

## Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό\*

\*Εργασία που ανακοινώθηκε στο "15ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής" στην Πάφο της Κύπρου, στις 21-22 Νοεμβρίου 2008. Κύριο θέμα Συνεδρίου: "Διευρυμένοι ρόλοι και σύγχρονες προκλήσεις".

Ελένη Χατζηγεωργίου

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό αποτελούν βασικό παράγοντα για την ασφάλεια και την ευεξία της μητέρας και του νεογέννητου. Η διασφάλισή τους αποτελεί μια από τις πιο καθοριστικές και ευαίσθητες συνιστώσες για την παροχή ποιοτικής μαιευτικής φροντίδας. Η συγκεκριμένη μελέτη θα παρουσιάσει μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης τις απόψεις των γυναικών στη διασφάλιση του δικαιώματός τους στην επιλογή του τόπου τοκετού και του επαγγελματία υγείας (μαία και μαιευτήρα) μετά από σωστή πληροφόρηση. Στο δικαίωμα αυτό δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα γιατί σχετίζεται άμεσα με τη μείωση της ιατροκοποίησης του τοκετού.

**Λέξεις-κλειδιά:** τοκετός, δικαίωμα επιλογής, τόπος τοκετού, μαία, μαιευτήρας, ιατροκοποίηση τοκετού.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών είναι βασικός παράγοντας παροχής ποιοτικής φροντίδας, στρατηγικός στόχος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και πολλών συστημάτων υγείας (Κοντογιάννη & Κατσετός, 2008, Καρδιόλης 2006).

Η "Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη" υιοθετήθηκε το 1994 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1996), ο οποίος στοχεύοντας στην ασφαλή μητρότητα είχε παρουσιάσει τις υποδείξεις για προώθηση του φυσιολογικού τοκετού, όπου συμπεριλαμβάνονταν και τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό (WHO, 1996). Από επιστημονικές μελέτες έχει διαφανεί ότι η Διακήρυξη και οι υποδείξεις δεν κατόρθωσαν να διασφαλίσουν τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό (Declercq, 2006, Kitzinger, 1987, Wagner, 2000, Wagner, 2001). Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Υπουργείο Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, αναγνωρίζοντας ότι η γέννηση είναι μια ανυπολόγιστα συναισθηματική σύνθετη κατάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης και η εμπειρία της έχει μεγάλη σημασία διότι σημαδεύει για πάντα τη ζωή της γυναίκας, θεσμοθέτησαν τα δικαιώματά της στον τοκετό

\* Μαία, Υποψήφια Διδάκτορας Μαιευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

(Declercq, 2006, Waldenstrom, 2005).

Κάθε ευημερούσα πολιτεία έχει καθήκον να προστατεύει και να κατοχυρώνει τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας με κατάλληλους μηχανισμούς. Ένας αποτελεσματικός μηχανισμός θεωρείται η διαμόρφωση πολιτικής με γνώμονα τη διεξαγωγή έρευνας με θέμα τα δικαιώματα. Ως εκ τούτου, πολλές χώρες για να διαμορφώσουν τη μαιευτική τους πολιτική αποτελεσματικά, έχουν διερευνήσει τις απόψεις των γυναικών για το δικαίωμα της πληροφορημένης επιλογής για τον τόπο τοκετού και του επαγγελματία υγείας στη χώρα τους (DH, 1993, Boyds, 2006, Campbell et al., 1994, Sandall et al., 2001, Kirkham & Stapleton, 2001).

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η Μεγάλη Βρετανία μετά από διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για τα δικαιώματά τους στον τοκετό και τη συνεχή αύξηση του οικονομικού κόστους από την ιατροποίηση του τοκετού, το 1993 επέβαλε στο σύστημα υγείας να προωθήσει αλλαγές στη μαιευτική φροντίδα. Η αλλαγή για τον τοκετό, το λεγόμενο "Changing Childbirth", ήταν μια μεγάλη καινοτομία στο χώρο της Μαιευτικής με βασικό σκοπό να εμπυχωσει τη γυναίκα, να της δώσει επιλογές και να βοηθήσει στη μείωση του οικονομικού κόστους από τις πλεονάζουσες παρεμβάσεις στον τοκετό (DOH, 1993, Green et al., 1995, Barber et al., 2006).

Η Κυπριακή Πολιτεία έχει κατοχυρώσει ένα από τα βασικότερα δικαιώματα, το δικαίωμα στην υγεία, με τον περί της "Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών" Νόμο του 2004 (Ν.1(Ι)/2005), δικαίωμα που αποτελεί βασική θεμελιώδη αρχή και υποχρέωση, το οποίο το κράτος οφείλει να παρέχει στους πολίτες του μέσα από ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα υγείας, που να αντανakλά ανθρώπινες αξίες, να είναι κοινωνικά δίκαιο και να παρέχει καθολική κάλυψη στον πληθυσμό.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 ο ασθενής έχει αναφαίρετο δικαίωμα να επιλέξει και να αλλάξει το ιατρικό ίδρυμα που του παρέχει φροντίδα υγείας, ενώ το ιατρικό ίδρυμα έχει υποχρέωση να παρέχει σ' αυτόν κάθε εύλογη διευκόλυνση για την άσκηση του δικαιώματος επιλογής. Στην Κύπρο τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό συμπεριλαμβάνονται στο νόμο, που κατοχυρώνει τα δικαιώματα των ασθενών γενικά (Κυπριακή Δημοκρατία, 2004).

## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για την καταγραφή των απόψεων των γυναικών στο δικαίωμα της πληροφο-

ρημένης επιλογής σχετικά με τον τόπο τοκετού, το μαιευτήρα και τη μαία.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αναπαραγωγή αποτελεί βασικό ζήτημα για την υπόσταση ενός κράτους, μιας κοινωνίας, ενός έθνους και του πολιτισμού. Το δικαίωμα τεκνοποιίας αποτελεί ειδικότερη έκφραση της αυτοδιάθεσης του προσώπου, της ελευθερίας να διαθέτει το σώμα του στη ζωή, στη δημιουργία μιας άλλης αυτόνομης προσωπικότητας, αυτής του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί (WHO, 1996, EMA, 2006, Fry et al., 2005). Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό της δίνουν τη δυνατότητα να διεκδικεί την παροχή ποιοτικής μαιευτικής φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες της (ICM, 2006). Η θεσμοθέτηση αυτών των δικαιωμάτων έχει απασχολήσει τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα Ηνωμένα Έθνη, την Ευρωπαϊκή Ένωση και πολλές κυβερνήσεις (WHO, 1985, WHO, 1996, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2005, Κοντογιάννη & Κατσετός, 2005).

### Ο Χάρτης των Δικαιωμάτων της Γυναίκας στον Τοκετό

Στην Ευρώπη έχει δημιουργηθεί ο "Χάρτης των Δικαιωμάτων της Γυναίκας κατά την Τεκνοποιία" και περιλαμβάνει τα δικαιώματά της στον τοκετό (Μωραΐτου, 2005). Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης «οι διεθνείς συμβάσεις είναι ένας θεσμικός παράγοντας σύμφωνα με τον οποίο διαμορφώνονται οι νόμοι εσωτερικού δικαίου ενός κράτους» (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2005, Μωραΐτου, 2005). Τα κράτη που έχουν συμμορφωθεί θα πρέπει να διασφαλίζουν στις γυναίκες τα παρακάτω:

- Μαιευτικό Δελτίο με όλα τα στοιχεία που αφορούν την εγκυμοσύνη, το οποίο θα είναι στη διάθεση της ενδιαφερόμενης και των προσώπων που την πλαισιώνουν κατά και μετά την εγκυμοσύνη.
- Συμμετοχή της γυναίκας και του συντρόφου της σε μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό, στα οποία θα εξετάζεται η εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού από σωματική και ψυχολογική άποψη, καθώς και οι διάφορες τεχνικές και μέθοδοι για αντιμετώπιση του πόνου.
- Ελεύθερη επιλογή του τόπου τοκετού και της εφαρμοστέας μεθόδου στάσης κατά τον τοκετό, καθώς και του θηλασμού και του είδους της διατροφής του βρέφους.
- Κατάλληλη συνδρομή με γνώμονα την ψυχοσωματική κατάσταση της εγκύου και του εμβρύου,

καθώς και των συνθηκών του περιβάλλοντος της γυναίκας που επιλέγει να γεννήσει στο σπίτι.

- Φυσιολογικός τοκετός χωρίς επιτάχυνση ή επιβράδυνση, όταν κάτι τέτοιο δεν υπαγορεύεται από λόγους, που αφορούν αποκλειστικά την κατάσταση της εγκύου και του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί.

- Προσφυγή σε καισαρική τομή μόνο όταν αυτό είναι πραγματικά απαραίτητο.

- Δυνατότητα, εφόσον το επιθυμεί η επίτοκος, να παρίσταται κάποιο άτομο κατά τον τοκετό και μετά απ' αυτόν, λ.χ. σύντροφος, συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο.

- Δικαίωμα της επιτόκου, αφού προηγουμένως έχει κατάλληλα ενημερωθεί, να αποφασίζει από κοινού με το μαιευτήρα ή τη μαία για τη μέθοδο τοκετού.

- Δυνατότητα της μητέρας να έχει κοντά της το βρέφος κατά την περίοδο του μητρικού θηλασμού και να το θηλάζει ανάλογα με τις ανάγκες του και όχι σύμφωνα με το ωράριο του Νοσοκομείου.

Επιπρόσθετα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μαζί με την Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν δώσει τις δικές τους κατευθυντήριες συστάσεις για ασφαλή μητρότητα και διακηρύσσουν ότι θα πρέπει να διασφαλιστεί το δικαίωμα της επιτόκου για επιλογή (ΠΟΥ, 1996). Θα πρέπει να υπάρχει σεβασμός στην απόφαση της γυναίκας για τον τόπο που θέλει να γεννήσει, απόφαση που θα πρέπει να πάρει μετά από ενημέρωση. Η φροντίδα κατά τον τοκετό να είναι όσο το δυνατό πλησιέστερη στον προσωπικό χώρο της γυναίκας, αλλά και όπου η ίδια νιώθει ασφάλεια (WHO, 1996, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2005).

Τα Ηνωμένα Έθνη, αναγνωρίζοντας το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η τεκνοποίηση και η υγεία της γυναίκας στην ευημερία των λαών, έδωσαν έμφαση στην προστασία της υγείας της γυναίκας και στην προώθηση των δικαιωμάτων της στους στρατηγικούς στόχους του αιώνα (Thompson, 2003, Thompson, 2004, Barber et al., 2006).

Ο ερχομός του παιδιού είναι σημαντικό κοινωνικό γεγονός, όχι μόνο για τη μητέρα και την οικογένεια αλλά και για ολόκληρη την κοινωνία (Barros et al., 2005, Goodman et al., 2003, ICM, 2006). Η ιατρικοποίηση όμως του τοκετού προκαλεί σωματικά, ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα στη μητέρα, στην οικογένεια και στην κοινωνία (Cahil, 2001, Kitzinger, 1987, Evans, 2003, Wagner, 2005). Συνέπεια αυτού του φαινομένου ήταν η δημιουργία καινούργιας μορφής νομοθεσιών στο τέλος του 20ού

αιώνα (Αμπάτζογλου & Μανώπουλος, 1998, Μεράκου & Γκαράνη, 1999).

Μεγάλος αριθμός ερευνών διαπιστώνει ότι τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό δεν διασφαλίζονται ακόμη και μετά τη δημιουργία νομοθεσιών (WHO, 1996, ICM, 2006, Wagner, 2001, Uhrich, 1996, Garcia et al., 2003).

## **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Πριν τον 20ό αιώνα η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αντιμετωπιζόνταν ως φυσιολογικά γεγονότα, ενώ οι τοκετοί γίνονταν στο σπίτι από μαίες (Donnison, 1988). Η αυξημένη νεογνική και μητρική θνησιμότητα δημιούργησε την ανάγκη ο τοκετός να γίνεται στο Νοσοκομείο, να αντιμετωπίζεται ως ασθένεια και οι μαίες να αντικατασταθούν από τους μαιευτήρες (Wagner, 2000, Alber, 2005, Johanson et al., 2002).

Αρχικά υπήρξε σημαντική βελτίωση της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας (ICM, 2005, Walsh & Downe, 2006). Ωστόσο, στη συνέχεια η μητρική και νεογνική θνησιμότητα έχει σημειώσει αύξηση στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη Βραζιλία και σε άλλες χώρες, με αποτέλεσμα το οικονομικό κόστος για τη μαιευτική φροντίδα να μεγαλώνει συνεχώς (Declercq, 2006, Kennedy, 2000). Αντίθετα στην Ολλανδία, Σουηδία και Φιλανδία η μητρική και νεογνική θνησιμότητα βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα (McKay, 1993, Wagner, 2000).

Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής δημιούργησαν ειδική νομοθεσία, αναγνωρίζοντας ότι οι γυναίκες δεν ήταν ορθά ενημερωμένες για τα δικαιώματά τους και ότι η αλόγιστη χρήση της τεχνολογίας εγκυμονούσε κινδύνους για τη μητέρα και το παιδί (Wagner, 2001, Declercq et al., 2006). Πολλές Πολιτείες της Αμερικής έχουν θεσμοθετήσει τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό και έχουν δημιουργήσει σύνδεσμο για την προώθηση των δικαιωμάτων της σ' αυτόν (Declercq, 2006, Childbirth Connection, 2008), θέτοντας ως πρωταρχικό στόχο την ευημερία της μητέρας, του νεογνού και της οικογένειας, καθώς και τη μείωση της ιατρικοποίησης του τοκετού ((Declercq, 2006).

## **Δικαίωμα επιλογής μετά από ορθή πληροφόρηση**

Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί στο δικαίωμα επιλογής μετά από ορθή πληροφόρηση για τον τόπο τοκετού και τον επαγγελματία υγείας (Declercq, 2006, Waldenstom, 1999, Waldenstom et al., 2000, Bryanton et al., 2008). Αυτό το φαινόμενο δικαιολο-

γείται γιατί έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά. Αν δηλαδή ενδυναμωθεί η γυναίκα στη διεκδίκηση της διασφάλισης του δικαιώματός της για επιλογή, αφενός θα είναι πιο ευχαριστημένη από τη φροντίδα που της παρέχεται, αφετέρου θα ελαττωθεί η ιατροκοποίηση του τοκετού (Barber et al., 2006, Wagner, 2000). Για να γίνει αυτό το όραμα πραγματικότητα οι γυναίκες χρειάζονται ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες, που να βασίζονται σε επιστημονικές γνώσεις ώστε να κρίνουν τι είναι το καλύτερο γι' αυτές και την οικογένειά τους (Bryanton et al., 2008).

Διάχυτη είναι η αντίληψη ότι η ορθή, τεκμηριωμένη και σαφής πληροφόρηση στη γυναίκα για τις επιλογές της στον τοκετό, θα της δώσει την ευκαιρία να επιλέξει και να διεκδικήσει την καλύτερη μαιευτική φροντίδα (Campbell et al., 2002, Childbirth Connection, 2008). Για την επίτευξη αυτού του στόχου το σύστημα υγείας στη Νέα Υόρκη έχει ετοιμάσει ενημερωτικό φυλλάδιο, στις σελίδες του οποίου γίνεται αναφορά στα δικαιώματα της γυναίκας. Στο τέλος του φυλλαδίου αναφέρονται ονόματα και διευθύνσεις μαιευτήρων και μαιών που προωθούν το φυσιολογικό τοκετό. Σύμφωνα με τη δική τους ανάλυση τα δικαιώματα της γυναίκας προάγονται, όταν προάγεται ο φυσιολογικός τοκετός (Wagner, 2000).

Στις περισσότερες χώρες πρώτη επιλογή είναι τα άρτια εξοπλισμένα Νοσοκομεία, με τους τοκετούς να πραγματοποιούνται σε εξειδικευμένα Μαιευτικά Κέντρα που διαθέτουν πλήρεις Νεογνολογικές Μονάδες. Υπεύθυνος είναι ο Μαιευτήρας και στην ομάδα υπάρχει Νεογνολόγος, Παιδίατρος και Μαία. Δεύτερη επιλογή είναι ο γενικός ιατρός, που έχει ειδικευση στον τοκετό. Η τρίτη επιλογή είναι τα Κέντρα Φυσικού Τοκετού, τα οποία συνήθως χτίζονται κοντά σε μεγάλα Νοσοκομεία και υπεύθυνες για τη λειτουργία τους είναι οι Μαίες. Τέταρτη επιλογή είναι ο τοκετός στο σπίτι με κοινοτική Μαία. Όλες αυτές οι επιλογές εμπεριέχονται σε δυο μοντέλα: το μαιευτικό και το ιατρικό (Van Teijlingen et al., 2003, Wagner, 1995).

### **ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Το ιατρικό μοντέλο στηρίζεται στη θεωρία ότι ο τοκετός μπορεί να χαρακτηριστεί φυσιολογικός αναδρομικά, δηλαδή όταν τελειώσει και στηρίζεται στη θεωρία του "πατερναλισμού" (Johanson et al., 2002). "Πατερναλισμός" είναι η απρόσκλητη προστασία, που βασίζεται στο ενδιαφέρον για τη ζωή και στις επιλογές ενός άλλου ανθρώπου. Ο πατέρας ενδιαφέρεται για το καλό των παιδιών του και θα επέμβει όταν αυτό είναι αναγκαίο, ακόμη και με τη βία,

για να τα προστατεύσει όταν ο ίδιος θεωρεί ότι αυτά κινδυνεύουν. Όταν αυτή η "πατρική προστασία" έχει στόχο ενήλικους ανθρώπους, τότε μιλάμε για "πατερναλισμό" (paternalism αλλά και parentalism) (Fry et al., 2005).

Πολλές φορές οι μαιευτήρες παρουσιάζονται ότι γνωρίζουν καλύτερα τα δικά τους πρωτόκολλα και όχι επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες, με αποτέλεσμα το δικαίωμα της πληροφωμένης επιλογής να μετατρέπεται σε ψευδαίσθηση (Randle, 2004).

Το ανησυχητικό είναι ότι σε πολλές χώρες του κόσμου η γυναίκα έχει πρόσβαση μόνο στο Νοσοκομείο με μαιευτήρα, δηλαδή στο ιατρικό μοντέλο και όχι στο μαιευτικό (Simkin, 1991, Edwards, 2005, Lothian, 2008). Επιπρόσθετα, οι γυναίκες προτρέπονται και καθοδηγούνται να επιλέξουν αυτό που θέλουν και επιθυμούν οι άλλοι (Van Teijlingen & Wrede, 2001, Kirkham, 2004, Chamberlain, 1997, Donnison, 1988, EMA, 2006). Είναι πολύ δύσκολο και απίθανο σε μια γυναίκα, όσο μορφωμένη και διεκδικητική κι αν είναι, να κατορθώσει να αντισταθεί στη συμβουλή του μαιευτήρα (Kitzinger, 1987).

Η Gready et al. (1995) παίρνοντας συνεντεύξεις διαδοχικά από 30 γυναίκες, είχε τεκμηριώσει μέσα από τις εμπειρίες των γυναικών τον αγώνα τους για την επιλογή του τόπου του τοκετού και του επαγγελματία υγείας. Σ' αυτό συνηγορεί και η Kirkham (2001), η οποία δηλώνει ότι πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν το θέμα της ασφάλειας ως κάτι πολύ σημαντικό, αλλά στην πραγματικότητα σκέφτονται τη δική τους ασφάλεια.

Το ιατρικό μοντέλο παρουσιάζει το θέμα της ασφάλειας της γυναίκας να διαφυλάσσεται μόνο με τον τοκετό στο Νοσοκομείο, με τη βοήθεια της Τεχνολογίας.

Η ασφάλεια παραμένει η βάση της Μαιευτικής. Κάθε γυναίκα θέλει έναν ασφαλή τοκετό και υγεία για την ίδια και το παιδί της. Οι γυναίκες δηλώνουν πως θέλουν να τους διασφαλίζεται το δικαίωμα της επιλογής του επαγγελματία υγείας και του τόπου τοκετού, γιατί στα Νοσοκομεία η φροντίδα είναι ίδια για όλες τις γυναίκες ακολουθώντας την πολιτική υγείας (Brooks, 2007, Faxy, 2002, Green et al., 1988, Green et al., 1995).

Σύμφωνα με μαρτυρίες γυναικών τα Νοσοκομεία παρέχουν ασφάλεια, αλλά η φροντίδα επικεντρώνεται στην επιτυχία των παρεμβάσεων και όχι στις ανάγκες της γυναίκας, η οποία μένει παθητική. Η νεογνική θνησιμότητα έχει μειωθεί και είναι σημαντικό επίτευγμα, αλλά οι ανάγκες της γυναίκας δεν ικανοποιούνται (Kennedy, 2006).

## ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Στον αντίποδα, το μαιευτικό μοντέλο είναι επικεντρωμένο στις ανάγκες της γυναίκας και στόχος του είναι οι γυναίκες να είναι καλά πληροφορημένες, να έχουν γνώσεις, απαιτήσεις και επιλογές (Barber et al., 2006). Το μαιευτικό μοντέλο τονίζει ότι η πληροφόρηση είναι βασικό καθήκον των μαιευτήρων και των μαιών, γιατί αφενός η γυναίκα γίνεται συνεργάσιμη, αφετέρου οδηγείται στη λήψη της καταλληλότερης απόφασης. Το μαιευτικό μοντέλο παρέχει στη γυναίκα το δικαίωμα επιλογής τύπου τοκετού (WHO, 1996, Cahill, 2001, Kitzinger, 2004, ICM, 2006).

Στα επιστημονικά αποτελέσματα μεγάλης έρευνας, που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες για να αξιολογηθεί η μαιευτική πολιτική, είχε αποδειχθεί ότι οι γυναίκες δεν έχουν αυτές τις επιλογές. Είχαν γίνει 200 συνεντεύξεις και συμπληρώθηκαν 1.373 ερωτηματολόγια, για να διερευνηθούν τα συναισθήματα και οι εμπειρίες των γυναικών στον τοκετό. Οι περισσότερες γυναίκες παραπονέθηκαν ότι δεν τους δόθηκε η ευκαιρία για επιλογή και ορθή πληροφόρηση. Βασικό συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι η γυναίκα έχει ανάγκη τη διασφάλιση του νομικού δικαιώματός της για ενημερωμένη επιλογή, αλλά δεν την έχει (Declercq, 2006, Lothian, 2006).

Η σπουδαιότητα της γνώσης και κατανόησης της πληροφορημένης επιλογής από τους επαγγελματίες υγείας είναι ουσιαστική (Campbell et al., 2002). Η πληροφόρηση είναι διαδικασία που προστατεύει τους χρήστες υγείας από βλάβη και ενθαρρύνει την επαγγελματική υπευθυνότητα, τη σχετική με το πώς οι πληροφορίες μεταβιβάζονται, ενώ προάγει την αιτιολογημένη λήψη απόφασης από το χρήστη υγείας (Fry et al., 2005). Πολύ εύστοχα ο ΠΟΥ (1994) διακηρύσσει ότι «η ορθή πληροφόρηση είναι απαραίτητη προϋπόθεση στον τοκετό» (WHO, 1996). Η Συμβουλευτική Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας συμφωνεί και τονίζει ότι η γυναίκα έχει ανάγκη τη σαφή και επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση για τη λήψη ορθής απόφασης (Campbell et al., 2002, Dimond, 2002).

Το "Εθνικό Ινστιτούτο για τον Τοκετό" της Μεγάλης Βρετανίας αναφέρει: «Οι γυναίκες σε προσωπικές συνεντεύξεις περιγράφουν ότι η στάση των επαγγελματιών υγείας και ο τύπος τοκετού είναι καθοριστικοί παράγοντες για την εξέλιξη του τοκετού τους» (DH, 1995). Επιπρόσθετα, σε έρευνα που έγινε με κύριο στόχο να εντοπισθούν οι παράγοντες, που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τύπο τοκετού και το μοντέλο μαιευτικής φροντίδας, το 95% (n=354) των γυναικών δήλωσαν ότι οι μαιές τους δίνουν τη δυνατότητα επιλογής. Το 12% (n=48)

των γυναικών ανέφεραν ότι οι μαιευτήρες τις ενημέρωναν για τις επιλογές τους, αλλά ήταν φανερό ότι δεν επιθυμούσαν τον τοκετό στο σπίτι (Barber et al., 2006).

Αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλη έρευνα στην οποία πήραν μέρος 282 μαιευτήρες. Η ερώτηση ήταν: «Αν είχατε επιλογή για τη μέθοδο τοκετού, ποιά θα θέλατε να είναι;» Το 39% των μαιευτήρων (31% γυναίκες και 8% άνδρες) επέλεξαν την καισαρική τομή εξαιτίας της μορφής του πυελικού εδάφους και της εμβρυϊκής δυσχέρειας κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού τοκετού (McCarthy & Fisk, 1996). Το αποτέλεσμα αυτής της θέσης των μαιευτήρων επηρεάζει τη συμπεριφορά των γυναικών (Taylor, 2000, Hillan, 1992).

Ο Andrews (2005) υποστηρίζει ότι η γυναίκα για να έχει λιγότερες παρεμβάσεις θα πρέπει να γεννά στο σπίτι της ή σε Κέντρα Υγείας. Οι έγκυες γυναίκες που είναι υγιή άτομα, με την εισαγωγή τους στα Νοσοκομεία μετατρέπονται σε ασθενείς (Kitzinger, 2004, Ryding, 1993).

## ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Στη Σουηδία οι τοκετοί γίνονται στο Νοσοκομείο ακολουθώντας όμως το μαιευτικό μοντέλο (McKay, 2006). Οι μαιές είναι αυτόνομες, ακολουθούν το μαιευτικό μοντέλο και οι μαιευτήρες δεν δικαιούνται να παρεμβαίνουν σε φυσιολογικό τοκετό. Οι γυναίκες είναι ευχαριστημένες και η νεογνική και μητρική θνησιμότητα είναι σε πολύ χαμηλά ποσοστά (Waldenstrom, 2004).

## ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η πρακτική του τοκετού στο σπίτι είναι αρκετά διαδεδομένη στο εξωτερικό. Το υψηλότερο ποσοστό γεννήσεων στο σπίτι κατέχει η Ολλανδία (35%), ενώ πολλές γυναίκες στην Αγγλία, τη Γερμανία και τις Σκανδιναβικές Χώρες επιλέγουν τη γέννηση των παιδιών τους στο σπίτι με τις μαιές. Το φυσικό τοκετό στο σπίτι προάγει στην Ελλάδα ο μη κερδοσκοπικός Σύλλογος "ΕΥΤΟΚΙΑ", ο οποίος ιδρύθηκε από άτομα ευαισθητοποιημένα στα θέματα μητρότητας και μητρικού θηλασμού. Μέλη του είναι μαιές, μητέρες, ιατροί, ψυχολόγοι κ.ά.

Η "ΕΥΤΟΚΙΑ" είναι μέλος του "Ευρωπαϊκού Δικτύου Ενώσεων Τοκετού" (ENCA) και έχει δημιουργήσει το "Σπίτι Φυσικού Τοκετού", όπου δίνεται η δυνατότητα στις γυναίκες να γεννούν φυσιολογικά σ' ένα περιβάλλον που θυμίζει το "ζεστό" χώρο του σπιτιού. Στο φιλικό και οικείο περιβάλλον του σπιτιού και με τη συντροφιά αγαπημένων προσώπων η διαδικασία

του τοκετού μετατρέπεται σε μοναδική εμπειρία, σε αντίθεση με το Μαιευτήριο όπου οι χώροι είναι ψυχροί και απρόσωποι ([www.naturalbirth.gr](http://www.naturalbirth.gr)).

Οι λόγοι που οδηγούν τα νέα ζευγάρια στην επιστροφή του τοκετού στο σπίτι είναι πολλοί και ποικίλοι. Η ανάγκη να βιώσει η ίδια η γυναίκα τη γέννηση του παιδιού της, να μην υποστεί τον αποχωρισμό από τα άλλα παιδιά της, να νιώσει τη φυσική ασφάλεια, ομορφιά και οικειότητα του χώρου της, να αποφύγει περιττές ιατρικές επεμβάσεις και τέλος, να μοιραστεί με τα αγαπημένα της πρόσωπα τον ερχομό του παιδιού της (Κοντογιάννη & Κασετός, 2008).

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παροχή ηθικά αποδεκτής φροντίδας υγείας αποτελεί πρόκληση στη σημερινή κοινωνία, γιατί οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας σ' όλο τον κόσμο είναι περισσότερο από ποτέ ενημερωμένοι για τα δικαιώματά τους και ενδιαφέρονται για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Έχει αποδειχθεί ότι το δικαίωμα της επιλογής τόπου τοκετού και επαγγελματία υγείας έχει προβληματίσει και εξακολουθεί να προβληματίζει τα συστήματα υγείας στις αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες κοινωνίες.

Η εκστρατεία για το δικαίωμα επιλογών τόπου τοκετού ξεκίνησε με στόχο τη μείωση της συνεχώς αυξανόμενης εμπορευματοποίησης των μαιευτικών υπηρεσιών, τις οποίες οι περισσότερες γυναίκες αναγκάζονται να χρησιμοποιήσουν, όπως επίσης και την έλλειψη ενημέρωσης για τις εναλλακτικές λύσεις.

Τα Νοσοκομεία έχουν γίνει ο φυσικός τόπος για τον τοκετό και η Τεχνολογία με τη θεαματική εξέλιξη της έβαλε τη σφραγίδα της σ' όλες τις επιστήμες και κατόρθωσε να εισέλθει και στο χώρο της Μαιευτικής.

Είναι αναγκαίο να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γυναικών και να εντοπιστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή, καθώς και οι απόψεις των γυναικών για τη μαία και το μαιευτήρα. Τα αποτελέσματα θα ρίξουν φως στη μαιευτική πολιτική και θα δώσουν στις γυναίκες τη δύναμη να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους.

**«Μόνο αν υπάρχει πολύ σοβαρός λόγος δικαιολογείται να παρέμβει κανείς στη φυσική πορεία μιας γέννας.»**

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO)

**«Δάσκαλος είναι το βρέφος. Αυτό θα μας διδάξει, θα μας καθοδηγήσει. Η μόνη προϋπόθεση είναι να είμαστε σεμνοί και αρκετά απλοί, αρκετά ανοιχτοί για να το ακολουθήσουμε.»**

Φρεντερίκ Λεμπουαγιέ

### ABSTRACT

*Eleni Chatzigeorgiou: Women's rights in childbirth.*

"ELEFTHO", 1:13-20, 2009

*Childbirth's rights are very important for the safety and the well-being of the mother and the newborn. The reassuring of women's rights is considered to be one of the most important variables in the quality of women's health care. This study will present, through literature review, women's perceptions regarding their rights for informed choices as far as the place of birth and midwife or obstetrician are concerned. This women's right, is considered to be very important, as it is related with the "de-medicalization" of childbirth.*

**Key-words:** *childbirth, right of choice, place of birth, midwife, obstetrician, de-medicalization" of childbirth.*

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ακινόςογλου Κ., Αποστολάκης Ε., Δουγένης Δ.: Αρχαία Ελληνική Ιατρική. 24(6), σελ. 605-611. Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2007.
- Albers L.L.: Evidence and midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 46, pp.130-136, 2001.
- Albers L.L.: The Evidence of physiological management of the active phase of the first stage of labour. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 452, pp. 207-215, 2007.
- Αμπάτζογλου Γ., Μανώπουλος Σ.: Προσεγγίσεις της γέννησης. Εκδόσεις "University Studio Press". Θεσσαλονίκη, 1998.
- Barber T., Rogers J., Sarah Marsh S.: The Birth Place choices Project: *British Journal of Midwifery*. Vol 14, no 10. October 2006.
- Barlow A., Hunter M., Conroy C., Lennan M.: An evaluation of the midwifery services at a New Zealand community maternity unit. *New Zealand College of Midwives*. 31, 7-11, 2004.
- Barros F.C., Victora C.G., Barros A.J.D. et al.: The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth-

- cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*, 365: 847-54, 2005.
- Bick D., McCourt C., Beake S.*: Choice, Culture, and Evidence-Informed Practice: Addressing the Future of the U.K. Maternity Services. Third Quarter 2004. Worldviews on Evidence-Based Nursing.
- Birth Centre Network: Birth Centres*: the key to modernising the maternity services. Briefing Paper for the All Party Parliamentary Group on the Maternity Services. Steering Group of the Birth Centre Network. Bristol, 2001.
- Boyd A.*: A childbirth educator speaks out of increased advocacy of normal childbirth. *Journal of perinatal education*. 15(1), 8-10, 2006.
- Γιαννοπούλου Α.Χ.*: Διλήμματα και προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική. Εκδόσεις "ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα, 1995.
- Campbell R., Macfarlane A., Hemsall V., Hatchard K.*: Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital. *Midwifery* .15, pp.183-193, 1999.
- Chamberlain G., Wraight A., Crowley P.*: Home births: the report of the 1994 confidential enquiry by the National Birthday Trust Fund. Parthenon Publishing Group Ltd. Carnforth, 1997.
- Childbirth Connection, October 2006a*: Available at <http://www.childbirthconnection.org/listeningtomothers/>
- Davis L.*: Keeping birth normal. *MIDIRS Midwifery digest*. 10(1), pp:57-58, 2000.
- Declercq E.R., Sakala C., Corry M.P., Applebaum S.*: Listening to Mothers II: The Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York, 2006.
- Department of Health*: Changing Childbirth Part 1. Report of the Expert Maternity Group. HMSO, London, 1993.
- Department of Health*: Keeping the NHS local. HMSO, London, 2003. Exeter District Community Health Service.
- Dimond B.*: The Nursing and Midwifery Council. *British Journal of Midwifery*. 10, 4, 239-242, 2002.
- Donnelly I.*: Universal Human Rights in: Theory and Practice. Cornell University Press. Ithaca, 1993.
- Donnison J.*: Midwives and Medical Men: a history of the struggle for the control of childbirth. Historical Publications Ltd. London, 1988.
- Δραγώνα-Μονάχου Μ.*: Φιλοσοφία και Ανθρώπινα Δικαιώματα. Εκδόσεις "Παπαζήση" 0148. Αθήνα 1986.
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο*: Ευρωπαϊκές Οδηγίες, 3620, 2005.
- European Midwives Association*: Annual report, 2006. Available from: [http://www.ephpa.org/IMG/pdf/05.05.10\\_EHPF\\_Services\\_paper\\_ADOPTED\\_VERSION.pdf](http://www.ephpa.org/IMG/pdf/05.05.10_EHPF_Services_paper_ADOPTED_VERSION.pdf)
- Fenwick J., Hauck Y., Downie J., Butt J.*: The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*, 21: 23-35, 2005.
- Fry S.T., Johnstone*: Ethics in Nursing Practice. USA, Blackwell, 2005.
- Garcia J., Redshaw M., Fitzsimons B. et al.*: First Class Delivery: a national survey of women's views of maternity care. Audit Commission. London, 1998.
- Goodman P., Mackey M.C., Tavakoli A.S.*: Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 46(2), 212-219, 2004.
- Gready M., Newburn M., Dodds R. et al.*: Birth Choices: women's expectations and experiences. Report of a research project Choices: childbirth options, information and care in Essex. National Childbirth Trust. London, 1995.
- Green J.M., Baston H.A.*: Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235-247, 2003.
- Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyer G.J., Sakala C.*: Continuous support for women during childbirth (Cochrane review). In *The Cochrane Library*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd. Issue 4, 2003.
- Hundley V., Cruikshank F., Lang G., Glazener C., Milne J., Turner M., Blyth D., Mollison J., Donaldson C.*: Midwife-managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant-led care. *British Medical Journal*. 309, pp. 1400-1404, 1994.
- International Confederation of Midwives*: Midwifery: An autonomous Profession. Available at: <http://www.internationalmidwives.com>, 2005.
- Johanson R., Newburn M., Macfarlane A.*: Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*. 324 (7342): 892-895, 2002.
- Καρδιολής Ν.*: Τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα, 2001.
- Kennedy H.P.*: A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study. *J Midwifery & Women's Health*. Volume 45, No 1, pp. 4-19, 2000.
- Kennedy H., Shannon M.T.*: Keeping Birth Normal: Research Findings on Midwifery Care During Childbirth, *JOGNN* 33, (5) pp. 554-560, 2004.
- Kirkham M., Stapleton H.*: Informed Choice in Maternity Care: An Evaluation of Evidence Based Leaflets. NHS Centre for Reviews and Dissemination. University of York, 2001.
- Kitzinger S.*: Home Birth, London: Dorling Kindersley, 1991.
- Κοντογιάννη Μ., Κατσετός Γ.*: Τι επηρεάζει τις γυναίκες στην Αθήνα και επιλέγουν τοκετό στο σπίτι. *British Journal of Midwifery*. 16(1), pp. 44-50, 2008.
- Κυπριακή Δημοκρατία*: Τα δικαιώματα των ασθενών. Κυβερνητικό Τυπογραφείο. Κύπρος 2004.
- Κυριόπουλος Κ., Σουλιώτης Κ.*: Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση

- και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας. Εκδόσεις "Παπαζήση". Αθήνα, 2002.
- Lavender T., Chapple J.:* Models of Maternity Care: Summary of Findings. In: Maternity and Neonatal Workforce Group Report to the Department of Health. Department of Health. London, 2003.
- Μεράκου Κ., Γκαράνη Τ.:* Δικαιώματα ασθενών. Μια νέα παράμετρος στη φροντίδα υγείας. Ιατρική. 75, (2): 161-168, 1999.
- Moscucci O.:* Holistic Obstetrics: the origins of natural childbirth in Britain, 2003. [www.Postgradmedj.com](http://www.Postgradmedj.com)
- Μόσιαλος Η.:* Πού πάει η περίθαλψη στην Ευρώπη. Εφημερίδα "ΤΟ ΒΗΜΑ". 3 Φεβρουαρίου 2002.
- Μωραΐτου Μ.:* Μαιευτική Δεοντολογία και Νομοθεσία, 2005.
- Nolan M.:* A consumer perspective. The practicing midwife. 4, (6), pp: 15, 2001.
- NHS Maternity Statistics:* Statistical Bulletin England: 2001-02. Government Statistical Service. London, 2003.
- Odent M.:* Falling asleep in labour. In: Tha farmer and the obstetrician. Free association books, 2002.
- Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι.:* Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε Νοσοκομεία στην Αττική. Νοσοκομείο "ΑΤΤΙΚΟΝ". Αθήνα 2005.
- Prelesnik J.M.:* Midwifery Model of Care – Phase II: Midwife Lessons. Midwifery Today, 2006.
- Righard L.:* Making normal childbirth a normal process. Birth, 28(1), pp: 1, 2001.
- Rooks J., Wetherby N., Ernst R. et al.:* The National Birth Centre Study. Part II-Intrapartum and immediate postpartum and neonatal care. J Nurse Midwifery. 37(5): 301–30, 1992.
- Ryding E.L., Wijma K., Wijma B., Rydhstrom H.:* Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 77: 542–7, 1998.
- Sandall J., Davies J., Warwick C.:* Evaluation of the Albany Midwifery Practice: final report March 2001. Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, Kings College London. London, 2001.
- Thompson J.E.:* Human rights framework for midwifery care. Journal of Midwifery and Women's Health (2004). [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org) Strategic Priorities January 1, 2005 to December 31, 2007.
- Τραγέα Ρ.:* Φυσικός Τοκετός. Εναλλακτικές Μέθοδοι Μαιευτικής Φροντίδας. Εκδόσεις "Παρισιάνος". Αθήνα 2005.
- Van Teijlingen E.R., Hundley V., Rennie A.M., Graham W., Fitzmaurice A.:* Maternity satisfaction studies and their limitations: 'What is, must still be best'. Birth, 30(2), 75-82, 2003.
- Wagner M.:* Pursuing the birth machine, the search for appropriate birth technology. Sydney, Australia, ACE graphics, 1994.
- Wagner M.:* Technology in Birth: First Do No Harm, Midwifery Today, 2000.
- Waldenstrom U., Turnbull D.:* A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services British Journal of Obstetrics & Gynaecology. 105(11), pp. 1160-70, 1998.
- WHO:* Care in Normal Birth: A Practical Guide. Family and Reproductive Health, WHO. Geneva, 1996.
- WHO:* Care in Normal Birth: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24, 1999. Available at: <http://www.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm>.