

Τμήμα Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Σπουδών  
Τμήμα Ιατρικής - Τμήμα Βιολογίας - Τμήμα Κοινωνιολογίας  
Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΒΙΟΗΘΙΚΗ

Όνομα: **ΜΑΡΙΛΕΝΑ ΦΡΑΓΚΑΚΗ**

A. M. : 93

Τίτλος: ***«Η καισαρική τομή με αίτημα της μητέρας: Μια βιοηθική προσέγγιση.»***

Εξεταστική Επιτροπή: Ειρήνη Αθανασάκη (Επιβλέπουσα)

Μυρτώ Δραγώνα – Μονάχου

Εμμανουήλ Γαλανάκης

Διπλωματική Εργασία για το  
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ:

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	σελ. 4
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. SUMMARY</b>	7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ:</b>	
3.1 Ιστορική εξέλιξη: Από τον φυσιολογικό τοκετό προς μια ιατρικοποίηση της γέννας.	9
3.2 Εννοιολογική αποσαφήνιση των όρων	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΚΕΤΟΥ:</b>	
4.1 Η φυσιολογία του τοκετού	15
4.2 Η συμβολή των ορμονών και ο ρόλος των ωδινών	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ:</b>	
5.1 Παράγοντες που ευθύνονται για την αύξηση των καισαρικών τομών.	23
5.2 Θνησιμότητα, νοσηρότητα, μητέρας και βρέφους στην καισαρική τομή.	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ:</b>	
6.1 Η σχέση ιατρού – ασθενή.	31
6.2 Η αυτονομία του ασθενούς.	35
6.3 Η αρχή της ενήμερης συγκατάθεσης ως προϋπόθεση ελεύθερης και αυτόνομης επιλογής.	40
6.4 Η αυτονομία στη γέννα.	43
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.</b>	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΗΜΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΚΑΤΟΠΙΝ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ.</b>	52
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.</b>	56
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	60
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	66

## 1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για τις γυναίκες, τις οικογένειες τους και τους επαγγελματίες υγείας η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί γεγονός με βαθύ νόημα. Επειδή αποτελεί μια πολυδιάστατη εμπειρία της ζωής, η σημασία και ο συμβολισμός της επηρεάζει κάθε κοινωνία. Σε πολλά επιστημονικά άρθρα, συναντάμε την παρατήρηση ότι η ιατρική υπερασπίζεται την καισαρική μετά από μητρική απαίτηση. Γίνεται λόγος για τον συνεχώς αυξανόμενο αριθμό των γυναικών που επιλέγουν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση χωρίς να συντρέχει κάποιος ιατρικός λόγος που να το επιβάλλει. Επίσημη θέση του Αμερικανικού Κολεγίου μαιευτήρων και γυναικολόγων αποτελεί η στήριξη των καισαρικών τομών, στο όνομα της αυτονομίας, δηλαδή, όταν οι γυναίκες οι ίδιες το επιλέγουν.

Ωστόσο, υπάρχουν μελέτες που εκφράζουν ανησυχία για την περίπτωση καθιέρωσης της καισαρικής τομής ως επιλογή διαθέσιμη για όλες τις εγκύους, λόγω των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από αυτή την εξομάλυνση. Σύμφωνα με αυτή την άποψη το γεγονός ότι οι γυναίκες αποφεύγουν τη φυσιολογική γέννα και επιλέγουν την εγχείρηση δείχνει την αδυναμία της σύγχρονης κοινωνίας γενικότερα να κατανοήσει τις αδυναμίες των γυναικών και να τις βοηθήσει να διαχειριστούν τον πόνο και το φόβο. Υπό το πρίσμα αυτό, η καισαρική αναφέρεται ως άλλη μία πρακτική των ιατρικών παρεμβάσεων στον ιδιωτικό χώρο της γυναίκας και του εμβρύου, που οδηγεί στην ιατροποίηση της γέννας.

Στο πλαίσιο αυτής της διχογνωμίας, η εργασία διερευνά τη δυνατότητα θεμελίωσης της ηθικότητας της καισαρικής τομής, μετά από αίτημα της μητέρας, στην αρχή της αυτονομίας των γυναικών. Πιο συγκεκριμένα, σκοπό της εργασίας αποτελεί η προσέγγιση των όρων που προσδιορίζουν την αυτονομία του ασθενή, προκειμένου να αναδειχτεί εάν πρόκειται για πραγματική αυτονομία ή για επιλογή (choice), ως κοινωνική κατασκευή και συνάμα, η προσέγγιση της διαδικασίας λήψης απόφασης, ως

προς την τήρηση των ηθικών αρχών που αναδεικνύει η βιοηθική, προκειμένου να μελετηθεί εάν δίδεται ανάλογη έμφαση στην αρχή της ενήμερης συγκατάθεσης.

Στοχεύοντας να απαντήσουμε στην ερευνητική μας υπόθεση έτσι όπως διατυπώθηκε παραπάνω, βρίσκουμε ενδιαφέρουσα τη φεμινιστική κριτική στις καισαρικές τομές με επιλογή της μητέρας, που κάνει λόγο για ένα «όχημα» για περαιτέρω κοινωνικές διακρίσεις με βάση το φύλο και όχι για μια απόλυτα ελεύθερη επιλογή, προϊόν αυτονομίας. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, μπορεί οι γυναίκες να βλέπουν την καισαρική τομή ως μια τους νίκη, όμως πρόκειται για διαδικασίες που δεν βρίσκονται σε αντιστοιχία με τις πραγματικές τους προτεραιότητες και στόχους. Αντίθετα, διαφαίνονται τα πρότυπα δύναμης και εξουσίας που κυριαρχούν καθώς η επιλογή τους αντανακλά τη θέαση της γέννας και της ανατροφής από την κοινωνία ως εμπόδιο.

Σκόπιμη επίσης κρίνεται η μελέτη των παραγόντων που ευθύνονται για την αύξηση των καισαρικών, καθώς ύστερα από σχετική έρευνα παρατηρήθηκε ότι τα περισσότερα χειρουργεία λαμβάνουν χώρα κυρίως ημέρα Παρασκευή και μεταξύ 6 το πρωί με 6 το απόγευμα. Η έρευνα καταλογίζει σημαντική ευθύνη στα κίνητρα των γιατρών, στην επιδίωξή τους για άνεση και ευκολία (convenience). Συνάμα, για την προσέγγιση του ζητήματος απαιτείται μελέτη του κόστους της καθιέρωσης των καισαρικών τομών σε μια εποχή μάλιστα, που η μειωμένη εξάρτησή μας από το σύστημα υγείας κρίνεται επιτακτική, λόγω των οικονομικών δυσχερειών των ασφαλιστικών ταμείων.

Με γνώμονα τη διαφύλαξη του δικαιώματος στην υγεία και άρα τη διατήρηση της καισαρικής τομής ως επιλογή για τις γυναίκες με βάση την αρχή της ενήμερης συγκατάθεσης, δηλαδή της πληροφόρησης για τα υπέρ και τα κατά της καισαρικής στην υγεία του εμβρύου και της μητέρας, επιχειρούμε ανάλυση του περιεχομένου των επίσημων θέσεων φορέων όπως, η Επιτροπή του Αμερικανικού Κολεγίου Μαιευτήρων και γυναικολόγων, ο Σύλλογος μαιών του Καναδά, η κοινότητα μαιευτήρων και γυναικολόγων του Καναδά (SOGC) και άλλοι, που έχουν απασχολήσει τη βιβλιογραφία.

Πιο συγκεκριμένα, για να απαντήσουμε στο αρχικό μας ερώτημα, πέραν των παραγόντων που ευθύνονται για την αύξηση των καισαρικών

τομών εξετάζονται και οι συνέπειες στην υγεία της μητέρας και του εμβρύου τόσο κατά την καισαρική τομή όσο και κατά τον φυσιολογικό τοκετό καθώς και η στάση, και η ευθύνη του ιατρού που ανταποκρίνεται στην επιθυμία του ασθενή. Η σχετική επιχειρηματολογία προβάλλει το αυξημένο ρίσκο της μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας που ενέχει η καισαρική τομή έναντι του φυσιολογικού τοκετού. Η καισαρική τομή έχει μάλιστα συνδεθεί με την ανάγκη επανάληψης της ίδιας διαδικασίας και στις επόμενες γέννες, με συνέπεια διαταραχές της γαλουχίας και κατάθλιψη. Αναπόδραστα, το ρίσκο αυξάνεται, γιατί δυσκολεύονται οι όροι για την καλή υγεία της μητέρας ύστερα από επακόλουθες χειρουργικές επεμβάσεις.

Συνεπώς, η εξέταση του ζητήματος της καισαρικής τομής ακόμη και κατόπιν αιτήματος της μητέρας κρίνεται σκόπιμη, γιατί μπορεί να μας δώσει απαντήσεις από βιοηθικής σκοπιάς, για την πρακτική αυτή, που συνεχώς αυξάνεται επί των ημερών μας.

## 2. SUMMARY

For women, their families and health care professionals the birth of a child is very important. As a multidimensional experience of life, birth has a deep symbolism for every society. In many scientific articles, we read that medicine defends Caesarean section, if required by the mother. It is also referred that an increasing number of women continuously selects to undergo surgery without any medical reason. The Official Statement of the American College of obstetricians and gynaecologists supports Caesarean section, in the name of autonomy, i.e. when women select it.

However, many studies express the concern of Caesarean section normalization as a choice available for all pregnant women and the consequences of such standardisation. It is therefore believed that in order to avoid normal, natural birth, women select surgery. This reflects the inability of modern society to comprehend the weaknesses of women and help them to manage pain and fear. As a consequence, Caesarean section is reported as the practice of medical intervention in the private area of the woman and foetus that leads to the medicalization of birth.

Under the scope of this controversy, the present work, based on the principle of autonomy, investigates the ethical aspects of Caesarean on demand. Precisely, the issues of whether caesarean on demand is a real autonomy of the patient or whether it reflects the concept of "choice", as a result of social management, are discussed. At the same time, the process of decision-making, regarding the moral principles of bioethics is analyzed, while emphasis is given in the principle of informed consent.

Within the analysis proposed here, special interest is provided by the feminist critique in the Caesarean sections on demand, which refers to a "vehicle" for further social sex discriminations and not for an absolutely free choice, which would indeed be a product of autonomy. According to this opinion, women may see Caesarean as one of their achievements, which,

however, is a process against their real priorities and objectives. On the contrary, Caesarean section is believed to represent a model of force and power since giving birth naturally is considered by the society as an obstacle.

The study of the factors leading to the increase of Caesarean section is also considered. Literature research has shown that most surgeries take place mainly on Fridays between 6:00 am and 18:00 pm. Such motives attribute great responsibility to doctors who act according to their comfort and convenience. At the same time, the consequence to this practice significantly increases financial costs, in a period of time where the economic hindrances of insurance services requires a decreased dependence from the health system.

The present analysis attempts to argue about the preservation of the right to health, the maintenance of Caesarean section as a choice for women, the principle of informed consent, as well as all information in favour and against Caesarean section regarding the health of the foetus and mother, based on the official statements of institutions, including the Committee of American College of Obstetricians and Gynecologists, the Canadian Association of Midwives, the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) and others. As mentioned in the scientific literature, a relative argument against the caesarean section appears to be the increased risk of maternal morbidity and mortality as compared to normal birth. Caesarean section has been connected to the need of use of the same procedure in future births, with disturbances in lactation and depression. As a result, the risk is increased upon consequent surgical interventions, complicating the terms of good health of the mother.

Consequently, the issue of the Caesarean on demand which continually increases in our days needs to be examined from the bioethical viewpoint.

### **3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ:**

#### **3.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ: ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΝΑΣ.**

Από την αυγή του ανθρώπινου είδους, ο τοκετός ήταν η κατάληξη μιας εγκυμοσύνης, ένα ταξίδι στη ζωή. Δεν υπήρχε εναλλακτική λύση εκτός του φυσιολογικού τοκετού, αλλιώς η κατάληξη ήταν ο θάνατος του εμβρύου, της μητέρας ή και των δύο μερικές φορές. Στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, οι γυναίκες έχουν μια εναλλακτική λύση που τους προσφέρεται μέσα από τα θαύματα της σύγχρονης τεχνολογίας: την καισαρική τομή, κάτι που πριν από μερικές δεκάδες χρόνια δεν ήταν εφικτό.

Στην Ελληνική Μυθολογία συναντάμε την Ειλείθια ή Ειλειθυία, ως μια δευτερεύουσα θεά. Απαντάται και με τα ονόματα Ειλήθια, Ελεύθεια, Ελενθώ ή και Ελειθώ. Ήταν η θεά της γέννησης και των πόνων του τοκετού. Βοηθούσε τις γυναίκες να γεννήσουν και να αντέξουν τους πόνους της γέννας, γι' αυτό πριν και μετά από κάθε γέννα, οι γυναίκες της προσέφεραν διάφορα αφιερώματα. Τη λάτρευαν επίσης και ως θεά που φροντίζει τα νεογέννητα. Η ονομασία Ειλήθια κατά τον Αδ.Ι. Αδαμαντίου φαίνεται να παράγεται από τα αρχαία ρήματα «ειλέω» που σημαίνει στενοχωρώ, πιέζω και το «θύω» που σημαίνει στενάζω με ορμή, τρελαίνομαι. Κατά την αρχαία παράδοση το όνομα αυτό οφείλεται σε ικετευτική κραυγή των επιτόκων: «Ελθέ!», «Ελθέ!», με την οποία και καλούσαν τη θεά σε βοήθεια. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι η κραυγή ελθέ κατά τον τοκετό, παρουσιάζει μία αναπνοή και γρήγορη εκπνοή, που επαναλαμβανόμενη βοηθά σημαντικά στις συστολές, σπρώχνοντας κάθε φορά την κοιλιακή μεμβράνη προς τα κάτω.

Ο Όμηρος πρώτος αναφέρει τη θεά ως «έφορο» του τοκετού και της απελευθέρωσης της εγκύου, κόρη του Δία και της Ήρας. Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι ωδίνες του τοκετού στην εποχή του Ομήρου συγκρίνονται με αόρατα λεπτά βέλη που έριχνε η Ειλείθια και που διαπερνούσαν το σώμα



της γυναίκας προκειμένου να εξευμενιστεί. Ο Ησίοδος τη θεωρεί αρωγό θεά του τοκετού.

Η θεά των τοκετών λατρευόταν πολύ ως σύμβολο της μητρότητας και της γονιμότητας στην Κρήτη, όπου υπάρχουν τα ονομαστότερα λατρευτικά ιερά σπήλαια της θεάς, από όσα μαρτυρούν τα ανασκαφικά ευρήματα. Το πιθανότερο είναι ότι η θεά κατάγεται από την Κρητική, μινωική μυθολογία και έπειτα πέρασε στο δωδεκάθεο. Οι Ρωμαίοι παρέλαβαν τη θεότητα αυτή από τους Έλληνες και άλλοτε την αποκαλούσαν Λυκινία και άλλοτε δε με το ελληνικό της όνομα.

Από την άλλη πλευρά, ο όρος καισαρική τομή προέρχεται ετυμολογικά από το ρήμα *caedere* που σημαίνει κόπτω. Πρωτοαναφέρεται στο ρωμαϊκό νόμο του 715 π.Χ. του Νουμά Πομπήλου (: *Lex regia* ή *caeserea*) κατά τον οποίο επιβάλλονταν η διάσωση του εμβρύου πριν από την ταφή κάθε εγκύου που πέθαινε ενώ βρισκόταν στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Ιστορικά αναφέρεται ότι από τον Βολεϋ στη Σικελία το 508 π.Χ. διασώθηκε το πρώτο έμβρυο μετά από καισαρική τομή. Η άποψη ότι ο Ιούλιος Καίσαρας γεννήθηκε μετά από καισαρική τομή και ότι από αυτόν προέρχεται ο όρος, δεν ευσταθεί λόγω του ότι η μητέρα του ήταν εν ζωή όταν εκείνος εισέβαλε στη Βρετανία, γιατί φαίνεται ακατόρθωτο, να έχει επιζήσει μια γυναίκα μετά από καισαρική τομή εκείνη την εποχή (1).

Η πρώτη αποδεδειγμένη καισαρική τομή σε ζωντανή γυναίκα πραγματοποιήθηκε το 1610 στη Βιπτεμβέργη από τον Jeremias Trautmann, κατά την οποία το έμβρυο επέζησε ενώ η μητέρα πέθανε 25 ημέρες αργότερα από σηπτική καταπληξία (1). Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα η καισαρική τομή αρχίζει να εκτελείται συστηματικά παρά την υψηλή μητρική θνησιμότητα. Στις ΗΠΑ η πρώτη επιτυχημένη καισαρική τομή αποδίδεται στον ιατρό Jesse Bennett, ο οποίος φέρεται ότι έκανε καισαρική στην γυναίκα του. Τα πρώτα 75 χρόνια του 19<sup>ου</sup> αιώνα, η καισαρική τομή εκτελούνταν στην Ευρώπη χωρίς τη συρραφή της μήτρας με αποτέλεσμα τη σηψαιμία στις γυναίκες που είχαν επιζήσει από την αιμορραγία (2).

Στις 21 Μαΐου 1876, ο Ιταλός Eduardo Porro εκτελεί την καισαρική τομή με ακρίβεια και ταχύτητα, ολοκληρώνοντάς την σε 26 λεπτά. Κατά την εγχείρηση αυτή, επιβίωσαν μητέρα και νεογέννητο. Συνιστά την αφαίρεση της μήτρας και τη συρραφή του τραχήλου με σκοπό τον έλεγχο της αιμορραγίας.

Αναμφισβήτητα, ο Porro με αυτήν την εγχειρητική τεχνική συντέλεσε στην πορεία εξέλιξης της καισαρικής τομής και στον έλεγχο της αιμορραγίας μετά από καισαρική επέμβαση (2).

Το 1882 ο Max Sanger προτείνει μια βελτιωμένη τεχνική της καισαρικής τομής. Συνιστά η τομή της μήτρας να γίνεται χαμηλότερα και η συρραφή του τραύματός της, με ιδιαίτερη προσοχή. Πιο συγκεκριμένα, τονίζει ότι πρέπει η ραφή της τομής να γίνεται σε δύο στρώματα καθώς και να αποφεύγεται η συρραφή του φθαρτού μαζί με το μυικό στρώμα. Στα σύγχρονα χειρουργικά χρονικά η επέμβαση κατά Sanger ονομάζεται κλασική καισαρική τομή (2).

Το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως η εποχή που τέθηκαν οι επιστημονικές βάσεις της χειρουργικής τεχνικής για την πιο ασφαλή διεξαγωγή της επέμβασης. Παρά τη σημαντική προσφορά του Sanger, η θνησιμότητα από την καισαρική εξακολουθούσε να είναι υψηλή από περιτονίτιδα. Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η κλασική καισαρική τομή εφαρμόζεται με μεγάλη κάθετη τομή. Ο I. K. Phaneuf το 1927 από την Βοστώνη των ΗΠΑ, καθιέρωσε τον τύπο της καισαρικής τομής που έχει επικρατήσει διεθνώς, εφαρμόζοντας την πραγματικά χαμηλή εγκάρσια τομή (2).

Στην Ελλάδα, η πρώτη καισαρική τομή επιτυγχάνεται από τον Χατζηγιάννη το 1893, ενώ η συστηματική διάδοσή της οφείλεται στον καθηγητή Κ. Λούρο, ο οποίος μεταξύ των ετών 1915- 1922, διενεργούσε και δίδασκε τη χαμηλή κάθετη τομή. Από το 1967 και μετά, ο καθηγητής Σ. Μανταλενάκης, αρχίζει την εφαρμογή της χαμηλής εγκάρσιας τομής και στην χώρα μας (1).

Μέχρι τον 20ο αιώνα, οι προσπάθειες που γίνονταν για καισαρική τομή, εξαιτίας των ελλιπών γνώσεων ανατομίας, των κακών μεθόδων αναισθησίας και της ανυπαρξίας αντιβιοτικών, κατέληγαν να θέτουν τη ζωή της γυναίκας σε μεγάλο κίνδυνο. Μόλις πριν από λίγες δεκαετίες, η πρόοδος της επιστήμης κατέστησε την καισαρική ασφαλή για τη γέννηση υγιών παιδιών, χωρίς να κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας. Έως και τη δεκαετία του 1980, ο εξοπλισμός για υπερηχητική απεικόνιση του εμβρύου, που αρχικά προοριζόταν για χρήση σε εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου, καθιερώθηκε σταθερά στην προγεννητική φροντίδα ρουτίνας, συμβάλλοντας σημαντικά και

στις κατά τα άλλα χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνες. Έτσι φτάσαμε σήμερα, η γέννα με τεχνολογική υποστήριξη, όπως την πρόκληση ή την επιτάχυνση τοκετού, να αποτελεί μια επιλογή αν όχι επιταγή, για όλες τις γυναίκες, προκαλώντας την ανησυχία επίσημων φορέων σε θέματα υγείας (3).

## 3.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΩΝ ΟΡΩΝ

Ως διαδικασία, η εγκυμοσύνη, ορίζεται από κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Είναι απολύτως φυσιολογική και εξαιρετικά συνηθισμένη λειτουργία, κοινή σε όλα τα θηλαστικά του πλανήτη. Είναι μια εξ ορισμού σωματική εμπειρία που αφορά το γυναικείο φύλο με τρόπο αποκλειστικό. Έπειτα, πρόκειται για μια διαδικασία χρονικά προσδιορισμένη και οριοθετημένη.

Η ορολογία του φυσικού τοκετού, περιλαμβάνει όρους όπως τον κανονικό τοκετό - τη γέννα (normal delivery, birth), τον αυτόματο τοκετό (spontaneous delivery), τον φυσιολογικό τοκετό (physiological delivery), τον απλό στρωτό κολπικό τοκετό (straightforward vaginal birth) και τον φυσικό τοκετό (:natural birth). Και η εμπλεκόμενη ορολογία δεν σταματά εδώ. Ωστόσο κρίνεται σκόπιμη η εννοιολογική διασαφήνιση των όρων, ώστε να είναι ξεκάθαρο στο εξής το πεδίο εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Φυσιολογικό τοκετό ονομάζουμε την διενέργεια εκείνων των φυσιολογικών λειτουργιών, που σκοπεύουν στην αυτόματη έξοδο του εμβρύου με τους υμένες του, τον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα από τον πυελογεννητικό σωλήνα. Ο φυσιολογικός τοκετός, ξεκινάει και τελειώνει σε εύλογο χρονικό διάστημα και χωρίς να χρειαστούν σημαντικές μαιευτικές παρεμβάσεις με τη γέννηση ενός υγιούς παιδιού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), φυσικός τοκετός είναι ο τοκετός που ξεκινά αυθόρμητα μεταξύ της 37<sup>ης</sup> και της 42<sup>ης</sup> συμπληρωμένης εβδομάδας της κύησης. Από την έναρξη ως το τέλος του δεν έχουμε εμφανείς κινδύνους. Το παιδί γεννιέται με κεφαλική προβολή και μετά τον τοκετό η μητέρα και το παιδί είναι σε καλή κατάσταση (4).

Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί η διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στο φυσιολογικό και το φυσικό τοκετό, αφού τις περισσότερες φορές οι όροι αυτοί συγχέονται μεταξύ τους. Φυσιολογικός είναι ο τοκετός κατά τον οποίο το νεογνό γεννιέται από τον κόλπο της μητέρας και άρα όχι με

καισαρική τομή. Ενώ φυσικός είναι ο τοκετός όταν δεν υπάρχει καμιά ιατρική παρέμβαση στην διάρκειά του, όπως η πρόκληση τοκετού, η χρήση φαρμάκου για επιτάχυνση του τοκετού ή αναισθησία, η χρήση βεντούζας και άλλα. Το σώμα της γυναίκας ξεκινά αυτόματα τον τοκετό και με τους δικούς του ρυθμούς καταλήγει στη γέννηση του νεογνού.

Συχνά στην βιβλιογραφία συναντάμε και τον όρο «κολπικό τοκετό», να περιγράφει το σύνολο των φαινομένων μέσω των οποίων πραγματοποιείται η έξοδος του εμβρύου και των λοιπών στοιχείων της κύησης από την μήτρα προς τον έξω κόσμο διαμέσου του πυελογεννητικού συστήματος μετά την 24<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης.

Ως όρος, η καισαρική τομή περιλαμβάνει τη γέννηση του εμβρύου και την έξοδο του πλακούντα και των εμβρυικών υμένων διαμέσου χειρουργικής τομής που διενεργείται επί των κοιλιακών τοιχωμάτων και της πρόσθιας επιφάνεια της μήτρας.

Η πρώτη καισαρική τομή που πραγματοποιείται σε μια έγκυο καλείται πρωτογενής ενώ οι επόμενες περιγράφονται ως προηγηθείσα, δις προηγηθείσα ή επαναλαμβανόμενες καισαρικές τομές. Συνάμα προγραμματισμένη καισαρική τομή ονομάζεται εκείνη που εκτελείται πριν από την έναρξη του πρώτου σταδίου του τοκετού ή πριν από την εμφάνιση διαφόρων επιπλοκών της εγκυμοσύνης που θα την καθιστούσε επείγουσα (1). Η επείγουσα καισαρική είναι η κατάληξη μιας αποτυχημένης προσπάθειας να ξεκινήσει ένας τοκετός ή να προχωρήσει φυσιολογικά.

Η παρούσα εργασία στοχεύει στο σχολιασμό μέσα από μια βιοηθική προσέγγιση της καισαρικής τομής όταν αυτή εκτελείται μετά από αίτημα της μητέρας, γίνεται δηλαδή προγραμματισμένα κατόπιν απαίτησης της μητέρας και χωρίς να συντρέχει κάποιος ιατρικός λόγος. Δεν είναι η παρουσία κάποιου ιατρικού παράγοντα, αλλά η επιθυμία που προστάζει σε αυτή την περίπτωση την χειρουργική κατάληξη της εγκυμοσύνης. Στην βιβλιογραφία συναντούμε τους όρους, καισαρική με παράκληση της μητέρας (:cesarean delivery on maternal request), καισαρική με επιλογή του ασθενούς (:patient choice cesarean), καισαρική κατόπιν αιτήματος (:cesarean on demand), και προαιρετική καισαρική τομή (:elective cesarean section).

## 4. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΚΕΤΟΥ:

### 4.1. Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Το γυναικείο σώμα είναι φτιαγμένο για να γεννά, να παράγει ζωή. Σαν απόδειξη, το ανθρώπινο είδος διαιωνίζεται χάρις στην ικανότητά του αυτή. Μόλις τερματιστεί η εγκυμοσύνη, ξεκινά η διαδικασία του τοκετού, η κλινική πορεία του οποίου διακρίνεται σε τρεις φάσεις. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες ωστόσο, στις προηγμένες χώρες, υπάρχει μια δραματική αλλαγή στην παραδοσιακή εικόνα του τοκετού ως φυσιολογικού φαινομένου, μια μετατροπή της φυσιολογικής διαδικασίας του σώματος της γυναίκας σε χειρουργική πράξη. Τα στάδια του φυσιολογικού τοκετού εκθέτονται παρακάτω, με σκοπό να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε την φυσιολογία του, να αναδείξουμε το νόημα αυτής της φυσιολογικής πορείας και τη σημασία που έχει να διαταράσσεται όσο το δυνατόν λιγότερο από ιατρικές παρεμβάσεις.

Ο μηχανισμός έναρξης του τοκετού παραμένει αδιευκρίνιστος. Δεν γνωρίζουμε ακόμα με βεβαιότητα εάν το έναυσμα για την έναρξη δίνει το κύημα ή η γυναίκα. Η αύξηση έκκρισης κορτιζόλης από τα εμβρυϊκά επινεφρίδια προς το τέλος της κύησης, ο εμβρυϊκός άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης συμμετέχουν με βοηθητικό ρόλο, αλλά δεν αποτελούν σύμφωνα με μελέτες το αρχικό ερέθισμα. Σε ένα πρώιμο στάδιο συμμετέχει και ο φθαρτός, ευαισθητοποιώντας το μυομήτριο στην οξυτοκίνη ή ωκυτοκίνη όπως αλλιώς λέγεται (5).

Παράλληλα, παρατηρήθηκε κατά τη δημιουργία δυναμικών δράσης στο μυομήτριο, η είσοδος ασβεστίου στα μυϊκά κύτταρα, πράγμα το οποίο με τη σειρά του ρυθμίζει τους διαύλους καλίου. Μεταβολές στη ρύθμιση της κυκλοφορίας αυτών των δύο κατιόντων, μεταβάλλουν και ενεργοποιούν την συσταλτικότητα του μυϊκού κυττάρου σύμφωνα με ενδείξεις, καταλήγοντας στη μετάβαση από τη χαμηλή συσταλτικότητα της κύησης στην υψηλή συσταλτικότητα του τοκετού (5).

Η αύξηση της δραστηριότητας του μυομητρίου που οδηγεί σε διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου της μήτρας, σηματοδοτεί την έναρξη του πρώτου σταδίου του τοκετού -το οποίο ονομάζεται «διαστολή»- και ολοκληρώνεται με την πλήρη διαστολή και εξάλειψη αυτού. Το μυομήτριο προετοιμάζεται προοδευτικά αρκετές εβδομάδες πριν, με ασύντακτες συσπάσεις, χαμηλής έντασης, οι οποίες αναφέρονται ως συσπάσεις Braxton Hicks. Η συσταλτικότητα σ' αυτές τις τελευταίες εβδομάδες πριν από τον τοκετό, ελέγχεται από ορμονικούς και άλλους βιοχημικούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένων των προσταγλανδινών, κυτοκινών και ιόντων ασβεστίου. Κατά το πρώτο στάδιο τοκετού, οι ωδίνες είναι γνήσιες με επώδυνο χαρακτήρα, διάρκεια και συχνότητα. Κατά τη διάρκεια της ωδίνης, η αιμάτωση του πλακούντα μειώνεται. Με τις ωδίνες του πρώτου σταδίου επιτυγχάνεται λέπτυνση, διαστολή και βράχυνση του τραχήλου καθώς και επιμήκυνση, λέπτυνση του κατώτερου τμήματος της μήτρας. Πρόκειται για μια διαδικασία μηχανική λόγω της προώθησης αλλά και βιοχημική. Το μυομήτριο αλλάζει σχήμα και μέγεθος, η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου – η κεφαλή- προωθείται σταδιακά και κατέρχεται από τον πυελικό σωλήνα με διαδοχικές κινήσεις στροφής, κάμψης και έκτασης. Η διαδοχική πίεση του κεφαλιού προκαλεί έκκριση προγεστερόνης η οποία μαλακώνει τον τράχηλο και τον προετοιμάζει για την ώρα της εξώθησης. Η διάρκεια αυτού του σταδίου κυμαίνεται από 4-5 ώρες έως και πάνω από 24 ώρες. Στο τέλος, ο τράχηλος έχει πλήρως εξαλειφθεί και διασταλεί, οι ωδίνες παρουσιάζονται πιο συχνές, πιο επώδυνες και με μεγαλύτερη διάρκεια (5).

Το δεύτερο στάδιο ονομάζεται «εξώθηση», ξεκινάει με την ολοκλήρωση της διαστολής του τραχήλου της μήτρας και ολοκληρώνεται με την δίοδο ολόκληρου του σώματος του εμβρύου. Στο στάδιο αυτό οι ωδίνες αποκτούν την μεγαλύτερη ισχύ τους. Η συχνότητά τους μπορεί να υπερβεί τις 5 ανά 10λεπτά ενώ η διάρκειά τους ξεπερνά το 1λεπτό (5).

Μετά τη γέννηση του εμβρύου και την αποκοπή του ομφάλιου λώρου, το τρίτο στάδιο είναι της «υστεροτοκίας». Οι συσπάσεις επανέρχονται μετά από λίγα λεπτά, καθώς τα επίπεδα ωκυτοκίνης αυξάνουν ακόμα περισσότερο μετά τον τοκετό, για να διευκολυνθεί η έξοδος του πλακούντα, σε διάρκεια που δεν ξεπερνά τα 30 λεπτά. Τέλος, η μήτρα μειώνεται σε όγκο,

λαμβάνοντας και πάλι το αρχικό της σχήμα και πάλι με τη βοήθεια των ωδινών που προκαλεί η ορμόνη (5).

Σύμφωνα με τον πρακτικό οδηγό που έχει εκδόσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1996 για το πρόγραμμα ασφαλούς μητρότητας «Φροντίδα στον φυσιολογικό τοκετό: ένας πρακτικός οδηγός.», ως βασική αρχή για τη φροντίδα του φυσιολογικού τοκετού αναφέρεται ότι στο φυσιολογικό τοκετό θα πρέπει να υπάρχει σημαντικός λόγος για να διαταράξουμε την φυσική πορεία (6). Στην ουσία πρόκειται για δημοσίευση μιας σειράς προτροπών για το φυσιολογικό τοκετό, με έκθεση στοιχείων που έχουν διερευνηθεί, ώστε συγκεκριμένες πρακτικές της μαιευτικής να εφαρμόζονται όσο το δυνατόν πιο σωστά κατά το φυσιολογικό τοκετό.



## 4.2. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΩΔΙΝΩΝ

Στο θέμα της φυσιολογίας του τοκετού, εμπλέκονται διάφορες ορμόνες όπως η ωκυτοκίνη, οι ενδορφίνες, η προλακτίνη και άλλες. Το σημαντικό είναι από πού παράγονται αυτές οι ορμόνες. Ο βασικός αδένας είναι ο εγκέφαλος, τα αρχαϊκά τμήματά του, όπως ο υποθάλαμος και η υπόφυση εκκρίνουν αυτές τις ορμόνες. Όταν μια γυναίκα γεννά χωρίς φαρμακευτική αγωγή και ο τοκετός εξελίσσεται με φυσιολογικούς ρυθμούς, περιορίζεται η δραστηριότητα του νεοφλοιού ο οποίος σχετίζεται με τη διανοητικότητα. Κατά τη γέννα το αρχαϊκό βαθύ τμήμα του εγκεφάλου δουλεύει σκληρά απελευθερώνοντας ορμόνες, ενώ ο νεοφλοιός σιγάει (7). Συμπεραίνουμε ότι οποιοσδήποτε ερεθισμός του νεοφλοιού, παρεμποδίζει την διαδικασία του τοκετού. Τέτοιοι ερεθισμοί όπως η ομιλία, το ζωηρό φως, οι εξωτερικοί παρατηρητές, τα υψηλά επίπεδα αδρεναλίνης και άλλα, συχνά σχετίζονται με ιατρικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Αν κατά τη διάρκεια του τοκετού κυριεύσουν τη γυναίκα συναισθήματα αγωνίας και φόβου, είναι πιθανόν να ανασταλούν οι συσπάσεις της μήτρας. Αυτό εξηγείται με το γεγονός, ότι στο σώμα μας λειτουργούν δυο συστήματα, το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό. Το συμπαθητικό διεγείρεται από την ορμόνη αδρεναλίνη, ενώ το παρασυμπαθητικό από την ορμόνη που λέγεται ακετυλοχολίνη. Όταν διεγείρονται αυτά τα δύο συστήματα έχουν αντίθετη δράση. Στη μήτρα το συμπαθητικό προκαλεί χαλάρωση και το παρασυμπαθητικό προκαλεί σύσπαση. Για να έχουμε τις σωστές συσπάσεις της μήτρας, απαιτείται μια σχετική αύξηση του τόνου του παρασυμπαθητικού.

Η επικοινωνία, με την επεξεργασία του λόγου απαιτεί τη δραστηριοποίηση του νεοφλοιού. Το αποτέλεσμα είναι η πορεία του τοκετού να διαταράσσεται όταν η γυναίκα καλείται να ακούσει και να απαντήσει σε ερωτήσεις του γυναικολόγου, του αναισθησιολόγου και του υπόλοιπου νοσηλευτικού προσωπικού. Παρόμοια, στο έντονο φως ο ασθενής καλείται να κρατά τα μάτια του ανοικτά, ενεργοποιώντας το νεοφλοιό και αποσπώντας την

προσοχή του από την εξέλιξη του φυσικού τοκετού. Οι γυναίκες επίσης έχουν ανάγκη την ιδιωτικότητά τους, δεν επιθυμούν να τις παρατηρούν κατά τον τοκετό άτομα που δεν έχουν επιλέξει και η όποια είσοδος, ή παρουσία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού εκείνη την ώρα, πλην του ιατρού τους και της μαίας δυσκολεύει την συγκέντρωσή τους. Η απομάκρυνση όσων δεν είναι απαραίτητοι στο χώρο του τοκετού και ο σεβασμός της ιδιωτικότητας της γυναίκας αναφέρεται και στον οδηγό για την ασφαλή μητρότητα που έχει εκδόσει ο Π.Ο.Υ. (6). Η ορμόνη που εκκρίνουμε όταν κινδυνεύουμε και νιώθουμε ανασφάλεια, η αδρεναλίνη, με τη σειρά της δυσχεραίνει το έργο της φύσης, γι' αυτό απαιτείται η γυναίκα να νιώθει ασφαλής με την παρουσία αγαπημένων έμπιστων ατόμων και όχι με την παρατήρηση, ή παρακολούθηση από ένα μηχάνημα όπως τον καρδιοτοκογράφο (8).

Οι συνθήκες που μόλις περιγράψαμε, είναι αυτές που επικρατούν στα μαιευτήρια. Οι συνθήκες που βοηθούν στο να εξελιχθεί η φυσική πορεία του τοκετού δεν επιτυγχάνονται. Το αποτέλεσμα είναι, οι γυναίκες μέσα σε ένα μη φιλόξενο περιβάλλον με δεδομένη τη λειτουργία του εγκεφάλου όπως την παρουσιάσαμε, να αναστέλλουν την εξέλιξη της γέννας, στο πρώτο στάδιο και το ιατρικό προσωπικό με ευκολία να περνά στην καισαρική τομή λόγω «αδυναμίας που επέδειξε η γυναίκα».

Πλήθος ερευνών και εργασιών έχουν γραφτεί για την επίδραση και το ρόλο των ορμονών που σχετίζονται με τον τοκετό. Η ορμόνη όμως που έχει ιδιαίτερα μελετηθεί και ονομαστεί «ορμόνη – κλειδί» είναι η ωκυτοκίνη. Όπως νωρίτερα αναφέρθηκε, εκκρίνεται από τον υποθάλαμο και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Είναι μια πεπτιδική ορμόνη που αποτελείται από εννέα αμινοξέα. Αναφορικά με τη δράση της, συστέλλει τους μύς της μήτρας για τη γέννηση του παιδιού, είναι απαραίτητη για την αποβολή του πλακούντα, βοηθά στην έκθλιψη του γάλακτος από το μαστό και συνάμα επηρεάζει τη συμπεριφορά (9). Η ωκυτοκίνη ονομάζεται και ορμόνη του αλτρουισμού, της αγάπης και της κοινωνικότητας με τις υψηλότερες εκκρίσεις να πραγματοποιούνται αμέσως μετά τον τοκετό, όταν η μητέρα κοιτάζει το μωρό της. Αποτελεί συνάμα το πρώτο φαρμακευτικό σκεύασμα που χρησιμοποιήθηκε για πρόκληση τοκετού την δεκαετία του 1950 (10).

Θέλοντας να αναλύσουμε περισσότερο το βιολογικό μηχανισμό του τοκετού θα λέγαμε, ότι υπάρχει μια αλυσίδα εκκρίσεων στη διάρκειά του. Ο

φυσιολογικός πόνος προκαλεί έκκριση β-ενδορφινών. Οι β- ενδορφίνες με τη σειρά τους βοηθούν στην απελευθέρωση προλακτίνης που σημαίνει παραγωγή γάλακτος, αλλά και ενδιαφέρον για το μωρό.

Είναι λοιπόν σημαντικό να μην διαταράσσεται η ορμονική ισορροπία της γυναίκας κατά τον τοκετό, κάτι που μπορεί να συμβεί με παρεμβάσεις όπως η αναισθησία, η επισκληρίδιος και άλλες μορφές αναλγησίας. Επηρεάζοντας τη συναισθηματική κατάσταση της εγκύου επακόλουθα επηρεάζουμε και την ανάπτυξη του εμβρύου μια και τα περιγεννητικά γεγονότα έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις.

Για την εξέλιξη και πρόοδο του τοκετού μεγάλη σημασία έχει η δραστηριότητα των ωδινών. Η έναρξη των ωδινών προς το τέλος της κύησης εκδηλώνεται μέσω ενός πολύπλοκου ενδοκρινικού συστήματος μεταξύ εμβρύου και πλακούντα και στη λειτουργία αυτή, συμμετέχουν πολλές ορμόνες όπως οιστρογόνα, προγεστερόνη, προσταγλανδίνες E2. Όσο προχωρεί ο τοκετός όπως περιγράψαμε παραπάνω, απελευθερώνονται από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης ολοένα και περισσότερα επίπεδα ωκυτοκίνης διεγείροντας το μυομήτριο. Η αδρεναλίνη ή αλλιώς ορμόνη του στρες, λειτουργεί ανασταλτικά ως προς τις ωδίνες, γι' αυτό η χαλάρωση της επιτόκου είναι αναγκαία. Είναι λογικό σε περίπτωση κινδύνου, η προτεραιότητα να δίδεται στην επιβίωση και όχι στην αναπαραγωγή. Εφόσον τα επίπεδα αδρεναλίνης είναι υψηλά, οι άνθρωποι δεν γεννούν, δεν παράγουν γάλα. Σε μια κοινωνία λοιπόν όπου διαταράσσεται συνεχώς η διαδικασία του τοκετού, τους επαγγελματίες στο χώρο τον μαιευτικό θα πρέπει να τους απασχολεί πως θα μειώσουν τα επίπεδα αδρεναλίνης.

Σε περίπτωση που ο τράχηλος μιας γυναίκας δεν διαστέλλεται εύκολα, ένα από τα πρώτα και εύκολα μέτρα που επιβάλλουν οι γυναικολόγοι είναι η ενίσχυση των ωδινών με ωκυτοκικά φάρμακα, δηλαδή η χορήγηση ενδοφλέβιας ωκυτοκίνης (11). Κατά τη χορήγηση ωκυτοκίνης, είναι ανάγκη να καταγράφονται διαρκώς οι ωδίνες και η καρδιακή συχνότητα μητέρας και εμβρύου με καρδιοτοκογράφο (10). Όταν δίνουμε ενδοφλέβια ωκυτοκίνη, όπως συμβαίνει στις προγραμματισμένες γέννες, η δράση της ορμόνης είναι μόνο περιφερειακή. Αυτό σημαίνει ότι επιδρά πάνω στη μήτρα και στον μαστό, δεν επιδρά στην συμπεριφορά, δεν περνά στον εγκέφαλο, λόγω του αιματοεγκεφαλικού φραγμού. Από την άλλη πλευρά υπάρχει στην

ενδοκρινολογία ένας βασικός κανόνας. Όταν εισάγεις τεχνητά μια ορμόνη στο σώμα η φυσική της παραγωγή σταματά. Αυτό σημαίνει ότι η γυναίκα με ενδοφλέβια έγχυση περιορίζει την φυσική παραγωγή της ωκυτοκίνης και παράλληλα η ορμόνη αυτή που εισάγουμε δεν επιδρά στη συμπεριφορά (7).

Η ωκυτοκίνη που εισάγεται τεχνητά έχει την ίδια ακριβώς χημική δομή με τη φυσική ορμόνη, η διαφορά έγκειται στην ύπαρξη του αιματεγκεφαλικού φραγμού αλλά και στο ότι η αυθόρμητη απελευθέρωση ωκυτοκίνης από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης δεν είναι ποτέ συνεχής. Υπάρχει ένας φυσικός παλμός στην έκκριση. Μετά όμως από μια καισαρική τομή, βρέθηκε με έρευνα, ότι η παλμικότητα της ωκυτοκίνης διαταράσσεται.

Ωστόσο το πόσο χρονικό διάστημα θα θηλάσει μια γυναίκα εξαρτάται από την παλμικότητα της έκκρισης της ωκυτοκίνης. Πιο συγκεκριμένα, κατά το θηλασμό, τα νευρικά ερεθίσματα από τη διέγερση της θηλής του μαστού μεταφέρονται στον εγκέφαλο και αποτελούν το ερέθισμα για την έκκριση ωκυτοκίνης. Η ορμόνη μεταφέρεται με το αίμα στους μαστούς, όπου επάγει τη σύσπασση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων και αδένων. Με τον τρόπο αυτό υποβοηθείται η εκροή του γάλακτος, μέσω των γαλακτοφόρων πόρων, προς τη θηλή του μαστού. Αναπόδραστα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η έκκριση ωκυτοκίνης συνδέεται με το θηλασμό. Είκοσι λεπτά μετά το θηλασμό υπάρχει μια αιχμή στην έκκριση προλακτίνης, που στις περιπτώσεις των καισαρικών τομών είναι πολύ χαμηλή (7). Έρευνες έχουν επίσης δείξει μια σχετική διαφοροποίηση στην έναρξη του θηλασμού καθώς και στη σύσταση του μητρικού γάλακτος μετά τη γέννα με καισαρική τομή και στον φυσιολογικό τοκετό (12). Ο φυσιολογικός τοκετός διαφυλάσσει τον μητρικό θηλασμό ο οποίος συμβάλλει στην σωματική υγεία μητέρας και βρέφους, στην ανάπτυξη ιδιαίτερου δεσμού μεταξύ τους που αποδεικνύεται ότι συμβάλλει θετικά σε θέματα που άπτονται της ψυχικής υγείας και των δύο (13).

Στις πρακτικές που είναι «σίγουρα επιβλαβείς και αναποτελεσματικές και πρέπει να εξαιρεθούν» ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιλαμβάνει τη χορήγηση ωκυτοκίνης ή άλλων φαρμάκων με παρόμοια δράση για παράδειγμα προσταγλαδινών, οποιαδήποτε στιγμή πριν από τη γέννηση και με τρόπο ώστε να μην μπορεί να ελεγχθεί η δράση τους (6). Η χορήγηση της ορμόνης ενδομυϊκά που παρατηρείται πριν τη γέννηση

του παιδιού στην καισαρική τομή με επιλογή του ασθενή, θεωρείται γενικά επικίνδυνη γιατί η δόση της δεν μπορεί να αυξομειωθεί ανάλογα με τη δραστηριότητα της μήτρας (14). Έτσι έχουν καταγραφεί ως πιθανά αποτελέσματα, υπέρτονία της μήτρας, αυξημένη συχνότητα ρήξης της μήτρας και σοβαρός κίνδυνος πρόκλησης εμβρυϊκής δυσφορίας (5,15).

Η ωκυτοκίνη με άλλα λόγια συχνά ευθύνεται για την αύξηση των παλμών του εμβρύου, γι' αυτό σε άλλο σημείο του πρακτικού οδηγού που έχει εκδόσει ο ΠΟΥ αναφέρεται ότι η ενεργητική διαχείριση του τοκετού, με την πρακτική ενίσχυση με ωκυτοκίνη συχνά χρησιμοποιείται με ακατάλληλο τρόπο. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι η ωκυτοκίνη είναι άχρηστη στην αντιμετώπιση του παρατεταμένου τοκετού. Ωστόσο δεν είναι σαφές από τα στοιχεία που έχουμε στη διάθεσή μας ότι είναι βοηθητική η χρήση της για τη γυναίκα και το παιδί (6). Ας θυμηθούμε σ' αυτό το σημείο, ότι ωκυτοκίνη παράγεται φυσικά από την ίδια την γυναίκα μέσω ελεγχόμενων δόσεων από τον ίδιο τον οργανισμό της. Κατά το φυσιολογικό τοκετό η δόση ελέγχεται τόσο, όσο να προκληθεί η γέννηση χωρίς παράλληλα να ενοχληθεί το έμβρυο. Τέλος, η ορμόνη κατά την περίοδο της λοχείας βοηθάει με τις συσπάσεις που προκαλεί στη μήτρα για την επιστροφή της στο αρχικό της μέγεθος.

Πολλές είναι και οι έρευνες (16) που έχουν αναδείξει το ρόλο της ορμόνης ωκυτοκίνης ως ρυθμιστικό παράγοντα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (17). Μπορεί και λειτουργεί ανακουφιστικά στον πόνο, μειώνει το στρες, προστατεύει από την ταχυκαρδία (18). Μεταβολίζει το άγχος, την μελαγχολία και την ανησυχία που προκαλεί ο τοκετός σε πολλές μητέρες (19). Οφέλη που η μητέρα που επιλέγει να γεννήσει με καισαρική τομή συχνά αγνοεί.

Μιλώντας για τις ωδίνες, μπορεί να ειπωθεί, ότι πολύ λίγες γέννες είναι ανώδυνες και αυτό συντελεί κυρίως στο φόβο και την αγωνία που κυριεύουν τις περισσότερες γυναίκες και ιδίως αυτές που πηγαίνουν απροετοίμαστες στον τοκετό. Είναι σημαντικό για κάθε γυναίκα να καταλάβει ότι οι πόνοι που θα νιώσει είναι οι μόνοι ωφέλιμοι και δεν αποτελούν τιμωρία. Θα πρέπει να μάθει να τους περιμένει και όταν έρθουν να συνεργαστεί μαζί τους για ένα καλό αποτέλεσμα.

## **5. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ:**

### **5.1.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ**

Στις μέρες μας πληθαίνουν οι έρευνες που καταμαρτυρούν την συνεχώς ανοδική πορεία των ποσοστών των καισαρικών τομών τόσο στην Ελλάδα όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Σχετική έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αναφέρει ότι τα ποσοστά αυξάνονται από το 5-7% στις αρχές της δεκαετίας του '70 στο 25-30% το 2003 (20). Μέχρι το 1970 το ποσοστό των γυναικών που χρειάζονταν την καισαρική στην Ελλάδα ήταν μόλις 3%. Το 1980 το ποσοστό αυτό έφτασε το 20%, και το 1998 έφτασε το 31%. Η άνοδος εξηγείται τόσο από κλινικούς όσο και μη κλινικούς παράγοντες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι το ένα τρίτο των καισαρικών είναι περιττό και ότι η 1 στις 3 γυναίκες που γεννούν με καισαρική θα μπορούσε να είχε γεννήσει φυσιολογικά. Ταυτόχρονα παρατηρείται μια σημαντική αύξηση των καισαρικών σε γυναίκες που γεννούν για πρώτη φορά, οι οποίες όμως έχουν χαμηλό κίνδυνο (low risk) για προβλήματα τοκετού. Σημαντική καταγράφεται και η απόκλιση μεταξύ του ποσοστού των καισαρικών τομών σε δημόσια νοσοκομεία έναντι του ιδιωτικού τομέα. Αυτή η άνιση κατανομή, γεννά ερωτήματα για την αναγκαιότητα μεγάλου αριθμού καισαρικών τομών και δείχνει τους κοινωνικούς παράγοντες που τις προκαλούν (21).

Ειδικότερα, στο Γενικό Νοσοκομείο- Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» διενεργούνται κάθε χρόνο περίπου 6.800 τοκετοί, εκ των οποίων το 52% με καισαρική. Στην Α΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο «Αλεξάνδρα», το 41,1% των τοκετών που διενεργήθηκαν την πενταετία 2001- 2005 ήταν με καισαρική. Στο Μαιευτήριο «Ιασώ» από την άλλη πλευρά, το 2006 πραγματοποιήθηκαν 14.633 τοκετοί, εκ των οποίων το 52% με καισαρική. Το σχετικό ποσοστό το 2002 ήταν 44%. Στα Μαιευτήρια

«Λητώ» και «Μητέρα» επίσης, σε σύνολο 16.000 τοκετών το 2006, το ποσοστό των καισαρικών ανήλθε σε 48% (22). Το γεγονός όμως που φέρνει την πλειονότητα των γεννήσεων να γίνονται με τη μέθοδο της καισαρικής εγείρει το ερώτημα τι τελικά συνιστά τη φυσιολογική γέννα.

Σχετική έρευνα που εκπονήθηκε σε τρία Ελληνικά Νοσοκομεία (23) έφερε στο φως αποτελέσματα που συνηγορούν για την υπόθεση ότι οι γιατροί κάνουν καισαρικές τομές λόγω οικονομικών κινήτρων και λόγω ευκολίας. Παρατηρείται ότι η εμπορευματοποίηση των γυναικολογικών υπηρεσιών ασκεί επιρροή στην απόφαση του ιατρού να καταλήξει σε καισαρική τομή. Ως κύριοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα για καισαρικές τομές στα κρατικά νοσοκομεία καταγράφονται ως η Ελληνική καταγωγή, οι ώρες της ημέρας, και οι εργάσιμες ημέρες. Αντίστοιχα για τις ιδιωτικές κλινικές η ιδιωτική ασφάλεια, οι ώρες της ημέρας και το Σάββατο.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής – FIGO κάνει λόγο για ιατρικούς, νομικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που έχουν συμβάλει στην αύξηση (24). Έρευνες δείχνουν ότι η αύξηση των ποσοστών των καισαρικών τομών δεν σχετίζεται με κάποιο καθαρά γενικό όφελος για τη μητέρα ή το παιδί αλλά συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και των δύο (25).

Σημαντικά είναι και τα ευρήματα ερευνών που φωτίζουν το φόβο των ιατρών για αντιεπαγγελματική συμπεριφορά (26). Είναι λιγότερο πιθανό να μηνυθούν για εκτέλεση καισαρικής τομής παρά για μη εκτέλεσή της (27). Την πιο συχνή αιτία των μηνύσεων στους γυναικολόγους αποτελεί η αποτυχία εκτέλεσης καισαρικής τομής ή η αποτυχία να μην την εκτελέσουν νωρίτερα, συντομότερα (28). Έτσι το αυξημένο ρίσκο από γεγονότα που μπορούν να οδηγήσουν σε παράβαση της ιατρικής δεοντολογίας, οδήγησαν σταδιακά τους ιατρούς στην αμυντική ιατρική (26). Στην Ελλάδα οι γυναικολόγοι είναι πρώτοι στη λίστα των γιατρών για τους οποίους κατατίθενται αγωγές.

Ωστόσο, υπάρχουν μελέτες που συσχετίζουν το αυξημένο ποσοστό των καισαρικών τα τελευταία χρόνια με κλινικούς παράγοντες. Η αυξημένη ηλικία, το βάρος της μητέρας, αποτελούν δείκτες, οι οποίοι υποδεικνύουν την χειρουργική επέμβαση ως την πιο ασφαλή μορφή γέννας. Ο μέσος όρος ηλικίας της μητέρας που υποβάλλεται σε καισαρική είναι 30.4 έτη, σε σχέση με τα 28.7έτη της μητέρας που γεννάει φυσιολογικά. Από την άλλη πλευρά οι

μητέρες με παχυσαρκία βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για επιπλοκές κατά τη γέννα όπως η αύξηση της πίεσης του αίματος. Οι θεραπείες γονιμότητας επίσης κρίνονται υπεύθυνες, μια και η κυοφορία διδύμων και τριδύμων οδηγεί και πάλι σε καισαρικές τομές (29).

Οι Gamble JA και Creedy DK, διερωτήθηκαν εάν όντως το συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό καισαρικών στη Δύση συνδέεται με τη μητρική απαίτηση. Η έρευνά τους επικεντρώθηκε στα άρθρα που εξέταζαν τις καισαρικές με επιθυμία του ασθενή. Η κριτική ανάλυση των κειμένων τους οδήγησε στο συμπέρασμα ότι ελάχιστες γυναίκες ζητούσαν καισαρική τομή σε απουσία παρόντος ή προγενέστερου ιατρικού παράγοντα. Η εστίαση του ενδιαφέροντος από τη βιβλιογραφία στις καισαρικές με αίτημα της μητέρας, πιστεύουν ότι εκτρέπει την προσοχή μακριά από ιατρικούς παράγοντες που μπορεί να οδήγησαν στην αύξηση του ποσοστού των καισαρικών (30). Καμία μελέτη δεν εξέταζε συστηματικά τις πληροφορίες που δόθηκαν στις γυναίκες από τους επαγγελματίες υγείας, εάν για παράδειγμα τις είχαν συμβουλέψει για μια φυσιολογική γέννα. Γι' αυτό οι Gamble JA και Creedy DK κάνουν λόγο για ελλιπή γνώση των γυναικολογικών και ιατρικών παραγόντων που οδήγησαν στην απόφαση (30).

Συχνά μια νέα γυναίκα με καριέρα επιθυμεί να προγραμματίσει τη γέννα της, επιλέγει την καισαρική τομή, με κίνητρο την άνεση, την ευκολία και ασφάλεια. Ωστόσο στα πλαίσια της διαδικασίας λήψης απόφασης, θα πρέπει να ενημερωθεί για τον περισσότερο χρόνο ανάρρωσης που απαιτεί ένα χειρουργείο καθώς και για την πιθανότητα επιπλοκών σε μελλοντικές γέννες (31). Οι εποχές μπορεί να αλλάζουν, στο βαθμό μάλιστα που μια χειρουργική πράξη μπορεί πλέον να γίνεται χωρίς να το προστάζει κάποιος ιατρικός λόγος. Αυτό όμως δεν θα πρέπει να σηματοδοτεί τη θυσία της υγείας των ασθενών από πλευράς ιατρών, για τη μόδα και την διευκόλυνση (32).

Συχνή αιτία για την επιλογή της καισαρικής τομής, όπως καταμαρτυρούν οι ίδιες οι γυναίκες αποτελεί η λεγόμενη τοκοφοβία (tokophobia) (32). Ο ίδιος ο φόβος της γέννας με άλλα λόγια, που μπορεί να έχει προκληθεί από προηγούμενη δύσκολη φυσιολογική γέννα, από άγχος και από φόβο για τον πόνο. Μεγάλο ποσοστό γυναικών δεν αντέχει την πολύωρη ταλαιπωρία. Αφού προσπαθεί η επίτοκος να γεννήσει, μόλις περάσουν δύο άκαρπες ώρες, ζητάει από το γιατρό της να της κάνει καισαρική «γιατί δεν



αντέχει άλλο». Οι γυναίκες δεν είναι πια τόσο πρόθυμες να υποστούν ταλαιπωρία για να γεννήσουν, τη στιγμή που μπορούν να γίνουν μητέρες με μια επέμβαση διάρκειας 30 λεπτών.

Προς την ίδια κατεύθυνση, η S. Clement υποστηρίζει ότι, η πίστη ότι μια γέννα με καισαρική τομή είναι ο εύκολος δρόμος δεν φαίνεται να προέρχεται από γεγονότα και δεδομένα από την ίδια την πρακτική της χειρουργικής γέννας αλλά περισσότερο από βαθιά ριζωμένους φόβους για την κολπική γέννα (33). Γενικά οι σύγχρονες γυναίκες ταρασσονται εύκολα στη σκέψη της φυσιολογικής γέννας και σίγουρα επηρεάζονται από το γεγονός ότι η καθημερινότητα κυλάει με διάφορες «εύκολες λύσεις», που έρχονται σχεδόν πάντα από μια μικρή ή μεγάλη παρέμβαση στις φυσιολογικές διαδικασίες.

Η Savage δηλώνει σχετικά, ότι καθώς ο ανεπτυγμένος κόσμος γίνεται όλο και πιο εξαρτημένος από την τεχνολογία, υπάρχει ο κίνδυνος οι άνθρωποι να σταματήσουν να πιστεύουν ότι οι γυναίκες μπορούν να γεννήσουν φυσιολογικά, ενώ η κοινωνία μας έχει αναπτύξει τέτοιο φόβο για τη φυσική γέννα που η χειρουργική επέμβαση φαίνεται προτιμότερη (34). Γι' αυτό θα πρέπει να αρχίσουμε να πιστεύουμε και πάλι στην ικανότητα της γυναίκας να γεννά αλλά και να προωθήσουμε αυτή την πίστη.

Υπό το πρίσμα αυτό, προτείνεται η έρευνα και η αξιολόγηση εκ νέου των μεθόδων διαχείρισης του πόνου που λαμβάνουν χώρα στις αίθουσες τοκετού κατά το δεύτερο κυρίως στάδιο, ώστε να επιτευχθεί η εξάλειψη του παράγοντα αυτού από τη λίστα των επιχειρημάτων που προβάλλουν οι γυναίκες ενάντια στην κολπική γέννα (35).

Στη βιβλιογραφία γίνεται επίσης λόγος ότι η εγχείρηση της καισαρικής τομής «λύνει» τα χέρια του ιδιώτη γυναικολόγου, που δεν έχει την «πολυτέλεια» να περιμένει επί ώρες το φυσιολογικό τοκετό και θέλει να ελαχιστοποιήσει οποιαδήποτε πιθανότητα επιπλοκής από τη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού. Ωφελεί ακόμα τα ιδιωτικά μαιευτήρια, με περισσότερες ημέρες νοσηλείας για τις γυναίκες, ενώ εκτινάσσει το «κόστος» της γέννας για τις οικογένειες.

Έρευνα στον Καναδά έριξε φως και στην κοινωνική γνώση - μάθηση, στα πολιτισμικά κίνητρα των γυναικών. Σε συνεντεύξεις αποκαλύφθηκε ότι κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης, σημαντικό ρόλο

είχαν οι διηγήσεις, οι ιστορίες γέννας (birth stories) που συνόδευαν κάθε γυναίκα (36).

## 5.2. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ, ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ, ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΒΡΕΦΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2005 στα πλαίσια του Παγκόσμιου Προγράμματος για τη Μητρική και Περιγεννητική Υγεία διεξήγαγε έρευνα σε οκτώ χώρες της Λατινικής Αμερικής, με σκοπό την αξιολόγηση των κινδύνων για τη μητέρα και το παιδί, όπως επίσης και τα οφέλη που σχετίζονται με τη γέννηση με καισαρική (25). Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι μια γυναίκα που υποβάλλεται σε καισαρική τομή έχει διπλάσιο κίνδυνο να παρουσιάσει ασθένεια και θάνατο λόγω της καισαρικής από ότι μια γυναίκα που γεννά με φυσιολογικό τρόπο. Άλλοι κίνδυνοι είναι η υστερεκτομή, η εισαγωγή στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης και η ανάγκη για μετάγγιση αίματος. Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος ανάγκης χορήγησης αντιβίωσης ήταν 5 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική σε σύγκριση με τις άλλες. Για τα νεογνά που γεννήθηκαν με καισαρική, ο κίνδυνος εισαγωγής τους σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών ήταν διπλάσιος σε σύγκριση με τα παιδιά που γεννιόντουσαν φυσιολογικά.

Ωστόσο οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η χειρουργική γέννα ήταν πολύ προστατευτική για τη ζωή των παιδιών με ισχυρή προβολή.

Συμπερασματικά, δεν υπήρχαν από την έρευνα καθαρά οφέλη όταν οι γυναίκες επέλεγαν ελεύθερα και κατά προτίμηση να γεννήσουν με καισαρική τομή. Αντίθετα αυτό μπορεί να έβλαπτε τόσο τη μητέρα όσο και το παιδί (25).

Η καισαρική τομή δεν είναι μια απλή επέμβαση. Πρόκειται για σοβαρή επέμβαση στην κοιλιά της γυναίκας με τομή στη μήτρα που μπορεί να συνοδευτεί από επιπλοκές. Οι κυριότερες επιπλοκές της καισαρικής περιλαμβάνουν αιμορραγίες κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, λοιμώξεις, ενδομητρίτιδα, που παρατηρείται σε 1 για κάθε 30 καισαρικές και θρόμβωση. Παράλληλα, με κάθε καισαρική τομή στην οποία υποβάλλεται η

γυναίκα, αυξάνεται ο κίνδυνος επιπλοκών για την επόμενη εγκυμοσύνη όπως ρήξη της μήτρας, προδρομικός πλακούντας και άλλα (37).

Άλλες έρευνες αποκαλύπτουν ότι τα μωρά που γεννιούνται με επιλεκτική καισαρική τομή έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αναπνευστικά προβλήματα σε σχέση με τα παιδιά που γεννιούνται με φυσιολογικό τοκετό. Στην πραγματικότητα ο φυσιολογικός τοκετός όχι μόνο διευκολύνει την αποβολή του υγρού από τους πνεύμονες του μωρού, αλλά απελευθερώνει ορμόνες οι οποίες ευνοούν την καλή πνευμονική λειτουργία. Επίσης, όταν γεννιέται ένα παιδί φυσιολογικά, παίρνει μικρόβια από τη μητέρα τα οποία αποτελούν την «προϊκα» του. Στην καισαρική παίρνει μικρόβια του περιβάλλοντος, τα οποία δεν είναι φιλικά προς το σώμα του και βγαίνει ξαφνικά στον αέρα χωρίς να έχει προετοιμαστεί από τις συστολές της μήτρας.

Τα πλεονεκτήματα του φυσικού τοκετού είναι πολλά και αφορούν στο σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο της μητέρας και του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται λιγότερος μεταγεννητικός πόνος, γρηγορότερη ανάρρωση, μηδενική λήψη φαρμάκων, αύξηση της αυτοπεποίθησης, μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, πιο ήρεμο, πιο συνεργάσιμο μωρό, επιτυχημένος θηλασμός, ενεργός ρόλος συζύγου. Αντιθέτως οι γυναίκες που γεννούν στο χειρουργείο έχουν παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο, αναφέρουν λιγότερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με την κολπική γέννα, ενώ έρευνες κάνουν λόγο για διπλάσιο κίνδυνο επιστροφής τους στο νοσοκομείο σε σύντομο χρονικό διάστημα λόγω επιπλοκών (38).

Συχνά στις μέρες μας η επιλογή της καισαρικής θεωρείται προνόμιο για τις γυναίκες και η χρήση της χαρακτηρίζεται ως «προφυλακτική». Προληπτικές ονομάζονται οι καισαρικές που εκτελούνται προκειμένου να αποφευχθούν πιθανές ανεπιθύμητες συνέπειες της κολπικής γέννας όπως η ακράτεια ούρων ή καταστροφή του εντερικού συστήματος και άλλα (39). Αυτό αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα επιχειρήματα αυτών που υπερασπίζονται την καθιέρωση της επιλογής των καισαρικών. Παρόλα αυτά, η πρόληψη των παραπάνω τραυματισμών δεν μπορεί να πραγματώνεται μέσα από την καθιέρωση των καισαρικών. Η καλύτερη και ασφαλέστερη διαχείριση του δεύτερου σταδίου των πόνων του τοκετού προτείνεται ως καταλληλότερη λύση (35). Ως απάντηση στο παραπάνω επιχείρημα, προβάλλεται το

αυξημένο ρίσκο μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας που ενέχει η καισαρική τομή έναντι του φυσιολογικού τοκετού. Οι υπέρμαχοι της κοιλιακής γέννας υποστηρίζουν εκθέτοντας αριθμητικά στοιχεία ότι ο κίνδυνος αιμορραγίας και τραυματισμού της ουροδόχου από την εγχείρηση είναι πάντα ορατός.

Ταυτόχρονα, οι μητέρες που καλούνται να αποφασίσουν για το εάν θα επιλέξουν να γεννήσουν με καισαρική κατά την πρώτη τους εγκυμοσύνη, θα πρέπει στα πλαίσια της ενήμερης συγκατάθεσης να ενημερώνονται για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες των επιλογών τους. Η καισαρική έχει συνδεθεί με την ανάγκη για επανάληψη της ίδιας διαδικασίας και στις επόμενες γέννες. Αναπόδραστα, το ρίσκο αυξάνεται, δυσκολεύοντας του όρους για την καλή υγεία της μητέρας μετά από επακόλουθες χειρουργικές επεμβάσεις (35). Αναλογιζόμενοι λοιπόν τη μακροπρόθεσμη αναπαραγωγική υγεία των γυναικών, μπορούμε να πούμε ότι οι κίνδυνοι από μια καισαρική που εκτελέστηκε με επιλογή της μητέρας ξεπερνούν σε σπουδαιότητα τα οφέλη (40). Η επιλογή άλλωστε της κοιλιακής γέννας μετά από καισαρική μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο κάτω από συγκεκριμένους όρους, χωρίς το στοιχείο προβλεψιμότητας, που δυσκολεύουν την επίτευξή της στην πράξη. Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός θα πρέπει να είναι αμέσως διαθέσιμος, εκείνη τη στιγμή για να βοηθήσει τη μητέρα στο φυσιολογικό τοκετό ταυτόχρονα με τον αναισθησιολόγο και τη νοσηλεύτρια (41).

## 6. ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ:

### 6.1. Η ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ

Η αρχή της αυτονομίας δεν αποτελούσε πάντοτε κύριο μέλημα της ιατρικής πρακτικής και η συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία λήψης απόφασης δεν ήταν πάντα κάτι δεδομένο και εύκολο. Κάτω από αυτό το πρίσμα, το βιοηθικό ζήτημα επικεντρώνεται στο σκεπτικό με το οποίο η μητέρα φτάνει στην απόφαση να επιλέξει τον τρόπο του τοκετού.

Από την εποχή του Ιπποκράτη μέχρι τα μέσα περίπου του 20<sup>ου</sup> αιώνα η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή μπορεί να χαρακτηριστεί πατερναλιστική. Ο ιατρός ήταν εκείνος που αποφασίζει τι είναι καλό για τον ασθενή του, ποια θεραπεία θα ακολουθήσει, χωρίς να πληροφορεί ή να λαμβάνει τη συγκατάθεση του ασθενούς. Σύμφωνα με το πατερναλιστικό μοντέλο οι ιατροί λόγω των γνώσεων τους, της εμπειρίας τους για τα ιατρικά ζητήματα και των ικανοτήτων τους, μπορούν να αποφασίζουν τι εξυπηρετεί το συμφέρον του ασθενούς (42). Η αρχή που επικρατεί είναι του «ωφελέειν ή μη βλάπτειν», και αυτή υποδεικνύει στον ιατρό τους χειρισμούς με τους οποίους θα ωφελήσει τον ασθενή ή τουλάχιστον δεν θα του προκαλέσει βλάβη μεγαλύτερη από την ήδη υπάρχουσα. Πιο συγκεκριμένα, ως ορισμός του πατερναλισμού μπορεί να θεωρηθεί η προστατευτική συμπεριφορά ενός ατόμου, που αποφασίζει για κάποια άλλα άτομα, με βάση την πίστη του ότι αυτό γνωρίζει καλύτερα τι είναι καλό γι' αυτά (43). Για τους Καντιανούς φιλελεύθερους, ο πατερναλισμός προσβάλλει όχι μόνο την ηθική αυτονομία, την ελευθερία επιλογής, το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και τελικά την ίδια την ελευθερία, αλλά εμποδίζει την ανάπτυξη της ατομικής ευθύνης (44).

Το 1957 ο όρος ενήμερη συγκατάθεση εμφανίζεται, μέσα από αποφάσεις δικαστηρίων. Ως καθήκον του ιατρού επιβάλλεται η αποκάλυψη στον ασθενή των πιθανών κινδύνων και όλων των εναλλακτικών θεραπειών του (45). Τονίζεται πλέον η σπουδαιότητα της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας και του δικαιώματος του αυτοκαθορισμού του ασθενούς. Οι

ασθενείς δεν είναι πια τα εξαρτημένα άτομα που έχουν την υποχρέωση να εμπιστεύονται ανεπιφύλακτα τους ιατρούς. Σήμερα ο ασθενής έχει το αναγνωρισμένο δικαίωμα να συναινεί, να αρνείται συγκατάθεση, ύστερα από σχετική πληροφόρηση, για οποιαδήποτε ιατρική ενέργεια, ή παρέμβαση που αφορά τον εαυτό του, να αποφασίζει, να καθορίζει ο ίδιος την πορεία της ζωής του. Με άλλα λόγια, η παντοδυναμία του ιατρού καταργείται, ενώ η αυτονομία του ασθενούς αναδεικνύεται. Η επικύρωση σε πρακτικό επίπεδο της αυτονομίας γίνεται με την εξασφάλιση της ενήμερης συγκατάθεσης.

Αναλύοντας τη σχέση ιατρού-ασθενή, και το κατά πόσον αυτή μπορεί να εξασφαλίσει ένα κατάλληλο πλαίσιο διαμόρφωσης μιας αυτόνομης επιλογής, θα πρέπει να σταθούμε στα πρότυπα-μοντέλα της σχέσης που κατά καιρούς έχουν αναδειχτεί. Πιο συγκεκριμένα, οι Emanuel EJ και Emanuel LL, κάνουν λόγο για τέσσερα μοντέλα σχέσης ιατρού – ασθενή (46). Το «πατερναλιστικό» (paternalistic) πρότυπο κατά το οποίο ο γιατρός έχει το ρόλο προστάτη του ασθενούς, το «πληροφοριακό, ενημερωτικό» (informative) όπου ο ιατρός παρουσιάζει τις σχετικές πληροφορίες και εναλλακτικές λύσεις, χωρίς να εκφράσει προσωπικές πεποιθήσεις και προτιμήσεις. Ο ιατρός απλώς ενημερώνει και δεν καθοδηγεί, ενώ ο ασθενής καλείται να αποφασίσει. Ο ιατρός σε ένα πλαίσιο τεχνοκρατικό παρέχει υγεία και ο ασθενής από την πλευρά του παρουσιάζεται ως καταναλωτής, με διαμορφωμένες ήδη αξίες, που έχει τον αποκλειστικό έλεγχο των ιατρικών αποφάσεων όταν του δοθούν οι πληροφορίες. Σύμφωνα με το «ερμηνευτικό πρότυπο» (interpretive), ο ιατρός ερμηνεύει τις αξίες του ασθενούς και της προτιμήσεις του με βάση τα δεδομένα της ασθένειας. Με το ρόλο συμβούλου τον βοηθά να αποφασίσει και δεν του παρέχει μόνο πληροφορίες για τη νόσο και τη θεραπεία. Τέλος στο «διαβουλευτικό» πρότυπο (deliberative), ιατρός και ασθενής συζητούν μαζί για τις αξίες και τις προτιμήσεις τους, φτάνοντας σε κοινές αποφάσεις. Εδώ ο ιατρός στέκεται δίπλα στον ασθενή ως φίλος και δάσκαλος, εμπλέκεται συναισθηματικά μαζί του, προσπαθώντας να τον πείσει για το καλύτερο. Το πρότυπο αυτό θυμίζει το πατερναλιστικό, με τη διαφορά όμως ότι ο ιατρός δεν επιβάλλει την άποψή του αλλά προσπαθεί να πείσει γι' αυτήν, ώστε να γίνει αποδεκτή από τον ασθενή του.

Κάτω από τις διαφορετικές κάθε φορά ιατρικές περιστάσεις η σχέση ιατρού ασθενή τροποποιείται, το μοντέλο που υιοθετείται αλλάζει.

Ωστόσο το πληροφοριακό μοντέλο της σχέσης ιατρού ασθενή, με τον ιατρό στο ρόλο του τεχνικού συμβούλου, κρίνεται ως το πιο αντικειμενικό και το λιγότερο πρόσφορο να παραβιάσει την αυτονομία του ασθενούς.

Πέραν όμως από το παραδοσιακό μοντέλο, όπου η σχέση του ιατρού με τον ασθενή δεν ήταν ισοδύναμη, ακόμα και στις μέρες μας, δεν μπορεί κανείς να αρνηθεί μια εμφανή ασυμμετρία μεταξύ των δυο κοινωνικών ρόλων. Ο ασθενής βρίσκεται σε ευάλωτη θέση, συχνά εξαρτώμενος από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ η κοινωνική θέση του ιατρού ενέχει ένα βαθμό εξουσίας που πηγάζει από τη γνώση του. Για τον ιατρό ο τοκετός αποτελεί μια ρουτίνα, μια καθημερινότητα που αντιμετωπίζεται με επιστημονικό τρόπο, ενώ για τη γυναίκα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα της ζωής της και σηματοδοτεί αλλαγές.

Προκειμένου λοιπόν η σχέση ιατρού ασθενή να αναδιαμορφωθεί σε κοινωνικά ισότιμη, απαιτείται η ενήμερη συγκατάθεση της μητέρας για τη μορφή που θα λάβει η γέννα του μωρού της και η διατήρηση της αυτονομίας της κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης. Υποχρέωση του ιατρού δεν είναι απλά να στέκεται πίσω από τον ασθενή του, να τον αφήνει να επιλέξει, αλλά να προσπαθεί να διασφαλίζει ότι ο ασθενής έχει την υποστήριξη που χρειάζεται για να κάνει μια επιλογή που είναι αποκλειστικά δική του. Γιατί η απλή ύπαρξη μιας επιλογής δεν αποτελεί εγγύηση αυτοπροσδιορισμού (32).

Το όφελος που οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να αναζητούν, είναι η καλύτερευση της υγείας, όπως αυτή συνάγεται από τις προσωπικές ανάγκες του κάθε ασθενούς. Σκοπός τους είναι η πρόβλεψη, η απομάκρυνση των αρνητικών συνεπειών, του πόνου, της ασθένειας, του ατυχήματος ή του θανάτου. Εφόσον ο ιατρός λειτουργεί με βάση την καλή βούληση, θα πρέπει πάντα να βοηθά τον συνάνθρωπό του - ασθενή, να πράττει το καλύτερο για αυτόν. Σύμφωνα δηλαδή με τις επιταγές της κατηγορικής προσταγής, «πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα τόσο στο πρόσωπό σου όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντα ταυτόχρονα ως σκοπό και ποτέ μόνο ως μέσο» (47), ο ιατρός οφείλει να πράξει σύμφωνα με το συμφέρον του ασθενούς και όχι κινούμενος από ιδιοτελείς σκοπούς. Στην ουσία η κατηγορική προσταγή μας δίνει το πλαίσιο μέσα στο οποίο μπορεί να δομηθεί η σχέση ιατρού – ασθενή, ώστε ο ιατρός να μπει στη θέση του



ασθενή και να μην τον μεταχειρίζεται ως απλό μέσο για την επίτευξη των στόχων του.

Εάν μια γυναίκα ζητά μια γέννα με καισαρική, κάθε προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για να κατανοηθούν οι πραγματικοί λόγοι για τους οποίους το επιζητά, ακόμη και αν πρόκειται για κίνητρα που υποβόσκουν και διστάζει να τα μοιραστεί με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Η εμπιστοσύνη από την άλλη πλευρά που απαιτείται στη σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και μητέρας, βρίσκει ανταπόκριση στη θεωρία της κατηγορικής προσταγής του Κάντ. Όταν οι άνθρωποι πράττουν σύμφωνα με την πρώτη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής, η ύπαρξη εμπιστοσύνης γίνεται καθολικά αποδεκτή και δεν παραβιάζεται, «Πράττε μόνο σύμφωνα με ένα τέτοιο γνώμονα μέσω του οποίου μπορείς να θέλεις αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος.» (47).

Ο J. S. Mill από την πλευρά του, στο έργο του *Περί Ελευθερίας*, ισχυρίζεται ότι δεν νομιμοποιείται κανείς να επιβάλει τη γνώμη του σε άλλους, να απαγορεύσει, επειδή πιστεύει ότι έτσι θα ωφελήσει (48). Με το ίδιο σκεπτικό και ο ιατρός, δεν μπορεί να γίνει ο φορέας της απόφασης και να επιβάλει μια χειρουργική πράξη γιατί κατά τι γνώμη του είναι ορθό.

## 6.2 Η ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Με δεδομένη τη σημασία που έχει ο τοκετός, ως ζήτημα της δημόσιας υγείας και της ελεύθερης επιλογής κάθε γυναίκας, εύλογα δημιουργούνται ανησυχίες αν και κατά πόσο οι σημερινές γυναίκες αποφασίζουν ελεύθερα και αυτόνομα για τον τρόπο με τον οποίο θα επιλέξουν να φέρουν στον κόσμο το παιδί τους. Η αυτονομία του ασθενούς είναι μια από τις κυριότερες αρχές της Βιοηθικής. Ως έννοια και περιεχόμενο αποτέλεσε αντικείμενο μεγάλου αριθμού φιλοσοφικών θεωριών και ρευμάτων.

Η πλήρης ενημέρωση αποτελεί μια πτυχή, ένα απαραίτητο κομμάτι της διαδικασίας, αλλά δεν αρκεί από μόνη της. Απαιτείται και η έννοια της αυτονομίας, που δημιουργεί και στηρίζει τους δεσμούς της εμπιστοσύνης που απαιτούνται, για να έχει αξία η ενημέρωση. Για να συνεχίσει να υπάρχει δηλαδή η εμπιστοσύνη, κάτι που υπήρχε παλαιότερα με τους οικογενειακούς ιατρούς, τώρα απαιτείται και η αυτονομία με την καντιανή έννοια που θέτει αρχές δεσμευτικές τόσο για τον πράττοντα όσο και για τους άλλους.

Στη στροφή προς την αυτονομία του ασθενούς, μαζί με τα όσα ειπώθηκαν παραπάνω για την αποσταθεροποίηση του ιατρικού πατερναλιστικού προτύπου, συντέλεσε και η γενικότερη αλλαγή των κοινωνικών δομών. Η έμφαση στην ατομικότητα, στην ποιότητα και ποσότητα της πληροφορίας που λαμβάνει ο ασθενής συνδέεται με τη γενικότερη στάση της κοινωνίας σε θέματα που αφορούν τα ανθρώπινα δικαιώματα και το σεβασμό του ατόμου. Η σχέση ιατρού-ασθενή μπορεί να χαρακτηριστεί στις μέρες μας απρόσωπη, με την εξειδίκευση και τον πολυμερισμό της ιατρικής σε ειδικότητες να συμβάλει προς την ίδια κατεύθυνση. Με άλλα λόγια, κοινωνικοοικονομικές αλλαγές όπως η αστικοποίηση, και η λογική της αγοράς και στον τομέα της υγείας, η συχνή ποινικοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος με την εμπλοκή ασφαλιστικών εταιρειών και ταμείων, έφεραν στο προσκήνιο ένα ασθενή, μια μητέρα στην προκειμένη περίπτωση που αντιμετωπίζεται ως «πελάτης» που δύναται να επιλέξει τον τρόπο που θα γεννήσει. Παράλληλα η

επιλογή της μητέρας μπορεί να συνδεθεί με το οικονομικό κέρδος των ιατρών, με οικονομικά οφέλη για ασφαλιστικές εταιρείες, φαρμακοβιομηχανίες και ιδιωτικές κλινικές. Προέχει άρα ως επιτακτική ανάγκη στις μέρες μας-- με την ανάμιξη οικονομικών και άλλων συμφερόντων στον χώρο της ιατρικής-- η διαφύλαξη των συμφερόντων των ασθενών, η περιφρούρηση του δικαιώματος της ελευθερίας τους και ο σεβασμός της αυτονομίας τους, όπως αυτά πραγματώνεται στο μοντέλο ενήμερης συγκατάθεσης.

Ο Kant στο έργο του *Τα Θεμέλια της Μεταφυσικής των Ηθών* κάνει λόγο για την αυτονομία της βούλησης ως ιδιότητα της βούλησης να είναι η ίδια νόμος του εαυτού της. Η αρχή της αυτονομίας είναι να επιλέγεις μόνο με τέτοιο τρόπο, ώστε οι γνώμονες της επιλογής σου να εννοούνται ταυτόχρονα ως καθολικός νόμος από την ίδια τη βούληση. Είναι προφανές σε όλο το έργο του συγγραφέα, ότι πρέπει να είμαστε αυτόνομοι προκειμένου να ακολουθήσουμε μια γνήσια ηθική στάση. Και οι γυναίκες μόνο μέσα σε ένα πλαίσιο αυτονομίας μπορούν να κρίνουν σωστά και να λάβουν μια ηθική απόφαση. Για να είμαστε πραγματικά ηθικοί πρέπει να διαθέτουμε αυτόνομη βούληση. Διαφορετικά αυτό που επιτάσσει ο ηθικός νόμος μέσω της κατηγορικής προστακτικής είναι ανέφικτο (47).

Η αυτονομία ως ηθική αρχή, ταυτίζεται με τον αυτοκαθορισμό του ατόμου και το δικαίωμα κάθε ικανού ενήλικα να αποφασίζει ποιο είναι το καλύτερο για τον εαυτό του, ακόμα και παρά με την αντίθετη άποψη των άλλων. Αντλώντας και πάλι την έννοια της αυτονομίας, όπως καθιερώθηκε από τον Kant, ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σκοπός και όχι ως μέσον. Η έννοια της αυτονομίας στον Kant γίνεται αντιληπτή ως βασική δομική ικανότητα των προσώπων και που ακριβώς διαχωρίζει τα ανθρώπινα από τα μη ανθρώπινα έμβια όντα. Για τον J. S. Mill, η αυτονομία έχει επίσης και την έννοια της διαδικασίας ανάπτυξης αυτού που στο βιβλίο του *On Liberty* ονομάζει χαρακτήρα προσεγγίζοντας την αριστοτελική θέση ότι η αυτόνομη απόφαση είναι επίκτητη ικανότητα (ability, skill) (48). Οι T. Beauchamp και J. Childress και οι R. Faden και T. Beauchamp κάνουν λόγο για την αυτονομία ως ιδιωτικότητα, ευσυνειδησία και αυτογνωσία, να επιλέγεις ελεύθερα, να επιλέγεις την δική σου ηθική στάση και να είσαι υπεύθυνος για τις επιλογές σου (45, 49).

Για τον Mill η ελευθερία επιλογής είναι αυτό που μας εξασφαλίζει την αυτονομία του ατόμου. Κάθε γυναίκα ως αυτόνομο άτομο, μπορεί να λάβει μια ηθική απόφαση, προϊόν ελεύθερης επιλογής. Πιο συγκεκριμένα: «Η ελευθερία εκλαμβάνεται όχι μόνο ως ορμή που διαφοροποιεί τον άνθρωπο από τα άλλα όντα, αλλά και ως ουσιώδης προϋπόθεση για να ανακαλύψει ο καθένας τι είναι ορθό γι' αυτόν.» (48). Και λέει σε άλλο σημείο: «απαιτείται ελευθερία ως προς τις ατομικές προτιμήσεις και επιδιώξεις μας, να διαμορφώνουμε τον τρόπο ζωής μας έτσι όπως ταιριάζει στον χαρακτήρα μας, να ενεργούμε όπως μας αρέσει υφιστάμενοι τις συνέπειες, που ενδέχεται να προκύψουν, ... ακόμα και αν μερικοί θεωρούν τη συμπεριφορά μας ανόητη, διεστραμμένη ή λαθεμένη.» (48). Με άλλα λόγια, για οτιδήποτε αφορά τις προσωπικές υποθέσεις του ατόμου, όπως η γέννα, κυρίαρχο ρόλο έχει το δικαίωμα της γυναίκας να εκδηλώνει αυθόρμητα την ατομικότητά της και ως τελικός κριτής να αποφασίζει για τον εαυτό της.

Για να είναι όμως μια πράξη αυτόνομη, απαιτείται να είναι εκούσια, να έχει προηγηθεί πλήρης κατανόηση των θεμάτων που σχετίζονται με την απόφαση και να είναι ανεπηρέαστη (50). Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι μια αυτόνομη επιλογή διαφέρει από μια απλή επιλογή, γεγονός που οδηγεί την O' Neill στην σκέψη ότι η αυτονομία είναι κάτι παραπάνω από προσωπική επιλογή, ανεξαρτησία και ενέχει ηθικό βάρος, αξία, να πράττεις στη βάση αρχών υποχρέωσης (51, 52). Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται και η άποψη του Savulescu, σύμφωνα με την οποία, η απλή έκφραση μιας επιθυμίας του ασθενούς δεν θεωρείται ότι αναπαριστά την αυτόνομη επιλογή του (53), γιατί η έννοια της αυτονομίας ενέχει και μια διαδικασία στάθμισης, λογικής σύγκρισης, αξιολόγησης εναλλακτικών λύσεων.

Όταν λοιπόν δούμε τον τοκετό στην βιοηθική του διάσταση, η ελευθερία επιλογής του ατόμου αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Με ποιο τρόπο όμως ένας αυτόνομος ασθενής παίρνει αποφάσεις; Πώς δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες για να εκδηλώσει η μέλλουσα μητέρα την ατομικότητά της; Μήπως η ύπαρξη συγκεκριμένου περιβάλλοντος «κατευθύνει» κάποιες φορές τις επιλογές των γυναικών; Κάτω από ποιες συνθήκες τελικώς αυτές καλούνται να αποφασίσουν;

Ο Mill υποστηρίζει ότι για μια προσωπική απόφαση χρειάζεται και η προστασία από την τυραννία της κυρίαρχης γνώμης και του δημόσιου

αισθήματος, από την τάση της κοινωνίας να επιβάλλει τις δικές της συνήθειες σε εκείνους που διαφωνούν (48). Θεωρείται λοιπόν αναγκαία η διασφάλιση της προσπάθειας των γυναικών να εκφράσουν την διαφορετικότητά τους, να εκδηλώσουν τις προτιμήσεις τους ως προς την μορφή που θα λάβει η γέννα, ώστε οι αποφάσεις τους να μην αποτελούν αποτέλεσμα άμεσων ή έμμεσων εξαναγκασμών.

Η μητέρα σε ιδεατό επίπεδο θα μπορούσε να κρίνει, να αποφασίσει αντικειμενικά και αμερόληπτα μετά από λεπτομερή και κατανοητή ενημέρωση από τον ιατρό της, για το εάν θα υποβληθεί σε καισαρική ή θα επιλέξει ένα φυσιολογικό τοκετό, στην περίπτωση που θα άκουγε για πρώτη φορά τις λέξεις φυσιολογικός τοκετός και καισαρική τομή. Αντίθετα, η μέλλουσα μητέρα κουβαλάει το φορτίο της προηγούμενης γνώσης. Έχει ακούσει ιστορίες συναισθηματικά φορτισμένες άλλων γυναικών, σκόρπιες και μη εξακριβωμένες πληροφορίες από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, με αποτέλεσμα συχνά να έχει διαμορφώσει γνώμη και άποψη για το τι συνιστά ένα καλό τοκετό.

Η απάντηση που προβάλλει εδώ ο Mill είναι ότι πρωτεύει η ελευθερία κριτικής σκέψης ακόμη και αν το περιεχόμενό της έρχεται σε σύγκρουση με την κοινή γνώμη. Μας προτρέπει, δηλαδή να θεωρούμε πιο έγκυρες εκείνες τις γνώμες που έχουν υποστεί κρίση, που έχουν διαμορφωθεί κατόπιν διαλόγου, αντιπαράθεσης επιχειρημάτων και εναλλακτικών απόψεων. Σε άλλο σημείο του έργου του ισχυρίζεται ότι αυτός που δέχεται πάντα καθετί, επειδή πολύ απλά αυτό αποτελεί έθιμο, στην πραγματικότητα δεν κάνει καμιά επιλογή ο ίδιος (48). Όμοια, οι γυναίκες που εκφράζουν την επιθυμία για καισαρική τομή, επειδή αυτή η χειρουργική πρακτική είναι αρκετά διαδεδομένη στις μέρες μας και αποτελεί κάτι κοινότοπο, κάνουν μια πραγματικά αληθινή δική τους επιλογή. Ο ρόλος του ιατρού εδώ απαιτεί την αποκάλυψη των όποιων εξαναγκασμών και κοινωνικών επιρροών μειώνουν την ελευθερία των γυναικών από το να αναπτύξουν την ατομικότητά τους.

Ο σεβασμός προς την αυτονομία, που είναι απαραίτητος στη συζήτηση για την καισαρική με απαίτηση της μητέρας, επιδιώκεται μέσω της ενημερωμένης συγκατάθεσης του ατόμου. Είναι κοινά αποδεκτό ότι η παροχή ενημερωμένης συγκατάθεσης αποτελεί μια μορφή ατομικής αυτονομίας.

Διαφορετικά, υποστηρίζεται η συγκατάθεση που δεν συνοδεύεται από επαρκή ενημέρωση προσβάλλει την αυτονομία (52).

### 6.3. Η ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΩΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΝΟΜΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Μια αυτόνομη επιλογή προϋποθέτει την απομάκρυνση εξαναγκασμών και επιδράσεων που με δυσδιάκριτο και έμμεσο τρόπο επηρεάζουν τις αντιλήψεις και την συμπεριφορά των γυναικών ως προς το φυσιολογικό τοκετό. Απαιτείται συνεχής επαγρύπνηση και πλατιά πληροφόρηση.

Η συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση έχει ήδη διατυπωθεί στο ελληνικό δίκαιο με την κύρωση της Σύμβασης του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική (άρθρο 5 του ν.2619/1998) καθώς και με ρητή πρόβλεψή της σε ορισμένα νομοθετήματα που αφορούν ειδικές περιοχές της ιατρικής (54). Η συναίνεση προϋποθέτει «ενημέρωση» του ασθενούς, και αυτή θα πρέπει να είναι πλήρης, κατανοητή και να αποδίδει την αλήθεια. Συνάμα θα πρέπει να αποκαλύπτει την πραγματική κατάσταση της υγείας της γυναίκας και το περιεχόμενο της προτεινόμενης ιατρικής πράξης. Οι κίνδυνοι, οι πιθανές παρενέργειες, οι εναλλακτικές επιλογές και ο εκτιμώμενος χρόνος αποκατάστασης της υγείας της μητέρας όσο και του βρέφους επίσης απαιτείται να αποκαλύπτονται. Σκοπός είναι η δυνατότητα στάθμισης από την μητέρα όλων των σχετικών παραγόντων πριν αποφασίσει σχετικά με το εάν θα προβεί σε καισαρική τομή ή όχι.

Με άλλα λόγια, η αρχή της συναίνεσης της μητέρας για ένα είδος τοκετού, που εκφράζει το σεβασμό του δικαιώματός της για αυτονομία, προϋποθέτει την ενημέρωσή της για τις εναλλακτικές διαδικασίες του φυσικού, του φυσιολογικού τοκετού από τον ιατρό της, την ικανότητά της να αντιλαμβάνεται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της χειρουργικής επέμβασης έναντι μιας φυσιολογικής διαδικασίας, την προθυμία και ελευθερία της να επιλέξει μακριά από ανεπιθύμητες πιέσεις.

Ο Syse διαφοροποιεί την πληροφορημένη συναίνεση από την επαρκώς πληροφορημένη συναίνεση, καθώς η πρώτη συχνά δεν

ενσωματώνει απαραίτητα την κατανόηση. Αντιθέτως, για τον συγγραφέα, η επαρκώς πληροφορημένη συναίνεση δίνει έμφαση στην κατανόηση από μέρους του ασθενή σχετικά με το σε τι πρόκειται να συναινέσει και στην συνειδητοποίηση των στοιχείων της απόφασής του (55). Άρα δεν μας αφορά η τυπικότητα του ότι ο ασθενής έχει ενημερωθεί, αλλά το ότι η πληροφορία έχει οδηγήσει στην πραγματική γνώση οπότε και σε μια ουσιαστικά αυτόνομη επιλογή.

Η γνώση που μας προσφέρεται μέσα από τη διαδικασία της ενήμερης συγκατάθεσης ενισχύει την ελευθερία επιλογής και κατ' επέκταση την αυτονομία του ατόμου. Στο ίδιο πλαίσιο, ο Mill τονίζει τη σημασία της γνώσης και της ενημέρωσης καθώς αυτές σχετίζονται και επηρεάζουν την αξιολόγηση και επιλογή του ηθικά ορθού. Πιο συγκεκριμένα, ισχυρίζεται ότι ο αποκλεισμός μιας γνώμης από το να ακουστεί, ο περιορισμός της έκφρασης, περιορίζει την ελευθερία του ατόμου και ταυτόχρονα στερεί από την κοινωνία τη δυνατότητα να επωφεληθεί από τη διερεύνηση και κριτική αυτής της άποψης. Μια γνώμη πρέπει να περάσει από τη διαδικασία και κρίσης. Η συνύπαρξη πολλών και διαφορετικών απόψεων και η συζήτηση κάθε μιας από αυτές αποτελεί για τον συγγραφέα απαραίτητη προϋπόθεση. Όλες οι γνώμες πρέπει να μπορούν να συμμετέχουν εξίσου σε μια διαδικασία ελεύθερης συζήτησης (48).

Σύμφωνα λοιπόν με την μιλιανή έννοια της αυτονομίας, μόνο τα επιχειρήματα που στηρίζονται σε πραγματική γνώση από πλευράς των γυναικών μπορούν να τις οδηγήσουν σε αυτόνομες αποφάσεις. Σε αντίθετη περίπτωση, οι επιλογές θεωρούνται ετεροκαθορισμένες. Συνεπώς οι γυναίκες που αποφασίζουν μια γέννα με καισαρική με βάση αυτά που ήδη γνωρίζουν χωρίς να ενημερωθούν για τις εξελίξεις στα πλαίσια της ενήμερης συγκατάθεσης από τον γυναικολόγο τους, χάνουν την αυτονομία τους.

Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι ή έννοια της γνώσης όπως χρησιμοποιείται εδώ δεν αφορά την απλή συσσώρευση πληροφοριών, αλλά τη γνώση που οδηγεί στην αλήθεια και υπόκειται συνεχώς σε δοκιμασίες μέσα από δημόσιες διαβουλεύσεις και προσωπική αναζήτηση.

Στην πράξη, η διαδικασία της ενημέρωσης του ασθενούς από πλευράς ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αφορά πληροφορίες όσο το δυνατόν πιο απλουστευμένες, χωρίς ιατρικούς όρους που πιθανώς θα



παρεμποδίσουν την κατανόηση ή θα καθοδηγήσουν προς μια συγκεκριμένη απόφαση. Η σαφής μετάδοση των συνεπειών, των κινδύνων και των ωφελειών κρίνεται αναγκαία ώστε οι ιατροί να μην αφήνουν πράγματα να εννοούνται ή να αιωρούνται (49, 56). Με άλλα λόγια, έμφαση θα πρέπει να δίδεται στη σε βάθος κατανόηση και όχι στην απλή αποκάλυψη πληροφοριών από πλευράς των ιατρών. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται από τους ιατρούς να απευθύνουν ερωτήσεις. Είναι ηθικά λανθασμένο να απαιτούμε από τον ασθενή να δώσει την συγκατάθεσή του, όταν απλά του έχουμε αποκαλύψει μια πληθώρα ιατρικών πληροφοριών, τη στιγμή μάλιστα που βρίσκεται σε δυσμενή θέση λόγω της ασθένειάς του.

Για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα της συναίνεσης, ο ασθενής καλείται να είναι ελεύθερος από εξωτερικούς και εσωτερικούς περιορισμούς. Πιο συγκεκριμένα, ως εξωτερικοί περιορισμοί νοούνται η απόκρυψη, η διαστρέβλωση πληροφοριών από τους ιατρούς και η επιρροή που μπορεί οι ίδιοι να ασκήσουν στον ασθενή προς μια συγκεκριμένη ιατρική πράξη. Συνάμα, η οικογένεια του ασθενούς μπορεί να ασκήσει πιέσεις προς μια απόφαση. Από την άλλη πλευρά, το ιατρικό προσωπικό καλείται να αντιληφθεί πιθανούς εσωτερικούς περιορισμούς όπως ο φόβος, ο πόνος, τα έντονα συναισθήματα που συχνά συνοδεύουν τη διαδικασία λήψης απόφασης αναφορικά με τον τοκετό. Στην πραγματικότητα όμως, αυτό με το οποίο οι ασθενείς έρχονται σε επαφή κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης είναι ένα μέρος μόνο των όσων λαμβάνουν χώρα, ενώ πολλά τα αγνοούν. Οι περισσότερες αποφάσεις δεν εξηγούνται στους ασθενείς, λαμβάνονται αποκλειστικά από το ιατρικό προσωπικό, μια και θα ήταν ανήθικο να προτείνουν κάτι που δεν είναι ιατρικά δικαιολογημένο (57).

Αξίζει σ' αυτό το σημείο να σημειωθεί, η αυξημένη ηθική ευθύνη του ιατρού αναφορικά με την πληρότητα της πληροφόρησης, καθώς τα κενά μπορούν εύκολα να οδηγήσουν στην χειραγώγηση, ενώ ο ασθενής καλείται συχνά να αξιολογήσει και να αποφασίσει σε ένα μη οικείο περιβάλλον εγκλεισμού που προδιαθέτει σε περιορισμό της αυτονομίας, αυτό του νοσοκομείου (54).

## 6.4 Η ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΣΤΗ ΓΕΝΝΑ

Ένα νοσοκομείο στην Κίνα, μετέδωσε μέσω ψηφιακής οθόνης εμπορικού κέντρου την γέννηση ενός παιδιού με καισαρική τομή. Το Anzhen Hospital στην πόλη Changsha μετέδωσε τρεις συνεχόμενες φορές το βίντεο διάρκειας οκτώ λεπτών στην οθόνη του Fashion Square εμπορικού κέντρου. «Θέλαμε να παρουσιάσουμε κάτι ιδιαίτερο στην γιορτή της Μητέρας. Σκεφτήκαμε πως η παρουσίαση μιας γέννησης μέσω καισαρικής τομής ήταν μια καλή ιδέα με σκοπό να δείξουμε πόσο υπέροχες είναι οι μητέρες.» Σχολιάζοντας ελάχιστα την παραπάνω δήλωση μπορούμε απλά να πούμε ότι το ρήμα «γεννώ» είναι ενεργητικής φωνής.

Η ηθική άποψη ότι η γυναίκα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει αποφάσεις αναφορικά με το σώμα της, έδωσε τη δύναμη στις γυναίκες να κάνουν επιλογές σχετικά με τη μέθοδο με την οποία επιθυμούν για να φέρουν στον κόσμο τα παιδιά τους. Και ενώ μέχρι πρόσφατα η καισαρική γίνονταν στη βάση ιατρικών παραγόντων, η νέα τάση εμφανίζει την προτίμηση της μητέρας ως τον αποκλειστικό παράγοντα για την επιλογή του τοκετού. Ενδιαφέρον λοιπόν παρουσιάζει η έκταση και ο βαθμός αυτονομίας που αναγνωρίζεται στις γυναίκες από την βιβλιογραφία ως προς τη λήψη μιας τέτοιας απόφασης.

Προκειμένου να μεγιστοποιείται η αυτονομία των γυναικών η Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής – FIGO συστήνει στα μέλη της να υποστηρίζουν μια διαδικασία λήψης απόφασης μακριά από προϋδεάσεις και εξαναγκασμούς (31). Σε κάθε περίπτωση, μια τέτοια διαδικασία θα πρέπει να περιλαμβάνει τη στάθμιση ωφελειών και κινδύνων. Ωστόσο, αφού αποδεικνύεται έλλειψη ξεκάθαρων ωφελειών δεν κρίνεται ως επιθυμητή και αποδεκτή η πρακτική της καισαρικής κατόπιν επιθυμίας της μητέρας (31).

Στο βαθμό που η αυτονομία περιλαμβάνει το θετικό δικαίωμα να ενημερώνομαι, ως ευθύνη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού προβάλλει και

η διαχείριση του φόβου των γυναικών για το φυσιολογικό τοκετό όταν αυτές τον αναφέρουν ως λόγο επιθυμίας για μια χειρουργική γέννα (31). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερωθούν για πρακτικές διαχείρισης του άγχους, του φόβου και του πόνου στα πλαίσια συμβουλευτικής.

Για τις έγκυες γυναίκες, το υψηλό επίπεδο φροντίδας, που σέβεται και προάγει τα δικαιώματά τους, θα ήταν αυτό που προσπαθεί για τις έκτακτες παρεμβάσεις όταν αυτές απαιτούνται, αλλά υποστηρίζει τις φυσικές διαδικασίες για την πλειονότητα των γεννήσεων. Άλλωστε μια ελεύθερη και αυτόνομη απόφαση δεν διασφαλίζεται με το να προσθέτουμε απλά περισσότερες εναλλακτικές λύσεις κατά τη διαδικασία ενημέρωσης (31).

Θέλοντας να αναλύσουμε περισσότερο την έννοια της αυτονομίας των γυναικών, μπορούμε να πούμε ότι ως έννοια, περιλαμβάνει ένα θετικό και ένα αρνητικό δικαίωμα. Το θετικό δικαίωμα που αναγνωρίζεται στην προκειμένη περίπτωση στη γυναίκα, είναι η απάντηση στο αίτημά της για ιατρική παρέμβαση. Αρνητικό δικαίωμα από την άλλη πλευρά, αποτελεί η επιθυμία της να αρνηθεί μια ιατρική πράξη. Αναφορικά με το αρνητικό δικαίωμα δεν προκύπτει κάποιος προβληματισμός. Ωστόσο το θετικό δικαίωμα για παροχή μιας ιατρικής πράξης απαιτεί στάθμιση. Αυτό που τελικά γίνεται αποδεκτό είναι η επικράτηση της υποχρέωσης του ιατρού να μην βλάψει τον ασθενή με μια μη αναγκαία χειρουργική πράξη, έναντι της υποχρέωσης του να βοηθήσει τον ασθενή παρέχοντάς του την ιατρική διαδικασία που επιθυμεί (58, 59, 60).

Από τη στιγμή που οι έρευνες ακόμα δεν έχουν καταδείξει ασφαλή συμπεράσματα για τα ρίσκα και τους κινδύνους που ενέχει η χειρουργική επέμβαση κατά τη γέννα, ούτε έχει αποδειχτεί η καισαρική τομή ασφαλέστερη μέθοδος έναντι της κολπικής γέννας, η βασική ηθική αρχή στην οποία οι ιατροί έχουν την υποχρέωση να υπακούουν κυρίως όταν προσφέρουν επιλογές, είναι αυτή της μη βλάβης και όχι της αυτονομίας (61).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η εφαρμογή των αρχών της βιοηθικής για την ανάλυση των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των εμπλεκόμενων μελών κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης, μας βοηθάει να αντιληφθούμε τα εξής. Στο πλαίσιο της ωφέλειας και της μη βλάβης, η καισαρική τομή κατόπιν επιθυμίας της μητέρας δεν μπορεί να ειπωθεί ως η

ασφαλέστερη επιλογή. Υπό το πρίσμα της αυτονομίας, οι ανησυχίες για επιρροές στην επιλογή της μητέρας καταδεικνύουν άρνηση της μεθόδου των καισαρικών. Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η κολπική γέννα πρέπει να παραμείνει ως ένα δεδομένο στην ιατρική φροντίδα για τις εγκυμοσύνες χωρίς επιπλοκές (58).

Ταυτόχρονα, υπάρχει και η άποψη ότι, εάν μια γυναίκα, χωρίς ιατρικό λόγο ζητάει μια καισαρική τομή, κατόπιν διαλόγου για τα υπέρ και τα κατά της ιατρικής πράξης που προωθεί την ενήμερη συγκατάθεσή της και επιμένει στην αντίληψη για το συμφέρον της ίδιας και του εμβρύου να υποβληθεί σε χειρουργείο, τότε θα προωθήσει ο ιατρός τη συνολική υγεία της υποστηρίζοντας τελικώς την επιθυμία της (62).

## 7. ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Το παρόν κεφάλαιο, εξετάζει την ηθική των καισαρικών τομών με απαίτηση της μητέρας υπό το πρίσμα μιας φεμινιστικής κριτικής. Αφετηρία της προβληματικής αυτής αποτελεί κυρίως η επίσημη θέση του «Αμερικανικού Κολεγίου μαιευτήρων και γυναικολόγων» που στο όνομα της αυτονομίας, υπερασπίζεται την καισαρική όταν οι γυναίκες το επιλέγουν (63). Υποστηρίζεται ότι η ιατροκοποίηση της γέννας αντανάκλα σεξιστική προκατάληψη αναφορικά με τις απόψεις της γυναίκας για το σώμα. Η ενήμερη συγκατάθεση των γυναικών προτείνεται στο πλαίσιο αποκάλυψης των σεξιστικών θεμελίων του ιατρικού μοντέλου της γέννας, καθώς και των συνεπειών του στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, εκφράζεται ανησυχία στην περίπτωση τυποποίησης των καισαρικών τομών ως μια επιλογή διαθέσιμη για όλες τις εγκύους και συζητούνται τα αποτελέσματα από αυτή την εξομάλυνση. Συνάμα προτείνεται μια προσπάθεια αποϊατροκοποίησης των φυσικών λειτουργιών του σώματος όπως είναι η εγκυμοσύνη και η γέννα.

Η Veronique Bergeron στο άρθρο της “The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists’ position on patient choice surgery” τάσσεται κατά της ομαλοποίησης των καισαρικών τομών με αίτημα της μητέρας. Πιστεύει ότι πρόκειται για άλλη μία πρακτική των ιατρικών παρεμβάσεων στον ιδιωτικό χώρο της γυναίκας και του εμβρύου, που οδηγεί στην ιατροκοποίηση της γέννας (64).

Σκοπός της συζήτησης αυτής είναι να αποκαλυφθούν οι διακρίσεις σε βάρος του φύλου που υπονοεί η θεμελίωση της ηθικότητας των καισαρικών στην αυτονομία των ασθενών. Το επιχείρημα για την ανηθικότητα της εξομάλυνσης των καισαρικών τομών με αίτημα της μητέρας ως μια επιλογή ανάλογη με αυτή της κολπικής γέννας, μπορεί να στοιχειοθετηθεί στη βάση την ανάλυση της ιατροκοποίησης κατά την φεμινιστική άποψη και της

έννοιας της αυτονομίας. Προς την ίδια κατεύθυνση συμβάλλει και η αναφορά στο φιλελευθερισμό, όπου η έμφαση στην αυτονομία και στις ατομικές ελευθερίες δικαιολογούν την ηθικότητα καθιέρωσης των καισαρικών ως μια δυνατότητα των γυναικών. Συνάμα, κεντρική θέση ενέχει και η έννοια της επιλογής “choice”, ως κοινωνική κατασκευή.

Σύμφωνα λοιπόν με τη φεμινιστική κριτική, οι καισαρικές τομές με επιλογή της μητέρας αποτελούν στην ουσία ένα «όχημα» για περαιτέρω κοινωνικές διακρίσεις με βάση το φύλο και όχι μια απόλυτα ελεύθερη επιλογή, προϊόν αυτονομίας. Μπορεί οι γυναίκες να βλέπουν τις καισαρικές ως μια τους νίκη, όμως πρόκειται για διαδικασίες που δεν βρίσκονται σε αντιστοιχία με τις πραγματικές τους προτεραιότητες και στόχους. Με την τοποθέτηση της καισαρικής στο ευρύτερο πλαίσιο των ιατρικών παρεμβάσεων στη γέννα, διαφαίνονται τα πρότυπα δύναμης και εξουσίας που κυριαρχούν. Υπάρχει μία σειρά από εξωτερικές παρεμβάσεις στη φυσική διαδικασία της γέννας που καταλήγουν να αποδίδουν στο σώμα ρόλο μηχανής.

Αυτή ακριβώς η επίκληση στην αυτονομία των γυναικών, που επικαλύπτει την καταπίεση που μπορεί να επιφέρει στις ίδιες τις γυναίκες το ιατρικό μοντέλο της γέννας, παρακινεί σε μια προσπάθεια να υιοθετηθεί μια προσέγγιση της γέννας από την οπτική μιας γυναίκας. Η «γυναικεία φωνή» που αγνοείται μπορεί να υποδείξει μια «οικολογική» κατανόηση του σώματος.

Με ποιο τρόπο όμως το ιατρικό επάγγελμα αποκαλύπτει ένα σύνολο από σεξιστικές αντιλήψεις; Αυτό διαφαίνεται με την πρακτική που ακολουθεί η οποία ονομάζεται «ιατροποίηση». Η ανθρώπινη ύπαρξη προσδιορίζεται με όρους υγείας και αρρώστιας. Φτιάχεται έτσι μια κλίμακα από το φυσιολογικό (normal) έως την παθολογία. Έτσι καταλήγει μια καθαρά φυσική και γυναικεία διαδικασία όπως η γέννα να εντάσσεται στην κλίμακα των ασθενειών και να εμφανίζεται ως παθολογία.

Αποτέλεσμα αυτής της ιατροποίησης είναι, τύποι κοινωνικής παρέκκλισης που πριν δεν είχαν καμία συσχέτιση με την κλινική, την ιατρική σφαίρα, τώρα να κατανοούνται ως αρρώστιες (π.χ. κατάθλιψη, αλκοολισμός). Παρόμοια, η εγκυμοσύνη, ο φόβος και ο πόνος που τη συνοδεύουν, γίνονται αντιληπτά ως προβλήματα που απαιτούν ιατρική λύση από κάποιο ειδικό, παρά ως φυσικές διαδικασίες για τις οποίες οι γυναίκες είναι βιολογικά και φυσιολογικά προετοιμασμένες. Έτσι οι γυναίκες αντιμετωπίζονται ως θύματα

και οι ίδιες βλέπουν τη γέννα ως μια ευθύνη από την οποία πρέπει να απελευθερωθούν. Κάτω από αυτό το πρίσμα, διαφοροποιείται η έννοια της εγκυμοσύνης, συντελούνται κοινωνικές αλλαγές και οι γυναίκες καλούνται να ασκήσουν την απεριόριστη αυτονομία τους μέσα σε ένα περιορισμένο πλαίσιο επιλογών καθορισμένο γι' αυτές από το ιατρικό επάγγελμα.

Είναι αναγκαία λοιπόν η αναφορά στη φεμινιστική κριτική όταν μελετάται η ηθική της ομαλοποίησης των καισαρικών, ώστε να αναδεικνύεται η αλληλεπίδραση μεταξύ των προκαταλήψεων με βάση το φύλο στην κοινωνία και των προκαταλήψεων που χαρακτηρίζουν την ιατρική πρακτική. Αν και το ιατρικό επάγγελμα αρνείται τον αντίκτυπο που μπορεί να έχει η προσέγγιση της γέννας με ιατρικούς όρους, η φεμινιστική κριτική κάνει λόγο για μείωση του βαθμού εμπιστοσύνης που η κοινωνία δείχνει στις γυναίκες αλλά και οι ίδιες στο σώμα τους για μια επιτυχημένη γέννα.

Σε μια έρευνα των παραγόντων που ευθύνονται για την αύξηση των καισαρικών, παρατηρήθηκε ότι τα περισσότερα χειρουργεία λαμβάνουν χώρα κυρίως ημέρα Παρασκευή και μεταξύ 6 το πρωί με 6 το απόγευμα. Η έρευνα αναγνωρίζει σημαντική ευθύνη στα κίνητρα των γιατρών, στην επιδίωξη τους για άνεση και ευκολία (convenience).

Μια κριτική ανάλυση της θέσης του Αμερικανικού Κολεγίου Μαιευτήρων, Γυναικολόγων, μας δείχνει, ότι παρόλο που αναφέρονται και οι τέσσερις ηθικές αρχές στον κώδικά τους, επί της ουσίας γίνεται χρήση κυρίως της αρχής της αυτονομίας και έτσι δικαιολογείται ως ηθική η εκτέλεση καισαρικής με επιλογή της μητέρας. Αναφερόμενος στην αυτονομία, έτσι όπως την επικαλείται το Αμερικανικό Κολέγιο, μπορεί κανείς να μιλήσει με όρους φεμινισμού για μία πλάνη στην οποία έχουν υποπέσει οι γυναίκες. Από τη στιγμή που δεν γίνονται φανερά στις γυναίκες τα σεξιστικά υπονοούμενα που κρύβουν οι παρεμβάσεις στη διαδικασία της γέννας, δεν μπορούμε να κάνουμε λόγο για ενήμερη συγκατάθεση και ελευθερία επιλογής.

Με άλλα λόγια, προκειμένου οι γυναίκες να είναι σε θέση να επιλέξουν και αυτό να αποτελεί ατομική καθαρά επιλογή, προτείνεται η πληροφόρησή τους για τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία επιδρά στην κατασκευή και επιβολή κυρίαρχων ηθών. Είναι αναγκαία η κατανόηση από μέρους των γυναικών, ότι η επιλογή τους αντανακλά τη θέαση της γέννας και της ανατροφής των παιδιών ως εμπόδιο από την κοινωνία. Μόνο μέσα από

την αναγνώριση ότι η διαδικασία της γέννας είναι πλέον σύμφωνη με το ευρύτερο καπιταλιστικό πνεύμα και όχι σε αντιστοιχία με τα ενδιαφέροντα των γυναικών, μπορούμε να επιδιώξουμε να μελετήσουμε την ηθική των καισαρικών με επιλογή της μητέρας. Μέσα από το θεωρητικό πλαίσιο της κοινωνικής κατασκευής διαφαίνεται ότι σε όλες αυτές τις αλλαγές, από την κοιλιακή γέννα έως την υποχρεωτική καισαρική τομή, οι γυναίκες έχουν παθητικό ρόλο, σαν να βρίσκονται υπό την επήρεια «αναισθησίας».

Η Carol Gilligan, στο βιβλίο της "In a different voice", διακρίνει δύο διαφορετικούς τρόπους σκέψης και κατανόησης της ηθικότητας. Την ηθική της φροντίδας ή αλλιώς της ευθύνης που συναντάται στις γυναίκες και την ηθική των δικαιωμάτων ή της δικαιοσύνης που διακρίνει στους άνδρες. Πιο συγκεκριμένα, η Gilligan αναφέρει ότι η αντίληψη για την ηθική είναι αλληλένδετη με την αντίληψη που έχουμε για τον εαυτό μας και τη σχέση του με τους άλλους. Εστιάζοντας η Gilligan στους δύο αυτούς τρόπους σκέψης, θέλησε να αναδείξει ένα πρόβλημα ερμηνείας μεταξύ των δύο φύλων.

Αντίθετα λοιπόν με άλλες φεμινιστικές απόψεις που επιμένουν στο ότι δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ γυναικών και ανδρών, η ίδια διατυπώνει την άποψη ότι η αρρενωπότητα προσδιορίζεται μέσω του αποχωρισμού ενώ η θηλυκότητα μέσα από το δέσιμο (65). Αναφορικά με το πώς αυτές οι διαφορές εξηγούνται, η Gilligan τις δικαιολογεί μέσα από τους ρόλους των δύο φύλων στην οικογένεια. Η σχέση της μητέρας με το παιδί μπορεί να αναπαράγει το ρόλο του άνδρα ή της γυναίκας.

Η Virginia A. Sharpe με τη σειρά της, στο άρθρο "Justice and care: the implications of the Kohlberg- Gilligan debate for medical ethics" εξετάζει πως οι προσανατολισμοί της φροντίδας και της δικαιοσύνης λειτουργούν στη θεωρία της ιατρικής ηθικής (66). Αναδεικνύεται ότι η παραδοσιακή ηθική της δικαιοσύνης, η σχετιζόμενη με την αρρενωπότητα είναι η κυρίαρχη στην φιλελεύθερη πολιτική θεωρία.

Η επιμονή για ενήμερη συγκατάθεση των γυναικών απαντά στη βιβλιογραφία όπου η επιλογή για καισαρική σχετίζεται αποκλειστικά με το ρίσκο της εγχείρησης και σπάνια με τα υπονοούμενα σε βάρος του γυναικείου φύλου. Ο πόνος και η μη προβλεψιμότητα, οδηγεί τις γυναίκες στο να γίνονται υπέρμαχοι της επιλογής. Όπως πολλές μητέρες ομολογούν, μοναδικό τους



κριτήριο αποτελεί, να φτάσουν στο τέλος της εγκυμοσύνης με υγεία και με ένα υγιές μωρό (27).

Οι εμπειρίες των γυναικών από την εγκυμοσύνη, τη γέννα και το σύστημα υγείας επηρεάζονται έως ένα βαθμό από την ιατροποίηση της γέννας που επικρατεί. Για πολλές γυναίκες η εμπειρία της κολπικής γέννας συγκαταλέγεται ανάμεσα στις πιο ικανοποιητικές, υπέροχες στιγμές, ολόκληρης της ζωής τους. Άλλες πάλι θεωρούν τη γέννα ως το χειρότερο πράγμα που τους συνέβη ποτέ: Μια εμπειρία που συνεπάγεται πόνο, φόβο, μοναξιά, ίσως και μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες (67). Με τη μέθοδο της ιστορικής ανάλυσης, μελέτες παρουσιάζουν πώς η ιατροποίηση επηρέασε με το χρόνο τις απόψεις των γυναικών για το σώμα, τη σχέση τους με τη φύση και τον ίδιο τους τον εαυτό.

Το πατριαρχικό μοντέλο αντιλαμβάνεται τις γυναίκες ως μη φυσιολογικές, ως θύματα του αναπαραγωγικού τους συστήματος και των ορμονών. Η εγκυμοσύνη προσδιορίζεται ως εγγενής παθολογία, ένα βιολογικό ελάττωμα, που τις κρατά στενά συνδεδεμένες με τη φύση (68). Κατά συνέπεια, οι γυναίκες προκειμένου να διαφοροποιηθούν από αυτή την κοινωνική θέση, αντιστέκονται σε ότι τους ενώνει με τη μητέρα φύση, και αρνούνται τον φυσιολογικό τοκετό σε μια προσπάθεια να διατηρήσουν το σώμα τους ως ιδανικό πολιτισμικό σύμβολο (69).

Πιο συγκεκριμένα, οι απόψεις για το σώμα στην ιατρική επιστήμη διαφοροποιούνται ανάλογα με το μοντέλο ιατρικής φροντίδας που ακολουθείται στο σύστημα υγείας. Το τεχνοκρατικό μοντέλο, τονίζει τη διάκριση σώματος – νου και βλέπει το σώμα ως μηχανή. Το ανθρωπιστικό μοντέλο από την άλλη πλευρά, δίνει έμφαση στη διασύνδεση σώματος- νου και προσδιορίζει το σώμα ως οργανισμό. Το ολιστικό μοντέλο τέλος, εμμένει στη μοναδικότητα του σώματος και του πνεύματος και αντιμετωπίζει το σώμα ως πεδίο συνεχόμενων αλληλεπιδράσεων (70). Τα τρία αυτά παραδείγματα της ιατρικής φροντίδας ασκούν επιρροή στη θέαση της γέννας στο βαθμό που γίνεται λόγος για ιδεολογική ηγεμονία του τεχνοκρατικού μοντέλου στο μέλλον (71).

Στην Ολλανδία το σύστημα υγείας παρουσιάζει διαφοροποιήσεις. Ο αριθμός τοκετών στο σπίτι είναι ιδιαίτερα υψηλός ενώ το ποσοστό ιατρικών παρεμβάσεων στην εγκυμοσύνη και στη γέννα είναι χαμηλό. Η ιατροποίηση

συχνά δέχεται κριτική λόγω της αυξημένης εξάρτησης που δημιουργεί από το ιατρικό σύστημα, είναι παρούσα στη χώρα αλλά λιγότερο εμφανή στις πρακτικές των ανεξάρτητων μαιών σε σύγκριση με τις νοσοκομειακές πολιτικές (72).

Σίγουρα το να πειστούν οι γυναίκες για το ότι η επιλογή τους για καισαρική τομή δεν είναι αυτόνομη αλλά υπονοεί κοινωνικές διακρίσεις σε βάρος του φύλου τους, δεν αποτελεί εύκολο εγχείρημα. Για να διαφυλαχτεί το δικαίωμα όσων γυναικών αναζητούν χειρουργική λύση, προτείνεται να μην εξαλειφθεί η καισαρική από τις διαθέσιμες επιλογές τους, αλλά και να μην καθιερωθεί να αντιμετωπίζεται ως μέτρο κατ' εξαίρεση. Ίσως η λύση της αποιατρικοποίησης της γέννας δοθεί ευκολότερα, μέσα από μια έρευνα για το κόστος της καθιέρωσης των καισαρικών τομών σε μια εποχή μάλιστα, που η μειωμένη εξάρτησή μας από το σύστημα υγείας κρίνεται επιτακτική, λόγω των οικονομικών δυσχερειών των ασφαλιστικών ταμείων.

Για τις γυναίκες, τις οικογένειες τους και τους επαγγελματίες υγείας η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί γεγονός με βαθύ νόημα. Ως μια πολυδιάστατη εμπειρία της ζωής, η σημασία και ο συμβολισμός της επηρεάζει κάθε κοινωνία. Γύρω από κάθε ιστορικό, κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο, η γέννα ως δυναμικό στοιχείο αναδεικνύεται ως κάτι παραπάνω από ένα απλό ιατρικό γεγονός. Εάν οι γυναίκες αποφεύγουν τη φυσιολογική γέννα και επιλέγουν την εγχείρηση, ίσως δείχνει κάτι πιο σημαντικό. Αναδεικνύει την αδυναμία της ιατρικής και της σύγχρονης κοινωνίας γενικότερα, να κατανοήσει τις αδυναμίες των γυναικών και να τις βοηθήσει να διαχειριστούν τον πόνο και το φόβο. Ίσως ο συνδυασμός στοιχείων και από τα τρία μοντέλα ιατρικής, να έδινε την ευκαιρία στους επαγγελματίες υγείας να βοηθήσουν προς αυτή την κατεύθυνση.

## **8. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΗΜΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΚΑΤΟΠΙΝ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ.**

Αναφορικά με την επίσημη άποψη φορέων, θα πρέπει να αναφερθούμε ιδιαίτερα στην άποψη της επιτροπής του «Αμερικανικού Κολεγίου Μαιευτήρων και γυναικολόγων». Πιο συγκεκριμένα, με την υπ' αριθ 394 απόφαση, η επιτροπή ορίζει ως τοκετό με καισαρική σύμφωνα με αίτημα της μητέρας, την αρχική γέννα με καισαρική τομή με απαίτηση της μητέρας με απουσία κάποιας ιατρικής ή γυναικολογικής ένδειξης (63). Στην ίδια απόφαση, αναφέρονται τα πιθανά οφέλη και ρίσκα από μια τέτοια πρακτική. Σε άλλο σημείο δηλώνεται το όριο των 39 εβδομάδων κύησης που θα πρέπει να ολοκληρωθεί, για την εκτέλεση της εγχείρησης. Η επιτροπή καταλήγει ότι δεν συνιστάται η καισαρική για όλες τις γυναίκες και ιδίως για αυτές που επιθυμούν να αποκτήσουν πολλά παιδιά. Ωστόσο η απόφαση δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι λειτουργεί αποτρεπτικά.

Σε άλλη απόφασή της η επιτροπή για την χειρουργική επέμβαση με επιλογή του ασθενή, κάνει λόγο για τη διαδικασία της απόφασης ώστε αυτή να κρίνεται ηθική. Ως προϋπόθεση λοιπόν για μια ηθική απόφαση αναγνωρίζεται η αυτονομία του ασθενή και η παροχή σ' αυτόν των σωστών πληροφοριών. Παρόλα αυτά, για την περιγραφή μιας τέτοιας διαδικασίας που καταλήγει σε μία ηθική αυτόνομη απόφαση του ασθενή, χρησιμοποιείται μόνο το παράδειγμα της γέννας με καισαρική τομή (73). Σε ακόμα πιο πρόσφατη ανακοίνωση, δηλώνεται ότι εάν ο γιατρός πιστεύει ότι η καισαρική προάγει την συνολική υγεία της μητέρας και του εμβρύου περισσότερο από την κολπική γέννα, τότε είναι ηθικά δικαιολογημένος για την εκτέλεση της διαδικασίας (74, 62).

Συνάμα η επιτροπή ACOG κάνει σαφές ότι όταν η αυτονομία του ασθενούς και η αρχή της ωφέλειας/ μη βλάβης συγκρούονται, τότε ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί μια θεραπεία που δεν επιθυμεί αλλά δεν έχει το

δικαίωμα να απαιτήσει μια θεραπεία που ο ιατρός κρίνει επικίνδυνη (73). Ο πρόεδρος της επιτροπής έχει υποστηρίξει επίσης, ότι για το μωρό οι κίνδυνοι είναι περισσότεροι κατά την φυσιολογική γέννα σε σύγκριση με την καισαρική. Στην ίδια δήλωση εκφράζει την άποψή του και για την μητέρα. Πιστεύει ότι οι άμεσοι κίνδυνοι κατά την καισαρική τομή είναι λίγο υψηλότεροι, όμως μακροπρόθεσμα διατρέχει περισσότερα ρίσκα η μητέρα που γέννησε φυσιολογικά από την μητέρα που υποβλήθηκε σε χειρουργείο (75).

Από την άλλη πλευρά, ο Σύλλογος μαιών του Καναδά, σε επίσημη ανακοίνωσή του δηλώνει ότι ο κοιλιακός τοκετός είναι ξεκάθαρα ο ασφαλέστερος για τις περισσότερες μητέρες και τα παιδιά τους. Ενημερώνει μάλιστα ότι η καισαρική τομή μετά από αίτημα της μητέρας θα έχει καταστροφικές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες για την υγεία διεθνώς. Και πιο συγκεκριμένα υποστηρίζει ότι η κοιλιακή γέννα δεν θα έπρεπε καν να αποτελεί «επιλογή». Πρόκειται για μια φυσιολογική διαδικασία που απαιτεί σεβασμό. Η ανακοίνωση τελειώνει με τη διαπίστωση ότι το να προσφέρεται σε όλες τις γυναίκες η επιλογή της καισαρικής δεν αποτελεί ούτε ασφαλή ούτε ηθική πρακτική (76).

Με τη σειρά της η κοινότητα μαιευτήρων και γυναικολόγων του Καναδά (SOGC), προωθεί τη φυσική γέννα και πιστεύει ότι η χειρουργική μέθοδος θα πρέπει να λαμβάνει χώρα μόνο εάν υπάρχει σοβαρός ιατρικός λόγος. Επειδή όμως δεν συμφωνούν όλα τα μέλη της ιατρικής κοινότητας με αυτή την ανακοίνωση, εάν μια γυναίκα επιμένει στην απόφασή της για καισαρική, είναι πιθανό να μπορέσει να βρει άλλο γιατρό ο οποίος θα συναινέσει να υποβληθεί αυτή σε χειρουργείο (27).

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής – FIGO το 1998 με την έκθεσή της «Ethical Aspects of Caesarean Delivery for Non-Medical Reasons» (24) επισημαίνει ότι οι ιατροί δεν είναι υποχρεωμένοι να εκτελέσουν οποιαδήποτε παρέμβαση εάν δεν συντρέχει ιατρικός λόγος. Άλλωστε έχουν την ηθική ευθύνη να διανέμουν σοφά τους πόρους που έχουν στη διάθεση τους για το καλό της κοινωνίας, δίχως σπατάλες σε ιατρικές πρακτικές που δεν αποβαίνουν ξεκάθαρα όφελος της υγείας των ασθενών. Στην ίδια έκθεση ορίζεται η κοιλιακή γέννα ως η ασφαλέστερη για τη μητέρα και το παιδί, ενώ ανησυχία εκφράζεται για την εισαγωγή μιας τεχνητής μορφής τοκετού στη θέση της φυσικής γέννας. Παράλληλα διευκρινίζεται ο ρόλος του

ιατρού, ως αποκλειστικά υπεύθυνου να ενημερώνει στα πλαίσια συμβουλευτικής τη μητέρα. Σε κάθε περίπτωση, η εκτέλεση καισαρικών τομών χωρίς ιατρικό λόγο δεν νομιμοποιείται και κρίνεται ανήθικη λόγω της έλλειψης δεδομένων που να δείχνουν τα σαφή ξεκάθαρα οφέλη της μεθόδου αυτής έναντι της κολπικής γέννας (77).

Τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών – NIH υποστηρίζουν ότι η επιλογή της καισαρικής λόγω επιθυμίας της μητέρας μόνο, χωρίς να συντρέχει άλλη αιτία, δεν πρέπει να ενθαρρύνεται ή να προωθείται από τους μαιευτήρες. Στις περιπτώσεις που μια γυναίκα επιμένει στην επιλογή αυτή, τότε είναι απαραίτητο ο γιατρός να εξηγεί με κάθε λεπτομέρεια τα υπέρ και τα κατά, τους κινδύνους για το παιδί και τη μητέρα της κάθε μεθόδου. Επιπρόσθετα, για τις γυναίκες που προγραμματίζουν να κάνουν περισσότερα από 2 παιδιά, δεν συνιστάται να επιλέγουν την καισαρική, διότι μια προηγούμενη τομή αυξάνει τον κίνδυνο για προβλήματα στις μελλοντικές εγκυμοσύνες (37).

Σύμφωνα με την Mervi Jokinen, εκπρόσωπο του Συλλόγου Μαιών στη Βρετανία η καισαρική τομή κατόπιν αιτήματος της μητέρας, είναι μια επέμβαση που επηρεάζει και τη μητέρα και το παιδί. Η απόφαση δεν θα πρέπει να λαμβάνεται εύκολα και θα πρέπει να βασίζεται σε ουσιαστικούς ιατρικούς λόγους. Στο ίδιο πλαίσιο, το Διεθνές Δίκτυο Ενημέρωσης για την Καισαρική – ICAN δηλώνει ότι τάσσεται ενάντια στις καισαρικές τομές που εκτελούνται χωρίς πραγματικό ιατρικό λόγο. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι η επιλεκτική καισαρική τομή θέτει σε κίνδυνο τόσο τη μητέρα όσο και το βρέφος, κάνοντας χρήση πολύτιμων και περιορισμένων πηγών. Η καισαρική τομή έχει αρνητικές ψυχολογικές και οικονομικές συνέπειες για την οικογένεια και επιπροσθέτως μεγιστοποιεί τους κινδύνους για τις μελλοντικές εγκυμοσύνες (38).

Η γνώμη των γυναικολόγων μαιευτήρων, όπως αποκαλύπτεται μέσα από έρευνες, κρίνεται αναγκαία για την μελέτη της καισαρικής με επιλογή του ασθενή. Με ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις οι γιατροί εξέφρασαν την άποψή τους στο Maine των Ηνωμένων Πολιτειών. Συμπερασματικά, οι περισσότεροι απάντησαν θετικά στο εάν θα επιθυμούσαν να εκτελέσουν καισαρική τομή για κάποιο ασθενή που το έχει επιλέξει χωρίς

την ένδειξη ιατρικού παράγοντα, ενώ λιγότεροι ήταν αυτοί που θα επέλεγαν αυτή την πρακτική για τους ίδιους (78).

Ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και στα πλαίσια ανάλογης έρευνας, στα μέλη του Αμερικανικού Κολεγίου Μαιευτήρων Γυναικολόγων. Με τις απαντήσεις τους, διαπίστωναν περισσότερους κινδύνους παρά οφέλη στην καισαρική με αίτημα της μητέρας και παραδέχονταν την αυξημένη ζήτηση αυτής της μορφής γέννας, μέσα από τις πρακτικές τους (79). Στη Βραζιλία η έρευνα που εκπονήθηκε για την ύπαρξη «κουλτούρας» καισαρικών που να υποδεικνύει προτίμηση προς αυτή την κατεύθυνση, έκανε φανερό ότι οι τρέχουσες συνθήκες της γέννας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τις μητέρες που ζητούν εγχείρηση. Η επιθυμία για καισαρική, έδειξε η ανάλυση, εκφράζεται στο διάστημα που παρεμβάλλεται μεταξύ της εισαγωγής στο νοσοκομείο και του τοκετού (80).

Η επιτροπή για την εξάλειψη των διακρίσεων σε βάρος των γυναικών των Ηνωμένων Εθνών – CEDAW, σε αναφορά της το 2002 στην Ελλάδα, σχολιάζει το ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό των καισαρικών τομών που διενεργούνται και καταλήγει σε συστάσεις προς την χώρα για την επιβολή προγραμμάτων ευαισθητοποίησης υπέρ της φυσιολογικής γέννας, προκειμένου να μειωθεί το ποσοστό (81), την ίδια στιγμή που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει μόνο το 5-15% των γεννήσεων σε κάθε χώρα να πραγματοποιείται με τη μέθοδο της καισαρικής (4).

## 9. ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι γεγονός ότι τα στοιχεία που έχουμε στη διάθεσή μας δεν επαρκούν, για να σταθμίσουμε τους κινδύνους και τα οφέλη της φυσιολογικής γέννας σε σύγκριση με την καισαρική τομή. Μέχρι να τα αποκτήσουμε, η απόφαση θα πρέπει να λαμβάνεται εξατομικευμένα, με μεγάλη προσοχή και με συνέπεια προς όλες τις ηθικές αρχές. Προκειμένου να αποφύγουμε τη δημιουργία μιας καταναλωτικής σχέσης, δεν θα πρέπει στις συνειδήσεις των γυναικών και ιατρών η κολπική γέννα να συνδέεται απλά με μία διαθέσιμη επιλογή ανάμεσα σε ένα «μενού» επιλογών. Απαιτείται η καθιέρωση της κολπικής γέννας ως μια υψηλά ανεπτυγμένης και συνάμα περίπλοκης φυσιολογικής διαδικασίας που αξίζει το σεβασμό όλων.

Η αυξητική τάση προς την καισαρική τομή που παρατηρείται επιβάλλει τον προσδιορισμό εκ νέου και την αξιολόγηση της επίδρασης των ψυχολογικών αλλά και κοινωνικών παραγόντων που οδηγούν τον ιατρό, από κοινού με την μέλλουσα μητέρα στη λήψη απόφασης για τη διενέργεια καισαρικής τομής. Η απουσία συστηματικής καταγραφής του ποσοστού των καισαρικών κατόπιν αιτήματος της μητέρας θα μπορέσει να αποδείξει ότι αποτελεί ένα θέμα όχι μόνο υγειονομικού ενδιαφέροντος αλλά και κοινωνικοπολιτικού και βιοηθικού, επηρεάζοντας άμεσα εκτός από τις ίδιες τις μητέρες και τα νεογνά, τα ασφαλιστικά ταμεία, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας αλλά και την κοινωνία εν γένει, καθώς μέρος του πλέον παραγωγικού κομματιού της υποβάλλεται σε χειρουργικές επεμβάσεις.

Προσπάθειες απαιτούνται ώστε οι μητέρες να λαμβάνουν την καλύτερη ενημέρωση, να έχουν στη διάθεσή τους πραγματικές επιλογές με στόχο την εξάλειψη της κουλτούρας του φόβου που επικρατεί γύρω από τη γέννα. Η γέννηση ενός παιδιού θα πρέπει να σηματοδοτεί χαρά, ικανοποίηση και αυτό είναι που πρέπει να διαφυλαχτεί. Πρακτικά, σε κάθε αίθουσα αναμονής θα πρέπει να βρίσκονται φυλλάδια που θα ενημερώνουν τις

γυναίκες για τον τοκετό και θα τις παροτρύνουν να λαμβάνουν τη σχετική εκπαίδευση (82).

Ο Σύλλογος Birth Choices δημιούργησε ένα πλάνο τοκετού για να μπορούν οι μέλλοντες γονείς να το μελετήσουν και να καταλήξουν στον τρόπο με τον οποίο επιθυμούν να φέρουν στον κόσμο το παιδί τους. Υπάρχουν συγκεκριμένα ερωτήματα που μπορούν οι γονείς να θέσουν στο γιατρό, στη μαία, στην κλινική ή στο νοσοκομείο για τον τοκετό, το θηλασμό και τη λοχεία με σκοπό να επιτευχθεί ένας ασφαλής φυσικός τοκετός, καθώς και επιτυχής θηλασμός που θα στοχεύει όχι μόνο στη σωματική και τη συναισθηματική υγεία της μητέρας, αλλά και του παιδιού. Αντίστοιχα, στο εξωτερικό χρησιμοποιούνται από κάποια νοσοκομεία λεπτομερείς φόρμες ενήμερης συγκατάθεσης (83). (Βλέπε Παράρτημα)

Δικαιολογημένες είναι και οι ανησυχίες για τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από τη συνεχώς αυξανόμενη πίεση για καισαρικές από την πλευρά των γυναικών. Με γνώμονα το σεβασμό στην αυτονομία του ασθενή να επιλέγει, θα πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι η υπεράσπιση της επιλογής του ασθενή ενέχει την προσπάθεια για διατήρηση της κοιλιακής γέννας ως μια επιλογή. Εάν στενεύουν συνεχώς τα περιθώρια επιλογών των γυναικών, όπως στην περίπτωση όσων έχουν ήδη κάνει μια γέννα με καισαρική, τότε δεν μπορούμε να κάνουμε λόγο για ελεύθερη επιλογή (84).

Πέρα όμως από συγκεκριμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που μπορούμε συνεχώς να βρίσκουμε σε λίστες στην βιβλιογραφία, υπάρχει και κάτι το απροσμέτρητο μεταξύ των δύο μορφών γέννας. Δύσκολα μπορεί να μετρηθεί, να συγκριθεί, η χαρά του φυσιολογικού τοκετού που είναι μια γιορτή από μόνη της, με ένα χειρουργείο. Το αποτέλεσμα και στις δυο περιπτώσεις είναι το ίδιο, η απόκτηση ενός παιδιού, όμως σημασία έχει η πορεία, η διαδικασία για να φτάσουμε σε αυτό που επιθυμούμε. Από την άλλη πλευρά, δεν σημαίνει ότι όλες οι γυναίκες λόγω κάποιου ιατρικού λόγου υποβλήθηκαν σε καισαρική, θα πρέπει να αισθάνονται λιγότερο ικανές και θαρραλέες ή ανεπαρκείς. Άλλωστε σε κάθε περίπτωση, σκοπός είναι οι γυναίκες να αποφύγουν τον κοινωνικό έλεγχο και να επιλέγουν με βάση τις πραγματικά προσωπικές τους ανάγκες και όχι με βάση τις ανάγκες που τους έχουν επιβληθεί.



Η πρόσφατα δημοσιευμένη επιστημονική βιβλιογραφία φαίνεται να έρχεται σε διάσταση με την κλινική πραγματικότητα (85), γι' αυτό η στάση του ιατρού είναι κρίσιμη σχετικά με την απάντησή του στην επιθυμία του ασθενή. Από ηθικής σκοπιάς, θα πρέπει να λάβει υπόψη του τις ηθικές αρχές, να κινητοποιεί τον ασθενή να εργάζεται προς ένα υψηλότερο επίπεδο υγείας, να συζητά μαζί του τις επιλογές που έχει ο ασθενής στη διάθεσή του και να τον καθοδηγεί ώστε αυτός να μην χάνεται μέσα στον λαβύρινθο των πληροφοριών (86, 87).

Από την άλλη πλευρά, αναγκαία κρίνεται η δημιουργία κατάλληλου θεσμικού πλαισίου που να προστατεύει και να προωθεί την ελεύθερη επιλογή κάθε μητέρας, να σέβεται και να προάγει την απόφασή της. Πιο συγκεκριμένα, η γυναίκα θα πρέπει να βοηθηθεί ώστε να αντιμετωπίζει κατάλληλες συνθήκες στο χώρο της εργασίας της, τέτοιες που να της επιτρέπουν να γεννήσει φυσιολογικά, χωρίς το άγχος για προγραμματισμό.

Η ανάγκη για ενημέρωση και υποστήριξη αναφορικά με την κολπική γέννα είναι κάτι έκδηλο σε όλες τις αίθουσες τοκετού. Μια ανάγκη που θα μπορούσε να βρει απάντηση στην καθιέρωση του ιατρικού συμβούλου – συντονιστή για τα θέματα τοκετού. Ο ρόλος του συμβούλου θα μπορούσε να καλύψει τα κενά ενημέρωσης, να υποστηρίξει ψυχολογικά και να ενδυναμώσει, μακριά από τα όποια οικονομικά και άλλα προσωπικά οφέλη μπορούν να συνδέονται με τη θέση του ιατρού. Ο συντονιστής μπορεί να είναι αυτός που θα φροντίσει για μια διαδικασία λήψης απόφασης από πλευράς της μητέρας, σύμφωνη προς της αρχές της βιοηθικής.

Καθώς έρευνες αναδεικνύουν ως καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει την απόφαση της γυναίκας σχετικά με την καισαρική τομή, τις νοσοκομειακές πρακτικές και την στάση επαγγελματιών υγείας (μαίες, γυναικολόγοι) ο ρόλος του συντονιστή ως ένα τρίτο πρόσωπο, αναδεικνύεται ως επιτακτική ανάγκη. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο ή η ομάδα - με τη μορφή διεπιστημονικής επιτροπής για θέματα βιοηθικής – που αναλαμβάνει το συμβουλευτικό ρόλο στο νοσοκομείο, έχοντας λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση, κρατά ουδέτερη στάση και δεν είναι επικριτικός σχετικά με τις αποφάσεις της γυναίκας. Η συμβουλευτική στηρίζεται σε όρους εχεμύθειας και αντικειμενικότητας.

Η σημαντική διάσταση εδώ είναι η μη-κατευθυντικότητα του συμβούλου. Ο σύμβουλος από τη στιγμή που δεν συντρέχει κάποιος ιατρικός λόγος, δεν κατευθύνει τη γυναίκα προς την απόφαση για μια καισαρική τομή, αφού ο ίδιος είναι ελεύθερος από οικονομικούς εξαναγκασμούς, από το φόβο μηνύσεων και άλλους περιορισμούς που πιθανόν παρεμβαίνουν στην ιατρική πρακτική. Μπορεί με άλλα λόγια να ανατρέψει τη στάση των γυναικών απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, αφού ο ίδιος δεν συνδέεται άμεσα με την εκτέλεση της ιατρικής πράξης ή του χειρουργείου όπως ο ιατρός, και άρα δεν αποσκοπεί σε προσωπικά οφέλη από τον αυξημένο αριθμό των καισαρικών.

Συνάμα, σκόπιμη κρίνεται η προώθηση των δωρεάν μαθημάτων ανώδυνου τοκετού από νοσηλευτικά ιδρύματα και κλινικές, μαζί με την παροχή ενημερωτικού υλικού – εντύπων, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η τάση για συνεχή αύξηση των καισαρικών τομών χωρίς ιατρικό λόγο. Η καθημερινή πρακτική των μαιευτηρίων καλείται να αναπροσαρμοστεί αντίστοιχα, ώστε να μετατραπούν σε φιλικότερα ως προς μια επιλογή που θα αφορά τον φυσιολογικό τοκετό. Μέριμνα προς την ίδια κατεύθυνση, απαιτείται από το κράτος προκειμένου να ρυθμιστεί και η προβολή της καισαρικής από τα ΜΜΕ.

Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί ότι η καισαρική τομή κατόπιν αιτήματος της μητέρας κρίνεται ηθικά μη δικαιολογημένη στο βαθμό που δεν αποτελεί μια αυτόνομη επιλογή και με δεδομένη την έλλειψη ερευνών που να αποδεικνύουν ότι είναι ιατρικά ασφαλέστερη από τον φυσιολογικό τοκετό, για τη μητέρα και το παιδί.

Ο Γάλλος Μαιευτήρας Frederick Leboyer διαπιστώνει ότι: «Όσο πιο ήσυχο τοκετό έχει, τόσο πιο ήρεμος ενήλικας θα γίνει το παιδί. Το μεγαλύτερο ποσοστό των φόβων, των ανησυχιών και του άγχους μας έχουν τις ρίζες τους στο πόσο ήρεμα και χωρίς βιασύνη γεννηθήκαμε.»

## 11. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Tzevelekis F., Papadopoulos Ath., Tsalikis Tr., Stamatopoulos XP  
Cesarean section: Current trends. *Helen Obstet gynecol* 2008;20(2):139
2. Mantalenakis S. J. The evolution of cesarean section from 19th to 20th century. *Helen. Obstet. gynecol.* 2008;20(2):115
3. Τράκα Ντ. «Η ιατρική στη σύγχρονη Ελλάδα», *Αρχαιολογία και Τέχνες*, 2: 6
4. WHO – Care in Normal Birth: practical guide p. 4 World Health Organization Principles Care; The Essential Perinatal, Antenatal and Post-Partum Course *Birth Journal*, sept.2001;28(3)
5. Dinas K., Pantazis K., Loufopoulos A. Mechanism of normal labour *Helen Obstet gynecol* 2008;20(2):121
6. WHO/MSM/96.24
7. Ομιλία Μ. Odent στο Συνέδριο του Midwifery Today, Λονδίνο, Νοέμβριος 1997.
8. Klauss MH, Kennel JH, Robenson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986 Sep 6;293(6547):585.
9. Carter et al. Oxytocin, Behavioral Associations and Potential as a Salivary Biomarker . *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2007;1098:312.
10. Mavromatidis G., Vosnakis C., Stamatopoulos C. Induction of labour. *Helen Obstet Gynecol* 2008;20(2):127
11. Bidgood KA., Steer PJ. A randomized control study of oxytocin augmentation of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1987;94:512
12. Kulski JK., Smith M., Hartmann PE. Normal and caesarian section delivery and the initiation of lactation in women. *Aust J Exp Biol Med Sci.* 1981 Aug;59(4):405
13. Dykes F. Return to breastfeeding: a global priority. *British Journal of Midwifery*, 1997;5: 334

14. Zheng Qiao-ling, Zhang Xiao-mim. Analysis of 39 cases of maternal deaths caused by incorrect use of oxytocin. *Chin J Obstet Gynecol* 1994;29:317
15. Kone MB. Utilization de l' oxytocine dans les maternites de Bamako; resume des resultants d' enquete. *These en pharmacie*, 1994 (inedit) Bamako
16. Blume A, Bosch OJ, Miklos S et al. Oxytocin reduces anxiety via ERK1/2 activation: local effect within the rat hypothalamic paraventricular nucleus. *Eur J Neurosci* 2008;27:1947
17. Neumann ID. Brain oxytocin: a key regulator of emotional and social behaviours in both females and males. *J Neuroendocrinol* 2008;20:858.
18. Wsol A., A. Cudnoch-Jedrzejska, E. Szczepanska-Sadowska, S. Kowalewski, L. Puchalska. Oxytocin in the cardiovascular responses to stress. *Journal Of Physiology And Pharmacology* 2008;59(8):123
19. Meynen G., Unmehopa UA., Hofman MA., Swaab DF., Hoogendijk WJ. Hypothalamic oxytocin mRNA expression and melancholic depression. *Mol Psychiatry* 2007;12:118.
20. WHO: CDS INAS Bulletins; 1995-2003
21. Skalkidis Y., Petridou E., Papathoma E., Revinthi K., Tong D. & Trichopoulos D. Are operative delivery procedures in Greece socially conditioned? *International Journal for Quality in Health Care*, 1996;8:159.
22. Εφημερίδα «Καθημερινή» 2/9/2007
23. Mossialos E., Allin S., Karras K., Davaki K. An investigation of Caesarean section in three Greek hospitals. The impact of financial incentives and convenience. *The European Journal of Public Health*. 2005;15(3):288
24. FIGO Committee for Ethical Aspects of Reproduction and Women's Health: Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology. London:2003
25. Villar et all., Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *BMJ*, 335 (7628), 1025
26. Dubay L., Kaestner R. & Waidmann T. The Impact of Malpractice Fears on Cesarean Section Rates. *J Health Econ* 1999;18: 491.
27. Amy O'Brian. For and Against Birth by C-section. *The Vancouver Sun* 2005 21 November:c-1C
28. Tuteur Amy. C-section rates and its association with lawsuits. In *Malpractice*.

29. Laucius J. Older, heavier Mothers Responsible for Lump in C-section Births. *The Ottawa Citizen* 2007 25 July:C1
30. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of a literature. *Birth*. 2000 Dec;27(4):256
31. Christilaw J.E. Cesarean section by choice: Constructing a reproductive rights framework for the debate, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006;94:262
32. Ching Rosanna. Should women be able to choose caesarean section? *SAJOG*, May 2006;12(2)
33. Clement S. 1995. *The Caesarean experience*. London: Pandora: 26
34. Sara McAleese, Caesarean Section for Maternal Choice? *Midwifery Matters*, Spring 2000;84
35. Bernstein Peter. Elective Cesarean Section: An acceptable Alternative to Vaginal Delivery? *Medscape Ob/Gyn & Women's Health* 2002; posted 9/16/02
36. Munro S., Kornelsen J., Hutton E. Decision making in patient-initiated elective cesarean delivery: the influence of birth stories. *J Midwifery Womens Health*. 2009 Sep-Oct;54(5):373.
37. NIH "State of the Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request". *Obstet Gynecol* 2006;107: 1386
38. ICAN (2002). "Position Statement: Elective Cesarean Sections Riskier than Vaginal Birth"
39. Drs Feldman & Friedman. Prophylactic Cesarean Section at Term? *New England Journal of Medicine* 1985;312:1264
40. Gilliam M. Cesarean delivery on request: reproductive consequences. *Semin Perinatol*. 2006 Oct;30(5):257
41. Experts Say Cesarean Section Rates are Headed "Sky-High" *Ob.Gyn.News*, 2002, April1;Vol 37
42. Veatch, Robert M. Medical Codes and Oaths. *Encyclopedia of Bioethics* Edited by Warren T. Reich. New York: The Free Press, 1995;3(2):1419.
43. Buchanan A. Medical Paternalism. *Philosophy & Public Affairs*. Princeton University Press 1979;7:370
44. Χατζή Α., *Νομικός Πατερναλισμός, Ορθολογικότητα και Γνωστικοί Περιορισμοί*. Υπό δημοσίευση : Δικαιώματα του ανθρώπου

45. Beauchamp TL., Faden RR. Informed consent: II. Meaning and elements of informed consent. In: Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. rev ed. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995;3:1240.
46. Emanuel EJ., Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992 Apr 22-29;267(16):2221
47. Kant Immanuel. 1984 *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών*, μτφρ. Γιάννη Τζαβάρρα, εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα-Γιάννενα
48. Mill J. S. 1983 *Περί Ελευθερίας*, μτφρ. Νίκος Μπαλής, εκδ. Επίκουρος, Αθήνα
49. Beauchamp Tom and Faden Ruth R. 1986. *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford
50. Scoccia D., Paternalism and Respect for Autonomy: *Ethics* 100 eds The University of Chicago 1990:318
51. O'Neill, Onora. 2000. *Bounds of Justice*, Cambridge: Cambridge University Press
52. O'Neill, Onora. 2002. *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge
53. Savulescu Julian. Rational Desires and the Limitation of life- sustaining treatment, *Bioethics* 1994;8(3):191
54. Έκθεση: «Συναίνεση στη σχέση Ιατρού- Ασθενή» Εισηγητές : Τ. Βιδάλης, Α. Χάγερ- Θεωδορίδου, Συνεργασία: Γ. Μανιάτης , Θ. Παπαχρίστου
55. Syse A. Norway: valid (as opposed to informed) consent. *Lancet* 2000; 356:1347
56. Beauchamp Tom and Childress James F. 1979. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford
57. Agledahl KM., Forde R., Wifstad A. Choice is not the issue. The misrepresentation of healthcare in bioethical discourse. *J Med Ethics*. 2010 Dec 3
58. Nilstun T., et all. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by a principlist approach? *BMC Med Ethics*. 2008 Jun 17;9:11
59. Mahowald MB. Maternal – fetal conflict: positions and principles. *Clin Obstet Gynecol*. 1992 Dec; 35(4):729
60. Zulueta P. Elective caesarean section on request. Patients do not have right to impose their wishes at all cost. *BMJ*. 1999 Jan 9;318(7176):120.

61. Bewley S., J. Cockburn, The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG*, 2002 Jun;109(6):593
62. Hannah Marry E. Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women? *CMAJ*, March 2, 2004;5:170
63. ACOG Committee on Ethics. Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol.* 2007 Dec;110(6):1501.
64. Bergeron, Veronique. The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient choice surgery. *Bioethics* 2007;21(9): 478
65. Gilligan C. 1982. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press. :8
66. Sharpe V. A. Justice and care: the implications of the Kohlberg- Gilligan debate for medical ethics. *Theor Med* 1992;13:295
67. Husslein P. Elective caesarian section versus vaginal delivery. Whither the end of traditional obstetrics? *Arch Gynecol Obstet.* 2001 Nov;265(4):169
68. Cahill HA. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *J Adv Nurs* 2001 Feb;33(3):334
69. Andrist L.C. The implications of objectification theory for women's health: menstrual suppression and "maternal request" cesarean delivery. *Health Care Women Int.*2008 May;29(5):551
70. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int. J Gynaecol Obstet.* 2001 Nov;75(1):5
71. Davis-Floyd RE. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Soc Sci Med.* 1994 Apr;38(8):1125
72. Smeenk Anketen, Have Henk. Medicalization and obstetric care: An analysis of developments in Dutch midwifery. *Med Health Care and Phil.*2003 Jun;6(2):155
73. ACOG Committee on Ethics. Committee Opinion No289, November 2003. Surgery and patient choice: the ethics of decision making. *Int J Gynaecol Obstet.*2004 Feb;84(2):188
74. ACOG Committee on Ethics. Committee Opinion No 395 Surgery and patient choice. *American college of obstetrician and gynaecologist*

75. Harer B. Maternal Choice C-Section. Cited in D.R.Williams & M.D. Avery. Preserving Vaginal Birth: A Call to Action. *J Midwifery Womens Health* 2006.
76. Canadian Association of Midwives. *Position Statement on Elective Cesarean Section*. Available at: <http://www.canadianmidwives.org>
77. Andrist Linda. Cesarean Delivery on Maternal Request: The Debate. *From Medscape Nurses NPWH* 2006
78. Wax JR., Cartin A., Pinette MG., Blackstone J. Patient choice cesarean- the Maine experience. *Birth*. 2005 Sep;32(3):203.
79. Bettes BA., Coleman VH., Zinberg S., Spong CY., Portnoy B., DeVoto E., Schulkin J. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologist's knowledge, perception, and practice patterns. *Obstet Gynecol*. 2007 Jan;109(1):57
80. Barbosa GP., et all. Cesarean section: who wants them and under what circumstances?. *Cad Saude Publica*. 2003 Nov-Dec;19(6):1611-20
81. CEDAW/C/2002/EXC/CRP.3/Add.9
82. Williams D.R. & Avery M.D. Preserving Vaginal Birth: A Call to Action. *J Midwifery Womens Health* 2006.
83. Haddad N. G. and Irvine D. S. Classical versus lower segment caesarean section in very pre-term deliveries. *The Lancet*. 1988 2 April; 331(8588):762
84. Leeman LM., Plante LA. Patient-choice vaginal delivery? *Ann Fam Med*. 2006 May-Jun;4(3):265
85. Hans P. Dietz. Elective Cesarean Section- the Right Choice for Whom? *Current Women's Health Reviews*, 2005;1:85
86. Kalish RB., McCullough LB., Chervenak FA. Patient choice cesarean delivery: ethical issues. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008 Apr;20(2):116
87. Minkoff H. The ethics of cesarean section by choice. *Semin Perinatol*.2006 Oct;30(5):309
88. [www.birthchoices.gr](http://www.birthchoices.gr)



## 11. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



### Πλάνο / Λίστα τοκετού

Θα θέλαμε να συνεργαστούμε με το προσωπικό του νοσοκομείου/ της κλινικής σας, για να εξασφαλίσουμε έναν ασφαλή και φυσικό τοκετό. Σας παρουσιάζουμε το πλάνο τοκετού μας, προκειμένου να σας ενημερώσουμε για τις επιθυμίες μας. Οι επιλογές μας έγιναν μετά από ώριμη σκέψη και σε συνεργασία με επαγγελματίες υγείας (μαία, μαιευτήρα, παιδίατρο, ψυχίατρο). Η εξασφάλιση της σωματικής και συναισθηματικής υγείας του παιδιού μας είναι η πρώτη μας προτεραιότητα. Εκτιμούμε τη συμβολή σας στο να βοηθήσετε την οικογένειά μας να πετύχει τους προσωπικούς της στόχους στο τοκετό. Ευχαρίστως να απαντήσουμε και να συζητήσουμε κάθε προβληματισμό σας .

Όνομα μητέρας:  
Όνομα πατέρα:  
Επίθετο οικογένειας:  
Όνομα γιατρού:  
Όνομα μαίας:

Μέρος τοκετού: Δημόσιο Νοσοκομείο \_\_\_\_\_  
Ιδιωτική Κλινική \_\_\_\_\_  
Ιδιωτική κατοικία \_\_\_\_\_  
Κέντρο Τοκετού \_\_\_\_\_

Πιθανή Ημερομηνία τοκετού:  
Τηλέφωνο επικοινωνίας: e-mail:

#### 1. Είναι προγραμματισμένο να γίνει

- Φυσιολογικός τοκετός
- Φυσιολογικός τοκετός στο νερό
- Καισαρική τομή
- Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική
- Φυσιολογικός τοκετός διδύμων / τριδύμων

#### 2. Άτομα που θα παρευρίσκονται στο τοκετό μου

- Ο σύζυγος – σύντροφος μου
- Μέλος της οικογένειάς μου, \_\_\_\_\_
- Η μαία μου
- Doula – βοηθός μητρότητας
- Παιδίατρος επιλογής μας
- Άλλο \_\_\_\_\_

### 3. Περιβάλλον τοκετού/ προσωπικές προτιμήσεις

- Να υπάρχει ατομική τουαλέτα και ντους στο δωμάτιο
  - Να γεννήσω στο ίδιο δωμάτιο, χωρίς να με μετακινήσετε την ώρα της γέννας
  - Να υπάρχει αρκετός χώρος ώστε να μπορώ να κινούμαι άνετα
  - Ο φωτισμός να είναι χαμηλός για να μπορώ να χαλαρώνω
  - Να επικρατεί ηρεμία στο δωμάτιο
  - Να υπάρχει ζεστασιά όση χρειάζεται το νεογέννητο μωρό μου και εγώ για να αισθανόμαστε ευχάριστα
  - Να μπορώ να ακούω τη μουσική που με χαλαρώνει (θα φέρω τα cd μου)
  - Να φοράω δικά μου ρούχα
  - Θα βοηθούσε πολύ να υπάρχει μπάλα τοκετού (θα φέρω τη δική μου)
  - Να υπάρχει σκαμνάκι – καρέκλα τοκετού
  - Να υπάρχουν μαξιλάρια
  - Να υπάρχει γάντζος στο ταβάνι με πανί για να μπορώ να στηρίζομαι
  - Θα ήθελα να βγάζουμε φωτογραφίες (χωρίς φλας) και να τραβάμε βίντεο ελεύθερα
- Άλλο \_\_\_\_\_

### 4. Προετοιμασία για το τοκετό

- Δεν επιθυμώ ξύρισμα του εφηβαίου
- Δεν επιθυμώ να μου κάνετε κλύσμα
- Δεν επιθυμώ να μου εφαρμοστεί ενδοφλέβιος όρος για να έχω ελευθερία κινήσεων
- Δεν επιθυμώ ουροκαθετήρα

### 5. Παρακολούθηση εμβρύου

- Επιθυμώ διακοπτόμενη παρακολούθηση των παλμών του μωρού μου με φορητό ανιχνευτή εμβρυϊκών παλμών (DOPPLER)
- Επιθυμώ συνεχή παρακολούθηση των παλμών του μωρού μου με εξωτερικό καρδιοτοκογράφο

### 6. Αντιμετώπιση πόνου / Ανακούφιση

- Προτιμώ φυσικές μεθόδους ανακούφισης πόνου (ζεστές κομπρέσες, κινήσεις / στάσεις σώματος)
  - Ανθρώπινη συνεχής υποστήριξη (βοηθός μητρότητας, μαία, σύντροφος, άλλος)
  - Να εκφράζομαι κατά βούληση (φωνή, βογκητό, κίνηση)
  - Πισίνα - μπανιέρα
  - Τεχνικές αναπνοής
  - Δακτυλοπίεση - Μασάζ
  - Βελονισμός
  - Ομοιοπαθητική
  - Ρεφλεξολογία
  - Φάρμακα
  - Επισκληρίδιο αναισθησία, μόνο αν το ζητήσω και αφού με ενημερώσετε για τυχόν επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει στο μωρό μου και στην εξέλιξη του τοκετού
- Άλλο \_\_\_\_\_

## 7. Έναρξη / Εξέλιξη τοκετού

- Επιθυμώ αυθόρμητη έναρξη του τοκετού μου
- Εφόσον εγώ και το μωρό μου είμαστε υγιείς, δεν θα ήθελα να συζητήσω για πρόκληση του τοκετού μου πριν την 42 εβδομάδα
- Αν ξεπεράσω τις 42 βδομάδες κύησης επιθυμώ να περιμένω την αυθόρμητη έναρξη του τοκετού εφόσον το μωρό μου είναι υγιές και ο πλακούντας διατηρείται σε καλή λειτουργική κατάσταση
- Αν πρέπει να γίνει πρόκληση ή επίσπευση του τοκετού μου, να ενημερωθώ για τους ακριβείς λόγους, και να γίνεται μόνο όταν υπάρχει απόλυτη ιατρική ένδειξη
- Προτιμώ φυσικές μεθόδους για την έναρξη ή την επίσπευση του τοκετού μου όπως ερεθισμός των θηλών, περπάτημα, αλλαγή στάσης πριν γίνει χρήση ιατρικών μεθόδων και φαρμάκων
- Δεν επιθυμώ να μου γίνει τεχνητή ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, εκτός και αν συντρέχει απόλυτη ιατρική ένδειξη
- Να μη μου χορηγείται ωκυτοκίνη, προσταγλαδίνες και οποιαδήποτε άλλη ορμόνη, παρά μόνο όταν υπάρχει απόλυτη ιατρική ένδειξη και αφού ενημερωθώ
- Να χρησιμοποιήσω ομοιοπαθητικά φάρμακα
- Αν η πρόκληση τοκετού αποτύχει, θα ήθελα να φύγω και να προσπαθήσουμε μερικές μέρες αργότερα (εκτός και αν έχω ριγμένο αμνιακό σάκο και εφόσον δεν διατρέχουμε κανένα κίνδυνο εγώ και το μωρό μου)

## 8. Πρώτο στάδιο τοκετού : Διαστολή τράχηλου

- Να ακολουθηθούν οι φυσικοί ρυθμοί του σώματος μου
- Να μπορώ να περπατώ ελεύθερα και να αλλάζω στάσεις όποτε το επιθυμώ
- Να κάνω ντους και να μπαίνω στη μπανιέρα / πισίνα για να χαλαρώσω όποτε θέλω
- Να πηγαίνω στην τουαλέτα μόνη μου
- Να μπορώ να τρώω ελαφριά και να πίνω υγρά όποτε το έχω ανάγκη
- Οι κολπικές εξετάσεις να περιοριστούν στο ελάχιστο και μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο
- Να περιοριστεί η είσοδος του προσωπικού στο δωμάτιο μου μόνο στους απολύτως απαραίτητους (μαία, γιατρός, βοηθός μητρότητας/doula, παιδίατρος )
- Να είμαι ελεύθερη να εκτονώσω τον πόνο μου με φωνή, βογκητό, κίνηση

## 9. Δεύτερο στάδιο τοκετού : Εξώθηση

- Θα ήθελα να αρχίσω τις εξωθήσεις όταν νιώσω την ανάγκη να το κάνω
- Θα ήθελα να με καθοδηγείτε στο πότε να εξωθώ
- Να διαλέξω μόνη μου τη στάση που με βολεύει καλύτερα στο τοκετό μου
- Αν είναι δυνατόν να μπορώ να στηρίζομαι σε άτομα για να εξωθώ
- Να γεννήσω στην ειδική πισίνα / μπανιέρα
- Να βλέπω σε καθρέπτη το κεφαλάκι του μωρού και να μπορώ να το πιάσω όταν ξεπροβάλει για να πάρω δύναμη να συνεχίσω
- Προτιμώ να μη μου γίνει περινεοτομή εκτός και αν είναι απολύτως απαραίτητο
- Για να αποφύγω το σκίσιμο ή τη περινεοτομή ο συνοδός μου/η βοηθός μητρότητας θα κάνει τοπικό μασάζ με λαδί και θα βάζει ζεστές κομπρέσες στο περίνεο μου
- Για να αποφύγω το σκίσιμο θα επιλέξω στάσεις τοκετού που θα με βοηθήσουν
- Να αποφευχθεί η βεντούζα ή ο εμβρυουλκός εκτός και αν υπάρχει απόλυτος ιατρικός λόγος και αφού έχει εξαντληθεί κάθε άλλη προσέγγιση
- Μόλις γεννηθεί το μωρό μου να το βάλετε το πάνω στη κοιλιά μου

## 10. Αμέσως μετά το τοκετό

- Ο ομφάλιος λώρος να κοπεί μόνο όταν σταματήσει να πάλλεται
- Ο ομφάλιος λώρος να κοπεί από τον σύζυγο μου
- Να έχω στην αγκαλιά μου το μωρό και να το θηλάζω όταν θα το εξετάζετε
- Μόλις γεννηθεί το μωρό να του επιτρέψουμε να συρθεί πάνω μου για να φτάσει στην θηλή (αντανακλαστικό του θηλασμού) όσο χρόνο και αν χρειαστεί
- Να θηλάσω το μωρό μου το πολύ μέσα σε μια ώρα από το τοκετό μου
- Να γίνει συλλογή β्लाστοκυττάρων απ' τον ομφάλιο λώρο (έχω τον ειδικό ασκό)

## 11. Τρίτο στάδιο τοκετού : έξοδος πλακούντα

- Να γίνει αυτόματη έξοδος του πλακούντα χωρίς να μου χορηγήσετε ωκυτοκίνη
- Θα ήθελα να μου δείξετε τον πλακούντα μόλις βγει
- Θα με βοηθούσε πολύ να έχω το μωρό μου στην αγκαλιά κατά την έξοδο του πλακούντα και κατά τον έλεγχο και την επιδιόρθωση των ιστών μου στο περίνεο
- Να μη μου γίνουν ράμματα αν το σκίσιμο μου είναι μικρό
- Να μη μου βάλετε καθετήρα στην ουρήθρα, θα προσπαθήσω να ουρήσω μόνη μου

## 12. Φροντίδα νεογνού

- Σκουπίστε απαλά το μωρό μου με μια πετσέτα δίνοντας του έτσι και απτικά ερεθίσματα για να αναπνεύσει
- Παρακαλώ να μη χρησιμοποιηθεί ρινογαστρικός καθετήρας για τον καθαρισμό των αεροφόρων οδών του μωρού μου εκτός και αν είναι απολύτως απαραίτητο
- Να καθυστερήσετε τουλάχιστον ένα 24ωρο το μπάνιο του μωρού γιατί το σμήγμα είναι χρήσιμο να παραμείνει και να απορροφηθεί απ' το δέρμα του
- Θα ήθελα να κάνω εγώ ή ο σύζυγος μου το πρώτο μπάνιο του μωρού μας
- Να έχουμε τον προσωπικό μας παιδίατρο
- Να μη βάλετε σταγόνες νιτρικού αργύρου ή αντιβίωσης στα μάτια του μωρού μου
- Να μη γίνει ένεση βιταμίνης Κ
- Να μη γίνει λήψη αίματος για έλεγχο μεταβολισμού - Guthrie test και αν κριθεί απαραίτητο να πραγματοποιηθεί μετά από την πρώτη βδομάδα
- Θα το θηλάσω αποκλειστικά, για το λόγο αυτό μη του δώσετε ξένο γάλα ή παιδικό χαμομήλι
- Μη του δώσετε πιπίλα
- Κάθε φορά που κλαίει θα ήθελα να μου το φέρνετε για να το θηλάσω
- Θα ήθελα ένα σύμβουλο θηλασμού για να ενημερωθώ σωστά στα θέματα του θηλασμού
- Θα κάνω 'συγκατοίκηση' ή rooming - in
- Θα ήθελα να έχω συνέχεια το μωρό μου στο δωμάτιο εκτός από τα βράδια

### 13. Πρόωρο / Άρρωστο μωρό

- Να θηλάσω το πρόωρο μωρό μου
- Θα βγάζω γάλα με την αντλία για να δίνετε στο άρρωστο μωρό μου
- Να μπορούμε να επισκεπτόμαστε το μωρό μας όποτε θέλουμε (οι γονείς)
- Να φροντίζω το μωρό μου μόνη μου όσο μπορώ
- Να μου επιτραπεί και να υποστηριχθεί η μέθοδος καγκουρό για την αντιμετώπιση του πρόωρου μωρού μου
- Σε περίπτωση ίκτερου θα θηλάζω το μωρό μου και θα συνεχίζω να το έχω στο δωμάτιο μου
- Το περιβάλλον της εντατικής νεογνών να είναι φιλικό προς τα βρέφη

### 14. Σε περίπτωση καισαρικής

- Θα ήθελα να αποφύγω τη καισαρική εκτός και αν υπάρχει απολύτως αναγκαίος λόγος
- Θα ήθελα μια δεύτερη γνώμη από κάποιο γιατρό
- Προτιμώ επισκληρίδιο παρά γενική αναισθησία
- Θα ήθελα να είναι μαζί μου στο χειρουργείο η μαία μου / ο σύζυγος μου
- Να μου εξηγηθεί τι συμβαίνει κατά τη διάρκεια της καισαρικής και αφού έχω τις αισθήσεις μου
- Να κρατήσω στην αγκαλιά μου το μωρό μου και αν γίνεται να το θηλάσω μόλις γεννηθεί
- Σε περίπτωση γενικής αναισθησίας επιθυμώ ο σύντροφός μου να κρατήσει το μωρό μου μόλις γεννηθεί
- Θα προτιμούσα ήπιες μεθόδους για την καλύτερη ανάρρωση μου, όπως ομοιοπαθητική, ανθοϊάματα του Bach, ανθρώπινη επαφή, μουσική

### 15. Άλλα...

- Σχεδιάζω να φύγω απ' την κλινική / το νοσοκομείο μόλις νιώσω καλύτερα, και αφού πάρω την άδεια του γιατρού μου ακόμη και αν έχουν περάσει λίγες ώρες
- Να μπορούν να με επισκεφτούν και τα υπόλοιπα παιδιά μου κατά τη διαμονή στη κλινική / το νοσοκομείο
- Να παρέχεται η δυνατότητα μεταγεννητικής παρακολούθησης στο σπίτι από τη βοηθό μητρότητας, τη μαία μου ή το παιδίατρο

#### ΠΗΓΕΣ:

- WHO/UNICEF: Baby-Friendly Hospital Initiative Original BFHI Guidelines developed 9
- WHO: Documents Maternal and Newborn Health (Updated January 2008)
- WHO: Essential newborn health 2008
- WHO: Care for Normal Birth

#### ΒΙΒΛΙΑ:

- M. Odent, (2003), "*Birth and breastfeeding*", East Sussex: Clairview
- M. Odent, (1986), "*Birth Reborn*", Random house USA Inc
- Nancy Wainer Cohen and Lois J. Estner, (1983), "*Silent Knife*", Bergin & Garvey
- M. Κλάους, Τκένελ, Φ. Κλάους, (2004), "*Ένας Μοναδικός Δεσμός*", εκδόσεις Ρέω

Labor/Delivery  
Cesarean  
Section  
Delivery  
Consent  
[Original]

Labor/Delivery Cesarean Section Delivery Consent

1. I authorize and direct doctor(s) \_\_\_\_\_ or his/her designee and other physicians as deemed qualified by him/her to perform upon \_\_\_\_\_ a Cesarean Section delivery of my child:  
\_\_\_\_ with Anesthesia  
\_\_\_\_ with other form of sedation: \_\_\_\_\_
2. If any conditions are revealed during the operation/procedure which were not anticipated, I consent to and authorize the performance of such additional operations/procedures and extensions to the operations/procedures as deemed advisable in the exercise of my physicians professional judgment in order to avoid the risks associated with undergoing a second operation/procedure.
3. Possible risks of Cesarean Section Delivery include, but are not limited to, injury to my bowel, urinary tract, nerves, and/or pelvic floor; bleeding; infection; fetal laceration. There are also risks associated with anesthesia, which have been discussed with me by an anesthesiologist. If the Cesarean Section Delivery requires a vertical incision in my uterus, I understand that any future child I bear must be delivered by way of a Cesarean Section. If I have chosen to deliver my child by Cesarean Section based in whole or in part upon the results of my rapid HIV test, which has not been confirmed by a second test, I understand that if my rapid HIV test was a false positive, a Cesarean Section delivery may not have been necessary.
4. The alternatives to proceeding with a Cesarean Section delivery include:\_\_\_\_\_.
5. The nature and purpose of the operation/procedure necessary for my treatment has been explained to me. I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science and no guarantee about outcome can be made. I have been informed of the medically significant risks and consequences associated with the operation/procedure stated above. I have also been informed of any reasonable alternative courses of treatment and the risks and consequences of these alternative courses of treatment. I have also been informed of the risks and consequences of no treatment is rendered.
6. I understand that there are general risks associated with and surgical or invasive procedure and these risks, which may include infection, bleeding, injury to surrounding structures, stroke, paralysis, and death, have also been explained to me.

7. I authorize \_\_\_\_\_ to preserve and use, for any purpose it deems appropriate, and to dispose of in accordance with customary medical practice, any tissue, organs or other body parts removed during the operation/procedure, unless otherwise stated. I disclaim any ownership I may have in such tissue, organ, or other body part once removed.
8. I consent to the taking of photographs for the purpose of medical study or research and the initial reproduction or publication of these photographs in any manner, providing my identity is not revealed. For the purpose of advancing medical education, I also consent to the admittance of observers, technical representatives and participants in the operating room, and understand that I may be subject to a physical examination conducted for educational purposes.
9. **Consent for Administration of Blood and Blood Products:** I understand that during the operation/procedure or other treatments and for the immediate post-operative period (generally not to exceed one week), it may be advisable to administer blood or blood products to me. I am aware that there are certain risks involved in the administration of blood and blood products including, but not limited to: blood reaction with fever, chills, and breathing difficulties; contracting of blood-transmitted diseases which are not capable of detection by the testing of blood before it is administered. I acknowledge that the risks of accepting blood and blood products have been fully explained to me. I consent to the administration of blood or blood products as deemed advisable in my physician's professional judgment.

Cesarean Section Delivery Consent

Patient Name: \_\_\_\_\_

**A Cesarean Section is surgery to deliver your baby. The baby is removed through a cut in your lower abdomen.**

I approve and direct Dr. \_\_\_\_\_, other doctors or others judged qualified by him or her (including residents or fellows) to perform a Cesarean Section delivery of my child(ren):

\_\_\_ with anesthesia (pain medicine that will keep you from feeling anything)

\_\_\_ with other sedation (medicines used to make you calm, drowsy, or fall asleep)

My doctor may need to do other procedures during the Cesarean Section. This could happen if he or she finds an unexpected condition. If my doctor feels it's needed, I agree to these added procedures. These would be done to avoid the risks of having a second surgery or procedure.

**Cesarean Section Risks**

I understand there are risks to a Cesarean Section.

These risks include but are not limited to:

- injury to my bowel, urinary tract, nerves, or pelvic floor
- bleeding
- infection and
- injury to the baby

If the doctor makes a vertical cut in my uterus during surgery, I understand that I must have any future child by Cesarean Section.

Anesthesia also has risks. The anesthesiologist (doctor who gives pain medicine) explained these risks to me.

Print patient name at top of form

Box in and highlight important information

Define complex terms

Create sub-headings and separate

Bulleted list of risks

Reduced density of text

Increased white space



### HIV Risks

Sub-heading

Box in and highlight important information

If you are infected with HIV, you could pass this on to your baby during a vaginal delivery. Having a Cesarean Section is one way to lower the chance of passing the infection on to your baby. For this reason, if you have not had an HIV test, you may be given a rapid HIV test before your Cesarean Section.

I understand the results of rapid HIV tests can be false. These results need to be confirmed by a second test. I may decide to have a Cesarean Section based on the positive result of a rapid test. I know that if it turns out my rapid HIV test was a false positive, a Cesarean Section may not have been necessary.

Define complex terms

### General Risks

Sub-heading

I understand there are general risks with surgery or invasive procedures. These risks are:

- infection
- bleeding
- injury to surrounding structures
- stroke
- paralysis
- death

Bulleted list

These risks have been explained to me.

### Other Options to Cesarean Section

Sub-heading

The other options to a Cesarean Section delivery are: \_\_\_\_\_.

### Consent for Surgery

Sub-heading

The purpose of this surgery has been explained to me. I know the practice of medicine and surgery is not an exact science. I know that no guarantee can be made about the outcome. I have been told about the medical risks and results related to the surgery. I have also been told of any reasonable alternative treatments and the risks and results of these treatments. I have also been told of the risks and results of no treatment.

### Consent for use of tissue, organs, and body parts

Sub-heading

Unless I say otherwise, I allow \_\_\_\_\_ to save and use any tissue, organs or other body parts removed during the Cesarean Section or other procedures. They may dispose of these by standard medical practice. I give up any claim I may have in this tissue, organ, or other body part once removed.

Sub-heading

**Consent to take part in medical research, study or education related to my care**

I consent to having pictures taken for medical study or research. I agree to the first copying or publication of these pictures, as long as my identity is kept secret. \_\_\_\_\_ is a teaching hospital. To advance medical education, I also agree to allow observers, technical representatives and participants in the operating room. I also understand that I may have a physical exam for educational reasons.

Sub-heading

**Consent for administration of blood and blood products**

I understand that I might need blood or blood products during the Cesarean Section, procedure, or other treatments. I may also need it in the period of time after surgery. This period is not usually longer than a week. I know there are certain risks to receiving blood and blood products.

These risks include:

- blood reaction with fever, chills, and breathing problems.
- a blood-transmitted disease that can't be found by testing blood before it is given.

There may be other risks. I understand the risks of accepting blood and blood products. I consent to receive blood or blood products as believed needed in my doctor's opinion.

**Interpreter and Translation Services Statement**

If English is not my first language, an interpreter and or translation services were offered and provided to me during the informed consent process:

yes     no     N/A

Required Statement

**Signatures**

My signature below means that:

- I have read and understand this consent form.
- I have been given all the information I asked for about the procedure(s), risks, and other options.
- All my questions were answered.
- I agree to everything explained above.

← Bulleted list

Patient's Signature: \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_

Doctor's Signature: \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_

If the patient is not able to consent for herself, complete the following:

Patient \_\_\_\_\_ is not able to consent because:

Legally responsible person: \_\_\_\_\_

Relationship to patient: \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_

If an interpreter was used:

Signature of interpreter: \_\_\_\_\_

Date of service: \_\_\_\_\_

<b>IMPORTANT!</b>	<b>Cesarean Section Delivery Consent</b>
Your name goes here	Patient Name: _____
Your procedure is explained here	<b>A Cesarean Section is surgery to deliver your baby. The baby is removed through a cut in your lower abdomen.</b>
Types of medicines given are here	I approve and direct Dr. _____, other doctors or others judged qualified by him or her (including residents or fellows) to perform a Cesarean Section delivery of my child(ren): ____ with anesthesia (pain medicine that will keep you from feeling anything) ____ with other sedation (medicines used to make you calm, drowsy, or fall asleep)
Risks are explained here	My doctor may need to do other procedures during the Cesarean Section. This could happen if he or she finds an unexpected condition. If my doctor feels it's needed, I agree to these added procedures. These would be done to avoid the risks of having a second surgery or procedure. <b>Cesarean Section Risks</b> I understand there are risks to a Cesarean Section. These risks include but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"><li>• injury to my bowel, urinary tract, nerves, or pelvic floor</li><li>• bleeding</li><li>• infection and</li><li>• injury to the baby</li></ul>
... and here	If the doctor makes a vertical cut in my uterus during surgery, I understand that I must have any future child by Cesarean Section. Anesthesia also has risks. The anesthesiologist (doctor who gives pain medicine) explained these risks to me.
Questions so far?	<b>STOP!</b> Do you have a question? Please ask or write your question below. _____
	Please initial after reading this page _____

**IMPORTANT!**

Other risks are listed here

... and here

Other options are given here

Consents begin here



Questions?

**HIV Risks**

**If you are infected with HIV, you could pass this on to your baby during a vaginal delivery. Having a Cesarean Section is one way to lower the chance of passing the infection on to your baby. For this reason, if you have not had an HIV test, you may be given a rapid HIV test before your Cesarean Section.**

I understand the results of rapid HIV tests can be false. These results need to be confirmed by a second test. I may decide to have a Cesarean Section based on the positive result of a rapid test. I know that if it turns out my rapid HIV test was a false positive, a Cesarean Section may not have been necessary.

**General Risks**

I understand there are general risks with surgery or invasive procedures.

These risks are:

- infection
- bleeding
- injury to surrounding structures
- stroke
- paralysis
- death

These risks have been explained to me.

Anesthesia also has risks. The anesthesiologist (doctor who gives pain medicine) has explained these risks to me.

**Other Options to Cesarean Section**

The alternatives to a Cesarean Section delivery are:\_\_\_\_\_.

**Consent for Surgery**

The purpose of this surgery has been explained to me. I know the practice of medicine and surgery is not an exact science. I know that no guarantee can be made about the outcome. I have been told about the medical risks and results related to the surgery. I have also been told of any reasonable alternative treatments and the risks and results of these treatments. I have also been told of the risks and results of no treatment.

**STOP!**

**Do you have a question? Please ask or write your question below.**

\_\_\_\_\_ Please initial after reading this page \_\_\_\_\_

**IMPORTANT!**

More consents



... and other risks

Do you need a translator?

Questions?

**Consent for use of tissue, organs, and body parts**

Unless I say otherwise, I allow \_\_\_\_\_ to save and use any tissue, organs or other body parts removed during the Cesarean Section or other procedures. They may dispose of these by standard medical practice. I give up any claim I may have in this tissue, organ, or other body part once removed.

I consent to take part in medical research, study or education related to my care.

I consent to having pictures taken for medical study or research. I agree to the first copying or publication of these pictures, as long as my identity is kept secret. \_\_\_\_\_ is a teaching hospital. To advance medical education, I also agree to allow observers, technical representatives and participants in the operating room. I also understand that I may have a physical exam for educational reasons.

**Consent for administration of blood and blood products**

I understand that I might need blood or blood products during the Cesarean Section, procedure, or other treatments. I may also need it in the period of time after surgery. This period is not usually longer than a week. I know there are certain risks to receiving blood and blood products.

These risks include:

- blood reaction with fever, chills, and breathing problems.
- a blood-transmitted disease that can't be found by testing blood before it is given.

There may be other risks. I understand the risks of accepting blood and blood products.

I consent to receive blood or blood products as believed needed in my doctor's opinion.

**Interpreter and Translation Services Statement**

If English is not my first language, an interpreter and or translation services were offered and provided to me during the informed consent process:

- yes     no     N/A

**STOP!**

Do you have a question? Please ask or write your question below.

\_\_\_\_\_

Please initial after reading this page \_\_\_\_\_

**IMPORTANT!**

Did we do a good job?

Are you ready to sign this consent form?

You sign here

Your doctor signs here

A witness signs here

Someone who represents the patient may need to sign here

Did you use a translator? They sign here

**Before you sign....let's make sure you understand everything**

To make sure we have explained this well, please answer these questions:

1. The surgery to remove my baby is called a \_\_\_\_\_.
2. Anesthesia is \_\_\_\_\_ used to keep me from feeling anything.
3. There are risks to this surgery. One of the risks is \_\_\_\_\_.
4. Having a Cesarean Section can lower the risk of passing \_\_\_\_\_ infection to a baby.
5. I agreed to allow \_\_\_\_\_ Hospital to keep any \_\_\_\_\_, organs, or body parts taken out during my surgery.

**Signatures**

My signature below means that:

- I have read and understand this consent form.
- I have been given all the information I asked for about the procedure(s), risks, and other options.
- All my questions were answered.
- I agree to everything explained above.

Patient's Signature: \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_

Doctor's Signature: \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_

If the patient is not able to consent for herself, complete the following:

Patient \_\_\_\_\_ is not able to consent because:

Legally responsible person: \_\_\_\_\_

Relationship to patient: \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_

If an interpreter was used:

Signature of interpreter: \_\_\_\_\_

Date of service: \_\_\_\_\_

