφθοράς. Η κατάσταση αυτή δυσχεραίνει την πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα παρ' όλες τις προσπάθειες που έχουν γίνει για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού (Ν. 4368/2016 για ανασφάλιστους/στες).

Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα και ιδιαίτερος των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτών παρόχων, έχει ως αποτέλεσμα να εκτίθενται οι πολίτες σε υψηλές ιδιωτικές δαπάνες προκειμένου να έχουν πιο ποιοτική περίθαλψη (35,4% για το έτος 2014) (Υπουργείο Υγείας, 2016, Σουλιώτης, 2008). Η χώρα μας έχει από τα υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγειονομική περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση (9,2% του ΑΕΠ για το έτος 2012) (Παπαδομαρκάκη, 2015).

Η απουσία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, η ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου, η έλλειψη συντονισμού στην εφαρμογή των πολιτικών που έχουν κατά καιρούς σχεδιαστεί και η απουσία συμμετοχής της κοινότητας, εντείνουν ακόμα περισσότερο την αυστηρή νοσοκομειακή αντίληψη που επικρατεί στο σύστημα υγείας,

ενώ ταυτόχρονα εμποδίζουν την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Το πρόβλημα είναι ακόμα πιο έντονο στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.

Μία ακόμα σημαντική αδυναμία που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας έγκειται στην απόκλιση που υπάρχει μεταξύ της αποζημίωσης που παρέχεται για την περίθαλψη των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ (μέσω των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων - ΚΕΝ) και του κόστους περίθαλψης. Τα ποσά αποζημίωσης είναι σχεδόν συμβολικά και αφορούν μόνο τη κάλυψη του κόστους των υλικών (και αυτό όχι εξολοκλήρου σε πολλές περιπτώσεις), μη λαμβάνοντας υπόψη άλλα έξοδα όπως οι αμοιβές των γιατρών. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η κρατική παρέμβαση για την κάλυψη των χρεών των δημόσιων νοσοκομείων, με το κόστος να μετακυλιέται στους ασφαλισμένους με τη μορφή ιδιωτικών δαπανών και άτυπων πληρωμών (Οικονόμου, 2013).

Συνοψίζοντας, οι αδυναμίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι οι εξής:

- Έλλειψη οργανωμένης ΠΦΥ.
- Έλλειψη ικανοποιητικών υπηρεσιών και ξενοδοχειακών υποδομών.
- Ελλείψεις νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, ιδιαίτερα στην επαρχία.
- Υποχρηματοδότηση του συστήματος με υποκοστολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές.
- Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες με εμφάνιση της παραοικονομίας.
- Γραφειοκρατία, έλλειψη συντονισμού των φορέων και ανεπαρκής διοίκηση.
- Έλλειψη τεχνολογίας αιχμής και μη αξιοποίηση της ήδη υπάρχουσας.
- Έλλειψη μηχανισμών αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και ελέγχου.
- Έλλειψη επιμόρφωσης του ανθρώπινου δυναμικού (Ιακωβίδου & Μανιού, 2009).

Οι μαιευτικές υπηρεσίες αποτελούν μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), η οποία στη χώρα μας δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς, και συνιστούν σημαντικό μέρος της περιγεννητικής υγείας. Επισήμως, στην Ελλάδα ξεκίνησαν με βασιλικό διάταγμα το 1838 «Περί συστάσεως σχολής διά τας μαίας». Μετά τη μικρασιατική καταστροφή το 1922, ο αριθμός του πληθυσμού στην Ελλάδα σχεδόν διπλασιάστηκε. Το 1926 στην Αθήνα υπήρχαν περίπου 100 μαιευτικά κρεβάτια για μία πόλη με 400.000 κατοίκους. Βάσει στατιστικών για το έτος 1928, το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας υπολογίζονταν στα 93 νεογνά ανά 1000 γεννήσεις, εξαιρετικά μεγάλο αν

αναλογιστεί κανείς πως πλέον το αντίστοιχο ποσοστό είναι 2,63¹¹. Δεδομένων των συνθηκών, το ελληνικό κράτος ίδρυσε τα Λαϊκά Ιατρεία σε διάφορες περιοχές της πόλης, όπου προβλεπόταν μέριμνα για τη μητέρα και το παιδί.

Μέχρι τη δεκαετία του 1960, υπάρχει η γενική θεώρηση ότι **οι περισσότεροι τοκετοί, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, γίνονταν στο σπίτι από πρακτικές μαιές**. Παρόμοια θεώρηση επικρατεί και για την Αθήνα μέχρι τη δεκαετία του 1950. Αυτό άρχισε να αλλάζει από το 1951 όταν ιδρύθηκε το **Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)** και ξεκίνησε η λειτουργία πολυκλινικών στις οποίες συμπεριλαμβάνονταν και οι υπηρεσίες μητρότητας. Ωστόσο, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού παρέμενε ανασφάλιστο αφού η Ελλάδα ήταν, ως επί το πλείστον, αγροτική χώρα.

Τη **δεκαετία του '60**, οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι μαιές, αμέσως μετά το τέλος της εκπαίδευσής τους, υποχρεούνταν να υπηρετήσουν σε αγροτικά ή ιατρεία για τουλάχιστον ένα έτος. Με το καθεστώς αυτό, οι γυναίκες στις μη αστικές περιοχές άρχισαν να εξετάζονται από ειδικευμένο προσωπικό και να γεννούν με τη βοήθεια γιατρών και μαιών στα νοσοκομεία ή τα αγροτικά κέντρα υγείας.

Πλέον στις μέρες μας, η παρακολούθηση της εγκύου και η διαδικασία του τοκετού γίνεται από μαιευτήρες – γυναικολόγους και μαιές σε ιδιωτικά ιατρεία, δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, και κέντρα υγείας (Σαπουντζή-Κρέπια & Vehviläinen-Julkunen, 2006, Παναγιωτάκη, 2012).

2.7 Οφέλη και κίνδυνοι της καισαρικής τομής

2.7.1 Τα οφέλη

Πριν αναφερθούμε στα οφέλη της καισαρικής τομής, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η καισαρική τομή συνιστά **χειρουργική επέμβαση** και σε υψηλότερα ποσοστά από τα διεθνώς συνιστώμενα **φαίνεται να οδηγεί σε αυξημένη μητρική και νεογνική θνησιμότητα και νοσηρότητα**. Δεδομένης της αυξημένης πιθανότητας επιπλοκών και του υψηλού κόστους, οι έρευνες δείχνουν ότι **(συνολικά) το κόστος υπερβαίνει τα οφέλη**. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και πολλοί διεθνείς Φορείς (Ένωση

¹¹ <http://big.assets.huffingtonpost.com/plh82.pdf>

Μαιευτήρων και Γυναικολόγων του Καναδά, Βρετανικό Εθνικό Ίδρυμα Κλινικής Αριστείας, Ευρωπαϊκό Δίκτυο Οργανισμών για τον Τοκετό κ.α.) ενθαρρύνουν το φυσιολογικό τοκετό και προσπαθούν να καθορίσουν πρότυπα βέλτιστης φροντίδας και κλινικής πρακτικής, με στόχο τη μείωση των ΚΤ (Gibbons, et al., 2010).

Σε περιπτώσεις κυήσεων υψηλού κινδύνου (παθολογικές καταστάσεις της μητέρας) ή μη ομαλής εξέλιξης του φυσιολογικού τοκετού, η καισαρική τομή μπορεί να αποτελέσει την ασφαλέστερη λύση για την προάσπιση της υγείας της μητέρας και του νεογνού. Η πρόβλεψη των καταστάσεων αυτών είναι εξαιρετικά σημαντική, αφού σε περίπτωση ανάγκης πραγματοποίησης της επέμβασης, ο προγραμματισμός της παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο για την μητέρα και το νεογνό, σε σύγκριση με την επείγουσα ανάγκη της (Leeman & Rogers, 2012).

Οι λόγοι που χαρακτηρίζουν την κύηση ως υψηλού κινδύνου και οδηγούν στην επιλογή της καισαρικής τομής, και σύμφωνα με την Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία (2014) είναι οι ακόλουθοι:

- Όταν η θέση του πλακούντα είναι πολύ χαμηλά στη μήτρα και φράζει την έξοδο του τραχήλου με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η έξοδος του μωρού. Σε αυτή την περίπτωση υπάρχει κίνδυνος για την υγεία του παιδιού, λόγω της κακής οξυγόνωσής του. Επιπλέον, μπορεί να προκληθεί κολπική αιμορραγία και αποκόλληση του πλακούντα.
- Αν το παιδί κατεβαίνει ανάποδα και όχι με τη σωστή θέση, δηλαδή ισχιακή προβολή αντί για κεφαλική.
- Σε περίπτωση που η μητέρα εμφανίσει υψηλή αρτηριακή πίεση κατά τον τοκετό (προεκλαψία).
- Όταν έχει προηγηθεί τοκετός με καισαρική τομή στο παρελθόν. Παρά το γεγονός ότι πλέον μπορεί να ακολουθήσει ΦΤ μετά από ΚΤ (VBAC) με την πάροδο ορισμένου χρόνου, εάν οι λόγοι που οδήγησαν αρχικά στην ΚΤ δεν έχουν εξαλειφθεί ή δεν δύναται να εξαλειφθούν, τότε επιλέγεται και πάλι ο τεχνητός τοκετός.
- Εάν οι παλμοί και οι λοιπές ζωτικές λειτουργίες του εμβρύου γίνουν πολύ αδύναμες, ο φυσιολογικός τοκετός καθίσταται αδύνατος καθώς θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του.
- Τέλος, υπάρχουν περιπτώσεις που η διενέργεια ΚΤ είναι επιλογή της μητέρας εξαιτίας υπερβολικού φόβου και άγχους κυρίως για τον πόνο, με αποτέλεσμα ο

ΦΤ να είναι αδύνατος. Εδώ, εξαιρετικά σημαντική είναι η εμπειριστατωμένη πληροφόρηση που πρέπει να λάβει η γυναίκα από τους/τις επαγγελματίες υγείας πριν τη λήψη της τελικής απόφασης.

Παράλληλα με τα οφέλη της καισαρικής τομής σχετικά με τη βιωσιμότητα της επιτόκου και του νεογνού, φαίνεται πως η επιλογή αυτή δίνει λύση σε μία σειρά προβλήματα τα οποία πολλές φορές απασχολούν τη γυναίκα πριν και μετά τον φυσιολογικό τοκετό.

Ο φυσιολογικός τοκετός ενδέχεται να διαρκέσει έως και 72 ώρες, διάστημα κατά το οποίο η μητέρα καταπονείται από τακτικούς και αυξανόμενους πόνους. Κατά τη διάρκεια αυτή, μπορεί να δημιουργηθεί ανασφάλεια και φόβος σχετικά με την ομαλή του πορεία, ακόμα και για την κατάληξή του, με αποτέλεσμα η γυναίκα να εξουθενώνεται σωματικά και ψυχικά. Η ψυχοφθόρα αυτή κατάσταση που ενδέχεται να δημιουργηθεί, δύναται να αποφευχθεί με την επιλογή της καισαρικής τομής όπου της δίνεται η δυνατότητα να εξασφαλίσει την καλή υγεία της ίδιας και του παιδιού.

Κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού, απαιτείται η διάταση των μυών της πυέλου, του κόλπου και του περινέου. Αυτή η λειτουργία μπορεί να οδηγήσει σε χαλάρωση αυτής της ομάδας μυών, γεγονός το οποίο δημιουργεί μία σειρά γυναικολογικών και ουρολογικών προβλημάτων για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Υπολογίζεται πως το 26% των γυναικών που γεννούν φυσιολογικά, εμφανίζουν ακράτεια ούρων για χρονικό διάστημα έως και έξι μηνών μετά τον τοκετό. Το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή μετά την έναρξη του τοκετού, περιορίζεται στο 12%, ενώ μόλις 5% φτάνει το ποσοστό αυτών που κάνουν προγραμματισμένη καισαρική (Glazener, et al., 2001).

Όσον αφορά στον κίνδυνο ακράτειας κοπράνων, λόγω χαλάρωσης του μυ, τον αντιμετωπίζει το 4% των γυναικών που γεννούν με φυσιολογικό τοκετό, ενώ εκμηδενίζεται στην περίπτωση της καισαρικής τομής (Eason, et al., 2002).

Ο τραυματισμός των μυών του κόλπου και του περινέου επηρεάζουν και τη σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας, η οποία εξαρτάται από το βαθμό επούλωσης των μυών. Η περινεοτομή και η επακόλουθη νοσηρότητα του περινέου, αυξάνουν την πιθανότητα άλγους στην περιοχή και το χρονικό διάστημα που διαρκεί η ενόχληση. Οι μισές περίπου γυναίκες που γεννούν με φυσιολογικό τοκετό, παρουσιάζουν δυσπαρευνία για ένα χρόνο ή και περισσότερο, γεγονός που τις αναγκάζει να

περιορίσουν την σεξουαλική τους δραστηριότητα. Αντίθετα, οι γυναίκες που γεννούν με καισαρική τομή δεν αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα (Leeman & Rogers, 2012).

2.7.2 Οι κίνδυνοι

Όπως προαναφέρθηκε, η καισαρική τομή αποτελεί βαριά χειρουργική παρέμβαση, και ως τέτοια πρέπει να γίνεται αντιληπτή και να αντιμετωπίζεται. Η τεχνολογική πρόοδος, οι τεχνικές αντισηψίας, τα αντιβιοτικά, η δυνατότητα μετάγγισης και η αναισθησία, έχουν μειώσει σημαντικά τις επιπλοκές που μπορεί να προκληθούν από την επέμβαση, χωρίς ωστόσο να τους έχουν εξαλείψει. **Οι κίνδυνοι που συνοδεύουν την καισαρική τομή, δεν εξαλείφονται μετά το τέλος του τοκετού, και είναι πιθανό να εμφανιστούν και μακροπρόθεσμα στην αναπαραγωγική λειτουργία της γυναίκας.** Παρόμοιοι κίνδυνοι υπάρχουν και για το νεογνό, τόσο στην περιγεννητική του ζωή, όσο και αργότερα.

Ο κίνδυνος θανάτου της μητέρας που υποβάλλεται σε καισαρική τομή, είναι κατά μέσο όρο 3,6 φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του φυσιολογικού τοκετού. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται πολύ στις περιπτώσεις έκτακτης ή επείγουσας καισαρικής τομής (18,2%), εν αντιθέσει με την προγραμματισμένη (5,9%) (Deneux–Tharaux, et al., 2006). Γίνεται συνεπώς αντιληπτό ότι η θνησιμότητα στην ΚΤ σχετίζεται με την αυξημένη πιθανότητα ύπαρξης προβλημάτων υγείας τα οποία πιθανώς να οδηγήσουν μία τέτοια κατάληξη.

Σε έρευνα στις ΗΠΑ σχετικά με τον κίνδυνο θανάτου του βρέφους, λαμβάνοντας υπόψη τις χαμηλού κινδύνου κύησεις (τοκετός ανάμεσα στην 37^η και 41^η συμπληρωμένη εβδομάδα, με κεφαλική προβολή, μονήρης κύηση) και τον τρόπο του τοκετού (ΚΤ ή ΦΤ), βρέθηκε ότι οι τοκετοί που πραγματοποιούνται με προγραμματισμένη καισαρική τομή, χωρίς προηγούμενες επιπλοκές, παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα βρεφικού θανάτου κατά 69% σε σύγκριση με τις γεννήσεις με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική μετά από την έναρξη του τοκετού (Kammath, et al., 2009).

Ο κίνδυνος νοσηρότητας της γυναίκας λόγω επιπλοκών μετά από καισαρική τομή είναι επίσης αυξημένος. Ο χειρουργικός τραυματισμός της ουροδόχου κύστεως και της μήτρας (2%), τα αναισθησιολογικά ατυχήματα και οι θρομβώσεις (6-20%), η πνευμονική εμβολή (1-2%), η αιμορραγία (1-6%), ο παραλυτικός ειλεός (10-20%) και

οι λοιμώξεις (50%) είναι μερικές από τις πιο συχνές επιπλοκές (Glazener, et al., 2001). Ο κίνδυνος αυτός γίνεται ακόμα εντονότερος για τις γυναίκες που έχουν ήδη μία καισαρική τομή στο ιστορικό τους. Η τομή που έχει πραγματοποιηθεί στη μήτρα και γίνεται ξανά, ενδέχεται να επιφέρει προβλήματα γονιμότητας στο μέλλον ή ακόμα και στειρότητα. Για τον ίδιο λόγο, μία μέλλουσα εγκυμοσύνη ενδέχεται να καταλήξει σε αποβολή, έκτοπη κύηση ή πρόωρο τοκετό, κυρίως λόγω αποκόλλησης του πλακούντα ή ανώμαλης πρόσφυσης, επιπλοκές που είναι συχνότερες σε μητέρες με ιστορικό καισαρικής τομής. Στη μεγάλη βαθμού αιμορραγία που προκαλούν αυτές οι καταστάσεις, οφείλεται το ήμισυ περίπου των μητρικών και νεογνικών θανάτων (Glazener, et al., 2001). Μία ακόμα εξαιρετικά επικίνδυνη, ή ακόμα και θανατηφόρα, επιπλοκή είναι η ρήξη της μήτρας, η οποία έχει παρατηρηθεί με μεγαλύτερη συχνότητα της προηγηθείσας καισαρικής τομής (1/500), έναντι του φυσιολογικού τοκετού (1/10.000) (Hall & Bewley, 1999).

Διαφορά μεταξύ του φυσιολογικού τοκετού και της καισαρικής τομής, παρατηρείται και στο χρόνο αποκατάστασης των λειτουργιών της γυναίκας και κατ'επέκταση στη νοσοκομειακή της νοσηλεία. Ο χρόνος ενδοноσοκομειακής παραμονής στη τελευταία περίπτωση είναι σχεδόν διπλάσιος από αυτόν του φυσιολογικού τοκετού (5-6 ημέρες έναντι 3-4). Ένας ακόμα παράγοντας που αυξάνει το χρόνο νοσηλείας και τον κίνδυνο επαναεισαγωγής, είναι οι μετεγχειρητικές επιπλοκές σε ποσοστό έως και 80% (Lydon-Rochelle, et al., 2000).

Πέραν των ιατρικών κινδύνων, η καισαρική τομή ενδέχεται να επιφέρει και σειρά **μακροχρόνιων σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών**, που επιδρούν στην ψυχική, κοινωνική και σεξουαλική υγεία της γυναίκας. Το άλγος στην περιοχή της τομής μπορεί να διαρκέσει έως και έξι μήνες μετά την επέμβαση, γεγονός που περιορίζει τη σωματική και σεξουαλική της δραστηριότητα. Άλλες επιπτώσεις που παρατηρούνται, στην ψυχολογία των νέων μητέρων ιδιαίτερα, είναι το αίσθημα της αποτυχίας, η κατάθλιψη, η απογοήτευση για την εικόνα του σώματός τους και η μειωμένη αυτοπεποίθηση. Πολλές φορές υπάρχει και το έντονο αίσθημα του φόβου για την τομή, το οποίο μπορεί να διαρκέσει μέχρι και πέντε χρόνια. Μία τέτοια εμπειρία τοκετού, όπως είναι φυσικό, μειώνει την επιθυμία της γυναίκας για επόμενη εγκυμοσύνη.

Η καισαρική τομή μπορεί να επιφέρει και μία σειρά επιπτώσεις στην περιγεννητική υγεία του νεογνού ή και στην μετέπειτα ζωή του. Ο κίνδυνος να

προκληθούν τραύματα στο σώμα ή στο κεφάλι του, κατά τη διάνοιξη της μήτρας, υπάρχει σε ποσοστό 2 – 6% (Hall & Bewley, 1999).

Η προγραμματισμένη καισαρική τομή, συνιστά αιτία για αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παροδικής ταχύπνοιας του νεογνού και αναπνευστικής δυσχέρειας, με αποτέλεσμα την αυξημένη ανάγκη ανάνηψης, εισαγωγής σε νεογνική μονάδα και μηχανικής υποστήριξης, μερικές φορές από το πρώτο λεπτό της γέννησης. Οι επιπλοκές αυτές εξαρτώνται από τον χρόνο που πραγματοποιείται ο τοκετός και έχει αποδειχτεί ότι η πιθανότητα εμφάνισης μεγαλώνει όσο μικρότερη είναι η εβδομάδα της κύησης (ιδιαίτερα για κυήσεις μεταξύ της 37^{ης} και 38^{ης} εβδομάδας). Η μηχανική υποστήριξη και η μονάδα σχετίζονται με διαταραχές στη νοητική, λειτουργική και σωματική εξέλιξη των παιδιών (Kammath, et al., 2009).

Ενδείξεις υπάρχουν και για πιθανή συσχέτιση του τρόπου του τοκετού και του ανοσοποιητικού συστήματος του βρέφους. Φαίνεται πως η καισαρική τομή ευθύνεται για μη φυσιολογικές ανοσολογικές απαντήσεις στο νεογνό, καθώς και για αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ανοσολογικών νοσημάτων όπως αλλεργίες, άσθμα, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και δυσανεξία στη γλουτένη. Η διαφορά της καισαρικής τομής με τον κοιλιακό τοκετό σε αυτή την περίπτωση, επηρεάζει το μωρό σχετικά με την πρώτη του επαφή με μικροοργανισμούς, οι οποίοι ιδανικά προέρχονται από τη μητέρα και όχι από τους επαγγελματίες υγείας ή το περιβάλλον γενικότερα (Cho & Norman, 2013).

Τέλος, **οι μητέρες που γεννούν με καισαρική τομή έχουν μειωμένες πιθανότητες να θηλάσουν.** Ο θηλασμός επηρεάζεται αρνητικά από την περιορισμένη κινητικότητα της γυναίκας λόγω του άλγους στην περιοχή της τομής, το οποίο καθιστά δυσκολότερη τη φροντίδα του μωρού γενικώς. Επιπλέον, η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί μετά την επέμβαση, καθιστά απαγορευτικό τον θηλασμό. Η απουσία του θηλασμού όμως, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία του βρέφους, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα (Hall & Bewley, 1999).

2.8 Παράγοντες που έχουν συμβάλει στην αύξηση των καισαρικών τομών

Από τα παραπάνω, έχει γίνει σαφές πως τα ποσοστά των καισαρικών τομών έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε ολόκληρο τον κόσμο, και ιδιαιτέρως στις αναπτυγμένες χώρες. Λαμβάνοντας μάλιστα υπόψη την αναφορά του ΠΟΥ ότι «δεν υπάρχει καμία δικαιολογία για οποιαδήποτε χώρα να έχει ένα ποσοστό υψηλότερο από

10% - 15%», γίνεται αντιληπτή η σοβαρότητα του θέματος και η ανάγκη για λήψη μέτρων στις περισσότερες χώρες.

Βάσει ερευνών, είναι πλέον βέβαιο ότι η ιατρική αναγκαιότητα που σχετίζεται με το παθολογικό ιστορικό της μητέρας, δεν μπορεί να εξηγήσει την εκρηκτική αύξηση των καισαρικών τομών. Ένα πλήθος άλλων παραγόντων έχουν συμβάλλει στην ανάπτυξη του φαινομένου όπως αναλύεται παρακάτω.

2.8.1 Η ευκολία προγραμματισμού

Η ευκολία προγραμματισμού του τοκετού αφορά τόσο τις γυναίκες όσο και τους μαιευτήρες. Η σύγχρονη γυναίκα με καριέρα επιθυμεί τον προγραμματισμό της γέννας της, με κίνητρο την άνεση, την ευκολία, την ασφάλεια και την ελαχιστοποίηση των απρόσμενων γεγονότων που μπορεί αυτή να επιφέρει (π.χ. ένας φυσιολογικός τοκετός μπορεί να διαρκέσει έως και 72 ώρες). **Προγραμματίζοντας λοιπόν την καισαρική, γίνεται γνωστή και αναμενόμενη όλη η διαδικασία του τόπου και του χρόνου, καθώς και του ανώδυνου και ασφαλούς ερχομού του παιδιού.**

Για τους γιατρούς από την άλλη πλευρά, ο προγραμματισμός του τοκετού με καισαρική τομή αποτελεί διευκόλυνση τόσο στο χρονοδιάγραμμα της ημέρας τους όσο και στην εξοικονόμηση χρόνου. Η εξέλιξη ενός φυσιολογικού τοκετού ή μία επείγουσα καισαρική τομή, μπορεί να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε ώρα της ημέρας και οποιαδήποτε ημέρα, συμπεριλαμβανομένων των Σαββατοκύριακων και αργιών. Σε αυτό συμβάλλει και η επιθυμία των γυναικών για την επιλογή συγκεκριμένου γιατρού που θα παρακολουθεί την κύηση και θα αναλάβει τον τοκετό και η άρνηση να γεννήσουν στην εφημερία του νοσοκομείου με το εφημερεύον ιατρικό προσωπικό (Simsek, et al., 2012).

Οι μητέρες που επιλέγουν την καισαρική τομή για λόγους ευκολίας, είναι σημαντικό να λαμβάνουν πλήρη ενημέρωση για τους κινδύνους και τα οφέλη τόσο της καισαρικής τομής όσο και του φυσιολογικού τοκετού. Οι γιατροί από την πλευρά τους δεν θα πρέπει να ενθαρρύνουν και να προτρέπουν την επιλογή της ΚΤ.

Εάν ο καθοριστικός παράγοντας για την επιλογή της επέμβασης είναι **ο φόβος των ωδίνων του φυσιολογικού τοκετού**, τότε ο γιατρός θα πρέπει να εξηγήει τις διαθέσιμες μεθόδους που καθιστούν την γέννα πολύ πιο ανώδυνη όπως για παράδειγμα η επισκληρίδιος αναισθησία, τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού και ο τοκετός στο νερό

(Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, 2014; Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, 2014).

2.8.2 Η αμυντική ιατρική

Τα προβλήματα στην επικοινωνία και η ελλιπής πληροφόρηση φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή της δικαστικής διαμάχης και στην πιθανότητα καταγγελίας ιατρικών λαθών. Ένας ακόμα λόγος που οδηγεί τους/τις ασθενείς και τους συγγενείς τους στην προσφυγή στα δικαστήρια, είναι η απουσία ευαισθησίας και ενδιαφέροντος από τον γιατρό για την ατυχία που συνέβη, καθώς και η μη παραδοχή του λάθους (Τσίμτσιου & Κάλτσος, 2011).

Οι ειδικότητες που φαίνεται να αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο καταγγελιών είναι οι χειρουργοί, οι μαιευτήρες και οι γενικοί ιατροί. Ο φόβος λοιπόν μιας δικαστικής διαμάχης οδηγεί συχνά τους γιατρούς στην κατάχρηση εξετάσεων, ιατρικών μεθόδων και στην υπερσυνταγογράφηση. Επιπλέον, λόγω της αντίληψης που επικρατεί ότι «κάθε ασθενής ενδέχεται να είναι ένας μελλοντικός αντίδικος», δημιουργείται άγχος που έχει ως αποτέλεσμα τις περιττές παρεμβάσεις και την ταλαιπωρία των ασθενών. Σημαντικά είναι τα ευρήματα ερευνών, βάσει των οποίων **οι μαιευτήρες είναι πιο πιθανό να μηνυθούν για τη μη εκτέλεση καισαρικής τομής, παρά για την εκτέλεσή της**. Τα δεδομένα αυτά, σε συνδυασμό με την εξέλιξη της τεχνολογίας, την ασφάλεια του χειρουργείου, τη δυνατότητα μετάγγισης αίματος και τη διαθεσιμότητα των αντιβιοτικών, ενίσχυσε την επιλογή της καισαρικής τομής από όλο και περισσότερους γιατρούς (Νικολουδάκη, 2011).

2.8.3 Η ηλικία της επιτόκου

Η αύξηση της ηλικίας των εγκύων έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αύξηση των καισαρικών τομών. Οι σύγχρονες γυναίκες πλέον αργούν να γίνουν μητέρες αφού εργάζονται και πολλές φορές επιλέγουν να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στην καριέρα τους δεδομένων των αλλαγών στην οικονομία και του ρόλου τους στην οικογένεια (Baicker, et al., 2006).

Σύμφωνα με έρευνα της Γερμανικής Στατιστικής Υπηρεσίας, το ένα στα πέντε παιδιά που γεννήθηκαν στην Ευρώπη το 2012, προέρχονται από μητέρες άνω των 35 ετών. Την πρώτη θέση στην έρευνα κατείχε η Ισπανία με το ποσοστό των γυναικών που

γεννούν μετά τα 35 να ανέρχεται στο 34%. Κοντά βρίσκεται η Ιταλία και η Ιρλανδία με αντίστοιχα ποσοστά 33% και 30%. **Στη χώρα μας οι γυναίκες που επιλέγουν να τεκνοποιήσουν μετά τα 35 είναι μία στις τέσσερις (25%)**, ενώ σπάνιο είναι αυτό το φαινόμενο στη Φινλανδία με ποσοστό μόνο 0,2% (Αγγελοπούλου, 2014).

2.8.4 Η τεχνητή γονιμοποίηση

Η εξέλιξη της τεχνολογίας στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και η αντιμετώπιση της στειρότητας και της υπογονιμότητας, **αύξησαν την πιθανότητα κήσεων υψηλού κινδύνου**. Η εμφύτευση παραπάνω του ενός εμβρύου, έχει ως αποτέλεσμα τη συχνότερη εμφάνιση πολύδυμων κήσεων οι οποίες έχουν αυξημένες πιθανότητες επιπλοκών και η καισαρική επιλέγεται για τον τοκετό ως η ασφαλέστερη μέθοδος. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι και οι μονήρεις κήσεις που προέρχονται από εξωσωματική γονιμοποίηση, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικής θνησιμότητας σε σχέση με τη φυσική σύλληψη. Λαμβάνοντας μάλιστα υπόψη **τον ιδιαίτερο χαρακτηρισμό αυτών των κήσεων ως «πολύτιμων»**, καθώς και την ταλαιπωρία των γονιών (ψυχική και σωματική), ο τοκετός συνήθως πραγματοποιείται με καισαρική (Βρεκούσης & Στέφος, 2008).

2.8.5 Ο φόβος του τοκετού

Μία συχνή αιτία για την επιλογή της καισαρικής τομής από τις γυναίκες είναι ο φόβος για τη διαδικασία του τοκετού. Αυτός μπορεί να προκληθεί από μία κακή προηγούμενη εμπειρία στην οποία η μητέρα ταλαιπωρήθηκε πολύ και δημιουργεί την πεποίθηση πως αν αυτή επαναληφθεί κινδυνεύει η ζωή της. Επιπλέον, πολλές γυναίκες γνωρίζοντας τις επιπλοκές του φυσιολογικού τοκετού στο ουροποιητικό τους σύστημα και τις συνέπειες της περινεοτομής, ανησυχούν για τη διατήρηση της κοιλικής και σεξουαλικής τους υγείας.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής «επιβάλλει» την άνετη και εύκολη ζωή, **οπότε η ιδέα και μόνο της ταλαιπωρίας του τοκετού δημιουργεί άγχος**. Είναι συχνό φαινόμενο η επίτοκος να ζητά καισαρική τομή από τον γιατρό μετά από δύο άκαρπες ώρες ωδίνων. Παράλληλα, **η ΚΤ συνιστά δείγμα κοινωνικής και οικονομικής ανωτερότητας**, αφού οι οδυνηροί πόνοι του τοκετού αρμόζουν μόνο στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (Penna & Arulkumaran, 2003).

2.8.6 Οικονομικά κίνητρα

Επειδή η καισαρική τομή είναι χειρουργική επέμβαση κοστίζει παραπάνω από το φυσιολογικό τοκετό. Αυτό συνεπάγεται μεγαλύτερη αμοιβή για τον γιατρό και μεγαλύτερα έσοδα για τα ιδιωτικά νοσοκομεία λόγω της μεγαλύτερης κατανάλωσης αναλώσιμων υλικών και φαρμάκων, της χρήσης του χειρουργείου και της αναισθησίας και των περισσότερων ημερών νοσηλείας. Ωστόσο, υπάρχει το ενδεχόμενο η επιρροή αυτή να είναι υποσυνείδητη και ο γιατρός να είναι πεπεισμένος πως πραγματοποιώντας ΚΤ ενεργεί προς όφελος της ασθενούς. Έρευνες έχουν δείξει πως όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά της αμοιβής μεταξύ ΚΤ και ΦΤ, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των καισαρικών τομών (Gruber, et al., 1999).

2.8.7 Η πρόκληση τοκετού

Η επιλογή της πρόκλησης του τοκετού με τεχνητά μέσα **έχει αρχίσει να γίνεται όλο και πιο συχνή, κυρίως λόγω της ευκολίας προγραμματισμού** της για τον γιατρό και λιγότερο για ιατρικούς λόγους, όπως η συμπλήρωση 41 εβδομάδων κύησης χωρίς ενδείξεις έναρξης τοκετού. Όμως, αυτή η μέθοδος μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές και να οδηγήσει στην αναγκαία και επείγουσα καισαρική τομή. Η πρόκληση του τοκετού γίνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης και την τεχνητή ρήξη των εμβρυϊκών υμένων. Με τη διαδικασία αυτή, ξεκινάνε απότομα έντονες συσπάσεις στη μήτρα με αποτέλεσμα η επίτοκος να χρειάζεται μεγάλες δόσεις παυσίπονων φαρμάκων, το παιδί να στρεσάρεται έντονα και πολλές φορές να οδηγείται σε καισαρική τομή (Βασιλειάδου & Ανδριανόπουλος, 2016).

Σε μελέτη που έγινε σε 28.000 περιστατικά στην Αυστραλία¹², η πρόκληση τοκετού σχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα κατά 67% να χρειαστεί καισαρική τομή, κατά 64% να χρειαστεί ειδική φροντίδα το νεογνό και κατά 44% να χρειαστεί ειδική θεραπεία.

2.8.8 Το αξίωμα «μία φορά καισαρική, για πάντα καισαρική»

Διχογνωμία για την πραγματοποίηση ή μη καισαρικής τομής επικρατεί στην περίπτωση που η επίτοκος έχει υποβληθεί σε καισαρική στο παρελθόν. Τη δεκαετία του 1980 η πρακτική αυτή ήταν κοινή και όλοι οι γιατροί προχωρούσαν στην ίδια μέθοδο

¹² <http://www.healthyliving.gr/2012/11/26/h-πρόκληση-τοκετού-συχνά-οδηγεί-σε-καισ/>

τοκετού. Όμως, η πιθανότητα της ρήξη της μήτρας που μπορεί να οδηγήσει σε υστερεκτομή, μόνιμη ουρολογική βλάβη, μητρική θνησιμότητα και νεογνική νοσηρότητα, επέβαλε την επανεξέταση της τάσης αυτής. Η εξέλιξη της χειρουργικής τεχνικής (χαμηλή εγκάρσια τομή αντί για κάθετη) μείωσε αυτή την πιθανότητα.

Πλέον, όλο και περισσότεροι γιατροί ιδιαίτερος στις ΗΠΑ υποστηρίζουν την μέθοδο VBAC¹³ (φυσιολογικό τοκετό μετά από καισαρική τομή) και σύμφωνα με έρευνες, το ποσοστό επιτυχίας του φυσιολογικού τοκετού σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε καισαρική τομή, κυμαίνεται από 60% έως 80% εφόσον δεν υπάρχουν ιατρικοί περιορισμοί. Ωστόσο, η πρακτική αυτή απαιτεί επαρκώς εξοπλισμένη κλινική και χειρουργείο, καθώς και εξειδικευμένο προσωπικό προκειμένου να αντιμετωπιστούν επείγοντα περιστατικά (Λιάκα, 2009).

2.9 Προτάσεις για την μείωση του αριθμού των καισαρικών τομών

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτή η ανάγκη μείωσης των καισαρικών τομών στο διεθνώς συνιστώμενο ποσοστό του 10% - 15%. Στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία εντοπίζονται πολλές προτάσεις που έχει αποδειχθεί πως δύνανται να περιορίσουν την ένταση του φαινομένου.

2.9.1 Στρατηγικές μείωσης από διεθνείς ασφαλιστικούς οργανισμούς

Πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί σε διεθνές επίπεδο, μέσω της ενημέρωσης των πελατών και των συνεργαζόμενων κλινικών, έχουν εφαρμόσει στρατηγικές και έχουν καταφέρει να μειώσουν τα αυξημένα ποσοστά. Σύμφωνα με την Αρσενοπούλου (2001), οι πιο σημαντικές από αυτές είναι:

- Ενθάρρυνση του ΦΤ μετά από ΚΤ (VBAC) για την οποία μπορούν να υιοθετηθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΓΜΕ (Ελληνική Γυναικολογική και Μαιευτική Εταιρεία, 2014).
- Διαχείριση της ισχιακής προβολής με τα κατάλληλα μέσα.
- Συνεχής υποστήριξη κατά τη διάρκεια του τοκετού από μαία.
- Σωστή και συνετή χρήση της επισκληριδίου αναισθησίας.

¹³ <http://www.eutokia.gr/άρθρα/τοκετός/φυσιολογικός-τοκετός-μετά-από-καισαρ/#.WeosOExhNmB>

- Διευκρίνιση του ορισμού της δυστοκίας και λήψη μέτρων για τη σωστή αντιμετώπισή της.
- Μείωση της πρόκλησης τοκετού με τεχνητά μέσα.

2.9.2 Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού

Στην προσπάθεια μείωσης των καισαρικών πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η συμβολή των επαγγελματιών ενώσεων, μέσω της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις αναπτυγμένες χώρες. Σε περιπτώσεις ανθρωπιστικών κρίσεων του τρίτου κόσμου, έχει αποδειχθεί πως αποδίδουν στρατηγικές ευαισθητοποίησης με επιχείρημα «εμείς έχουμε αφθονία ενώ άλλοι στερούνται εντελώς», επιχείρημα που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και στην παροχή επείγουσας μαιευτικής περίθαλψης (Gibbons, et al., 2010).

Η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού μέσω της ενημέρωσης μπορεί να συμβάλλει στη μείωση των ΚΤ και ως μέσο πίεσης των συμμετεχόντων στη λήψη αποφάσεων. Σύμφωνα με έρευνα στην Πορτογαλία, τέτοιες στρατηγικές που στόχο είχαν τον γενικό πληθυσμό και τους επαγγελματίες υγείας, μείωσαν το ποσοστό των ΚΤ κατά 10% από το 2009 έως το 2014 (36,6% και 26% αντίστοιχα) (Ayres-De-Campos, et al., 2015). Στο πλαίσιο αυτό είναι σημαντικό να ενημερώνονται και να ενθαρρύνονται οι έγκυες για τη συμμετοχή τους σε ομάδες προετοιμασίας για περιορισμό του φόβου του τοκετού μέσω της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης.¹⁴

2.9.3 Ο τοκετός στο σπίτι

Τα τελευταία χρόνια επικρατεί μία τάση επιστροφής σε συνήθειες του παρελθόντος. Ο τοκετός στο σπίτι είναι μία από αυτές, σε περιπτώσεις κήσεων χαμηλού κινδύνου. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Ολλανδίας, της Βρετανίας και της Γερμανίας όπου τα ποσοστά γεννήσεων στο σπίτι ανέρχονται σε 35%, 15% και 10% αντίστοιχα, τη στιγμή που στην Ελλάδα είναι μόλις 0,6%¹⁵. Μπροστά στην εξάπλωση αυτού του φαινομένου, πολλοί γιατροί αντιδρούν και μάλιστα αρνούνται να συμμετέχουν σε έναν τέτοιο τοκετό, χαρακτηρίζοντάς τον ως αναχρονιστικό. Όμως, η

¹⁴ <http://www.eutokia.gr/2017/02/ευτοκία-«-προτάσεις-για-την-μείωση-των/#.Weot10xhPq3>

¹⁵ <http://flashnews.gr/post/39385/fisikos-toketos-sto-spiti>

ΕΜΓΕ έχει εκδώσει από το 2014, κατευθυντήριες οδηγίες για τον προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι, αναγνωρίζοντας τη διαδικασία σχετικά με τη μείωση των επεμβατικών τοκετών και της ΚΤ (Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, 2014).

Πολλές γυναίκες όμως που έχουν γεννήσει στο σπίτι, τονίζουν τη σημασία να βρίσκεσαι σε οικείο περιβάλλον που σου δημιουργεί το αίσθημα της ασφάλειας με τους ανθρώπους που επιλέγεις και με τη βοήθεια εξειδικευμένης μαιάς. Θεωρείται πως η συναισθηματική και ψυχολογική ενθάρρυνση, σε συνδυασμό με την ελευθερία κινήσεων και την αποφυγή πρακτικών που σύμφωνα με τον ΠΟΥ πρέπει να αποφεύγονται (π.χ. υποκλυσμός, καλλωπισμός, υποχρέωση της επιτόκου σε ακινησία, τοκετός σε ύπτια θέση, περινεοτομή), συμβάλλουν σε έναν πιο εύκολο και ανώδυνο τοκετό χωρίς τη χρήση αναλγητικών φαρμάκων. Ωστόσο, είναι εξαιρετικά σημαντική η πρόβλεψη για γρήγορη και ασφαλή μεταφορά της επιτόκου σε νοσοκομείο με κατάλληλο εξοπλισμό σε περιπτώσεις επιπλοκών κατά τον τοκετό (Λιάκα, 2009).

Σε επίπεδο κόστους, **ο ΕΟΠΥΥ προβλέπει χρηματικό βοήθημα ύψους 900€, 1.200€ για δίδυμη κύηση και 1.600€ για τρίδυμη κύηση, σε περίπτωση τοκετού εκτός νοσηλευτικού ιδρύματος** (ΚΥΑ για Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας, ΦΕΚ 3054/Β' /18-11-2012).

2.9.4 Ενίσχυση της παρουσίας και του ρόλου των μαιών

Έχει αποδειχθεί ότι ο ρόλος της μαιάς πριν, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τον τοκετό παίζει σπουδαίο ρόλο στη **μείωση του ιατρικού παρεμβατισμού**, της φαρμακευτικής αναλγησίας και της χρήσης επισκληριδίου αναισθησίας (Αρσενοπούλου, 2001). Η παρουσία των μαιών σχετίζεται με μειωμένες πιθανότητες να χάσουν οι γυναίκες το μωρό τους πριν την 24^η εβδομάδα της κύησης, αφού μαθαίνουν να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα προειδοποιητικά σημάδια σε περίπτωση οποιασδήποτε ανωμαλίας στη μητέρα ή στο έμβρυο. Επιπλέον συμβάλλουν στην ενθάρρυνση του μητρικού θηλασμού (Παναγιωτάκη, 2012).

2.9.5 Δραστηριοποίηση Κοινωνίας των Πολιτών

Για τη μείωση του φαινομένου των καισαρικών τομών είναι σημαντική η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και των παρόχων

μαιευτικής φροντίδας (Υπουργείο Υγείας, 2016). Για το λόγο αυτό, έχουν δημιουργηθεί στην Ελλάδα και το εξωτερικό **σύλλογοι υπέρ του φυσιολογικού τοκετού** οι οποίοι δραστηριοποιούνται σημαντικά μέσω ενημερωτικών ιστοσελίδων και μέσω κοινωνικής δικτύωσης. Ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής:

- **Σωματείο Ευτοκία** - έχει δημιουργηθεί από μαιέες, γιατρούς, μητέρες και ψυχολόγους και στόχο έχει την προαγωγή του φυσικού τοκετού. (www.eutokia.gr)
- **Σωματείο Birth Choices** - στοχεύει στην προαγωγή του φυσικού τοκετού και την κατάδειξη της συνεχώς αυξανόμενης εμπορευματοποίησης των μαιευτικών υπηρεσιών. (www.birthchoices.gr)
- **Διεθνής Οργανισμός “International Mother Baby Childbirth Organization”** - μία παγκόσμια προσπάθεια για τη βελτίωση της μαιευτικής φροντίδας. (www.imbco.weebly.com)
- **Διεθνές Δίκτυο “International Cesarean Network”** - στοχεύει στη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας και τη μείωση των μη αναγκαίων καισαρικών. (www.ican-online.org)
- **Ευρωπαϊκό Δίκτυο για το Σεβασμό στη Γέννα Enca** - δραστηριοποιείται στη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας για τις μητέρες και τα μωρά. (www.enca.info)
- **Πρωτοβουλία «Γυναίκα και Υγεία»** - δραστηριοποιείται στον χώρο των δικαιωμάτων της γυναίκας. (www.gynaikes-politiki.gr/φορείς-δικτύου/πρωτοβουλία-γυναίκα-και-υγεία)
- **Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών – Μαιευτών Αθήνας** - ιδρύθηκε με σκοπό την ενίσχυση του μαιευτικού επαγγέλματος. (www.semma.gr)
- **Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων** - ο αρμόδιος κυβερνητικός φορέας για την ισότητα των φύλων. (www.isotita.gr)
- **Ελληνική Εταιρεία Περιγεννητικής Ιατρικής** - επιστημονική εταιρεία, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με σκοπό την επίτευξη της καλύτερης δυνατής φροντίδας για το έμβρυο και το νεογνό. (www.perinatal.gr)
- **Ελληνική Εταιρεία Εμβρυομητρικής Ιατρικής.**
- **Κέντρο Συνεργασίας του Π.Ο.Υ. για την Περιγεννητική Ιατρική του Ινστιτούτου για τη Φροντίδα της Μητέρας και του Παιδιού της Πράγας.**

- **Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας** - δρα ως μη κυβερνητική/ κερδοσκοπική οργάνωση με στόχο τον ορθό σχεδιασμό και την οργάνωση της ατομικής και οικογενειακής ζωής. (www.oikogeneiakos.gr)
- **Παρατηρητήριο Μαιευτικής Βίας (OVO Hellas)** - αποτελεί τον 9^ο αντίστοιχο μη κερδοσκοπικό οργανισμό παγκοσμίως. Στόχος του είναι η ανάδειξη του φαινομένου των αναίτιων παρεμβάσεων, οι οποίες στην πλειοψηφία τους χαρακτηρίζονται ως μαιευτική βία και μορφή έμφυλης βίας και εκμετάλλευσης της σχέσης ασθενούς – ιατρού.

2.9.6 Θέσπιση συγκεκριμένων Κατευθυντήριων Οδηγιών

Στόχος των κατευθυντήριων οδηγιών είναι η υποστήριξη και η προώθηση της ορθής κλινικής πρακτικής, κατά το συμφέρον των ασθενών, γεγονός που συμβάλλει στην ανάπτυξη ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας. Η διάδοσή τους μπορεί να αποτελέσει βασικό εργαλείο στην επίτευξη του κεντρικού πολιτικού σχεδιασμού, αφού με την προαγωγή προγραμμάτων που στοχεύουν σε όλους τους εμπλεκόμενους, μπορεί να επιτευχθεί βιώσιμη και υψηλής ποιότητας ενημέρωση (Υπουργείο Υγείας, 2016).

Η ΕΜΓΕ έχει εκδώσει κατευθυντήρια οδηγία (Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, 2014) **για την καισαρική τομή η οποία στοχεύει στη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας.** Η υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών μπορεί να συμβάλει και στη μείωση πραγματοποίησης καισαρικών τομών για λόγους «αμυντικής ιατρικής», αφού μπορεί να λειτουργήσει σαν ένα «δίχτυ ασφαλείας» για τους γιατρούς που επιλέγουν το χειρουργείο λόγω του φόβου δικαστικής διαμάχης με ασθενείς και συγγενείς όπως αναλύθηκε παραπάνω.

Σύμφωνα με έρευνα στην Ολλανδία, η εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών μεταξύ 2003 και 2007, συνέβαλλε στη μείωση των προγραμματισμένων καισαρικών τομών πριν τις 39 συμπληρωμένες εβδομάδες κύησης, συγκριτικά με το διάστημα 1994 – 1998 και στη μείωση των νοσηλειών στη νεογνική μονάδα (Tanger, et al., 2010). Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα από έρευνα στην Σκωτία (Nicoll, et al., 2004).

2.9.7 Ίδρυση Κέντρων Τοκετού

Τα Κέντρα Τοκετού είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα σε χώρες του εξωτερικού, και ιδιαίτερα στην Αγγλία, και **προάγουν τον φυσιολογικό τοκετό**. Στην Ελλάδα λειτουργεί ένα τέτοιο Κέντρο στην Αθήνα, από το 2005. Απευθύνεται σε γυναίκες οι οποίες ναι μεν θέλουν να γεννήσουν χωρίς παρεμβάσεις, αλλά είναι επιφυλακτικές στην προοπτική του τοκετού στο σπίτι. Το Κέντρο διαθέτει τον απαραίτητο εξοπλισμό, ενώ ταυτόχρονα επικρατεί οικεία ατμόσφαιρα, άνεση και ελευθερία σε αντίθεση με τον «αποστειρωμένο» και αυστηρό χώρο του νοσοκομείου. Οι τοκετοί πραγματοποιούνται με τη βοήθεια μαιών οι οποίες παρέχουν συμβουλές και εκπαίδευση καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και υπάρχει πάντα η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε νοσοκομειακό εξοπλισμό (Χρονάκη, 2012).

2.9.8 Θέσπιση συστήματος επιτήρησης περιγεννητικών δεδομένων

Η θέσπιση συστήματος επιτήρησης περιγεννητικών δεδομένων είναι απαραίτητο να εφαρμοστεί σε όλα τα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια (Υπουργείο Υγείας, 2016). Η ταξινόμηση κάθε κύησης πρέπει να γίνεται βάσει ενός κοινού συστήματος όπως η **ταξινόμηση Robson¹⁶, η οποία είναι διεθνώς αναγνωρισμένη και προτείνεται από τον Π.Ο.Υ.** Στόχος είναι να δημιουργηθεί ένα ενιαίο σύστημα στα κράτη σχετικά με τις υποκατηγορίες των γεννήσεων προκειμένου να αναπτύσσονται κατάλληλες δράσεις και να είναι εφικτός ο έλεγχος και η σύγκριση των αποτελεσμάτων (WHO, 2015).

¹⁶ http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/robson-classification/en/

3^ο Κεφάλαιο - Σχέδιο Παρέμβασης για την μείωση του αριθμού των γεννήσεων με καισαρική τομή στην Αττική

3.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Όπως προαναφέρθηκε, ο Π.Ο.Υ. ορίζει ως ανώτατο αποδεκτό όριο για γεννήσεις με καισαρική τομή, το 15%. Στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός είναι εξαιρετικά υψηλός: στον δημόσιο τομέα ανέρχεται στο 53,8%, ενώ στον ιδιωτικό στο 58,7%. Η ανάγκη μείωσης αυτών των ποσοστών είναι επιτακτική τόσο για την βελτίωση της υγείας των γυναικών όσο και για την εξοικονόμηση πόρων. Για τον σκοπό αυτό έχει σχεδιαστεί Σχέδιο Παρέμβασης που παρουσιάζεται αναλυτικότερα στην συνέχεια.¹⁷

Φορέας σχεδιασμού και υλοποίησης είναι το Υπουργείο Υγείας και συγκεκριμένα η Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Πρόληψης, ενώ η περιοχή εφαρμογής του Σχεδίου είναι καταρχήν η Περιφέρεια Αττικής και σε ένα δεύτερο επίπεδο το σύνολο της χώρας. Οι δράσεις που θα αναπτυχθούν επικεντρώνονται στους δήμους της Αττικής αλλά οι καμπάνιες στην πλειοψηφία τους θα είναι εθνικής εμβέλειας. Συγκεκριμένα για την Περιφέρεια Αττικής αναφερόμαστε σε έναν πληθυσμό 3.828.434 ατόμων (ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή 2011):¹⁸ Άνδρες 20 – 49 ετών: 856.077, Γυναίκες 20 – 39 ετών: 558.279, Έφηβοι – Νέοι 10 – 19 ετών: 181.704, Έφηβες – Νέες 10 – 19 ετών: 172.033. Οι άμεσα ωφελούμενοι του Σχεδίου είναι οι ενήλικες γυναίκες και άνδρες σε αναπαραγωγική ηλικία και συγκεκριμένα οι γυναίκες και οι σύντροφοι/σύζυγοι αυτών, που διανύουν περίοδο εγκυμοσύνης ή προγραμματίζουν να γίνουν γονείς. Έμμεσα ωφελούμενοι είναι οι έφηβοι/έφηβες.

Η Αττική επιλέχθηκε λόγω της Αθήνας, η οποία ως πρωτεύουσα συγκεντρώνει το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της χώρας, και λόγω της υψηλής συγκέντρωσης (δημόσιων και ιδιωτικών) μαιευτικών μονάδων, οι οποίες καλύπτουν και τις ανάγκες γυναικών από άλλες περιφέρειες της χώρας.

3.2 Σκοπός

Σκοπός του Σχεδίου Παρέμβασης είναι **η βελτίωση τόσο ποσοτικών όσο και ποιοτικών δεικτών που σχετίζονται με την περιγεννητική υγεία, την μαιευτική**

¹⁷ Για μια πιο συνοπτική περιγραφή του Σχεδίου Παρέμβασης, βλ. Πίνακα 8., σελ. 79.

¹⁸ <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03/->

φροντίδα και τον τοκετό. Το πλαίσιο αυτό περιβάλλεται από τον απώτερο σκοπό του Σχεδίου, που είναι η ενδυνάμωση της θέσης των γυναικών στον τομέα υγείας, η οποία θα συμβάλλει στην εξάλειψη των έμφυλων διακρίσεων και στην ενίσχυση της ισότητας των φύλων στην υγεία.

3.3 Στόχοι

Οι γενικοί στόχοι του Σχεδίου Παρέμβασης είναι οι εξής:

- **Η μείωση του αριθμού των ΚΤ κατά 36,73%.**

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΠΥΥ, στη χώρα μας, το 56,8% (μέσος όρος) των τοκετών που διενεργούνται σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, είναι ΚΤ. Σύμφωνα με έρευνα του Π.Ο..Υ,¹⁹ ο μέσος όρος των κρατών – μελών της ΕΕ είναι **23,07%, ποσοστό το οποίο ορίζεται ως μεσοπρόθεσμος στόχος του Σχεδίου Παρέμβασης.** Ωστόσο, **απώτερος μακροπρόθεσμος στόχος** για την μείωση των γεννήσεων με ΚΤ, είναι να πραγματοποιούνται μόνον οι αναγκαίες ΚΤ (δηλαδή 10% - 15% σύμφωνα με τον ΠΟΥ).

- **Η μείωση των επιπλοκών που σχετίζονται με τις ΚΤ.**
- **Η μεγιστοποίηση του αριθμού των γυναικών που καταγγέλλουν μαιευτική βία.**
- **Η αποϊατρικοποίηση του τοκετού.**
- **Η αύξηση των γυναικών που επιλέγουν τον θηλασμό.**

Στην συνέχεια περιγράφονται αναλυτικότερα οι πέντε **ειδικοί** στόχοι του Σχεδίου Παρέμβασης, οι οποίοι θα συμβάλλουν στην επίτευξη των γενικών στόχων:

3.3.1 Ενημέρωση – Ευαισθητοποίηση

- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σχετικά με την ύπαρξη του προβλήματος.
- Ενημέρωση όλων των εγκύων, που επισκέπτονται δημόσιες και ιδιωτικές δομές για προγεννητικό έλεγχο, σχετικά με τα οφέλη του φυσιολογικού τοκετού (ΦΤ) και τους κινδύνους από την άσκοπη πραγματοποίηση ΚΤ.
- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση ανδρών και γυναικών σχετικά με τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά τους δικαιώματα.

¹⁹ Βλέπε αναλυτικότερα σελ. 31.

- Ευαισθητοποίηση πολιτικών παραγόντων και αρμόδιων φορέων του Συστήματος Υγείας που συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

3.3.2 *Επιμόρφωση – Κατάρτιση – Εκπαίδευση*

- Επιμόρφωση των μαιευτήρων – γυναικολόγων στην υποστήριξη του ΦΤ.
- Εκπαίδευση μαιευτήρων - γυναικολόγων και μαιών/μαιευτών και αύξηση του αριθμού αυτών που πραγματοποιούν την τεχνική VBAC.
- Εκπαίδευση των εγκύων σε τεχνικές ανώδυνου τοκετού.

3.3.3 *Έρευνα – Τεκμηρίωση*

- Καταγραφή, συγκέντρωση και επεξεργασία δεδομένων σχετικά με τις αιτίες πραγματοποίησης ΚΤ σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, καθώς και τις απόψεις των Ελληνίδων και τα κίνητρα επιλογής του τύπου του τοκετού.
- Η καταγραφή του αριθμού των μαιευτήρων και μαιών/μαιευτών που διενεργούν τοκετούς με την τεχνική VBAC.

3.3.4 *Δημιουργία Κέντρου Τοκετού*

- Δημιουργία και πιλοτική λειτουργία Κέντρου Τοκετού για την παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης σε γυναίκες και τις οικογένειές τους.

3.3.5 *Δικτύωση και συνεργασία με την Κοινωνία των Πολιτών (ΚτΠ)*

- Ενίσχυση της παρουσίας και του ρόλου των μαιών.
- Υποστήριξη οργανώσεων, συλλόγων και δράσεων της ΚτΠ.

3.4 Ομάδες – Στόχοι

Ο γενικός πληθυσμός που κατοικεί στους Δήμους της Περιφέρειας Αττικής και εργάζεται σε νοσοκομεία που ανήκουν στην Περιφέρεια Αττικής. Οι **άμεσα επωφελούμενες/νοι** είναι οι έγκυες γυναίκες, οι σύζυγοι/σύντροφοι αυτών και οι οικογένειές τους. Η αποφυγή της ΚΤ συνιστά μείωση των επιπλοκών, αύξηση της περιγεννητικής υγείας, εξοικονόμηση χρημάτων, γρηγορότερη ανάρρωση και επιστροφή στην καθημερινότητα και την φροντίδα του μωρού. Επίσης, **άμεσα επωφελούμενοι είναι και οι μαιευτήρες – γυναικολόγοι** καθώς αναμένεται να

αυξηθεί η εμπιστοσύνη των γυναικών και τέλος **οι μαιές/μαιευτές** των οποίων αναμένεται να αναβαθμιστεί ο ρόλος.

Έμμεσα επωφελούμενος είναι όλος ο υπόλοιπος γενικός πληθυσμός της χώρας, οι ενήλικες γυναίκες και άνδρες σε αναπαραγωγική ηλικία, αυτές που σχεδιάζουν να γίνουν άμεσα μητέρες, και οι έφηβες/έφηβοι. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνεται **και το κράτος** λόγω της εξοικονόμησης δαπανών από τις ΚΤ στα δημόσια νοσοκομεία (κόστος χειρουργείου, φαρμάκων, μεγαλύτερη νοσηλεία), ο ΕΟΠΥΥ αφού το ΚΕΝ του ΦΤ είναι μικρότερο από της ΚΤ.

Πίνακας 5. Ομάδες - Στόχοι

Άμεσα επωφελούμενες/ νοι	Έμμεσα επωφελούμενες/νοι
Έγκυες	Γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία
Οικογένειες εγκύων, σύντροφοι/σύζυγοι	Άνδρες σε αναπαραγωγική ηλικία
Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι	Υποψήφιος έγκυες
Μαιές/Μαιευτές	Έφηβες/Εφηβοι
	Κράτος
	ΕΟΠΥΥ
	Αρμόδιοι φορείς
	Κοινωνία των Πολιτών
	Διοικητές/τριες Νοσοκομείων

3.5 Προτεινόμενες δράσεις

Οι προτεινόμενες δράσεις σχεδιάζονται και αναπτύσσονται **βάσει των αναγκών των ομάδων – στόχων και των στόχων που έχουν τεθεί** προκειμένου να εκπληρωθεί ο σκοπός του Σχεδίου Παρέμβασης. Αφορούν και τον γενικό πληθυσμό και στοχευμένα κάθε ομάδα.

Για την επιτυχή υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης και την ικανοποίηση των στόχων, κρίνεται σκόπιμο να αναπτυχθεί αρχικά **ένα θεσμικό πλαίσιο το οποίο θα διασφαλίσει την απαραίτητη νομική στήριξη**. Για τον σκοπό αυτό, το Υπουργείο Υγείας θα θέσει προς διαβούλευση με τους αρμόδιους φορείς (ΕΟΠΥΥ, ΚΕΕΛΠΝΟ, ΚΕΣΥ, Επαγγελματικές Ενώσεις - Ιατρικό Σύλλογο, Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών &

Μαιευτών Αθήνας, ΕΜΓΕ, Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων, κ.λπ.) σειρά **κατευθυντήριων οδηγιών για την ΚΤ**, όπως αυτές έχουν διατυπωθεί από την ΕΜΓΕ, μαζί με τη δημιουργία φόρμας συγκατάθεσης αναλύοντας την ένδειξη, τα οφέλη και τους κινδύνους για την μητέρα και το νεογνό. **Το θεσμικό πλαίσιο που θα δημιουργηθεί θα ενισχύσει την αποτελεσματικότητα του Σχεδίου Παρέμβασης και θα λειτουργήσει ως εργαλείο για την αυστηροποίηση των προϋποθέσεων πραγματοποίησης των ΚΤ** και εντέλει για την μείωση των καισαρικών τομών και την αύξηση των φυσιολογικών τοκετών.

3.5.1 Δράσεις ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης

Οι δράσεις ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης επικεντρώνονται στην **πληροφόρηση του κοινού για τον υψηλό αριθμό ΚΤ και του φαινομένου της μαιευτικής βίας, για τους κινδύνους των μη αναγκαίων ΚΤ, τα οφέλη του ΦΤ, καθώς και για τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα**. Ενδεικτικά αναφέρονται οι κάτωθι δράσεις:

- Δημιουργία λογοτύπου και κεντρικού μηνύματος που θα συνοδεύει όλες τις δράσεις ενημέρωσης.
- Δημιουργία πληροφοριακών δελτίων/ φυλλαδίων (fact sheet) για το φαινόμενο στην Ελλάδα.
- Κατασκευή και διαχείριση ιστοσελίδας η οποία θα παρέχει πληροφοριακό υλικό, πρόγραμμα εκδηλώσεων και forum όπου γυναίκες θα μοιράζονται τις εμπειρίες τους.
- Παρουσία στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Twiter, Youtube).
- Παραγωγή έντυπου υλικού (αφίσες, φυλλάδια), το οποίο θα βρίσκεται σε εξέχουσες θέσεις στα ιδιωτικά και δημόσια μαιευτήρια με τα οφέλη του ΦΤ και τους κινδύνους της ΚΤ.
- Παραγωγή διαφημιστικού υλικού (αναμνηστικά μπλουζάκια, καπέλα) που θα μοιράζεται στις εκδηλώσεις.
- Διοργάνωση ημερίδων ενημέρωσης των πολιτών από τους δήμους.
- Διοργάνωση ενημερωτικών ημερίδων στο ΕΚΔΔΑ για δημόσιους υπαλλήλους διοικητές/-τριες νοσοκομείων και σε ΑΕΙ και ΤΕΙ σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων.

- Διοργάνωση εκδηλώσεων σε κεντρικά σημεία της πόλης όπως η Πλατεία Συντάγματος ή εμπορικά κέντρα, όπου θα τοποθετούνται promotion stands και θα παρέχονται πληροφορίες στους/στις πολίτες με ενημερωτικό και διαφημιστικό υλικό.
- Παρεμβάσεις στα ΜΜΕ (τηλεοπτικό και ραδιοφωνικό σποτ).
- Δελτία τύπου σε πανελλαδικό και τοπικό τύπο καθ' όλη τη διάρκεια του Σχεδίου Παρέμβασης.

3.5.2 Δράσεις Επιμόρφωσης – Κατάρτισης – Εκπαίδευσης

- Συνεργασία με το ΕΚΔΔΑ και την Ιατρική Σχολή για εκπαίδευση των μαιευτήρων – γυναικολόγων και των μαιών/μαιευτών στην τεχνική VBAC.
- Σεμινάρια εκπαίδευσης μαιών/μαιευτών σε τεχνικές ανώδυνου τοκετού με μη φαρμακολογικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο.
- Εισαγωγή εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην Ιατρική Σχολή και στο ΤΕΙ Μαιευτικής Αθήνας για την υποστήριξη του ΦΤ.
- Διοργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων στο ΕΚΔΔΑ.
- Συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων για την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία στα σχολεία.

3.5.3 Έρευνα – Τεκμηρίωση

Η έρευνα – τεκμηρίωση αποτελεί σημαντικό μέρος του Σχεδίου Παρέμβασης καθώς θα συλλεχθούν επιπλέον δεδομένα, απαραίτητα για την υλοποίηση του Σχεδίου και τη μέτρηση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, **η συλλογή στοιχείων πριν και μετά την υλοποίηση του Σχεδίου θα λειτουργήσει ως δείκτης αξιολόγησης των δράσεων.** Με τη συνεργασία των Δήμων και της ΕΛΣΤΑΤ θα πραγματοποιηθούν:

- Δειγματοληπτικές έρευνες με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (διαφορετικό κατά φύλο) πριν και μετά την ολοκλήρωση του Σχεδίου, για τις απόψεις ανδρών – γυναικών σχετικά με τον τοκετό, τη μαιευτική βία και τα δικαιώματά τους.
- Έρευνα σε δημόσια/ιδιωτικά μαιευτήρια για τους λόγους πραγματοποίησης ΚΤ.
- Έρευνα σε δημόσια/ιδιωτικά μαιευτήρια για τον καθορισμό του αριθμού των γιατρών που πραγματοποιούν την τεχνική VBAC.

Για την καλύτερη αποτύπωση και επιτυχή επεξεργασία των δεδομένων, κρίνεται σκόπιμο να εισαχθεί στις κλινικές το σύστημα ταξινόμησης Robson.²⁰

3.5.4 Δημιουργία Κέντρου Τοκετού

Προβλέπεται η δημιουργία και **πυλοτική λειτουργία ενός Κέντρου Τοκετού στο κέντρο της Αθήνας** το οποίο θα στεγαστεί σε κάποιο από τα ανεκμετάλλευτα κτίρια της Περιφέρειας Αττικής και θα στελεχωθεί κυρίως από μαιές/μαιευτές, γιατρό, ψυχολόγο και διοικητικό προσωπικό. Θα διαθέτει ασθενοφόρο επί 24ώρου βάσεως προκειμένου να εξυπηρετεί επείγοντα περιστατικά και μεταφορά σε νοσοκομείο.

Στο Κέντρο Τοκετού θα δίνεται έμφαση στην πρόληψη, στην ευαισθητοποίηση, στην ασφάλεια και στην ορθή χρήση των μαιευτικών πρακτικών, ώστε να προάγεται ο ΦΤ. Θα παρέχονται οι παρακάτω υπηρεσίες:

- Συμβουλευτική πριν την κύηση σε θέματα γυναικείας υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού.
- Συμβουλευτική κατά τη διάρκεια της κύησης και προετοιμασία τοκετού και μητρότητας.
- Παρακολούθηση και πραγματοποίηση τοκετών χαμηλού κινδύνου.
- Μεταγεννητική παρακολούθηση μητέρας - νεογνού και συμβουλευτική θηλασμού.

3.5.5 Δράσεις Δικτύωσης και συνεργασίας με την Κοινωνία των Πολιτών

Είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί η υποστήριξη της Κοινωνίας των Πολιτών με οργανώσεις οι οποίες δραστηριοποιούνται στον τομέα της βελτίωσης της περιγεννητικής υγείας, της ενθάρρυνσης του ΦΤ και του θηλασμού, της ισότητας των φύλων και της προάσπισης των δικαιωμάτων του ανθρώπου σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο.²¹ Ιδιαίτερης σημασίας, στο στάδιο αυτό, είναι η **συμμετοχή του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών & Μαιευτών Αθήνας σε όλα τα στάδια της δικτύωσης με την ΚτΠ**. Για το σκοπό αυτό κρίνεται σκόπιμο να

²⁰ Η ταξινόμηση Robson (ή ταξινόμηση των 10 ομάδων), είναι ένα σύστημα που ταξινομεί τις επίτοκες σε 10 ομάδες με βάση τα μαιευτικά τους χαρακτηριστικά (πρωτότοκη, πολύτοκη, προηγούμενη ΚΤ, ηλικία κύησης, ποια μέθοδος τοκετού επιλέγεται: ΦΤ, πρόκληση τοκετού ή ΚΤ, η εμβρυϊκή προβολή και αν πρόκειται για μονήρη ή πολύδυμη κύηση).

²¹ Βλέπε σελ. 17.

συνδιοργανωθεί άμεσα ένα συνέδριο με τη συμμετοχή των οργανώσεων και των μελών τους, **όπου θα παρουσιαστεί το Σχέδιο**. Κατόπιν, θα πραγματοποιηθούν διαβουλεύσεις, όπου θα υπάρχει η δυνατότητα υποβολής προτάσεων από τους φορείς.

3.6 Αναμενόμενα οφέλη

Τα αναμενόμενα οφέλη των προβλεπόμενων δράσεων, περιλαμβάνουν την ικανοποίηση των στόχων του Σχεδίου Παρέμβασης, και συγκεκριμένα:

- Την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού σχετικά με την ύπαρξη και το μέγεθος του προβλήματος.
- Την ευαισθητοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, των στελεχών διοίκησης των νοσοκομείων και των πολιτικών παραγόντων και δημόσιων φορέων που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων.
- Την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σχετικά με τους κινδύνους της μη αναγκαίας ΚΤ, τα οφέλη του ΦΤ για τη μητέρα και το μωρό, τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα και το φαινόμενο της μαιευτικής βίας που υφίστανται οι γυναίκες.
- Την ευαισθητοποίηση και αλλαγή νοοτροπιών όσον αφορά στην οπτική του φύλου στην αναπαραγωγική υγεία.
- Την εξάλειψη του φόβου για τον ΦΤ.
- Την αποϊατρικοποίηση της γέννας.
- Την μείωση των δαπανών για τις ΚΤ και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που τις συνοδεύει, προς όφελος του κρατικού Π/Υ, του ΕΟΠΥΥ και των Π/Υ των δημόσιων νοσοκομείων.

Πίνακας 6. Αναμενόμενα οφέλη δράσεων του Σχεδίου Παρέμβασης

Δράση	Ομάδα – Στόχος	Αναμενόμενο όφελος	
Θέσπιση θεσμικού πλαισίου	Μαιευτήρες	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση των ΚΤ για λόγους αμυντικής ιατρικής 	
Συνέδριο δικτύωσης ΚτΠ	ΚτΠ	<ul style="list-style-type: none"> Ενίσχυση του ρόλου των μαιών Υποστήριξη Σχεδίου και περιορισμός των αντιδράσεων από ομάδες πίεσης της ιατρικής κοινότητας 	
Λογότυπο – Κεντρικό Μήνυμα	Γενικός πληθυσμός	<ul style="list-style-type: none"> Υποστήριξη των δράσεων ενημέρωσης 	
Δημιουργία fact sheet	Γενικός πληθυσμός, πολιτική ηγεσία, αρμόδιοι φορείς	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση & ευαισθητοποίηση για το μέγεθος του προβλήματος Υποκίνηση ανάληψης δράσης 	
Κατασκευή & διαχείριση ιστοσελίδας	Γενικός πληθυσμός	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση Προβολή του Σχεδίου και των δράσεων 	
Προβολή στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης			
Έντυπο υλικό	Γυναίκες, άντρες, έγκυες	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση σχετικά με τα οφέλη, τους κινδύνους και τα δικαιώματα Ευαισθητοποίηση για οπτική του φύλου 	
Διαφημιστικό υλικό	Γυναίκες, έγκυες άντρες,	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση 	
Ημερίδες στους δήμους	Γυναίκες, έγκυες άντρες	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση για οφέλη, κινδύνους και δικαιώματα Ευαισθητοποίηση για οπτική του φύλου 	
Εκδηλώσεις – εκστρατείες ενημέρωσης	Γενικός πληθυσμός		
MME	Γενικός πληθυσμός	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση 	
Δελτία τύπου	Γενικός πληθυσμός		
Ημερίδες ΕΚΔΔΑ για δημοσίους υπαλλήλους	Γυναίκες & άντρες		
Ημερίδες σε ΑΕΙ & ΤΕΙ	Γυναίκες & άντρες		
Σεμινάρια σε σχολεία	Έφηβες/-οι		
Ημερίδες ΕΚΔΔΑ για διοικητές/-τριες	Διοικητές/-τριες		
Έρευνες με ερωτηματολόγιο	Γυναίκες, έγκυες, άντρες		<ul style="list-style-type: none"> Καταγραφή των τάσεων, Αξιολόγηση & προσαρμογή σχεδίου
Έρευνες σε κλινικές	Έγκυες		<ul style="list-style-type: none"> Καταγραφή των τάσεων
Έρευνα σε μαιευτήρες	Μαιευτήρες		<ul style="list-style-type: none"> Ενίσχυση της τεχνικής VBAC
Εκπαίδευση	Μαιευτήρες		

μαιευτήρων		<ul style="list-style-type: none"> • Ενίσχυση του ΦΤ
Εκπαίδευση μαιών	Μαίες/μαιευτές	<ul style="list-style-type: none"> • Ενίσχυση του ρόλου τους • Αύξηση των ΦΤ που διενεργούνται από μαίες • Αποϊατρικοποίηση του τοκετού • Ενίσχυση της τεχνικής VBAC
Εκπαίδευση φοιτητών/-τριων ιατρική και μαιευτικής	Εν δυνάμει μαιευτήρες, Μαίες/μαιευτές	<ul style="list-style-type: none"> • Ενίσχυση του ΦΤ • Ενίσχυση της τεχνικής VBAC • Ευαισθητοποίηση
Δημιουργία Κέντρου Τοκετού	Γυναίκες, έγκυες	<ul style="list-style-type: none"> • Αποϊατρικοποίηση του τοκετού, • Ενίσχυση ΦΤ • Εκπαίδευση εγκύων σε τεχνικές ανώδυνου τοκετού και εξάλειψη του φόβου • Αύξηση θηλασμού

3.7 Δείκτες

Ο σχεδιασμός, η υλοποίηση, η αναπροσαρμογή κατά τη διάρκεια εφαρμογής και η τελική αξιολόγηση του Σχεδίου Παρέμβασης βασίζεται σε ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- **Δείκτες καταλόγου ελέγχου (check list):** θα χρησιμοποιηθούν στην ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια για τη μέτρηση απόψεων και τάσεων πριν και μετά στα θέματα οπτικής φύλου, ιατρικοποίησης του τοκετού, φόβου απέναντι στον τοκετό και μαιευτικής βίας.
- **Στατιστικοί:** μέτρηση των διεθνών και εγχώριων τάσεων του πληθυσμού, ποσοστά ΚΤ και ΦΤ, ποσοστό γιατρών που εφαρμόζουν τεχνική VBAC, καταγραφή ακριβούς αριθμού μαιευτήρων – μαιών στην Περιφέρεια Αττικής.

3.8 Μεθοδολογία

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση του Σχεδίου Παρέμβασης και των επιμέρους δράσεων βασίζεται στον κύκλο ποιότητας του Deming PDCA (Plan – Do – Check – Act). **Κάθε δράση αφού υλοποιηθεί αξιολογείται, επανακαθορίζεται και εφαρμόζεται εκ νέου, εφόσον απαιτείται. Με την ολοκλήρωση του Σχεδίου γίνεται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων βάσει των στόχων.**

Η μεθοδολογία ανάπτυξης και εφαρμογής καθορίζεται βάσει της ανάγκης δημιουργίας κλίματος υποστήριξης μέσω συμμαχιών, που θα συμβάλλουν στην

άμβλυνση των αντιστάσεων που ενδέχεται να δημιουργηθούν κυρίως από την ιατρική κοινότητα. Άρα, τα βήματα περιλαμβάνουν:

1. Την έμφαση στην ανάγκη ανάληψης δράσης από την πολιτική ηγεσία, την διαβούλευση με τους αρμόδιους φορείς και τη θέσπιση κατευθυντήριων οδηγιών, που θα περιβάλλουν τη θεσμική κατοχύρωση του στόχου.
2. Την ενεργή εμπλοκή των επαγγελματικών ενώσεων που θα έχουν τη δυνατότητα υποβολής προτάσεων πριν την δημοσιοποίηση του Σχεδίου.
3. Την άμεση και συνεχή συνεργασία με τον Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών Μαιευτών Αθήνας.
4. Την προτεραιότητα δράσεων που θα ενημερώσουν και θα ευαισθητοποιήσουν τον γενικό πληθυσμό και ιδιαιτέρως τις έγκυες, τις γυναίκες και τους άντρες σε αναπαραγωγική ηλικία.
5. Την ευαισθητοποίηση των διοικητών/-τριών δημόσιων νοσοκομείων.
6. Την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των γιατρών.

3.9 Υποστηρικτικοί μηχανισμοί

Το Σχέδιο Παρέμβασης απαιτεί την υποστήριξη τόσο κρατικών φορέων όσο και της Κοινωνίας των Πολιτών. Αυτοί είναι:

- Πολιτική ηγεσία Υπουργείου Υγείας.
- Περιφέρεια Αττικής (περιφερειάρχης & αντιπεριφερειάρχης).
- Δήμαρχοι και Δημοτικά Συμβούλια Δήμων.
- ΚΕΣΥ.
- ΕΟΠΥΥ.
- ΚΕΕΛΠΝΟ.
- Ιατρικός Σύλλογος.
- Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών Μαιευτών Αθήνας.
- Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογική Εταιρεία.
- Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων.
- Ελληνική Εταιρεία Περιγεννητικής Ιατρικής.
- Ελληνική Εταιρεία Εμβρυομητρικής Ιατρικής.
- Κέντρο Συνεργασίας του Π.Ο.Υ. για την Περιγεννητική Ιατρική του Ινστιτούτου για τη Φροντίδα της Μητέρας και του Παιδιού της Πράγας.

- Σωματείο Ευτοκία.
- Σωματείο Birth Choices.
- Διεθνής Οργανισμός “International MotherBaby Childbirth Organization”.
- Διεθνές Δίκτυο “International Cesarean Network”.
- Ευρωπαϊκό Δίκτυο για το σεβασμό στη γέννα «Encs».
- Πρωτοβουλία «Γυναίκα και Υγεία».
- Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας.
- Παρατηρητήριο Μαιευτικής Βίας (OVO Hellas).

3.10 Δημοσιότητα – Επικοινωνία

Οι δράσεις δημοσιότητας ενσωματώνονται σε κάθε στάδιο του Σχεδίου Παρέμβασης και **αφορούν τόσο τις ομάδες – στόχους του γενικού πληθυσμού όσο και τους ενεργά εμπλεκόμενους φορείς**. Αρχικά, θα δημοσιοποιηθεί το Σχέδιο Παρέμβασης συνολικά, και κατόπιν κάθε δράση ξεχωριστά. Για τον καθορισμό της στρατηγικής επικοινωνίας θα εκπονηθεί **Σχέδιο Δημοσιοποίησης και Διάχυσης των Αποτελεσμάτων της Παρέμβασης**, όπου θα καθορίζεται αναλυτικά το χρονοδιάγραμμα και ο προϋπολογισμός κάθε δράσης. Είναι σημαντικό να αξιοποιηθεί κάθε διαθέσιμο μέσο πρόσβασης και κυρίως οι ιστοσελίδες των δήμων και τα σημεία συγκέντρωσης των πολιτών (π.χ. αφίσες σε στάσεις ΜΜΜ, displays στους σταθμούς του μετρό), από υπηρεσίες και επιτροπές ποιότητας της Περιφέρειας, των Δήμων και των Νοσοκομείων. Με το τέλος της εφαρμογής του Σχεδίου θα δημοσιοποιηθούν τα αποτελέσματα, προτάσεις βελτίωσης και τυχόν παράλληλες δράσεις που απαιτούνται.

Κρίνεται σκόπιμο να δημιουργηθεί **γραφείο τύπου** το οποίο θα εξασφαλίζει την άμεση και ολοκληρωμένη επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων, ώστε να γίνονται άμεσα αναγκαίες παρεμβάσεις και διαχείριση έκτακτων καταστάσεων. Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσονται και αντιδράσεις από ομάδες συμφερόντων που θα προβάλλουν αντιρρήσεις υποστηρίζοντας τη διενέργεια ΚΤ προς όφελος των γυναικών. Επιπλέον, θα ασχολείται με την αποδελτίωση του Τύπου, θα συντάσσει και θα επικοινωνεί τα δελτία τύπου, τα πρακτικά των συνεδρίων, των ημερίδων και των συναντήσεων, καθώς και τον απολογισμό κάθε δράσης (π.χ. πόσα φυλλάδια διανεμήθηκαν, πόσα άτομα ενημερώθηκαν, την επισκεψιμότητα της ιστοσελίδας κ.α.).

3.11 Χρονοδιάγραμμα

Το χρονικό διάστημα εφαρμογής του Σχεδίου Παρέμβασης ορίζεται **στα 2 χρόνια** (Ιαν. 2018 – Ιαν. 2020), εντός της προγραμματικής περιόδου ΕΣΠΑ 2014 – 2020. Από τον Νοέμβριο 2017 έως και τον Ιανουάριο 2018, θα πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες διαβουλεύσεις με την πολιτική ηγεσία και την ΚτΠ έτσι ώστε να θεσπιστεί το αναγκαίο θεσμικό πλαίσιο και να γίνουν τυχόν τροποποιήσεις στο Σχέδιο Παρέμβασης. Σε αυτή την περίοδο θα διοργανωθεί και το συνέδριο με την ΚτΠ σε συνεργασία με τον Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών/Μαιευτών Αθήνας. Μετά την οριστικοποίηση του Σχεδίου, θα δημοσιοποιηθεί και θα ξεκινήσουν οι δράσεις βάσει του Σχεδίου Δημοσιοποίησης και Διάχυσης των Αποτελεσμάτων της Παρέμβασης.

3.12 Σχεδιασμός Προϋπολογισμού

Το Σχέδιο θα συγχρηματοδοτηθεί από τον κρατικό Π/Υ και το ΕΣΠΑ 2014 – 2020. **Το συνολικό κόστος του Σχεδίου ανέρχεται στις 500.000€ για τα δύο έτη** του Προγράμματος, εκ των οποίων οι 300.000€ θα αφορούν τη δημιουργία και διετή λειτουργία του Κέντρου Τοκετού και οι υπόλοιπες 200.000€ την χρηματοδότηση των δράσεων. Ειδικά για τις δράσεις, προβλέπεται εξασφάλιση χορηγιών, με εξοικονόμηση περίπου 30.000€.

Με το τέλος της Παρέμβασης υπολογίζεται σημαντικά υψηλότερη εξοικονόμηση χρηματικών πόρων από τα αναμενόμενα αποτελέσματα συγκριτικά με τον Π/Υ του Σχεδίου. Η εξοικονόμηση υπολογίζεται σύμφωνα με τον αριθμό των γεννήσεων με ΚΤ και ΦΤ και τα αντίστοιχα ΚΕΝ (1000€ για κάθε ΚΤ και 600€ για κάθε ΦΤ) (ΚΥΑ Αρ. Υ4α/οικ.18051/27-3-2012, ΦΕΚ 946/Β'/2012).

Στον **Πίνακα 7**, αποτυπώνεται το οικονομικό όφελος που θα προκύψει για τον ΕΟΠΥΥ από την ολοκλήρωση του Σχεδίου Παρέμβασης και τη μείωση των ΚΤ κατά 36,73%.

Για τον υπολογισμό αυτό, χρησιμοποιούμε σαν **έτος βάσης το 2014** και υποθέτουμε ότι ο αριθμός των γεννήσεων για το έτος 2020 (έτος αξιολόγησης της Παρέμβασης), θα είναι ο ίδιος (Στοιχεία ΕΟΠΥΥ 2016, Υπουργείο Υγείας).

Πίνακας 7. Οικονομικό όφελος από τη μείωση των ΚΤ κατά 36,73%

Είδος τοκετού	Δαπάνη έτους 2014	Δαπάνη έτους 2020	Διαφορά
ΚΤ	37.769.000€	15.294.000€	22.475.000€
ΦΤ	6.103.200€	14.653.800€	8.550.600€
Σύνολο	43.872.200€	29.947.800€	13.924.400€

Αξίζει να σημειωθεί πως στο συνολικό οικονομικό όφελος των 13.924.400€ **δεν περιλαμβάνεται η ιδιωτική δαπάνη που θα εξοικονομηθεί από τα νοικοκυριά.**

Επίλογος

Είναι πλέον σαφές ότι το φαινόμενο της αύξησης των γεννήσεων με καισαρική τομή στην Ελλάδα αποτελεί παθογένεια. Η μη ορθή χρήση των ιατρικών μεθόδων και ιδιαίτερα των χειρουργικών επεμβάσεων, εκτός των σοβαρών επιπλοκών που μπορεί να επιφέρει, συνιστά και **κατάφορη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων** που περιλαμβάνουν τα δικαιώματα των ασθενών και τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα ανδρών και γυναικών. **Το πρόβλημα της μαιευτικής βίας** που υφίστανται πολλές γυναίκες σε δομές υγείας, είναι υπαρκτό και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καλεί τα κράτη μέλη να λάβουν μέτρα αντιμετώπισής του.

Η ιατρικοποίηση του τοκετού έχει συμβάλει προς αυτή την κατεύθυνση και ευθύνεται για την ένταση του φαινομένου. Ο περιορισμός του ενεργού ρόλου των μαιών/μαιευτών και η υποτίμηση της αξίας τους μέσα από την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, καθιέρωσε στο όνομα της τεχνολογικής προόδου, μία σειρά παρεμβάσεων και τυποποιημένων διαδικασιών που εφαρμόζονται πριν και κατά τη διάρκεια του τοκετού, **μετατρέποντας έτσι το φυσιολογικό γεγονός της γέννας σε παραγωγική διαδικασία.**

Σε θεσμικό επίπεδο, η χώρα μας με την υπογραφή της Διεθνούς Σύμβασης για την Εξάλειψη Όλων των Μορφών Διακρίσεων Κατά των Γυναικών (CEDAW) των Ηνωμένων Εθνών, δεσμεύεται στην τήρηση των όρων που περιλαμβάνουν την εξάλειψη των διακρίσεων κατά των γυναικών εξαιτίας της διαχείρισης του τοκετού με μη ιατρικώς αναγκαία μέσα. Το διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό πλαίσιο της χώρας μας στηρίζει και επιβάλλει τη λήψη θετικών μέτρων για την εξασφάλιση της ισότητας των φύλων και την εξάλειψη των διακρίσεων κατά των γυναικών.

Το Υπουργείο Υγείας, αναγνωρίζοντας το πρόβλημα, προχώρησε σε ενέργειες διερεύνησης του φαινομένου σε συνεργασία με τον Π.Ο.Υ. Ευρώπης και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως πρέπει να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα με στόχο την προστασία της υγείας, την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών και τη μείωση του ποσοστού των τοκετών με καισαρική τομή.

Συνεπώς, κρίνεται επιτακτική **η ανάγκη μείωσης και τελικά εξάλειψης του φαινομένου των γεννήσεων με καισαρική τομή χωρίς ιατρική αιτιολόγηση**, στο διεθνώς καθορισμένο όριο του **10% - 15%**. Προς την κατεύθυνση αυτή και με στόχο την αντιμετώπιση του φαινομένου, το σχέδιο παρέμβασης για την μείωση των

γεννήσεων με καισαρική τομή που αναπτύχθηκε προηγουμένως, αποτελεί μία ρεαλιστική πρόταση με πολλαπλά οφέλη για τις γυναίκες, την κοινωνία και την οικονομία, βάσει πολιτικών και πρακτικών που έχουν εφαρμοστεί σε διεθνές επίπεδο.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Αγγελοπούλου, Μ. (2014), *Εγκυμοσύνη μετά τα 35: Μια επιλογή με αυξητικές τάσεις*.
<http://tvxs.gr/news/ygeia/egkymosyni-meta-ta-35-mia-epilogi-me-ayksitikes-taseis>
- Αθανασίου, Α. (2003), Η Πειθαρχία της Συνέχειας: Χρόνος, Σώμα και Βιοπολιτική στη Σύγχρονη Ελλάδα, *Σύγχρονα Θέματα* 82: 45-52.
- Αρσενόπουλου, Ι. (2001), Η κλινική διαχείριση των μαιευτικών υπηρεσιών. *Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Κριτική.
- Βασιλειάδου, Ν. & Ανδριανόπουλος, Β. (2016), *Παγκόσμιο ρεκορ κατέχει η Ελλάδα στις άσκοπες καισαρικές*. <http://www.koutipandoras.gr/article/oi-egklhmaties-giatroi-kai-oi-askopes-kaisarikes>
- Βουγιούκα, Α. (2012), *Οδηγός για την Ένταξη της Οπτικής του Φύλου (gender mainstreaming) στην Κοινωνική Πολιτική που ασκείται σε Τοπικό Επίπεδο – «Εργαλεία»*. Αθήνα: Υπουργείο Εσωτερικών/ Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων/ΕΥΕ/ΓΓΙΦ. Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Progress «Ένταξη της Οπτικής του Φύλου με Έμφαση στις Κοινωνικά Μειονεκτούσες Γυναίκες σε Δήμους της Ελλάδας (Gender mainstreaming in Greek Municipalities Focusing on Socially Disadvantaged Women)
<http://old.isotita.gr/var/uploads/Progress/Odhgos%20Ergaleia.pdf>
- Βρεκούσης, Θ. & Στέφος, Θ. (2008), Ο τοκετός σε πολύδυμη κύηση. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 20(2), pp. 158 - 162.
- Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων/Υπουργείο Εσωτερικών (2017), *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ισότητα των Φύλων 2016-2020*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
<http://old.isotita.gr/var/uploads/PUBLICATIONS/2017/ESDIF.pdf>
- Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων/Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης (2010), 7^η Εθνική Περιοδική Έκθεση της Ελλάδας 2005-2008 Προς την Επιτροπή του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για την Εξάλειψη των Διακρίσεων Κατά των Γυναικών (CEDAW).

Γκασούκα, Μ. (2017), «Μητρότητα και ιδεολογήματα: Σκέψεις πέρα από το ρομαντικό και το ειδυλλιακό.» Η Αυγή, 14/05/2017.

<http://beta.avgi.gr/article/10811/8146989/skepseis-pera-apo-to-romantiko-kai-to-eidylliako>

Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (1994),

https://europa.eu/youth/cy/article/65/13736_ga

<http://www.cyfamplan.org/famplan/page.php?pageID=33>

Δραγώνα, Θ. (1987), *Γέννηση: Η Γυναίκα μπροστά σε μια καινούργια ζωή*. Αθήνα: Δωδώνη.

Ελληνική Γυναικολογική και Μαιευτική Εταιρεία (2014), *Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 25: Κολπικός τοκετός μετά από Καισαρική τομή*. ΕΜΓΕ.

Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία (2014), *Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 12: Καισαρική Τομή*. ΕΜΓΕ.

Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία (2014), *Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 18: Προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι*, ΕΜΓΕ.

Επιτροπή για την εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών (2013), *Καταληκτικές παρατηρήσεις επί της εβδόμης περιοδικής έκθεσης της Ελλάδας, που υιοθετήθηκαν από την Επιτροπή κατά την πεντηκοστή τέταρτη σύνοδό της*. (11 Φεβρουαρίου – 1 Μαρτίου 2013).

http://old.isotita.gr/var/uploads/ANNOUNCEMENTS/CEDAW_GR_MAR2013_el.pdf

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2013), *Έκθεση σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα (2001/2128 (INI))*. Επιτροπή Δικαιωμάτων των Γυναικών και Ίσων Έκτακτων Ευκαιριών.

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=->

[//EP//NONSGML+REPORT+A7-2013-0306+0+DOC+PDF+V0//EL](http://EP//NONSGML+REPORT+A7-2013-0306+0+DOC+PDF+V0//EL)

Gautier, A. (1999), «Τα Αναπαραγωγικά Δικαιώματα», στο *Το Φύλο των Δικαιωμάτων: Εξουσία, Γυναίκες και Ιδιότητα του Πολίτη* (πρακτικά συνεδρίου), pp. 394-406. Αθήνα: Νεφέλη.

Ιακωβίδου, Ε. & Μανιού, Μ. (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 8(4), pp. 380-400.

- Καντσά, Β. (επιμ.) (2013) *Η μητρότητα στο προσκήνιο: Σύγχρονες έρευνες στην ελληνική εθνογραφία*. Αλεξάνδρεια.
- Λιάκα, Ζ. (2009), «Πάλι στο σπίτι θα γεννήσω» <http://www.tanea.gr/news/greece/article/4515624/?iid=2>
- Μακρυγιάννη, Δ. επιμ. (2004), *Τα όρια του σώματος – Διεπιστημονικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Νήσος.
- Νικολοπούλου, Κ. (2011), *Μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα*, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Οικονόμου, Χ. (2013), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα - Ο ρόλος και η λειτουργία του ΕΣΥ. *ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων*, Αθήνα.
- Παναγιωτάκη, Ε. (2012), *Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα σε Ελλάδα και Ευρώπη*, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Παπαδομαρκάκη, Α., (2015), Δαπάνες υγείας: Εμείς και οι άλλοι (Ευρώπη, Β. Αμερική & Ωκεανία, *Healthmag*. <http://healthmag.gr/post/808/dapanes-ygeias-emeis-kai-oi-alloi-eyrwph-b-amerikh-wkeania>
- Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης των ΗΕ, (1979), *Σύμβαση για την Εξάλειψη όλων των Μορφών Διακρίσεων Κατά Των Γυναικών*, http://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=26233&Itemid=33
- Rice, T. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας - Σε επανεξέταση*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2006) Φροντίδα μητρότητας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 45(2), pp. 160-168.
- Σουλιώτης, Κ. (2008), *Υπηρεσίες υγείας στο γυναικείο πληθυσμό*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Τσίμτσιου, Ζ. & Κάλτσος, Κ. (2011), Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και ιατρικά λάθη Ο ρόλος της ανθρωποκεντρικής Ιατρικής στη μείωση των αντιδικιών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(2), pp. 272 - 276.
- Υπουργείο Υγείας (2016), *Μείωση της αυξημένης τάσης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα*. <http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/4509-apanthsh-toy-yπουργoy-ygeias-an-ksanthoy-sth-boylh-to-porisma-toy-poy-gia-tis-kaisarikes-tomes-sthn-ellada>

- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), *Εθνικό σχέδιο δράσης για την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία 2008 - 2012*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Φούρα, Γ. (2012), *Επικερδής βιομηχανία άσκοπων καισαρικών*. <http://www.kathimerini.gr/447934/article/epikairothta/ellada/epikerdhs-viomhchania-askopwn-kaisarikwn>
- Χρονάκη, Μ. (2012), Διδακτορική διατριβή «*Ιατρικοποίηση, τελετουργία και συγκρότηση της μητρικής ταυτότητας στους χώρους του τοκετού στο Βόλο*», ΑΠΘ, Τμήμα Αρχιτεκτόνων, Πολυτεχνική Σχολή, Θεσσαλονίκη. <http://ikee.lib.auth.gr/record/129745/files/GRI-2012-9126.pdf>
- Χρονάκη, Μ. (2017), *Οι τόποι της γέννας. Ιατρικοποίηση, Τελετουργία και Μητρική Υποκειμενικότητα*. Αθήνα: Futura.
- WHO, (2015), *Πρόληψη και εξάλειψη της έλλειψης σεβασμού και της κακομεταχείρισης των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού σε δομές υγείας*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/41/WHO_RHR_14.23_gre.pdf

Ξενόγλωσση

- Althabe, F., Belizan, L. M., Gibbons, L., Jacquerioz, F., Bergel, E. (2006), Cesarean Section Rates and Maternal and Neonatal Mortality in Low-, Medium-, and High-Income Countries: An Ecological Study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(4), pp. 270–277.
- Ayres-De-Campos, D., Cruz, J., Medeiros–Borges, C., Costa–Santos, C., Vicente, L. (2015), Lowered national cesarean section rates after a concerted action. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 94(4), pp. 391 - 398.
- Baicker, K., Buckles, K. & Chandra, A. (2006), Geographic variation in the appropriate use of cesarean delivery. *Health Aff (Millwood)*, 25(5), pp. 355–367.
- Cho, C. & Norman, M. (2013), Caesarian section and development of the immune system in the offspring. *Obstet Gynecol*, 208(4), pp. 249 – 254.
- Deneux–Tharaux, C., Carmona, E., Bouvier–Colle, M. & Breart, G. (2006), Postpartum maternal mortality and caeserian delivery. *Obstet Gynecol*, 108(1), pp. 541–548.

- Eason, E., Labrecque, M. & Marcoux, S. (2002), Anal incontinence after childbirth. *CMAJ*, 166(3), pp. 326–330.
- Gibbons, L., Belizan, J. M., Lauer, J. A., Betran, A. P., Merialdi, M., Althabe F. (2010), *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*, World Health Report, Background Paper, No 30.
- Glazener, C., Herbison, G., Wilson, P. & MacArthur, . C. (2001), Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ*, 323(7313), pp. 593–596.
- Gruber, J., Kim, J. & Mayzlin, D. (1999), Physician fees and procedure intensity: the case of cesarean delivery. *J Health Econ*, 18(4), pp. 473 – 490.
- Hall, M. & Bewley, S. (1999), Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet*, 354(9180), p. 776.
- Kammath, B., Todd, J., Glazner, J., Lezotte, D., Lynch, A. (2009), Neonatal outcomes after elective caesarian delivery. *Obset Gynecol*, 113(6), pp. 1231–1238.
- Kitzinger, S. (2005), *The politics of birth*. Oxford: Elsevier.
- Lagrew, D. & Adashek, J. (1998), Lowering the cesarean section rate in a private hospital: Comparison of individual physicians' rates, risk factors, and outcomes. *Am J Obstet Gynecol*, 178(6), pp. 1207-1214.
- Leeman, L. & Rogers, R. (2012), Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*, 119(3), pp. 647–655.
- Lydon–Rochelle, M., Holt, V., Martin, D. & Easterling, T. (2000), Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *Jama*, 283(1), pp. 2411–2416.
- Mossialos, E., Allin, S. & Davaki, K. (2005), An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: The impact of financial incentives and convenience. *European Journal of Public Health*, 15(3), pp. 288–295.
- Nicoll, A., Black, C., Powls, A. & Mackenzie, F. (2004), An audit of neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section at term. *Scott Med J*, 49(1), pp. 22 – 25.
- O' Mara, P. (2003), *Mothering magazine's having a baby, naturally*. New York: Atria Books.

- Penna, L. & Arulkumaran, S. (2003), Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet*, 82(3), pp. 399–409.
- Simsek, Y., Celen, S., Ertas, E., Danisman, N., Mollamahmutoglu, L. (2012), Alarming rise of cesarean births: a single center experience. 16(8), pp. 1102–1106.
- Tampakoudis, P., Assimakopoulos, E., Grimbizis, G., Zafrakas, M., Tampakoudis, G., Mantelenakis, S., Bontis, (2004) Cesarean section rates and indications in Greece: Data from a 24-year period in a teaching hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 31(4), pp. 289–292.
- Tanger, H., van den Berg, A., Bolte, A. & van Elburg, R. (2010), Less neonatal morbidity with elective caesarean sections at term: local guideline for elective caesarean section is effective. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 154(A1201).
- United Nations (1995), *Report of the International Conference on Population and Development*. Cairo, New York: United Nations.
- World Health Organization, (1994), *Indicators to monitor maternal health goals*, Geneva: Technical Working Group.
- World Health Organization, (1996), *Care in Normal birth: a practical guide*. Report of technical working group. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization, (2004) *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Global strategy adopted by the 57th World Health Assembly. Geneva: Department of Reproductive Health and Research including UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.
- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/1/WHO_RHR_04.8.pdf
- WHO, (2015), *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf
- WHO, (2017), *Healthy Topics: Reproductive Health*, http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/
- Yamin, A. E. (ed.), (2005), *Learning to dance: Advancing women's reproductive health and well-being from the perspectives of public health and human rights*, Cambridge: Harvard University Press.

Ιστοσελίδες

- ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή 2011. <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03/> (Οκτώβριος 2017)
- Ευτοκία, Σωματείο για την Προαγωγή του Φυσικού Τοκετού <http://www.eutokia.gr/άρθρα/τοκετός/φυσιολογικός-τοκετός-μετά-από-καισαρ/#.WdSqeIjH09Y> (Σεπτέμβριος 2017)
- Σωματείο Ευτοκία, *Προτάσεις για την μείωση των Κ.Τ. και την αύξηση του Φυσικού Τοκετού* <http://www.eutokia.gr/2017/02/ευτοκία-«-προτάσεις-για-την-μείωση-των/#.WdeJp61h09b> (Οκτώβριος 2017)
- <http://www.encahellas.eu/ateurope.html> (Οκτώβριος 2017)
- <http://www.encahellas.eu/iwrc2017.html> (Οκτώβριος 2017)
- <http://big.assets.huffingtonpost.com/plh82.pdf> (Οκτώβριος 2017)
- http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/robson-classification/en/ (Οκτώβριος 2017)
- http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/el/displayFtu.html?ftuId=FTU_5.10.8.html (Σεπτέμβριος 2017)
- <http://www.encahellas.eu/ateurope.html> (Οκτώβριος 2017)
- <http://www.healthyliving.gr/2012/11/26/h-πρόκληση-τοκετού-συχνά-οδηγεί-σε-καισ/> (Σεπτέμβριος 2017)
- <http://flashnews.gr/post/39385/fisikos-toketos-sto-spiti> (Οκτώβριος 2017)
- <http://www.tanea.gr/news/greece/article/5432233/ellada-to-basileio-twn-kaisarikwn-tomwn/> (Οκτώβριος 2017)
- http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_col08_en.pdf (Σεπτέμβριος 2017)
- www.birthchoices.gr (Οκτώβριος 2017)
- www.enca.info (Οκτώβριος 2017)
- www.eutokia.gr (Οκτώβριος 2017)
- www.gynaikes-politiki.gr/φορείς-δικτύου/πρωτοβουλία-γυναίκα-και-υγεία (Οκτώβριος 2017)
- www.ican-online.org (Οκτώβριος 2017)
- www.imbco.weebly.com (Οκτώβριος 2017)
- www.isotita.gr (Οκτώβριος 2017)
- www.oikogeneiakos.gr (Οκτώβριος 2017)
- www.semma.gr (Οκτώβριος 2017)

Παράρτημα

Πίνακας 8. Συνοπτική περιγραφή του Σχεδίου Παρέμβασης για τη μείωση των γεννήσεων με καισαρική τομή

<p>ΣΚΟΠΟΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Περιορισμός των ανισοτήτων με βάση το φύλο. ✓ Ενδυνάμωση της θέσης των γυναικών στον τομέα της υγείας. ✓ Βελτίωση της περιγεννητικής υγείας, της μαιευτικής φροντίδας και του τοκετού.
<p>ΣΤΟΧΟΙ</p>	<p>Γενικοί:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η μείωση του αριθμού των ΚΤ κατά 36,73%. • Η μείωση των επιπλοκών που σχετίζονται με τις ΚΤ. • Η μεγιστοποίηση του αριθμού των γυναικών που καταγγέλλουν μαιευτική βία. • Η αποϊατρικοποίηση του τοκετού. • Η αύξηση των γυναικών που επιλέγουν τον θηλασμό. <p>Ειδικοί:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση – Ευαισθητοποίηση. • Επιμόρφωση – Κατάρτιση – Εκπαίδευση. • Έρευνα – Τεκμηρίωση. • Δημιουργία Κέντρου Τοκετού. • Δικτύωση και συνεργασία με την Κοινωνία των Πολιτών (ΚτΠ).
<p>ΟΜΑΔΕΣ - ΣΤΟΧΟΙ / ΕΠΩΦΕΛΟΥΜΕΝΕΣ & ΕΠΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ</p>	<p>Άμεσα επωφελούμενες/νοι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγκυες • Οικογένειες εγκύων, σύντροφοι/σύζυγοι • Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι • Μαίες/Μαιευτές <p>Έμμεσα επωφελούμενες/νοι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία • Άνδρες σε αναπαραγωγική ηλικία • Υποψήφιας έγκυες • Έφηβες/Έφηβοι • Κράτος • ΕΟΠΥΥ • Αρμόδιοι φορείς (ΕΟΠΥΥ, Επαγγελματικές Ενώσεις) • Κοινωνία των Πολιτών • Διοικητές/τριες Νοσοκομείων

<p style="text-align: center;">ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ/ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Θέσπιση θεσμικού πλαισίου 2. Συνέδριο δικτύωσης ΚτΠ 3. Δράσεις ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης <ul style="list-style-type: none"> • Λογότυπο – Κεντρικό Μήνυμα • Δημιουργία fact sheet • Κατασκευή & διαχείριση ιστοσελίδας • Προβολή στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης • Έντυπο υλικό • Διαφημιστικό υλικό • Ημερίδες στους δήμους • Εκδηλώσεις – εκστρατείες ενημέρωσης • ΜΜΕ • Δελτία τύπου • Ημερίδες ΕΚΔΔΑ για δημοσίους υπαλλήλους • Ημερίδες σε ΑΕΙ & ΤΕΙ • Ημερίδες ΕΚΔΔΑ για διοικητές/-τριες 4. Δράσεις Επιμόρφωσης – Κατάρτισης – Εκπαίδευσης <ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση μαιευτήρων • Εκπαίδευση μαιών • Εκπαίδευση φοιτητών/-τριων ιατρική και μαιευτικής • Σεμινάρια σε σχολεία • Συνεργασία με το ΕΚΔΔΑ και την Ιατρική Σχολή για εκπαίδευση των μαιευτήρων – γυναικολόγων και των 5. Έρευνα – Τεκμηρίωση 6. Έρευνες με ερωτηματολόγιο 7. Έρευνες σε κλινικές 8. Έρευνα σε μαιευτήρες 9. Δημιουργία Κέντρου Τοκετού
<p style="text-align: center;">ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟ ΟΦΕΛΟΣ ΓΙΑ ΟΜΑΔΕΣ - ΣΤΟΧΟΥΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση & ευαισθητοποίηση • Αλλαγή νοοτροπιών και στερεοτύπων • Αποϊατρικοποίηση της γέννας • Μείωση των ΚΤ • Ενίσχυση του ΦΤ και του θηλασμού • Καταγραφή των τάσεων • Εξοικονόμηση πόρων
<p style="text-align: center;">ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ (ποσοτικοί και ποιοτικοί)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Δείκτες καταλόγου ελέγχου (check list) • Στατιστικοί
<p style="text-align: center;">ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ- ΕΡΓΑΛΕΙΑ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Διαβουλεύσεις και θέσπιση κατευθυντήριων οδηγιών, που θα περιβάλλουν τη θεσμική κατοχύρωση του στόχου. 2. Δικτύωση με την ΚτΠ. 3. Άμεση και συνεχής συνεργασία με τον Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών Μαιευτών Αθήνας. 4. Προτεραιότητα δράσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.

	5. Εκπαίδευση γιατρών και μαιών.
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ	<ul style="list-style-type: none"> • Πολιτική ηγεσία Υπουργείου Υγείας • Περιφέρεια Αττικής (περιφερειάρχης & αντιπεριφερειάρχης) • Δήμαρχοι και Δημοτικά Συμβούλια Δήμων • ΚΕΣΥ • ΕΟΠΥΥ • ΚΕΕΛΠΝΟ • Ιατρικός Σύλλογος • Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών Μαιευτών Αθήνας • Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογική Εταιρεία • Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων • Ελληνική Εταιρεία Περιγεννητικής Ιατρικής • Ελληνική Εταιρεία Εμβρυομητρικής Ιατρικής • Κέντρο Συνεργασίας του ΠΟΥ για την Περιγεννητική Ιατρική του Ινστιτούτου για τη Φροντίδα της Μητέρας και του Παιδιού της Πράγας • Σωματείο Ευτοκία • Σωματείο Birth Choices • Διεθνής Οργανισμός “International MotherBaby Childbirth Organization” • Διεθνές Δίκτυο “International Cesarean Network” • Ευρωπαϊκό Δίκτυο για το σεβασμό στη γέννα «Enca» • Πρωτοβουλία «Γυναίκα και Υγεία» • Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας • Παρατηρητήριο Μαιευτικής Βίας (OVO Hellas)
ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπόνηση Σχεδίου Δημοσιοποίησης και Διάχυσης των Αποτελεσμάτων της Παρέμβασης • Δημιουργία Γραφείου Τύπου
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ	<ul style="list-style-type: none"> • Συγχρηματοδότηση από τον κρατικό Π/Υ και το ΕΣΠΑ 2014 – 2020. • Συνολικό κόστος: 500.000€ για τα δύο έτη του Προγράμματος (300.000€ για τη δημιουργία και διετή λειτουργία του Κέντρου Τοκετού και οι υπόλοιπες 200.000€ για την χρηματοδότηση των δράσεων). • Εξασφάλιση χορηγιών (30.000€). • Οικονομικό όφελος από τη μείωση των ΚΤ κατά 36,73%: 13.924.400€.
ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ	Ιαν. 2018 – Ιαν. 2020 (εντός της προγραμματικής περιόδου ΕΣΠΑ 2014 – 2020). Το τρίμηνο από τον Νοέμβριο 2017 έως και τον Ιανουάριο 2018, θα αξιοποιηθεί για τις αναγκαίες διαβουλεύσεις και τη θέσπιση του θεσμικού πλαισίου.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ/ ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ	Φορέας υλοποίησης ορίζεται η Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Πρόληψης του Υπουργείου Υγείας.
---------------------------------	--



Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**
NSRF



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Ταύρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr

