

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΚΑΙ  
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΑΡΑΤΖΙΔΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κ. ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ  
ΜΑΡΙΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΚΑΙ  
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΑΡΑΤΖΙΔΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κ. ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ  
ΜΑΡΙΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ΚΑΙ ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ.....-6-**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....-7-**

**ABSTRACT.....-8-**

**ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....-9-**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....-10-**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 :**

**1.1 ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΗΣ.....-11-**

**1.2 ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....-15-**

**1.3 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....-22-**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :**

**2.1 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ : ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ.....-24-**

**2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....-27-**

**2.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....-28-**

**2.4 ΝΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....-30-**

**2.5 ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....-35-**

**2.6 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ.....-36-**

**2.7 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ : Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ.....-40-**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:**

**3.1 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....-42-**

**3.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ.....-46-**

**3.3 ΒΙΟΗΘΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....-48-**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:**

**4.1 ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....-55-**

**4.2 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....-57-**

**4.3 ΤΟ ΠΛΑΝΟ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ.....-60-**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:**

**5.1 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....-66-**

**5.2 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ.....-68-**

**5.3 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ.....-70-**

**5.4 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ.....-74-**

**5.5 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ.....-78-**

**5.6 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.....-83-**

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....-88-**

**ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ.....-89-**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:ΕΓΓΡΑΦΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ  
& ΦΟΡΜΕΣ ΠΛΑΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....-92-**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....-126-**

ΑΦΙΕΡΩΝΩ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΣΤΙΣ  
ΦΙΛΕΣ ΜΟΥ ΠΟΥ ΜΕ ΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΟΛΑ ΑΥΤΑ ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕ  
ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΦΕΡΑ ΝΑ ΦΤΑΣΩ ΩΣ ΕΔΩ.

ΚΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΘΕΡΜΑ ΤΗΝ Κ. ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΠΟΛΥΤΙΜΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ .

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ενημερωμένη επιλογή και λήψη συγκατάθεσης στη σύγχρονη άσκηση της μαιευτικής φροντίδας αποτελεί θεμέλιο για την ποιότητα και τη δεοντολογική της λειτουργία, συνυφασμένη με τις σύγχρονες στρατηγικές για τη λειτουργία των συστημάτων και υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο. Ως ενημερωμένη συγκατάθεση ορίζεται η διαδικασία μέσα από την οποία ο αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας λαμβάνει μια πλήρως ενημερωμένη απόφαση, ύστερα από επαρκή πληροφόρηση και επεξήγηση της διαδικασίας στην οποία πρόκειται να υποβληθεί, καθώς και των κινδύνων και ωφελειών της εφαρμογής της. Η ενημερωμένη συγκατάθεση δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα δικαιώματα των γυναικών σχετικά με την προγεννητική, περιγεννητική και μεταγεννητική τους φροντίδα. Επικεντρώνεται στις ανάγκες των γυναικών, των οικογενειών και των νεογνών/εμβρύων τους και στην παροχή φροντίδας με επίκεντρο τις ίδιες τις γυναίκες (γυναικοκεντρική φροντίδα). Ιστορικά η ενημερωμένη συγκατάθεση ως όρος εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1957 και ακολουθούν αποφάσεις που οδηγούν στην νομική πλέον καθιέρωση της. Η ενημερωμένη συγκατάθεση έχει οφέλη τόσο για τους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας (γυναίκες, νεογνά), όσο και για τους επαγγελματίες υγείας (μαίες/ μαιευτές). Τα οφέλη αυτά δείχνουν το βαθμό ικανοποίησης των γυναικών από τη φροντίδα που λαμβάνουν και των μαιών/μαιευτών από την προσφορά αυτών των υπηρεσιών φροντίδας προς αυτές. Η διαδικασία λήψης της συνιστάται να προσεγγίζεται με επιμέλεια και ευφύια και να προσαρμόζεται ανάλογα με την κατάσταση της γυναίκας. Ωστόσο στην περίπτωση του επείγοντος που ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να δράσει άμεσα ακολουθείται η αρχή του ωφελείν ή μη βλάπτειν και ο ιατρός ή μαία/μαιευτής πράττει με βάση το συμφέρον της γυναίκας. Εξίσου σημαντική είναι η ενημερωμένη συγκατάθεση στην έρευνα στο χώρο της υγείας. Πριν τη διεξαγωγή μιας έρευνα στις περισσότερες περιπτώσεις χρειάζεται η λήψη αποκλειστικά έγγραφης συγκατάθεσης. Τέλος, η ενημερωμένη συγκατάθεση είναι σημαντική στην φροντίδα της γυναίκας καθ' όλη την διάρκεια της αναπαραγωγικής της περιόδου ξεκινώντας από τον οικογενειακό προγραμματισμό, τον προγεννητικό έλεγχο ακόμη και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με στόχο την επίτευξη μιας υγιούς εγκυμοσύνης και καταλήγοντας στην φροντίδα της γυναίκας κατά τον τοκετό, συμπεριλαμβανομένου και του τοκετού στο σπίτι και τη φροντίδα του νεογνού.

## ABSTRACT

Informed choice and consent to the modern midwifery care is a foundation for its quality and ethical function, inherent in modern strategies for the operation of people-centred health systems and services. Informed consent is defined as the procedure by which the recipient of the health services takes a fully informed decision after receiving adequate information and explanation for the procedure she/he is going to be submitted and of the risks and benefits of its implementation. Informed consent places particular emphasis on the rights of women in their prenatal, perinatal and postnatal care. It focuses on the needs of women, their families and their newborns / embryos and on the provision of care focused on women themselves (women-centered care). Historically, informed consent as a term appears for the first time in 1957 and its appearance follows decisions that lead to its legal establishment. Informed consent has benefits for both recipients of health services (women, newborns) and health professionals (midwives). These benefits show how satisfied women are with the care they receive and midwives from offering these care services to them. The process for obtaining it must be approached with care and intelligence and adapted according to the condition of the woman. However, in the case of emergency, in which the health professional must act directly, the principle of benefit or harm is followed, and the medical practitioner or midwife shall act in the interest of the woman. Equally important is informed consent to health research. Prior to conducting an investigation in most cases, written consent, and not any other type of consent, is required. Finally, informed consent is important in the care of the woman throughout her reproductive period, starting with family planning, assisted reproduction and prenatal control with the aim of achieving a healthy pregnancy and ending with the care of the woman during childbirth, including home birth and neonatal care.



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία έχει θέμα της την ενημερωμένη επιλογή και συγκατάθεση στη μαιευτική φροντίδα. Η επιλογή αυτής της θεματολογίας ακολουθεί τη σύγχρονη φιλοσοφία στην άσκηση της φροντίδας υγείας που επικεντρώνεται στον άνθρωπο και στην περίπτωση της μαιευτικής συγκεκριμένα, στην οικογένεια και τη γυναίκα, και όπως ονομάζεται οικογενειοκεντρική και γυναικοκεντρική φροντίδα. Προκειμένου να διασφαλιστεί η επικέντρωση αυτή και να ενσωματωθεί στη φροντίδα υγείας, εφαρμόζονται στρατηγικές όπως, είναι παροχή της δυνατότητας της ενημερωμένης πληροφόρησης στους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας και μάλιστα με συστηματικό και οργανωμένο τρόπο, αλλά και τη λήψη συγκατάθεσης για διεργασίες και πλάνα φροντίδας που πρόκειται να εφαρμοσθούν για την υποστήριξη της υγείας τους. Τα ανθρώπινα δικαιώματα ακολουθούν αυτές τις στρατηγικές και η ισχυροποίησή τους αποτελεί σημαίνοντα σκοπό της ποιότητας στην προσφερόμενη φροντίδα υγείας και την ικανοποίηση των αποδεκτών αλλά και των παρόχων της.

Βέβαια η ενημερωμένη συγκατάθεση ενώ έχει καθιερωθεί στην άσκηση της φροντίδας υγείας, δεν είναι αναγνωρισμένη από όλους, ενώ πολλές φορές επιτελείται ως διαδικασία ρουτίνας και δεν τηρούνται οι αρχές για τη λήψη της.

Από την άλλη μεριά οι τυποποιημένες γενικές φόρμες συχνά δεν καλύπτουν τις περιστάσεις επακριβώς. Η φόρμα είναι καλό να είναι εξατομικευμένη και εξειδικευμένη τότε καλύπτει. Η άσκηση της μαιευτικής φροντίδας θα πρέπει να είναι περισσότερο εξατομικευμένη και ανθρωποκεντρική κι αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την γνώση, την ενσυναίσθηση και τις δεξιότητες επικοινωνίας στη μαιευτική φροντίδα.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) υποστηρίζει τις χώρες, ώστε να προχωρήσουν στην καθολική κάλυψη της φροντίδας της υγείας, σχεδιάζοντας τα συστήματα υγείας με βάση τις ανάγκες των ανθρώπων και όχι με βάση την ασθένεια και τις μονάδες υγείας έτσι ώστε ο καθένας να δέχεται τη σωστή φροντίδα, την κατάλληλη στιγμή, στο σωστό μέρος. Οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο έχουν ως σκοπό την κάλυψη των συνολικών αναγκών των ανθρώπων και των κοινοτήτων, όχι μόνο των ασθενών, και πρέπει να τοποθετούνται στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας. Με αυτόν τον τρόπο οι άνθρωποι ενδυναμώνονται ώστε να έχουν ενεργό ρόλο στην υγεία τους. Για αυτό το λόγο είναι σημαντική η ενημερωμένη συγκατάθεση στη μαιευτική που περιλαμβάνει τη διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών με στόχο την επίτευξη αμοιβαίας κατανόησης και λήψης αποφάσεων μετά από πληροφόρηση. Ιδανικά, η συγκατάθεση μετά από πληροφόρηση αναφέρεται ως πρακτική εκδήλωση σεβασμού στις επιλογές του αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας (αυτονομία). Ωστόσο χρειάζονται οργανωμένες προσπάθειες και γνώση για να επιτευχθεί αυτή η επιδίωξη και να γίνει η φροντίδα υγείας περισσότερο ανθρωποκεντρική αλλά και να μην αντιμετωπίζονται όλα τα περιστατικά σαν παθολογικές καταστάσεις όπως για παράδειγμα ο φυσιολογικός τοκετός.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΗΣ

Ο Π.Ο.Υ. αναφέρει ότι σε όλο τον κόσμο οι άνθρωποι πλέον ζουν περισσότερο, αλλά με τις πολλαπλές ασθένειες και τις συνθήκες διαβίωσης εδώ και πολλά χρόνια απαιτείται φροντίδα της υγείας τους. Μεγάλος αριθμός ατόμων δεν φαίνεται να ενημερώνεται ορθά και να λαμβάνεται υπόψη η βούληση τους για την φροντίδα που λαμβάνουν.

Είναι ενδεικτικό ότι σε κάποιες χώρες μόνο σε 1 στα 3 άτομα γίνεται επεξήγηση των κινδύνων των θεραπειών τους κι από αυτά 1 στα 5 έχει υποβληθεί σε τουλάχιστον μία μη αναγκαία εξέταση και πάνω από 40 % των δαπανών για την υγεία δαπανώνται λόγω αναποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.

Ανθρωποκεντρική φροντίδα σημαίνει ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ανθρώπων και παρέχονται σε συνεργασία μαζί τους και όχι απλά να παρέχονται. Σημαίνει φροντίδα που παρέχεται στους ανθρώπους, τις οικογένειες και τις κοινότητες με σεβασμό, επαρκή ενημέρωση, αφοσίωση αξιοπρέπεια και συμπόνια και τέλος λειτουργεί όσο το δυνατόν περισσότερο υποστηρικτικά προς αυτούς.

Η ανθρωποκεντρική φροντίδα έχει και μακροπρόθεσμα οφέλη. Βελτιώνει την εμπιστοσύνη, την εμπειρία και την αποτελεσματικότητα που έχει η φροντίδα στους ανθρώπους. Ακόμη είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και εργασιακή ικανοποίηση, βελτιώνοντας έτσι και την ποιότητα και αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας. Αυξάνει επιπλέον την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και μειώνει την μη αναγκαία χρήση υπηρεσιών.

### Ο σχεδιασμός για τις ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο

Οι σημερινές υπηρεσίες υγείας δεν είναι κατάλληλες για τις προκλήσεις του 21ου αιώνα. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περισσότερα από 400 εκατομμύρια άτομα δεν έχουν πρόσβαση σε ουσιαστική υγειονομική περίθαλψη. Όπου η υγειονομική περίθαλψη είναι προσβάσιμη είναι συχνά χαμηλής ποιότητας. Οι άνθρωποι θα πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα, στην κατάλληλη στιγμή και στο κατάλληλο μέρος. Ωστόσο, πολύ συχνά αυτό το είδος της φροντίδας δεν αποτελεί συνήθη πρακτική. Η εφαρμογή της ανθρωποκεντρικής φροντίδας απαιτεί θεμελιώδεις αλλαγές στην προσέγγιση της υγειονομικής φροντίδας. Πρέπει να γίνεται επανεξέταση του τρόπου οργάνωσης, διαχείρισης και παροχής των υπηρεσιών υγείας. Με άλλα λόγια θα έλεγε κανείς να «ξεφύγει» ο επαγγελματίας υγείας από την ερώτηση «ποιο είναι το πρόβλημα του ασθενή» και να τον ρωτήσει «τι είναι αυτό που τον απασχολεί και έχει σημασία για αυτόν».

Έτσι ο Π.Ο.Υ. σε όλο τον κόσμο συνεργάζεται με τις χώρες για να σχεδιάσει συστήματα υγείας που θέτουν τους ανθρώπους και τις ανάγκες τους στο κέντρο της φροντίδας, διότι αυτή είναι η φροντίδα υγείας που όλοι αξίζουν.

Στην Ιρλανδία έγινε επέκταση του ρόλου των νοσηλευτών και των μαιών για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας. Σε μια προσπάθεια να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες των ανθρώπων και να διευρύνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η Ιρλανδία επέτρεψε στις μαιές, αλλά και νοσηλευτές να συνταγογραφούν φάρμακα. Οι πρωτογενείς επαγγελματίες υγείας, στην Ευρωπαϊκή περιφέρεια του Π.Ο.Υ. δέχονται αυξημένη πίεση για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο παρά το φόρτο εργασίας και το συνεχώς αυξανόμενο βάρος των μεταδοτικών ασθενειών. Έτσι σε πολλές χώρες όπως και στην Ιρλανδία, αυτές οι προκλήσεις προκάλεσαν αλλαγές στο εργατικό δυναμικό της υγείας (Π.Ο.Υ., 2018).

Τα Ιωάννινα είναι η πρώτη πόλη στην Ελλάδα που δοκιμάζει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες. Οι ολοκληρωμένες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες υγείας θα γίνουν σύντομα πραγματικότητα στην Ελλάδα, με την πόλη των Ιωαννίνων να εφαρμόζει για πρώτη φορά ένα νέο μοντέλο υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη των αναγκών των ανθρώπων της. Εμπειρογνώμονες από τον Π.Ο.Υ. στην Ευρώπη και το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας συζήτησαν για την υλοποίηση των νέων αυτών ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας στα Ιωάννινα τον Οκτώβριο του 2017. Στο διάλογο αυτό συμμετείχαν άτομα από τις υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες, το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και τις τοπικές αρχές. Σε μια προσπάθεια για τη βελτίωση της περίθαλψης με επίκεντρο τον άνθρωπο, η πόλη προσπαθεί τώρα να μειώσει τις περιττές νοσηλείες, να μεταφέρει περισσότερες υπηρεσίες στις εγκαταστάσεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και να ενσωματώσει τις υπηρεσίες με το καθιερωμένο δίκτυο κοινωνικής φροντίδας της πόλης. Η μεγάλη εμπειρία των Ιωαννίνων στις κοινωνικές υπηρεσίες θα ενισχύσει τη συνεργασία και θα διευκολύνει τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών. Η εφαρμογή των ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο στα Ιωάννινα είναι αποτέλεσμα της αξιολόγησης του Π.Ο.Υ. που πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2017 για τη διερεύνηση εναλλακτικών λύσεων για την περίθαλψη στα νοσοκομεία. Ο διάλογος αυτός οργανώθηκε στο πλαίσιο της 2<sup>ης</sup> φάσης της πρωτοβουλίας «Ενίσχυση της ικανότητας για καθολική κάλυψη».

Ο γενικός στόχος είναι να συμβάλλει στη βελτίωση της ισότητας στην υγεία στην Ελλάδα, ιδίως μεταξύ των πιο ευάλωτων πληθυσμών που πλήττονται από κρίσεις, βοηθώντας τις ελληνικές αρχές να προχωρήσουν στην κάλυψη της υγείας και να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας τους (<https://government.gov.gr> & Π.Ο.Υ., 2017).

## Η ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ

Όσον αφορά την ανθρωποκεντρική φροντίδα στη μαιευτική (γυναικο-κεντρική φροντίδα), δεν φαίνεται να έχει επικρατήσει ένας αποδεκτός ορισμός της. Η γυναικο-κεντρική φροντίδα υγείας ανιχνεύεται στις δεκαετίες του 1960 και 1970 που υπήρξε ένα γυναικείο κίνημα υγείας ενώ τα μοντέλα που αφορούν την υγεία της γυναίκας βασίζονταν στη φεμινιστική ηθική. Σύμφωνα με άρθρα που δημοσιεύτηκαν τότε, οι γυναίκες που γεννούσαν σε δημόσια νοσοκομεία διατύπωναν παράπονα και δήλωναν πως δεν ήταν χαρούμενες ενώ οι μαίες ανησυχούσαν ολοένα και περισσότερο για το γεγονός ότι στη φροντίδα των γυναικών υπήρχαν περισσότερες ιατρικές παρεμβάσεις. Μέσα από συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες που γέννησαν από το 1989 και μετά το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου κατέληξε στα εξής :

- Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις μοναδικές ανάγκες των γυναικών και να σέβονται τα εθνικά, πολιτιστικά, κοινωνικά και οικογενειακά υπόβαθρα τους
- Οι γυναίκες θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στον προγραμματισμό της φροντίδας τους και να περιθάλπονται από έναν επαγγελματία υγείας περισσότερο οικείο προς αυτές
- Στις γυναίκες είναι σημαντικό να παρέχονται ακριβής πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους και της υγείας του εμβρύου ή νεογνού τους
- Οι ψυχολογικές και σωματικές ανάγκες των γυναικών είναι υψίστης σημασίας να γίνουν κατανοητές και να γίνει σεβαστή η αυτονομία τους (Morgan L., 2015).

Σε μία έρευνα που διεξήχθη τα τελευταία χρόνια σε γυναίκες στη Σουηδία και την Ισλανδία με σκοπό να αναπτυχθεί ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο μαιευτικό μοντέλο της γυναικο-κεντρικής φροντίδας, φάνηκε ότι η μαιευτική φροντίδα σε αυτή την εποχή της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας χρειάζεται να έρθει σε εξισορρόπηση με τις ιατρικές παρεμβάσεις για την ενίσχυση της κουλτούρας της φροντίδας με βάση τις φιλοσοφίες της μαιευτικής. Το επόμενο βήμα αναμένεται να είναι η εφαρμογή του μοντέλου στα προγράμματα μαιευτικής και στην κλινική πρακτική και η αξιολόγηση της εφαρμογής του (Berg M. et al, 2012).

Η γυναικο-κεντρική φροντίδα συνδέεται στενά με τη συνέχεια της φροντίδας (continuity of care) που ικανοποιεί τις ανάγκες της γυναίκας, αναγνωρίζει τις φιλοδοξίες της και ενδυναμώνει τη σχέση της μαίας με τη γυναίκα (Leap N., 2009).

Η συνεχής υποστήριξη στον τοκετό βελτιώνει τα αποτελέσματα τόσο για τη γυναίκα όσο και για το νεογνό, συμπεριλαμβανομένων του κολπικού τοκετού χωρίς παρεμβάσεις, της μικρότερης διάρκειας του τοκετού και της μείωσης των καισαρικών τομών, της χρήσης αναισθησίας/αναλγησίας, του χαμηλού Apgar Score το 5<sup>ο</sup> λεπτό στο νεογνό και των αρνητικών συναισθημάτων σχετικά με την εμπειρία του τοκετού (Bohren M. et al, 2017).

Σήμερα το γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες μέσω διαδικτύου μειώνει την ασυμμετρία που υπάρχει, όσον αφορά τη γνώση των ιατρών και εξισώνει κατά κάποιο τρόπο την εξουσία τους. Αυτό ονομάζεται «ενδυνάμωση» και ορίζεται ως η διαδικασία με την οποία οι άνθρωποι και οι κοινότητες κερδίζουν την κυριαρχία για την ζωή τους. Το αποτέλεσμα στη γυναικοκεντρική και τη μαιευτική φροντίδα είναι ότι οι γυναίκες, οι οικογένειες τους, η κοινωνία και η κοινότητα ενδυναμώνονται και λειτουργούν με μεγαλύτερη αποφασιστικότητα και αυτονομία (Veinot T., 2010).

Όσον αφορά την γυναικοκεντρική φροντίδα οι μαίες θα ήταν καλό να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στις γυναίκες, αναπτύσσοντας μια σχέση εμπιστοσύνης προκειμένου να παρέχουν ασφάλεια και εξατομικευμένη φροντίδα [College of Midwives of Ontario (CMO) , 2013].

## 1.2 ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΑΠΟΔΕΚΤΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα Δικαιώματα των ασθενών αποτελούν μέρος των δικαιωμάτων του πολίτη και περιγράφονται ότι είναι μια σύνθεση νομοθεσίας, ηθικών και δεοντολογικών κανόνων που αναμένουν ικανοποίηση από το σύστημα υγείας της κάθε χώρας. Σκοπός της δημιουργίας τους είναι η προστασία του πολίτη και χρήστη των υπηρεσιών υγείας από τις επιπτώσεις και τα προβλήματα που δημιουργούνται από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της σύγχρονης κοινωνίας και την ανεξέλεγκτη τεχνολογική και επιστημονική ανάπτυξη. Τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας ανήκουν στην κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τα οποία κάθε άνθρωπος δικαιούται να έχει με βάση την ανθρώπινη υπόσταση του και μόνο. Αυτά αναλογούν σε όλους εξίσου με βάση όχι τα προσωπικά επιτεύγματα τους, αλλά την αξία τους ως ανθρώπων, ως φυσικών και κοινωνικών όντων. Συνδέονται με την έννοια της ελευθερίας, της ανθρώπινης φύσης, της ανθρώπινης αξίας και της αξιοπρέπειας (Χατζηγεωργίου Ε. 2012).

Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό έχουν δημιουργηθεί ως αντιστάθμισμα της ανεξέλεγκτης τεχνολογικής ανάπτυξης και των κοινωνικών αλλαγών. Η ανεξέλεγκτη τεχνολογική ανάπτυξη στο τομέα της υγείας και ιδιαίτερα στην περίοδο της περιγεννητικής φροντίδας συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα, θνησιμότητα και οικονομική επιβάρυνση. Παράλληλα, λόγω κοινωνικών αλλαγών οι πολίτες και ειδικά οι γυναίκες έχουν αποκτήσει περισσότερη μόρφωση, αυτονομία και δύναμη με αποτέλεσμα να διεκδικούν σεβασμό των δικαιωμάτων τους (Χατζηγεωργίου Ε. 2009, Π.Ο.Υ. 2017).

Στην Ευρώπη για διασφάλιση αυτών των δικαιωμάτων έχει δημιουργηθεί από πολίτες και οργανωμένα σύνολα η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών [Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), 2007]. Η Χάρτα ορίζει τα 14 δικαιώματα των ασθενών, που όλα μαζί στοχεύουν στην εξασφάλιση «υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας των ανθρώπων» (Ε.Ε.). Η Χάρτα αν και συστήνει στα διάφορα Ευρωπαϊκά εθνικά συστήματα υγείας να εξασφαλίσουν υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας, δεν έχει εντοπιστεί να υπάρχει ειδική αναφορά σε δικαιώματα της γυναίκας στο τοκετό (Ε.Ε., 2007).

Αντίθετα, στις Ηνωμένες Πολιτείες τα περισσότερα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό είναι θεσμοθετημένα και βρίσκονται αναρτημένα στο διαδίκτυο σε ειδική ιστοσελίδα [www.childbirthconnection.org](http://www.childbirthconnection.org). Το τρίτο δικαίωμα συστήνει ότι η γυναίκα αναμένεται να έχει ελεύθερη επιλογή του τόπου τοκετού της. Το τέταρτο δικαίωμα τονίζει ότι η γυναίκα αναμένεται να έχει κατάλληλη συνδρομή, με γνώμονα την ψυχοσωματική κατάσταση τη δική της και του εμβρύου. Παράλληλα αναφέρει ότι πρέπει να δημιουργούνται κατάλληλες συνθήκες για τη γυναίκα που επιλέγει να γεννήσει στο σπίτι της ([www.childbirthconnection.org](http://www.childbirthconnection.org)).

Τα δικαιώματα έτσι των γυναικών κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και μετά από αυτόν, είναι τα εξής:

1. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα για φροντίδα υγείας της πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό
2. Κάθε γυναίκα και βρέφος έχει το δικαίωμα να λάβει φροντίδα που είναι συνεπής και επιστημονικά τεκμηριωμένη σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους
3. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να διαλέξει έναν επαγγελματία υγείας μία μαία ή έναν ιατρό ως φροντιστή της υγείας της. Και οι δύο φροντιστές πρέπει είναι εξειδικευμένοι στο φυσιολογικό τοκετό και με εξειδίκευση στις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν
4. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να επιλέξει για τον τοκετό της, μέσα από το πλήρες φάσμα ασφαλών επιλογών διαθέσιμων στην κοινότητα της, αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους και το κόστος αυτών των επιλογών
5. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να λάβει όλη ή το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας της από έναν συγκεκριμένο επαγγελματία υγείας ή μια μικρή ομάδα επαγγελματιών με τους οποίους έχει δημιουργήσει μια σχέση. Σε περίπτωση που η γυναίκα δεν είναι ευχαριστημένη από τις υπηρεσίες που της παρέχονται από τον επαγγελματία που έχει αρχικά επιλέξει ή την ομάδα επαγγελματιών υγείας, η γυναίκα μπορεί να αλλάξει
6. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να πληροφορείται για την επαγγελματική ταυτότητα και τα επαγγελματικά προσόντα όσων ασχολούνται με τη φροντίδα της και να το γνωρίζει όταν οι συμμετέχοντες είναι εκπαιδευόμενοι
7. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να επικοινωνεί με τους φροντιστές της και να λαμβάνει φροντίδα με μυστικότητα, η οποία μπορεί να συνεπάγεται την εξαίρεση μη απαραίτητου προσωπικού
8. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει φροντίδα που προσδιορίζει και διευθύνει κοινωνικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες που την επηρεάζουν την υγεία της και του μωρού της
9. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα σε πλήρεις και ξεκάθαρες πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη, τους κινδύνους και το κόστος των διαδικασιών, τα φάρμακα, τις εξετάσεις και τις θεραπείες που της προσφέρονται, και όλων των άλλων επιλογών, χωρίς καμία παρέμβαση
10. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να αποδεχθεί ή να απορρίψει διαδικασίες, φάρμακα, δοκιμές και θεραπείες, και να τιμηθούν οι επιλογές της. Έχει το δικαίωμα να αλλάξει γνώμη
11. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να είναι ενημερωμένη αν οι φροντιστές της επιθυμούν να συμπεριλάβουν αυτή και το βρέφος της σε μια ερευνητική μελέτη. Θα πρέπει να λάβει ακριβείς πληροφορίες για όλα τα γνωστά και πιθανά οφέλη και τους κινδύνους συμμετοχής. και έχει το δικαίωμα να αποφασίσει εάν θα συμμετάσχει, χωρίς εξαναγκασμό και χωρίς αρνητικές συνέπειες



12. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα της απεριόριστης πρόσβασης σε όλα τα διαθέσιμα αρχεία σχετικά με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, τη γέννηση, την πορεία μετά τον τοκετό και το βρέφος και μπορεί να αποκτήσει ένα πλήρες αντίγραφο αυτών των εγγραφών καθώς και να λάβει βοήθεια για την κατανόησή τους, αν είναι απαραίτητο
13. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει φροντίδα μητρότητας που είναι κατάλληλη για αυτήν με βάση το πολιτιστικό και θρησκευτικό υπόβαθρο της και να λαμβάνει πληροφορίες σε γλώσσα στην οποία μπορεί να επικοινωνήσει.
14. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να έχει μέλη της οικογένειάς της και φίλους της επιλογής της κατά τη διάρκεια όλων των πτυχών της περιθαλψής της
15. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει συνεχή κοινωνική, συναισθηματική και σωματική υποστήριξη κατά τη διάρκεια του τοκετού και της γέννησης από έναν φροντιστή που έχει εκπαιδευτεί στην υποστήριξη του τοκετού
16. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να λάβει πλήρεις εκ των προτέρων πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη από όλες τις λογικά διαθέσιμες μεθόδους ανακούφισης του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού και της γέννησης, συμπεριλαμβανομένων των μεθόδων που δεν απαιτούν τη χρήση ναρκωτικών. Αυτή έχει το δικαίωμα να επιλέξει ποιες μεθόδους θέλει και να αλλάξει γνώμη ανά πάσα στιγμή
17. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα της ελευθερίας κίνησης κατά τη διάρκεια του τοκετού, χωρίς επιβάρυνση «σωλήνες», «καλώδια» ή άλλες συσκευές. Έχει επίσης το δικαίωμα να γεννήσει στη θέση της επιλογής της
18. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα στην πρακτικώς αδιάκοπη επαφή με το νεογνό της από τη στιγμή της γέννησης, εφόσον αυτή και το νεογέννητο είναι υγιή και δε χρειάζονται φροντίδα που απαιτεί διαχωρισμό
19. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να λάβει πλήρεις πληροφορίες για τα οφέλη του θηλασμού, πριν τον τοκετό, να αρνηθεί τη χρήση τεχνητής διατροφής και άλλες ενέργειες που παρεμβαίνουν στο θηλασμό και να έχει πρόσβαση σε εξειδικευμένη υποστήριξη της γαλουχίας για όσο χρονικό διάστημα επιλέξει να θηλάσει
20. Κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να αποφασίσει σε συνεργασία με τους φροντιστές της εφόσον αυτή και το μωρό της είναι σε καλή κατάσταση ώστε να γίνει ο τοκετός στο σπίτι (United Nations, 2018; [www.childbirthconnection.org](http://www.childbirthconnection.org)).

Στην Κύπρο, η Βουλή των Αντιπροσώπων ανταποκρινόμενη στις συστάσεις της ΕΕ και των πολιτών ψήφισε τον Νόμο «Περί Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών νόμο του 2004» ο οποίος πηγάζει από την Ευρωπαϊκή νομοθεσία (Κυπριακή Δημοκρατία, 2004).

Τα ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας, αφορούν:

- το δικαίωμα στη ζωή,
- Το δικαίωμα σωματικής, ψυχικής ακεραιότητας και ασφάλειας

- το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και της αξιοπρεπούς μεταχείρισης στη παροχή υπηρεσιών υγείας
- το δικαίωμα προστασίας της υγείας με κατάλληλα μέτρα πρόληψης ασθενειών και φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με τον νόμο στην Ελλάδα το 1992 (Ν.2071/ΦΕΚ 123/92 τ.α /άρθρο 47), καθιερώθηκαν “τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς”. Από τον Απρίλιο του 2006 κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών ενεργοποιώντας το νόμο 2071/1992(ΦΕΚ Α΄123) σε μια προσπάθεια προστασίας του πολίτη σε συνδυασμό με καλύτερη παροχή υγείας.

#### Άρθρο 47

Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς είναι τα ακόλουθα:

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.
4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του.
5. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.
6. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το Δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη

συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.

7. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευσή. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

9. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δηλώνει ότι τα αναπαραγωγικά δικαιώματα είναι βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και έχει εκδώσει πολλές δηλώσεις, εγχειρίδια και οδηγίες για την εφαρμογή των δικαιωμάτων αυτών.

Τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών δεν περιορίζονται στην αντισύλληψη και στην άμβλωση. Τα αναπαραγωγικά δικαιώματα περιβάλλουν την κατάσταση των γυναικών ως πολιτών. (Logan N., 2017)

Τα 12 Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά Δικαιώματα, όπως ορίζονται στο Χάρτη της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού (Δ.Ο.Ο.Π.) είναι:

1. Το Δικαίωμα στη Ζωή, που σημαίνει, μεταξύ άλλων, ότι καμιάς γυναίκας η ζωή δεν πρέπει να τεθεί σε κίνδυνο λόγω μιας εγκυμοσύνης.
2. Το Δικαίωμα στην Ελευθερία και Ασφάλεια του Ατόμου, που αναγνωρίζει ότι κανένα άτομο δεν πρέπει να υποστεί ακρωτηριασμό των γυναικείων αναπαραγωγικών οργάνων, αναγκαστική εγκυμοσύνη, στείρωση, ή έκτρωση.
3. Το Δικαίωμα στην Ισότητα και στην Απελευθέρωση από κάθε Μορφή Διάκρισης, που συμπεριλαμβάνει και τη διάκριση σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική ζωή του ατόμου.
4. Το Δικαίωμα στην Ιδιωτική Ζωή, που σημαίνει ότι όλες οι ιατρικές υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας οφείλουν να είναι εμπιστευτικές, και όλες οι γυναίκες έχουν δικαίωμα να αποφασίζουν αυτόνομα για τις αναπαραγωγικές τους επιλογές.
5. Το Δικαίωμα στην Ελευθερία Σκέψης, που συμπεριλαμβάνει την ελευθερία από την περιοριστική ερμηνεία θρησκευτικών κειμένων, πιστεύω, φιλοσοφιών και

εθίμων, ως μέσων υποτίμησης την ελευθερία της σκέψης σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική ιατρική φροντίδα και άλλα θέματα.

6. Το Δικαίωμα στην Πληροφόρηση και Εκπαίδευση, σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία για όλα τα άτομα, συμπεριλαμβανομένης και της πρόσβασης σε ολοκληρωμένη πληροφόρηση για τα οφέλη, τους κινδύνους, και την αποτελεσματικότητα όλων των μεθόδων ρύθμισης της γονιμότητας, ώστε όλες οι αποφάσεις να παίρνονται με βάση την ολοκληρωμένη, ελεύθερη, και πληροφορημένη συγκατάθεση του ατόμου.

7. Το Δικαίωμα Επιλογής Γάμου ή Όχι και της Δημιουργίας Προγραμματισμένης Οικογένειας. Όλα τα άτομα έχουν το δικαίωμα να προστατεύονται από τον αναγκαστικό γάμο, αν δεν προηγηθεί η ελεύθερη και ενημερωμένη συγκατάθεση τους και να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας συμπεριλαμβανομένων ατόμων που είναι στείρα ή που η γονιμότητα τους κινδυνεύει λόγω των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

8. Το Δικαίωμα Απόφασης Εάν ή Πότε να Αποκτήσεις Παιδιά. Όλα τα άτομα έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στην πληροφόρηση, στην εκπαίδευση και στις υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για την προστασία της αναπαραγωγικής υγείας, στην επιλογή ασφαλούς και αποδεκτής μεθόδου ρύθμισης της γονιμότητας και προφύλαξης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

9. Το Δικαίωμα στη Φροντίδα και Προστασία της Υγείας, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα στην καλύτερης δυνατής ποιότητας ιατρική φροντίδα των πελατών, και το δικαίωμα να είναι ελεύθεροι από παραδοσιακές συνήθειες που είναι επιζήμιες για την υγεία.

10. Το Δικαίωμα στα Οφέλη της Επιστημονικής Προόδου, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα στους χρήστες των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση σε καινούριες τεχνολογίες που αφορούν την αναπαραγωγική υγεία, οι οποίες να είναι ασφαλείς, αποτελεσματικές και αποδεκτές.

11. Το Δικαίωμα στην Ελευθερία Συνάθροισης και Πολιτικής Συμμετοχής, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα όλων των ατόμων να ζητήσουν να επηρεάσουν τις κοινότητες και τις κυβερνήσεις να θέσουν ως προτεραιότητα τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και δικαιώματα.

12. Το Δικαίωμα να είσαι Απαλλαγμένος/η από Βασανιστήρια και Κακομεταχείριση, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα όλων των γυναικών, ανδρών και νέων να είναι προστατευμένοι από τη βία, τη σεξουαλική εκμετάλλευση, και την κακοποίηση.

Με βάση το Royal College of Midwives (RCM) με τη σωστή υποστήριξη και καθοδήγηση οι περισσότερες γυναίκες είναι σε θέση να θηλάσουν. Έτσι καθιερώθηκαν τα δικαιώματα των γυναικών για τη διατροφή των νεογνών τους.

- 1) Το δικαίωμα για σωστή υποστήριξη κατά τον θηλασμό
- 2) Το δικαίωμα της προστασίας τους από την επιρροή της βιομηχανίας της φόρμουλας
- 3) Το δικαίωμα συναισθηματικής υποστήριξης εάν δεν μπόρεσαν να θηλάσουν όσο αυτές ήθελαν.
- 4) Δικαίωμα υποστήριξης για τεχνητή διατροφή (φόρμουλα - μπουκάλι) με ασφάλεια και υπευθυνότητα (Brown A., 2018).



Διάγραμμα: Η σχέση μεταξύ της ποιότητας της φροντίδας και των ανθρώπινων δικαιωμάτων (Π.Ο.Υ., 2017).

### 1.3 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η ενημερωμένη επιλογή του αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι επαγγελματίες υγείας είναι αναγκαίο να σέβονται το δικαίωμα του αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με την υγεία του και το δικαίωμά του σε συνειδητή συναίνεση για μια προτεινόμενη εξέταση ή θεραπεία. Η σπουδαιότητα της γνώσης και κατανόησης της πληροφορημένης επιλογής από τους επαγγελματίες υγείας είναι ουσιαστική. Η πληροφόρηση είναι διαδικασία που προστατεύει τους χρήστες υγείας από βλάβη και ενθαρρύνει την επαγγελματική υπευθυνότητα, τη σχετική με τον τρόπο που οι πληροφορίες μεταβιβάζονται, ενώ προάγει την αιτιολογημένη λήψη απόφασης από το χρήστη υγείας. Η Συμβουλευτική Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας συμφωνεί και τονίζει ότι ο αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας έχει ανάγκη τη σαφή και επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση για τη λήψη ορθής απόφασης (Campbell et al., 2009).

Η μαιευτική βασίζεται στο σεβασμό των γυναικών και σε μια ισχυρή πίστη στην αξία της γέννησης. Προστατεύει και ενισχύει την υγεία και κοινωνική θέση των γυναικών, βοηθώντας έτσι και στην ευημερία της κοινωνίας. Επικεντρώνεται στις ανάγκες και προσδοκίες της γυναίκας και καλύπτει τις ανάγκες τις ίδιες της γυναίκας, του νεογνού/βρέφους και της οικογένειας της. Είναι ολιστική και αναγνωρίζει τις κοινωνικές, συναισθηματικές, σωματικές, πνευματικές και πολιτισμικές ανάγκες της κάθε γυναίκας. Επιπλέον, αναγνωρίζει το δικαίωμα της γυναίκας να λαμβάνει αποφάσεις για τον εαυτό της, το νεογνό και την οικογένεια της ύστερα από ενημέρωση της μαίας με επιστημονικά στοιχεία, με συλλογική και ατομική εμπειρία και ενσυναίσθηση. Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει την συνεργασία της μαίας ή του μαιευτή, των επαγγελματιών υγείας και της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, τη γέννηση και την μεταγεννητική περίοδο (λοχεία) με σκοπό την υποστήριξη της γυναίκας τόσο σε επίπεδο νοσοκομειακό, όσο και σε επίπεδο κοινότητας [New Zealand College of Midwives (NZCOM), College of Midwives of British Columbia (CMBC), College of Midwives of Ontario (CMO), 2014].

Η παροχή πληροφοριών στις γυναίκες σε μια προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των μαιών και μαιευτών να βοηθήσουν τις γυναίκες να κάνουν μια ενημερωμένη επιλογή συνήθως, οδηγεί στην απλή συζήτηση παρά σε μια επιλογή. Η γυναίκα βέβαια επιδιώκει να γνωρίζει τι είναι καλύτερο για αυτή και το νεογνό της. Έτσι τίθεται το ερώτημα «Ποιες πληροφορίες χρειάζεται περισσότερο η γυναίκα;». Το πιο σημαντικό ζήτημα της αποδοχής της έννοιας της ενημερωμένης επιλογής είναι η δυνατότητα να δεχτούν οι μαιές/μαιευτές ότι οι γυναίκες μπορούν να ακούσουν όλες τις συμβουλές τους και να αναζητήσουν πληροφορίες από ένα ευρύ φάσμα πηγών, αλλά μπορεί ακόμα να κάνουν μια επιλογή που δεν ταιριάζει με τη φροντίδα που μπορούν να προσφέρουν. Επομένως είναι σημαντικό να χρησιμοποιηθούν επιστημονικά τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές που θα βασιστούν οι πρακτικές που ακολουθούν οι μαιές/μαιευτές και οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με το φυσιολογικό τοκετό (RCM, 2014).

Προκειμένου να επιτευχθούν όλα αυτά η μαιευτική φροντίδα είναι αναγκαίο να καθοδηγείται από ηθική πρακτική, να βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία, να ακολουθείται πιστά ο Κώδικας Δεοντολογίας και να βελτιωθεί η συμπεριφορά και πρακτική των μαιών/μαιευτών. Επίσης, πρέπει να υπάρχει συνεργασία με εξωτερικές ομάδες και με άλλους επαγγελματίες υγείας για την υποστήριξη των γυναικών. Τέλος να εφαρμόζονται οι σωστές δεξιότητες, όπως η σωστή ακρόαση, συζήτηση, εμπιστευτικότητα και εμπιστοσύνη και σεβασμός των επιθυμιών των γυναικών και η μαία/ο μαιευτής να είναι περισσότερο ανοιχτή/ός σε νέες ιδέες καθώς πάντα υπάρχει και ένας άλλος τρόπος και όλα είναι δυνατά [Australian College of Midwives (ACM), 2014].

Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να συμφωνήσουν στην εφαρμογή ενός τρόπου ενδυνάμωσης των γυναικών ώστε να κάνουν επιλογές σχετικά με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία (RCM, 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

#### ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Πριν από τη διεξαγωγή πολλών διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει αποδεκτή νομική και δεοντολογική αρχή σύμφωνα με την οποία ένας κατάλληλα εκπαιδευμένος κλινικός επαγγελματίας υγείας πρέπει να λάβει συνειδητή συναίνεση από τον ασθενή. Η λήψη ενημερωμένης συγκατάθεσης συνήθως απαιτεί μια συζήτηση μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας σχετικά με μια χειρουργική ή επεμβατική παρέμβαση, η οποία έχει ως αποτέλεσμα να κατανοεί ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας σε τι θα συνεπάγεται η διαδικασία, τους κινδύνους και τα οφέλη της διαδικασίας και εναλλακτικές επιλογές διαχείρισης, ώστε τέλος να υποβληθεί στη διαδικασία μετά από τη συναίνεση του (Kinnersley P. et al, 2013).

Επομένως ως ενημερωμένη συγκατάθεση ορίζεται τη διαδικασία μέσα από την οποία ο αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας λαμβάνει μια πλήρως ενημερωμένη απόφαση ύστερα από επαρκή πληροφόρηση και επεξήγηση της διαδικασίας στην οποία πρόκειται να υποβληθεί καθώς και των κινδύνων και ωφελειών της εφαρμογής της [Royal College of Obstetricians and Gynecologists (R.C.O.G.), 2015].

#### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για:

- τις διαγνωστικές μεθόδους, τα αποτελέσματα της διάγνωσης, το είδος της ασθένειας, τα μέσα, την πορεία και τα στάδια της θεραπείας
- την αναγκαιότητα της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής και τις συνέπειες από την τυχόν καθυστέρηση της
- τους κινδύνους και τις τυχόν επιπλοκές της θεραπευτικής αγωγής
- το κόστος της θεραπείας και τις οικονομικές συνέπειες της ασθένειας του

Η πλήρης και αντικειμενική συναίνεση γίνεται με απλές και κατανοητές λέξεις, χωρίς όμως να παραλείπονται βασικοί ιατρικοί όροι, χωρίς υπερβολές, χωρίς να παραποιείται η αλήθεια, με την ηρεμία και την σιγουριά που απορρέουν από την άρτια επιστημονική κατάρτιση και την εμπειρία του ιατρού ή του επαγγελματία υγείας που έχει απέναντι του ο ασθενής (Παπαμιχαήλ Μ., 2011).

Οι προϋποθέσεις της εγκυρότητας της συναίνεσης του ασθενούς, είναι οι εξής:

1. Η συναίνεση πρέπει να προέρχεται έπειτα από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση



2. Ο ασθενής πρέπει να έχει ικανότητα για συναίνεση, με συμπληρωμένο το 18ο έτος της ηλικίας του και συνείδηση των πράξεων του, καθώς και να μη βρίσκεται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή, που να περιορίζει αποφασιστικά τη λειτουργία της βούλησής του
3. Η συναίνεση πρέπει να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη
4. Η συναίνεση πρέπει να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενο της και κατά το χρόνο εκτέλεσής της (RCOG, 2015).

## ΤΥΠΟΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Η σιωπηρή συγκατάθεση είναι συγκατάθεση η οποία δεν δίνεται ρητά από το άτομο, αλλά συνεπάγεται από τις ενέργειες ή τις αδράνειες του ατόμου. Δείχνουν τις επιθυμίες τους, χωρίς απαραίτητα να τις δηλώνουν.

Η προφορική συγκατάθεση θα πρέπει να λαμβάνεται εάν υπάρχουν αμφιβολίες για τη σιωπηρή συγκατάθεση ενός ατόμου σε μικρές διαδικασίες. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται εάν η παρέμβαση είναι επεμβατική, πιθανόν να είναι περισσότερο από ήπια δυσάρεστη ή συνεπάγεται ήπιο έως μέτριο κίνδυνο.

Παραδείγματα περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε αυτά:

- φλεβοπαρακέντηση
- εισαγωγή ενός καθετήρα
- ακτινογραφία θώρακος
- αφαίρεση των παροχετεύσεων
- επίδεσμοι τραυμάτων
- εξέταση των γεννητικών οργάνων, του ορθού ή των μαστών.

Η λεκτική συναίνεση θα πρέπει να τεκμηριώνεται στο ιατρικό αρχείο του ασθενούς.

Η γραφτή συγκατάθεση πρέπει να λαμβάνεται όταν η θεραπεία, η έρευνα ή η διαδικασία:

- είναι επεμβατική ή έχει σημαντικές πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες, αλλά δεν περιορίζονται και οδηγούν σε, θάνατο ή μόνιμη αναπηρία
- έχει σημαντικές μη αναστρέψιμες παρενέργειες (π.χ. ουλές)
- απαιτεί χειρουργικές, ιατρικές, επεμβατικές ακτινολογικές, ογκολογικές ή ενδοσκοπικές θεραπείες

- απαιτεί τη χρήση γενικής / επισκληριδίου / σπονδυλικής / περιφερειακής αναισθησίας ή ενδοφλέβιας καταστολής
- μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την απασχόληση, τις προσωπικές σχέσεις ή τα χόμπι / συμφέροντα της γυναίκας
- περιλαμβάνει τη χορήγηση φαρμάκων τα οποία έχουν αναπτυχθεί πρόσφατα ή έχουν γνωστές επιπλοκές υψηλού κινδύνου
- είναι πολύπλοκη και / ή περιλαμβάνει πολλαπλά συστατικά
- απαιτείται από το νόμο να έχει γραπτή συγκατάθεση
- ενέχει πιθανό κίνδυνο για το έμβρυο
- μπορεί να επηρεάσει την τρέχουσα ή τη μελλοντική γονιμότητα
- περιλαμβάνει μια νέα τεχνολογία ή κλινική διαδικασία, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής σε κλινικές δοκιμές ή ιατρική έρευνα

Όταν μια θεραπεία περιλαμβάνει οποιοδήποτε από τα παραπάνω, πρέπει να ληφθεί γραπτή συγκατάθεση (Office of the Public Advocate 2013, Queensland Health 2011).

## 2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

### Η μετάβαση στο μοντέλο της ενημερωμένης συγκατάθεσης

Η ιατρική ευθύνη συνδέεται με την ηθική δέσμευση του ιατρού να προστατεύει και να μη βλάπτει τον ασθενή του («ωφελείν ή μη βλάπτειν»). Πρόκειται για την αρχή του Ιπποκράτη που παραδοσιακά κυριαρχεί στους κώδικες ιατρικής δεοντολογίας και αφορά την υποχρέωση του ιατρού να ωφελήσει και αν αυτό δεν είναι εφικτό, τουλάχιστον να μη βλάψει κατά την παρέμβαση του τον ασθενή. Εντούτοις, στα Ιπποκρατικά συγγράμματα δεν αναφέρεται η υποχρέωση του ιατρού να ενημερώνει και να λαμβάνει συγκατάθεση του ασθενή του. Πρόκειται για μια πατερναλιστική θέση του ρόλου του ιατρού η οποία κυριαρχεί στη ιατρική πρακτική έως τα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα και σύμφωνα με την οποία, ο ιατρός λόγω των εξειδικευμένων γνώσεων του, έχει ηθική υποχρέωση να πράττει το βέλτιστο για τον ασθενή, στηριζόμενος αποκλειστικά στις ικανότητες του και την κρίση του.

Από τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα παρατηρείται μια τάση προς επαναδιαπραγμάτευση των σχέσεων ιατρών και ασθενών. Η άσκηση της ιατρικής αρχίζει να απομακρύνεται από την πατερναλιστική παράδοση που θέλει το ιατρό ως μοναδικό κριτή του συμφέροντος του ασθενούς. Στην αλλαγή αυτής της στάσης συντέλεσε η ραγδαία εξέλιξη στον κλάδο των ιατρο-βιολογικών επιστημών, η σταδιακή διαμόρφωση μιας απρόσωπης σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς και η μεταβολή των κυρίαρχων αξιών των νέων πλουραλιστικών κοινωνιών. Αν μη τι άλλο, σημαντικό ρόλο έπαιξαν και οι εμπειρίες του 2<sup>ου</sup> παγκοσμίου πολέμου και συγκεκριμένα η μεταχείριση που υπέστησαν οι άνθρωποι από τους ιατρούς των Ναζί. Ο Jay Katz ωστόσο, υποστήριξε το 1984 ότι υπήρχε ελάχιστο ίχνος ουσιαστικής αναζήτησης συγκατάθεσης πριν από το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα. Στον Κώδικα της Νυρεμβέργης το 1947 βασική αρχή αναδείχθηκε η εκούσια και ενημερωμένη συγκατάθεση ως προϋπόθεση για την διεξαγωγή ιατρικών ερευνών. Ο όρος «ενημερωμένη συγκατάθεση» εμφανίζεται για πρώτη φορά νομολογικά στην απόφαση *Salgo v. Leland Stanford* το 1957 και ακολουθούν αρκετές αποφάσεις οι οποίες οδηγούν στη νομοθετική πλέον καθιέρωση της υποχρέωσης ενημέρωσης εκ μέρους του ιατρού στη βάση του δικαιώματος της ελευθερίας και του αυτοκαθορισμού του ασθενούς. Άλλα σπουδαία νομικά κείμενα όπως η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική του Οβιέδο (1977) αποτυπώνουν αυτή την τάση ενίσχυσης του φιλελευθερισμού και του ενεργού πλέον ρόλου της ατομικής αυτονομίας και του αυτοκαθορισμού του ασθενή. Μετά τη διακήρυξη της Λισσαβόνας 1981, θεσμοθετήθηκε το δικαίωμα της ενημέρωσης του ασθενή για την υγεία του ως προϋπόθεση της συναίνεσης ή της διαφωνίας του στην προτεινόμενη θεραπεία. Στην Ευρώπη ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι οι σπόροι της ενημερωμένης συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στην έρευνα είχαν ήδη φυτευτεί από το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα όταν δημοσιεύτηκαν

εξωφρενικές ερευνητικές πρακτικές για τους ευάλωτους στην κοινωνία, όπως οι φτωχοί, οι πόρνες και τα παιδιά (Katz J. et al., 1972).

### **2.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η ενημερωμένη συγκατάθεση είναι ιδιαίτερα σημαντική στο χώρο της υγείας και κυρίως στο χώρο της υγείας της γυναίκας δηλαδή της μαιευτικής φροντίδας. Η συγκατάθεση δεν είναι αυτή που θα δώσει μεγάλη δύναμη στον ιατρό ή τη μαία και θα αποδυναμώσει τη γυναίκα, αλλά αντίθετα αποδυναμώνεται ο ρόλος και η συμμετοχή του επαγγελματία υγείας στην λήψη αποφάσεων σε βάρος των γυναικών και κατ' επέκταση των νεογνών τους. Έτσι εφόσον η συγκατάθεση αφορά μια πράξη που δεν γίνεται από την ίδια την γυναίκα, αλλά από έναν ενδιάμεσο φορέα, τον ιατρό ή την μαία, είναι απαραίτητη και πρέπει πάντα να λαμβάνεται (Λιανού Δ.Π., 2017).

Σημαντικό ρόλο στην προώθηση της σημασίας της ενημερωμένης συγκατάθεσης έχει η εμπιστοσύνη στην ιατρική και μαιευτική πρακτική, όμως αυτή δεν είναι αρκετή. Αυτό συμβαίνει, διότι κάποιες φορές αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες υγείας εκμεταλλεύονται αυτή την εμπιστοσύνη ιδίως σε περιπτώσεις όπου η γυναίκα δεν έχει τις αισθήσεις της «κοιμάται» ή έχει κάποια ψυχική ασθένεια (Eyal N. et al, 2012).

Η ενημερωμένη συγκατάθεση έχει γίνει το πρωταρχικό παράδειγμα για την προστασία των νομικών δικαιωμάτων των ασθενών και για την καθοδήγηση της ηθικής πρακτικής της ιατρικής. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διαφορετικούς σκοπούς σε διαφορετικά πλαίσια: νομικά, ηθικά ή διοικητικά. Αν και αυτοί οι σκοποί αλληλεπικαλύπτονται, δεν είναι πανομοιότυποι, οδηγώντας έτσι σε διαφορετικά πρότυπα και κριτήρια για το τι συνιστά «επαρκή» ενημερωμένη συναίνεση.

#### **Νομικά**

Από νομικής άποψης η ενημερωμένη συγκατάθεση προστατεύει τους αποδέκτες της φροντίδας υγείας από προσβολή των δικαιωμάτων και της αυτονομίας τους και αποτρέπει την διενέργεια διαδικασιών που δεν επιθυμούν οι γυναίκες να υποβληθούν.

#### **Ηθικά**

Ο ηθικός σκοπός της ενημερωμένης συγκατάθεσης θα έλεγε κανείς ότι φαίνεται ως ένα βαθμό πιο αφηρημένος και ιδεολογικός, επιδιώκοντας να σεβαστεί την αυτονομία του ασθενούς, εξασφαλίζοντας ότι η θεραπεία επιλέγεται από τον ασθενή. Στο πλαίσιο αυτό, η ενημερωμένη συναίνεση αποσκοπεί στη μετατόπιση του δεοντολογικού παραδείγματος για τη λήψη αποφάσεων από τα μοντέλα με επίκεντρο τον ιατρό σε μοντέλα με επίκεντρο τον άνθρωπο. Η βιβλιογραφία της

ηθικής σχετικά με τη συγκατάθεση σε βάθος τονίζει επίσης ότι αυτή δεν αποτελεί γεγονός αλλά μια διαδικασία που προηγείται της «υπογραφής». Το έντυπο συγκατάθεσης δεν πρέπει να συγχέεται με τη διαδικασία συναίνεσης. το έντυπο απλά τεκμηριώνει ότι η διαδικασία έχει συμβεί και αυτό είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί. Είναι σημαντικό ότι άλλα τμήματα του αρχείου ασθενούς (π.χ. κλινική και / ή χειρουργικές σημειώσεις) πρέπει να επιβεβαιώνουν τις λεπτομέρειες της διαδικασίας.

#### Διοικητικά

Για λόγους συμμόρφωσης, το έγγραφο ενημερωμένης συγκατάθεσης εξυπηρετεί τον διοικητικό σκοπό ενός ελέγχου σε επίπεδο συστήματος για να διασφαλιστεί ότι έχει πραγματοποιηθεί μια διαδικασία συναίνεσης. Όμως, οι πιέσεις για αποτελεσματική ροή εργασίας ενδέχεται να μεταφέρουν την εστίαση της διαδικασίας συναίνεσης από την έντονη συζήτηση στην απλή απαίτηση υπογραφής.

Σύμφωνα με δεοντολογικές και ηθικές προσεγγίσεις η ενημερωμένη συγκατάθεση βασίζεται στο γεγονός ότι ο υπεύθυνος λήψης αποφάσεων (δηλαδή ο αποδέκτης της φροντίδας υγείας) πρέπει να έχει την ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις, και ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να μπορεί να δώσει επαρκείς λεπτομέρειες, ώστε ο υπεύθυνος λήψης αποφάσεων:

1. να προβεί σε όσον το δυνατό σωστή και τεκμηριωμένη επιλογή,
2. να αποδείξει την κατανόηση των πληροφοριών που λαμβάνει,
3. να δώσει ελεύθερα τη συγκατάθεσή του.

Στην τρέχουσα κλινική πρακτική, αυτά τα τέσσερα στοιχεία μεταφράζονται σε πέντε συνιστώσες που πρέπει να συμπεριληφθούν σε μια συζήτηση που επιδιώκει να αποκτήσει συνειδητή συναίνεση:

1. τη διάγνωση,
2. την προτεινόμενη θεραπεία,
3. τους συναφείς κινδύνους και τα οφέλη της θεραπείας,
4. τις εναλλακτικές θεραπείες και τους κινδύνους και τα οφέλη τους,
5. και τους κινδύνους και τα οφέλη της άρνησης της θεραπείας (Hall H.G. et al, 2012).

## 2.4 ΝΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Με τον «Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας» το ελληνικό δίκαιο απέκτησε ένα σύγχρονο πλαίσιο νομικής ρύθμισης των σχέσεων ασθενούς / ιατρού. Κύριο χαρακτηριστικό του νόμου αυτού είναι η ρητή εισαγωγή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση», σε συνδυασμό πάντως με τη διατήρηση διατάξεων που αντανακλούν την παλαιότερη «πατερναλιστική» αντίληψη.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η «συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση» είχε ήδη αποτυπωθεί στο ελληνικό δίκαιο, κατ' αρχήν με την κύρωση της Σύμβασης του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική και ειδικότερα με τη ρητή πρόβλεψή της σε ορισμένα νομοθετήματα που αφορούν ιδιαίτερες περιοχές της Ιατρικής. Οι σχετικές ρυθμίσεις του ΚΙΔ είναι βέβαια περισσότερο αναλυτικές. Σύμφωνα με αυτές, η συναίνεση:

- Είναι αναγκαία, εκτός:

α) από επείγουσες περιπτώσεις,

β) από περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας και

γ) από περιπτώσεις άρνησης των αντιπροσώπων ανίκανου προς συναίνεση, προκειμένου να αποτραπεί κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του επιπλέον πρέπει να είναι ρητή, έστω και άτυπη, να παρέχεται από τους γονείς στην περίπτωση ανήλικου.

- Παρέχεται από τους «οικείους» ή τον δικαστικό συμπαραστάτη σε άλλες περιπτώσεις ανικανότητας

Η συναίνεση ακόμη προϋποθέτει «ενημέρωση» του ασθενούς (ή των αντιπροσώπων, σε περιπτώσεις ανικανότητας). Αυτή πρέπει να είναι «πλήρης» και «κατανοητή» και να αποδίδει την αλήθεια και να καλύπτει μια σειρά από συνιστώσες

α) την πραγματική κατάσταση της υγείας,

β) το περιεχόμενο της προτεινόμενης ιατρικής πράξης,

γ) τους κινδύνους και τις πιθανές παρενέργειες,

δ) εναλλακτικές επιλογές θεραπείας και

ε) τον εκτιμώμενο χρόνο αποκατάστασης της υγείας.

Σκοπός είναι η δυνατότητα στάθμισης όχι μόνο των ιατρικών, αλλά και κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων από τον ασθενή πριν αποφασίσει σχετικά.

- Μπορεί να την αρνηθεί ο ασθενής (δικαίωμα άγνοιας) είτε εντελώς είτε εξουσιοδοτώντας τον ιατρό να ενημερώσει συγκεκριμένους τρίτους.

Και στις περιπτώσεις της ανικανότητας, πάντως, ο νόμος αναγνωρίζει την υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό, καθώς και την προσπάθεια εξασφάλισης εκούσιας συμμετοχής, σύμπραξης και συνεργασίας, ιδίως των ασθενών που διατηρούν κάποια ικανότητα κατανόησης.

Οι περιπτώσεις ασάφειας

Η πολυπλοκότητα από την οποία συχνά χαρακτηρίζονται τα ιατρικά περιστατικά, σε συνδυασμό με ορισμένες ασάφειες στις προβλέψεις του νόμου, είναι αναμενόμενο να προκαλούν προβλήματα κατανόησης. Τα προβλήματα αυτά ρυθμίζονται από το νόμο και αφορούν κυρίως την εφαρμογή νέων μεθόδων της τεχνολογίας στην ιατρική πράξη.

α) Προβλήματα ως προς την ενημέρωση

Το πρόβλημα της «αλήθειας» είναι εδώ το σοβαρότερο. Ο νόμος επαναλαμβάνει συχνά τον όρο «πλήρης» ενημέρωση που - σε συνδυασμό με το «καθήκον αληθείας» - σημαίνει ότι ο ιατρός δεν έχει απολύτως κανένα περιθώριο απόκρυψης από τον ασθενή στοιχείων της πραγματικής κατάστασης της υγείας ή των προσφερομένων μεθόδων θεραπείας. Τίθενται εδώ δύο ερωτήματα:

ι) Αν ο ιατρός κρίνει ότι ο ασθενής, μαθαίνοντας την «πλήρη» αλήθεια, είτε θα αποθαρρυνθεί να ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή είτε θα επηρεασθεί σε σημείο κινδύνου για την κατάσταση της υγείας του, μπορεί να περιορίσει την ενημέρωση ή ακόμη και να προσφύγει σε ψευδή πληροφόρηση

ιι) Σε μια τέτοια περίπτωση, ο ιατρός έχει την ευχέρεια να επιλέξει αντί της ενημέρωσης του ασθενούς την ενημέρωση των συγγενών του, ώστε εκείνοι να αποφασίσουν

Ένα επιπλέον πρόβλημα που δημιουργείται είναι στην περίπτωση που οι εναλλακτικές δυνατότητες θεραπείας δεν οδηγούν σε επιλογή της καλύτερης, καθώς μπορεί να συνδέονται με σοβαρές παρενέργειες, κρίσιμες ίσως για τη συνολική ποιότητα της ζωής κάποιου (π.χ. χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, εκτομή άκρων κ.λπ.). Ιδίως σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας, ακόμη και συνηθισμένες παρενέργειες μιας «επιθετικής» θεραπευτικής αγωγής μπορεί να αποδειχθούν δυσανάλογες σε σχέση με το πραγματικό όφελος.

Το ερώτημα στην προκειμένη περίπτωση είναι αν η ενημέρωση πρέπει να αρκείται στην «ουδέτερη» παρουσίαση των εναλλακτικών θεραπειών ή αν πρέπει να συνοδεύεται από μια αξιολόγησή του ιατρού, σε σχέση με τον συγκεκριμένο ασθενή.

Η «ουδέτερη» παρουσίαση, εφόσον είναι πλήρης, αφήνει στον ίδιο τον ασθενή την ευχέρεια της αξιολόγησης, καθώς εκείνος μόνο μπορεί να δει τα οφέλη και τις ζημιές για την ποιότητα της ζωής του. Ωστόσο, ένα τέτοιο βάρος μπορεί να είναι τεράστιο και αρκετά δυσάρεστο για κάποιον που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει με ψυχραιμία την «ασθένεια» του. Από την άλλη πλευρά, η αξιολόγηση του ιατρού μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια στη τελική απόφαση του ασθενούς, και να αποφευχθούν πιθανά λάθη από αυτή την απόφαση.

#### β) Προβλήματα ως προς τη συναίνεση

Τα προβλήματα της συναίνεσης αφορούν τη σχέση ιατρού και συγγενών, στην περίπτωση του ανίκανου να συναινεί ασθενούς.

Αρχικά, ως προς τις εξαιρέσεις συναίνεσης που δέχεται ο ΚΙΔ, τίθεται το θέμα του αν γενικότερα μπορούν οι συγγενείς του ασθενούς να αρνούνται τη θεραπεία και έως ποιο όριο. Ο «κίνδυνος της υγείας» επιδέχεται ευρύτατη ερμηνεία, σύμφωνα με τον νόμο, και χρειάζεται λεπτομερέστερο προσδιορισμό. Είναι βέβαιο ότι η «άρνηση θεραπείας» δεν είναι το ίδιο όταν γίνεται από τους συγγενείς καθώς αυτοί δεν βιώνουν την «ασθένεια». Από την άλλη πλευρά, οι συγγενείς δεν μπορεί να έχουν και «υποχρέωση» θεραπείας του ασθενούς, αφού κάτι τέτοιο θα αναιρούσε τη βασική έννοια της ελευθερίας και θα μπορούσαν να συναινέσουν εκείνοι αντί του ασθενούς.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί η διαφορετική ρύθμιση του ΚΙΔ σε σχέση με το άρθ. 1534 του Αστικού Κώδικα (ΑΚ), ως προς την δυνατότητα αυτενέργειας του ιατρού σε περίπτωση άρνησης των γονέων ανηλίκου να συναινέσουν σε θεραπεία του τελευταίου. Ο ΑΚ επιβάλλει εδώ άδεια εισαγγελέα, την οποία πλέον δεν απαιτεί ο ΚΙΔ. Το ερώτημα που τίθεται είναι αν η ρύθμιση του ΚΙΔ αρκεί για να καλύψει την ευθύνη του ιατρού έναντι των γονέων, εν όψει ιδίως της συνταγματικής προστασίας της γονικής μέριμνας, εγγυητής της οποίας είναι όχι ο ιατρός, αλλά η δικαστική αρχή.

Ένα επίσης κρίσιμο θέμα είναι η στάση του ιατρού σε περίπτωση εκδήλωσης διαφωνίας μεταξύ των συγγενών, κάτι που είναι πιθανόν να προκύψει καθώς ο νόμος δεν ιεραρχεί τους συγγενείς ως προς την εξουσία τους να αποφασίζουν. Θα έπρεπε σε αυτό το σημείο να υποθέσει κανείς αν μια τέτοια άρρητη ιεράρχηση ή το βάρος της απόφασης «πέφτει» στον ίδιο τον ιατρό, με βάση το θεμελιώδες καθήκον του απέναντι στον ασθενή. Θα μπορούσε εδώ να βοηθήσει η παρέμβαση κάποιας επιτροπής δεοντολογίας, όταν ο αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας νοσηλεύεται σε νοσοκομείο. Θα πρέπει όμως να τονιστεί ότι δεν έχει ακόμη εξοικειωθεί το σύστημα υγείας της χώρας μας με τέτοια ζητήματα, σε σχέση με την Ευρώπη τις ΗΠΑ που οι επιτροπές αυτές είναι καθιερωμένες - και η σημασία του ρόλου τους αδιαμφισβήτητη - από πολλές δεκαετίες.

Ακόμη πιο σοβαρό είναι το πρόβλημα που μπορεί να προκύψει όταν ο ιατρός είναι σε θέση να γνωρίζει επιθυμίες του ασθενούς που είχαν εκφρασθεί πριν αυτός



καταστεί ανίκανος να συναινεί, είτε εγγράφως είτε προφορικά, με τις οποίες όμως διαφωνούν οι συγγενείς. Σε αυτή την περίπτωση που αυτοί έχουν το νόμιμο δικαίωμα της τελικής απόφασης, ερωτάται αν οι επιθυμίες αυτές πρέπει – και πώς – να λαμβάνονται υπόψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι το τελευταίο προβλέπει τόσο ο ΚΙΔ, όσο και η Σύμβαση του Οβιέδο, χωρίς όμως να διευκρινίζουν τις συναφείς έννομες συνέπειες.

Τέλος, υπάρχει ένα γενικό ζήτημα σχετικά με τη συναίνεση του ανηλίκου. Η συναίνεση αυτή αποκλείεται απόλυτα, έστω και αν ένας ανήλικος είναι προφανώς σε θέση να ελέγχει την υγεία του, αφού από άλλες διατάξεις του αναγνωρίζεται δικαιοπρακτική ικανότητα (π.χ. ως προς τη σύναψη γάμου). Το ερώτημα που τίθεται, εδώ, είναι μήπως πρέπει η εφαρμογή της διάταξης να είναι στενή, μόνον για τις περιπτώσεις που η πνευματική ανωριμότητα του ανηλίκου δικαιολογεί τη συναίνεση των γονέων ή του φερόμενου ως κηδεμόνα του, ώστε να υπάρχει εναρμόνιση με τη συνταγματική προστασία της προσωπικότητάς του (άρθ. 5 παρ. 1 του Συντάγματος).

γ) Η ευθύνη του ιατρού και άλλες έννομες συνέπειες

Από νομική άποψη, με βάση όλα τα ζητήματα που προκύπτουν επηρεάζεται η έκταση της νομικής ευθύνης του ιατρού (ποινικής, αστικής και πειθαρχικής). Η ευθύνη αυτή δεν συνδέεται με λάθος κατά την εκτέλεση ιατρικής πράξης (με κριτήριο τη *lege artis* εκτέλεση), αλλά με λάθος κατά το στάδιο που προηγείται μιας τέτοιας πράξης, δηλαδή κατά τη νόμιμη διαδικασία λήψης της απόφασης.

Η εφαρμογή των σχετικών με τη «συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση» προβλέψεων της Σύμβασης του Οβιέδο και του ΚΙΔ (αλλά και των σχετικών προβλέψεων ειδικών νομοθετημάτων για τις μεταμοσχεύσεις, την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κ.λπ.), συμπληρώνουν έτσι τη γενική νομοθεσία για την ιατρική ευθύνη.

Κατά δεύτερο λόγο, μπορεί να επηρεασθεί η έννομη κατάσταση και τρίτων (νοσοκομείων, συγγενών του ασθενούς), στο βαθμό που η συμμόρφωση στο δικαίωμα του ασθενούς για συγκατάθεση αποτελεί την υποχρέωση τους.

Η ελληνική νομοθεσία αναφέρει ότι η λήψη της συγκατάθεσης του ασθενούς αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, η οποία γίνεται κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας 2005, Λασκαρίδης Ε 2013, Φουντεδάκη Κ. 2006).

Ο νόμος επίσης ορίζει και τις περιπτώσεις που δεν απαιτείται συναίνεση:

1. Στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση (προηγούμενη ενημέρωση και λήψη ρητώς της

συναίνεσης) και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας (π.χ. βαρύς τραυματισμός ύστερα από τροχαίο, όπου ο ασθενής δε διατηρεί τις αισθήσεις του ή έχει μειωμένη συνείδηση, κίνδυνος ζωής του ασθενούς).

2. Στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας, όπου ο ιατρός οφείλει να ενεργήσει προς το σκοπό της διάσωσης της ζωής του ασθενούς και αντίθετα με την εκπεφρασμένη βούληση του ατόμου, έχοντας ως γνώμονα την προστασία του έννομου αγαθού της ζωής, δοθέντος ότι δεν προστατεύεται από την ελληνική έννομη τάξη το δικαίωμα στο θάνατο και η αυτοκτονία αποτελεί αποδοκιμαστέα για την έννομη τάξη πράξη.
3. Σε περιπτώσεις όπου οι γονείς ανήλικου ασθενούς ή συγγενείς που δεν μπορεί για οποιοδήποτε λόγο να συναινέσει, ή άλλοι τρίτοι που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή αρνούνται να δώσουν την απαραίτητη συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς.

Επισημαίνεται, ότι ο νόμος αναγνωρίζει στον ασθενή το δικαίωμα του να μην ενημερωθεί για την πραγματική κατάσταση της υγείας του και για το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης από τον ιατρό θεραπείας, «ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων να μην ενημερωθούν», ενώ περαιτέρω δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να ζητήσει από τον ιατρό του να ενημερώσει αντ' αυτού άλλο ή άλλα πρόσωπα που αυτός θα του υποδείξει (Τριανταφυλλόπουλος Ι., 2015).

## 2.5 ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η ενημερωμένη συγκατάθεση έχει οφέλη τόσο για τους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας.

Οι ωφέλειες της ενημερωμένης συγκατάθεσης για τους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας είναι:

1. Ενδυνάμωση και άμεση συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων
2. Κατανόηση των επιλογών που έχουν
3. Σεβαστός των δικαιωμάτων τους
4. Το δικαίωμα της επιλογής, ο αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας έχει το δικαίωμα να αρνηθεί μια διαδικασία ή θεραπεία που του προτείνεται και να ενημερωθεί για τις συνέπειες μιας άλλης επιλογής που θα κάνει αντί για την πρώτη
5. Οι επιθυμίες είναι πάνω από οποιαδήποτε ιατρική πράξη ([www.gmc-uk.org](http://www.gmc-uk.org)).

Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας (μαίες και μαιευτές) παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης στη δουλειά τους και λιγότερη εξουθένωση (burnout) (McCourt and Stevens 2009, Newton M. et al 2018). Ένα ευτυχισμένο, υγιές εργατικό δυναμικό, με λιγότερο άγχος, εξουθένωση (burnout) ωφελεί το επάγγελμα, τον εργοδότη του αλλά και την κοινωνία. Επιπλέον οι μαίες αναπτύσσουν μεγαλύτερη συναισθηματική νοημοσύνη και παρέχουν ολιστική γυναικοκεντρική φροντίδα που επικεντρώνεται στην ενδυνάμωση των γυναικών και των συντρόφων τους για μια θετική εμπειρία τοκετού (Dahlberg U. and Aune I., 2013).

Όλα αυτά επιτυγχάνονται μέσω του μοντέλο της συνεχιζόμενης φροντίδας στη μαιευτική (continuity of care), σε συνδυασμό με την ενημέρωση των γυναικών και τη λήψη συγκατάθεσης, που αποτελεί τον καλύτερο τρόπο παροχής υπηρεσιών στις γυναίκες παγκοσμίως. Έχοντας την ίδια μαία ή ομάδα μαιών (caseload midwives) καθ' όλη την διάρκεια της κύησης, τοκετού και λοχείας έχει σωματικά και ψυχολογικά οφέλη τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό της. Οι γυναίκες που περιθάλπονται σύμφωνα με αυτό το μοντέλο έχουν 24% λιγότερη πιθανότητα για πρόωρο τοκετό και 16% λιγότερη πιθανότητα απώλειας του κήματος, καθώς και λιγότερες πιθανότητες για επεμβατικό τοκετό, αμνιοτομή, περινεοτομή και επισκληρίδιο αναισθησία. Παρά το γεγονός όμως, ότι υπάρχει όλη αυτή η φροντίδα και η υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών υγείας προς τις γυναίκες, οι μαίες εξακολουθούν να εξουθενώνονται (Sandall J. et al, 2016).

## 2.6 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Η λήψη ενημερωμένης συγκατάθεσης αποτελεί μια διαδικασία κατανόησης και λήψης απόφασης μεταξύ των γυναικών και του ιατρού ή της μαίας/μαιευτή, και πρέπει να προσεγγιστεί με επιμέλεια και ευφύια. Πριν τη λήψη συγκατάθεσης της γυναίκας για μια εξέταση, τη θεραπεία ή μια παρέμβαση, θα πρέπει να έχει διασφαλισθεί ότι η γυναίκα είναι πλήρως ενημερωμένη, κατανοεί τη φύση της κατάστασης, την πρόγνωση της, τις πιθανές συνέπειες και τους κινδύνους, καθώς και οποιεσδήποτε λογικές ή αποδεκτές εναλλακτικές θεραπείες. Αβεβαιότητες που τυχόν να έχει η γυναίκα σχετικά με τη διαχείριση της πάθησης πρέπει να συζητηθούν. Οι κίνδυνοι της προτεινόμενης θεραπείας και η πιθανότητα επιπλοκών πρέπει να παρουσιαστούν με τρόπο που η γυναίκα να είναι σε θέση να καταλάβει (RCOG, 2015).

Η διαδικασία επίτευξης συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης μπορεί να συμβεί ως ένα μόνο γεγονός ή σε μια σειρά συναντήσεων και συζητήσεων σε κλινικές εξωτερικών ασθενών ή για νοσηλευόμενους σε νοσοκομειακούς χώρους. Η συζήτηση σχετικά με την συγκατάθεση μπορεί να υποστηρίζεται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό από την παροχή ολοκληρωμένων γραπτών, βίντεο ή διαδικτυακών πληροφοριών. Η διαδικασία λήψης της συγκατάθεσης πρέπει να είναι μια προσωπική επικοινωνία (face-to-face) με τον ασθενή κι απαιτεί καλές γνώσεις και καλές δεξιότητες επικοινωνίας από πλευράς του ιατρού και γενικά των επαγγελματιών υγείας (Kinnersley P., 2013).

Η διαδικασία λήψης συγκατάθεσης ποικίλει ανάλογα με την κατάσταση που βρίσκεται η γυναίκα κατά τον τοκετό. Όταν μια γυναίκα έχει κάνει επισκληρίδιο αναισθησία μπορεί να δώσει τη συγκατάθεση της κανονικά αφού έχει ενημερωθεί από τη μαία/μαιευτή ή τον ιατρό. Όταν όμως η συγκατάθεση πρέπει να ληφθεί από μια γυναίκα που δεν της έχει χορηγηθεί αναισθησία κατά τον τοκετό τότε η συγκατάθεση για τις διάφορες διαδικασίες όπως για παράδειγμα για την κολπική εξέταση, την περινεοτομή, ή την τοποθέτηση επισκληριδίου αναισθησίας οι πληροφορίες πρέπει να δίνονται ανάμεσα στις συστολές (RCOG, 2015).

Η συγκατάθεση για να είναι έγκυρη πρέπει να είναι ενημερωμένη. Με άλλα λόγια οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει παρέχουν στη γυναίκα επεξήγηση της προτεινόμενης έρευνας, διαδικασίας ή της θεραπείας, το αναμενόμενο αποτέλεσμα καθώς και τις πιθανές επιπλοκές, τους κινδύνους και τις διαθέσιμες εναλλακτικές.

Η διαδικασία της ενημερωμένης συγκατάθεσης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην σχέσης επαγγελματία υγείας-γυναίκας. Τα παρακάτω σημεία βοηθούν στη διαχείριση κινδύνου:

1. Αξιολόγηση εάν η γυναίκα κατανοεί τις πληροφορίες που τις παρέχονται (σε οποιαδήποτε γλώσσα, πολιτιστική ή γνωστικά εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία).

2. Συζήτηση της διάγνωση με τις γυναίκες. Όταν υπάρχει λογική αβεβαιότητα για τη διάγνωση, μοιράζεται αυτή την αβεβαιότητα, το λόγο που υπαρξης της, και ποιες δυνατότητες εξετάζονται.

3. Συζήτηση της προτεινόμενης έρευνας ή θεραπείας συμπεριλαμβανομένων

των κινδύνων με σαφή και κατανοητή γλώσσα. Πληροφόρηση των γυναικών σχετικά με άλλες επιλογές θεραπείας και τους συναφείς κινδύνους.

4. Είναι συνετό να συζητηθούν τα όρια μιας έρευνας ή μιας διαδικασίας (π.χ., ποσοστό αποτυχίας μιας δοκιμής για την ανίχνευση σοβαρών συνθηκών, όπως ο καρκίνος).

5. Ενημέρωση των γυναικών για άλλους επαγγελματίες υγείας που μπορεί να συμμετέχουν στη φροντίδα τους, για παράδειγμα εάν μέρος ή το σύνολο της διαδικασίας πραγματοποιηθεί από έναν εκπαιδευόμενο αυτό πρέπει να το γνωρίζει η γυναίκα. Πρέπει επίσης να διασφαλισθεί η ποιότητα της περίθαλψης και της εποπτείας που θα ασκηθεί.

6. Συζήτηση με τις γυναίκες αν έχουν κάποιες ανησυχίες και ερωτήσεις.

7. Ακόμη και όταν οι γυναίκες παραιτούνται από όλες τις εξηγήσεις ή φαίνονται ετοιμάζεται να υποβληθεί στη διαδικασία ή τη θεραπεία χωρίς συζήτηση, εξηγήστε ότι είναι σημαντικό να συζητηθούν οι κίνδυνοι.

8. Εάν οι γυναίκες αρνούνται την έρευνα ή τη θεραπεία, ενημερώστε τους σχετικά με τις πραγματικές ή πιθανές συνέπειες αυτής της απόφασης.

9. Το υλικό εκτύπωσης, τα βίντεο και άλλα φυλλάδια μπορούν να υποστηρίξουν τη συγκατάθεση αλλά δεν την αντικαθιστούν.

10. Καταγραφή της συγκατάθεσης στο ιατρικό αρχείο. Η σημείωση μπορεί να περιέχει τα εξής:

- σοβαρούς κινδύνους που συζητήθηκαν
- μικρούς αλλά σημαντικούς κινδύνους που αναφέρθηκαν
- τις ερωτήσεις των γυναικών και τις απαντήσεις που δόθηκαν
- την προφανή κατανόηση των γυναικών (ειδικά αν είναι νέα άτομα, ή του οποίου η πνευματική ικανότητα μπορεί να αμφισβητηθεί)
- κάθε υλικό που παρέχεται στην γυναίκα (Wallace G., 2015).

Προτάσεις βελτιστοποίησης διαδικασίας λήψης της ενημερωμένης συγκατάθεσης:

A. Ανάπτυξη πρακτικής συμμετοχής των γυναικών στις αποφάσεις. Αυτή η πρακτική πρέπει να είναι:

- ευαισθησία στις προτιμήσεις των γυναικών για ενημέρωση και το στυλ λήψης αποφάσεων

- εφαρμόζεται με συνέπεια σε όλους τις γυναίκες

- αποσκοπεί στη συστηματική αντιμετώπιση όχι μόνο των κινδύνων περίθαλψης, αλλά και των αναμενόμενων οφελών, των σχετικών εναλλακτικών επιλογών και του τι πρέπει να προβλέπουν πριν και μετά τη διαδικασία

1. σχεδιασμένο να εξασφαλίζει:
2. την ικανότητα λήψης αποφάσεων της γυναίκας
3. μια ελεύθερη επιλογή χωρίς επιρροή
4. κατανόηση (π.χ., ζητείται από τις γυναίκες να επαναλάβουν αυτό που άκουσαν)

B. Ορισμός ρητών στόχων της φροντίδας και προτεραιότητα στο πλαίσιο των άλλων στόχων της ζωής της γυναίκας.

- Οι στόχοι περίθαλψης που έχουν κατανοηθεί μπορεί να απαιτούν λίγες διευκρινίσεις.

- Θα απαιτηθεί περισσότερη σαφήνεια στη συζήτηση καθώς οι αποφάσεις καθίστανται πιο περίπλοκες.

Γ. Αναγνώριση ότι η διαδικασία ενημερωμένης συναίνεσης εξυπηρετεί περισσότερους από έναν στόχους.

- νομικό σκοπό για την προστασία των δικαιωμάτων των γυναικών

- ηθικός σκοπός για τη στήριξη της αυτόνομης αυτοδιάθεσης και λήψης αποφάσεων

- διοικητική συμμόρφωση για την προώθηση της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής περίθαλψης

- διαπροσωπικός σκοπός για την οικοδόμηση της εμπιστοσύνης που απαιτείται για να προχωρήσει η θεραπευτική παρέμβαση

Δ. Διεξοδική τεκμηρίωση της διαδικασίας, χρησιμοποιώντας ένα ηλεκτρονικό ιατρικό αρχείο όπου αυτό είναι δυνατό για να διασφαλισθεί η μονιμότητα. Αυτό μπορεί να απαιτεί περισσότερες από μία προσεγγίσεις, ανάλογα με τα τοπικά, νομικά, δεοντολογικά πρότυπα και τα πρότυπα συμμόρφωσης. Οι τεχνικές μπορεί να περιλαμβάνουν:

- έντυπα συναίνεσης συγκεκριμένης διαδικασίας

- εκπαιδευτικό υλικό ασθενούς (γραφτό και ηλεκτρονικό)

- αφηγηματικές σημειώσεις που περιγράφουν τη διαδικασία της ενημερωμένης συναίνεσης και τους στόχους περίθαλψης

- βοηθήματα λήψης αποφάσεων για ιδιαίτερα πολύπλοκες αποφάσεις (π.χ. θεραπείες για καρκίνο του μαστού) (Schenker Y. et al. 2011, Fink AS et al. 2010, O'Connor A.M. et al. 2009).

## **2.7 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗ ΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ : Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ**

Σε επείγοντα περιστατικά ο ιατρός έχει δικαίωμα και υποχρέωση να προβεί σε αυτόγνομη ιατρική πράξη, δηλαδή να πράξει κατά την κρίση του για το συμφέρον του ασθενούς.

Σε διαφορετική περίπτωση μπορεί να κατηγορηθεί για παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής (άρθρο 307 του Ποινικού Κώδικα).

Αυτόγνωμες ιατρικές πράξεις είναι όλες οι επεμβάσεις του ιατρού στον άρρωστο (διαγνωστικές, θεραπευτικές, προληπτικές), για τις οποίες η λήψη της απόφασης για την εκτέλεσή τους εναπόκειται αποκλειστικά και μόνο στον ιατρό.

Προϋποθέσεις :

- Η αυτόγνομη επέμβαση να είναι η απόλυτα ενδεδειγμένη και να αποσκοπεί στην αποτροπή βαρείας βλάβης της υγείας ή θανάτου,
- η αδυναμία αναβολής της συγκεκριμένης και ενδεδειγμένης ιατρικής πράξης-ύπαρξη άμεσου και σπουδαίου κινδύνου,
- η αδυναμία συναίνεσης του αρρώστου ή των συγγενών του.

Επεμβάσεις ενάντιες στη θέληση του ασθενούς

Σε εξαιρετικές και επείγουσες περιπτώσεις ο ιατρός, μπορεί να επέμβει, ενεργώντας την ενδεδειγμένη εγχείρηση ή τη μετάγγιση αίματος και εναντίον της θέλησης του δικαιούμενου σε συναίνεση.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις η επέμβαση και αν έχει ως αποτέλεσμα τη βλάβη της υγείας ή τη στέρηση της ζωής του ασθενούς κρίνεται δικαιολογημένη, εφ' όσον ανταποκρίνεται στην επιστημονική άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος (2692/1991 ΓΝΜΔ ΕΙΣΕΦ ΘΕΣΣΑΛ, Παπαδήμα Σ.).

Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης στη μαιευτική, η γενική αρχή είναι ότι εάν η γυναίκα δεν μπορεί να κάνει γνωστές τις επιθυμίες της, η θεραπεία μπορεί να δοθεί χωρίς τη συγκατάθεσή της προκειμένου να σωθεί η ζωή της ή του νεογνού της, ή να αποτραπούν σοβαρές επιδεινώσεις της κατάστασης τους. Εάν υπάρχει χρόνος, κάποιος συγγενής πρέπει να συμμετάσχει στις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους. Είναι πολύ σπάνιο να προκύψει κατάσταση έκτακτης ανάγκης κατά τη διάρκεια του τοκετού που θα απαιτούσε θεραπεία χωρίς συγκατάθεση. Το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του μωρού δεν τους δίνει την εξουσία να εκτελούν διαδικασίες, όπως η υποβοηθούμενη γέννηση, χωρίς συγκατάθεση (birthrights.org.uk, 2013).

Στην επείγουσα ανάγκη για θεραπεία σε παιδιά (κυρίως κάτω των 16 ετών) ή στα νεογνά, μπορεί να ληφθεί εάν υπάρχει χρόνος συγκατάθεση από τους γονείς ή



κάποιον συγγενή που τα φροντίζει, εκτός αν τίθεται θέμα σωτηρίας της ζωής τους [The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI), 2016].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προκειμένου να προωθηθεί η ιατρική επιστήμη, πρέπει να διεξαχθεί έρευνα στις παρεμβάσεις που λειτουργούν καλύτερα. Δεν είναι πλέον αποδεκτό η κλινική πρακτική να βασίζεται αποκλειστικά στην επαγγελματική πείρα και την παράδοση, αλλά σε αποδεικτικά στοιχεία στην πράξη. Επιπλέον, ορισμένοι τύποι φροντίδας μπορεί να είναι αναποτελεσματικοί ή ακόμη και επιβλαβείς και να έχουν επιπτώσεις.

Η έρευνα δεν είναι θεραπεία. Σκοπός της είναι «να αποκτήσουμε νέες πληροφορίες που είναι αληθείς, δηλαδή επαληθεύσιμες και προβλέψιμες» (RCM, 2011).

Η ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με την έρευνα πρέπει να γίνει με τρόπο που αποτυπώνεται στη μνήμη τους, π.χ. συνεντεύξεις, παρουσιάσεις βίντεο, κ.ά. Επιπλέον, στη "συνειδητή συγκατάθεση" θα πρέπει να περιγράφονται οι προβλεπόμενοι κίνδυνοι ή ταλαιπωρίες, καθώς και τα οφέλη που μπορεί να αναμένονται από τη συμμετοχή στην έρευνα. Η "συνειδητή συγκατάθεση" να περιλαμβάνει δήλωση που να αναφέρει τη διατήρηση του απορρήτου και της ιδιωτικής ζωής του συμμετέχοντα, καθώς και μια δήλωση ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική και ότι η άρνηση συμμετοχής δεν περιλαμβάνει ποινή ή απώλεια παροχών. Είναι σημαντικό επίσης να περιγράφει τις ενέργειες που προβλέπονται σε περίπτωση τραυματισμού (αποζημίωση, ιατρική περίθαλψη), ενημέρωση του τρόπου επικοινωνίας για επιπλέον ενημέρωση και ερωτήσεις, και, κατά περίπτωση, οποιοδήποτε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια η οποία διασφαλίζει την πλήρη κατανόηση των παραπάνω σημείων από τον συμμετέχοντα. Η συγκατάθεση πρέπει να δίνεται από άτομα που μπορούν ελεύθερα να κατανοήσουν την ερώτηση και να συμφωνήσουν. Όταν δεν είναι δυνατή η "συνειδητή συγκατάθεση" τότε η μη-γραπτή συγκατάθεση θα πρέπει να τεκμηριώνεται και από την παρουσία μαρτύρων. "Ευάλωτα" πρόσωπα (φυλακισμένοι, άτομα με διανοητική καθυστέρηση, ασθενείς με σοβαρές παθήσεις, πολύ μικρά παιδιά, κ.ά.) μπορούν να συμμετέχουν μόνο εάν υπάρχει το κατάλληλο προστατευτικό νομοθετικό πλαίσιο (νομικοί, θεραπευτικοί εκπρόσωποι). Επιπλέον, θα πρέπει να αναφέρονται οι οικονομικές λεπτομέρειες της έρευνας. Η διαφάνεια των οικονομικών ρυθμίσεων ενθαρρύνει τα άτομα να κάνουν το σωστό. Οι συμμετέχοντες δε θα πρέπει να έχουν οικονομικά οφέλη από τη συμμετοχή τους στην έρευνα. (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2013)

Γενικά, το περιεχόμενο του εντύπου συγκατάθεσης πρέπει:

1. να παρουσιάζεται με τρόπο κατανοητό στους υποψήφιους συμμετέχοντες
2. να δίνεται στη μητρική γλώσσα των υποψηφίων συμμετεχόντων

3. να ορίζει τυχόν ιατρική ορολογία που χρησιμοποιείται.

Περίληπτικά, τα βασικά στοιχεία που συνιστάται να περιλαμβάνει το έντυπο συγκατάθεσης είναι τα παρακάτω:

1. Δήλωση ότι πρόκειται για έρευνα
2. Σκοπός της μελέτης
3. Αναμενόμενη διάρκεια της συμμετοχής του ατόμου στη μελέτη
4. Περιγραφή της διαδικασίας που θα ακολουθηθεί
5. Προσδιορισμός των διαδικασιών που είναι υπό μελέτη και σε πειραματικό στάδιο
6. Περιγραφή των πιθανών κινδύνων, αν υπάρχουν
7. Περιγραφή του αναμενόμενου οφέλους για το άτομο ή για τους άλλους
8. Αναφορά εναλλακτικών θεραπειών που θα μπορούσε να ακολουθήσει το άτομο (αν πρόκειται για κλινική μελέτη)
9. Αναφορά σχετικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων του ατόμου ή την πιθανή δημοσιοποίησή τους
10. Αν ο κίνδυνος είναι περισσότερο από ελάχιστος, εξήγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών ή της πιθανής βλάβης, και αναφορά της πιθανότητας αποζημίωσης και παροχής θεραπευτικής αγωγής στην περίπτωση που προκύψει αυτή η βλάβη
11. Στοιχεία των ερευνητών με τους οποίους το άτομο μπορεί να επικοινωνήσει αν επιθυμεί πληροφορίες σχετικά με τη μελέτη
12. Βεβαίωση ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική, ότι η άρνηση συμμετοχής δεν συνεπάγεται καμία συνέπεια για το άτομο και ότι το άτομο μπορεί να αποχωρήσει από τη μελέτη οποτεδήποτε το επιθυμεί, χωρίς καμία συνέπεια (Αθανασάκη Ρ., 2014).

Ειδικά Έντυπα Συγκατάθεσης μετά από Ενημέρωση

α) Παιδιατρικοί ασθενείς (κάτω των 18 ετών)

Η συγκατάθεση λαμβάνεται από τους 2 γονείς/ κηδεμόνες του ανηλίκου σύμφωνα με τη νομοθεσία.

Για τους ανηλίκους που συμπλήρωσαν το 10 έτος της ηλικίας τους, είναι υποχρεωτική η επιπρόσθετη συγκατάθεσή τους μετά από ενημέρωση, σύμφωνα με την ΚΥΑ Γ5α/ 59676. Για το λόγο αυτό απαιτείται ξεχωριστό έντυπο ICF. Αν ο ανήλικος συμπληρώσει τα 18 έτη ενόσω συμμετέχει στην κλινική δοκιμή θα

υπογράψει εκ νέου, το έντυπο που προορίζεται για ενήλικες συμμετέχοντες ή έντυπο αντίστοιχο με αυτό των γονέων/ κηδεμόνων (πλήρης πληροφόρηση).

Το έντυπο πρέπει να είναι σε γλώσσα κατανοητή από το αντίστοιχο ηλικιακό φάσμα και με το ίδιο κριτήριο θα γίνει και η επιλογή των πληροφοριών που θα δοθούν. Οι γονείς/ κηδεμόνες θα λάβουν την πλήρη πληροφόρηση, ενώ οι ανήλικοι αυτό που συνάδει και στο βαθμό που συνάδει με την ηλικία τους και τις υποχρεώσεις τους (για παράδειγμα δεν χρειάζονται οικονομικές πληροφορίες, αποζημιώσεις κλπ).

Για λόγους διαφορετικής πνευματικής και κοινωνικής ωριμότητας είναι απαραίτητο να χωρισθούν σε 2 ή και 3 ηλικιακά εύρη τα έντυπα: Συμμετέχοντες 10-12 ετών, 13-15 ετών, 16-18 ετών.

Ανάλογα με την επίδραση του φαρμάκου στην κύηση ή στο έμβρυο, οι πληροφορίες για την αντισύλληψη είναι απαραίτητες και πλήρεις για τους άνω των 16 ετών, πιο γενικές για τους 13-15 και εντελώς επιγραμματικές (και αν απαιτείται) για τους 10-12 ετών. Οι γονείς εννοείται ότι πρέπει να έχουν την πλήρη πληροφόρηση.

Ειδικά οι έφηβοι πρέπει να έχουν και την πλήρη πληροφόρηση σχετικά με τους περιορισμούς στην χρήση φαρμάκων/ ουσιών, στην κατανάλωση αλκοόλ, στο κάπνισμα, σε περιορισμούς δραστηριοτήτων και τρόπου ζωής.

Για τα νήπια ή τα μικρά παιδιά (μικρότερα των 10 ετών) δεν υφίσταται η έννοια της συναίνεσης. παρά ταύτα θα είναι πιο σωστό να πληροφορούνται γραπτά για τη συμμετοχή τους στη μελέτη μέσω «Έντυπου πληροφόρησης». Τα έντυπα αυτά πρέπει να περιέχουν τις πληροφορίες στο βαθμό και με τον τρόπο που είναι δυνατόν να γίνουν κατανοητές και να είναι χωρισμένα ανά ηλικιακά φάσματα. Ειδικά για τα νήπια και τα μικρά παιδιά, δεδομένου ότι δεν γνωρίζουν ή δεν χειρίζονται καλά τον γραπτό λόγο, τα έντυπα μπορεί να είναι εικονογραφημένα.

Λόγω της ιδιαιτερότητας των παιδιατρικών ασθενών, η διαδικασία της πληροφόρησης και/ ή συναίνεσης του ασθενούς πρέπει να γίνεται από παιδίατρο ή άλλο ιατρό με εμπειρία στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλή επικοινωνία με τον ασθενή και η εγκυρότητα της πληροφόρησης καθώς και κατανόησης και συμμόρφωσης εκ μέρους του.

#### β) Έντυπο φροντιστή

Στην περίπτωση που λόγω της φύσεως του νοσήματος, υπάρχει φροντιστής του ασθενούς (οικείος ή επαγγελματίας υγείας ή άλλος ), είναι δεοντολογικό, πέρα από την ενημέρωση και συγκατάθεση του συμμετέχοντος, να υπάρχει και ενημέρωση του φροντιστή, προκειμένου να διασφαλισθεί ότι θα τηρηθούν οι διαδικασίες της μελέτης και οι οδηγίες που έχουν δοθεί προς τον συμμετέχοντα. Η πληροφόρηση που θα περιέχεται κρίνεται ανά περίπτωση, αλλά γενικά είναι παρόμοια με αυτή που λαμβάνει ο ασθενής. Επιπρόσθετα, σε ειδικές περιπτώσεις, μπορεί να

περιέχονται και επιπλέον πληροφορίες που αφορούν τον φροντιστή, σε σχέση με προφυλάξεις που πρέπει να λάβει εκείνος κατά τη χορήγηση των φαρμάκων της μελέτης και την αποφυγή ατυχημάτων κατά τη χορήγησή τους, και αν κάτι τέτοιο συμβεί, τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την πρόληψη και/ ή αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών από την ακούσια έκθεση στο φάρμακο [Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας για Κλινικές Μελέτες (ΕΕΔ), [www.eof.gr](http://www.eof.gr)].

Σύμφωνα με το Άρθρο 10 του Κώδικα Δεοντολογίας της Έρευνας του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών:

Η έρευνα στο έμβρυο διενεργείται μόνο στην έκταση που την επιτρέπει ρητά ο νόμος. Οι ερευνητές δεσμεύονται από τις αρχές της συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση των δοτών των γαμετών καθώς και της προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων που συλλέγονται και υπόκεινται σε επεξεργασία (Κώδικας Δεοντολογίας της Έρευνας).

Συνεπώς πρέπει να λαμβάνεται συγκατάθεση από όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα ή από τους «εκπροσώπους» τους (γονείς, συγγενής, φροντιστές) όταν πρόκειται για άτομα μη ικανά να δώσουν τη συγκατάθεση τους, για ανήλικα ή και έμβρυα (ΠΟΥ, 2011).

### **3.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ**

Συνυφασμένη με την αρχή του σεβασμού της αυτονομίας της γυναίκας είναι η ενημερωμένη συγκατάθεση. Η ενημερωμένη συναίνεση για τη θεραπεία είναι μια ηθική (και νομική) απαίτηση και αποτελεί τη βάση της καλής κλινικής πρακτικής. Ομοίως, η απόκτηση και η σαφής τεκμηρίωση έγκυρης συναίνεσης είναι ένα κρίσιμο μέρος της ερευνητικής διαδικασίας. Αυτό επιβεβαιώνεται στη διακήρυξη του Ελσίνκι (ΠΟΥ, 2008).

Είναι προφανές ότι, κατά τη διεξαγωγή έρευνας, μερικές από τις οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν ή όχι το έμβρυο, απαιτείται ρητή συγκατάθεση μητέρας στις περισσότερες περιπτώσεις. Μια εξαίρεση σε αυτό μπορεί να είναι στο πλαίσιο μιας μελέτης παρατήρησης. Εάν οι συμμετέχοντες γνωρίζουν ότι παρακολουθούνται, είναι πιθανό να τροποποιήσουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους. Ως εκ τούτου, σε μια τέτοιου είδους μελέτη μπορεί να αγνοούν ότι παρατηρούνται. Εάν παρακολουθείται η ιδιωτική και προσωπική συμπεριφορά, αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί ως εισβολή στην ιδιωτική ζωή και προσβολή της μητρικής αυτονομίας (RCM, 2011).

Δεν είναι απαραίτητη η επίσημη γραπτή συγκατάθεση όλων των ερευνών. Εξαιρέσεις μπορεί να περιλαμβάνουν την ολοκλήρωση ενός ταχυδρομικού ερωτηματολογίου όπου η πράξη επιστροφής του ολοκληρωμένο υποδηλώνει τη συγκατάθεση μιας γυναίκας. Κάποια έρευνα μπορεί να περιλαμβάνει την αναδρομική μελέτη των εξετάσεων μιας γυναίκας και η συγκατάθεσή της δεν θα αναζητηθεί (Montgomery J., 2018).

Η λήψη αποφάσεων των γυναικών είναι μια περίπλοκη διαδικασία και όλες οι αποφάσεις δεσμεύονται από τη συγκατάθεση της μητέρας. Το ζήτημα δεν είναι αν μια γυναίκα της έδωσε τη συγκατάθεσή της να συμμετάσχει σε ερευνητική μελέτη, αλλά αν η συγκατάθεσή της ήταν επαρκώς ενημερωμένη και ελεύθερη. Είναι επιτακτική ανάγκη οι μαίες/μαιευτές να μην χρησιμοποιούν την προαγωγή της γνώσης της μαιευτικής ως κατευθυντήρια αρχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Τα ερευνητικά στοιχεία και τα αποτελέσματα πρέπει να υποστηρίζονται καλά από την επιστημονική άποψη και μπορεί να αποτελέσουν την ώθηση για περαιτέρω έρευνα, κάτι που θα μπορούσε να θεωρηθεί καλό. Πάνω απ' όλα, η απόφαση σχετικά με το αν θα συμμετάσχει ή όχι σε ερευνητική μελέτη ανήκει στη γυναίκα της οποίας ζητείται η συγκατάθεση, και όχι στη μαία/μαιευτή που επιδιώκει να την αποκτήσει (Ledward A., 2011).

Η μαία/ο μαιευτής είναι πολύ σημαντικό να κατανοήσει τη σημασία της ενημερωμένης συγκατάθεσης στην έρευνα. Για αυτό το λόγο ρόλος της/του είναι να ενημερώνει τη γυναίκα για κάθε διαδικασία της έρευνας, καθώς αν δεν το κάνει αυτό συνεπάγεται έναν «ανήθικο» περιορισμό της αυτονομίας της γυναίκας. Θα ήταν ηθικά εσφαλμένο, για παράδειγμα, μια γυναίκα να ανακαλύψει εκ των υστέρων ότι

είχαν παραλειφθεί τα σχετικά γεγονότα, τα οποία θα επηρέαζαν την απόφασή της, αν της είχαν αποκαλυφθεί.

Πάνω απ' όλα, προκειμένου να υποστηριχθεί η αυτονομία της γυναίκας και να προωθηθεί η ευεργεσία, η γυναίκα πρέπει να κατανοήσει τη φύση της ερευνητικής μελέτης στην οποία της δίνει τη συνειδητή συναίνεσή της. Επομένως, είναι σημαντικό οι μαίες/μαιευτές να αναγνωρίζουν πότε η πληροφορία μπορεί να είναι ακατάλληλη. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρξει ανάγκη να ελαχιστοποιηθούν οι τεχνικοί όροι και η χρήση της ιατρικής ορολογίας στην παροχή πληροφοριών. Είναι αναγκαίο η γυναίκα να συλλάβει την ουσία της έρευνας για αυτό και η μαία/ο μαιευτής οφείλει να της εξηγήσει με γλώσσα απλή και κατανοητή της νέες για αυτήν πληροφορίες (RCM, 2011).

### 3.3 ΒΙΟΗΘΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής έρευνας προκύπτουν πολλαπλά ηθικά ζητήματα τα οποία πρέπει να αξιολογηθούν. Κάθε πλήρης ηθικό-νομική ανάλυση θα πρέπει να λάβει υπόψη όλα αυτά τα ζητήματα και όλες τις πολυπλοκότητες τους. Στην πράξη προσδιορίζουμε τους ακόλουθους τομείς σύμφωνα με το ποιος είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας σε κάθε περίπτωση σχετικά με την ιατρική έρευνα.

#### 1. Έγκριση και παρακολούθηση των ιατρικής έρευνας

Περιλαμβάνει τους μηχανισμούς οι οποίοι σχετίζονται με την ηθική και νομική πρακτική της ιατρικής έρευνας, όπως αυτοί ορίζονται από το οποιοδήποτε κράτος.

#### 2. Ενημερωμένη συναίνεση, εμπιστευτικότητα και απόρρητο

Περιλαμβάνει θέματα που αφορούν την ενεργή απόφαση του ατόμου να εμπλακεί στην ιατρική έρευνα και τη χρήση των προσωπικών δεδομένων.

#### 3. Επιστημονικά άρθια μεταχείριση των συμμετεχόντων

Περιλαμβάνει τις ενέργειες του ερευνητή, ο οποίος οφείλει να μην θέσει σε κίνδυνο την υγεία του συμμετέχοντος.

#### 4. Οποιαδήποτε άλλα θέματα

Θέματα που δεν εμπίπτουν άμεσα σε οποιοδήποτε από τις παραπάνω κατηγορίες (Αθανασάκη Ρ., 2014).

Στις μέρες μας η προσέγγιση της ιατρικής ηθικής (βιοηθικής) με τις τέσσερις πρινσιπλιστικές αρχές είναι μία από τις πιο διαδεδομένες. Η προσέγγιση αυτή καθιερώθηκε από τους Αμερικανούς Beauchamp και Childress στα μέσα της δεκαετίας του 1970.

Οι τέσσερις αρχές είναι:

- ⊕ Σεβασμός της αυτονομίας,
- ⊕ Ωφελιμότητα
- ⊕ Μη πρόκληση βλάβης
- ⊕ Δικαιοσύνη.

Οι τέσσερις αυτές αρχές θεωρούνται ισότιμες, εκτός από τις περιπτώσεις όπου μία από τις αρχές έρχεται σε σύγκρουση με κάποια άλλη.

Η αρχή της αυτονομίας σύμφωνα με την οποία το άτομο δικαιούται να λαμβάνει μόνο του αποφάσεις που το αφορούν, αναφέρεται στην προσωπική ελευθερία και οι κοινωνίες που την προωθούν θεωρούνται φιλελεύθερες και δημοκρατικές.



Αυτονομία επίσης συνεπάγεται αυτοπεποίθηση, ανεξαρτησία, ελεύθερη επιλογή και ικανότητα λήψης απόφασης.

Οι επαγγελματίες στον χώρο της υγείας μπορούν να προβούν στα ακόλουθα προκειμένου να σέβονται την αυτονομία των ασθενών τους;

- Να εξασφαλίζουν πλήρη ενημερωμένη συναίνεση
- Να δίνουν επιλογές στους ασθενείς τους
- Να πληροφορούν (λέγοντας την αλήθεια) και να μην αποκαλύπτουν προσωπικά δεδομένα
- Να μην είναι χειριστικοί απέναντι στους ασθενείς τους.

Η αρχή της ωφελιμότητας – ωφελείν μη βλάπτειν σύμφωνα με την οποία όχι μόνο δεν πρέπει να βλάπτεται κανείς, αλλά αντιθέτως πρέπει να ωφελείται (Beauchamp T.L. and Childress J.F., 2013). Η αρχή αυτή είναι θεμελιώδης στην παροχή φροντίδας. Στην υγεία ωφέλεια σημαίνει καθήκον και υποχρέωση παροχής αποτελεσματικής φροντίδας. Η έννοια της βλάβης μπορεί να καθοριστεί με ποικίλους τρόπους όπως : α. η εσκεμμένη βλάβη, β. ο κίνδυνος βλάβης και γ. η βλάβη κατά τη διάρκεια εκτέλεσης ευεργετικών πράξεων. Η εσκεμμένη ή εκ προθέσεως βλάβη είναι ανεπίτρεπτη. Η αρχή της μη-πρόκλησης βλάβης. είναι αρκετά παλαιά, αναφέρεται και στον Ιπποκράτειο όρκο και ορίζεται ως η υποχρέωση του ιατρού να μην βλάπτει τον ασθενή.

Η αρχή της δικαιοσύνης, σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο δικαιούται αυτό που του ανήκει και που θα πρέπει με βάση ορισμένα τεκμήρια να του αποδοθεί. Με βάση αυτή τα δικαιώματα και οι απαιτήσεις θα ήταν σκόπιμο να βρίσκονται σε απόλυτη ισορροπία μεταξύ τους. Πιστεύεται επίσης ότι η δικαιοσύνη διανέμεται στο άτομο όταν αυτό αμείβεται για τις υπηρεσίες που προσφέρει. Στον τομέα της υγείας η δικαιοσύνη είναι ανάλογη των αναγκών των ανθρώπων π.χ. οι μικρές και οι μεγάλες ηλικίες δικαιούνται μεγαλύτερη φροντίδα (τεκμήριο αδυναμίας).

Η έννοια της δικαιοσύνης έχει τρία στοιχεία:

- ⊛ Η νομική δικαιοσύνη που σημαίνει τους αποδεκτούς νόμους.
- ⊛ Η καταμερισμένη δικαιοσύνη που καθορίζει την κατανομή των κοινωνικών πόρων με έναν δίκαιο τρόπο. Στην πραγματική ζωή, υπάρχει ανταγωνισμός για τους (μη απεριόριστους) πόρους στην υγειονομική περίθαλψη.
- ⊛ Η βασισμένη στα ανθρώπινα δικαιώματα δικαιοσύνη περιγράφει τον σεβασμό των δικαιωμάτων του κάθε ατόμου (Λυκερίδου Α., 2011).

Συμπεράσματα σχετικά με τη σημασία των τεσσάρων αρχών

Η προσέγγιση των τεσσάρων αρχών παρέχει κατευθύνσεις για την εξέταση και κατανόηση των ηθικών διλημάτων. Οι τέσσερις αρχές κυριαρχώντας στις Πρινσιπλιστικές θεωρίες, λειτουργούν σε ένα επίπεδο πάνω από τις ηθικές θεωρίες καθώς εισάγουν κριτήρια για τη διαμόρφωση τους, αλλά δεν αποτελούν μια μέθοδο η οποία απαντά σε ηθικά ερωτήματα.

Με άλλα λόγια, οι τέσσερις αρχές δεν στοχεύουν να καθορίσουν ένα σύνολο κανόνων, αλλά βλέπουν την ηθική στην υγειονομική περίθαλψη από μια εννοιολογική προσέγγιση. Βασιζόμενες στον φιλελεύθερο πολιτισμό εμπεριέχουν τις αρετές της σαφήνειας, της απλότητας και ως ένα ορισμένο βαθμό της καθολικότητας. Το γεγονός αυτό τις καθιστά αποδεκτές σε μια παγκόσμια κλίμακα και όχι μόνο από ένα τμήμα της κοινωνίας ή από τους «οπαδούς» μιας ιδιαίτερης θρησκείας. Επομένως βγαίνει το συμπέρασμα ότι οι τέσσερις αρχές είναι βασισμένες σε παγκόσμιες, διαπολιτισμικές αντιλήψεις (Αθανασάκη Ρ., 2014).

#### Το νομικό πλαίσιο για την ιατρική έρευνα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα

Στην Ελλάδα τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας στην επιστημονική έρευνα, κυρίως στις βιοϊατρικές επιστήμες, εξετάζονται από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, αλλά και από άλλους φορείς όπως πανεπιστήμια και ερευνητικά κέντρα, πολλά από τα οποία έχουν συστήσει Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας (Willinsky, J., 2011). Υπάρχει μια πληθώρα νόμων και κανονισμών οι οποίοι διέπουν την ιατρική έρευνα, τόσο στις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης όσο και στην Ελλάδα. Πέρα από τις εθνικές νομοθεσίες, η ιατρική έρευνα περαιτέρω ρυθμίζεται και από επαγγελματικούς-επιστημονικούς φορείς. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο (General Medical Council, GMC) συμμετέχει στη διατύπωση κανονισμών της ιατρικής έρευνας, δημοσιεύοντας μια σειρά κατευθυντήριων γραμμών σχετικά με το ρόλο και τις ευθύνες των ιατρών. Αν και αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές δεν έχουν τη βαρύτητα ενός νόμου είναι σε γενικές γραμμές υποχρεωτικό για ένα ιατρικό ερευνητή να τις ακολουθήσει, αλλιώς αυτός κινδυνεύει να χάσει την άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος στο Ηνωμένο Βασίλειο.

#### Διεθνής Κώδικες στην Ιατρική Έρευνα

Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης θεσπίστηκε ως αποτέλεσμα των ιατρικών πράξεων των ναζί ιατρών κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Το γεγονός ότι ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι είχαν χαθεί παρά τη θέλησή τους σε ιατρικώς αμφισβητούμενα πειράματα οδήγησε στην ανάγκη για τη δημιουργία αυτού του κώδικα σε μια πόλη με συμβολισμό για τους Ναζί.

Ο κώδικας καθόρισε κατά τέτοιο τρόπο τις ανθρώπινες αξίες ώστε να διαμορφωθεί ένα σύνολο από δέκα αρχές που καθιστούν την πρακτική της ιατρικής έρευνας γενικώς αποδεκτή. Πιο συγκεκριμένα, στον κώδικα της Νυρεμβέργης γίνεται σαφές ότι ένα άτομο πρέπει να αποφασίζει για το αν θα συμμετάσχει σε μία

κλινική δοκιμή αυτόνομα, χωρίς να υπόκειται σε οποιαδήποτε μορφή εξαναγκασμού. Ακόμη περισσότερο η απόφαση αυτή πρέπει να γίνει αφού ο συμμετέχων έχει λάβει πλήρη γνώση και έχει κατανοήσει την προτεινόμενη έρευνα. Με άλλα λόγια, ο κώδικας της Νυρεμβέργης αναγνώρισε την ανάγκη για συναίνεση και, κατά συνέπεια, την αρχή της αυτονομίας.

Επιπλέον, ο κώδικας της Νυρεμβέργης υποστηρίζει την αρχή της μη πρόκλησης βλάβης, καταδικάζοντας κάθε βλάβη η οποία ενδέχεται να συμβεί κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Τέλος, υπογραμμίζει την ανάγκη για τον ερευνητή ιατρό να έχει τις γνώσεις και το θάρρος να αναστείλει την έρευνα σε οποιοδήποτε στάδιο, εάν η συνέχιση του πειράματος μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη ή θάνατο. Ο κώδικας υποστηρίζει την αρχή της ωφελιμότητας στην έρευνα, δηλώνοντας ότι τα ιατρικά πειράματα θα πρέπει να παράγουν χρήσιμα αποτελέσματα βοηθώντας την κοινωνία (<http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/index.html>, <http://www.ahrp.org/testimonypresentations/ARDSNet0603/sharav.html>).

#### Διακηρύξεις Ελσίνκι και Τόκιο

Η Διακήρυξη του Ελσίνκι το 1964 είχε δεοντολογικό χαρακτήρα. Κεντρικό ρόλο είχε η προϋπόθεση να υπάρχει πλήρως ενημερωμένη, γραπτή, έγκυρη, ελεύθερα ανακλητή συναίνεση, συναίνεση η οποία πρέπει να είναι απόλυτα ελεύθερη. Ακόμη να υπάρχει ερευνητικό πρωτόκολλο που να έχει εγκριθεί από επιτροπή Δεοντολογίας. Η συγκεκριμένη διακήρυξη έγινε παγκοσμίως δεκτή, με μοναδική εξαίρεση την ένσταση του FDA των ΗΠΑ το οποίο αποφάσισε να απορρίψει την τέταρτη της έκδοση και να την αντικαταστήσει με τη διακήρυξη της "ορθής κλινικής πρακτικής» (Οκτ. 2008) ,η οποία περιέχει κανόνες που εν γένει αντικατοπτρίζουν το πνεύμα του Ελσίνκι αλλά διαφοροποιούνται σε μερικά ζητήματα όπως η έρευνα με εικονικά φάρμακα (placebo research), (Declaration of Tokyo,1975,[http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/20tokyo/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/20tokyo/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])). Παρ' όλες τις διαφορές, η διακήρυξη αυτή δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές για την ιατρική έρευνα. Θεωρείται η Βίβλος για μια δεοντολογικώς ορθή έρευνα. Η διακήρυξη προσδιορίζει τις εξής ειδικές περιπτώσεις ερευνητικών ζητημάτων και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις ηθικές συγκρούσεις που προκύπτουν για άτομα τα οποία:

1. δίνουν τη συγκατάθεση τους υπό πίεση
2. συμμετέχουν στην έρευνα χωρίς κανένα όφελος για την υγεία τους
3. η συμμετοχή τους στην έρευνα συνδυάζεται με την διακοπή της μέχρι τότε ιατρικής αγωγής τους και ένταξή τους σε μία άγνωστη θεραπευτική αγωγή.

Το πρώτο αφορά ειδικές ομάδες ασθενών, όπως τα παιδιά, τους φυλακισμένους, αιχμαλώτους, στρατιώτες, τα θύματα ατυχημάτων που έχουν χάσει τις αισθήσεις και τους διανοητικά πάσχοντες ασθενείς. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η συναίνεση δεν

έχει νομική ισχύ και ως εκ τούτου η αρχή της αυτονομίας δεν έχει άμεση εφαρμογή. Συνεπώς χρειάζεται μία λύση έμμεσης συναίνεσης μέσω του πλησιέστερου συγγενή ή μέσω δικαστικής απόφασης για να συνεχισθεί η έρευνα σε αυτές τις ιδιαίτερες κατηγορίες. Ειδικά για τους έφηβους, η διακήρυξη αναφέρει ότι όποιο ανήλικο είναι σε θέση να κατανοήσει τη φύση και το σκοπό της έρευνας μπορεί να δώσει τη συγκατάθεσή του. Διαφορετικά αυτή δίδεται από τους κηδεμόνες του. Αυτό προφανώς δεν αντικαθιστά την ηθική αναγκαιότητα για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων της έρευνας για το παιδί.

Η δεύτερη περίπτωση αφορά τους ανθρώπους που συμμετέχουν σε κλινικές δοκιμές χωρίς κανένα όφελος για την υγεία τους, για τους οποίους ο κίνδυνος από αυτή τη συμμετοχή θα πρέπει να ελάχιστος σύμφωνα με τις έννοιες που περιλαμβάνονται και στον κώδικα της Νυρεμβέργης.

Η τελευταία περίπτωση αφορά συνήθως ασθενείς σε τελικό στάδιο που συμφωνούν να λάβουν μία θεραπεία ως έσχατη λύση. Ως ηθική κατευθυντήρια γραμμή, η διακήρυξη υποδεικνύει ότι η μόνη σχέση μεταξύ της ιατρικής έρευνας και της θεραπείας θα πρέπει να είναι η προθυμία του ασθενούς να συμμετάσχει σε μια ερευνητική προσπάθεια και όχι το γεγονός ότι ο ασθενής βρίσκεται σε μια ιδιαίτερη κατάσταση. Η επιθυμία όμως, δεν πρέπει να είναι η απάντηση στο δίλημμα της αποδοχής του θανάτου και της ελπίδας επιβίωσης, δεδομένου ότι μπορεί να θεωρηθεί ως εκμετάλλευση.

Η διακήρυξη υποστηρίζει την αρχή της ωφελιμότητας και την αποφυγή πρόκλησης βλάβης, δηλώνοντας ότι κάθε έρευνα που πραγματοποιείται θα πρέπει να ελέγχεται από μία επιστημονική και δεοντολογική επιτροπή σύμφωνα με τους νόμους της κάθε χώρας. Η επιτροπή αυτή θα πρέπει να εγγυάται και για την καταλληλότητα των επιστημόνων για τη διεξαγωγή της έρευνας και για το γεγονός ότι το επίπεδο κινδύνου που ενέχει η συγκεκριμένη έρευνα να είναι χαμηλό. Τέλος, η διακήρυξη υποστηρίζει το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί να συμμετάσχει στην έρευνα και η άρνηση του αυτή δεν πρέπει να έχει επίπτωση στην θεραπευτική αγωγή που λαμβάνει.

Η Διακήρυξη του Τόκιο (1975) ήρθε για να ολοκληρώσει τις αρχές του Ελσίνκι με την εκ νέου έμφαση στην ανάγκη για:

- Ενημερωμένη συναίνεση, δηλαδή, συναίνεση κατόπιν πληροφόρησης
- Παρουσία πρωτοκόλλου έρευνας
- Λογική πιθανότητα επιτυχίας της έρευνας
- την εφαρμογή της μεθόδου της έρευνας να προκύπτει από εγκεκριμένες διαδικασίες και με ειδικευμένους ερευνητές.

Υιοθέτησε την αρχή ότι η ιατρική πράξη είναι λειτούργημα προς την ανθρωπότητα και συνεπώς δεν πρέπει να συνδέεται με οτιδήποτε προκαλεί πόνο ή δυσφορία

(Office of Human Subjects Research, “World Medical Association Declaration Of Helsinki”, <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/index.html>, The Battle of Helsinki 2006, Declaration of Tokyo 1975).

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τη Βιοϊατρική του Οβιέδο (1997) (Oviedo Convention) η οποία έχει υιοθετηθεί με τη μορφή νόμου (ν. 2619/1998, ΦΕΚ Α' 132/19-6-1998) από την Ελλάδα (η Ελλάδα υπήρξε η πρώτη χώρα παγκοσμίως που μετέφερε τη σύμβαση αυτή στο νομικό της σύστημα). (Νόμος 2619/1998 (ΦΕΚ Α'132), Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική., 1998)

Είναι μία προσπάθεια καθοδηγούμενη από την Ευρωπαϊκή Ένωση (αλλά με παγκόσμια ανταπόκριση) με σκοπό τη δημιουργία ενός ομοιόμορφου πλαισίου για θέματα ιατρικής έρευνας που ήρθαν προέκυψαν πρόσφατα από τις τεχνολογικές εξελίξεις.

Η σύμβαση έχει υπογραφεί από τριάντα μία χώρες εκ των οποίων δέκα εννέα την έχουν ενσωματώσει στην εθνική τους νομοθεσία. Παρ' όλα αυτά, χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο δεν την έχουν αποδεχθεί, η μεν Γερμανία ως ιδιαίτερα ανεκτική ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο ως ιδιαίτερα περιοριστική.

Η σύμβαση στο άρθρο 2 απαγορεύει κάθε διάκριση με βάση το ανθρώπινο γονιδίωμα, τη διάθεση μελών ανθρωπίνου σώματος με σκοπό το κέρδος και τη δημιουργία ανθρωπίνων εμβρύων για ερευνητικούς σκοπούς, Επίσης προσδιορίζει τις επιτρεπτές συνθήκες για την αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντες δότες με σκοπό τη μεταμόσχευση. Στο άρθρο 17 γίνεται σαφές ότι το προσωπικό ατομικό συμφέρον υπερισχύει του γενικού.

Επιπλέον η σύμβαση του Οβιέδο τονίζει τη σημασία της ενημερωμένης συναίνεσης (άρθρο 5 παρ. 2.3). Στα άρθρα 2 και 8, απαγορεύει κάθε ενέργεια σε άτομο χωρίς την έγκρισή του, η οποία πρέπει να δοθεί με βάση την αρχή της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης. Όποιος έχει υποστεί βλάβη ή αδυναμία, ως αποτέλεσμα οποιασδήποτε ιατρικής πράξης δικαιούται αποζημίωση (άρθρο 24) (Αθανασάκη Ρ., 2014).

## ΤΑ ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

### 1. Έρευνα σε βλαστοκύτταρα

Οι συστάσεις των ειδικών για τη δεοντολογική αξιολόγηση ήταν: α) Δεδομένου ότι η έρευνα με βλαστοκύτταρα είναι ένα πολύ αμφιλεγόμενο θέμα, στα συνέδρια θα έπρεπε να παρουσιαστούν τα επιχειρήματα υπέρ και κατά της εν λόγω έρευνας, χωρίς περιορισμό αποκλειστικά στις νομοθετικές πτυχές, β) Η χρήση των βλαστοκυττάρων από τους ερευνητές θα έπρεπε να είναι σύμφωνη με τη

νομοθεσία της χώρας στην οποία διεξάγεται η έρευνα ή να εξαιρεθεί από την κοινοτική χρηματοδότηση.

## 2. Ανθρώπινα βιολογικά δείγματα από αναπτυσσόμενες χώρες

Οι συστάσεις των ειδικών ήταν οι εξής: α) Πριν τη συλλογή των βιολογικών δειγμάτων, οι επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να υποβάλλουν στην επιτροπή έγγραφο που να αποδεικνύει τη συνειδητή συγκατάθεση των τοπικών κοινοτήτων, β) Οι ερευνητές θα ήταν καλό να εξετάσουν κάποιο όφελος για τον πληθυσμό που θα εμπλεκόταν, όπως ιατρικό ή οικονομικό κέρδος, δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας, κ.ά.

Η σημασία της μαιευτικής έρευνας στην πράξη συνδέεται με την αντίληψη ότι η φροντίδα που παρέχουμε πρέπει να υποστηριχθεί και να δικαιολογηθεί με κάποια απτά μέσα και καθοδηγείται από διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων η επιθυμία να παρέχεται βέλτιστη φροντίδα και οι ανάγκες των γυναικών (Lavender 2008). Η έρευνα στη μαιευτική θα ήταν πιο σωστό να αποσκοπεί στην κάλυψη όχι μόνο των πτυχών της μελέτης, αλλά και των επιθυμιών, των ελπίδων, των φόβων και τέλος των προσδοκιών της γυναίκας. Σε αυτό το πλαίσιο η μαία οφείλει να σεβαστεί την αυτονομία της εγκύου και να δρα ευεργετικά ως προς αυτή και το έμβρυο της, αν δεχθούμε ότι το έμβρυο είναι μη αυτόνομο αλλά πολύτιμο και άξιο προστασίας, δηλαδή έχει συμφέροντα. «Λόγω της θέσης και της κατάστασης τους τα έμβρυα εξαρτώνται από τις γυναίκες με έναν ασυνήθιστα θεμελιώδη και συνεχή τρόπο». Από αυτή την άποψη, υπάρχουν οι ηθικές υποχρεώσεις των γυναικών να προωθήσουν την ευεργεσία του εμβρύου τους. Χάριν της αλληλεξάρτησης της μητέρας – εμβρύου η έγκυος είναι η μόνη που μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη του εμβρύου και την έκβαση της εγκυμοσύνης στον τομέα της έρευνας (RCM 2011, Foster I.R. & Lasser J. 2010).

Η ανάγκη ρύθμισης της έρευνας στην ιατρική και μαιευτική με ένα νομικό πλαίσιο επιβεβαιώνεται από τον μεγάλο αριθμό των Παγκοσμίων και ευρωπαϊκών συνθηκών και διακηρύξεων (Αθανασάκη P., 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό αποτελούν βασικό παράγοντα για την ασφάλεια και την ευεξία της μητέρας και του νεογέννητου. Η διασφάλισή τους αποτελεί μια από τις πιο καθοριστικές και ευαίσθητες συνιστώσες για την παροχή ποιοτικής μαιευτικής φροντίδας (Χατζηγεωργίου Ε., 2009).

Στην Ευρώπη έχει δημιουργηθεί ο “Χάρτης των Δικαιωμάτων της Γυναίκας κατά την Τεκνοποιία” και περιλαμβάνει τα δικαιώματά της στον τοκετό (Μωραΐτου Μ., 2012).

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης «οι διεθνείς συμβάσεις είναι ένας θεσμικός παράγοντας σύμφωνα με τον οποίο διαμορφώνονται οι νόμοι εσωτερικού δικαίου ενός κράτους» (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2005, Μωραΐτου Μ., 2012). Τα κράτη που έχουν συμμορφωθεί θα πρέπει να διασφαλίζουν στις γυναίκες τα παρακάτω:

- Μαιευτικό Δελτίο με όλα τα στοιχεία που αφορούν την εγκυμοσύνη, το οποίο θα είναι στη διάθεση της ενδιαφερόμενης και των προσώπων που την πλαισιώνουν κατά και μετά την εγκυμοσύνη
- Συμμετοχή της γυναίκας και του συντρόφου της σε μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό, στα οποία θα εξετάζεται η εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού από σωματική και ψυχολογική άποψη, καθώς και οι διάφορες τεχνικές και μέθοδοι για αντιμετώπιση του πόνου
- Ελεύθερη επιλογή του τόπου τοκετού και της εφαρμοστέας μεθόδου στάσης κατά τον τοκετό, καθώς και του θηλασμού και του είδους της διατροφής του βρέφους
- Κατάλληλη συνδρομή με γνώμονα την ψυχοσωματική κατάσταση της εγκύου και του εμβρύου, καθώς και των συνθηκών του περιβάλλοντος της γυναίκας που επιλέγει να γεννήσει στο σπίτι
- Φυσιολογικός τοκετός χωρίς επιτάχυνση ή επιβράδυνση, όταν κάτι τέτοιο δεν υπαγορεύεται από λόγους, που αφορούν αποκλειστικά είναι πραγματικά απαραίτητο
- Δυνατότητα, εφόσον το επιθυμεί η επίτοκος, να παρίσταται κάποιο άτομο κατά τον τοκετό και μετά απ’ αυτόν, λ.χ. σύντροφος, συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο
- Δικαίωμα της επίτοκου, αφού προηγουμένως έχει κατάλληλα ενημερωθεί, να αποφασίζει από κοινού με το μαιευτήρα ή τη μαία για τη μέθοδο τοκετού

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

Τα Ηνωμένα Έθνη, αναγνωρίζοντας το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η τεκνοποίηση και η υγεία της γυναίκας στην ευημερία των λαών, έδωσαν έμφαση στην προστασία της υγείας της γυναίκας και στην προώθηση των δικαιωμάτων της στους στρατηγικούς στόχους του αιώνα (Χατζηγεωργίου Ε., 2009).



## 4.2 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Όπως και σε άλλους τομείς της υγείας, έτσι και στην μαιευτική η ενημερωμένη επιλογή της γυναίκας σε ότι αφορά αυτή και το παιδί της είναι πολύ σημαντική. Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί στο δικαίωμα επιλογής μετά από ορθή πληροφόρηση για τον τόπο τοκετού και τον επαγγελματία υγείας. Αν δηλαδή ενδυναμωθεί η γυναίκα στη διεκδίκηση της διασφάλισης του δικαιώματος της για επιλογή, αφενός θα είναι πιο ευχαριστημένη από τη φροντίδα που της παρέχεται, αφετέρου θα ελαττωθεί η ιατρικοποίηση του τοκετού. Για να γίνει αυτό το όραμα πραγματικότητα οι γυναίκες χρειάζονται ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες, που να βασίζονται σε επιστημονικές γνώσεις ώστε να κρίνουν τι είναι το καλύτερο γι' αυτές και την οικογένειά τους (Bryanton et al., 2008). Διάχυτη είναι η αντίληψη ότι η ορθή, τεκμηριωμένη και σαφής πληροφόρηση στη γυναίκα για τις επιλογές της στον τοκετό, θα της δώσει την ευκαιρία να επιλέξει και να διεκδικήσει την καλύτερη μαιευτική φροντίδα ([www.childbirthconnection.org](http://www.childbirthconnection.org)).

Έχει αποδειχθεί ότι το δικαίωμα της επιλογής τύπου τοκετού και επαγγελματία υγείας έχει προβληματίσει και εξακολουθεί να προβληματίζει τα συστήματα υγείας στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες κοινωνίες. Η εκστρατεία για το δικαίωμα επιλογών τύπου τοκετού ξεκίνησε με στόχο τη μείωση της συνεχούς αυξανόμενης εμπορευματοποίησης των μαιευτικών υπηρεσιών, τις οποίες οι περισσότερες γυναίκες αναγκάζονται να χρησιμοποιήσουν, όπως επίσης και την έλλειψη ενημέρωσης για τις εναλλακτικές λύσεις. Τα Νοσοκομεία έχουν γίνει ο φυσικός τόπος για τον τοκετό και η Τεχνολογία με τη θεαματική εξέλιξή της έβαλε τη σφραγίδα της σ' όλες τις επιστήμες και κατόρθωσε να εισέλθει και στο χώρο της Μαιευτικής. Είναι αναγκαίο να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γυναικών και να εντοπιστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή, καθώς και οι απόψεις των γυναικών για τη μαία και το μαιευτήρα. Τα αποτελέσματα ρίχνουν φως στη μαιευτική πολιτική και δίνουν στις γυναίκες τη δύναμη να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους. (Χατζηγεωργίου Ε., 2009)

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Το ιατρικό μοντέλο στηρίζεται στη θεωρία ότι ο τοκετός μπορεί να χαρακτηριστεί φυσιολογικός αναδρομικά, δηλαδή όταν τελειώσει και στηρίζεται στη θεωρία του “πατερναλισμού”. “Πατερναλισμός” είναι η προστασία, που βασίζεται στο ενδιαφέρον για τη ζωή και στις επιλογές ενός άλλου ανθρώπου. Όπως ο πατέρας ενδιαφέρεται για το καλό των παιδιών του και θα επέμβει όταν αυτό είναι αναγκαίο, ακόμη και με τη βία, για να τα προστατεύσει όταν ο ίδιος θεωρεί ότι αυτά κινδυνεύουν. Όταν αυτή η “πατρική προστασία” έχει στόχο ενήλικους ανθρώπους, τότε μιλάμε για “πατερναλισμό” (paternalism αλλά και parentalism). Πολλές φορές οι μαιευτήρες παρουσιάζονται ότι γνωρίζουν καλύτερα τα δικά τους πρωτόκολλα και όχι επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες, με αποτέλεσμα το δικαίωμα της πληροφορημένης επιλογής να μετατρέπεται σε ψευδαίσθηση.

Το ανησυχητικό είναι ότι σε πολλές χώρες του κόσμου η γυναίκα έχει πρόσβαση μόνο στο Νοσοκομείο με μαιευτήρα, δηλαδή στο ιατρικό μοντέλο και όχι στο μαιευτικό. Δεν υπάρχουν τμήματα φροντίδας των γυναικών χαμηλού κινδύνου υπό την ηγεσία μαιών (midwifery led units). Επιπρόσθετα, οι γυναίκες προτρέπονται και καθοδηγούνται να επιλέξουν αυτό που θέλουν και επιθυμούν οι άλλοι. Είναι πολύ δύσκολο και απίθανο σε μια γυναίκα, όσο μορφωμένη και διεκδικητική κι αν είναι, να κατορθώσει να αντισταθεί στη συμβουλή του μαιευτήρα.

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

Το ιατρικό μοντέλο παρουσιάζει το θέμα της ασφάλειας της γυναίκας να διαφυλάσσεται μόνο στο Νοσοκομείο, με τη βοήθεια της τεχνολογίας. Η ασφάλεια είναι αναγκαία και πρέπει να παραμένει η βάση της Μαιευτικής. Κάθε γυναίκα θέλει έναν ασφαλή τοκετό και υγεία για την ίδια και το παιδί της. Οι γυναίκες δηλώνουν πως θέλουν να τους διασφαλίζεται το δικαίωμα της επιλογής του επαγγελματία υγείας και του τύπου τοκετού, γιατί στις νοσηλευτικές μονάδες η φροντίδα είναι ίδια για όλες τις γυναίκες ακολουθώντας την πολιτική υγείας. Σύμφωνα με μαρτυρίες γυναικών τα Νοσοκομεία παρέχουν ασφάλεια, αλλά η φροντίδα επικεντρώνεται στην επιτυχία των παρεμβάσεων και όχι στις ανάγκες της γυναίκας της ίδιας της γυναίκας, η οποία μένει παθητική. Η νεογνική θνησιμότητα έχει μειωθεί και είναι σημαντικό επίτευγμα, αλλά οι ανάγκες της γυναίκας συνήθως δεν ικανοποιούνται και αυτό στις μέρες αποτελεί ζητούμενο.

## ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Στον αντίποδα, το μαιευτικό μοντέλο είναι επικεντρωμένο στις ανάγκες της γυναίκας και στόχος του είναι οι γυναίκες να είναι καλά πληροφορημένες, να έχουν γνώσεις, απαιτήσεις και επιλογές. Το μαιευτικό μοντέλο είναι μια θεμελιωδώς διαφορετική προσέγγιση της εγκυμοσύνης και του τοκετού. τονίζει ότι η πληροφόρηση είναι βασικό καθήκον των μαιευτήρων και των μαιών, γιατί αφενός η γυναίκα γίνεται συνεργάσιμη, αφετέρου οδηγείται στη λήψη της καταλληλότερης απόφασης. Οι μαιές και οι επαγγελματίες υγείας έχουν ως αρμοδιότητα να χτίσουν μια σχέση εμπιστοσύνης με τη γυναίκα, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ενδυνάμωση των γυναικών κατά τον τοκετό. Οι μαιές έχουν άρτια εκπαίδευση στην παροχή ολοκληρωμένης προγεννητικής φροντίδας, στην διαχείριση του τοκετού και την αντιμετώπιση επιπλοκών καθώς και στη φροντίδα του νεογνού. Το μαιευτικό μοντέλο βασίζεται στο γεγονός ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αποτελούν φυσιολογικά γεγονότα της ζωής. Το μαιευτικό μοντέλο συνιστά την παροχή στη μητέρα εξατομικευμένης φροντίδας και εκπαίδευσης, την παροχή συμβουλών, την προγεννητική φροντίδα και τη συνεχή υποστήριξη και

βοήθεια καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού και της λοχείας. Επιπλέον, ακολουθώντας το μαιευτικό μοντέλο υπάρχουν λιγότερες τεχνολογικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, είναι σημαντικό να προσδιορίζονται οι γυναίκες που χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης. Με την εφαρμογή αυτού του μοντέλου επιτυγχάνεται η μείωση των περιγεννητικών τραυμάτων, των περινεοτομών και των καισαρικών τομών [Lothian 2008, Downe et al 2008, Midwives of North America (MANA) 2018].

Έρευνες έδειξαν ότι οι γυναίκες έλαβαν φροντίδα με βάση το μαιευτικό μοντέλο είχαν λιγότερες παρεμβάσεις και μεγαλύτερη ικανοποίηση κατά τον τοκετό. Το μοντέλο αυτό σε συνδυασμό με την συνεχιζόμενη φροντίδα στη μαιευτική έχει πολλά οφέλη στην υγεία των γυναικών και των νεογνών τους. Καθοδηγείται από μια μαία/μαιευτή ή μια ομάδα μαιευτών που φροντίζουν την γυναίκα σε όλη τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας σε σχέση με το ιατρικό μοντέλο που δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο (Sandall J. et al, 2016).

Υπάρχουν ωστόσο τα τελευταία χρόνια συμφωνίες () μεταξύ των μαιευτήρων-γυναικολόγων και των μαιών/μαιευτών ώστε να διασφαλισθεί η παροχή υπηρεσιών που θα ικανοποιήσει από κοινού τις προσδοκίες των γυναικών κατά τον τοκετό και να ελαχιστοποιηθούν οι παρεμβάσεις ανάλογα με την φάση του τοκετού στην οποία βρίσκεται η γυναίκα [American College of Obstetricians and Gynecologists (A.C.O.G.), 2017].

## 4.3 ΤΟ ΠΛΑΝΟ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ

### ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΛΑΝΟ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ

Το πλάνο τοκετού είναι ένα ερωτηματολόγιο που καλούνται να συμπληρώσουν οι γυναίκες με ή χωρίς τους συντρόφους τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και περιλαμβάνει τις επιθυμίες τους κατά τον τοκετό. Περιγράφει την εμπειρία που ελπίζουν να έχουν και την υποστήριξη και βοήθεια που θα θέλουν να έχουν στον τοκετό (<http://www.eleucis.gr>, American College of Nurse-Midwives, 2014).

Η μητέρα καλείται να απαντήσει αν θέλει ευπρεπισμό περινέου στον τοκετό, υποκλυσμό, σύνδεση με ενδοφλέβια υγρά, καλείται να δηλώσει εάν επιθυμεί να μην γίνει περινεοτομή, παρά μόνο αν είναι απαραίτητη, αν επιθυμεί να μπει ή όχι ωκυτοκίνη /να σπάσουν ή όχι τα νερά από τον ιατρό/ να γίνει ή όχι επισκληρίδιος - παρά μόνο αν υπάρχει ένδειξη και αφού ενημερωθεί λεπτομερώς από τον ιατρό για τους λόγους , εάν ο πατέρας θέλει να κόψει τον ομφάλιο λώρο , εάν θα αφηθεί να πάλλεται ο ομφάλιος λώρος πριν κοπεί , εάν το μωρό θα δοθεί κατευθείαν στο στήθος της μητέρας , αν θέλει να θηλάσει αποκλειστικά κλπ.

Οι περισσότερες έχουν ψυχολογική βαρύτητα (δεν κάνει διαφορά στον τοκετό πχ εάν στην μέλλουσα μητέρα έχει γίνει υποκλυσμός).

Το πλάνο τοκετού δηλώνει την επιθυμία της μητέρας για τον τοκετό της - εάν όλα πάνε καλά. Οι μέλλοντες γονείς αναγνωρίζουν πως εάν υπάρχει ιατρική ένδειξη να γίνει μια ιατρική πράξη, τότε αυτή θα πρέπει να γίνει προς όφελος της μητέρας ή του εμβρύου, και αφού εξηγηθεί αναλυτικά στους γονείς τι συμβαίνει, ποιες οι πιθανές επιλογές και οι προτεινόμενες πράξεις. Ανάλογα με το ιστορικό της κάθε κύησης, κάθε πλάνο τοκετού προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες / περιστάσεις της εγκυμοσύνης. Στο γενικό πλαίσιο ο ιατρός μπορεί να μάθει κάποιες πληροφορίες για τον τρόπο που αντιμετωπίζει και σκέφτεται η μέλλουσα μητέρα τον τοκετό της, και ίσως είναι η καλύτερη ευκαιρία να εκφραστεί. Παρά το γεγονός ότι ο τοκετός μπορεί ορισμένες φορές να είναι υψηλού κίνδυνου ή να είναι απρόβλεπτος, κατά βάση πρόκειται για μια φυσική διαδικασία και αν όλα πάνε καλά τότε η ημέρα του τοκετού μπορεί να είναι μια θετικά αξέχαστη εμπειρία ζωής (<http://www.eleucis.gr>).

Η εκπλήρωση όσο το δυνατόν μεγαλύτερου αριθμού επιθυμιών συνδέθηκε θετικά με την ικανοποίηση από τη γέννηση, ενώ ο μεγάλος αριθμός επιθυμιών συνδέθηκε αντιστρόφως με την ικανοποίηση από την εμπειρία των γεννήσεων. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να κατανοήσουμε πώς να βελτιώσουμε την ικανοποίηση από τη γέννηση που σχετίζεται με το πλάνο τοκετού (Mei J.Y. et al, 2016).

Το πλάνο τοκετού δίνει τη δυνατότητα στη γυναίκα να συζητήσει με τη μαία, να κάνει ερωτήσεις και να μάθει περισσότερα για αυτά που πρόκειται να συμβούν κατά τον τοκετό. Παρέχει επίσης στη μαία την ευκαιρία να γνωρίσει καλύτερα τη γυναίκα και να κατανοήσει τα συναισθήματα και τις προτεραιότητες της και οι

γυναίκες μπορούν να συζητήσουν περισσότερο με το σύντροφο, τους φίλους και τους συγγενείς τους σχετικά με τον τοκετό τους (NHS, 2018).

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

Το πλάνο τοκετού είναι ένας τρόπος ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας που ενέχονται στη φροντίδα του τοκετού, όσον αφορά τις επιθυμίες της εγκύου και του συντρόφου της. Συνεπώς, το πλάνο τοκετού περιλαμβάνει:

- Τα θέματα που η επίτοκος θεωρεί σημαντικά
- Τις προτεραιότητες που η ίδια θέτει
- Τη φροντίδα που επιθυμεί να έχει (Χάδλα Π., 2004).

## **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΛΑΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ**

### **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΛΑΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

- Ενεργή συμμετοχή του ζευγαριού
- Αύξηση της ικανοποίησης του ζευγαριού
- Συνειδητοποίηση του ρόλου τους, των αναγκών και συναισθημάτων τους
- Εξερεύνηση από το ζευγάρι για τις επιλογές και τις δυνατότητες του
- Καλύτερη επικοινωνία και συνεργασία της μαίας και του μαιευτήρα με το ζευγάρι
- Δυναμική εξέλιξης και τροποποίησης του πλάνου
- Συντελεί εν μέρει στη βελτίωση της ενημέρωσης της μαίας και του μαιευτήρα
- Συντελεί στην παροχή εξατομικευμένης και ποιοτικής φροντίδας
- Μειώνει τις μηνύσεις κατά επαγγελματιών υγείας και νοσοκομειακών ιδρυμάτων
- Συνειδητοποίηση από το ζευγάρι του τι είναι ιατρικώς απαραίτητο να γίνει και τι γίνεται για χάρη της άνεσης ή διευκόλυνσης.

### **«ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ» ΤΟΥ ΠΛΑΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

- Απαιτεί χρόνο από το ζευγάρι να το συντάξει και από τη μαία και το μαιευτήρα να το διαβάσουν
- Κάποιοι μαιευτήρες και μαίες μπορεί να το θεωρήσουν ως έλεγχο του κύρους και των πράξεων τους
- Απαιτεί έγκυρη και διαρκή ενημέρωση με διεθνείς αναφορές (Χάδλα Π., 2004).

Το πλάνο τοκετού δίνει στις γυναίκες και τους συντρόφους τους τη δυνατότητα να μοιραστούν τους στόχους και τις ιδέες τους για αυτό που θα βοηθούσε περισσότερο κατά την διάρκεια του τοκετού. Επιτρέπει στις γυναίκες να μάθουν τις επιλογές τους πριν από τη διαδικασία του τοκετού και της γέννησης. Το πλάνο τοκετού βοηθά ώστε η γυναίκα να συζητήσει με τη μαία ή τον ιατρό της κατά την διάρκεια των επισκέψεων της την περίοδο της κύησης τις συνήθεις διαδικασίες για όλες τις γυναίκες στο νοσοκομείο, κλινική ή κέντρο τοκετού στο οποίο θα γεννήσει. Πολλές φορές όμως οι γυναίκες όταν τα πράγματα δεν πάνε σύμφωνα με το πλάνο απογοητεύονται. Πρέπει όμως να αντιληφθούν ότι εάν ο τοκετός γίνει «περίπλοκος», ίσως χρειαστεί παρεμβάσεις που ήλπιζαν πως θα αποφύγουν. Αυτό συμβαίνει διότι οι γυναίκες συνδέουν μέσα από το πλάνο τοκετού τις επιλογές που τους παρέχονται με τις ελπίδες και τις ιδέες που έχουν σχετικά με τον τοκετό τους (American College of Nurse-Midwives, 2014).

## **ΕΥΘΥΝΗ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ**

Η μαία έχει διπλή υποχρέωση και ευθύνη όσον αφορά το πλάνο τοκετού:

- α) να προσεγγίσει το ζευγάρι και να το ενημερώσει αντικειμενικά με βάση διεθνή στοιχεία, τα οποία προκύπτουν από έγκυρες έρευνες για τις επιλογές που υπάρχουν,
- β) να δημιουργήσει ευκαιρίες και να δώσει τη δυνατότητα στις όποιες επιλογές να γίνουν πραγματικότητα.

Είναι καλό να τονιστεί πως η προσφορά κρίνεται από τη ζήτηση και η ζήτηση από την ανάγκη. Η μαία οφείλει να αφυπνίσει τη γυναίκα-το ζευγάρι και να τους βοηθήσει να συνειδητοποιήσουν τι ανάγκες έχουν, ούτως ώστε να ζητήσουν και να τους προσφερθεί ότι αποφασίσουν (Χάδλα Π., 2004).

Όμως πολλές φορές ο όρος «πλάνο τοκετού» μπορεί να είναι παραπλανητικός και να δημιουργεί ψευδείς προσδοκίες. Ορισμένες μαίες θεωρούν την πίεση τόσο από τις γυναίκες όσο και από την ευρύτερη πολυεπιστημονική ομάδα ως αποτέλεσμα των πλάνων τοκετών, μια αντίληψη που προκαλεί κάποια ανησυχία (Welsh J.V., & Symon A.G., 2014).

Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στην Ισπανία, παραδόθηκαν 132 πλάνα τοκετού κατά την διάρκεια του πρώτου έτους σπουδών και άλλα 108 το δεύτερο έτος σπουδών. Μεταξύ των μεταβλητών που αναλύθηκαν, διαπιστώθηκε σημαντική

διαφορά στην «επαφή δέρμα με δέρμα», «επιλογή διαστολής και στάσης τοκετού», «χρήση κλύσματος», «πρόσληψη τροφίμων ή υγρών», «καθυστέρηση απολίνωσης του ομφάλιου λώρου» και «το ξύρισμα του περινέου». Έτσι διαπιστώθηκε ότι το πλάνο τοκετού επηρεάζει θετικά τη διαδικασία του τοκετού και τα αποτελέσματά του. Απαιτούνται λοιπόν, πολιτικές υγείας για την αύξηση του αριθμού των πλάνων τοκετού στα νοσοκομεία μας (Suárez-Cortés M. et al, 2015).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το πλάνο τοκετού είναι απλά μια δήλωση των επιθυμιών της γυναίκας κατά τον τοκετό και τη λοχεία και δεν έχει επίσημο νομικό χαρακτήρα, αλλά θα πρέπει να γίνεται σεβαστό από τους επαγγελματίες υγείας, εκτός εάν η γυναίκα δώσει τη συγκατάθεση της για φροντίδα διαφορετική πέραν από αυτή του πλάνου (birthrights.org.uk and NHS, 2016).



## Hopeless women or hopeless care systems?

Πηγή : [www.all4maternity.com](http://www.all4maternity.com)

## ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΠΛΑΝΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

(ΚΑΡΑΤΖΙΔΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ, 2018)

<b>Παραβρισκόμενα πρόσωπα</b>	<b>Σύζυγος-Σύντροφος Μητέρα-Πατέρας Αδέρφια Παιδιά Φίλοι</b>
<b>Ατμόσφαιρα δωματίου</b>	Μουσική Φωτισμός Αρώματα Χρώματα Μπάλες Μαξιλάρες
<b>Θέσεις για το πρώτο, δεύτερο ή τρίτο στάδιο τοκετού</b>	Όρθια Καθιστή Γονατιστή Στο πλάι Στα τέσσερα
<b>Μέθοδοι ανακούφισης από τον πόνο</b>	Κίνηση Νερό (ντους ή μπανιέρα) Πεθιδίνη Επισκληρίδιος αναισθησία Εναλλακτικές μέθοδοι T.E.N.S.
<b>Τρίτα πρόσωπα στο χώρο ως παρατηρητές ή μαθητευόμενοι</b>	Φοιτητές Ερευνητές Άλλες μαίες ή γιατροί
<b>Ρήξη θυλακίου</b>	Τεχνητή Αυτόματη
<b>Κολπικές εξετάσεις</b>	Μαία Μαιευτήρας Συχνότητα
<b>Πρόσωπο που θα κόψει τον ομφάλιο Λώρο</b>	Μαία Μαιευτήρας Σύζυγος



<b>Περινεοτομή</b>	<b>Ναι Όχι</b>
<b>Τρίτο στάδιο τοκετού</b>	Φυσιολογικό Χρήση ωκυτοκίνης-εργομετρικής
<b>Νεογέννητο</b>	Χρήση αναρρόφησης Αμέσως στην αγκαλιά της μητέρας Μπάνιο
<b>Επεμβατικός τοκετός</b>	Αναρροφητικοί εμβρυουλκοί (σικάα) Μεταλλικοί εμβρυουλκοί
<b>Καισαρική τομή</b>	Επισκληρίδιος αναισθησία Γενική νάρκωση
<b>Διατροφή νεογνού</b>	Μητρικός θηλασμός Τεχνητή διατροφή (μπουκάλι)
<b>Rooming – in</b>	<b>Ναι Όχι</b>
<b>Βιταμίνη Κ (κονάκιον)</b>	Χορήγηση ή μη Ως ενέσιμη Ως πόσιμη
<b>Τρόπος-τόπος τοκετού</b>	Τοκετός στο νερό Τοκετός στο σπίτι Τοκετός στη στάση που επιθυμώ Φυσικός τοκετός
<b>Θρησκευτικά έθιμα</b>	
<b>Ενεργήσαντες τον τοκετό</b>	Μαία Μαιευτήρας

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

Οι έγκυες γυναίκες αναμένεται να κάνουν διάφορες επιλογές για τη φροντίδα τους. Για να λάβουν αποφάσεις, οι γυναίκες χρειάζονται πληροφορίες για να βασίσουν τις επιλογές τους και να δώσουν έτσι τη συγκατάθεσή τους για οποιαδήποτε μαιευτική πράξη. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η λήψη συγκατάθεσης, η γυναίκα πρέπει να είναι "μάχημη" και ικανή να λάβει απόφαση και να έχει τις απαραίτητες πληροφορίες για να το κάνει αυτό. Η εξασφάλιση ότι αυτές οι πληροφορίες δίνονται χωρίς κριτική και με αμερόληπτο τρόπο είναι μέρος του ρόλου της μαιεύς. Υπάρχουν πολλά εμπόδια στην ενημερωμένη συναίνεση και αυτά πρέπει να εντοπιστούν από τη μαιεύς και τα ζητήματα που προκύπτουν, εάν η ανταλλαγή πληροφοριών είναι επιτυχής.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Αριστείας περί Φροντίδας (The National Institute for Health and Care Excellence, NICE) το 2007 αναφέρει ότι όλες οι γυναίκες που βρίσκονται σε τοκετό πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό. Οι επαγγελματίες υγείας να βεβαιωθούν ότι η γυναίκα έχει τον έλεγχο και εμπλέκεται σε αυτό που συμβαίνει σε αυτήν. Για να διευκολυνθεί αυτό, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δημιουργήσουν μια σχέση με τη γυναίκα, να την ρωτήσουν για τις επιθυμίες τις και τις προσδοκίες της για τον τοκετό και να αντιληφθούν τον τόνο, τη συμπεριφορά, και τη σημασία των λέξεων που χρησιμοποιούνται από αυτές. Έτσι μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πληροφορίες για την υποστήριξη και καθοδήγηση στον τοκετό.

Η γυναίκα μπορεί να μην κάνει πάντοτε την απόφασή της μόνο με βάση τις πληροφορίες που λαμβάνει. Για παράδειγμα, ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις κοινωνικοπολιτιστικές πεποιθήσεις και προσωπικές επιλογές τρόπου ζωής μπορούν να επηρεάσουν την απόφασή της (Λιόνης Χ. και Πιτέλου Ε., 2015).

Παρά τις προκλήσεις για τις μαιεύς, η αρχή για τις γυναίκες πρέπει να είναι «Καμία απόφαση για μένα, χωρίς εμένα» (NHS, 2012)

Ο ρόλος της μαιεύς πρέπει να είναι να διασφαλίσει όπου είναι δυνατόν, το δικαίωμα της γυναίκας για ενημερωμένη συγκατάθεση (Buka P., 2015).

Ωστόσο, με μια εκτιμώμενη έλλειψη 2600 μαιών, οι υπηρεσίες υγείας για τις γυναίκες περιγράφονται να έχουν έντονο στρες και ένταση, καθώς και την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας να «υποφέρει» (RCM, 2015).

Συμπερασματικά, οι μαιεύς είναι εμπειρογνώμονες της ομαλότητας, έχουν αναλάβει το ρόλο του επικεφαλής επαγγελματία για όλες τις υγιείς γυναίκες με εγκυμοσύνες χωρίς επιπλοκές και όπως είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο σε αυτές τις γυναίκες μπορεί να χρησιμοποιηθεί το μαιευτικό μοντέλο φροντίδας με λιγότερες

παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού (Leam V. and McCandlish R., 2010). Γι' αυτό το λόγο οι μαίες είναι αυτές που έχουν τον πρωταρχικό λόγο στην λήψη ενημερωμένης συγκατάθεσης από τις γυναίκες μέσα από την επαρκή παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένων πληροφοριών και την υποστήριξη των επιλογών των γυναικών (Landmark S., 2015).

## **5.2 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διασφαλίσουν ότι όλες οι γυναίκες θα λάβουν επαρκείς και κατανοητές πληροφορίες σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο. Αυτές οι πληροφορίες θα πρέπει να είναι κατάλληλες για την ικανότητα μάθησης των γυναικών προκειμένου να αυξήσουν τις γνώσεις τους προτού δοκιμαστούν. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εκπαιδεύσουν και να αυξήσουν τη γνώση των γυναικών και επίσης να δώσουν στις γυναίκες την ευκαιρία να διερευνήσουν τη στάση τους απέναντι στον προγεννητικό έλεγχο και να συζητήσουν τα σχετικά θέματα που τις απασχολούν. Ωστόσο, η ενημερωμένη συγκατάθεση πρέπει να λαμβάνεται αφού εξασφαλισθεί ότι η γυναίκα έχει γνώση όχι μόνο για την διαδικασία της εξέτασης όπως συχνά συμβαίνει, αλλά και για την πραγματική κατάσταση, τους κινδύνους και τις επιπλοκές προς αυτή και το έμβρυο (Gourounti K. & Sandall J., 2008).

Στην Ελλάδα σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 135 έγκυες γυναίκες με ηλικία κύησης μεταξύ της 11ης και της 20ής εβδομάδας λίγο πριν από την προγεννητική εξέταση για σύνδρομο Down (αυχενική διαφάνεια), βρέθηκε ότι το 96% των γυναικών είχε θετική στάση απέναντι στον προγεννητικό έλεγχο και το 45% είχε καλό επίπεδο γνώσης σχετικά με τη διαδικασία διαλογής για το σύνδρομο Down. Χρησιμοποιώντας μία τυποποιημένη φόρμα ενημερωμένης συγκατάθεσης, επικυρωμένη για χρήση στην ελληνική γλώσσα, διαπιστώθηκε ότι το 44% των γυναικών έκανε μια συνειδητή επιλογή και έτσι το 56% των γυναικών έκανε μια άγνωστη επιλογή. Αυτό οφείλεται στο χαμηλό ποσοστό των γυναικών με καλό επίπεδο γνώσης. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι γνώσεις και οι συμπεριφορές δεν συνδέονταν και φαινόταν να είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Ένα υψηλότερο επίπεδο ενημερωμένης επιλογής συνδέθηκε με ένα υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και εισοδήματος, χρόνου λήψης αποφάσεων και ικανοποίησης από την απόφαση (Gourounti K. & Sandall J., 2011).

Σημαντική είναι και λήψη συγκατάθεσης στην περίπτωση που χρειασθεί να γίνει αμνιοπαρακέντηση. Η αμνιοπαρακέντηση αποσκοπεί στην έγκαιρη προγεννητική διάγνωση χρωμοσωμικών διαταραχών του εμβρύου σε εγκύους με ιστορικό στην οικογένεια προηγούμενου παιδιού με γενετική ασθένεια, χρωμοσωμική ή μεταβολική διαταραχή, ή σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου ο προγεννητικός έλεγχος πρώτου τριμήνου, με υπερηχογραφική μέτρηση της αυχενικής διαφάνειας του εμβρύου σε συνδυασμό με ανάλυση βιοχημικών παραγόντων του ορού της εγκύου καταδεικνύει αυξημένο κίνδυνο. Για το λόγο ότι αποτελεί μια επεμβατική διαδικασία είναι απαραίτητη η λήψη έγγραφης συγκατάθεσης από τη γυναίκα αφού της έχει εξηγηθεί αναλυτικά η διαδικασία, τα οφέλη και οι κίνδυνοι αυτής. [Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (ΕΜΓΕ)]

Σε κάποιες περιπτώσεις σε παλαιότερες μελέτες που φαίνεται η ανεπάρκεια γνώσεων μαιών για τον προγεννητικό έλεγχο και τους λόγους για τους οποίους

γίνεται, αναφέρεται ότι αυτό ωθεί τους γονείς να λαμβάνουν μια απόφαση διεκπεραίωσης του, χωρίς να έχουν λάβει τις πληροφορίες που επιθυμούν. Υπάρχουν αποτελέσματα μελετών πως πολλοί γονείς δεν αντιλαμβάνονται τη σημασία του υπερηχογραφήματος 2<sup>ου</sup> τριμήνου, καθώς και άλλα αποτελέσματα που δείχνουν πως δεν συμπεριλαμβάνεται ο πατέρας στις συζητήσεις εξετάσεων προγεννητικού ελέγχου. Έτσι εξάγεται το συμπέρασμα ότι πρέπει να καταβληθούν περαιτέρω προσπάθειες για την πληρέστερη εκπαίδευση των μαιών και μαιευτών, ώστε οι έγκυες γυναίκες και οι σύντροφοι τους να είναι σε θέση να κάνουν ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο. Οι ισορροπημένες πληροφορίες σχετικά με τη ζωή των ανθρώπων με σύνδρομο Down θα πρέπει να είναι διαθέσιμες στους υποψήφιους γονείς για να στηρίξουν τη λήψη αποφάσεων (Skirton H. & Barr O., 2010).

Ο ρόλος των μαιών και μαιευτών στον προγεννητικό έλεγχο του πρώτου τριμήνου είναι τόσο η συζήτηση με τις γυναίκες κι όχι μόνο η απλή παροχή πληροφοριών όσο και ο έλεγχος της κατανόησης των πληροφοριών αυτών από τις γυναίκες παρά τον περιορισμένο χρόνο που έχουν στη διάθεση τους. Για να διασφαλιστεί ότι οι γυναίκες κατανοούν τις διαθέσιμες επιλογές και είναι σε θέση να δώσουν μια ενημερωμένη συγκατάθεση, απαιτούνται κλινικές οδηγίες που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι μαιές μπορούν να διευκολύνουν ενεργά τις ενημερωμένες επιλογές χωρίς να καταπατούν την αυτονομία των γυναικών (Ahmed S. et al, 2013).

## 5.3 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

### -ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Είναι τρόπος ζωής και σκέψης, που τον υιοθετούν θεληματικά και βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις και υπεύθυνες αποφάσεις, που παίρνουν άτομα ή ζευγάρια, για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας.

Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εφαρμογή του ΟΠ →

- Ενημέρωση

- Διάδοση

- Σωστή για κάθε άτομο χρήση των μέσων αντισύλληψης (ΠΟΥ, 1978).

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί:

≡ στη μείωση του αριθμού αμβλώσεων

≡ στη ρύθμιση της ανεξέλεγκτης γονιμότητας

≡ στην απόκτηση απαραίτητων γνώσεων για την προστασία της γονιμότητας των δύο φύλων

≡ στην παροχή συμβουλών στα ζευγάρια που θέλουν να αποκτήσουν παιδιά

≡ στην ενημέρωση και παροχή συμβουλών για τη σεξουαλική ζωή

≡ στην πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων

≡ στην παροχή συμβουλών σε προβλήματα «ευγονικής» (Βιβιλάκη Β., 2016).

Οι υπηρεσίες της μαίας στο οικογενειακό προγραμματισμό είναι:

- Εκπαίδευση και συμβουλευτική στον ΟΠ
- Παροχή αντισυλληπτικών μέσων
- Αντιμετώπιση της υπογονιμότητας
- Εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν το σεξ, τις γενετήσιες σχέσεις και το γονεϊκό ρόλο
- Γενετική συμβουλευτική
- Συμβουλευτική του γάμου
- Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος για τον γυναικολογικό καρκίνο (Βιβιλάκη Β., 2016).

Τέλος, τα οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού στην υγεία της γυναίκας είναι:

- Προστασία της υγείας της από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ)
- Προστασία από ορισμένες καλοήθειες και κακοήθειες νεοπλασίες
- Ελευθερία επιλογής και ελέγχου των γεννήσεων
- Προστασία από ανεπιθύμητες κυήσεις και επιπλοκές εκτρώσεων
- Εξασφάλιση περισσότερου χρόνου φροντίδας για τα παιδιά
- Λιγότερη σωματική, συναισθηματική και οικονομική καταπίεση
- Βελτίωση ποιότητας ζωής (Βιβιλάκη Β., 2014).

## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας είναι αρκετά σημαντική για την αξιολόγηση πριν από την σύλληψη, συμπεριλαμβανομένων των εκτιμήσεων για τον αναπαραγωγικό σχεδιασμό, την αλλαγή του τρόπου ζωής, την κατάσταση ανοσοποίησης και τις συμπεριφορές και τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα. Η συμβουλευτική αυτή μπορεί να αξιοποιηθεί για την εκπαίδευση και τον προγραμματισμό των ασθενών και για την πιθανή προγεννητική ή / και προγεννητική εξέταση. Μπορεί επίσης να επιτρέψει τη βελτίωση της εκτίμησης του κινδύνου όταν γίνεται χρήση υπηρεσιών συμβουλευτικής πριν από τη σύλληψη για μεμονωμένους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

1. Η μαία θα πρέπει να αποκτήσει ιατρικό και χειρουργικό ιστορικό από τα γυναίκα με πιο λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με το προσωπικό και οικογενειακό γυναικολογικό και ογκολογικό της ιστορικό.

2. Η μαία οφείλει να καθορίσει εάν ο προγραμματισμός εγκυμοσύνης ή η πρόληψη είναι πρωταρχικής σημασίας σε κάθε επίσκεψη και πρέπει να προσφέρει εκπαίδευση και συμβουλές στη γυναίκα σχετικά με την προσωπική της υγεία και τις διαθέσιμες επιλογές για τον έλεγχο των γεννήσεων, προκειμένου να βελτιωθεί ο αναπαραγωγικός προγραμματισμός της γυναίκας και η ικανότητά της να επιτύχει εγκυμοσύνη όταν είναι επιθυμητό.

3. Η μαία της συνεχούς ή διαλείπουσας γυναικείας μαιευτικής και γυναικολογικής υπηρεσίας φροντίδας υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνει τις γυναίκες και τους συντρόφους τους να εξετάζουν και να συζητούν τις προσωπικές τους ανάγκες όσον αφορά την αναπαραγωγή. Η αυτονομία των ασθενών και η γνώση σχετικά με τις αναπαραγωγικές τους επιλογές και την αναμενόμενη μαιευτική φροντίδα είναι σημαντικοί παράγοντες για τους γονείς, διότι η ευκαιρία να δοθεί η δυνατότητα "πιο υγιούς εγκυμοσύνης" αναμένεται να προσφέρει καλύτερο ξεκίνημα στη ζωή των παιδιών και της οικογένειάς τους.

4. Η μαία να ενημερώσει και στη συνέχεια να εκπαιδεύσει και να συμβουλευτεί τη γυναίκα αν υπάρχει ιστορικό άγχους, ή και κατάθλιψης στο προσωπικό ιστορικό της, διότι αυτά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο στην εγκυμοσύνη ή μετά τον

τοκετό και απαιτούν μητρική φαρμακευτική αγωγή με χρόνια εμβρυϊκή έκθεση και με προβλήματα στο νεογνό.

5. Οι προληπτικές δραστηριότητες στον τομέα της υγείας απαιτούν αξιολόγηση και συζήτηση των σκέψεων, των πρακτικών και της προσωπικής κατάστασης ανοσοποίησης της γυναίκας για λοιμώξεις. Η κατάσταση ανοσοποίησης μπορεί να επηρεάσει τόσο τη νοσηρότητα όσο και τη θνησιμότητα της μητέρας και του εμβρύου.

6. Η μαία πρέπει να ενημερωθεί και να ενημερώσει σχετικά τη γυναίκα, όταν εντοπιστούν ορισμένοι κίνδυνοι για τον τρόπο ζωής, όπως η κατανάλωση καφεΐνης (αυξημένη πρόσληψη), συχνή κατανάλωση καπνού (καπνός, μαριχουάνα), τακτική ή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, τακτική ή διαλείπουσα χρήση ναρκωτικών ουσιών και έκθεση σε επιβαρυμένο χώρο εργασίας.

Οφέλη, ζημιές και κόστος

Τα οφέλη για τη γυναίκα και την οικογένειά της από τη λήψη αυτής της προ της σύλληψης συμβουλευτικής θα περιλαμβάνουν μια αυξημένη κατανόηση των σχετικών θεμάτων τόσο για την προ της σύλληψης περίοδο όσο και κατά την πρώιμη εγκυμοσύνη, καθώς και καλύτερη έκβαση της κύησης. Η βλάβη περιλαμβάνει πιθανό αυξημένο άγχος ή ψυχολογικό στρες που σχετίζεται με τη δυνατότητα προσδιορισμού των κινδύνων της εγκυμοσύνης (Lamont J. et al, 2018).

## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η προφύλαξη πριν την έκθεση (PrEP) παρέχει μια ριζικά διαφορετική επιλογή πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Σ.Μ.Ν.) για τις γυναίκες. Η PrEP είναι όχι μόνο διακριτική, ελεγχόμενη από τη γυναίκα μέθοδος που έχει ληφθεί πριν την έκθεση, αλλά είναι και αρκετά ασφαλής και εξαιρετικά αποτελεσματική, προσφέροντας πάνω από 90% προστασία εάν ληφθεί καθημερινά. Καθώς οι πολλαπλές μέθοδοι PrEP αναπτύσσονται από κολπικούς δακτυλίους μέχρι ενέσιμα και εμφυτεύματα, μόνο το PrEP από του στόματος tenofovir/emtricitabine είναι επί του παρόντος εγκεκριμένο από το FDA. Οι κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού παρέχουν βασικά σημεία πρόσβασης σε πολλές γυναίκες για να μάθουν και να αποκτήσουν PrEP. Με την ενσωμάτωση των υπηρεσιών αυτών στην φροντίδα του οικογενειακού προγραμματισμού οι πάροχοι οικογενειακού προγραμματισμού έχουν την ευκαιρία να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των γυναικών, να διασφαλίσουν ότι οι γυναίκες γνωρίζουν και προσφέρουν ολοκληρωμένες επιλογές πρόληψης Σ.Μ.Ν. και αντιστρέφοντας τις αναδυόμενες ανισότητες στην πρόσβαση PrEP παρά τα πραγματικά και αντιληπτά εμπόδια στην ενσωμάτωσή του στην φροντίδα του οικογενειακού προγραμματισμού, η παροχή υπηρεσιών PrEP, που κυμαίνονται από την



εκπαίδευση έως την παροχή είναι όχι μόνο εφικτή αλλά και σημαντική συνιστώσα της παροχής σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας στις γυναίκες. Τα διδάγματα που έχουν αντληθεί από τους πρώτους υιοθετούντες θα βοηθήσουν τους πάροχους οικογενειακού προγραμματισμού να δημιουργήσουν νέες υπηρεσίες PrEP ή να τις ενισχύσουν (Seidman D. et al, 2018).

## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ**

Ο Κυπριακός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΚΣΟΠ) υιοθετεί τον Χάρτη για τα Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά Δικαιώματα της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού και ειδικότερα το Δικαίωμα της Απόφασης Για το Αν και Πότε Αποκτούμε Παιδιά, και το άρθρο:

«Όλες οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα στην πληροφόρηση, εκπαίδευση και υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για την προστασία της αναπαραγωγικής τους υγείας, της ασφαλούς μητρότητας και της ασφαλούς τεχνητής διακοπής της κύησης τα οποία είναι προσιτά, με ανεκτό κόστος και εύκολα για όλους τους χρήστες».

Ο ΚΣΟΠ πιστεύει ότι η τεχνητή διακοπή της κύησης είναι ένα βασικό μέρος του ελέγχου γονιμότητας και θα πρέπει να είναι διαθέσιμη μέσα από το δημόσιο όσο και το ιδιωτικό σύστημα φροντίδας υγείας σε όλες τις γυναίκες, όπου κι αν ζούνε. Πιστεύει ότι η απόφαση για έκτρωση ανήκει στην ίδια τη γυναίκα. Η πρόσβαση στην έκτρωση και η φροντίδα πρέπει να βασίζεται σε αυτή την αρχή, και ζητούμε αλλαγή στο νόμο έτσι ώστε να επιτρέπει στις γυναίκες να έχουν πρόσβαση στην έκτρωση όταν το θελήσουν, μέσα σε νομικά χρονικά περιθώρια (Ετήσια Έκθεση ΚΣΟΠ, 2008).

## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΙΣΗ**

Πρόγραμμα Κλινικών και Συμβουλευτικών Υπηρεσιών

Ο ΚΣΟΠ πιστεύει ότι κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να έχει πρόσβαση σε έγκυρες και πλήρεις πληροφορίες για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική του υγεία. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να θεσμοθετηθεί και να εφαρμοστεί σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης. Το αναλυτικό πρόγραμμα να είναι συμβατό με τα σύγχρονα επιστημονικά και ιατρικά πρότυπα, καθώς και με τα ανθρώπινα δικαιώματα που έχουν υποδείξει τα Ηνωμένα Έθνη και η Ευρωπαϊκή Ένωση. Για το σκοπό αυτό η εξασφάλιση της συμμετοχής των νέων σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων στην πρόοδο σε σχέση με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι απαραίτητη, ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και οι προσδοκίες τους (Ετήσια Έκθεση ΚΣΟΠ, 2008).

## 5.4 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με το Άρθρο 3 της εφημερίδας της κυβερνήσεως (τεύχος πρώτο, αρ. φύλλου 17, 27 Ιανουαρίου 2005), ως Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (Ι.Υ.Α.) ορίζεται κάθε περίπτωση κυοφορίας και τεκνοποίησης που επιτυγχάνεται με μεθόδους άλλες πέραν της φυσιολογικής ένωσης του άντρα και της γυναίκας και οι οποίες εφαρμόζονται σε ειδικά οργανωμένες μονάδες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.).

Οι μέθοδοι της Ι.Υ.Α. εφαρμόζονται με τρόπο που εξασφαλίζει το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της προσωπικότητας και της επιθυμίας του για απόκτηση απογόνων, με βάση τα δεδομένα της ιατρικής και της βιολογίας, καθώς και τις αρχές της βιοηθικής.

Κατά την εφαρμογή των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κυρίως το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί..

### Άρθρο 2

Μέθοδοι και τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής :

1. Μέθοδοι της Ι.Υ.Α. είναι ιδίως :

A. η τεχνητή σπερματέγχυση

B. η εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων,

2. Τεχνικές σχετικές με τις παραπάνω μεθόδους είναι :

A. η ενδοσαλπινγική μεταφορά γαμετών

B. η ενδοσαλπινγική μεταφορά ζυγωτών

Γ. η ενδοωαρική έγχυση σπερματοζωαρίου

Δ. η κρυοσυντήρηση γενετικού υλικού ή γονιμοποιημένου ωαρίου,

E. η υποβοηθούμενη εκκόλαψη

ΣΤ. η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση

3. Επιτρέπεται η έρευνα στα ανθρώπινα γονιμοποιημένα ωάρια υπό ειδικές προϋποθέσεις που ορίζονται στα άρθρα 11 και 12. Απαγορεύεται η κλωνοποίηση για αναπαραγωγικούς σκοπούς, η δημιουργία χιμαιρών και υβριδίων και η επιλογή φύλου, εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλλο.

## Άρθρο 4

Προϋποθέσεις εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α. :

1. Οι μέθοδοι Ι.Υ.Α. εφαρμόζονται σε ενήλικα πρόσωπα μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Σε περίπτωση που το υποβοηθούμενο πρόσωπο είναι γυναίκα, ως ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής νοείται το πενήκοστο έτος. Η εφαρμογή τους σε ανήλικα πρόσωπα επιτρέπεται κατ' εξαίρεση λόγω σοβαρού νοσήματος που επισύρει κίνδυνο στειρότητας, για να εξασφαλιστεί η δυνατότητα τεκνοποίησης. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζονται οι όροι του άρθρου 7 που αφορά την κρυσυντήρηση.
2. Πριν από την υποβολή σε μεθόδους Ι.Υ.Α. γίνεται υποχρεωτικός έλεγχος ιδίως για τους ιούς της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV/-1, HIV/-2), ηπατίτιδα Β και Ο και σύφιλη.
3. Αν τα πρόσωπα που συμμετέχουν στην εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. είναι οροθετικοί για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας απαιτείται για την υποβολή σε μεθόδους Ι.Υ.Α. , ειδική άδεια από την Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α. (Αρχή) του άρθρου 19.

## Άρθρο 5

Ενημέρωση και συναινέσεις

1. Τα πρόσωπα που επιθυμούν να προσφύγουν ή να συμμετάσχουν στις μεθόδους Ι.Υ.Α. ενημερώνονται από το επιστημονικό προσωπικό των Μ.Ι.Υ.Α. λεπτομερώς και με τρόπο κατανοητό, ως προς τη διαδικασία, τις εναλλακτικές λύσεις, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τους πιθανούς κινδύνους από την εφαρμογή των μεθόδων αυτών. Η ενημέρωση αυτή καλύπτει επίσης τις κοινωνικές, ηθικές, νομικές και οικονομικές συνέπειες της εφαρμογής των μεθόδων.
2. Η παροχή των παραπάνω πληροφοριών αποτελεί προϋπόθεση για τις έγγραφες συναινέσεις που προβλέπονται από τα άρθρα 1455 επ. του Αστικού Κώδικα και τον παρόντα νόμο.
3. Η Αρχή καθορίζει τα απαραίτητα στοιχεία που περιλαμβάνονται στα έντυπα ενημέρωσης και έγγραφων συναινέσεων. Τα έγγραφα αυτά κατατίθενται στις Μ.Ι.Υ.Α. και φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο 1.

Σύμφωνα με το Άρθρο 1459 του Αστικού Κώδικα μπορεί να διενεργηθεί έρευνα σε ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες, και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν διατεθεί για τον σκοπό αυτόν. Η έρευνα αυτή όμως πραγματοποιείται ύστερα από άδεια της Αρχής υπό τις εξής προϋποθέσεις : α. έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από την Αρχή, β. έγγραφη συναίνεση των δοτών, γ. διενέργεια της έρευνας επί των γονιμοποιημένων ωαρίων εντός 14 ημερών από τη δημιουργία τους χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο ενδιάμεσος χρόνος κρυσυντήρησης τους, δ. προηγούμενη

αντίστοιχη έρευνα σε πειραματόζωα εκτός αν αυτό δεν είναι επιστημονικά εφικτό, ε. η ερευνητική ομάδα να διαθέτει την αναγκαία τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό.

Οι γαμέτες, οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί στην έρευνα αυτή απαγορεύεται να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυμοσύνης καθώς οι σκοποί της έρευνας αυτής είναι να διευρυνθούν οι γνώσεις για την ανθρώπινη αναπαραγωγή, να βελτιωθούν οι μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας της υπογονιμότητας καθώς και του ελέγχου της γονιμότητας (αντισύλληψη), να εντοπιστούν τα αίτια των αποβολών και να βρεθούν τρόποι αντιμετώπισής τους, να αναπτυχθούν τεχνικές ελέγχου και θεραπείας γενετικών νόσων και συγγενών ανωμαλιών και τέλος να μελετηθεί η βιολογία των εμβρυικών βλαστικών κυττάρων και οι πιθανές θεραπευτικές χρήσεις τους.

Είναι δυνατόν επίσης να διενεργηθεί έρευνα για την επίτευξη εγκυμοσύνης με σκοπό την απόκτηση γνώσεων σημαντικών για την επίτευξη της εμφύτευσης των γονιμοποιημένων ωαρίων, τη σύλληψη και γέννηση ενός υγιούς παιδιού. Η έρευνα αυτή όμως απαιτεί κι αυτή εξίσου ενημέρωση και συναίνεση των συμμετεχόντων προσώπων σε αυτή, καθώς και έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από την Αρχή. Επιπλέον θα πρέπει να τονιστεί ότι τα προσδοκώμενα οφέλη από την έρευνα να είναι εμφανώς περισσότερα από τους πιθανούς κινδύνους για το παιδί που θα γεννηθεί, αλλά και για την γυναίκα που θα το κυοφορήσει (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος Πρώτο, 2005 Νόμος 3305 Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Λυκερίδου Α., 2011).

Μια άλλη μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι αυτή της παρένθετης μητέρας. Σε αυτή τη μέθοδο καταφεύγουν ζευγάρια στα οποία έχουν αποτύχει όλες οι άλλες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η μέθοδος αυτή επιτρέπεται υπό τους όρους που προβλέπονται στα άρθρα 1455 του Αστικού Κώδικα και στο νόμο Ν. 3089/2002 και μπορεί να εφαρμοστεί ύστερα από τη συναίνεση της γυναίκας που θα κυοφορήσει το παιδί ενός ζευγαριού. Η γυναίκα που θα κυοφορήσει υποβάλλεται σε κάποιες ιατρικές εξετάσεις και σε ενδελεχή ψυχολογική αξιολόγηση και υποστήριξη. Όσον αφορά τις δαπάνες για την επίτευξη εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και την λοχεία, το ύψος των δαπανών αυτών καθορίζεται με απόφαση της Αρχής.

Επιπλέον, υπάρχουν τράπεζες κρυοσυντήρησης των γαμετών που δίδονται από δότες σπέρματος ή δότριες ωαρίων, όπου μπορούν τα ζευγάρια να απευθυνθούν και να αποκτήσουν παιδί με τη βοήθεια των σπερματοζωαρίων ή των ωαρίων τρίτων εφόσον δεν είναι εφικτό με δικά τους. Οι δότες ελέγχονται ενδελεχώς μέσα από μια σειρά εξετάσεων. Πάλι όμως και σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται επαρκής ενημέρωση και συγκατάθεση για αυτή τη μέθοδο (Λυκερίδου Α., 2011).

Έτσι η διαδικασία της συγκατάθεσης στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει ως εξής:

α) θα πρέπει να υπάρχει καλύτερη πρόσβαση στις πληροφορίες που είναι απαραίτητες να γνωρίζει το ζευγάρι και οι δότες πριν την συγκατάθεση τους

β) η συγκατάθεση σε όλες τις υποβοηθούμενες αναπαραγωγικές διεργασίες, όπου απαιτείται, πρέπει να είναι γραπτή

γ) η συγκατάθεση των δοτών θα πρέπει να λαμβάνεται εάν οι γαμέτες ή τα έμβρυα που δημιουργούνται από τους γαμέτες πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς (Advisory Committee on Assisted Reproductive Technology, 2015).

## 5.5 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Η Βιοηθική ήρθε να καταργήσει την κυρίαρχη ιδέα του Ιπποκράτη που καθιστούσε τους ιατρούς υπεύθυνους να λάβουν αποφάσεις θεραπείας αντικαθιστώντας τη με την αυτονομία μέσα από την ενημερωμένη συγκατάθεση. Η εμφάνιση της βιοηθικής το 1970 συνέπεσε με την εισαγωγή ηλεκτρονικής εμβρυικής παρακολούθησης η οποία εξελίχθηκε κι έγινε η πρώτη επιλογή παρακολούθησης του εμβρύου για όλες τις γυναίκες κατά τον τοκετό. Η αυτονομία διαπέρασε γρήγορα σε όλες τις ιατρικές διαδικασίες, αλλά υπήρξε εξαίρεση στην ηλεκτρονική εμβρυική παρακολούθηση. Ακόμη και σήμερα σύμφωνα με τους Sartwelle T.P. et al (2017) παραμένει ως πρώτη μέθοδος εκλογής για την εμβρυική επιτήρηση παρά τις συνεχόμενες ενδείξεις ότι πρόκειται για έναν μύθο, που υποκρύπτει τόσο για τις γυναίκες όσο και για τα βρέφη αυξημένους κινδύνους νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Εδώ και 50 σχεδόν χρόνια οι γυναίκες πίστευαν στις «μαγικές δυνάμεις» της ηλεκτρονικής εμβρυικής παρακολούθησης επειδή κανένας δεν τις ενημέρωσε σχετικά με αυτό (Kuhn T., 2012).

Έτσι οι μαιευτήρες και οι μαίες από το 1970 και μετά χρησιμοποιούσαν και χρησιμοποιούν με μεγαλύτερη άνεση την ηλεκτρονική εμβρυική παρακολούθηση χωρίς τη συμβολή των γυναικών. Αποδέχθηκαν αυτό το μηχανήμα ως μια μέθοδο που θα μειώσει κατά το ήμισυ τους θανάτους κατά τη διάρκεια του τοκετού, τη διανοητική καθυστέρηση και την εγκεφαλική παράλυση.

Ακόμη και σήμερα η χρήση του μηχανήματος αυτού δεν έχει μειωθεί. Η ηλεκτρονική εμβρυική παρακολούθηση δεν έχει αποδειχθεί να έχει βελτιώσει τα περιγεννητικά αποτελέσματα και έχει αυξηθεί ο αριθμός των καισαρικών τομών σε όλο τον κόσμο. Το γεγονός αυτό της αύξησης ολοένα και περισσότερο των καισαρικών τομών εκθέτουν τις μητέρες και τα νεογνά σε κίνδυνο όχι μόνο λόγω της χειρουργικής επέμβασης, αλλά και του επακόλουθου αυτής. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι οι καισαρικές τομές χωρίς λόγο και αιτία εκθέτουν τα νεογνά σε μια σειρά δια βίου χρόνιων παθήσεων και νευροψυχιατρικών διαταραχών (Sartwelle T.P. et al, 2017).

Συνεπώς, μια πρακτική διαδικασία θα ήταν να ενημερώνονται οι γυναίκες για τις επιπλοκές, τους κινδύνους και τα οφέλη της χρήσης συνεχούς ηλεκτρονικής εμβρυικής παρακολούθησης, καθώς είναι μια διαδικασία που δεν έχει αποδειχθεί ότι έχει ευεργετική επίδραση στην έκβαση του τοκετού και της περίθαλψης [American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2014]. Οι μητέρες πρέπει να έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν τη χρήση ηλεκτρονικής παρακολούθησης του καρδιακού εμβρύου κατά τη διάρκεια την περιγεννητικής τους φροντίδας και πάλι μετά την είσοδο στο νοσοκομείο στον τοκετό, έτσι ώστε

να είναι σε θέση να δώσουν ή όχι την ενημερωμένη συγκατάθεσή τους (Sartwelle T.P. et al, 2017).

#### Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΕ ΤΟΚΕΤΟ ΜΕ ΙΣΧΙΑΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ

Η διαχείριση της ισχιακής προβολής στη σημερινή εποχή αποτελεί άλλο ένα λόγο λήψης συγκατάθεσης από τη μητέρα για λογαριασμό του εμβρύου και νεογνού της. Ο ρόλος της μαίας σε αυτή την περίπτωση είναι να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη διαφόρων διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα. Θα πρέπει να παρέχει πληροφορίες για τους κινδύνους και τα οφέλη του εξωτερικού μετασχηματισμού, του κολπικού τοκετού, και της προγραμματισμένης καισαρικής τομής (είτε πριν είτε κατά τη διάρκεια του τοκετού). Οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν οποιαδήποτε διαδικασία και να μη δώσουν τη συγκατάθεσή τους, όπως για παράδειγμα για τη διενέργεια καισαρικής τομής. Η ομάδα υποστήριξης περιλαμβάνει μητέρες, μαίες και μαιευτήρες. Οι έγκυες γυναίκες υποστηρίζονται είτε σχεδιάζουν να γεννήσουν κολπικά είτε με καισαρική τομή και οι συζητήσεις σχετίζονται με ένα ευρύ φάσμα ανησυχιών ειδικά για την ισχιακή προβολή όπως για παράδειγμα συζητήσεις περιλαμβάνουν θετικά βιώματα, για την καισαρική τομή και ερωτήσεις σχετικά με την αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου (εξάρθρωση ισχίου) (Powell R. et al, 2015).

#### Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Είναι προφανές ότι τη σημερινή εποχή υπάρχει μια κυρίαρχη κουλτούρα που δεν είναι αρκετά υποστηρικτική με το θηλασμό και έτσι προάγεται περισσότερο η χρήση τεχνητού γάλακτος από τις μητέρες, αν και τα τελευταία χρόνια φαίνεται να γίνονται βήματα για να αλλάξει αυτή η εικόνα. Η προώθηση του μητρικού θηλασμού από τις μαίες και τους μαιευτές θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα περίπλοκα πλαίσια μέσα από τα οποία οι γυναίκες παίρνουν αποφάσεις (οικογενειακό περιβάλλον, φίλοι κλπ). Οι συμβουλές σχετικά με το θηλασμό πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα συναισθήματα των γυναικών και να αποφεύγουν την υπερβολική πίεση, ενώ ταυτόχρονα προάγουν τα οφέλη του θηλασμού στις γυναίκες και τις οικογένειές τους (Carroll M. et al, 2015). Οι αποφάσεις σχετικά με τη διατροφή των παιδιών έχουν τόσο βραχυπρόθεσμες όσο και μακροπρόθεσμες συνέπειες για βρέφη, τις μητέρες και την κοινότητα. Η συγκατάθεση όσον αφορά τη διατροφή του νεογνού είναι σημαντικό να γίνεται μετά από επαρκή ενημέρωση για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού προς τη μητέρα και το νεογνό και τους κινδύνους και τις συνέπειες που μπορεί να επιφέρει η χρήση τεχνητού γάλακτος για τη διατροφή του νεογνού. Για να γίνει όμως αυτό οι πληροφορίες που δίδονται από τη μαία και τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την διατροφή του νεογνού πρέπει να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και να αποτελούν την πλέον καλύτερη μέχρι στιγμής πρακτική (Ontario Public Health Association, 2014).

Σήμερα έχει καθιερωθεί η έγγραφη συναίνεση της μητέρας για τη χορήγηση υποκατάστατου μητρικού γάλακτος στα νεογνά εντός των νοσοκομείων και μαιευτηρίων με απόφαση του Υπουργείου. Η χορήγηση υποκατάστατου μητρικού

γάλακτος στα νεογνά εντός των Δημόσιων, Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, Ιδιωτικών Κλινικών της χώρας και άλλων Νοσοκομείων, επιτρέπεται για αποδεκτούς ιατρικούς λόγους ή μετά από έγγραφη συναίνεση της μητέρας. Έτσι συμπληρώνεται ένα ειδικά διαμορφωμένο έντυπο συγκατάθεσης από τη μητέρα, υπογράφεται εις διπλούν και φυλάσσεται ένα στον ιατρικό φάκελο της μητέρας και ένα στου νεογνού με ευθύνη της μαίας/του μαιευτή ή του παιδίατρο, καθώς επίσης συμπληρώνεται και από τον παιδίατρο με δική του ευθύνη, ένα έντυπο αιτιολογίας της χορήγησης υποκατάστατου γάλακτος στο νεογνό. Πριν όμως από τη λήψη έγγραφης συγκατάθεσης προηγείται η ενημέρωση της μητέρας για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για την υγεία και την ανάπτυξη του βρέφους, για την υγεία της ίδιας, καθώς για και τους πιθανούς κινδύνους που συνεπάγεται η λανθασμένη χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Κατά την ενημέρωση και συναίνεση της μητέρας εφαρμόζονται οι διατάξεις των άρθρων 11, 12 και 36 του ν. 3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» (ΦΕΚ Α' 287) όπως κάθε φορά ισχύουν (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Τεύχος Δεύτερο, Καθιέρωση έγγραφης συναίνεσης της μητέρας για τη χορήγηση υποκατάστατου μητρικού γάλακτος στα νεογνά εντός των νοσοκομείων και μαιευτηρίων, 2017).



Συναίνεση για την χορήγηση υποκατάστατου μητρικού γάλακτος

Η υπογράφουσα.....

μητέρα του νεογνού.....

που γεννήθηκε στο Νοσοκομείο/Κλινική/Μαιευτήριο .....  
την .....(ημερομηνία)

Δηλώνω ότι μου έγινε σύσταση να θηλάσω αποκλειστικά. Επίσης, ότι ενημερώθηκα αναλυτικά και κατανόησα:

- την σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού για την υγεία και ανάπτυξη του μωρού, καθώς και την υγεία της μητέρας
- τους ενδεχόμενους κινδύνους που συνεπάγεται η λανθασμένη χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος
- ξένο γάλα (υποκατάστατο μητρικού γάλακτος/τροποποιημένο γάλα αγελάδας) θα δοθεί στο μωρό μου εάν υπάρχει αποδεκτός ιατρικός λόγος ή εάν εγώ δεν επιθυμώ να θηλάσω.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, δηλώνω ότι επιθυμώ να χορηγηθεί ξένο γάλα (υποκατάστατο μητρικού γάλακτος/τροποποιημένο γάλα αγελάδας) στο παιδί μου

Η μητέρα

(ονοματεπώνυμο και ημερομηνία υπογραφής)

Η/Ο παιδίατρος ή η μαία/ο μαιευτής

(ονοματεπώνυμο και ημερομηνία υπογραφής)

Αιτιολόγηση χορήγησης υποκατάστατου μητρικού γάλακτος

Στο νεογνό..... της.....

.....(ονοματεπώνυμο μητέρας) που γεννήθηκε  
στο Νοσοκομείο/Κλινική/Μαιευτήριο.....

την .....(ημερομηνία) χορηγήθηκε υποκατάστατο  
μητρικού γάλακτος για τον κάτωθι αποδεκτό ιατρικό λόγο (κυκλώνεται ό,τι  
ισχύει):

ο Προωρότητα (και αδυναμία χορήγησης μητρικού γάλακτος)

ο Σοβαρή νεογνική υπογλυκαιμία

ο Διαταραχή του μεταβολισμού

ο Νεογνό με σημαντική αφυδάτωση

ο Σοβαρή ασθένεια της μητέρας

ο Λήψη φαρμάκων της μητέρας

ο Μητέρα θετική για HIV

ο Άλλος λόγος (συμπληρώνεται).....

Η/Ο παιδίατρος

## **5.6 Η ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

### **ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΟΥ**

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ως φυσιολογικός ορίζεται ο τοκετός που:

- ο Ξεκινάει αυτόματα μεταξύ της 37ης- 42ης εβδομάδας της κύησης.
- ο Δεν υπάρχουν εμφανείς κίνδυνοι κατά την διάρκεια του τοκετού.
- ο Το νεογνό γεννιέται με κεφαλική προβολή και μετά τον τοκετό η μητέρα και το νεογνό είναι σε καλή κατάσταση.

Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (ICM) πιστεύει ότι αποτελεί δικαίωμα της κάθε γυναίκας να γεννήσει στο σπίτι της και να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα, προκειμένου ο τοκετός στο σπίτι να αποτελεί έγκυρη και ασφαλή επιλογή για τη μητέρα και το νεογνό.

### **ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Η έγκυος να πληροί τις προϋποθέσεις για φυσιολογικό τοκετό (κύηση χαμηλού κινδύνου).

### **ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ**

Μαιευτικό ιστορικό

Γυναικολογικό ιστορικό

- Προεκλαμψία –Εκλαμψία
- Αποκόλληση πλακούντα – Κατακράτηση πλακούντα
- Ρήξη μήτρας
- Δυστοκία ώμων
- Καισαρική τομή
- Αιμορραγία τρίτου σταδίου – Μετάγγιση αίματος
- Ενδομήτριος θάνατος – Νεογνικός θάνατος
- Αφαίρεση πολλαπλών ινομυωμάτων μήτρας

Παρούσα κύηση

- Πολύδυμη κύηση

- Ανώμαλες προβολές – Ισχιακή προβολή
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Προεκλαμψία – Υπέρταση
- Προδρομικός πλακούντας
- Αποκόλληση πλακούντα
- Επιβεβαιωμένος ενδομήτριος θάνατος
- Πρώωρος τοκετός (τοκετός πριν από τις 37w)
- Αναιμία (αιματοκρίτης > 30 & αιμοσφαιρίνη >8,5)
- Πρώωρη ρήξη υμένων (πριν από τις 37w)
- Υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου
- Παθολογικό NST / DOPPLER
- Ολιγάμνιο – Πολυδράμνιο
- Εξάρτηση από ουσίες και αλκοόλ
- Πρόκληση τοκετού
- Αιμορραγία

#### ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Καρδιολογικά
  2. Αιματολογικά
  3. Μολυσματικοί παράγοντες
- Καρδιακή ανεπάρκεια που δεν επηρεάζεται από την εγκυμοσύνη
  - Άτυπα αντισώματα που δεν θέτουν σε κίνδυνο αιμόλυσης το νεογνό
  - Δρεπανοκυτταρική αναιμία
  - Μεσογειακή αναιμία
  - Αναιμία (αιμοσφαιρίνη 10,5-8,5 g/dl)
  - Ηπατίτιδα B/C με φυσιολογικό ήπαρ
4. Ενδοκρινολογικά
  5. Σκελετικά/ Νευρολογικά
  6. Γαστροοισοφαγικά
- Ασταθής υποθυρεοειδισμός που χρίζει θεραπεία

- Σκελετικές ανωμαλίες
- Προηγούμενο κατάγμα λεκάνης
- Νευρολογικές διαταραχές
- Νόσος του Crohns
- Ελκώδης κολίτιδα

#### 7. Μαιευτικό ιστορικό

- Εμβρυϊκός – Νεογνικός θάνατος που οφείλεται σε γνωστή αλλά μη επαναλαμβανόμενη αιτία
- Ιστορικό γέννησης νεογνού με βάρος >4,500kg
- Ρήξη περινέου 3ου και 4ου βαθμού
- Υψηλός ίκτερος προηγούμενου παιδιού

#### 8. Γυναικολογικό ιστορικό

- Σοβαρό γυναικολογικό χειρουργείο
- Κωνοειδής εκτομή τραχήλου

#### 9. Παρούσα κύηση

- Αιμορραγία άγνωστης αιτιολογίας (μετά τις 24w της κύησης)
- Δείκτης μάζας σώματος στο τέλος της εγκυμοσύνης 30-34kg/m<sup>2</sup>
- Υπέρταση (αρτηριακή πίεση 140mmHg/90mmHg σε 2 συνεχόμενες μετρήσεις)
- Υποψία μακροσωμίας
- Πολυτόκος > 6 παιδιά
- Χρήση ουσιών
- Ψυχιατρική παρακολούθηση
- Ηλικία της μητέρας <40ετών
- Εμβρυϊκές ανωμαλίες

#### 10. Προϋποθέσεις – Για τη γυναίκα

Κάθε γυναίκα που επιθυμεί να γεννήσει στο σπίτι θα πρέπει να πληροί τα ακόλουθα κριτήρια:

- Χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη

- Εγκυμοσύνη 37 έως 42 w
- Μονήρης
- Κεφαλική προβολή
- Αυτόματη έναρξη τοκετού
- Σε περίπτωση Α.Ρ.Θ. Το αμνιακό υγρό να είναι διαυγές και η έναρξη τοκετού να γίνει πριν κλείσει 24 ώρες
- Δεν αναμένονται γνωστές ή προβλεπόμενες ιατρικές, μαιευτικές και νεογνικές επιπλοκές

Όταν μια γυναίκα δεν πληροί τις προϋποθέσεις και παρ' όλα αυτά επιθυμεί να γεννήσει στο σπίτι:

- Είναι καθήκον της μαίας να ενημερώσει με απόλυτα σαφή τρόπο τη γυναίκα, το ζευγάρι και να σεβαστεί τις επιλογές τους
- Αυτή η συζήτηση θα πρέπει να γίνει από την αρχή της εγκυμοσύνης και να επανεξεταστεί σε κάθε επίσκεψη με τελική απόφαση στην επίσκεψη στο σπίτι στις 36 w.
- Αν δεν συμφωνεί σχετικά με τους κινδύνους και η γυναίκα εξακολουθεί να θέλει να γεννήσει στο σπίτι της τότε η μαία θα πρέπει να ζητήσει την στήριξη από το νοσοκομείο που την καλύπτει (NMC, 2008).

Προϋποθέσεις – Για τη Μαία

- ο Παρουσία δυο Μαιών εκ των οποίων η μια  
να έχει εμπειρία στον τοκετό στο σπίτι >2χρόνια

• Εκπαίδευση για:

1. Τοκετό στο σπίτι
2. Τοκετό στο νερό
3. Ανάνηψη νεογνού
4. Συρραφή περινέου

Εκπαίδευση, ικανότητες και εξοπλισμό για τη διαχείριση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης (π.χ. σεμινάριο ALSO).

Πρακτική άσκηση: υπό εποπτεία παρακολούθηση, αξιολόγηση, ενημέρωση και προετοιμασία σε 5 Κυήσεις., Εκτέλεση 5 τοκετών εκ των οποίων οι 2 στο Νερό.

**ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

Στις 36w της κύησης οι Μαιές θα πρέπει να επισκεφτούν το σπίτι της εγκύου, να συζητήσουν και να καταγράψουν:

-Αν ο χώρος και η τοποθεσία του σπιτιού πληροί τις προϋποθέσεις για τοκετό στο σπίτι

-Να συζητήσουν το πλάνο τοκετού

-Να δώσουν στην έγκυο την λίστα με τα απαραίτητα για τον τοκετό στο σπίτι

Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται και για το ενδεχόμενο μεταφοράς τους στο νοσοκομείο (RCOG & RCM 2007).

Η επιλογή για τοκετό στο σπίτι ή στο νοσοκομείο είναι σημαντικό δικαίωμα των γυναικών και οι Μαιές υποστηρίζουν απόλυτα το δικαίωμα αυτό (Eggermont 2012, ICM 2005, Klink 2010). Το Αμερικάνικο Κολέγιο μαιευτήρων γυναικολόγων παρόλο που θεωρεί τα νοσοκομεία ένα ασφαλέστερο τόπο για να γεννήσει μια γυναίκα υποστηρίζει το δικαίωμα της γυναίκας να λάβει μια ενημερωμένη απόφαση σχετικά με τον τοκετό της. Είναι σημαντικό ωστόσο οι γυναίκες να ενημερώνονται για την κρισιμότητα κάποιων παραγόντων που συμβάλλουν στη μείωση της θνησιμότητας και κάποιων περιγεννητικών ασθενειών και στη καλύτερη έκβαση του τοκετού (A.C.O.G., 2017).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ενημερωμένη συγκατάθεση στο χώρο της υγείας και ιδίως στη μαιευτική και την υγεία της γυναίκας και του εμβρύου ή νεογνού της είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αυτή επιτυγχάνεται μέσα από την επαρκή ενημέρωση και την ορθή πληροφόρηση σε ότι αφορά μια διαδικασία, εξέταση, θεραπεία ή και έρευνα στην οποία πρόκειται να υποβληθεί ή να συμμετάσχει μια γυναίκα ή το έμβρυο/νεογνό της. Η συγκατάθεση πρέπει να είναι πλήρης και να γίνεται ύστερα από ενημέρωση από τη μαία/το μαιευτή ή τον ιατρό σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους που επιφέρει μια ιατρική πράξη και τις εναλλακτικές που έχει η γυναίκα.

Ο ρόλος της ενημερωμένης συγκατάθεσης είναι σημαντικός σε όλους τομείς γύρω από τη γυναίκα που αφορούν την κύηση, την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, αλλά και σε άλλες διαδικασίες που αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό, την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, τον προγεννητικό έλεγχο και τη φροντίδα του νεογνού.

Η φροντίδα που λαμβάνουν οι γυναίκες οφείλει να είναι περισσότερο επικεντρωμένη προς αυτές και τις ανάγκες τις δικές τους, του νεογνού και των οικογενειών τους (γυναικοκεντρική, οικογενειοκεντρική φροντίδα). Οι μαίες/μαιευτές έχουν την υποχρέωση να σέβονται τις γυναίκες και τα δικαιώματά τους και να τους προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η φροντίδα που λαμβάνουν οι γυναίκες καλό θα ήταν καλό να είναι ολιστική και βασισμένη στο μοντέλο της συνεχιζόμενης φροντίδας (continuity of care) ώστε να υπάρχει ικανοποίηση τόσο για τις γυναίκες όσο και για τις μαίες.

Οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα επιλογής της φροντίδας που θέλουν να λάβουν τόσο στον τοκετό όσο και στην μετέπειτα περίοδο, λοχεία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή του πλάνου τοκετού. Οι μαίες/μαιευτές και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας οφείλουν να σεβαστούν το πλάνο τοκετού της γυναίκας και να συζητήσουν μαζί της για αυτό. Όμως και οι γυναίκες είναι σημαντικό να κατανοήσουν πως το πλάνο τοκετού δεν είναι απόλυτο καθώς επίσης και ότι δεν πρέπει να έχουν ψευδείς προσδοκίες και να συνδέουν το πλάνο τοκετού με τις ιδέες που έχουν για το πώς θα θέλανε οι ίδιες τον τοκετό τους, καθώς μπορεί να χρειαστεί να γίνουν παρεμβάσεις που ήλπιζαν να αποφύγουν.

Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας και κατά κύριο λόγο οι μαίες/ μαιευτές πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένοι και ώστε να επικοινωνούν με τις γυναίκες και να τους δίνουν τις απαραίτητες πληροφορίες ώστε να λάβουν οι ίδιες αποφάσεις κι όχι αυτοί εις βάρος τους. Οφείλουν να σεβαστούν τη γυναίκα ως άνθρωπο και τα δικαιώματά της, αλλά κυρίως το δικαίωμα της στην ενημέρωση και τη συγκατάθεση και να διασφαλίσουν ότι αυτή είναι έγκυρη και έχει δοθεί από τη γυναίκα χωρίς εξαναγκασμό και ότι η ίδια έχει κατανοήσει τη διαδικασία και τα επακόλουθα αυτής.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από αυτή την εργασία κατανοεί κανείς ότι η ενημερωμένη συγκατάθεση αποτελεί παρέμβαση νευραλγικής σημασίας και προϋπόθεση για την δημόσια υγεία πρέπει να λαμβάνεται σε οποιαδήποτε διαδικασία, θεραπευτική αντιμετώπιση και εξέταση η οποία πρόκειται να λάβει χώρα κατά τη διάρκεια της προγεννητικής, περιγεννητικής και μεταγεννητικής περιόδου και η οποία μπορεί να επιφέρει κινδύνους που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής της μητέρας και του νεογνού της και/ή της οικογένειάς της.

Ωστόσο από μια παρέμβαση της τήρησης της λήψης της δεν κρίνεται η ποιοτική της συνεισφορά στην προστασία της προσωπικότητας και της κουλτούρας του ανθρώπου και των οικείων του έναντι των υπηρεσιών υγείας. Για αυτό το λόγο οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι μαιές/μαιευτές έχουν την υποχρέωση να κατανοήσουν πως η συγκατάθεση δεν είναι απλά μια υπογραφή που καλύπτει αυτές και τον ιατρό νομικά.

Στην Ελλάδα στις περισσότερες περιπτώσεις κυρίως στο δημόσιο τομέα δεν λαμβάνεται συστηματικά συγκατάθεση και γίνονται ιατρικές παρεμβάσεις για τις οποίες η γυναίκα δεν είχε ενημερωθεί. Με την νομική κατοχύρωση της ενημερωμένης συγκατάθεσης ωστόσο έχει γίνει μια προσπάθεια βελτίωσης αυτής της κατάστασης έστω και με την λήψη μίας απλής υπογραφής. Σε πολλά όμως πλέον δομές υγείας η γυναίκα έχει τον πλήρη έλεγχο της κατάστασης της και του εμβρύου/νεογνού της καθώς επίσης και επαρκή ενημέρωση και πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να λάβει μια ορθή απόφαση και να δώσει τη συναίνεση της. Ακόμη και με τη λήψη συγκατάθεσης μέσω μιας τυποποιημένης φόρμας η γυναίκα εφόσον έχει λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες η συγκατάθεση της θεωρείται έγκυρη χωρίς εξαναγκασμό ή ψευδή πληροφόρηση.

Είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη τα κενά που υπάρχουν όσον αφορά τη διασφάλιση της παροχής υψηλής ποιότητας μαιευτικής φροντίδας στις γυναίκες και στα νεογνά. Έτσι είναι επιτακτική ανάγκη να υπάρξουν προγράμματα και δράσεις που θα καταστήσουν τη φροντίδα των γυναικών και των βρεφών τους ποιοτικότερη και θα βοηθήσουν στη δημιουργία βελτιωμένων και περισσότερο ανθρωποκεντρικών συστημάτων υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο και στην περίπτωση της μαιευτικής με επίκεντρο τη γυναίκα και το νεογνό.

Έχουν γίνει προσπάθειες βελτίωσης των συστημάτων υγείας και της φροντίδας που παρέχεται, όμως υπάρχουν πολλά βήματα ακόμα που πρέπει να γίνουν, και τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν ίσως θα ήταν πιο σωστό να ξεκινήσουν από «χαμηλά» και συγκεκριμένα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσα από τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός και οι υπηρεσίες υγείας που αφορούν τις γυναίκες και τα νεογνά έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών και των οικογενειών τους. Αυτές οι υπηρεσίες μειώνουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, βελτιώνουν τις προοπτικές για ένα καλύτερο σύστημα υγείας, αυξάνουν την ποιότητα

και άρα βοηθούν στην υψηλής ποιότητας φροντίδα της υγείας. Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες αυτές βοηθούν στην εξοικονόμηση χρημάτων με δύο τρόπους. Αρχικά με την αποφυγή των τεχνητών διακοπών των κήσεων και της φροντίδας που χρειάζονται οι γυναίκες λόγω μιας μη ασφαλούς μεθόδου διακοπής της κύησης. Δεύτερον, όταν όλες οι γυναίκες και τα νεογνά λαμβάνουν υψηλής ποιότητας φροντίδα με βάση τα συνιστώμενα πρότυπα οι επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν μπορούν να αντιμετωπιστούν με χαμηλότερο κόστος.

Ο προγραμματισμός των κήσεων είναι απαραίτητος για την προστασία τόσο των γυναικών όσο και των νεογέννητων τους, και για την καλύτερη έκβαση μετά τον τοκετό ή την διακοπή της κύησης. Για να είναι εφικτό όμως αυτό είναι σημαντικό οι γυναίκες να είναι καλά ενημερωμένες γύρω από τη φροντίδα που πρόκειται να έχουν κι όχι να αποφασίζουν οι επαγγελματίες υγείας για αυτές χωρίς την συναίνεση τους.

Οι γυναίκες χρειάζονται φροντίδα καθ' όλη τη διάρκεια των αναπαραγωγικών τους ετών και η κοινωνία οφείλει να λάβει μέτρα που αφορούν την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία για τη σωστή διαπαιδαγώγηση όλων των ανθρώπων στα θέματα αυτά, καθώς επίσης και την καλύτερη εκπαίδευση των μαιών/μαιευτών, ώστε να ενημερώνουν τις γυναίκες και τους παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα μετά από συζήτηση μαζί τους και μετά από τη λήψη ενημερωμένης συγκατάθεσης.

Στον τοκετό ιδιαίτερα σημαντικό είναι το πλάνο τοκετού. Η γυναίκα μέσα από το πλάνο τοκετού εκφράζει τα συναισθήματα της, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες που έχει για τον τοκετό της. Είναι καθήκον των ιατρών και των μαιών/μαιευτών να σέβονται και να τηρούν το πλάνο τοκετού καθώς αντικατοπτρίζει την προσωπικότητα κάθε γυναίκας, διότι κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα στην επιλογή του τρόπου με τον οποίο θέλει να γεννήσει.

Επιπλέον, η γυναίκα έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον τόπο τοκετού της. Η επιλογή για τοκετό στο σπίτι ή στο νοσοκομείο πρέπει να γίνεται σεβαστή και να υποστηρίζεται από τις μαιές/μαιευτές. Παράλληλα, οι μαιές/μαιευτές όμως οφείλουν να ενημερώσουν κατάλληλα τις γυναίκες για τις επιπτώσεις της επιλογής τους να γεννήσουν στο σπίτι. Επίσης, το κράτος οφείλει να στηρίζει αυτή την επιλογή της γυναίκας δημιουργώντας υποδομές και παρέχοντας υπηρεσίες στις μαιές στηρίζοντας αυτή τους την δράση.

Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την υγεία των γυναικών και των εμβρύων/νεογνών και κυρίως οι μαιές/μαιευτές θα ήταν καλό να ξεκινούν την εκπαίδευση τους από νωρίς μέσα από προγράμματα, σεμινάρια και δράσεις κατά την διάρκεια των σπουδών τους. Συνιστάται η εκπαίδευση των μαιών/μαιευτών με βάση το μαιευτικό μοντέλο και το μοντέλο της συνεχιζόμενης φροντίδας ώστε μέσα από αυτά να από αυτά να βελτιώσουν τις δεξιότητες επικοινωνίας τους και να αποκτήσουν περισσότερη ενσυναίσθηση σε ότι αφορά την υγεία της γυναίκας και περισσότερες γνώσεις σε ότι αφορά την ορθή πληροφόρηση των γυναικών.

Ένα άλλο μέτρο που θα μπορούσε να ληφθεί για τη διασφάλιση της υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αλλά και σε όλο τον κόσμο είναι η αξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας από τις γυναίκες, καθώς επίσης και το αν δέχτηκαν σωστή και επαρκή ενημέρωση και αν είχαν στη διάθεση αρκετό χρόνο για τη λήψη μιας απόφασης. Μια ορθή πρακτική θα ήταν η διοργάνωση συνεδρίων βασιζόμενων σε νέες γνώσεις και νέες επιλογές στη φροντίδα των γυναικών που προκύπτουν από αυτές τους τις απαντήσεις.

Η ενημέρωση-ευαισθητοποίηση των γυναικών ίσως θα ήταν πιο αποτελεσματικό να γίνεται μέσα από διαφημιστικές καμπάνιες και δράσεις με τη εμπλοκή ατόμων πιο γνώριμα προς τις γυναίκες και από τα οποία δέχονται ισχυρή επιρροή και σε άλλους τομείς της ζωής τους (ηθοποιοί, δημοσιογράφοι κ.α.).

Τέλος, μία πρακτική που θα μπορούσε να εφαρμοστεί θα ήταν οι δομές υγείας να είναι «φιλικές προς τις γυναίκες», όχι μόνο προς τα βρέφη, να βασίζονται στις ανάγκες της κάθε γυναίκας ξεχωριστά και να έχουν ως επίκεντρο αυτή και το νεογνό της (γυναικοκεντρική φροντίδα).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΦΟΡΜΕΣ ΠΛΑΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

ΕΘΝΙΚΗ ΑΡΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

ΕΓΓΑΜΟΥ/ΑΓΑΜΟΥ ΖΕΥΓΟΥΣ/ΑΓΑΜΗΣ ΜΟΝΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΣΕ ΜΕΘΟΔΟ

ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Στην ..... σήμερα..... και στις  
εγκαταστάσεις της ΜΙΥΑ..... που βρίσκεται στην οδό  
..... και εκπροσωπείται νόμιμα.

Οι παρακάτω υπογράφωντες :

Ο ..... του  
..... κάτοχος του υπ' αριθ. Α.Δ.Τ..... με  
Α.Φ.Μ..... και Α.Μ.Κ.Α.....  
κάτοικος....., γεννημένος την .....

Σύζυγος

Σύντροφος με σύμφωνο συμβίωσης κατά Ν. 4356/2015

Σύντροφη με ελεύθερη ένωση

της .....

και

Η ..... του..... κάτο  
χος του υπ' αριθ. Α.Δ.Τ..... με Α.Φ.Μ.....  
και Α.Μ.Κ.Α..... κάτοικος  
..... γεννημένη την .....

Σύζυγος

Σύντροφος με σύμφωνο συμβίωσης κατά Ν. 4356/2015

Σύντροφη με ελεύθερη ένωση του .....

Άγαμη – μόνη γυναίκα

Εν όψει εφαρμογής ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δια της μεθόδου εξωσωματικής γονιμοποίησης :

A) με ωάρια της συζύγου/συντρόφου και σπέρμα του συζύγου/συντρόφου

B) με ωάρια της συζύγου/συντρόφου και σπέρμα τρίτου δότη

Γ) με ωάρια τρίτης δότριας και σπέρμα του συζύγου/συντρόφου

Δ) με δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων

Ε) με ωάρια της άγαμης μόνης γυναίκας και σπέρμα τρίτου δότη ύστερα από συμφωνία μεταξύ μας και του θεράποντος ιατρού, και αφού ελήφθη υπ' όψιν η κατάσταση της υγείας μας,

Βεβαιώνουμε ότι μας έχει γίνει πλήρης, σαφής, κατανοητή και εμπεριστατωμένη ενημέρωση από το επιστημονικό προσωπικό της ανωτέρω ΜΙΥΑ σχετικά με :

Τη διαδικασία, τη φύση, το σκοπό, τα επιμέρους στάδια, τους όρους, τις συνθήκες κρυοσυντήρησης/μεταφοράς και χρήσης του γεννητικού υλικού μας, την ποιότητα και ποσότητα αυτού, τις εναλλακτικές λύσεις, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τους πιθανούς κινδύνους, τις επιπλοκές και τους τρόπους αντιμετώπισής τους, λαμβάνοντας υπ' όψιν και την ηλικία μας, την κατάσταση της υγείας μας και την ύπαρξη ή μη συγγένειας μεταξύ μας, τις πιθανότητες και τα ποσοστά επιτυχίας επί της συγκεκριμένης μεθόδου της συγκεκριμένης ΜΙΥΑ αλλά και τα ίδια ποσοστά διεθνώς και πανελλαδικά, την υγεία των παιδιών που γεννιούνται με μεθόδους ΙΥΑ κατά τα διδάγματα της επιστήμης μέχρι σήμερα, την πιθανότητα εγκυμοσύνης χωρίς ιατρική παρέμβαση, τις επιπτώσεις της υπερδιέγερσης των ωοθηκών, τις παρενέργειες των φαρμάκων, τις εγχειρητικές επιπλοκές, τις περιπτώσεις που θα χρειασθεί αναισθησία παρουσία ειδικού γιατρού αναισθησιολόγου, τον προσδιορισμό του ανώτατου αριθμού μεταφερόμενων γονιμοποιημένων ωαρίων, την ανάγκη και τις συνθήκες κρυοσυντήρησης για την περίπτωση που τα γονιμοποιημένα ωάρια δεν θα μπορέσουν να μεταφερθούν για απρόβλεπτους λόγους, το ποσοστό αποβολών ανεξαρτήτως της ηλικίας της γυναίκας, το ποσοστό πολύδυμης κύησης και τους συνδεόμενους με αυτή μητρικούς και παιδικούς κινδύνους.

Ειδικότερα, πριν μας παρασχεθεί οποιαδήποτε ιατρική υποβοήθηση, το προσωπικό της ανωτέρω Μ.Ι.Υ.Α. μας πληροφόρησε σχετικά με : α) την αναμενόμενη χρονική διάρκεια της όλης διαδικασίας, β) τις θεραπείες γονιμότητας, γ) τη φύση και τους πιθανούς κινδύνους της θεραπείας συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου σύλληψης τέκνων με αναπτυξιακές και γενετικές ανωμαλίες, δ) τις πιθανές παρενέργειες και τους κινδύνους για τη γυναίκα που θα υποβληθεί σε ΙΥΑ και τα τέκνα που τυχόν θα συλληφθούν, συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών, ε) τη διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων για την

κρυοσυντήρηση των γαμετών και των γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς και τις ιατρικές συνέπειες για την αποθήκευση των γαμετών και των γονιμοποιημένων ωαρίων και, στη συνέχεια, για τη χρήση αυτών, στ) τη σημασία της ενημέρωσής μας εκ μέρους της Μ.Ι.Υ.Α. για την τελική έκβαση της θεραπείας, ζ) τη δυνατότητα υποβολής παραπόνων μας αναφορικά με την Μ.Ι.Υ.Α.

Ακόμη, ενημερωθήκαμε ειδικά για την ύπαρξη ή μη ενδείξεων για χρωμοσωμικές διαταραχές ή ασθένειες και : α) μας προτάθηκε

β) δεν μας προτάθηκε προσφορά γενετικής συμβουλευτικής.

Σε περίπτωση μικρογονιμοποίησης λόγω προβλημάτων στο σπέρμα ενημερωθήκαμε ότι τα έμβρυα μπορεί να κληρονομήσουν γενετικές ή επιγενετικές ανωμαλίες όπως χρωμοσωμικές ανωμαλίες συμπεριλαμβανομένων μεταλλάξεων για ινοκυστική νόσο, φυλοσύνδετα νοσήματα ή κληρονομούμενες διαταραχές που σχετίζονται με υπογονιμότητα. Ενημερωθήκαμε για τα πρωτόκολλα πρόκλησης πολλαπλής ωοθυλακιορρηξίας και τους λόγους εφαρμογής της μικρογονιμοποίησης τα οποία και θα καταγραφούν στον ιατρικό φάκελό μας.

Ενημερωθήκαμε για την πιθανή χρήση φαρμάκων για πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας ή τη μεταφορά περισσότερο τους ενός γονιμοποιημένων ωαρίων σε κάθε κύκλο, για τους κινδύνους μιας πολύδυμης κύησης τόσο για τη γυναίκα όσο και για το έμβρυο αλλά και για το νεογνό, συμπεριλαμβανομένων: α) του αυξημένου κινδύνου αποβολών και επιπλοκών κατά τη διάρκεια της κύησης, β) του υψηλότερου ποσοστού πρόωρων τοκετών και επιπλοκών λόγω χαμηλού βάρους γέννησης των νεογνών καθώς και του υψηλότερου ποσοστού θνησιγενών νεογνών και περιγεννητικής θνησιμότητας, γ) του υψηλότερου ποσοστού αναπηρίας και άλλων προβλημάτων υγείας καθώς και της πιθανότητας μακρότερης νοσηλείας στο νοσοκομείο και δ) της πρακτικής, οικονομικής και συναισθηματικής επίδρασης στην οικογένεια και στο παιδί.

Η σύζυγος/σύντροφος πληροφορήθηκε για τον αριθμό των γονιμοποιημένων ωαρίων που θα μεταφερθούν πριν την ωοληψία και ακριβώς πριν την εμβρυομεταφορά ώστε να συναινέσει σε αυτό μετά από πλήρη ενημέρωση.

Ως προς την κρυοσυντήρηση, ενημερωθήκαμε ότι :

≡ οι συνθήκες της κρυοσυντήρησης και η διαδικασία της κατάψυξης και απόψυξης είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ποιότητα των γονιμοποιημένων ωαρίων, συνεπώς δεν υπάρχει εγγύηση ότι αυτά θα επιβιώσουν, ή ότι θα είναι κατάλληλα για μεταφορά τους στη μήτρα μετά την απόψυξη.

≡ θεωρητικά υπάρχει η πιθανότητα μόλυνσης των γονιμοποιημένων ωαρίων από μικροοργανισμούς, αλλά η πιθανότητα αυτή είναι εξαιρετικά μικρή.

≡ δεν θα δημιουργηθούν εκ νέου γονιμοποιημένα ωάρια αν δεν εξαντληθούν πρώτα τα υπάρχοντα.

Ενημερωθήκαμε ότι ενδέχεται κατά τη διάρκεια ενός κύκλου να προκύψουν νωπά υπεράριθμα γονιμοποιημένα ή μη ωάρια, ως προς την τύχη των οποίων θα υπογράψουμε ξεχωριστή, κοινή δήλωση, όπως απαιτείται από το νόμο.

≡ Αν δεν υπάρχει τέτοια κοινή δήλωση, τα γονιμοποιημένα ωάριά μας θα διατηρηθούν για χρονικό διάστημα πέντε ετών, το οποίο μπορεί να παραταθεί για πέντε ακόμα έτη κατόπιν κοινής έγγραφης αίτησής μας προς την Τράπεζα Κρυσυντήρησης. Τα παραπάνω ισχύουν σε κάθε περίπτωση μέχρι τη συμπλήρωση του πεντηκοστού έτους της συντρόφου/συζύγου.

≡ Εφόσον δεν γίνει αίτηση για παράταση της φύλαξης, τα γονιμοποιημένα ωάρια είτε θα διατεθούν για ερευνητικούς και θεραπευτικούς σκοπούς, είτε θα καταστραφούν μετά από άδεια της ΕΑΙΥΑ.

≡ Κανένα έμβρυο δεν θα απομακρυνθεί από την Τράπεζα Κρυσυντήρησης χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση και των δύο συζύγων/συντρόφων.

Ενημερωθήκαμε για την υποχρεωτική σύνταξη και προσκόμιση στη ΜΙΥΑ συμβολαιογραφικού εγγράφου για την παροχή της συναίνεσής μας, προκειμένου αυτή να είναι ισχυρή, το οποίο και θα προσκομίσουμε άμεσα :

α) διότι συντρέχει η περίπτωση ελεύθερης ένωσης μεταξύ μας

β) διότι επιθυμούμε τη χορήγηση συναίνεσης για τη μεταθανάτια χρήση του γεννητικού υλικού του συζύγου/συντρόφου,

γ) διότι είμαι άγαμη μόνη γυναίκα

Ενημερωθήκαμε για το ειδικό νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει για εμάς που είμαστε : α) υπήκοοι ή μόνιμοι κάτοικοι κρατών μελών της Ε.Ε

β) υπήκοοι ή μόνιμοι κάτοικοι τρίτων χωρών

γ) άτομα, με γαμέτες που προέρχονται από υπηκόους ή κατοίκους άλλων χωρών

Τέλος, ενημερωθήκαμε για τις κοινωνικές, ηθικές, ψυχοκοινωνικές, νομικές και οικονομικές συνέπειες από την εφαρμογή της ανωτέρω ειδικής μεθόδου ΙΥΑ, την πιθανότητα μονομερούς ανάκλησης της συναίνεσης και τις πιθανές συνέπειες αυτής, καθώς και για την τύχη των γαμετών και των γονιμοποιημένων ωαρίων σε περίπτωση θανάτου ή χωρισμού μας αλλά και για τις οικονομικές συνέπειες, το συνολικό κόστος εφαρμογής της μεθόδου καθώς και για τη δυνατότητα και το ύψος της ασφαλιστικής κάλυψης που μπορούμε να λάβουμε.

Ειδικότερα, ενημερωθήκαμε ότι :

≡ Η συναίνεση του συζύγου που θα δοθεί για υποβολή της συζύγου σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αποκλείει την προσβολή της πατρότητας, όπως ορίζουν οι διατάξεις του Α.Κ.

≡ Σε περίπτωση άγαμου ζεύγους, η συναίνεση του συντρόφου επιφέρει αυτόματη εκούσια αναγνώριση του παιδιού που θα γεννηθεί, η οποία δεν υπόκειται σε προσβολή.

≡ Σε περίπτωση θανάτου του/της συζύγου/συντρόφου, η συναίνεση στη Μ.Ι.Υ.Α. παύει να ισχύει, με την επιφύλαξη του άρθρου 1457 Α.Κ. που αφορά τη μεταθανάτια γονιμοποίηση. Αν ο γάμος λυθεί με διαζύγιο ή ακυρωθεί, ή αν λήξει η ελεύθερη συμβίωση, θα πρέπει να ανακληθεί η συναίνεση στη Μ.Ι.Υ.Α. πριν από τη μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων στη γυναίκα και να ενημερωθεί άμεσα η ΜΙΥΑ.

≡ Σε κάθε περίπτωση έχουμε το δικαίωμα να ανακαλέσουμε τη συναίνεση που θα δώσουμε μέχρι τη μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων στη γυναίκα. Η ανάκληση πρέπει να γίνει με γραπτή δήλωση και να ενημερωθεί άμεσα η ΜΙΥΑ.

≡ Με βάση το σημερινό επίπεδο γνώσεων και μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν μπορεί να υπάρξει εγγύηση ότι θα επιτευχθεί εγκυμοσύνη ή γέννηση παιδιού. Η ΜΙΥΑ όμως θα καταβάλει κάθε προσπάθεια για την επίτευξη αυτού του σκοπού, σύμφωνα με τους παραδεδεγμένους κανόνες της επιστήμης.

≡ Σύμφωνα με το Ν. 3305/2005, ορισμένα στοιχεία του ιατρικού μας φακέλου θα μεταβιβασθούν σε κωδικοποιημένη απόρρητη μορφή στην Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α. για τις ανάγκες της καταγραφής των αποτελεσμάτων της Ι.Υ.Α. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν επί πλέον ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και προστατεύονται σύμφωνα με το Ν. 2472/1997.

≡ Ο τρίτος δότης/τρίτη δότρια είναι ανώνυμος/η και η ταυτότητά του απόρρητη, πρόσβαση δε στον ιατρικό τους φάκελο επιτρέπεται μόνο από το τέκνο που θα γεννηθεί με το γεννητικό υλικό τους, ύστερα από ειδική άδεια της Εθνικής Αρχής ΙΥΑ και μόνο για λόγους που αφορούν την υγεία του τέκνου.



≡ Δύο εβδομάδες μετά την εμβρυομεταφορά θα πρέπει να επικοινωνήσουμε με τη Μ.Ι.Υ.Α προκειμένου να την ενημερώσουμε για το εάν υπήρξε κύηση (θετικό τεστ κύησης).

≡ Μετά τον τοκετό θα πρέπει να ενημερώσουμε τη ΜΙΥΑ για τα εξής: 1) εάν η κύηση ήταν μονήρης ή Πολύδυμη, 2) εάν παρατηρήθηκαν επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης (πχ υπέρταση της κύησης, προεκλαμψία, ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, σακχαρώδης διαβήτης της κύησης, αποκόλληση πλακούντα κλπ), 3) για την εβδομάδα κύησης που έγινε ο τοκετός, 4) για τον τρόπο του τοκετού (φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή), καθώς και για όποια άλλη πληροφορία θα θέλατε να μας δώσετε για την κύηση αυτή, 5) για την κατάσταση υγείας του νεογνού ή των νεογνών (σε περίπτωση πολύδυμης κύησης).

Κατόπιν όλων των παραπάνω, βεβαιώνουμε ότι έχουμε μελετήσει το παρόν έγγραφο, μας έχει γίνει εμπειριστατωμένη ενημέρωση από το επιστημονικό προσωπικό της ΜΙΥΑ και την έχουμε κατανοήσει πλήρως, έχουν απαντηθεί οι ερωτήσεις μας και εάν ανακύψουν άλλα ερωτήματα έχουμε τη δυνατότητα να απευθυνθούμε εκ νέου στη ΜΙΥΑ.

Ειδικότερα, δηλώνουμε ότι : α) μας δόθηκαν αρκετές πληροφορίες για να κατανοήσουμε τη φύση, το σκοπό και τις επιπτώσεις της θεραπείας που θα λάβουμε κατόπιν της συναίνεσής μας, β) μας δόθηκε η κατάλληλη ευκαιρία για να λάβουμε την κατάλληλη παροχή συμβουλών σχετικά με τις επιπτώσεις της θεραπείας που θα λάβουμε κατόπιν της συναίνεσής μας γ) μας δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία για την τροποποίηση ή την απόσυρση της συναίνεσής μας δ) μας δόθηκε η πληροφορία σχετικά με την παροχή συναίνεσης της συζύγου/συντρόφου που πρόκειται να υποβληθεί σε μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων για τον προτεινόμενο αριθμό εμβρύων που θα μεταφερθούν, έχοντας λάβει γνώση των κινδύνων πολύδυμων κυήσεων.

Κατόπιν τούτων συναινούμε στην υποβολή της

.....

ή/και του

.....

σε ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και ειδικότερα

σε.....

Η παρούσα συναίνεση χορηγείται πριν την εφαρμογή οποιασδήποτε τεχνικής ή μεθόδου Ι.Υ.Α. του άρθρου 2 του Ν. 3305/2005 και λαμβάνεται από εξουσιοδοτημένο και έχον υποχρέωση εχεμύθειας πρόσωπο της ΜΙΥΑ.

Το παρόν αφού διαβάστηκε από τους υπογράφοντες, συντάσσεται σε δύο αντίτυπα (ένα παραδίδεται στους συζύγους/συντρόφους και ένα φυλάσσεται στον ιατρικό τους φάκελο). Διαβάστηκε και υπογράφεται ως ακολούθως :

Η σύζυγος/σύντροφος

Ο σύζυγος/σύντροφος

Η άγαμη μόνη γυναίκα

Ημερομηνία:

## Φόρμα Πλάνο Τοκετού I

Έχουμε συμπληρώσει αυτό το πλάνο τοκετού σύμφωνα με τις επιθυμίες μας για τη γέννηση του παιδιού μας, αφού έχουμε παρακολουθήσει προγεννητικές συναντήσεις προετοιμασίας τοκετού και έχοντας ενημερωθεί για τις επιλογές μας. Οι επιλογές μας αυτές έγιναν από κοινού, μετά από ώριμη σκέψη και είναι βασισμένες σε κατευθυντήριες οδηγίες αναγνωρισμένων οργανισμών για την προαγωγή του φυσιολογικού τοκετού και μητρικού θηλασμού. Θα θέλαμε να συνεργαστούμε μαζί σας έτσι ώστε να βιώσουμε έναν ήρεμο, και ασφαλή τοκετό που θα εξασφαλίσει τη σωματική αλλά και συναισθηματική υγεία του παιδιού μας. Ευχαρίστως να συζητήσουμε κάθε προβληματισμό σας.

Όνομα - επίθετο μητέρας: Πιθανή ημερομηνία τοκετού:

Όνομα - επίθετο πατέρα: Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Επίθετο νεογέννητου: e-mail:

Όνομα μαίας/μαιευτή:

Όνομα ιατρού:

Τόπος τοκετού:

Εφημερεύον νοσοκομείο

Ιδιωτική Κλινική

Ιδιωτική Κατοικία

Κέντρο Φυσικού Τοκετού

Σκοπεύουμε να γεννήσουμε με:

Φυσικό τοκετό χωρίς ιατρικές παρεμβάσεις

Φυσιολογικό κολπικό τοκετό

Φυσικό τοκετό στο νερό

Καισαρική τομή

Φυσιολογικό τοκετό μετά από καισαρική - VBAC

Φυσιολογικό τοκετό διδύμων - τριδύμων

Άτομα που θα παρευρίσκονται στο τοκετό μου

Σύζυγος / σύντροφος μου

Άλλο μέλος της οικογένειας μου, \_\_\_\_\_

Μαία - Μαιευτής μου

Doula – Βοηθός Μητρότητας

Άλλο \_\_\_\_\_

Προετοιμασία για το τοκετό

Δεν επιθυμώ ξύρισμα στη γεννητική περιοχή

Δεν επιθυμώ κλύσμα

Δεν επιθυμώ να μου εφαρμοστεί ενδοφλέβιος όρος για να έχω ελευθερία κινήσεων, ας υπάρχει ηπαρινισμένη φλέβα

Παρακολούθηση εμβρύου

Προτιμώ διακοπτόμενη / ασύρματη καρδιοτοκογραφία

Προτιμώ συνεχόμενη καρδιοτοκογραφία

Περιβάλλον τοκετού - Προσωπικές προτιμήσεις

Θα ήθελα να υπάρχει ζεστασιά και ηρεμία στην αίθουσα τοκετού

Χαμηλός φωτισμός

Να περιοριστεί στο ελάχιστο η παρουσία του προσωπικού της κλινικής

Θα έχω τη μουσική μου

Θα φοράω το δικό μου ρούχο

Να υπάρχει Μπάλα τοκετού / έξτρα μαξιλάρια

Να υπάρχει σκαμνί τοκετού

Πισίνα / Μπανιέρα τοκετού

Θα θέλαμε να φωτογραφίζουμε / βιντεοσκοπούμε ελεύθερα

Άλλο \_\_\_\_\_

Ανακούφιση κατά τον τοκετό

Φυσικές μέθοδοι ανακούφισης (κίνηση, στάση σώματος, μασάζ, αναπνοές, θερμοφόρα κ.α.)

Ανθρώπινη συνεχής υποστήριξη (μαία, βοηθός μητρότητας, σύντροφος)

Ελεύθερη, αυθόρμητη έκφραση (φωνή, βογκητό, κίνηση)

Πισίνα τοκετού / Ζεστό νερό / Ζεστό ντους

Hypnobirthing

Βελονισμός / Δακτυλοπίεση / Ρεφλεξολογία / Ομοιοπαθητική

TENS (ηλεκτρομυοδιέγερση)

Περιπατητική επισκληρίδιος αναισθησία

Αέριο ENTONOX

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 \_\_\_\_\_

Έναρξη - Εξέλιξη τοκετού

Επιθυμώ αυθόρμητη έναρξη του τοκετού μου και αναμονή μέχρι τις 42 εβδομάδες κύησης

Αν ξεπεράσω τις 42 βδομάδες επιθυμώ να περιμένω την αυθόρμητη έναρξη του τοκετού εφόσον το μωρό είναι υγιές

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, σεξουαλική επαφή κ.α.

Δεν επιθυμώ δακτυλική αποκόλληση εμβρυϊκών υμένων πριν τις 41 εβδομάδες

Δεν επιθυμώ να μου γίνει τεχνητή ρήξη των εμβρυϊκών υμένων

Να μη μου χορηγηθεί τεχνητή ωκυτοκίνη, προσταγλαδίνες και οποιαδήποτε άλλη ορμόνη, πάρα μόνο αν υπάρχει ιατρική ένδειξη και αφού ενημερωθώ

Λανθάνουσα φάση του τοκετού μου

Θα περάσω τη λανθάνουσα φάση με τη μαία/τον μαιευτή μου στο σπίτι μέχρι να μπω σε ενεργό τοκετό

Να ακολουθηθούν οι φυσικοί ρυθμοί του σώματος μου, δεν επιθυμώ επίσπευση τοκετού

Να μπορώ να περπατώ ελεύθερα και να αλλάζω στάσεις όποτε το επιθυμώ

Να κάνω ντους ελεύθερα

Να πηγαίνω στην τουαλέτα μόνη μου

Να μπορώ να τρώω ελαφριά και να πίνω υγρά όποτε το έχω ανάγκη

Οι κοιλικές εξετάσεις να περιοριστούν στο ελάχιστο και μόνο όταν είναι απαραίτητο

Αν γίνει αυτόματη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων να περιμένουμε για φυσική έναρξη τοκετού για τουλάχιστον 24 ώρες και εφόσον το αμνιακό υγρό είναι διαυγή

Ενεργός τοκετός

Να μπω στη πισίνα – μανιέρα με ζεστό νερό για ανακούφιση

Να περιοριστεί η είσοδος του προσωπικού στο δωμάτιο μου μόνο στους απολύτως απαραίτητους (σύζυγος/σύντροφος, μαία/μαιευτής, ιατρός, παιδίατρος)

Θα ήθελα να αρχίσω αυθόρμητα 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 για να εξωθήσω

Θα ήθελα να γεννήσω μέσα στη πισίνα – μανιέρα τοκετού

Να χρησιμοποιήσω το σκαμνί τοκετού όπου αυτό υπάρχει

Προτιμώ να μη μου γίνει περινεοτομή εκτός και αν είναι απολύτως απαραίτητο

Για να αποφύγω τον τραυματισμό στο περίνεο ή την περινεοτομή προτιμώ να μου γίνει τοπικό μασάζ με λάδι, ήπια εξώθηση, καλή υποστήριξη περινέου και αλλαγή στάσης σώματος

Να αποφευχθεί η βεντούζα ή ο εμβρυουλκός εκτός και αν υπάρχει απόλυτος ιατρικός λόγος

Αμέσως μετά το τοκετό

Μόλις γεννηθεί το μωρό μου θα το ήθελα στην κοιλιά μου σε επαφή δέρμα με δέρμα

Να γίνει καθυστερημένη απολίνωση του ομφαλίου λώρου (τουλάχιστον 3-5 λεπτά)

Ο ομφάλιος λώρος να κοπεί από τον σύζυγο μου

Να μην απομακρυνθεί το μωρό από την αίθουσα τοκετού για μετρήσεις, εξετάσεις, επίδειξη σε συγγενείς

Να έχω στην αγκαλιά μου το μωρό κατά την έξοδο του πλακούντα και αν μου γίνουν ράμματα στο περίνεο

Να θηλάσω το μωρό μου μέσα στην αίθουσα τοκετού (μέσα στα πρώτα 90 λεπτά)

Να γίνει συλλογή βλαστοκυττάρων απ' τον ομφάλιο λώρο (έχω τον ειδικό ασκό)

Να γίνει αυτόματη έξοδος του πλακούντα χωρίς να μου χορηγήσετε μητροσυσπαστικά φάρμακα

Αν έχω μικρό τραυματισμό στο περίνεο προτιμώ να μη μου γίνουν ράμματα

Θα ουρήσω μόνη μου χωρίς τη χρήση καθετήρα μέσα στο πρώτο δίωρο από τον τοκετό

Αν γίνει καισαρική τομή

Θα ήθελα να αποφύγω τη καισαρική εκτός και αν υπάρχει απολύτως αναγκαίος λόγος

Προτιμώ επισκληρίδιο παρά γενική αναισθησία

Θα ήθελα να είναι μαζί μου στο χειρουργείο ο/η μαία/μαιευτής μου - ο σύζυγος/σύντροφος

Να μου εξηγείται τι συμβαίνει κατά τη διάρκεια της καισαρικής και αφού έχω τις αισθήσεις

Θα ήθελα να έχω ελεύθερα τα χέρια μου όταν γεννηθεί το μωρό για το αγκαλιάσω

Να αγκαλιάσω το μωρό μου και να το θηλάσω μέσα στο χειρουργείο και αίθουσα ανάληψης

Σε περίπτωση γενικής αναισθησίας επιθυμώ ο σύντροφός μου να κρατήσει το μωρό μου σε επαφή δέρμα με δέρμα

Φροντίδα νεογνού – παιδιατρικός έλεγχος

Αφού γεννηθεί το μωρό, σκουπίστε το απαλά με μια πετσέτα και αφήστε το στην αγκαλιά μου

Παρακαλώ να μη χρησιμοποιηθεί ρινογαστρικός καθετήρας για τον καθαρισμό των αεροφόρων οδών του μωρού εκτός και αν είναι απολύτως απαραίτητο

Να καθυστερήσει τουλάχιστον ένα 24ωρο το μπάνιο του μωρού

Θα θέλαμε να κάνουμε εμείς το πρώτο μπάνιο του μωρού στο σπίτι μας

Να έχουμε τον προσωπικό μας παιδίατρο στο μαιευτήριο αν είναι εφικτό

Να μη βάλετε κολλύριο ή αντιβίωση στα μάτια του μωρού μου

Να μη γίνει ένεση βιταμίνης K (Konakion)

Επιθυμούμε βιταμίνη K σε πόσιμη μορφή (από το στόμα)

Το ζύγισμα και το μέτρημα του μωρού να γίνει μετά το πρώτο θηλασμό

Να μη γίνει λήψη αίματος για έλεγχο μεταβολισμού - Guthrie test και αν κριθεί απαραίτητο να πραγματοποιηθεί μετά από την πρώτη βδομάδα

Μη δώσετε πιπίλα ή μπιμπερό στο μωρό μας

Δεν επιθυμούμε έλεγχο οφθαλμολογικό ή ΩΡΛ

Δεν επιθυμούμε φωτογράφιση του μωρού μας

Στη διάρκεια των παιδιατρικών εξετάσεων, ένας από τους δυο γονείς να είναι παρόν

Διατροφή νεογνού

Θα το θηλάσω αποκλειστικά, για το λόγο αυτό μη του δώσετε ξένο γάλα, παιδικό τσάι κ.α.

Αν χρειαστεί να δώσουμε συμπλήρωμα γάλακτος στο νεογνό, θα θέλαμε να είναι το δικό μου αντλημένο γάλα

Αν χρειαστεί να δοθεί συμπλήρωμα ξένου γάλακτος, να γίνει μετά από δική μας συναίνεση και αφού ενημερωθούμε από τον παιδίατρο για τους λόγους

Αν χρειαστεί να δοθεί συμπλήρωμα γάλακτος στο νεογνό θα θέλαμε να γίνει με εναλλακτικούς τρόπους σίτισης όπως σύριγγα, κύπελλο κ.α.

Θα κάνω ‘συγκατοίκηση’ ή rooming – in (θα έχω το μωρό συνεχώς στο δωμάτιο)

Θα ήθελα να έχω συνέχεια το μωρό μου στο δωμάτιο εκτός από τα βράδια

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

Πρόωρο - Άρρωστο νεογνό

Να θηλάσω το πρόωρο μωρό μου αν αυτό είναι εφικτό

Θα αντλήσω το γάλα με νοσοκομειακή αντλία για να δίνετε στο άρρωστο μωρό μου

Να μπορούμε να επισκεπτόμαστε συχνά το μωρό μας (οι γονείς)

Να φροντίζω το μωρό μου μόνη μου όσο μπορώ

Να μου επιτραπεί και να υποστηριχθεί η μέθοδος καγκουρό για την προαγωγή υγείας του νεογνού



Σε περίπτωση ίκτερου αν το μωρό μου δεν θηλάζει, να δοθεί το δικό μου αντλημένο γάλα και να συνεχίσω να το έχω στο δωμάτιο μαζί μου

Άλλα...

Σχεδιάζω να φύγω απ' το μαιευτήριο μόλις νιώσω καλύτερα, και αφού πάρω την άδεια των γιατρών

Να μπορούν να με επισκεφτούν και τα υπόλοιπα παιδιά μου κατά τη διαμονή στο μαιευτήριο

Να παρέχεται η δυνατότητα μεταγεννητικής παρακολούθησης στο σπίτι από τη/τον μαία/μαιευτή μου, τον παιδίατρο

Πηγές – Κατευθυντήριες οδηγίες:

- WHO/UNICEF: Baby-Friendly Hospital Initiative Original BFHI Guidelines developed 1992
- WHO: Documents Maternal and Newborn Health, January 2008
- WHO: Essential newborn health 2008
- WHO: Care in Normal Birth: a practical guide
- RCM/RGOG: Standards for maternity care, June 2008
- RCM/RCOG: Consensus statement on electronic fetal monitoring, July 2017
- NICE: Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190], 2014
- ΕΜΓΕ: Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρία, Κατευθυντήρια οδηγία No 9, Πρόκληση Τοκετού, Ιανουάριος 2014
- ΕΜΓΕ: Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρία, Κατευθυντήρια οδηγία No 25, Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική, Δεκέμβριος 2014

[www.midwives.gr](http://www.midwives.gr)

Φόρμα Πλάνο Τοκετού II

ΠΗΤ \_\_\_\_\_

Μητέρα \_\_\_\_\_

Πατέρας \_\_\_\_\_

1. Ποιος θα θέλατε να παρευρίσκεται μαζί σας στον τοκετό:

Σύντροφος σας:

\_\_\_\_\_

Φίλος, φίλη :

\_\_\_\_\_

Συγγενείς: \_\_\_\_\_

Μαία: \_\_\_\_\_

2. Προσωπικές επιθυμίες / ανέσεις

Θα ήθελα να:

- Φέρω μουσική
- Χαμηλό φωτισμό
- Να φοράω τα δικά μου ρούχα κατά τη διάρκεια του τοκετού
- Εφόσον επιτρέπεται, να βγάζουμε φωτογραφίες ή/και βίντεο κατά τη διάρκεια του

τοκετού

3. Εισαγωγή στο μαιευτήριο

- Θα προτιμούσα να αποφύγω το ξύρισμα και τον υποκλυσμό
- Θα ήθελα να μην γίνει χρήση ωκυτοκίνης (εκτός αν υπάρχει σοβαρός ιατρικός λόγος)
- Θα ήθελα η ρήξη των υμένων εάν δεν έχει γίνει κατά την έναρξη του τοκετού, να γίνει φυσιολογικά από μόνη της κατά την διάρκεια του τοκετού και όχι με παρέμβαση
- Θα ήθελα να γυρίσω σπίτι αν ο γιατρός μου και η μαία κρίνουν πως δεν είμαι έτοιμη ακόμα για τοκετό.
- Ο σύντροφος μου να μείνει μαζί μου συνέχεια
- Μόνο ο γιατρός, η μαία και οι συγγενείς να είναι μέσα μαζί μου

- Να φοράω τους φακούς επαφής εκτός εάν χρειαστεί να υποβληθώ σε καισαρική
- Να με αφήσετε να φάω αν θέλω και επιτρέπεται
- Να με αφήσετε να περπατάω εάν νοιώθω πως μπορώ

#### 4. Άλλες παρεμβάσεις / υπηρεσίες

Εφόσον το μωρό και εγώ είμαστε καλά:

- Δεν θα ήθελα συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου
- Θα ήθελα να αφήσουν τον τοκετό να πάρει όση ώρα χρειάζεται χωρίς παρεμβάσεις
- Αν είναι διαθέσιμο, θα ήθελα τοκετό μέσα στο νερό
- Θα προτιμούσα να μου δίνετε χρόνο να προετοιμαστώ πριν την κολπική εξέταση και να με ενημερώνετε για τα ευρήματα καθώς και για κάθε ιατρική φαρμακευτική πράξη

#### 5. Ανακούφιση από τον πόνο

Θα ήθελα να δοκιμάσω τις παρακάτω μεθόδους για ανακούφιση από τον πόνο

- λουτρό/ντους
- αναπνευστικές τεχνικές
- ζέστη/κρύα θεραπεία
- μασάζ
- βοήθεια ομοιοπαθητικής
- βελονισμό
- φάρμακα
- άλλες:

---

• Δεν θα ήθελα να μου προσφέρετε καμία φαρμακευτική αγωγή χωρίς ιατρικό λόγο, εκτός αν σας το ζητήσω

- Αν αποφασίσω ότι θέλω φαρμακευτική αγωγή θα προτιμούσα επισκληρίδιο.
- Δεν θα επιθυμούσα την χρήση επισκληριδίου εκτός αν κριθεί αναγκαίο

#### 6. Όταν έρθει η ώρα για το τοκετό

- Θα ήθελα να σπρώξω καθοδηγούμενη από το ένστικτο μου

- Θα ήθελα να με καθοδηγεί κάποιος για το πότε θα πρέπει να σπρώξω
- Θα ήθελα να αποφύγω την περινεοτομή
- Θα ήθελα ο σύντροφος μου να είναι καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού δίπλα μου και αν είναι εφικτό α) να βοηθήσει κρατώντας το κεφάλι του μωρού ή β) να κόψει τον ομφάλιο λώρο

Θα ήθελα να δοκιμάσω τις παρακάτω στάσεις κατά την διάρκεια του τοκετού

- πλαϊνή-οριζόντια
- στα χέρια και τα γόνατα
- βαθύ κάθισμα
- ανάσκελα
- καθιστή

7. Μετά τη γέννηση, θα ήθελα:

- Το μωρό να τοποθετηθεί αμέσως μετά την έξοδο του στη κοιλιά μου και να παραμείνει μαζί μου για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα
- Θα προτιμούσα να μην γίνει χρήση σταγόνων για τα μάτια και καθαρισμός των υγρών από την μύτη
- Θα επιθυμούσα να μην δοθεί στο μωρό ζαχαρόνερο
- Να θηλάσω αμέσως εφόσον το μωρό κι εγώ είμαστε καλά
- Να μην λάβω ωκυτοκίνη αφού έχω παραδώσει τον πλακούντα έκτος αν είναι τελείως απαραίτητο
- Να μην κοπεί ο ομφάλιος λώρος αμέσως, να γίνει αφότου αυτός σταματήσει να πάλλεται και το μωρό έχει πάρει την πρώτη βαθιά αναπνοή.
- Θα προτιμούσα να κόψει ο σύντροφός μου τον ομφάλιο λώρο
- Θα προτιμούσα η έξοδος του πλακούντα να γίνει φυσιολογικά και όχι με φάρμακα και βιασύνη
- Θα προτιμούσα να μην γίνουν οι συνήθεις μετρήσεις για ίκτερο στο μωρό και να μην τοποθετηθεί στην λάμπα αν ο ίκτερος δεν είναι παθολογικός.

8. Άμα κάνω καισαρική

- Θα ήθελα να θηλάσω αμέσως
- Να βρεθεί κοντά μου ο σύντροφος μου το συντομότερο δυνατό

#### 9. Μετά τον τοκετό θα ήθελα

- Όλες οι εξετάσεις για το μωρό μου να γίνουν μπροστά μου, όποτε είναι δυνατό
- Ο σύντροφος μου να είναι συνέχεια με το μωρό
- Να ενημερωνόμαστε πριν από τη λήψη κάθε φαρμάκου που πιθανόν χρειαστεί να πάρω εγώ ή το μωρό
- Θα ήθελα το μωρό να είναι συνέχεια μαζί μου στο δωμάτιο
- Το μωρό να είναι στο δωμάτιο μόνο όταν είμαι ξύπνια
- Το μωρό να έρχεται στο δωμάτιο μόνο όταν είναι η ώρα για να το ταΐσω
- Να αποφασίσω αργότερα, ανάλογα με το πως αισθάνομαι μετά τον τοκετό

#### 10. Θηλασμός

- Θα ήθελα αποκλειστικό θηλασμό
- Θα ήθελα να θηλάζω και αν κριθεί απολύτως απαραίτητο να δώσω και ξένο γάλα
- Θα ήθελα να μη δώσετε στο μωρό μου ξένο γάλα ή πιπίλα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων και ευελπιστώ στην ενσυνείδητη και απρόσκοπτη χρήση και τήρηση των άνωθεν σημείων. Προσδοκώ σε μια άριστη συνεργασία και ένα άρτιο αποτέλεσμα για όλους μας.

Υπογραφή

Women's Healthcare Practice

Δημήτρης Α. Μπιλάλης MBCh MMedSci CCST FRCOG

Βασ. Σοφίας 122, Αθήνα

Τηλ: 210 7704393

[www.dbilalis.gr](http://www.dbilalis.gr)

Women's Healthcare Practice

Βασ. Σοφίας 122 Αθήνα

[www.dbilalis.gr](http://www.dbilalis.gr)

Φόρμα Πλάνο Τοκετού III

All4baby center

Όνομα

Πιθανή ημερομηνία τοκετού

Όνομα συντρόφου ή συνοδού

Όνομα μαιευτήρα – γυναικολόγου

Όνομα μαίας

Σημείωση

Το πλάνο τοκετού αποτελεί μία περίληψη των επιθυμιών μου κατά την διάρκεια παραμονής μου στο μαιευτήριό σας. Συμπεριλαμβάνει τις προτιμήσεις και την γνώμη που έχω σχηματίσει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης κατόπιν ενημέρωσης. Θα ήθελα αυτές μου οι επιθυμίες να γίνουν σεβαστές από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την περίθαλψή μου.

Διευκρινίζω πως σε περίπτωση κινδύνου ή επιπλοκής κατά την διάρκεια του τοκετού μου δεν απαιτώ οι αρχικές μου επιθυμίες να εφαρμοστούν εις βάρος της υγείας του μωρού μου ή της δικής μου. Η επιστημονικά τεκμηριωμένη και σύμφωνη άποψη των επαγγελματιών υγείας που είναι υπεύθυνοι για την περίθαλψή μου (γιατρός- μαία- παιδίατρος κ.λπ.) είναι σημαντική και θα επηρεάσει τις αποφάσεις κατά την διάρκεια παραμονής μου στο μαιευτήριο σας.

Επιθυμία μου είναι να έχω μια καλή συνεργασία με όλο το υπεύθυνο προσωπικό και μια καλή εμπειρία τοκετού.

Ευχαριστώ

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΜΟΥ

1. Είδος τοκετού που προτιμώ

Εφόσον δεν υπάρχει ιατρική ένδειξη για το αντίθετο θα ήθελα να γεννήσω με...

ο Φυσιολογικό τοκετό που θα ξεκινήσει φυσικά με δικά μου συμπτώματα τοκετού

ο Φυσιολογικό τοκετό κατόπιν ραντεβού με συγκεκριμένη ημερομηνία που έχει οριστεί από πριν με τον γιατρό και την μαία

ο Καισαρική τομή κατόπιν ραντεβού σε συγκεκριμένη ημερομηνία που έχει οριστεί με το γιατρό και την μαία

Σημείωση

.....  
.....  
2. Ο χώρος που προτιμώ για την γέννηση του μωρού μου είναι.....

.....  
.....  
3. Ο συνοδός που προτιμώ να είναι δίπλα μου την ώρα του τοκετού είναι...

Όνομα .....

Ιδιότητα.....

4. Θα ήθελα με την εισαγωγή μου στο μαιευτήριο να.....

ο Γίνει κλύσμα

ο Να μην γίνει κλύσμα

ο Να γίνει ξύρισμα στην ευαίσθητη περιοχή

ο Να μην γίνει ξύρισμα στην ευαίσθητη περιοχή

5. Επιθυμώ .....

ο Να συλλέξω βλαστοκύτταρα ή/και τμήμα ομφάλιου λώρου της εταιρείας.....

ο Να μην συλλέξω βλαστοκύτταρα.....

6. Θα ήθελα κατά την διάρκεια της παραμονής μου στο χώρο να μου επιτραπεί....

ο Να έχω μαζί μου μουσική με ακουστικά.

ο Περιοδικό ή βιβλίο της αρεσκείας μου.

ο Να μπορώ να καταναλώσω υγρά ή μικρά σνακ για να διατηρώ τα επίπεδα ενυδάτωσης και ενέργειας σε φυσιολογικά ανάλογα με τις ανάγκες μου.

ο Να συνοδεύομαι από το άτομο που έχω επιλέξει να είναι μαζί μου στον τοκετό.

ο Να μου επιτραπεί να χρησιμοποιήσω δική μου ένδυση εφόσον αυτό με κάνει να αισθάνομαι καλύτερα.

ο Να χρησιμοποιήσω κάμερα ή φωτογραφική μηχανή για την λήψη αναμνηστικών φωτογραφιών και βίντεο.

#### ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ – ΣΤΑΔΙΟ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ

7. Στο πρώτο στάδιο του τοκετού – Στάδιο διαστολής θα επιθυμούσα..

ο Να είμαι όσο γίνεται περισσότερο κινητική για να βοηθήσω τον εαυτό μου να ανταπεξέλθει καλύτερα και τον τοκετό μου να εξελιχτεί, αλλά και να μου παρέχονται συχνά διαλλείματα ξεκούρασης.

ο Θα ήθελα να βρίσκομαι ξαπλωμένη στο κρεβάτι για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα του τοκετού μου.

ο Θα ήθελα να κάνω χρήση

- μπάλας,
- μασάζ,
- Αρωματοθεραπεία
- ομοιοπαθητική
- ντους
- Άλλο .....

Εφόσον αυτό δεν παρακαλύει την ομαλή ροή του τοκετού μου.

8. Θα ήθελα το περιβάλλον στο δωμάτιο που θα παραμείνω στο πρώτο στάδιο του τοκετού να ...

ο Έχει χαμηλή μουσική

ο Να είναι ήσυχο και φιλόξενο

ο Να έχει χαμηλό φωτισμό

ο Άλλο .....

9. Η παρακολούθηση της καρδιάς του μωρού μου θα ήθελα να είναι ....

ο Διακεκομμένη

ο Συνεχής

Εκτός και εάν υπάρχει ένδειξη για το αντίθετο

10. Ο σύντροφός μου ή ο συνοδός μου θα ήθελα ..

ο Να με συνοδεύσει σε όλη την διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού μου

ο Να αποχωρήσει εάν νιώσω άβολα οποιαδήποτε στιγμή.

ο Να είναι παρόν στις κολπικές εξετάσεις

ο Να μην είναι παρόν στις κολπικές εξετάσεις



ο Να ενημερώνεται στον ίδιο χρόνο με εμένα για την πορεία του τοκετού μου και να παίρνουμε μαζί τις αποφάσεις

ο Να ενημερώνεται σε δεύτερο χρόνο από εμένα και κατόπιν συζήτησης και λήψης αποφάσεων με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

ο Να συμμετέχει ενεργά στον τοκετό μου

ο Να συμμετέχει ως απλός παρατηρητής

## 11. Χρήση φαρμάκων στον τοκετό μου

Επιθυμώ εφόσον δεν υπάρχει ιατρική ένδειξη

ο Να μην τοποθετηθεί χωρίς να υπάρχει ένδειξη χρειάζεται φλεβοκαθετήρας ή ορός κατά την διάρκεια του τοκετού μου

ο Να τοποθετηθεί φλεβοκαθετήρας ή ορός προληπτικά

ο Θα επιθυμούσα να μην μου χορηγηθεί ωκυτοκίνη για να επισπεύσει τον τοκετό μου εφόσον δεν υπάρχει ιατρική ένδειξη

ο Δεν έχω κάποια συγκεκριμένη προτίμηση για την χορήγηση ωκυτοκίνης κατά την διάρκεια του τοκετού μου.

ο Θα επιθυμούσα να μην μου χορηγηθεί οποιοδήποτε φάρμακο εκτός και αν κρίνετε απόλυτα αναγκαία η χρήση του και αφού ενημερωθώ αντικειμενικά για την χρησιμότητα του και τις πιθανές παρενέργειες.

ο Είμαι δεκτική στην χρήση φαρμάκων προληπτικά εφόσον μου εξηγηθεί η χρησιμότητα τους και οι πιθανές παρενέργειες.

## 12. Ρήξη μεμβρανών – Σπάσιμο νερών

Εφόσον δεν υπάρχει ιατρική ένδειξη για το αντίθετο

ο Δεν επιθυμώ να γίνει τεχνητή ρήξη θυλακίου (τεχνητά να σπάσουν τα νερά με κολπική εξέταση ) εκτός και εάν κρίνετε απαραίτητο

ο Επιθυμώ την πρώιμη ρήξη θυλακίου σε οποιοδήποτε στάδιο του τοκετού αυτό είναι εφικτό για να επισπεύσει την διαδικασία του τοκετού μου ή για να προχωρήσει η πρόκληση τοκετού.

ο Άλλο

.....

## 13. Μέθοδοι αναλγησίας στον τοκετό

Εφόσον δεν είναι απαραίτητο θα ήθελα...

ο Να δοκιμάσω πρώτα φυσικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου, όταν αυτό είναι εφικτό και διαθέσιμο όπως..

ο Αλλαγές θέσεων και στάσεων στον τοκετό

ο Χρήση μπάλας

ο Χρήση νερού ή ντους

ο Χρήση μηχανήματος ηλεκτροδιέγερσης

ο Μασάζ

ο Αρωματοθεραπεία

ο Ομοιοπαθητική

Η

ο Επιθυμώ να χρησιμοποιήσω και φαρμακευτικές μεθόδους αναλγησίας

ο Πεθιδίνη

ο Επισκληρίδιο

Εάν δω πως δεν τα καταφέρνω και η διαδικασία του τοκετού με κουράζει σωματικά ή ψυχολογικά.

Η

ο Έχω προαποφασίσει ότι θα χρησιμοποιήσω φαρμακευτικές μεθόδους αναλγησίας

ο Πεθιδίνη

ο Επισκληρίδιο

Και θα ήθελα να μου υποδειχτεί πότε αυτό θα είναι ασφαλές και ενδεδειγμένο να γίνει στον τοκετό μου.

#### ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ- ΣΤΑΔΙΟ ΕΞΩΘΗΣΗΣ

14. Όταν έρθει η ώρα να σπρώξω θα ήθελα αυτό να γίνει.....

ο Ενστικτωδώς όταν εγώ νιώσω πίεση προς τα πίσω

ο Να καθοδηγούμε από την μαία ή το γιατρό για το πότε, πως και για πόση ώρα θα σπρώχνω

ο Να συνεχίσω να σπρώχνω εφόσον εγώ και το μωρό μου είμαστε καλά και δεν διακινδυνεύουμε την ομαλή πορεία του τοκετού μας

ο Να σταματήσω την εξώθηση και να ζητήσω την βοήθεια του γιατρού μου σε περίπτωση που η προσπάθειά μου παραταθεί χωρίς ιδιαίτερο αποτέλεσμα.

15. Θα επιθυμούσα να.....

ο Χρησιμοποιήσω διαφορετικές θέσεις και στάσεις στην εξώθηση όπως.....

ο Ύπτια

ο Στα τέσσερα

ο Όρθια ενώ στηρίζομαι σε κάποια επιφάνεια

ο Όρθια ενώ στηρίζομαι στο σύζυγο ή τη μαία

ο Στο πλάι

ο Χρησιμοποιώντας ειδική κάθισμα τουαλέτας

ο Άλλο.....

#### ΣΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ

Θα ήθελα κατά την γέννηση του μωρού μου.....

ο Το περιβάλλον του δωματίου να είναι όσο γίνεται πιο ήσυχο με χαμηλωμένο φωτισμό για να συγκεντρώνομαι καλύτερα

ο Να αγγίξω το κεφαλάκι του μωρού μου όταν αυτό προβάλλει από τον κόλπο μου.

ο Να αποφύγω την περινεοτομή

ο Να γίνει περινεοτομή

ο Ο σύντροφός μου ή ο συνοδός μου να έχει οπτική επαφή με την εικόνα του μωρού μας καθώς βγαίνει

ο Ο σύντροφός μου ή ο συνοδός μου να μην έχει οπτική επαφή με την εικόνα του μωρού μας καθώς βγαίνει

ο Ο σύντροφός μου ή συνοδός μου να βρίσκεται έξω από το δωμάτιο τοκετού την ώρα της γέννησης

#### ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ

Μετά την γέννηση του μωρού μου θα ήθελα να.....

ο Παρακαμφθεί οποιαδήποτε διαδικασία δεν είναι επείγουσα και να το κρατήσω στην αγκαλιά μου αμέσως

- ο Να δοθεί στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τις απαραίτητες διαδικασίες αμέσως μετά την γέννηση
- ο Να κόψω εγώ ή ο σύντροφός μου τον ομφάλιο λώρο
- ο Να κόψει ο γιατρός και η μαία τον ομφάλιο λώρο
- ο Να περιμένουμε όσο χρόνο χρειάζεται έτσι ώστε να σταματήσει ο ομφάλιος λώρος να πάλλεται πριν κοπεί.
- ο Ο ομφάλιος λώρος θα ήθελα να κοπεί αμέσως μετά τον τοκετό μου.
- ο Να θηλάσω μέσα στην πρώτη ώρα μετά την γέννηση
- ο Να θηλάσω μόλις ξεκουραστώ και νιώσω έτοιμη
- ο Δεν επιθυμώ να θηλάσω
- ο Θα ήθελα η γέννηση του πλακούντα να γίνει φυσικά χωρίς χρήση φαρμάκων
- ο Θα ήθελα η γέννηση του πλακούντα να γίνει με χρήση μητροσυσπαστικών φαρμάκων

#### ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Επιθυμώ εάν αποφασίσω να γεννήσω με καισαρική ή στην πορεία του τοκετού μου παρουσιαστεί ένδειξη για καισαρική τομή.....

Επιθυμώ .....

- ο Να κάνω καισαρική με επισκληρίδιο
- ο Να κάνω καισαρική με γενική νάρκωση
- ο Να συνοδεύομαι από τον σύντρόφό μου ή το συνοδό μου σε όλες τις στιγμές που μπορεί να του επιτραπεί ή είσοδος
- ο Να χαμηλωθεί το παραβάν έτσι ώστε να δώ το μωρό μου να γεννιέται
- ο Να μην έχω καμία οπτική επαφή με το πεδίο της καισαρικής
- ο Μετά τον πρώτο έλεγχο θα ήθελα το μωρό μου να έρθει σε επαφή δέρμα με δέρμα με εμένα
- ο Θα ήθελα να πάρω αγκαλιά το μωρό μου μόλις νιώσω εγώ έτοιμη
- ο Θα ήθελα να θηλάσω το μωρό μου μέσα στην πρώτη ώρα μετά την γέννηση
- ο Θα ήθελα να θηλάσω το μωρό μου μόλις εγώ νιώσω έτοιμη
- ο Δεν επιθυμώ να θηλάσω

## ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ

Επιθυμώ .....

ο Όλες οι απαραίτητες εξετάσεις του μωρού μου να γίνουν μετά από ενημέρωση δική μου και του συντρόφου μου

ο Να ενημερώνομαι τακτικά για την υγεία του μωρού μου από το αρμόδιο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

ο Θα ήθελα όπου εγώ δεν είμαι παρόν να ενημερώνεται ο σύντροφός μου για την πορεία της υγείας του μωρού μας.

ο Θα ήθελα εγώ και το μωρό μου να βρισκόμαστε σε κάποιο χώρο που να μην προσβάλλει τις ιδιωτικές μας ανάγκες (μειωμένο επισκεπτήριο, τήρηση ωρών κοινής ησυχίας, αποφυγή διαφημιστών κ.λπ.)

ο Θα ήθελα το δωμάτιο που μας φιλοξενεί να είναι ανοιχτό στο επισκεπτήριο και στους υπόλοιπους επαγγελματίες (διαφημιστές)

ο Θα ήθελα να κάνω Rooming –in

ο Θα ήθελα να μην έχω το μωρό μου σε Rooming-in άλλα αυτό να επισκέπτεται σε ορισμένα χρονικά διαστήματα μέσα στην ημέρα

ο Θα ήθελα το μωρό μου να έρχεται να θηλάσει ή να ταϊστεί σε εμένα όποτε κλαίει.

## ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

ο Θέλω να θηλάσω αποκλειστικά

ο Θέλω να θηλάσω αλλά να δίνω και συμπλήρωμα

ο Θέλω να δίνω μόνο ξένο γάλα στο μωρό μου

ο Θέλω να συμμετέχω αποκλειστικά ή σε κάποια γεύματα του μωρού μου.

ο Δεν θέλω να συμμετέχω στην διατροφή του μωρού μου στο μαιευτήριο

## ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ο Θα ήθελα να μου δοθεί εξιτήριο το γρηγορότερο από το νοσοκομείο

ο Θα ήθελα να μου δοθεί εξιτήριο από το νοσοκομείο όταν νιώσω εγώ έτοιμη να φύγω ακόμα και αν αυτό παρατείνει την παραμονή μου

ο Θα ήθελα να αποφασίσω κατά την παραμονή μου στο μαιευτήριο πότε μπορώ να φύγω.

## ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΕΙ Η ΕΜΓΕ :

Συναίνεση ασθενούς για Διαγνωστική απόξεση / Υστεροσκόπηση

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και:

Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου την πραγματοποίηση (σημειώνεται η επιλογή και μονογράφεται από την ασθενή)

α) Διαγνωστικής απόξεσης χωρίς Υστεροσκόπηση, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνύομενη πράξη, λόγω.....

β) Διαγνωστικής απόξεσης με Υστεροσκόπηση, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνύομενη πράξη, λόγω.....

γ) Θεραπευτικής Υστεροσκόπησης, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνύομενη πράξη, λόγω.....και η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης

☼ Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.

☼ Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο, οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση.

Συαινώ στην υποβολή μου στην ως άνω εξέταση από τον..... και την ομάδα του. Συαινώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συαινώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης, καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού.....

Όνοματεπώνυμο/Υπογραφή ασθενούς.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα.....

Συναίνεση εγκύου για αμνιοπαρακέντηση

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και:

- Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου την πραγματοποίηση Αμνιοπαρακέντησης, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη, λόγω.....και η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης
- Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.
- Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση.

Συμφωνώ στην υποβολή μου στην ως άνω επέμβαση από

τον.....και την ομάδα του. Συμφωνώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συμφωνώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα .....

Συναίνεση ασθενούς για Διακοπή εγκυμοσύνης (χειρουργική)

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και :

☼ Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου τη διακοπή της εγκυμοσύνης (χειρουργικά), επειδή συντρέχουν στην περίπτωσή μου οι προϋποθέσεις του νόμου και συγκεκριμένα:

(σημειώνεται η επιλογή και μονογράφεται από την ασθενή)

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

β) Έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού (.....) και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερες εβδομάδες.

γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου, λόγω..... ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της, λόγω ..... Σχετικά έχω προσκομίσει και βεβαίωση του αρμόδιου γιατρού.....

δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

Η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης

☼ Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.

☼ Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση.

Συμφωνώ στην υποβολή μου στην ως άνω επέμβαση από τον.....και την ομάδα του. Συμφωνώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συμφωνώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία .....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού.....



Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα.....

Συναίνεση ασθενούς για Καισαρική τομή λόγω προδρομικού πλακούντα

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και :

☼ Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου την πραγματοποίηση Καισαρικής τομής, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη, λόγω Προδρομικού πλακούντα και η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης

☼ Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.

☼ Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση.

Συαινώ στην υποβολή μου στην ως άνω επέμβαση από τον.....και την ομάδα του. Συαινώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συαινώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα.....

## Συναίνεση ασθενούς για Καισαρική Τομή

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και :

☼ Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου την πραγματοποίηση Καισαρικής τομής, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη, λόγω.....και η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης

☼ Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.

☼ Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση.

Συμφωνώ στην υποβολή μου στην ως άνω επέμβαση από τον.....και την ομάδα του. Συμφωνώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συμφωνώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα.....

## Συναίνεση ασθενούς για κωνοειδή εκτομή

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και :

☼ Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου την πραγματοποίηση την πραγματοποίηση Κωνοειδούς Εκτομής, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεδειγμένη πράξη, λόγω.....και η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης

☼ Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.

☼ Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση.

Συναινώ στην υποβολή μου στην ως άνω επέμβαση από τον.....και την ομάδα του. Συναινώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συναινώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα.....

Συναίνεση ασθενούς για Κολπική Υστερεκτομή με/ή χωρίς πρόσθια ή / και οπίσθια κολπορραφή

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και :

Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου την πραγματοποίηση (σημειώνεται η επιλογή και μονογράφεται από την ασθενή)

α) κολπικής Υστερεκτομής χωρίς πρόσθια ή / και οπίσθια κολπορραφή, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη, λόγω.....

β) κολπικής Υστερεκτομής με πρόσθια ή / και οπίσθια κολπορραφή, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη, λόγω.....και η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης

☺ Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.

☺ Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση .

Συαινώ στην υποβολή μου στην ως άνω επέμβαση από τον.....και την ομάδα του. Συαινώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συαινώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς.....

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα.....

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter. *British Journal of Midwifery*. 17, (1), 6-12.
2. Sandall, J. (1995). Choice, continuity and control: changing midwifery, towards a sociological perspective. *Midwifery*. 11:201–9.
3. Berg, M., et al. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care in Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthcare*. Pub Med.
4. Veinot, T., (2010). Power to the patient? A critical examination of patient empowerment discourses. In: Harris R, Wathen N, Wyatt S, editors. *Configuring health consumers: health work and the imperative of personal responsibility*. New York: Palgrave MacMillan. p. 30–41.
5. College of Midwives of Ontario. (2013). The Ontario midwifery model of care. The College of Midwives of Ontario registrant’s binder. Toronto: College of Midwives of Ontario. Pub Med.
6. Morgan, L. (2015). Conceptualizing Woman-Centred Care in Midwifery. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*. 14, (1), 8.
7. Bohren, M.A., et al. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Pregnancy and Childbirth Group*. Cochrane Database of Systemic Reviews.
8. Λυκερίδου, Α. (2011). Κανόνες Ηθικής & Δεοντολογίας Νομοθεσία Μαιών/Μαιευτών, Αθήνα: Λάγος Δημήτριος
9. <http://www.birthrights.org.uk/library/factsheets/Human-Rights-in-Maternity-Care.pdf>
10. <http://www.birthrights.org.uk/library/factsheets/Right-to-NHS-Services.pdf>
11. <http://www.birthrights.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2013/01/Consenting-to-treatment-1.pdf>
12. [www.un.org](http://www.un.org)
13. [www.childbirthconnection.org](http://www.childbirthconnection.org)
14. <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/index.html>
15. <http://www.ahrp.org/testimonypresentations/ARDSNet0603/sharav.html>
16. Kinnersley, P. et al. (2013). Interventions to promote informed consent for patients undergoing surgical and other invasive healthcare procedures. *Cochrane Consumers and Communication Group*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
17. World Health Organization (WHO). (2016). Framework on integrated people-centred health services. Service Delivery and Safety Department. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246252/WHO-HIS-SDS-2016.4-eng.pdf;jsessionid=5E2B3FC5131CA601E194DDA5536D743D?sequence=1>
18. WHO. (2017). what are integrated people-centred health services? <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>
19. WHO. (2017) What is people-centred care? <https://youtu.be/pj-AvTOdk2Q>

20. Sandall, J. et al. (2010). Safety in childbirth and the tree 'C's: Community, Context and Culture. *Midwifery*. 26. (5). 481-2
21. Κυπριακός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΚΣΟΠ). (2009). Ετήσια Έκθεση 2008.
22. Mander, R. and Murphy-Lawless, J. (2013). *The Politics of Maternity*. New York: Routledge.
23. Newton, M.S. et al., (2018). Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia.
24. McCourt, C. and Stevens, T. (2009). *Relationship and Reciprocity in Caseload Midwifery*.
25. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/consent/part-2-making-decisions-about-investigations-and-treatment>
26. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (2017). Απόφαση 1, Καθιέρωση έγγραφης συναίνεσης της μητέρας για τη χορήγηση υποκατάστατου μητρικού γάλακτος στα νεογνά εντός των νοσοκομείων και μαιευτηρίων.
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2015). *Obtaining Valid Consent*. Clinical Governance Advice No. 6.
28. Sakala, C. and Newburn, M. (2014). Meeting needs of childbearing women and newborn infants through strengthened midwifery *Lancet* 384, (9948).
29. International Confederation of Midwives. (2017). *Home Birth*.
30. International Confederation of Midwives. (2014). *Ethical Recruitment of Midwives*.
31. International Confederation of Midwives. (2017). *Midwives, Women and Human Rights*.
32. International Confederation of Midwives. (2017). *Midwifery Led Care, the First Choice for All Women*.
33. [www.nice.org](http://www.nice.org).
34. Willinsky, J. (2011). Ηθική και Δεοντολογία στην Επιστημονική Έρευνα. *Καινοτομία Έρευνα & Τεχνολογία*. 81, 1.
35. Αθανασάκη, Ρ. (2014). Προτάσεις για τη διατύπωση ενός ενιαίου ηθικού και νομικού υπόβαθρου για τη διεξαγωγή της ιατρικής έρευνας με βάση το ελληνικό και αγγλοσαξονικό μοντέλο. Μη εκδεδομένη διδακτορική διατριβή, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
36. Beauchamp, T. & Childress, J. (2013). (7<sup>η</sup> εκδ.) *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
37. Office of Human Subjects Research, "The Nuremberg Code", <https://ohsr.od.nih.gov/>
38. Office of Human Subjects Research, "World Medical Association Declaration Of Helsinki", <http://ohsr.od.nih.gov/>
39. Declaration of Tokyo 1975, Guidelines for physicians concerning torture and other Cruel, Inhuman, or Degrading treatment or Punishment in relation to

- detention and Imprisonment, [http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/20tokyo/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/20tokyo/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
40. Campbell, A.V., et al., (2009). Human tissue legislation: listening to the professionals. *Journal of Med Ethics*. 34, (2), 104-108.
  41. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. (2005).
  42. Αστικός Κώδικας. Υπουργείου Δικαιοσύνης.
  43. Παπαμιχαήλ, Μ., (2011), Το Δικαίωμα Της Ενημέρωσης Και Της Συναίνεσης Του Ασθενή Στην Εκτέλεση Ιατρικών Πράξεων: Νομική Και Κοινωνιολογική Διάσταση, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 3 (4)., 115-122
  44. Buka, P. (2015). 2nd edition, *Patients' Rights Law and Ethics for Nurse*, Boca Raton, Florida, CRC Press.
  45. Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας για Κλινικές Μελέτες (ΕΕΔ)
  46. Νόμος υπ' αριθμό 2619/1998, «Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική» (ΦΕΚ Τεύχος Α'132/19-6-1998).
  47. Λιανού, Δ.Π. (2017). *Ειδικά ζητήματα συναίνεσης του ασθενούς. Μη εκδεδομένη διδακτορική διατριβή*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
  48. Λασκαρίδης, Ε., (2013), “Ερμηνεία του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005)”, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα
  49. Φουντεδάκη, Κ., (2006), “Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με το νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας (ν. 3418/2005)” στον τόμο “Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας”, Σάκκουλα. Αθήνα-Θεσσαλονίκη
  50. [www.bioethics.gr](http://www.bioethics.gr) (Επίσημη Ιστοσελίδα Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής)
  51. [www.eof.gr](http://www.eof.gr) (Επίσημη Ιστοσελίδα του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων)
  52. Επιτροπή Εκπαίδευσης & Ερευνών του ΤΕΙ Αθήνας. Κώδικας ηθικής & Δεοντολογίας.
  53. Νόμος υπ' αριθμό 2071/1992 (Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας), άρθρο 47 (Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς), παρ. 3-5
  54. 2692/1991 ΓΝΜΔ ΕΙΣΕΦ ΘΕΣΣΑΛ
  55. Katz , J., et al. (1972). *Experimentation with Human Beings: The Authority of the Investigator, Subject, Professions, and State in the Human Experimentation Process* . New York : Russell Sage Foundation
  56. [http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/13/4/373.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/373.pdf)
  57. Lothian, J. (2008). The Lamaze Certified Childbirth Educator: Standards of practice. *Journal of Perinatal Education*, 16:29–31
  58. Χάλδα, Π. (2005). Πλάνο τοκετού και η ευθύνη της Μαίας. *Ελευθώ*. 10, (3), 107-111.
  59. Παπαδήμα, Σ. (2017). Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας.



60. Χατζηγεωργίου, Ε. (2009). Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό, *Ελευθώ*, 14, (1), 13-20.
61. Χατζηγεωργίου Ε. και συν. (2012). Διερεύνηση των Απόψεων Κυπρίων Γυναικών για το Δικαίωμα Επιλογής του Τόπου Τοκετού. Μια Φαινομενολογική Μελέτη. *Νοσηλευτική*. 51 (1), 104–114.
62. FIGO (1992). International Federation of Gynecology and Obstetrics. [www.figo.org](http://www.figo.org).
63. Eggermont, M. (2012). The choice of child delivery is a European human right. *European Journal of Health Law*, 19, pp. 257-269
64. Klink, A. (2010). Letter to the chairman of the second parliament Postbus 20018 2500 EA DEN HAAG, Jan. 6. Betreft: Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. CZ/EKZ-2978049.
65. <http://msmagazine.com/blog/category/on-the-issues/labor-rights/>
66. <https://www.whatwomenwant.org/communication-materials>
67. <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/Informed-Consent>
68. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/consent/>
69. Balancing the benefits and risks of choice. - PubMed – NCBI <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27650077>
70. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. - PubMed – NCBI <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29926965>
71. Dahlberg, U. and Aune, I. (2013). The woman's birth experience-the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*. Pub Med.
72. Spanish and English Video-Assisted Informed Consent for Intravenous Contrast Administration in the Emergency Department: A Randomized Controlled Trial - *Annals of Emergency Medicine*. [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(06\)01933-0/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(06)01933-0/fulltext)
73. Sandall, J. et al. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database systemic Reviews*.
74. Sandall, J. et al. (2016). Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting. *Cochrane Database systemic Reviews*.
75. Τριανταφυλλόπουλος, Ι. (2014). Η σημασία της συναίνεσης του ασθενούς πριν από μια ιατρική πράξη. [Sportsorthopaedics.gr](http://Sportsorthopaedics.gr)
76. American College of Nurse-Midwives, (2014). Writing a Birth Plan. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 59, (2), 227-228.
77. NHS. (2018). How to Make a Birth Plan. Your pregnancy and baby guide.
78. Australian College of Midwives (ACM). (2014). *Midwifery Philosophy & Values*.
79. Seidman, D., Weber, S., Carlson, K. & Witt, J. (2018). Family planning providers' role in offering PrEP to women. *Contraception*. 97, (6), 467-470.

80. Wallace, M., Evans, M. & Theall, K. (2017). The Status of Women's Reproductive Rights and Adverse Birth Outcomes. *Women's Health Issues*. 27, (2), 121-128.
81. Sandall, J. (2014). Midwives' burnout and continuity of care. *British Journal of Midwifery*. 5, (2), 106.
82. [http://www.eleucis.gr/egimosini/kuisi/item/141-http-www-eleucis-gr-egimosini-plano\\_toketou.html](http://www.eleucis.gr/egimosini/kuisi/item/141-http-www-eleucis-gr-egimosini-plano_toketou.html)
83. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI). (2016). Consent for anaesthesia.
84. Brown, A. (2018, 13 Ιουνίου). What are women's 'rights' when it comes to infant feeding. Δημοσιεύτηκε στο [www.all4maternity.com](http://www.all4maternity.com).
85. Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.). (2007).
86. Βιβιλάκη, Β. (2016). Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα (Η Μαία στην ΠΦΥ). Αθήνα: Broken Hill.
87. Βιβιλάκη, Β. (2014). Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
88. Kuhn, T.S. (2012). The structure of scientific revolutions, 50th anniversary edition with an introductory essay by Ian Hacking. 4th ed. Chicago: The University of Chicago Press.
89. Schenker, Y. & Meisel, A. (2011). Informed consent in clinical care. *JAMA*. 305. (11). 1-1130.
90. American College Obstetricians & Gynecologists and Society for Maternal Fetal Medicine. (2014). Safe prevention of the primary cesarean section. *American Journal of Obstetricians and Gynecologists* 123. 193-79.
91. <https://acart.health.govt.nz/system/files/documents/pages/acart-assisted-reproductive-technologyjul2007.pdf>
92. Powell, R., Walker, S. & Barrett, A. (2015). Informed consent to breech birth in New Zealand. *The New Zealand Medical Journal*. 128, (1418), 85-92.
93. Logan, N. (2017, Ιούνιος). Reproductive Rights of Women's Mental Health. Δημοσιεύτηκε στο [www.psych.theclinics.com](http://www.psych.theclinics.com).
94. Sartwelle, T., Johnston, J. & Arda, B. (2017). A half century of electronic fetal monitoring and bioethics: silence speaks louder than words. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*. 21, (3), 1-8.
95. Welsh J.V. and Symon A.G. (2014). Unique and proforma birth plans: a qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery*. 30. (7). 91-885. Pub Med.
96. Montgomery, J. (2018). *Medical Law and Ethics*. (7η έκδ.) Oxford: Oxford University Press.
97. Lavender, T. (2008) Understanding evidence-based midwifery practice: In: Jacob S, Lavender T. (Eds.). *Preparing for professional practice*. Quay Books: London.
98. Foster, I.R. & Lasser J. (2010) *Professional ethics in midwifery practice*. Jones and Bartlett: Boston, Toronto, London, Singapore.
99. WHO. (2008) *Declaration of Helsinki*. WMA: Ferney-Voltaire, France.

100. Ledward, A. (2011). Informed consent: ethical issues for midwife research. *Evidence Based Midwifery*. Μάρτιος 2011, 1.
101. Skirton, H. and Barr, O. (2010). Antenatal screening and informed choice: a cross-sectional survey of parents and professionals. *Midwifery*. 26. (6). 596-602. Pub Med.
102. Carroll, M., Gallagher, L., Clarke, M., Millar, S. & Begley C. (2015). Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland. *Midwifery*. 31, (6), 640-646.
103. Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M. and Martínez-Roche M.E. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23. (3). 520-526.
104. Leam, V. and McCandlish, R. Midwifery 2020 Core role of the midwife workstream. Social enterprise: policy context and relevance to midwifery In: Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales. *Midwifery 2020 Programme. Core role of the midwife workstream. Final Report. Appendix 1. March 2010.*
105. Landmark, S.A. (2015). Case on negligence and consent. *British Journal of Midwifery*. 23: 446-447.
106. Bryanton, J., Gagnon, A.J., Johnston, C. & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 37. (1). 24-34.
107. Downe, S. (2008). *Normal Childbirth*. (2η έκδ.) UK: Churchill Livingstone.
108. Mei, J.Y., Afshar, Y., Gregory, K.D., Kilpatrick, S.J. & Esakoff, T.F. (2016). Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*. 43. (2). 50-144.
109. Gourounti, K. & Sandall, J. (2008). Do pregnant women in Greece make informed choices about antenatal screening for Down's syndrome? A questionnaire survey. *Midwifery*. 24. (2). 62-153.
110. Gourounti, K. & Sandall, J. (2011). The validation and translation of Multidimensional Measure of Informed Choice in Greek. *Midwifery*. 27. (2). 3-170.
111. Eyal, N., Hurst, S., Norheim, O. & Wikler, D. (2012). *Inequalities in Health Concepts, Measures, and Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
112. Hall, H.G., McKenna, L.G. & Griffiths, D.L. (2012). Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: a literature review. *Women Birth*. 25. (1). 4-12.
113. Fink, A. (2010). *Conducting literature reviews: from the Internet to the paper* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
114. O'Connor, A. et al. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Systemic Reviews*. 8, (3), 1.

115. Μωραΐτου, Μ. (2012). Δεοντολογία, Νομοθεσία, Ιστορία Μαιών-Μαιευτών Προστασία Μητρότητας. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
116. Λιόνης, Χ. και Πιτέλου, Ε., (2015). Σχέση Ιατρού-Ασθενή. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα. [www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr).
117. Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΔΟΟΠ).
118. Salgo, V. Leland Stanford University Hospital (1957). Need to disclose information.
119. Ahmed, S., Bryant, L.D. & Cole, P. (2013). Midwives' perceptions of their role as facilitators of informed choice in antenatal screening. *Midwifery*. 29. (7). 50-745.
120. Lamont, J., Bajzak, K., Burnett, M., Byers, S., Cohen, T., Fisher, W., Holzapfel, S. & Senikas, V. (2018). Directive Clinique de consensus sur la santé sexuelle de la femme. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. (6). 566-505.
121. Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. and Devane, D., (2016). Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting. *Cochrane Database Systemic Reviews*. (4). 1-4.
122. Midwives of North America (MANA). (2018). Midwives Model of Care definition, <https://mana.org/about-midwives/midwifery-model> .
123. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2017). Committee Opinion. Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth.
124. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). (2017). Committee Opinion. Planned Homebirth.