



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ «ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»

Ειδίκευση 1: Λήψη αποφάσεων και σχεδιασμός πολιτικών υγείας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Η μαιευτική βία ως παραβίαση βασικών βιοηθικών αρχών»

Συγγραφέας: Γαλανοπούλου Πολυξένη

22075

ΑΘΗΝΑ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ «ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»

Ειδίκευση 1: Λήψη αποφάσεων και σχεδιασμός πολιτικών υγείας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Η μαιευτική βία ως παραβίαση βασικών βιοηθικών αρχών»

Συγγραφέας: Γαλανοπούλου Πολυξένη

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Σταματία Γκαράνη-Παπαδάτου

ΑΘΗΝΑ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2024



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT PUBLIC HEALTH POLICY

MSc in LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE BASED HEALTH POLICIES

Specialization 1: Decision-making and design of health policies

DIPLOMA THESIS

Title

‘Obstetric violence as a violation of basic bioethical principles’

Student: Galanopoulou Polyxeni

22075

Supervisor: Stamatia Garani-Papadatos

ATHENS

MARCH 2024

Τίτλος εργασίας

«Η μαιευτική βία ως παραβίαση βασικών βιοηθικών αρχών»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή.

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	ΓΚΑΡΑΝΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ	Καθηγήτρια	
	ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Αναπληρωτής Καθηγητής	
	ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	Επίκουρος καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ


Η κάτωθι υπογεγραμμένη *Γαλανοπούλου Πολυξένη του Ζαχαρία*, με αριθμό μητρώου 22075 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ‘‘*Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία*’’ του Τμήματος Πολιτικών Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα



Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

***Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του I.A. (σελ.6):**

https://www.uniwa.gr/wpcontent/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

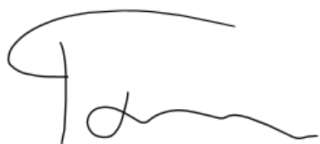
Copyright © Γαλανοπούλου Πολυξένη
Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, 2024.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στη Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'Γ' followed by a series of connected, flowing lines.

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια, η κακή μεταχείριση και η κακοποίηση κατά τη διάρκεια του τοκετού στα μαιευτήρια έχουν επισημάνει την παγκόσμια προσοχή. Ο WHO προωθεί τη φροντίδα του τοκετού με σεβασμό, επιδιώκοντας τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα της φροντίδας και την ενδυνάμωση των γυναικών, προκειμένου να ζήσουν με θετικό τρόπο την εμπειρία του τοκετού, ανταποκρινόμενες στις δικές τους προσδοκίες και πεποιθήσεις (WHO, 2015). Η μαιευτική βία δεν αποτελεί μόνο ένα διαδεδομένο πρόβλημα δημόσιας υγείας με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών και των νεογνών τους, αλλά επίσης παραβιάζει τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Το ενδιαφέρον για τα ανθρώπινα δικαιώματα κατά την περιγεννητική περίοδο αντανακλά την αναγνώριση σε παγκόσμιο επίπεδο ότι οι υπηρεσίες μητρότητας με σεβασμό είναι ουσιώδεις για τη διασφάλιση της υγείας των γυναικών και των νεογνών τους. Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη φροντίδα μητρότητας παρέχει μια ευκαιρία για την ενίσχυση των σχέσεων μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας. Η μαιευτική βία είναι ένα πρόβλημα που περιλαμβάνει στιγματισμό και πρέπει να αντιμετωπιστεί με ευαισθησία, αναστοχασμό του υγειονομικού προσωπικού και επαρκή εκπαίδευση (Freire Barja et al, 2016).

Σκοπός και στόχοι: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί το φαινόμενο της μαιευτικής βίας και να αναπτυχθούν προτάσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση του φαινομένου, την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και των γυναικών και την εκπαίδευση των επαγγελματιών μαιών.

Τα παραπάνω ζητήματα θα διερευνηθούν μέσω των ακόλουθων ειδικότερων ερευνητικών ερωτημάτων:

1. Η αρχή της αυτονομίας και η μαιευτική βία: δικαίωμα αυτοκαθορισμού και επιλογών των γυναικών, πιέσεις για συγκατάθεση σε συγκεκριμένες μαιευτικές πρακτικές, πατερναλιστική αντίληψη της διαδικασίας του τοκετού.
2. Η ωφέλεια και η μη βλάβη στη μαιευτική βία: μακροπρόθεσμες συνέπειες της μαιευτικής βίας στις γυναίκες και τα νεογνά τους, παράγοντες που οδηγούν στην παραβίαση της αρχής της μη βλάβης.
3. Το νομοθετικό πλαίσιο για το φαινόμενο της μαιευτικής βίας σε διεθνές και ελληνικό επίπεδο: Παροχή φροντίδας υγείας και έμφυλη βία.

Μεθοδολογία: Αρχικά θα πραγματοποιηθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση στις μηχανές αναζήτησης PubMed και Google Scholar. Οι λέξεις κλειδιά που θα χρησιμοποιηθούν για την εύρεση άρθρων σχετικών με το αντικείμενο μελέτης είναι μαιευτική βία, ανθρώπινα δικαιώματα, μαιευτική φροντίδα, βιοηθικές αρχές και έμφυλη βία.

Αποτελέσματα: Από τη συγκεκριμένη μελέτη, αναμένεται να αναδειχθεί ηθική διάσταση του ζητήματος της μαιευτικής βίας.

Λέξεις-κλειδιά: μαιευτική βία, ανθρώπινα δικαιώματα, μαιευτική φροντίδα, βιοηθικές αρχές, έμφυλη βία.

Περιεχόμενα

Περίληψη	i
Κατάλογος Πινάκων.....	iv
Συντομογραφίες.....	iv
Πρόλογος.....	1
Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή.....	2
Κεφάλαιο 2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	4
2.1 Το φαινόμενο της Μαιευτικής Βίας διεθνώς	4
2.1.1. Ιστορικά στοιχεία και αίτια μαιευτικής βίας.....	5
2.1.2 Τυπολογία Μαιευτικής Βίας.....	9
2.1.3 Διακριτές πρακτικές στη μαιευτική φροντίδα-Πράξεις και παραλείψεις.....	14
2.1.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την μαιευτική βία	16
2.1.5 Το συστημικό και επιστημονικό αποτύπωμα της μαιευτικής βίας.....	18
2.2. Βιοηθική προσέγγιση	20
2.2.1. Οι βιοηθικές διαστάσεις της μαιευτικής βίας.....	25
2.2.2 Αυτονομία και αξιοπρέπεια στη Μαιευτική Βία	27
2.2.3 Ωφέλεια και μη βλάβη	30
2.2.4. Αρχή της δικαιοσύνης.....	31
Κεφάλαιο 3 Ανθρώπινα δικαιώματα και νομικό πλαίσιο	34
3.1 Η μαιευτική βία ως παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων	34
3.1.1 Προσδιορισμός των δικαιωμάτων των γυναικών που παραβιάζονται από τη μαιευτική βία	35
3.1.2 Η υπόσχεση για μια πολιτική βασισμένη στα δικαιώματα.....	37
3.2 Πρωτοβουλία διαμόρφωσης νομοθετικού πλαισίου.....	39
Κεφάλαιο 4 Σκοπός της μελέτης.....	42
Κεφάλαιο 5 Μεθοδολογία.....	43
5.1 Αρχικά κριτήρια επιλογής δημοσιεύσεων.....	43
5.2 Κριτήρια επιλογής δημοσιεύσεων	43
5.3 Κριτήρια αποκλεισμού.....	44
5.4 Προσδιορισμός πηγών αναζήτησης	44
Κεφάλαιο 6 Αποτελέσματα.....	46
6.1 Ο τοκετός στον ελληνικό χώρο.....	46
6.2 Η μαιευτική βία στην Ελλάδα	47
6.3 Η περιγεννητική φροντίδα των μεταναστριών στην Αθήνα.....	56
6.4 Νομικό πλαίσιο	58

6.4.1 Διεθνές.....	58
6.4.2 Ελληνικό.....	63
6.5 Δημόσια υγεία και μαιευτική βία.....	64
Κεφάλαιο 7 Συμπεράσματα-Συζήτηση	69
Βιβλιογραφία	75
Abstract.....	87

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1: Ταξινόμηση τύπων μαιευτικής βίας σύμφωνα με τη βιβλιογραφία	12
Πίνακας 2.2: Κατηγορίες που ορίζονται από την ανάλυση των εμπειριών των μαιών.....	27
Πίνακας 3.1: Οι μορφές κακοποίησης των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού σε ιατρικές μονάδες και οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.....	38
Πίνακας 6.1: Αναφορές σε ελληνικά κείμενα	54
Πίνακας 6.2: Αναφορές σε ξένα κείμενα	55
Πίνακας 6.3: Οι κοινωνικές και επιστημονικές προεκτάσεις της μαιευτικής βίας	66

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 5.1: Διάγραμμα Ροής της Μελέτης	45
Γράφημα 6. 1: Εννοιολογικό διάγραμμα.	67
Γράφημα 7. 1: "Bulls eye" ορισμός ασέβειας και κακοποίησης κατά των γυναικών στον τοκετό.	72

Συντομογραφίες

UNFPA = United Nations sexual and reproductive health agency

UNICEF = United Nations International Children's Emergency Fund

WHO = World Health Organization

OHCHR = Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

PTSD = Post traumatic stress disorder

PPD = Post-partum disorder

VBAC = Vaginal Birth After Caesarean

ΜΚΟ = Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση

ΟΗΕ = Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

Πρόλογος

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εκπονήθηκε κατά την χειμερινή περίοδο του Ακαδημαϊκού Έτους 2023 - 2024, στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών “Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίες στην Υγεία” του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η εργασία πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη της κυρίας Σταματίας Γκαράνη-Παπαδάτου, Καθηγήτριας του τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Αντικείμενο της εργασίας αποτελεί η διερεύνηση του φαινομένου της μαιευτικής βίας και η ανάπτυξη προτάσεων για την καλύτερη αντιμετώπισή του. Ταυτόχρονα αναδεικνύεται η βιοηθική διάσταση του ζητήματος της μαιευτικής βίας μέσω ειδικότερων ερευνητικών ερωτημάτων.

Η παρούσα εργασία αποτελεί κύημα των εμπειριών και των μαρτυριών γυναικών που υπέστησαν μαιευτική βία, στις περισσότερες από τις οποίες ήμουν παρούσα κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής μου σταδιοδρομίας. Κύριο μέλημα υπήρξε η αντικειμενική διερεύνηση του φαινομένου της μαιευτικής βίας σύμφωνα με τις Αρχές της Βιοηθικής και του νομοθετικού πλαισίου στη χώρα μας.

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερω την καθηγήτριά μου κα Γκαράνη Σταματία, που στάθηκε αρωγός και συμβουλευτής μου σε όλη αυτή την προσπάθεια, για την κατεύθυνση που μου έδωσε καθώς και για το χρόνο και την ενέργεια που μου αφιέρωσε. Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τους καθηγητές της Επιτροπής για το χρόνο που αφιέρωσαν σε αυτή τη μελέτη. Τέλος, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου και τους φίλους μου για την υποστήριξή, κατανόησή και συμπαράστασή τους όλο αυτό το διάστημα της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή

Παραδοσιακά, η φροντίδα κατά τη διάρκεια του τοκετού και της μετέπειτα περιόδου μετά τη γέννηση εξασφαλιζόταν από μαίες, οι οποίες μεταδίδανε πρακτικές γνώσεις από γενιά σε γενιά και αναλάμβαναν τη φροντίδα των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού στο σπίτι. Αρχικά, ο τοκετός θεωρούνταν ένα γεγονός που εκτυλισσόταν μόνο μέσα στον οικείο χώρο της οικογένειας (Ferrão, et al., 2022). Με την πρόοδο της επιστημονικής και τεχνολογικής γνώσης, η διαδικασία του τοκετού μετατράπηκε σε μια νοσοκομειακή πρακτική με στόχο τη μείωση των ποσοστών μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας. Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον για τον τοκετό στο σπίτι. Παράλληλα, οι προσπάθειες για την αύξηση των ζώντων βρεφών σε ιατρικές μονάδες και τη μείωση της μητρικής θνησιμότητας έχουν επικεντρωθεί κυρίως στις τεχνολογικές πτυχές της διαδικασίας της γέννησης, αγνοώντας σε μεγάλο βαθμό τις συναισθηματικές και κοινωνικές πτυχές της σχέσης μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας (Bradley, et al., 2016).

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει μια παγκόσμια συζήτηση σχετικά με την κακή μεταχείριση των γυναικών κατά τη μαιευτική φροντίδα και τον τοκετό. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις, που παραβιάζουν την αξιοπρέπεια και την αυτονομία των γυναικών, εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους, όπως χυδαίες ύβρεις και βίαιες ενέργειες, καθώς και με τον εξαναγκασμό ή την έλλειψη ενημερωμένης συναίνεσης για την επίτευξη ενός επιθυμητού αποτελέσματος, το οποίο όμως δεν είναι απαραίτητα ευεργετικό για τη μητέρα ή το βρέφος. Συστημικά προβλήματα με το προσωπικό και τους πόρους του νοσοκομείου συχνά οδηγούν σε αμέλεια έναντι των γυναικών, παρόλο που οι υπηρεσίες μαιευτικής φροντίδας υπόσχονται τα μέγιστα. Ο σχεδιασμός του νοσοκομείου χωρίς ιδιωτικότητα μπορεί να παραβιάζει την αξιοπρέπεια των γυναικών που προσέρχονται για να γεννήσουν. Το συναισθηματικό τραύμα της γέννησης θα μπορούσε να οδηγήσει περισσότερες γυναίκες να αναζητήσουν υπηρεσίες τοκετού εκτός νοσοκομείου, επιλέγοντας κέντρα φυσικού τοκετού ή τοκετό στο σπίτι (Darilek, 2017).

Το 2014, ο WHO εξέδωσε δήλωση σχετικά με την κακοποίηση και την ασέβεια που υφίστανται πολλές γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού παγκοσμίως. Οι επαγγελματίες του τομέα και οι ερευνητές έχουν συχνά επιδείξει πρότυπα κακομεταχείρισης και έλλειψης σεβασμού για τις γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού. Αυτά τα μοτίβα, που θεωρούνται

ως μαιευτική βία σε πολλές χώρες, ποικίλλουν από ψυχολογική και σωματική επιθετικότητα, όπως η λεκτική κακοποίηση, έως την παραμέληση και την εγκατάλειψη, την ταπείνωση και την τιμωρία, καθώς και την καταναγκαστική και αναγκαστική φροντίδα (Ferreira, et al., 2021). Κοινό σε όλες αυτές τις συμπεριφορές, στάσεις ή πρακτικές είναι ότι πραγματοποιούνται από επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της φροντίδας του τοκετού και ότι, με πράξη ή παράλειψη, γίνονται αντιληπτές ή μπορεί να εκληφθούν ως βίαιες ή παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα μιας γυναίκας. Επιπλέον, όλο και περισσότερο υποστηρίζεται η θεωρία ότι η μαιευτική βία αποτελεί μια μορφή έμφυλης βίας (Martínez-Galiano, et al., 2023).

Η δήλωση του WHO (2014) δείχνει την πραγματική διάσταση των συμπεριφορών αυτών, δηλαδή την παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα στο πλαίσιο της μητρότητας πρέπει να αντικατοπτρίζουν τα βιοηθικά ζητήματα που αναδεικνύονται κατά τη υποστήριξη στον τοκετό, ιδίως σε συγκρούσεις γιατρού-ασθενούς και στην καταχρηστική χρήση τεχνολογιών που μπορούν να καταστήσουν τον κίνδυνο μεγαλύτερο από το όφελος. Τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας κατέστησαν απαραίτητη την αναζήτηση για μια φροντίδα καλύτερης ποιότητας και με σεβασμό. Οι συνεχείς αλλαγές προς την προώθηση και την προστασία των δικαιωμάτων για τη μητρότητα θα πρέπει να συνοδεύονται από προβληματισμούς σχετικά με τη βιοηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα κατά τον τοκετό (Ferreira, et al., 2021).

Η παρούσα εργασία ασχολείται με την ηθική διάσταση του ζητήματος της μαιευτικής βίας και πιο συγκεκριμένα με την αρχή της αυτονομίας, της ωφέλειας και μη βλάβης και της δικαιοσύνης στη μαιευτική βία και το ρόλο του νομοθετικού πλαισίου. Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας περιγράφεται γενικότερα το θέμα και η σημασία του και ειδικότερα οι ηθικές διαστάσεις του θέματος. Στο δεύτερο κεφάλαιο ορισμοί, ιστορικά στοιχεία, βασικά βιοηθικά ζητήματα όπως περιγράφονται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται τα ανθρώπινα δικαιώματα που παραβιάζονται και η ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου διεθνώς αλλά και στην Ελλάδα. Το τέταρτο κεφάλαιο περιγράφει το σκοπό της εργασίας αυτής. Ακολουθεί το πέμπτο κεφάλαιο που παρατίθεται η μεθοδολογία της μελέτης. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανασκόπησης, για τα οποία πραγματοποιείται συζήτηση στο ίδιο κεφάλαιο. Έπειτα, παρατίθεται η λίστα με τις βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν.

Κεφάλαιο 2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.1 Το φαινόμενο της Μαιευτικής Βίας διεθνώς

Στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως, οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού υποβάλλονται σε ιατρικές διαδικασίες στις οποίες δεν έχουν συναινέσει και βιώνουν κακή μεταχείριση και ασέβεια. Το συγκεκριμένο αυτό είδος βίας, γνωστό ως μαιευτική βία, αναγνωρίζεται ως φαινόμενο στενά συνδεδεμένο με τη βία με βάση το φύλο. Ενώ οι κοινωνιολογικές και νομικές προοπτικές έχουν διερευνηθεί τη βία με βάση το φύλο στον ιατρικό τομέα, υπάρχει μια ευκαιρία για τη βιοηθική να εμβαθύνει σε αυτό το ζήτημα. Η έννοια της ευαλωτότητας, καθώς σχετίζεται με τη βιοηθική, αποτελεί τη βάση του μαιευτικού πατερναλισμού και, σε ορισμένες περιπτώσεις, της μαιευτικής βίας. Το τραύμα που προκύπτει από αυτή τη βία έχει άμεσες και μακροχρόνιες συνέπειες, τονίζοντας τη σημασία της αντιμετώπισής του προκειμένου να δοθεί προτεραιότητα στην υγεία των γυναικών. Η μαιευτική βία επηρεάζεται εν μέρει από μια περιορισμένη, πατερναλιστική κατανόηση της ευπάθειας των εγκύων και των εμβρύων, η οποία επέτρεψε αμφισβητήσιμες πρακτικές ιατρικού ελέγχου και καταναγκασμού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (Berzon & Shabot, 2023).

Οι συζητήσεις για τη μαιευτική βία εφιστούν την προσοχή σε ένα ευρέως διαδεδομένο και επιβλαβές φαινόμενο που αναμφισβήτητα πλήττει τις γυναίκες. Η μαιευτική βία αναφέρεται σε "πράξεις που κατηγοριοποιούνται ως σωματική ή ψυχολογική βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού" (Cohen Shabot and Korem 2018). Οι αντιλήψεις για την ευαλωτότητα επηρεάζουν τη στάση της ιατρικής κοινότητας απέναντι στον τοκετό και αποτελούν σημαντικό συστατικό του φαινομένου της μαιευτικής βίας (Berzon & Shabot, 2023). Στο πλαίσιο της μαιευτικής βίας παραβιάζεται η ευαλωτότητα των γυναικών, η οποία μπορεί να οριστεί ως η έλλειψη ευημερίας λόγω έλλειψης πόρων ή επαρκούς αυτονομίας (Martin et al 2011).

Ο εξαναγκασμός στην αίθουσα τοκετού συμβαίνει σε όλο τον κόσμο σε γυναίκες από κάθε κοινωνικό στρώμα. Ωστόσο, οι περιπτώσεις αυτές είναι συχνότερες μεταξύ των έγχρωμων γυναικών και μεταξύ των γυναικών που γεννούν στο μαιευτήριο ή στο σπίτι (Vedam et al. 2019). Έτσι, ενώ καμία γυναίκα δεν είναι απρόσβλητη από το να βιώσει μαιευτική βία, υπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο κακοποίησης κατά τη διάρκεια του τοκετού. Όταν οι γυναίκες παραμελούνται, αγνοούνται, απειλούνται ή δεν ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για το τι συμβαίνει στο σώμα τους, αυτό θα πρέπει να

προβληματίσει έντονα την κοινότητα της βιοηθικής. Θα πρέπει να προκαλεί ακόμη μεγαλύτερη ανησυχία όταν το φαινόμενο αυτό επηρεάζεται από την τάξη, τη φυλή, την εθνικότητα ή άλλα χαρακτηριστικά. (Berzon & Shabot, 2023).

Σύμφωνα με τους Jardim & Modena (2018), υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι επαγγελματίες υγείας, ενδεδυμένοι με την τεχνική επιστημονική τους γνώση ως μια μορφή εξουσίας η οποία οδηγεί σε άνισες σχέσεις εξουσίας, χρησιμοποιούν την εξουσία αυτή για να διατηρήσουν την υπακοή στους κανόνες, διαταράσσοντας τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις και οδηγώντας στην αποδυνάμωση των δεσμών μεταξύ των ασθενών τους και στην κρίση εμπιστοσύνης στη φροντίδα που παρέχεται. Μια τέτοια προσέγγιση συνεπάγεται απώλεια της αυτονομίας της γυναίκας και του δικαιώματός της να αποφασίζει για θέματα που σχετίζονται με το σώμα της. Αυτές οι σχέσεις εδραιώνονται με την επιβολή μονομερούς εξουσίας, δημιουργώντας ένα πρόσφορο έδαφος για την εδραίωση των διαφορετικών μορφών βίας που ασκούνται κατά τη φροντίδα του τοκετού (Jardim & Modena, 2018). Σύμφωνα με στοιχεία του WHO, οι γυναίκες σε όλο τον κόσμο λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο, συχνά με βίαιο τρόπο, καθώς εκτίθενται σε παρεμβάσεις, κακοποίηση, ασέβεια, κακομεταχείριση, παραμέληση και παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων από τους επαγγελματίες υγείας (WHO, 2014).

Παρά τα στοιχεία που υποστηρίζουν ότι η ελάχιστη παρέμβαση είναι η καλύτερη πρώτη επιλογή στην πρακτική του τοκετού, η υπερεκτίμηση των πιθανών κινδύνων και επιπλοκών κατά τη διάρκεια του τοκετού υπονομεύει τη λήψη αποφάσεων από τις γυναίκες (Lothian 2014). Ως αποτέλεσμα, οι γυναίκες καθίστανται πιο ευάλωτες σε στερεότυπα, εξαναγκασμό και ακόμη και βία. Οι επιπτώσεις αυτής της βίας επεκτείνονται πέρα από τον τοκετό (Berzon & Shabot, 2023). Οι επιπτώσεις των περιττών επεμβάσεων αποτελούν μέρος του τραύματος του τοκετού που βιώνουν πολλές γυναίκες, αλλά ίσως πιο επικίνδυνη είναι η επικράτηση της ψυχολογικής βλάβης. Η έκταση της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της κατάθλιψης στη λοχεία που συνδέονται με το τραύμα κατά τη γέννηση είναι μια μακροπρόθεσμη συνέπεια αυτού (McKenzie-McHarg et al. 2015).

2.1.1. Ιστορικά στοιχεία και αίτια μαιευτικής βίας

Όπως δείχνουν παραδείγματα από την πρώιμη νεότερη περίοδο, η σχέση μεταξύ μαιευτικής βίας και κοινωνικής ανισότητας ανάγεται σε πολύ παλαιότερες ιστορικές περιόδους. Στην

παπική Ρώμη του 16ου αιώνα, για παράδειγμα, οι ρωμαιοκαθολικές αρχές αφαιρούσαν τα μωρά από τις Εβραίες που βρίσκονταν σε κατηχητικά ιδρύματα (ιδρύματα για μη χριστιανούς), εάν αρνούσαν να εκχριστιανιστούν μέσω του βαπτίσματος (Caffiero, 2012). Δεδομένου ότι οι γυναίκες αναγκάζονταν να επιλέξουν μεταξύ του προσηλυτισμού ή του αποχωρισμού από την οικογένεια μετά τον τοκετό, η μαιευτική βία εμφανίστηκε σε αυτό το σημείο και διαιώνισε τις θρησκευτικές διακρίσεις. Η μαιευτική βία παρατηρήθηκε επίσης κατά τη διάρκεια του αποικισμού της αμερικανικής ηπείρου από την ισπανική αυτοκρατορία, ιδίως κατά τη διάρκεια της βασιλείας της Νέας Ισπανίας και του Περού στα τέλη του 18ου (Montesinos-Segura et al, 2018). Για το λόγο αυτό, οι ιερείς ανάγκαζαν τις γυναίκες που δυσκολεύονταν να γεννήσουν να υποβληθούν σε καισαρική τομή. Καθώς καθιστούσαν υποχρεωτική αυτή τη διαδικασία, οι βασιλικές αρχές τόνιζαν ότι προέχει η διάσωση της ψυχής του εμβρύου και όχι η ζωή της μητέρας. Και πάλι, ενώ ο θεολογικός εξαναγκασμός διαμόρφωσε τις εμπειρίες των γυναικών στον τοκετό, το ευρύτερο πλαίσιο του εκχριστιανισμού και της αποικιοκρατίας καθόρισε αυτή τη συγκεκριμένη μορφή μαιευτικής βίας (O'Brien & Rich, 2022).

Η αναπαραγωγή μεταξύ του 16ου και του 19ου αιώνα διαμορφώθηκε επίσης από τη δουλεία. Η μαιευτική βία βρισκόταν στο επίκεντρο της δουλείας στις ΗΠΑ, η οποία βασίστηκε στην εκμετάλλευση της αναπαραγωγικής εργασίας των μαύρων γυναικών για οικονομικό όφελος (Gurr, 2015). Στην κληρονομική δουλεία, οι γεννήσεις των υπόδουλων γυναικών κατάσχονταν για να πλουτίσουν οι καταπιεστές τους και οι γυναίκες υποβάλλονταν σε αυστηρή τιμωρία και κακοποίηση για την ανικανότητά τους να συλλάβουν και να γεννήσουν υγιή παιδιά (O'Brien & Rich, 2022).

Επιπλέον, οι υπόδουλες γυναίκες υποβάλλονταν σε έντονη σωματική εργασία καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, συχνά χωρίς τη δυνατότητα μεταγεννητικής φροντίδας ή ανάρρωσης (Gurr, 2015). Στα τέλη του 19ου και τον 20ό αιώνα, η ιατρικοποίηση του τοκετού επιταχύνθηκε και η ανδροκρατούμενη μαιευτική απέκλεισε τις γυναίκες που παραδοσιακά συνόδευαν τις έγκυες γυναίκες. Έχουν αναφερθεί πολυάριθμες περιπτώσεις στις οποίες οι προσπάθειες εδραίωσης της εξουσίας επί του τοκετού οδήγησαν και σε ευρύτερες μορφές έμφυλης βίας, με τις γυναίκες που "υποτάσσονταν" στους γιατρούς να υποβάλλονται σε αχρείαστα επιθετικές επεμβάσεις κατά τις οποίες έχαναν συστηματικά την ικανότητα να λαμβάνουν αποφάσεις για το σώμα και την υγεία τους (O'Brien & Rich, 2022).

Ο όρος "μειωτική βία" έχει τις ρίζες του στο φεμινιστικό κίνημα που αναδύθηκε από τη δεκαετία του 1960, ιδίως στη Λατινική Αμερική (Pérez, 2021- Van der Waal et al.) Το κίνημα αυτό υιοθέτησε εξ αρχής μια προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και, για παράδειγμα, την επαναδιατύπωνε συστηματικά ως παραβίαση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων των γυναικών (Perrotte et al., 2020). Στο πλαίσιο αυτό, η μειωτική βία στη Βενεζουέλα ορίζεται ως "μια κατάσταση που εκφράζεται μέσω της οικειοποίησης του γυναικείου σώματος και των αναπαραγωγικών διαδικασιών από τους επαγγελματίες υγείας, της απάνθρωπης μεταχείρισης, της ιατρικής κακοποίησης και της παθολογικοποίησης των φυσικών διαδικασιών, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να χάνουν την αυτονομία τους και την ικανότητά τους να λαμβάνουν ελεύθερα αποφάσεις για το σώμα και τη σεξουαλικότητά τους και να επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής τους" (Castro, 2019, p.109).

Εκτός από την ανάδειξη των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων των γυναικών και του τρόπου με τον οποίο αυτά έχουν παραβιαστεί ιστορικά και συστηματικά στο πλαίσιο της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της περιόδου μετά τον τοκετό, η εκστρατεία κατά της μειωτικής βίας αμφισβητεί τη διαρκή παθολογία και την ιατρική ρύθμιση του γυναικείου σώματος και, στην προκειμένη περίπτωση, της διαδικασίας της εγκυμοσύνης και του τοκετού, μέσω μιας συνεχιζόμενης κριτικής του βιοϊατρικού μοντέλου περίθαλψης (Pérez, 2021). Η έννοια της μειωτικής βίας έχει αποκτήσει με την πάροδο του χρόνου παγκόσμια διάσταση καθώς αποτελεί στόχο του του φεμινιστικού κινήματος η κατοχύρωση του όρου (Van der Waal et al., 2022) ωστόσο, παρατηρούνται σημαντικές αντιθέσεις. Για παράδειγμα, σε χώρες όπως η Ισπανία, όπου έχει γίνει προσπάθεια να δημιουργηθεί νομοθετικό πλαίσιο για την μειωτική βία, οι ενώσεις επαγγελματιών υγείας έχουν υψώσει τις φωνές τους επειδή θεωρούν ότι αυτός ο όρος ποινικοποιεί τις επαγγελματικές πρακτικές που εκτελούνται σύμφωνα με επιστημονικά και ηθικά πρότυπα και ότι δημιουργεί περιττή ανησυχία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, υπονομεύοντας έτσι τη σχέση εμπιστοσύνης που θα έπρεπε να κυριαρχεί (La Vanguardia, 2021).

Στις αρχές του 20ού αιώνα, μια μορφή μειωτικής βίας που φάνηκε να επαναλαμβάνεται ήταν η επιβολή στειρώσεως από τους γιατρούς ώστε να αποτρέψουν μελλοντικές γεννήσεις. Τα κινήματα της ευγονικής σε αρκετές χώρες ενθάρρυναν την αναγκαστική στειρώση γυναικών που θεωρούνταν γενετικά "ακατάλληλες", πλήττοντας έτσι, άδικα γυναίκες φυλετικά περιθωριοποιημένες, φτωχές γυναίκες και γυναίκες με αναπηρία (Lira, 2021). Η κατάχρηση της στειρώσεως συνεχίστηκε αργότερα ακόμη και μετά την επίσημη κατάργηση των περισσότερων ευγονικών νόμων (O'Brien & Rich, 2022).

Μερικές από αυτές τις ιστορικές μορφές μαιευτικής βίας εξακολουθούν να παρατηρούνται κατά τον 21ο αιώνα, συχνά με τη μορφή νέων πλαισίων. Οι περιπτώσεις μαζικής φυλάκισης στις ΗΠΑ συνέβαλαν στην αύξηση του φαινομένου της μαιευτικής βίας, συμπεριλαμβανομένου του υποχρεωτικού διαχωρισμού των μητέρων από τα βρέφη τους αμέσως μετά τη γέννηση και της αναγκαστικής στείρωσης, διαδικασίες οι οποίες καταγράφηκαν στο σύστημα φυλακών της Καλιφόρνιας από το 2006 και για 7 συναπτά έτη (Ocen, 2012). Επιπλέον, ακόμα και σήμερα σε πολλά σωφρονιστικά ιδρύματα κρατούνται γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, με αποτέλεσμα την πρόκληση σωματικής και ψυχολογικής βλάβης (O'Brien & Rich, 2022). Η ιστορία της αναπαραγωγικής υγείας είναι γεμάτη από κοινωνικές και πολιτικές αδικίες όμως το μέλλον της, δύναται να διαφοροποιηθεί από τα άτομα που αντιλαμβάνονται τον άνισο χαρακτήρα της και επιθυμούν να παρέμβουν (Ross & Solinger, 2017).

Η μαιευτική βία δεν αντιμετωπίζεται ως ένα σύνθετο παγκόσμιο πρόβλημα μεμονωμένων δραστών και θυμάτων, αλλά ως ένα δομικό και θεσμικό πρόβλημα που προκαλείται από τον ρατσιστικό καπιταλισμό. Η ιστορία της μαιευτικής αποκαλύπτει ότι οι καταπιεστικοί ορισμοί του καπιταλισμού, της ευγονικής, της αποικιοκρατίας και της δουλείας είναι αλληλένδετοι και παίζουν ρόλο στην αναπαραγωγή και διαίωνιση των μορφών ρατσιστικής βίας κατά των γυναικών (Van der Waal & Mayra, 2023). Μετά το 1808 που το δουλεμπόριο στις ΗΠΑ έφτασε στο τέλος του, γιατροί και ιδιοκτήτες φυτειών συνεργάστηκαν με σκοπό τη βελτίωση της αναπαραγωγικής υγείας των υπόδουλων μαύρων γυναικών ώστε να πετύχουν την αύξηση του εργατικού δυναμικού (Owens 2018; Davis 2019a). Η σύγχρονη φροντίδα μητρότητας είναι γεμάτη από σκοτεινές σελίδες όπου οι Αμερικανοί γιατροί πειραματίστηκαν στα σώματα των δούλων γυναικών και των ανθρώπων που περιθωριοποιήθηκαν λόγω φυλής, τάξης και ιθαγένειας και ανέπτυξαν νέες ιατρικές μεθόδους (Owens 2018). Τα ιστορικά αυτά στοιχεία αντικατοπτρίζονται στα υψηλά ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας για τους μαύρους ανθρώπους (3-7 φορές υψηλότερα στις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο), στον υψηλότερο επιπολασμό του προώρου τοκετού στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και σε πρακτικές όπου οι μαθητές «εξασκούνται» σε μαύρους ανθρώπους σε παγκόσμια κλίμακα (Van der Waal et al., 2021). Ομοίως, το κυνήγι μαγισσών στην προ-μοντέρνα Ευρώπη ήταν ουσιαστικό για την εγκαθίδρυση του ελέγχου της αναπαραγωγής από το κράτος που ήταν απαραίτητος για τη συγκρότηση του σύγχρονου βιοπολιτικού θεσμού της μαιευτικής. Ο φόβος και η παράνοια των βρεφοκτονικών πρακτικών μαγείας οδήγησαν στο να ερμηνευτούν ως επικίνδυνες οι

αυτόνομες μαιευτικές πρακτικές και τα βιώματα των γυναικών που είναι μητέρες και στο να περάσει η αναπαραγωγή στον έλεγχο του κράτους (Federici, 2004). Έτσι, σύμφωνα με μια ευρέως αποδεκτή άποψη στη βιβλιογραφία, η μαιευτική βία είναι μια μορφή έμφυλης βίας που προκύπτει από την ιστορία του θεσμού, όπου πολλαπλοί άξονες καταπίεσης διασταυρώνονται για ιστορικούς, δομικούς και διατομεακούς λόγους. Κατά συνέπεια, η μαιευτική βία δεν αποτελεί εκδήλωση κακοβουλίας, αμέλειας ή κακοτεχνίας (Van der Waal & Mayra, 2023).

2.1.2 Τυπολογία Μαιευτικής Βίας

Σύμφωνα με πολλούς συγγραφείς, η μαιευτική βία είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα και αποτελεί φαινόμενο που απασχολεί ιδιαίτερα την σύγχρονη κοινωνία και συναντάται όλο και περισσότερο. Δεν μπορεί να αρνηθεί κανείς ότι όλες οι μορφές βίας έχουν τις ρίζες τους στην επιβολή εξουσίας ή/και στην ανισότητα της εξουσίας. Αυτή η ανισότητα υφίσταται και έχει τεκμηριωθεί ευρέως στις σχέσεις ιατρού-ασθενή και ιδιαίτερα στον κλάδο της μαιευτικής (Lévesque & Ferron-Parayre, 2021). Πώς όμως μπορεί να οριστεί η βία στο συγκεκριμένο πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης; Τα είδη συμπεριφοράς που θα μπορούσαν να θεωρηθούν μαιευτική βία παραμένουν ασαφή. Δεν υπάρχει καθορισμένος κατάλογος πράξεων, ούτε καν ένας σταθερός ορισμός. Σε όλη τη Νότια Αμερική, για παράδειγμα, υπάρχουν νόμοι που απαγορεύουν αυτό το είδος βίας, ωστόσο κάθε χώρα έχει διατυπώσει τη δική της περιγραφή για το τι είναι (McKenzie, 2022).

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί γύρω από τον όρο «Μαιευτική Βία», πιθανότατα λόγω της έκτασης που έχει πάρει τελευταία και των πολλαπλών εκδηλώσεων του φαινομένου που παρατηρούνται. Σε μια προσπάθεια να δημιουργηθεί μια κοινά αποδεκτή έννοια, οι Jardim και Modena (2018) ανέλυσαν την επιστημονική γνώση που έχει αναπτυχθεί ως τώρα για τη μαιευτική βία και προσδιόρισαν τα κύρια χαρακτηριστικά της. Έτσι, η μαιευτική βία είναι μια πολυσυμπτωματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αμελείς, απρόσεκτες, απερίσκεπτες, διακριτικές και ασεβείς πράξεις που εκτελούνται από επαγγελματίες υγείας και δικαιολογούνται από την ασυμμετρία της εξουσίας που παρέχουν οι τεχνικές και επιστημονικές γνώσεις (Jardim & Modena, 2018).

Ένα άλλο σύνολο ορισμών, πέρα από τον προσδιορισμό εκείνων των πράξεων που συνιστούν μαιευτική βία, περιγράφουν το επίπεδο υγείας στο οποίο πρέπει να έχει πρόσβαση

κάθε έγκυος γυναίκα και το οποίο παραβιάζεται μέσω πράξεων της μαιευτικής βίας (van der Waal & Mayra, 2023). Ομοίως, ο WHO επισημαίνει ότι κατά τη διάρκεια του τοκετού κάθε έγκυος πρέπει να έχει το δικαίωμά να λαμβάνει πληροφορίες, να λαμβάνει φροντίδα με αξιοπρέπεια και χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας (WHO, 2015).

Ένας γενικότερος ορισμός για τη μαιευτική βία, κατά τους Shabot και Korem (2018), νοείται ως πράξεις σωματικής ή/και ψυχολογικής βίας που διαπράττονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή/και του τοκετού. Ο WHO προσθέτει σε αυτό τη λοχεία, την περίοδο μετά τον τοκετό, ως ένα στάδιο κατά το οποίο οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες, και τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να συνεχίσουν να συμβαίνουν (WHO, 2015).

Σύμφωνα, λοιπόν, με τον ορισμό του WHO η μαιευτική βία είναι αναφορές ασέβειας και καταχρηστικής μεταχείρισης κατά τη διάρκεια του τοκετού σε μονάδες υγείας οι οποίες περιλαμβάνουν σωματική κακοποίηση, ταπείνωση, λεκτική κακοποίηση, ιατρικές διαδικασίες καταναγκασμού χωρίς συναίνεση (συμπεριλαμβανομένης της στείρωσης), έλλειψη εμπιστευτικότητας, αποτυχία λήψης πλήρως ενημερωμένης συναίνεσης, άρνηση χορήγησης παυσίπων, παραβιάσεις της ιδιωτικότητας, άρνηση εισαγωγής σε υγειονομικές εγκαταστάσεις, παραμέληση γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού, επιπλοκές που μπορούν να αποφευχθούν και κράτησης γυναικών και των νεογνών τους στις μονάδες υγείας μετά τον τοκετό λόγω αδυναμίας πληρωμής (WHO, 2015). Παραδείγματα αναφορών τέτοιας μορφής βίας αποτελούν η άρνηση παρουσίας συνοδού της επιλογής των γυναικών, η ελλιπής πληροφόρηση σχετικά με διαδικασίες που εκτελούνται κατά τη διάρκεια της περίθαλψης, οι αναίτιες καισαρικές τομές, η στέρηση του δικαιώματος σε φαγητό και περπάτημα, οι τακτικές και επαναλαμβανόμενες κολπικές εξετάσεις χωρίς αιτιολόγηση, η συχνή χρήση ωκυτοκίνης για την επιτάχυνση του τοκετού, η επισιοτομή χωρίς τη συγκατάθεση των γυναικών και ο χειρισμός του Kristeller (Jardim & Modena, 2018).

Σύμφωνα με τους Chervenak, et al., (2023), ο όρος "μαιευτική βία" που χρησιμοποιείται για να περιγράψει επαγγελματικές πρακτικές δεν καλύπτει όλο το φάσμα των ανεπιθύμητων εμπειριών και τη σοβαρότητα της κακομεταχείρισης στον τοκετό. Η χρήση ενός ευρύτερου όρου, όπως η "κακομεταχείριση", θα μπορούσε να αντικατοπτρίσει καλύτερα την ποικιλία των εμπειριών και να ενθαρρύνει μια ευρύτερη κατανόηση του προβλήματος. Σε περιπτώσεις κακομεταχείρισης ή κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, πρέπει να αντιμετωπίζεται αμέσως από το ιατρικό προσωπικό ή τις αρχές. Η

μαιευτική κακομεταχείριση μπορεί να περιλαμβάνει σωματική και λεκτική κακοποίηση, μη συναινετικές ιατρικές πράξεις, έλλειψη πληροφοριών, διακρίσεις και άλλες ανεπιθύμητες πρακτικές, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπίζονται από το ιατρικό προσωπικό με σοβαρότητα και σεβασμό προς τη μητέρα και το παιδί. Οι διαφορετικές μορφές της μαιευτικής κακοποίησης μπορούν να εκδηλωθούν με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένων των εξής: 1) Σωματική κακοποίηση δηλαδή σωματική βλάβη ή σκληρό χειρισμό της εγκύου κατά τη διάρκεια του τοκετού, όπως άσκηση περιττής βίας, σπρώξιμο ή κακομεταχείριση, 2) Μη συναινετικές ιατρικές πράξεις δηλαδή τη διενέργεια ιατρικών παρεμβάσεων ή διαδικασιών χωρίς την ενημερωμένη και εκούσια συγκατάθεση της εγκύου, 3) Λεκτική κακοποίηση δηλαδή προσβολή, εξευτελισμό ή χρήση ασεβούς γλώσσας ή υποτιμητικών σχολίων προς την έγκυο, σχετικά με την εμφάνιση ή τις επιλογές της, 4) Αδιαφορία για επιλογές και προτιμήσεις δηλαδή την αγνόηση των επιθυμιών και προτιμήσεων της εγκύου σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού, 5) Αποτυχία παροχής επαρκών πληροφοριών δηλαδή την απόκρυψη βασικών πληροφοριών σχετικά με ιατρικές διαδικασίες, επιλογές και κινδύνους από το ιατρικό προσωπικό, 6) Αποτυχία παροχής έγκαιρης περίθαλψης δηλαδή την καθυστέρηση απαραίτητων ιατρικών παρεμβάσεων ή περίθαλψης που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία της εγκύου ή του νεογνού, 7) Άρνηση ανακούφισης από τον πόνο δηλαδή την άρνηση παροχής ανακούφισης από τον πόνο όταν αυτή ζητείται ή υποδεικνύεται από την έγκυο, 8) Έλλειψη ιδιωτικότητας και αξιοπρέπειας που περιλαμβάνει την αδυναμία διατήρησης της ιδιωτικής ζωής και της αξιοπρέπειας κατά τον τοκετό, 9) Διακρίσεις και στιγματισμός: Περιλαμβάνει τη διαφορετική μεταχείριση των εγκύων βάσει διαφορετικών χαρακτηριστικών όπως εθνικότητα, φυλή, κοινωνική κατάσταση κ.λπ., 10) Διαχωρισμός της μητέρας από το μωρό όπου το μωρό απομακρύνεται από τη μητέρα του χωρίς κατάλληλη ιατρική αιτιολόγηση ή χωρίς να έχει η μητέρα δώσει τη συναίνεσή της με πλήρη ενημέρωση, 11) Απαγόρευση συνοδών: Άνευ δικαιολογίας απαγορεύεται στις συνοδούς να παραμείνουν κοντά και να στηρίζουν την έγκυο κατά τη διάρκεια του τοκετού, 12) Αναγκαστικές διαδικασίες ή στείρωση, δηλαδή τον εξαναγκασμό ή την πίεση ατόμων να υποβληθούν σε διαδικασίες στείρωσης και 13) Παραμέληση η οποία αναφέρεται στο ανεπαρκές επίπεδο ιατρικής φροντίδας, παρακολούθησης ή υποστήριξης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε πιθανές επιπλοκές που θα μπορούσαν να αποφευχθούν με κατάλληλη πρόληψη και φροντίδα (Chervenak,, et al., 2023).

Οι Castro και Savage (2019) προσδιόρισαν έξι κατηγορίες μαιευτικής βίας για να συστηματοποιήσουν όλα τα παραπάνω. Ομοίως, το 2015, ο WHO συνέθεσε την υπάρχουσα

έρευνα, καθιερώνοντας μια τεκμηριωμένη τυπολογία των μορφών κακομεταχείρισης με 9 τύπους ασέβειας και καταχρηστικής μεταχείρισης που χαρακτηρίζονται ως μαιευτική βία (Bohren et al, 2015). Και τα δύο παρουσιάζονται στον πίνακα 2.1 .

Πίνακας 2.1: Ταξινόμηση τύπων μαιευτικής βίας σύμφωνα με τη βιβλιογραφία

Castro, A. and Savage, V. (2019)	1	Λεκτική κακοποίηση
	2	Κακή σχέση με τις γυναίκες
	3	Κοινωνικο-πολιτισμικές διακρίσεις
	4	Σωματική κακοποίηση
	5	Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης
	6	Συνθήκες υγειονομικού συστήματος
WHO (2014)	1	Σωματική κακοποίηση
	2	Ταπείνωση και λεκτική κακοποίηση
	3	Καταναγκαστική/Χωρίς συναίνεση ιατρική διαδικασία
	4	Έλλειψη αυτοπεποίθησης
	5	Μη τήρηση λήψης πλήρους ενημερωμένης συγκατάθεσης
	6	Άρνηση λήψης φαρμάκων για τον πόνο
	7	Παραβίαση ιδιωτικότητας
	8	Άρνηση εισαγωγής στις μονάδες υγείας
	9	Περιορισμός στη μονάδα υγείας λόγω αδυναμίας πληρωμής

Πηγή: (Azolas, 2022).

Από τον παραπάνω πίνακα, προκύπτει ένας ακόμα παράγοντας ο οποίος αφορά τις συνθήκες λειτουργίας και τα πρωτόκολλα των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες ή τη γνώση εφαρμογής των νοσοκομειακών πρωτοκόλλων ώστε να είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για περίπλοκες καταστάσεις. Συνεπώς το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι το βέλτιστο για έναν τοκετό με σεβασμό. Οι καταστάσεις αυτές, μεταξύ άλλων, ενδεχομένως να παραβιάζουν τα δικαιώματα των εγκύων και των γυναικών που βρίσκονται σε τοκετό (Azolas, 2022).

Τη δεκαετία του 1980-1990 στη Λατινική Αμερική ομάδες άρχισαν να οργανώνονται ενάντια στη μη τεκμηριωμένη ιατροποίηση της γέννησης, ζητώντας μια «εξανθρωπισμένη» προσέγγιση στη φροντίδα. Το 2000, στην πρώτη Διεθνή Διάσκεψη για τον εξανθρωπισμό του τοκετού, φεμινιστικές ομάδες της Λατινικής Αμερικής, υπερασπιστές

των δικαιωμάτων των γυναικών και εμπειρογνώμονες στον τομέα της δημόσιας υγείας αναγνώρισαν για πρώτη φορά την κακοποίηση των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού ως μορφή βίας με βάση το φύλο και αναφέρθηκαν σε αυτή τη βλάβη ως "μαιευτική βία" (Sadler M. et al, 2016).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κακή μεταχείριση παραβιάζει δυνητικά τα ανθρώπινα δικαιώματα και πιθανώς οι σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες που προκύπτουν για την έγκυο ή λεχώνα γυναίκα είναι μακροχρόνιες. Αυτές οι μορφές κακής μεταχείρισης οφείλουν να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν καθώς αποτελούν ζωτικής σημασίας ζητήματα για τη βελτίωση της μητρικής φροντίδας και τη διασφάλιση του αναγκαίου σεβασμού, ασφάλειας και φροντίδας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας (Chervenak et al. 2023). Είναι έκδηλο το συμπέρασμα ότι η μαιευτική βία αποτελεί μία μορφή βίας με εκτάσεις σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο, η οποία ασκείται από επαγγελματίες υγείας και εναντιώνεται στις γυναίκες και την περίοδο της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας.

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η σύνδεση των όρων "μαιευτική" και "βία" είναι περίπλοκη και προκαλεί συζητήσεις. Η αναφορά σε εμπειρίες σωματικού, συναισθηματικού, λεκτικού, δομικού και διαπροσωπικού πόνου και κακής μεταχείρισης κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής φροντίδας ως «μαιευτική βία» εγείρει τριγμούς και παράγει έντονες αντιδράσεις. Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω του καθήκοντος της ωφέλειας στο ιατρικό επάγγελμα, καθώς και λόγω της υψηλής κοινωνικής αξίας που αποδίδεται στην ιατρική στις σύγχρονες τεχνοκρατικές κοινωνίες. Αυτή η κατάσταση συνδέεται με την πίστη ότι η ιατρική εμπειρογνωμοσύνη και τεχνολογία αποτελούν ένα προοδευτικό μέσο απελευθέρωσης από τον πόνο, το θάνατο και τη δυστυχία, και ότι η ιατρική είναι εκτός της πολιτικής σφαίρας. Υπάρχει μια έντονη πεποίθηση για την ιατρική πρόοδο και τη σωτηρία, ιδιαίτερα όσον αφορά τη μαιευτική (Chadwick, 2021). Ο Cheyney (2015) αναφέρεται σε μια ευρεία κοινωνική και υποκειμενική αφοσίωση στη μαιευτική ως μια είδηση σωτηρίας και εξαιρετικά προοδευτική, ονομάζοντας την "μαιευτική φαντασιακή". Αυτή η διάχυτη και ελπιδοφόρα υπόσχεση της μαιευτικής ασφάλειας, τάξης και ελέγχου (πάνω στο σώμα της επιτόκου) συνεχίζει να γοητεύει, ενθαρρύνοντας συχνά τα άτομα να «αγκαλιάσουν» τη βιοϊατρική διαχείριση παρά τις δικές τους άμεσες εμπειρίες ιατρικής κακής μεταχείρισης, αντικειμενοποίησης και απογοήτευσης (Smith, 2019).

Η έννοια της "μαιευτικής βίας" αμφισβητεί αυτές τις κανονιστικές υποθέσεις σχετικά με τη βιοϊατρική ευσπλαχνία και μας προτρέπει να αντιμετωπίσουμε την πραγματικότητα ότι η γυναικολογία ή η αίθουσα τοκετού δεν λειτουργούν απομονωμένες από τις κοινωνικές σχέσεις εξουσίας, τις παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την κληρονομιά της αποικιοκρατίας και τις συστημικές προκαταλήψεις. Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, αν και φυσικά γεγονότα, δεν αποτελούν απομονωμένες διαδικασίες αλλά ενσωματώνουν κοινωνικές, ιδεολογικές και πολιτικές πτυχές (Chadwick, 2018). Επιπλέον, αυτές οι έννοιες μάς αναγκάζουν να αναγνωρίσουμε ότι κάτι δεν πάει καλά με τις δομές μητρότητας και αναπαραγωγικής φροντίδας στις δημοκρατικές κοινωνίες και ότι η αλλαγή είναι απαραίτητη. Έτσι, η γλώσσα που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη μαιευτική βία είναι βαθιά αποσχιστική και συχνά προκαλεί έντονες αντιδράσεις. Όπως δηλώνει ο Dixon (2015), "Ο συνδυασμός των όρων μαιευτική και βία είναι ενοχλητικός, προκλητικός και απρόβλεπτος". Η δυναμική και η ανησυχητική φύση της έννοιας αυτής είναι σημαντικές για την κατανόησή της ως μιας έννοιας αντίστασης με φεμινιστική και ακτιβιστική διάσταση (Chadwick, 2021).

Σε αντίθεση με πολλές προσπάθειες για τον καθορισμό του περιγράμματος της, η μαιευτική βία δεν είναι απλώς ένας τρόπος βίας κατά των γυναικών. Μερικοί μελετητές έχουν επισημάνει ότι είναι βαθιά διατομεακή και περιλαμβάνει τις πολύπλοκες εμπλοκές ρατσιστικών ιστοριών και κληρονομιών, μορφές ιατρικού μισογυνισμού και πολύπλευρες στρωματοποιημένες ανισότητες. Τα λεξιλόγια της μαιευτικής βίας αναγνωρίζουν τις συνέπειες (με βάση το φύλο) που προκαλούνται από πράξεις εξαναγκασμού, εκφοβισμού, ασέβειας, παραμέλησης και μη συναινετικής φροντίδας, καθώς και πράξεις σωματικής, συναισθηματικής και λεκτικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της φροντίδας μετά τον τοκετό (Van der Waal & Mayra, 2023). Επομένως, η έννοια της μαιευτικής βίας είναι κάτι περισσότερο από ένας περιγραφικός ή νομικός όρος. Πρόκειται για ένα φαινόμενο που απαιτεί την αναγνώριση άδικων και βίαιων πρακτικών στο πλαίσιο της αναπαραγωγικής υγειονομικής περίθαλψης.

2.1.3 Διακριτές πρακτικές στη μαιευτική φροντίδα-Πράξεις και παραλείψεις

Κατά τη σύνταξη νομοθεσίας σχετικά με τη μαιευτική βία, είναι ουσιώδες να επισημανθούν οι πράξεις, οι συμπεριφορές, οι πρακτικές, οι διαδικασίες και οι παραλείψεις που αποτελούν μαιευτική βία και κακομεταχείριση κατά τη διάρκεια του τοκετού (Kokura, 2018). Στον

τομέα της μητρικής φροντίδας, υπάρχουν πολλές πρακτικές και συμπεριφορές που κανονικοποιούνται σε νοσοκομειακό επίπεδο, όπως η άνευ σεβασμού εκτέλεση κολπικών εξετάσεων, η πραγματοποίηση παρεμβάσεων χωρίς ενημερωμένη συγκατάθεση, καθώς και λεκτική κακοποίηση και ταπείνωση. Η πολιτισμική αποδοχή αυτής της μορφής βίας απαιτεί αποφασιστική προσέγγιση για τον εντοπισμό της μαιευτικής βίας. Διεθνείς οργανισμοί έχουν καταγράψει πρακτικές που παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού, προσφέροντας ένα πρότυπο για τη σύνταξη νομοθεσίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2018), πολλές γυναίκες βιώνουν κακοποίηση κατά τη διάρκεια του τοκετού, συμπεριλαμβανομένης ανεπαρκούς σεβασμού στο σώμα, λεκτικής κακοποίησης, καταναγκαστικών ιατρικών επεμβάσεων, ελλιπούς ενημέρωσης και έλλειψης εμπιστευτικότητας. Τέλος, η μαιευτική βία μπορεί να εκδηλωθεί μέσω της άρνησης παροχής παυσίπονων, της παραβίασης της ιδιωτικής ζωής και της παραμέλησης κατά τη διάρκεια του τοκετού (Battisti, 2022).

Ο Ειδικός Εισηγητής των Ηνωμένων Εθνών εντόπισε εκδηλώσεις κακής μεταχείρισης και έμφυλης βίας στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγειονομικής περίθαλψης και κατά τη διάρκεια του τοκετού, όπως η αναγκαστική στείρωση και άμβλωση, η κράτηση των μητέρων και νεογνών μετά τον τοκετό για οικονομικούς λόγους, αναγκαστικές και κλινικά αδικαιολόγητες καισαρικές τομές, περιττή ή/και μη συναινετική περινεοτομή, άσκοπη χρήση συνθετικής ωκυτοκίνης, χειρωνακτική βασική πίεση (χειρισμός Kristeller) κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού, έλλειψη σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και της εμπιστευτικότητας κατά τη διεξαγωγή κολπικής εξέτασης και έλλειψη συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης.

Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης (Parliamentary Assembly Council Of Europe, 2019) επικαλούμενη τον WHO, τον νόμο της Αργεντινής και της Βενεζουέλας για τη μαιευτική βία, καθώς και τη Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης και τον Ειδικό Εισηγητή των Ηνωμένων Εθνών για τη βία κατά των γυναικών, κατέταξε στο πλαίσιο της μαιευτικής βίας πράξεις ακατάλληλες ή μη συναινετικές, την περινεοτομία χωρίς συγκατάθεση, την κολπική ψηλάφηση χωρίς συγκατάθεση, τον χειρισμό Kristeller, επώδυνες επεμβάσεις χωρίς αναισθητικά και σεξιστική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια ιατρικών επισκέψεων

Το 2007, η Βενεζουέλα υιοθέτησε έναν ορισμό της μαιευτικής βίας, σύμφωνα με τον οποίο η βία αυτή οδηγεί στην οικειοποίηση των γυναικείων σωμάτων και αναπαραγωγικών

διαδικασιών μέσω απάνθρωπων θεραπειών, υπεριατρικοποίησης και παθολογικοποίησης φυσικών διεργασιών. Ο ορισμός περιλαμβάνει επίσης τις συνέπειες της μαιευτικής βίας, όπως η απώλεια αυτονομίας των γυναικών, η απώλεια της ικανότητας να αποφασίζουν ελεύθερα για το σώμα και τη σεξουαλικότητά τους, καθώς και η επιδείνωση της ποιότητας ζωής των γυναικών (Battisti, 2022).

Η Ομάδα Εργασίας των Ηνωμένων Εθνών (UN Working Group on discrimination against women in law and practice regarding health and safety - A/HRC/32/44). για τις διακρίσεις κατά των γυναικών επιβεβαίωσε ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσανάλογο κίνδυνο να υποβληθούν σε ταπεινωτική και εξευτελιστική μεταχείριση στις μονάδες υγείας, ιδίως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της περιόδου μετά τον τοκετό. Η εργαλειοποίηση των σωμάτων των γυναικών λαμβάνει χώρα για πολιτιστικούς, πολιτικούς και οικονομικούς σκοπούς που ριζώνουν στις πατριαρχικές παραδόσεις. Η Ομάδα Εργασίας εξηγεί ότι η παθολογικοποίηση της συμπεριφοράς και της βιολογικής φυσιολογίας των γυναικών αποτελεί έκφραση ιστορικής πρακτικής υποκειμενοποίησης, συνεχίζοντας να διαδίδεται από το πατριαρχικό σύστημα για τη διατήρηση των φύλων.

2.1.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την μαιευτική βία

Οι περισσότερες γυναίκες που υφίστανται μαιευτική βία συναντούν επαγγελματίες υγείας που διαπράττουν παραβιάσεις σε μονάδες υγείας όπου δεν πληρούν τα επαγγελματικά πρότυπα (Perera et al., 2022). Επομένως, οι ασθενείς σε τέτοια κέντρα είναι πιθανό να έρθουν αντιμέτωποι με περιστατικά βίας και αυτό οφείλεται στη φύση των υπηρεσιών που προσφέρονται και μερικές φορές οφείλεται στο μεγάλο φόρτο εργασίας και επομένως αποτυγχάνουν να προσφέρουν υπηρεσίες υψηλών επαγγελματικών προδιαγραφών (Perera et al., 2018). Οι οικογένειες με χαμηλότερο εισόδημα είναι πιο ευάλωτες στο να μην λαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, να δέχονται λιγότερη φροντίδα και επομένως να χάνουν ευκολότερα την αυτονομία τους (Molla et al., 2022).

Το κοινωνικο-μορφωτικό επίπεδο έχει αναφερθεί ως μεταξύ των παραγόντων που σχετίζονται με τη μαιευτική βία, π.χ. στην ύπαιθρο όπου ενδεχομένως το κοινωνικο-μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλότερο από αυτό που παρατηρείται στα αστικά κέντρα, παρατηρούνται λιγότερα κρούσματα σε σχέση με αυτά που εμφανίζονται στον αστικό ιστό. Ο λόγος πίσω από αυτό είναι ότι πολλές γυναίκες στις αγροτικές περιοχές έχουν λιγότερη επίγνωση σχετικά με την έννοια της αυτονομίας και το δικαίωμα αυτοκαθορισμού τους,

έχουν εκτεθεί λιγότερο σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και δεν είναι ευαισθητοποιημένες στην κακή μεταχείριση και την κακοποίηση από τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και το βλέπουν ως φυσιολογική συμπεριφορά από τους επαγγελματίες υγείας (Edward & Kibanda, 2022). Επίσης, παρουσιάστηκε η ηλικία ως ένας σημαντικός παράγοντας, με τα ευρήματα να υποδεικνύουν ότι οι νεαρές γυναίκες που είναι έγκυες είναι περισσότερο ευάλωτες σε τέτοιου είδους καταστάσεις (Molla, et al., 2022).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης των Molla et al. (2022) που διεξήχθη με τη χρήση ποιοτικών μεθόδων μεταξύ 661 μητέρων που επιλέχθηκαν τυχαία στο Gedeo της Νότιας Αιθιοπίας, από την 1η Μαΐου έως τις 30 Μαΐου 2020 για τον προσδιορισμό των σημαντικών παραγόντων που σχετίζονται με τη μαιευτική βία, το μέγεθος εμφάνισής της ήταν μεγάλο. Η συνήθης μαιευτική βία περιλαμβάνει μη αξιοπρεπή περίθαλψη και φροντίδα χωρίς συγκατάθεση, που συχνά καθιστούν την επιλογή του τοκετού στο σπίτι προτιμότερη από την επίσκεψη σε ιατρικό κέντρο. Αυτό, ωστόσο, μπορεί να επιδεινώσει τη μητρική υγεία και να αυξήσει τη θνησιμότητα, σύμφωνα με την έρευνα που βασίζεται σε ποιοτική προσέγγιση (Molla et al., 2022).

Υπάρχουν ομάδες γυναικών που φαίνεται να είναι πιο ευάλωτες στη μαιευτική βία λόγω συγκεκριμένων χαρακτηριστικών ή εμπειριών, όπως η εκπαίδευση, η νεαρή ηλικία, η μη πλειοψηφική εθνικότητα, το χαμηλότερο οικογενειακό εισόδημα, και η διαμονή σε αγροτικές περιοχές. Ωστόσο, μεγάλο μέρος της επιστημονικής βιβλιογραφίας για αυτό το θέμα υιοθετεί μια τμηματοποιημένη προσέγγιση της ευαλωτότητας και της «θυματοποίησης» (Sasseville et al, 2022), δηλ., αναφέρει για τη μαιευτική βία που βιώνουν γυναίκες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, γυναίκες με αναπηρίες, μετανάστριες, μαύρες γυναίκες ή άλλες έγχρωμες γυναίκες. Αυτές οι εμπειρίες βίας των ευάλωτων γυναικών πρέπει να τεκμηριώνονται καλύτερα και να αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού για τη διασφάλιση πιο δίκαιων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Perera, et al., 2022).

Έρευνες που διεξήχθησαν στην Ινδία έχουν δείξει ότι η μαιευτική βία κατά τη διάρκεια του τοκετού προκαλεί φόβο για τη γέννηση, που μπορεί να αποθαρρύνει τις γυναίκες από το να ζητήσουν φροντίδα, ακόμη και όταν αντιμετωπίζουν επιπλοκές (Mayra and Kumar 2017; Jha et al. 2017). Αυτό με τη σειρά του έχει ως αποτέλεσμα οι γυναίκες να αποφεύγουν τον τοκετό στις μονάδες υγείας, απειλώντας έτσι την πρόοδο προς τη μείωση της μητρικής θνησιμότητας. Η ανεπάρκεια ιδιωτικότητας αναφέρεται ως ένας παράγοντας που πιέζει τις

γυναίκες να αποφασίσουν υπέρ της τοκετού σε υγειονομικές δομές (Van der Waal & Mayra, 2023).

2.1.5 Το συστημικό και επιστημονικό αποτύπωμα της μαιευτικής βίας

Μια συνέπεια της μαιευτικής βίας είναι ότι ο μαιευτήρας ή η μαία αναδεικνύονται ως οι κύριοι συντελεστές κατά τη διαδικασία του τοκετού, αντί της ίδιας της γυναίκας που γεννάει. Ένα παράδειγμα αυτού είναι η χρήση του ρήματος "delivering" στην αγγλική γλώσσα. Στα αγγλικά, ο γιατρός ή η μαία γεννά τη μητέρα του μωρού της. Αυτό αντικατοπτρίζει τον τρόπο με τον οποίο ο μαιευτήρας εμφανίζεται ως ενεργός παράγοντας κατά τη διάρκεια του τοκετού, ενώ η γυναίκα που γεννάει αντιμετωπίζεται ως αντικείμενο της γέννησης. Άλλα αποτελέσματα για τη γυναίκα και την οικογένειά της περιλαμβάνουν τραύματα από τη γέννηση, το σύνδρομο μετατραυματικού στρες (PTSD), τον φόβο του τοκετού και την μετατοκοφοβία (την κατάθλιψη μετά τον τοκετό) (Scotland 2020; Pickles and Herring, 2020). Οι γυναίκες δυσκολεύονται να περιγράψουν την εμπειρία τους και συχνά χρησιμοποιούν τις εκφράσεις του προσώπου που άσκησε τη βία, σε αυτήν την περίπτωση επαναλαμβάνουν τις ιατρικές ορολογίες που τους λένε οι επαγγελματίες υγείας ότι ήταν απαραίτητες για την επιβίωση του μωρού και της γυναίκας. Σύμφωνα με την Kitzinger, (1992) οι γυναίκες που έχουν υποστεί βία κατά τη διάρκεια του τοκετού συνήθως διστάζουν να μοιραστούν τις εμπειρίες τους. Αντιμετωπίζουν αισθήματα φόβου, πόνου και απομόνωσης, αισθάνονται αποξενωμένοι και αβοήθητοι, ενώ επίσης νιώθουν ότι κανείς δεν θα μπορούσε να κατανοήσει την κατάστασή τους. Όταν βρίσκουν τις λέξεις για να μοιραστούν την εμπειρία τους, κάνουν παραλληλισμούς με το αίσθημα του βιασμού, και ο λόγος τους περιλαμβάνει λέξεις όπως «απογύμνωση», «δέσιμο», «έκθεση», «απόρριψη», «σοκ», «μούδιασμα» και «αίσθηση ότι πάνε στο σφαγείο» (Van der Waal & Mayra, 2023).

Η παρατήρηση συμβάντων τραυματικών γεννήσεων, η πίεση για αντιμετώπιση της μαιευτικής βίας και του ρατσισμού, καθώς και η εργασία σε περιβάλλοντα που θεωρούνται τραυματικά, έχουν επίσης ανεπιθύμητες επιπτώσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό, τις μαίες και τους μαιευτήρες/γυναικολόγους, συμπεριλαμβανομένων υψηλών επιπέδων δευτερογενούς τραύματος, PTSD και τοκοφοβίας (Van der Waal et al. 2021· Mayra et al. 2021b). Συχνά, η προσοχή που δίνεται στη φροντίδα της μητέρας κατά τη διάρκεια του τοκετού θεωρείται λιγότερο σημαντική σε σύγκριση με την ασφάλεια του εμβρύου. Αυτή η προτεραιότητα μπορεί να απορρέει από τον γενικό στόχο της μαιευτικής να διασφαλίσει την

επιτυχή γέννηση. Οι επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν τον ρόλο τους στη διαδικασία του τοκετού ενδέχεται να αντιμετωπίζουν ένα αίσθημα ευθύνης που εστιάζει στην ευημερία του εμβρύου, μερικές φορές περιορίζοντας ή αγνοώντας τις ανάγκες και την εμπειρία της μητέρας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια αντίφαση όπου η μητέρα θεωρείται μόνο ως φορέας του εμβρύου, περιορίζοντας έτσι την εμπειρία της και ενισχύοντας την εντύπωση ενός "εμβρυϊκού δοχείου" (Van der Waal & Kaveri, 2023).

Επιπλέον, ορισμένοι συγγραφείς έχουν εκφράσει ανησυχία για την αύξηση της μαιευτικής βίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Sadler et al., 2020). Σπανίως στην επιστημονική βιβλιογραφία ο θηλασμός αντιμετωπίζεται ως ένα δικαίωμα στην αναπαραγωγική υγεία και συχνά παραγνωρίζεται. Ως εκ τούτου, κατά τη διάρκεια της πανδημίας SARS-CoV-2, διατυπώθηκαν ανοιχτές συστάσεις για τη μη έναρξη ή/και την πρόωρη διακοπή του θηλασμού χωρίς επιστημονική βάση που να υποστηρίζει τέτοιες αποφάσεις (Kotlar et al., 2021). Από την έναρξη της πανδημίας COVID-19, οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκδήλωσαν υποστήριξη για τον θηλασμό (WHO, 2020) και παρουσίασαν ενδείξεις για την ισχυρή ανοσολογική αντίδραση του γυναικείου οργανισμού στον ιό SARS-CoV-2 μέσω της μετάδοσης αντισωμάτων από το μητρικό γάλα (Fox et al., 2020). Παρότι η επιστημονική βιβλιογραφία δεν έχει καταγράψει αυξημένο κίνδυνο για την υγεία των εγκύων και θηλαζουσών γυναικών από τη λοίμωξη SARS-CoV-2 (Kotlar et al., 2021), οι αλλαγές στην υγειονομική περίθαλψη, την κοινωνική πολιτική και τις κοινωνικές συνθήκες έχουν οδηγήσει σε αλλαγές στη φροντίδα των γυναικών κατά τον τοκετό σε ολόκληρη την Ευρώπη (Coxon et al., 2020). Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η εμπειρία ενός τραυματικού τοκετού επηρεάζει την επιτυχία του θηλασμού (Beck, 2015). Υπάρχει πιθανότητα οι γυναίκες να βιώσουν μια διχοτόμηση, όπου ο θηλασμός μπορεί να αντιληφθεί είτε ως βάρος και συνεχής υπενθύμιση του τραύματος, είτε ως μια λυτρωτική εμπειρία. Παρόλα αυτά, οι περισσότερες γυναίκες που αντιμετώπισαν ένα τραυματικό τοκετό αντιμετωπίζουν προβλήματα με το θηλασμό (Mena-Tudela et al., 2022). Αυτές οι γυναίκες χρειάζονται επιπλέον υποστήριξη για να διατηρήσουν την απόφασή τους να θηλάσουν (Beck, 2015). Έχει δείξει ότι η εμπειρία ενός τραυματικού τοκετού μπορεί να επηρεάσει την απόφαση της μητέρας να θηλάσει κατά τη διάρκεια της πανδημίας SARS-CoV-2 (Diamond & Colaianni, 2022).

Δεν υπάρχουν μελέτες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ μαιευτικής βίας και θηλασμού. Ωστόσο, μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση από τη μελέτη των Leite et al. (2022) είναι ότι η μαιευτική βία κατά τη διάρκεια του τοκετού μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες θηλασμού

μετά την εξιτήρια από το μαιευτήριο. Επιπλέον, φαίνεται ότι η επίδραση της μαιευτικής βίας στο θηλασμό είναι ισχυρότερη σε γυναίκες που έχουν κοιλικό τοκετό. Μια υπόθεση για να εξηγηθεί αυτό το αποτέλεσμα είναι ότι οι γυναίκες που έχουν κοιλικό τοκετό ενδέχεται να υφίστανται πιο σοβαρές μορφές μαιευτικής βίας σε σύγκριση με τις γυναίκες που γεννούν με καισαρική τομή (Leite et al., 2020). Ένα επιπλέον σημαντικό θέμα που πρέπει να αναφερθεί είναι ο έμμεσος αντίκτυπος που ασκεί η μαιευτική βία στη διάρκεια του μακροχρόνιου θηλασμού. Ο πρωταρχικός παράγοντας που επηρεάζει αυτό το αποτέλεσμα είναι κυρίως ο θηλασμός κατά τη διάρκεια της περιόδου λοχείας. Αυτό δείχνει ότι η πλειοψηφία των γυναικών που δεν αρχίζουν το θηλασμό τις πρώτες ημέρες αμέσως μετά τον τοκετό διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μην συνεχίσουν το θηλασμό αργότερα (Leite et al., 2022). Ως εκ τούτου, η έναρξη του θηλασμού αμέσως μετά το τοκετό είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση του θηλασμού τους επόμενους μήνες (WHO, 2018).

2.2. Βιοηθική προσέγγιση

Η λέξη ‘*Βιοηθική*’ αποτελείται από δύο συνθετικά: Το ουσιαστικό *Βίος* που σημαίνει ζωή και το επίθετο *Ηθικός* που σημαίνει αυτός που σχετίζεται με εγκρατή, λειτουργική, κοινωνικά αποδεκτή κι ενίοτε αξιόπαινη συμπεριφορά. Η ηθική ασχολείται με αξίες και η βιοηθική επομένως ασχολείται με αξίες που σχετίζονται με τη ζωή και τις διαδικασίες της ζωής (Helland, 2001).

Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η εκρηκτική πρόοδος των Βιολογικών επιστημών και η δυνατότητα του ανθρώπου να παρεμβαίνει σε βιολογικές διαδικασίες έδωσαν εκ νέου ώθηση στην ηθική διάσταση της ιατρικής και υγειονομικής φροντίδας, βάζοντας τα θεμέλια για την δημιουργία ενός νέου γνωστικού πεδίου και ενός διεπιστημονικού κλάδου που επικράτησε υπό τον όρο Βιοηθική. Βιοηθική είναι εκείνος ο κλάδος της επιστήμης που ασχολείται με ηθικά ζητήματα που προέκυψαν ύστερα από τις νέες ανακαλύψεις της Ιατρικής, της Τεχνολογίας, της Βιολογίας και τις εφαρμογές της Γενετικής. Η Βιοηθική ως μια καινούργια έννοια και κλάδος αναπτύχθηκε ευρέως και σταδιακά εξελίχθηκε ως συνέχεια τρόπων τινά της Ιατρικής Ηθικής. Σήμερα αποτελεί ένα αυτόνομο και διεπιστημονικό γνωστικό πεδίο. Με τον όρο Βιοηθική αποδίδεται «ο σεβασμός του ατόμου, ο σεβασμός της γνώσης, η άρνηση της κερδοσκοπίας και το συναίσθημα της ευθύνης προς τον άνθρωπο και τις επόμενες γενιές, υπό το πρίσμα της κοινωνικής δικαιοσύνης και αλληλεγγύης» (Αλαχιώτης, 2011).

Η βιοηθική είναι ο κλάδος της επιστήμης που μελετά τη σχέση του ανθρώπου με τα έμψυχα όντα και έχει ως σκοπό να κατανοήσει και να επιλύσει ηθικά ζητήματα και προβληματισμούς που προκύπτουν από την εξέλιξη στον χώρο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας (Σκουτέρης 2023). Η ηθική της υγειονομικής περίθαλψης ασχολείται με ηθικά διλήμματα στους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, της ιατρικής και της επιστήμης. Οι ηθικοί κανόνες και η εφαρμογή τους φαίνεται να έχουν μακρά ιστορία η οποία χρονολογείται από το αρχαίο παρελθόν. Στο τρέχον πλαίσιο, τόσο οι εξελίξεις στον ιατρικό τομέα όσο και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, όσον αφορά τις ηθικές ανησυχίες, αναπτύσσονται με τον ίδιο ρυθμό. Έτσι, η αναμφισβήτητα κρίσιμη λειτουργία της βιοηθικής επιβάλλεται. Με έμφαση στα ηθικά στοιχεία της βιοηθικής, οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να τηρούν τους ηθικούς κανόνες κατά την άσκηση, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Επειδή οι δεοντολογικές δοκιμασίες συνδέονται με ανησυχίες στην ιατρική περίθαλψη, η χρήση της βιοηθικής μπορεί να βελτιώσει σημαντικά το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας μας. Η βιοηθική επικεντρώνεται στην ηθική της ιατρικής και στην ανάλυση της ισορροπίας μεταξύ των πλεονεκτημάτων, των κινδύνων και των υποχρεώσεων. Έχει αντίκτυπο τόσο στους ασθενείς όσο και στους παρόχους υγείας σε όλους τους κύκλους της ζωής (Rosenbaum, 2014). Η βιοηθική όχι μόνο παρέχει στους ιατρούς κατευθυντήριες οδηγίες για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων και την εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, αλλά επίσης έχει σημαντική επίδραση στις πολιτικές και νομικές μεταρρυθμίσεις των πρόσφατων ετών.

Σύμφωνα με τους Beauchamp και Childress (2012), η βιοηθική διέπεται από τέσσερις βασικές αρχές: η αρχή της αυτονομίας, η αρχή της ευεργεσίας ή ωφέλειας, η αρχή της μη βλάβης και η αρχή της δικαιοσύνης. Η αρχή της αυτονομίας υπάρχει ως «*primum inter partes*», που σημαίνει πρώτη μεταξύ ίσων αρχών. Από την άλλη, η αρχή της ευεργεσίας περιλαμβάνει τη φιλανθρωπία, την ευγένεια και τον αλtruισμό και ταυτόχρονα οδηγεί στην υποχρέωση του συμπολίτη να συμβάλλει στην επίτευξη διαφόρων σημαντικών και θεμιτών συμφερόντων, υπό τον όρο ότι δεν κινδυνεύει να εκτεθεί σε κάθε κίνδυνο (Sakellarakis, 2019).

Οι αρχές αυτές έχουν αναγορευτεί ως οι βασικοί πυλώνες του βιοηθικού στοχασμού και αποτελούν βασικό γνώμονα για τη λήψη αποφάσεων ενόψει βιοηθικών διλημάτων.

1. Αρχή της αυτονομίας (principle of autonomy): Πρόκειται για θεμελιώδη ηθική αρχή. Η συγκεκριμένη αρχή περιλαμβάνει το ατομικό δικαίωμα για

αυτοπροσδιορισμό ως έκφραση της ανθρώπινης αξίας και της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας. Κάθε άτομο διατηρεί το θεμελιώδες και αναφαίρετο δικαίωμα του να αυτοπροσδιορίζεται και να οριοθετεί-μεταξύ άλλων- τα όρια των επεμβάσεων τρίτων στο σώμα του. Το θεμελιώδες αυτό δικαίωμά του το παρακρατεί και ως ασθενής, προκειμένου να αποφασίζει ο ίδιος για τη θεραπεία του και ειδικότερα τη διενέργεια ιατρικών πράξεων που υποστηρίζουν ή συντηρούν τις λειτουργίες του οργανισμού του (Παπαδοπούλου, 2013). Η αρχή της αυτονομίας προβάλλει το δικαίωμα του ανθρώπου να αποφασίσει για τη ζωή του και να καθορίζει ελεύθερα την ηθική του υπόσταση έρχεται σε αντίθεση με τον πατερναλισμό που χαρακτηρίζει την παραδοσιακή ιατρική αλλά και γενικότερα την παραδοσιακή αντίληψη ότι ο ειδικός είναι αυτός που θα πρέπει να αποφασίσει για τους άλλους. Ο πατερναλισμός έχει ως αφετηρία του ότι η ωφέλεια του ατόμου έχει προτεραιότητα έναντι της αυτονομίας του με δεδομένο βέβαια ότι την ωφέλεια του ατόμου τη διασφαλίζει καλύτερα ο ειδικός επιστήμονας παρά το ίδιο το άτομο (Κουτσελίνης, 1999). Παλαιότερα υπήρχε μια πατερναλιστική προσέγγιση στην οποία ο ιατρός υπαγόρευε διάφορες εναλλακτικές θεραπείες στους ασθενείς. Πλέον υπάρχει η τάση προς στην αυτονομία και τη συναίνεση, όπου ο ασθενής έχει μεγαλύτερο λόγο στις αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία. Η αυτονομία είναι συνυφασμένη με τις έννοιες της συναίνεσης και της ικανότητας. Η αρχή της αυτονομίας εισάγει την υποχρέωση όλων εκείνων που παρεμβαίνουν με οποιοδήποτε τρόπο στην ηθική και σωματική υπόσταση του ανθρώπου, να λαμβάνουν και να εξασφαλίζουν τη συναίνεση και τη συγκατάθεση του. Μαζί με την έννοια της ελευθερίας της συναίνεσης και του αυτοκαθορισμού πάνω στις οποίες δομείται θωρακίζει την αξιοπρέπεια του ατόμου και είναι ίσως σημαντικότερη από την αρχή της ωφέλειας αφού την ωφέλεια για το άτομο την καθορίζει πρωτίστως το ίδιο το άτομο (Beauchamp & Childress, 2008).

2. Η αρχή της ωφέλειας (principle of beneficence): Η αρχή της ωφέλειας επεκτείνει την αρχή της μη βλάβης και επισημαίνει ότι όχι μόνο δεν πρέπει να προκαλείται βλάβη αλλά θα πρέπει να επιδιώκεται με κάθε τρόπο η ωφέλεια για τον άνθρωπο. Σε αντίθεση με την πρώτη, η οποία αφορά σε μη πράξη, η αρχή της ωφέλειας ή του ωφελείου αναφέρεται σε πράξη ή ενέργεια πάνω στον άνθρωπο ή σε ενέργειες που στοχεύουν στην πρόληψη και στην αποφυγή οποιασδήποτε βλάβης. Η υποχρέωση του ιατρού είναι να προωθεί το συμφέρον του ασθενούς και να τηρεί μια σειρά από ηθικούς κανόνες που περιλαμβάνουν την προστασία και υπεράσπιση των

δικαιωμάτων του ασθενούς, την πρόληψη της βλάβης, την αποφυγή καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη, την υποστήριξη των ατόμων με αναπηρίες και τη διάσωση ατόμων σε κίνδυνο. Η αρχή απαιτεί όχι μόνο την αποφυγή βλάβης, αλλά και την ωφέλεια των ασθενών και την προώθηση της ευημερίας τους. Η ευεργεσία, ή το να είσαι καλός, συνεπάγεται όχι απλώς «να μεταχειρίζεσαι τους άλλους ανεξάρτητα και να αποφεύγεις να τους τραυματίζεις», αλλά και «να συμβάλλεις στην ευημερία τους». Η αρχή της ευεργεσίας απαιτεί από τον ιατρό να δρα προς όφελος του ασθενούς και να στηρίζεται σε μια σειρά από ηθικούς κανόνες που περιλαμβάνουν την προστασία και υπεράσπιση των δικαιωμάτων των άλλων, την πρόληψη της βλάβης, την εξάλειψη συνθηκών που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη, την παροχή βοήθειας σε άτομα με αναπηρίες και τη διάσωση ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο. Επιδιώκει όχι μόνο την αποφυγή βλάβης, αλλά και τον προσδιορισμό του καλού για τους ασθενείς και την προώθηση της ευημερίας τους (Varkey, 2021).

3. Αρχή της μη βλάβης: Σύμφωνα με τους Beauchamp και Childress, είναι δυσδιάκριτα τα όρια που διαχωρίζουν την αρχή της ωφέλειας από την αρχή της μη βλάβης, όμως είναι πιο δύσκολο να επιτευχθεί η ωφέλεια, καθώς όταν θέλουμε να βοηθήσουμε κάποιον απαιτείται η διενέργεια θετικών βημάτων για το σκοπό αυτό. Ωστόσο, θετικές ενέργειες απαιτούνται, ακόμα και όταν αναφερόμαστε σε πρόληψη ή αποτροπή βλάβης. Επομένως, ο όρος *μη βλάβη* περιορίζεται στην περιγραφή ενεργειών που αφορούν την μη πρόκληση βλάβης, ενώ η ωφέλεια χρησιμοποιείται ως όρος για ενέργειες που περιλαμβάνουν πρόληψη ή απομάκρυνση της βλάβης και προώθηση της ωφέλειας. Η ωφέλεια αναγνωρίζεται ως ένα καθήκον από τη μία να παρέχονται οφέλη, να προλαμβάνονται και να απομακρύνονται οι βλάβες και από την άλλη ως καθήκον, να διατηρείται μια ισορροπία ανάμεσα στα πιθανά καλά και στα πιθανά κακά αποτελέσματα μιας πράξης (Beauchamp & Childress, 2012). Η αρχή του μη βλάπτειν αναφέρεται στην αποχή του θεράποντος από οποιαδήποτε ενέργεια ενδέχεται να βλάψει με οποιοδήποτε τρόπο τον ασθενή. Σύμφωνα με την αρχή της μη βλάβης η παρέμβαση στον άνθρωπο στο πλαίσιο της παροχής φροντίδας υγείας θα πρέπει να γίνεται με τέτοιον τρόπο ώστε να μην προκαλεί οποιαδήποτε ηθική ή σωματική βλάβη. Αποτελούσε και βασική αρχή στον όρκο του Ιπποκράτη και αναφέρεται τόσο στη βλάβη της ζωής όσο και στην μικρότερου βαθμού βλάβη όπως μια νύξη με βελόνα ή οποιαδήποτε τομή ή τραύμα στο σώμα. Βλάβη μπορεί

όμως να υποστεί ο άνθρωπος και ως ηθικό υποκείμενο όταν για παράδειγμα θιγούν οι αξίες του οι πεποιθήσεις του και τα δικαιώματά του.

4. Αρχή της δικαιοσύνης (principle of justice): Η θεμελιώδης ισότητα όλων των ανθρώπινων όντων ως προς την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα πρέπει να γίνεται σεβαστή, ώστε να αντιμετωπίζονται δίκαια και ισότιμα (UNESCO, 2005). Η δικαιοσύνη ερμηνεύεται ως η έντιμη, δίκαιη και κατάλληλη μεταχείριση των ατόμων. Στο πλαίσιο της κλινικής δεοντολογίας, η διανεμητική δικαιοσύνη είναι η πλέον σχετιζόμενη. Αναφέρεται στη δίκαιη, έντιμη και κατάλληλη κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, με βάση δικαιολογημένα πρότυπα που ορίζουν την κοινωνική συνεργασία. Αυτή η αρχή μπορεί να επιτευχθεί μέσω διαφορετικών αρχών, όπως η ισότιμη κατανομή, η κάλυψη αναγκών, η αναλογικότητα προς την προσπάθεια, η συνεισφορά, η αξία και η ελεύθερη αγορά. Η προσπάθεια επιλογής, εξισορρόπησης και βελτίωσης αυτών των αρχών είναι προβληματική, αλλά αναγκαία για να δημιουργηθεί μια συνεκτική και εφαρμόσιμη λύση για τη διανομή ιατρικών πόρων. Παραδείγματα σχετικά με ζητήματα διανεμητικής δικαιοσύνης στην κλινική πρακτική περιλαμβάνουν την αναδιανομή σπάνιων πόρων (όπως εξοπλισμός, εξετάσεις, φάρμακα, μεταμοσχεύσεις οργάνων), τη φροντίδα μη ασφαλισμένων ασθενών και τη διανομή χρόνου για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία (ίση διάρκεια για κάθε ασθενή βάσει ανάγκης ή πολυπλοκότητας, λαμβάνοντας υπόψη την κοινωνική και/ή οικονομική κατάσταση). Όσο δύσκολο κι αν είναι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αποδεχτούν την απαίτηση της δικαιοσύνης που περιέχεται σε αυτή την αρχή (Varkey, 2020). Επειδή οι πόροι υγειονομικής περίθαλψης είναι συχνά περιορισμένοι, είναι ευθύνη των ειδικών της δημόσιας υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης να αποφασίσουν πώς θα τους διανείμουν κατάλληλα. Αυτή μπορεί να είναι μια δύσκολη προσπάθεια, και πολλές φορές οι γιατροί γίνονται μάρτυρες ανισοτήτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα με τη γεωγραφική θέση και τις κοινωνικοοικονομικές εκτιμήσεις (The ethics Center, 2017). Η δικαιοσύνη προς τον ασθενή αναλαμβάνει πρωταρχικό ρόλο όταν υπάρχουν συγκρούσεις συμφερόντων. Ένα προφανές παράδειγμα παραβίασης αυτής της αρχής θα ήταν όταν επιλέγεται μια συγκεκριμένη θεραπεία προτιμώντας την έναντι άλλων επιλογών ή επιλέγεται ένα ακριβό φάρμακο αντί ενός εξίσου αποτελεσματικού αλλά λιγότερο ακριβού επειδή εξυπηρετεί τα οικονομικά συμφέροντα του γιατρού ή για άλλους λόγους (Varkey, 2020).

2.2.1. Οι βιοηθικές διαστάσεις της μαιευτικής βίας

Ο ρόλος της βιοηθικής είναι να δώσει τις κατευθύνσεις για την επίλυση σημαντικών βιοηθικών ζητημάτων με τη χρήση των κατάλληλων μεθοδολογικών εργαλείων και θεμελιωδών ηθικών-φιλοσοφικών αρχών. Η προσπάθεια κατανόησης, λοιπόν, των ηθικών ζητημάτων επιτυγχάνεται διαμέσου μεθόδων, η επιλογή των οποίων υπήρξε πάντοτε ένα από τα καίρια ζητήματα της βιοηθικής. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δεν δύναται να υπάρξει μια γενικευμένη κανονιστική θεωρία, η οποία να συνιστά τη μοναδική απάντηση για κάθε βιοηθικό ζήτημα. Η ίδια η φύση των ζητημάτων της Βιοηθικής, άλλωστε, καθιστά φανερό στην πράξη ότι είναι σχεδόν ακατόρθωτο να υπάρξει μια κάποια μορφή συναίνεσης αναφορικά με έναν κοινά αποδεκτό τρόπο αντιμετώπισης τους (Παπαδοπούλου 2015). Ωστόσο, γίνεται ευρέως δεκτό πως δύναται να ληφθούν υπόψη τα πιο σημαντικά στοιχεία κάθε θεωρίας και να λειτουργήσουν συνδυαστικά στην αντιμετώπιση κάποιου βιοηθικού ζητήματος (Childress 2009). Στη Βιοηθική οι αρχές λειτουργούν περισσότερο ως κατευθυντήριες αρχές, είναι ανοιχτές σε διαφορετικές ερμηνείες, ακόμη και αντιφατικές, και δύναται να τύχουν πολλές μορφές εφαρμογών. Η προσπάθεια εύρεσης κοινής βάσης σύγκλισης συνιστά αναμφίβολα ένα δύσκολο εγχείρημα, ωστόσο οι κοινές ηθικές αρχές που βρίσκονται στο επίκεντρο των Θεωριών αυτών επιφέρουν την απαραίτητη ισορροπία. Σύμφωνα με τους Beauchamp & Childress (2008) κάθε ηθική αρχή είναι δεσμευτική, πλην των περιπτώσεων εκείνων, όπου έρχεται σε αντιδιαστολή με μια κάποια άλλη ηθική αρχή, οπότε κρίνεται αναγκαία η επιλογή της μίας εκ των δύο.

Τις τρεις περίπου τελευταίες δεκαετίες, έχει αναπτυχθεί ως μέρος της βιοηθικής η λεγόμενη φεμινιστική ηθική αναπτύχθηκαν ως κινήματα για την καταπολέμηση άδικων κοινωνικών και δομικών φαινομένων. Η φεμινιστική βιοηθική προέκυψε από την ανάγκη για μια πιο ουσιαστική γλώσσα που να μπορεί να αντιμετωπίσει τα μοναδικά εμπόδια και τις βλάβες που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στο ιατρικό περιβάλλον (Berzon & Shabot, 2023). Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990, αυτή η προσέγγιση αντιπροσώπευε μια αντίσταση έναντι της κυρίαρχης νεοφιλελεύθερης βιοηθικής που θεωρούσε την αρχή της αυτονομίας ως πρωταρχική. Επιπλέον, η επαγγελματοποίηση και η ιατρικοποίηση της υγείας των γυναικών έχει επηρεάσει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες αντιλαμβάνονται το σώμα τους (Gillon, 2003). Οι ενσωματωμένες βιολογικές διαδικασίες των γυναικών, όπως η εμμηνόρροια, η γέννηση και η εμμηνόπαυση, συχνά χαρακτηρίζονται ως παθολογικές και θεωρούνται ότι απαιτούν ιατρική παρέμβαση, με αποτέλεσμα οι βιοηθικές αντιδράσεις να πρέπει να λάβουν υπόψη τους τον αντίκτυπο αυτής της αλλαγής στην εμπειρία των

γυναικών. Η φεμινιστική βιοηθική, απαντώντας σε αυτές τις προκλήσεις, δεν είναι ομοιογενής, αλλά αντιθέτως περιλαμβάνει μια ποικιλία φιλοσοφικών προσεγγίσεων που έχουν κοινή την έμφαση στην ανάλυση των διαφορών στην εξουσία που επηρεάζουν την ιατρική εμπειρία των γυναικών παγκοσμίως (Berzon & Shabot, 2023).

Στο άρθρο των Martín-Badía et al, 2021 περιγράφεται μια πιο εμπειρισματομένη ματιά στις εμπειρίες μαιών, προκειμένου να αναδειχθεί η ηθική άποψη της μαιευτικής βίας. Σκοπός της ανάλυσης ήταν να περιγραφούν οι επιπτώσεις που έχουν οι κακές πρακτικές και η βία στη μαιευτική φροντίδα. Μετά την αξιολόγηση των πληροφοριών, προσδιορίστηκαν τέσσερις συγκεκριμένες κατηγορίες, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.2. Σύμφωνα με τους συγγραφείς της μελέτης, η μαιευτική βία παραβιάζει τις βασικές βιοηθικές αρχές και πέρα από το αν ονομάζεται βία ή όχι, αυτό που έχει σημασία από ηθικής άποψης είναι ότι, εφόσον οι γυναίκες έχουν τέτοιες αρνητικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, η μαιευτική φροντίδα χρειάζεται καλύτερο εξανθρωπισμό.

Πίνακας 2.2: Κατηγορίες που ορίζονται από την ανάλυση των εμπειριών των μαιών

Κατηγορίες	Παραδείγματα
Η βλάβη του να ξεχνάς την ευάλωτη θέση των γυναικών	«Η γυναικολογική θέση είναι πραγματικά μια πολύ ευάλωτη θέση για τη γυναίκα, οπότε λοιπόν, οι συναισθηματικές επιπτώσεις που έχει για αυτή τη γυναίκα . . . Οι επαγγελματίες πρέπει να δείχνουν μεγάλη προσοχή σε αυτό». «Για μένα, η μαιευτική βία είναι . . . να εκμεταλλεύεσαι τη στιγμή του τοκετού, να μιλάς τη στιγμή του τοκετού μπροστά στο εκτεθειμένο σώμα της γυμνής γυναίκας».
Η ευεργεσία απαιτεί το σεβασμό της ακεραιότητας και της αξιοπρέπειας των γυναικών	«Θα το χαρακτηρίζα . . . παράλειψη ή υπερβολική παρέμβαση όταν δεν υπάρχει σεβασμός προς τις γυναίκες και έχει άμεση επίδραση στην αξιοπρέπειά τους ως άτομο». «Για μένα αυτό υπονοεί κατάχρηση της ακεραιότητας».
Η ικανότητα των γυναικών να αποφασίζουν και να ελέγχουν τη ζωή τους αφαιρείται από αυτές	«Οι γυναίκες απογοητεύονται από την στέρηση δικαιωμάτων, εξουσίας, αυτονομίας και αυτοπεποίθησης. Βρίσκονται απροστάτευτες καθώς ο επαγγελματίας της υγείας φαίνεται να διαθέτει την κατάλληλη "γνώση"».
Μια πρόκληση στο πλαίσιο της κοινωνικής δικαιοσύνης που επηρεάζει τις γυναίκες	«Δεν μου αρέσει να το αποκαλώ μαιευτική βία γιατί φοβάμαι ότι θα περιοριστεί στον τοκετό. Αντιλαμβάνομαι ότι αυτό αποτελεί βία κατά όλων των γυναικών. Δεν περιορίζεται μόνο στη γέννα, αλλά εκδηλώνεται και σε άλλες καταστάσεις, όπως η αντισύλληψη, η σεξουαλικότητα και η εφηβεία, κατά τις οποίες οι γυναίκες επίσης βιώνουν περιθωριοποίηση».

Πηγή: Martín-Badia et all, 2021

2.2.2 Αυτονομία και αξιοπρέπεια στη Μαιευτική Βία

Σύμφωνα με τον Koksvik (2015) η ερμηνεία της αυτονομίας ως ορθολογικής ικανότητας, δεν εξαρτάται από τη φυσική ελευθερία. Ένα άτομο το οποίο πάσχει από παράλυση ολόκληρου του σώματός του παρά το γεγονός ότι βασίζεται σε άλλους για τις περισσότερες ή ακόμα και όλες τις δραστηριότητες, μπορεί να είναι αυτόνομο. Το γεγονός ότι η αυτονομία εξαρτάται από την ελεύθερη βούληση σημαίνει ότι άτομα που έχουν μειωμένη ικανότητα βούλησης, θα είχαν λίγη ή καθόλου αξιοπρέπεια.

Ωστόσο, ενώ η αξιοπρέπεια φαίνεται να διακυβεύεται σε ορισμένες καταστάσεις, δεν χάνεται ποτέ εντελώς επειδή όλα τα ανθρώπινα όντα έχουν εγγενή αξιοπρέπεια μόνο και μόνο επειδή είναι πρόσωπα. Επομένως, κάθε άνθρωπος αξίζει να αντιμετωπίζεται από όλους τους άλλους ανθρώπους με σεβασμό και εκτίμηση (Lee & George, 2008). Ως εκ τούτου, το

ότι όλα τα ανθρώπινα όντα έχουν αξιοπρέπεια μπορεί να εφαρμοστεί μόνο μέσω της οντολογικής ή εγγενούς αξιοπρέπειας (Κοσμαδάκης, 2017).

Κατά τον Morrissey (2016) η έννοια της αξιοπρέπειας περιέχει μέσα της την έννοια του «σεβασμού της αυτονομίας» η οποία δημιουργεί συγκεκριμένες και ακριβείς υποχρεώσεις ή προδιαγραφές για ενέργειες, όπως για παράδειγμα της ενημερωμένης συγκατάθεσης και της προστασίας του απορρήτου. Στην καθημερινή πρακτική τους, οι μαιές καλούνται να αντιμετωπίζουν τεράστιες προκλήσεις, καθώς πρέπει να λειτουργούν σύμφωνα με τη φιλοσοφία της μαιευτικής, η οποία προάγει τη φροντίδα, την προστασία και την υποστήριξη της σεξουαλικής υγείας και των δικαιωμάτων των γυναικών και τον σεβασμό της εθνικής και πολιτισμικής ποικιλομορφίας (International Confederation of Midwives, 2014a). Επιπλέον, πρέπει να παρέχουν φροντίδα βασισμένη σε σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, εμπιστοσύνης και αξιοπρέπειας (International Confederation of Midwives, 2014b). Ως εκ τούτου, είναι ζωτικής σημασίας να εκπαιδεύονται οι ομάδες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των μαιών και των ιατρών, σχετικά με τη σημασία της παροχής φροντίδας με έμφαση στο φύλο και τα δικαιώματα (Contreras et al., 2021).

Η αρχή της αυτονομίας μπορεί να οριστεί ως ο σεβασμός προς τις αποφάσεις που λαμβάνουν ικανοί ασθενείς, η οποία απαιτεί την παροχή σαφών και κατανοητών πληροφοριών που μπορούν να χρησιμοποιήσουν προκειμένου να προασπίσουν την δική τους ευημερία (Martín-Badía et al., 2021).

Κατά τη διερεύνηση του φαινομένου της μαιευτικής βίας παρατηρήθηκε το εξής παράδοξο. Αφενός, οι γυναίκες αποκτούν όλο και μεγαλύτερη ενδυνάμωση, εκφράζουν τις απόψεις τους με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και είναι σε θέση να αναγνωρίζουν με πιο επικριτικό πνεύμα τις διαφορές μεταξύ των θετικών και των αθέμιτων πρακτικών, προκειμένου να επιλέξουν αυτό που θεωρούν καλύτερο και αφετέρου το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δεν έχει πλήρη επίγνωση αυτού και, μέσω της κατάχρησης εξουσίας από τους επαγγελματίες, συνεχίζει να υπονομεύει τα δικαιώματα, την ελευθερία, την ικανότητα λήψης αποφάσεων και, τελικά, την αυτονομία των γυναικών (Villarme, 2020).

Μέσα σε αυτή την ανάγκη για ενδυνάμωση, οι γυναίκες ζητούν όλο και περισσότερο έναν «φυσιολογικό τοκετό» (τοκετό με την ελάχιστη ιατρική παρέμβαση), προκειμένου να ανακτήσουν το κύρος τους, καθώς πιστεύουν ότι το σώμα τους είναι εξαιρετικά σοφό (Martín-Badía et al., 2021). Ακόμη και ο τοκετός στο σπίτι ζητείται ξανά (Costa-Abós et al., 2020), προκειμένου να αποφευχθεί η μαιευτική βία (Martínez-Mollá et al., 2019). Παρ' όλα

αυτά, σύμφωνα με την έρευνα των Martín-Badia et al (2021), η αυτονομία των γυναικών παραμένει υποβαθμισμένη, καθώς οι μαίες ανέφεραν ότι συχνά υπάρχουν ατελείς διαδικασίες συναίνεσης. Αυτό οφείλεται σε επαγγελματίες με ανεπαρκή δεξιότητα επικοινωνίας, οι οποίοι δεν εξηγούν επαρκώς τις πληροφορίες, παρέχουν προκατειλημμένες ή καθοδηγημένες πληροφορίες και μερικές φορές αφήνουν κενά στην ενημέρωση.

Η κατάλληλη συνοδεία κατά τη διάρκεια του τοκετού συνεπάγεται ότι η εξουσία θα πρέπει να μοιράζεται ανάμεσα στις γυναίκες και τους επαγγελματίες υγείας (Begley et al, 2019), όπως αναφέρεται στην ευρωπαϊκή εκδοχή της αρχής της αυτονομίας, σύμφωνα με την οποία η αυτονομία είναι σχεσιακή και όχι ατομικιστική¹. Αναφέρεται στο γεγονός ότι ο σεβασμός προς την αυτονομία των άλλων δεν απλώς σημαίνει να μην εμποδίζουμε τις αποφάσεις τους, όπως προτείνει η αμερικανική-ατομικιστική εκδοχή της αρχής, αλλά σημαίνει επίσης να παρέχουμε τις κατάλληλες διαδικασίες για τη λήψη αποφάσεων. Σύμφωνα με τη μελέτη των Zamani et al (2019), η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες να εξεύρουν με ασφάλεια τον καλύτερο τρόπο για να σέβονται τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις τους. Ωστόσο, έχει επίσης επισημανθεί ότι η μαιευτική βία μπορεί να καταστρέψει τις σχέσεις και την αμοιβαία εξάρτηση (Martín-Badia et al, 2021).

Η χρήση λεκτικών απειλών αποδυναμώνει την ικανότητα των γυναικών να εκφράσουν τις ιατρικές τους προτιμήσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού και αποτελεί μια μορφή εξαναγκασμού (Diaz-Tello, 2016). Αυτή η ανεπαρκής ενημέρωση παραβιάζει την αρχή της αυτονομίας στη λήψη ιατρικών αποφάσεων μειώνοντας τη δυνατότητα της γυναίκας να προβεί σε ουσιαστικές επιλογές κατά τη διάρκεια του τοκετού ή αγνοώντας τις σαφείς προτιμήσεις της, ενώ παράλληλα διατηρεί και ενισχύει τον ιατρικό πατερναλισμό (Tari and Hamvai, 2019). Αφενός, ο τοκετός θεωρείται "φυσιολογικός", με κάθε γυναίκα να αναμένεται να μπορεί να τον αντιμετωπίσει αφετέρου, οι γυναίκες αντιμετωπίζονται σαν να μην είναι ικανές να εκτελέσουν αυτήν την εργασία χωρίς την ιατρική βοήθεια σε ένα αποστειρωμένο και "ασφαλές" περιβάλλον. Αυτή η αντίφαση μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα ντροπής, απομόνωσης και σιωπής στις γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού (Berzon & Shabot, 2023).

Έχει φανεί ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντί να υποστηρίζει τις ανάγκες ενδυνάμωσης των γυναικών σεβόμενο την αυτονομία και την εξουσία τους, έχει μια

¹ The Barcelona Declaration: Policy Proposals to the European Commission. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw. Barcelona: Partners in the BIOMED-II Project. Available online: <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/Barcelona.htm>

συγκαταβατική στάση απέναντί τους (Newnham et al., 2019). Για όλα αυτά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η μαιευτική βία παραβιάζει την αρχή της αυτονομίας καθώς οι γυναίκες δεν διαθέτουν τόσο την κατάλληλη πληροφόρηση όσο και την κατάλληλη υποστήριξη προκειμένου να την εφαρμόσουν προς όφελος ενός τοκετού που αντανάκλα τις δικές τους αξίες και προτιμήσεις.

2.2.3 Ωφέλεια και μη βλάβη

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει την υποχρέωση να σέβεται τις αποφάσεις των γυναικών. Αυτή η υποχρέωση πρέπει να εξισορροπείται με την υποχρέωση που βασίζεται στην ωφέλεια προς την έγκυο και το έμβρυο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι υποχρεώσεις που βασίζονται στην αυτονομία και την ωφέλεια συνήθως συμπληρώνονται αλληλοστηρίζοντας χωρίς να δημιουργούν ηθικές ή κλινικές αντιφάσεις. Όταν υπάρχουν συγκρούσεις, είναι σημαντικό να επιλύονται με βάση τα ιατρικά δεδομένα και να εξισορροπούνται με τις πολιτιστικές πεποιθήσεις και τις πρακτικές του ασθενούς. Σε πολλά νοσοκομεία, μπορεί επίσης να ζητηθεί η γνώμη μιας επιτροπής δεοντολογίας (Chervenak, et al., 2023).

Σύμφωνα με τους Beauchamp και Childress (2012), η ωφέλεια, η δεύτερη πιο σημαντική εντολή που έχει κάθε επαγγελματίας υγείας, είναι να παρέχει το μέγιστο όφελος ή το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ευημερίας στους ασθενείς του. Η διασφάλιση της ευημερίας των ασθενών απαιτεί τη μετάβαση από μια βιοκεντρική αντίληψη της ιατρικής, σύμφωνα με τα οποία λαμβάνεται υπόψη μόνο το σώμα, σε μια βιοψυχοκοινωνική αντίληψη της υγείας, που οδηγεί στην παροχή φροντίδας που σέβεται την ακεραιότητα και την αξιοπρέπεια των ασθενών (Martín-Badia et al., 2021). Στο πλαίσιο του τοκετού, αυτό έχει επίσης οριστεί ως «φροντίδα μητρότητας με σεβασμό» (Shakibazadeh et al., 2018), η οποία συχνά βλάπτεται καθώς ο τοκετός θεωρείται ιατρική διαδικασία και όχι φυσική διαδικασία. Ως αποτέλεσμα, οι γυναίκες δεν θεωρούνται ως άτομα με δικαιώματα αλλά αντίθετα αντιμετωπίζονται ως αντικείμενα, με αποτέλεσμα να υφίστανται μια απάνθρωπη μορφή φροντίδας που πλήττει την αξιοπρέπειά τους (Mena-Tudela et al., 2021).

Σύμφωνα με μαρτυρίες μαιών, αυτή η απάνθρωπη φροντίδα συνεπάγεται κακοποίηση, ασέβεια, ταπείνωση, αδιάκριτες συμπεριφορές, έλλειψη εκπαίδευσης, έλλειψη οικειότητας (δηλαδή, αφήνοντας τις πόρτες ανοιχτές στις αίθουσες τοκετού), ταπείνωση, ακόμη και

θεραπευτική επιμονή. Αυτό αποδεικνύει μια προσέγγιση βιοκεντρικού χαρακτήρα που επικεντρώνεται στη ζωή, όπου η γυναίκα θεωρείται μόνο ένα βιολογικό ον, αγνοώντας την ολοκληρωμένη της φύση ως ψυχολογική, κοινωνική και βιολογική οντότητα (Martín-Badia et al, 2021). Αυτή η έλλειψη σεβασμού για την αξιοπρέπεια των γυναικών και την ολοκληρωμένη ευημερία είναι η έλλειψη εξανθρωπισμού που μπορεί να επηρεάσει τη θετική έκβαση του τοκετού (Curtin et al, 2020), η οποία είναι το μεγαλύτερο όφελος που αναμένουν να λάβουν οι έγκυες γυναίκες όταν αφήνουν τον εαυτό τους στα χέρια επαγγελματιών. Αυτή είναι η αιτία κατά την οποία παραβιάζεται η αρχή της ωφέλειας.

2.2.4. Αρχή της δικαιοσύνης

Η αρχή της δικαιοσύνης προβλέπει μια ενδεδειγμένη κατανομή των πόρων, η οποία δεν είναι απλά ίση για όλους, αλλά δίκαιη, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες κάθε ατόμου. Σε σχέση με αυτό, η κοινωνική δικαιοσύνη είναι η δίκαιη κατανομή των ευκαιριών για την ανάπτυξη ικανοτήτων, την άσκηση δικαιωμάτων και την επίτευξη αυτοπραγμάτωσης (Nussbaum, 2011).

Σύμφωνα με τη μαιευτική πρακτική, υπάρχουν τρεις βασικοί προβληματισμοί σχετικά με το πώς αντιμετωπίζεται η αρχή της δικαιοσύνης κατά τον τοκετό. Ο πρώτος αφορά την αλληλεπίδραση μεταξύ μαιευτικής βίας, βίας στην υγειονομική φροντίδα και βίας κατά των γυναικών. Η μαιευτική βία πλαισιώνεται από τη βία της υγειονομικής περίθαλψης που υφίστανται πολλοί χρήστες υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατά συνέπεια η δομική βία κατά των γυναικών ξεκινά πολύ πριν από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Martín-Badia et al, 2021). Έχει υποστηριχθεί στη βιβλιογραφία ότι η μαιευτική βία είναι μια πρόσθετη βία που το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης επιβάλλει στις γυναίκες για το ίδιο το γεγονός ότι είναι γυναίκες (Solnes Miltenburg et al, 2018), καθώς το φύλο είναι ένας κοινωνικός καθοριστικός παράγοντας της Υγείας (WHO, 2012). Είναι προφανές ότι η βιοκεντρική προσέγγιση των ασθενών που εξακολουθεί να είναι σταθερή στο ιατρικό μας σύστημα, παρουσιάζει μια άνδρο-κεντρική οπτική της νόσου (Castellanos, 2021). Υποστηρίζεται επίσης ότι υπάρχει γενική βία κατά των γυναικών (Rodríguez-Ramos, 2017) ότι δεν είναι μόνο σωματική, αλλά και ψυχολογική και ηθική (Vijayakumar, 2015).

Ο δεύτερος προβληματισμός που προκύπτει είναι εάν η κοινωνική ανισότητα συνδέεται με την ευπάθεια κατά τη μαιευτική περίοδο. Σύμφωνα με τον Martín-Badia (2020),

παρατηρείται ανισότητα ανάμεσα στους γυναικολόγους και τις μαίες, με τις τελευταίες να διαθέτουν λιγότερη εξουσία σε σχέση με τους πρώτους. Αυτή η πατριαρχική δυναμική μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων εκδηλώνεται σε μια κοινωνία όπου δεν υπάρχει ισορροπία στην αντιμετώπιση των φύλων, καθώς οι κοινωνικές προσδοκίες απέναντί τους διαφέρουν (Facchin et al., 2019). Με αυτόν τον τρόπο, οι μαίες διακρίνουν δύο διαφορετικές προσεγγίσεις του φεμινισμού, οι οποίες αντιμετωπίζουν αμφισβητήσεις μεταξύ τους στο πλαίσιο της πάλης για την υπεράσπιση των γυναικείων δικαιωμάτων. Η μία προσέγγιση υποστηρίζει τη μητρότητα ως μια νόμιμη επιθυμία, απορρίπτοντας την άποψη που θεωρεί τις γυναίκες που επιλέγουν τη μητρότητα ως εκπροσώπους των στερεοτυπικών ρόλων των φύλων. Η άλλη προσέγγιση υπερασπίζεται την εξέλιξη της καριέρας ως ένα δικαίωμα που πρέπει να γίνεται σεβαστό, ακόμα και από εκείνες τις γυναίκες που την τοποθετούν πάνω από τη μητρότητα (Martín-Badía et al., 2021). Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η εσωτερική αναμέτρηση που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες ανάμεσα στην επιθυμία να αποκτήσουν παιδιά και την ενοχή που αισθάνονται όταν πρέπει να αποχωρήσουν από την εργασία τους για κάποιο χρονικό διάστημα, κάτι που συχνά εμποδίζει την πρόοδό τους στην επαγγελματική τους καριέρα σε σύγκριση με τους άνδρες.

Η μαιευτική ευπάθεια πηγάζει από την κοινή πεποίθηση περί της κοινωνικής ευάλωτης θέσης των γυναικών, μιας έννοιας που συνδέεται με την έλλειψη δυνατοτήτων, την εξάρτηση και την ανισότητα ανάμεσα σε ανδροκρατούμενες κοινωνίες. Αυτή η ανισότητα εκδηλώνεται ιδιαίτερα στον τομέα της εργασίας, όπου οι γυναίκες είναι συχνά υποχρεωμένες να αποδείξουν τις ικανότητές τους, ενώ ταυτόχρονα η μητρότητα δεν αντιμετωπίζεται ως παράγοντας ενίσχυσης της επαγγελματικής τους αξίας (Kalev, 2018, Cunnif-Gilson, 2016).

Το τρίτο σκέλος της ανάλυσης αφορά το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο των γυναικών, το οποίο διαμορφώνει τις προσδοκίες τους σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού και, συνεπώς, τις εμπειρίες τους. Συχνά, οι γυναίκες φέρουν υψηλές προσδοκίες, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε μεγάλη απογοήτευση όταν η διαδικασία του τοκετού δεν εξελίσσεται όπως είχαν προβλέψει (Martín-Badía et al, 2021). Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι γυναίκες φοβούνται τον τοκετό όταν τον συνδέουν με τον πόνο (Demšar et all, 2018).

Οι προηγούμενες τρεις αναλύσεις για την κοινωνική δικαιοσύνη αποκαλύπτουν τις διακρίσεις που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες σε σχέση με άλλους ασθενείς, καθώς το φύλο επηρεάζει την πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα. Επιπλέον, αντιμετωπίζουν διακρίσεις

σε σχέση με τους άνδρες, καθώς πιέζονται να εκπληρώσουν τον ρόλο της μητρότητας εις βάρος της επαγγελματικής τους προόδου και θεωρούνται λιγότερο ειδικευμένες και αδύναμες. Τέλος, οι διαφορετικές κοινωνικές προσδοκίες σχετικά με τον τοκετό δημιουργούν διαφορετικές εμπειρίες για τις γυναίκες, ανάλογα με το κοινωνικό τους υπόβαθρο (Martín-Badía et al, 2021). Όλα αυτά αποδεικνύουν ότι η μαιευτική βία αντιπροσωπεύει μια έλλειψη κοινωνικής δικαιοσύνης, καθώς και το γεγονός ότι τόσο η επίπτωση όσο και η εμπειρία αυτής της βίας συνδέονται με την παραβίαση της αρχής της δικαιοσύνης από την κοινωνία μας.

Κεφάλαιο 3 Ανθρώπινα δικαιώματα και νομικό πλαίσιο

3.1 Η μαιευτική βία ως παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων

Τα ανθρώπινα δικαιώματα ορίζουν τα πρότυπα της ανθρώπινης συμπεριφοράς και αποτελούν ένα τεκμηριωμένο νομικό σύστημα που προστατεύεται από το εθνικό και διεθνές δίκαιο. Όταν η κακή μεταχείριση στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένου του τοκετού, θεωρείται ως παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων, τότε τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να απαιτήσουν την αποκατάσταση και την εφαρμογή των δικαιωμάτων που παραβιάζονται. Η αντίληψη της μαιευτικής βίας ως μέρος ενός ευρύτερου πλαισίου πολλαπλών παραβιάσεων των ανθρώπινων δικαιωμάτων μπορεί να παρέχει ένα πλαίσιο για την αντιμετώπιση αυτής της συνολικής βλάβης στον τομέα της αναπαραγωγικής υγείας (Williams & Meier, 2019).

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία αντιμετωπίζεται ως μέρος της γενικότερης υγείας, η οποία θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, συναντώντας την ανάγκη για αξιοπρέπεια, πραγματική ισότητα και αυτονομία στις αποφάσεις. Η προστασία από τις διακρίσεις περιλαμβάνει τα δικαιώματα των γυναικών σύμφωνα με το διεθνές δίκαιο. Αυτή η προστασία αρχίζει με τη γλώσσα που απαγορεύει τις διακρίσεις λόγω φύλου στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων του 1948 η προστασία αυτή κωδικοποιήθηκε στη Σύμβαση του 1979² για την εξάλειψη κάθε μορφής διάκρισης κατά των γυναικών. Παρόλα αυτά, τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα δεν αναγνωρίζονταν ρητά σε διεθνές επίπεδο μέχρι τη δεκαετία του '90. Ωστόσο, τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα δεν διακηρύσσονταν ρητά διεθνώς μέχρι τη δεκαετία του 1990 (Reichenbach & Roseman, 2009). Το πρόγραμμα δράσης της Διεθνούς Διάσκεψης για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη του 1994 ανέφερε με σαφήνεια ότι τα δικαιώματα σχετικά με την αναπαραγωγή είναι θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα (UNFAP, 1994). Έτσι, ο δρόμος είναι πλέον ανοιχτός για νομοθεσία που αναγνωρίζει την κακή μεταχείριση στη φροντίδα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας στο σημείο που διασταυρώνονται ταυτόχρονα πολλαπλές παραβιάσεις των ανθρώπινων δικαιωμάτων (Williams & Meier, 2019).

² Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 34/180 of 18 December 1979 <https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw.pdf>

Σύμφωνα με τη μεταγενέστερη νομοθεσία σχετικά με τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα, καθώς και το διεθνές δίκαιο σχετικά με τη βία κατά των γυναικών, η μαιευτική βία θεωρείται ότι παραβιάζει ταυτόχρονα ένα σύνολο ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τα οποία περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τα δικαιώματα στην υγεία, την ιδιωτική ζωή, την ελευθερία από διακρίσεις, την ελευθερία από τη βία, την ελευθερία από βασανιστήρια και άλλες μορφές κακής μεταχείρισης (Khosla R. et al, 2016). Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις φέρουν την υποχρέωση να σεβαστούν, να προστατεύσουν και να εξασφαλίσουν την πραγμάτωση των δικαιωμάτων, είναι αναγκαίο να εξασφαλίσουν την τήρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που σχετίζονται με τη μαιευτική βία στα δημόσια ιατρικά ιδρύματα, καθώς και να προστατεύσουν τις γυναίκες από κάθε μορφή κακοποίησης κατά την αναζήτηση φροντίδας στον ιδιωτικό τομέα. Η πολιτεία πρέπει να αναλάβει θετική δράση για την εκπλήρωση των υποχρεώσεων που απορρέουν από τα δικαιώματα, για παράδειγμα διασφαλίζοντας ότι τα άτομα που υπέστησαν μαιευτική βία μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αποτελεσματικά ένδικα μέσα. Ειδικοί εισηγητές υπογραμμίζουν αυτές τις υποχρεώσεις και παρέχουν συγκεκριμένες συστάσεις προς τα κράτη για την τήρησή τους. Ωστόσο, η ανάπτυξη και η εφαρμογή μιας συνολικής προσέγγισης για τα ανθρώπινα δικαιώματα θα απαιτήσει ευρεία διεπιστημονική συνεργασία για τον καθορισμό των κρατικών υποχρεώσεων και το σχεδιασμό πολιτικών για την αποκατάσταση της μαιευτικής κακής μεταχείρισης (Williams & Meier, 2019).

3.1.1 Προσδιορισμός των δικαιωμάτων των γυναικών που παραβιάζονται από τη μαιευτική βία

Οι προκαταλήψεις σχετικά με τη μαιευτική βία και η έλλειψη ενημέρωσης για αυτήν μπορεί να οδηγήσουν στην άποψη ότι οι γυναίκες δεν υφίστανται πραγματική παραβίαση των δικαιωμάτων τους, καθώς οι οδηγίες και οι πρακτικές που ακολουθούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού θεωρούνται ως μέρος της ιατρικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, για να σχεδιαστεί μια κατάλληλη νομοθεσία, είναι σημαντικό οι βασικοί παράγοντες που εμπλέκονται στη θέσπιση νομοθεσίας να ενημερωθούν σχετικά με τα είδη παραβιάσεων δικαιωμάτων που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού. Σύμφωνα με τον WHO (2017), οι γυναίκες που βιώνουν καταχρηστική φροντίδα κατά τη διάρκεια του τοκετού σε μονάδες υγείας (και όχι στο σπίτι) ενδέχεται να υποστούν την ακόλουθη παραβίαση δικαιωμάτων:

- Δικαίωμα στην υγεία και στη ζωή.
- Δικαίωμα στη συναίνεση μετά από ενημέρωση.
- Δικαίωμα σε αξιοπρεπείς φροντίδες υγείας.
- Δικαίωμα στην ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα.
- Δικαίωμα στην ελευθερία από τη βία και τις διακρίσεις.
- Δικαίωμα στην ισότητα και την αξιοπρέπεια.
- Δικαίωμα στην αναζήτηση, λήψη και διακίνηση πληροφοριών.
- Δικαίωμα στην υγεία του σώματος και του πνεύματος, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.

Στην έκθεσή του για τη μαιευτική βία, ο ΟΗΕ καλεί τα κράτη μέλη να υιοθετήσουν μια προσέγγιση που βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα για την αντιμετώπιση της κακομεταχείρισης και της βίας κατά των γυναικών στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας. Οι εμπειρογνώμονες του ΟΗΕ έχουν επισημάνει ότι οι πρακτικές επιπτώσεις των αρχών της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και της απαγόρευσης των διακρίσεων οδηγούν σε μια σειρά αρχών εργασίας που αποτελούν τη βάση για την προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (OHCHR, 2016). Οι αρχές μιας προσέγγισης βασισμένης στα ανθρώπινα δικαιώματα για τη μαιευτική βία περιλαμβάνουν τα εξής:

- Συμμετοχή: Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα και υποχρέωση να συμμετέχουν στον σχεδιασμό και την εφαρμογή της υγειονομικής περίθαλψης (PAHO, 1978, Declaration of Alma-Ata παρ. IV). Συμπεριλαμβάνει πρόσβαση σε πληροφορίες και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.
- Λογοδοσία: Αντιπροσωπεύει την ευθύνη του συστήματος υγείας να διορθώνει συστημικές αδυναμίες για την πρόληψη μελλοντικών προβλημάτων. Περιλαμβάνει παρακολούθηση και δικαίωμα σε αποκατάσταση των θυμάτων. Σύμφωνα με τον Ειδικό Εισηγητή για την υγεία, η λογοδοσία ορίζεται ως η διασφάλιση ότι τα συστήματα υγείας βελτιώνονται και ότι το δικαίωμα σε υψηλό επίπεδο υγείας εφαρμόζεται σταδιακά για όλους (OHCHR, 2003).
- Διαφάνεια: Παρέχει διαφανείς διαδικασίες λογοδοσίας για να επιτρέψει την πλήρη συμμετοχή των πολιτών στην αναθεώρηση των δημόσιων πολιτικών υγείας.
- Βιωσιμότητα: Αναφέρεται στην μακροπρόθεσμη επένδυση σε πολιτικές και προγράμματα υγείας για την ενδυνάμωση της υγείας και των δικαιωμάτων των

γυναικών Χειραφέτηση: Συνδέεται με την ισότητα των φύλων και την αποτελεσματικότητα της λογοδοσίας (Battisti, 2022).

Στο άρθρο των Khosla et al, 2016, εξετάστηκαν τα διεθνή πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε σχέση με συγκεκριμένα γεγονότα ή περιπτώσεις κακής μεταχείρισης προς τις γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού στις μονάδες υγείας. Αναγνωρίζοντας το αδιαίρετο και τη διασύνδεση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οποιαδήποτε μορφή κακομεταχείρισης μπορεί να εμπλέκει πολλαπλά ανθρώπινα δικαιώματα και να έχει ως αποτέλεσμα τις παραβιάσεις τους, όπως αντικατοπτρίζεται στον Πίνακα 3.1.

3.1.2 Η υπόσχεση για μια πολιτική βασισμένη στα δικαιώματα

Η ανάπτυξη πολιτικής βασισμένης στα δικαιώματα που αντιμετωπίζει τη μαιευτική βία εξαρτάται από την οικοδόμηση ευρείας υποστήριξης για την εξάλειψη της ασέβειας και της κακοποίησης σε χώρους φροντίδας σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Η προσπάθεια του WHO και του Special Rapporteur για τη βία κατά των γυναικών έχει αρχίσει να διαμορφώνει μια κοινή κατανόηση της μαιευτικής βίας ως παραβίαση της υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Άλλοι ειδικοί εισηγητές των Ηνωμένων Εθνών, όπως αυτοί που ασχολούνται με τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, των αυτοχθόνων, των μεταναστών και το δικαίωμα στην υγεία, μπορούν να προσθέσουν επιπλέον πτυχές στην κατανόηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συνδράμοντας στην ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης που σέβεται τα δικαιώματα για τη φροντίδα της μητρότητας. Ως ειδικοί στους υποκείμενους παράγοντες της μαιευτικής βίας, η κοινότητα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και των συναφών δικαιωμάτων διαδραματίζει ισχυρό ρόλο στη συνεχή εξέλιξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Μια λεπτή κατανόηση των διαρθρωτικών καθοριστικών παραγόντων που στηρίζουν τη μαιευτική βία (Sadler et al, 2016) μπορεί και πρέπει να τροφοδοτήσει την ανάλυση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που παραβιάζονται και, με βάση την έκθεση του Ειδικού Εισηγητή, τον τρόπο με τον οποίο οι δημόσιες πολιτικές μπορούν να σέβονται, να προστατεύουν και να εκπληρώνουν τα δικαιώματα. Η επέκταση των εταιρικών σχέσεων με

Πίνακας 3.1: Οι μορφές κακοποίησης των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού σε ιατρικές μονάδες και οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Μορφές κακοποίησης	1 ^η Υποκατηγορία	2 ^η Υποκατηγορία	Παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων
Σωματική κακοποίηση	Χρήση βίας	Ευλοδαρμός, χαστούκι, κλωτσιές και τσίμπημα κατά τη διάρκεια του τοκετού	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ελευθερία από τη βία • Δικαίωμα απαλλαγής από βασανιστήρια και άλλες μορφές κακομεταχείρισης
	Σωματικός περιορισμός	Σωματικά συγκρατημένος στο κρεβάτι ή φιομμένος κατά τη διάρκεια του τοκετού	
Σεξουαλική κακοποίηση	Σεξουαλική κακοποίηση	Σεξουαλική κακοποίηση ή βιασμός	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή (συμπεριλαμβανομένης της σωματικής και πνευματικής ακεραιότητας) • Δικαίωμα στην ελευθερία από πρακτικές που βλάπτουν τις γυναίκες και τα κορίτσια • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα λήψης αποφάσεων σχετικά με τον αριθμό, την απόσταση και το χρονοδιάγραμμα των παιδιών
Λεκτική κακοποίηση	Σκληρή γλώσσα	Σκληρή ή αγενής γλώσσα Επικριτικά και κατηγορητικά σχόλια	
Στίγμα και διακρίσεις	Διακρίσεις λόγω κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών	Διακρίσεις λόγω φύλου και/ή φύλου	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα απαλλαγής από βασανιστήρια και άλλες μορφές κακομεταχείρισης • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα λήψης αποφάσεων σχετικά με τον αριθμό, την απόσταση και το χρονοδιάγραμμα των παιδιών • Δικαίωμα ενημέρωσης
		Διακρίσεις λόγω ηλικίας	
Μη τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	Διακρίσεις λόγω ιατρικών παθήσεων	Διακρίσεις λόγω εθνικότητας/φυλής/θρησκείας	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα στην ελευθερία από τη βία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα λήψης αποφάσεων σχετικά με τον αριθμό, την απόσταση και το χρονοδιάγραμμα των παιδιών • Δικαίωμα απαλλαγής από βασανιστήρια και άλλες μορφές κακομεταχείρισης
		Διακρίσεις λόγω κοινωνικοοικονομικής κατάστασης	
Κακή σχέση μεταξύ γυναικών και επαγγελματιών υγείας	Αναποτελεσματική επικοινωνία	Διακρίσεις λόγω της κατάστασης του HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Επίτευξη διαδικασίας συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Ελλείψεις εξετάσεις και διαδικασίες	Παραβιάσεις εμπιστευτικότητας	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Επώδυνες κολπικές εξετάσεις	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Παραμέληση και εγκατάλειψη	Άρνηση παροχής ανακούφισης από τον πόνο	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Εκτέλεση μη εγκεκριμένων χειρουργικών επεμβάσεων	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Απόλυση αυτονομίας	Παραμέληση, εγκατάλειψη και μεγάλες καθυστερήσεις	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Ειδικευμένος συνοδός απουσιάζει κατά τη στιγμή της παράδοσης	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Ελλείψεις υποστηρικτικής φροντίδας	Κακή επικοινωνία	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Απόρριψη των ανησυχιών των γυναικών	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Ελλείψεις πολιτικών υγείας	Γλωσσικά ζητήματα και ζητήματα διερμηνείας	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Κακή στάση του προσωπικού	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Κουλτούρα εγκαταστάσεων	Έλλειψη υποστηρικτικής φροντίδας από τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Άρνηση ή έλλειψη συντρόφου της γυναίκας	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Κουλτούρα εγκαταστάσεων	Γυναίκες που αντιμετωπίζονται ως παθητικές συμμετέχουσες κατά τη διάρκεια του τοκετού	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Άρνηση τροφής, υγρών και κινητικότητας	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Κουλτούρα εγκαταστάσεων	Έλλειψη σεβασμού για τις προτιμώμενες θέσεις γέννησης των γυναικών	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Άρνηση ασφαλών παραδοσιακών πρακτικών	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Κουλτούρα εγκαταστάσεων	Αντικειμενοποίηση των γυναικών	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Κράτηση σε εγκαταστάσεις	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Κουλτούρα εγκαταστάσεων	Φυσική κατάσταση των εγκαταστάσεων	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Περιορισμοί στελέχωσης	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Κουλτούρα εγκαταστάσεων	Ελλείψεις προσωπικού	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Περιορισμοί εφοδιασμού	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Κουλτούρα εγκαταστάσεων	Έλλειψη ιδιωτικότητας	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Έλλειψη αποζημίωσης	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Κουλτούρα εγκαταστάσεων	Δωροδοκία και εκβιασμός	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Ασαφείς δομές τελών	
Συνθήκες και περιορισμοί των συστημάτων υγείας	Κουλτούρα εγκαταστάσεων	Παράλογα αιτήματα προς τις γυναίκες από εργαζόμενους στον τομέα της υγείας	<ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή • Δικαίωμα στην υγεία • Δικαίωμα ενημέρωσης • Δικαίωμα στη μη διακριτική μεταχείριση • Δικαίωμα αποφυγής βασανιστηρίων και άλλων μορφών κακομεταχείρισης
		Κουλτούρα εγκαταστάσεων	

Πηγή: (Khosla et al, 2016).

το σύστημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση αυτού του έργου των επαγγελματιών σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας καταλύοντας τη διεθνή και εθνική υπεράσπιση που βασίζεται ταυτόχρονα σε στοιχεία δημόσιας υγείας και στο δίκαιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η δημιουργία κανόνων περί υγείας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων μπορεί να οδηγήσει στην καθιέρωση προτύπων που επηρεάζουν όσους είναι υπεύθυνοι για τη διαμόρφωση πολιτικής. Ο WHO έχει ξεκινήσει τη διαδικασία στην παγκόσμια διακυβέρνηση της υγείας, αλλά αυτές οι προσπάθειες πρέπει να ενσωματωθούν σε όλους τους τομείς που είναι αφιερωμένοι στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα, δημιουργώντας διοργανωτικές συνεργασίες τόσο με το UNFPA όσο και με το Γραφείο του Υπατού Αρμοστή του ΟΗΕ για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (Meier και Gostin, 2018). Για να διευκολυνθεί αυτή η διαδικασία, απαιτούνται κοινές μετρήσεις που θα χρησιμοποιούνται για να παρακολουθείται η έκταση του προβλήματος και η εξέλιξη προς την εξάλειψή του. Για παράδειγμα, σημαντικοί δείκτες μαιευτικής κακοποίησης θα μπορούσαν να ενσωματωθούν στα στοιχεία υγείας, τα οποία αναλύονται από τους αρμόδιους φορείς για τα ανθρώπινα δικαιώματα, τους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης και την πανδημική αξιολόγηση. Αυτές οι μετρήσεις μπορούν επίσης να αξιολογηθούν από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, εθνικούς οργανισμούς ανθρωπίνων δικαιωμάτων και οργανισμούς βίας κατά των γυναικών, με στόχο την ανάθεση ευθυνών σε εθνικό επίπεδο (Williams & Meier, 2019).

3.2 Πρωτοβουλία διαμόρφωσης νομοθετικού πλαισίου

Το 2015, ο WHO αναφέρθηκε σε πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και διεθνείς νόμους που παραβιάζονται από διάφορες μορφές κακομεταχείρισης, γεφυρώνοντας τη μητρική υγεία με τα ανθρώπινα δικαιώματα (WHO, 2015a). Αυτές οι δημοσιεύσεις έθεσαν τη μαιευτική βία ως σημαντικό θέμα στην παγκόσμια ατζέντα της υγείας. Το 2018, το περιοδικό *Reproductive Health Matters* επικεντρώθηκε στη βελτίωση της εμπειρικής έρευνας για τη μαιευτική βία και στην περαιτέρω κατανόηση των σχετικών διαρθρωτικών παραγόντων σχετικά με την "έλλειψη σεβασμού και κακοποίησης στη μητρική φροντίδα" (Miltenburg, et al., 2018). Τέτοιες επιστημονικές έρευνες παρέχουν σταθερή βάση για την κατανόηση της δημόσιας υγείας σχετικά με τη μαιευτική βία. Αυτό επιτρέπει την προαγωγή από την απλή περιγραφή του προβλήματος σε μια πολιτική προσέγγιση που βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα, με στόχο την ανακούφιση των επιπτώσεων της μαιευτικής βίας.

Η δημιουργία κατάλληλης νομικής ορολογίας για να περιγραφεί η βία που υφίστανται οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού αναπτύσσει μια ανάλυση για τον τρόπο με τον οποίο τα πολιτιστικά εμπόδια και τα στερεότυπα περιορίζουν την άσκηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών κατά τη διαδικασία του τοκετού (Sadler, et al., 2016). Η συζήτηση γύρω από τη μαιευτική βία συχνά αντιμετωπίζει αμφιβολίες και αντίσταση σε διάφορα επίπεδα, καθώς ο τοκετός θεωρείται επικίνδυνο γεγονός, με αποτέλεσμα η ιατρική περίθαλψη να θεωρείται πάντα ευεργετική. Είναι δύσκολο να αναγνωριστεί πολιτισμικά ότι σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, που σχεδιάστηκε για να σώζει ζωές, οι γυναίκες μπορεί να υφίστανται βία ή κακοποίηση (Perrotte, et al., 2020). Ως εκ τούτου, η ιατρική παρέμβαση θεωρείται απαραίτητη για την αποφυγή του θανάτου. Επιπλέον, τα στερεότυπα για τη μητρότητα συχνά ενισχύουν την ιδέα ότι η μητρότητα επιβάλλει θυσίες και ότι οι γυναίκες που γεννούν δεν είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους ή για το καλύτερο συμφέρον του μωρού. Τα στερεότυπα βασισμένα στο φύλο συχνά συμβάλλουν στο να μην αναγνωριστεί το ζήτημα ως πραγματικό πρόβλημα. Όταν μια γυναίκα και το μωρό της είναι ζωντανά, όλα είναι καλά, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο πόνος των γυναικών και η παραβίαση της αξιοπρέπειάς τους (Battisti, 2022).

Επιπλέον, το 2014, ο WHO επισήμανε τη σημασία της εξασφάλισης καθολικής πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας μητρική υγειονομική περίθαλψη, καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δραματική μείωση των παγκόσμιων ποσοστών μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Παράλληλα, ο αυξανόμενος όγκος έρευνας σχετικά με τις εμπειρίες των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού αποκαλύπτει περιστατικά ασέβειας, κακομεταχείρισης ή παραμέλησης σε νοσοκομειακό επίπεδο. Αυτό αποτελεί παραβίαση της εμπιστοσύνης μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας και μπορεί να αποτελέσει ισχυρό κίνητρο για τις γυναίκες να αποφεύγουν τις υπηρεσίες μητρικής υγειονομικής περίθαλψης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αποφάσισε να ορίσει αυτό το φαινόμενο ως "κακοποίηση και ασέβεια", τονίζοντας την παράβαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών (WHO, 2014). Αυτό το ζήτημα αναλύθηκε από τον Ειδικό Εισηγητή των Ηνωμένων Εθνών (2019) για τη βία κατά των γυναικών, στην έκθεσή του με τίτλο "Μια προσέγγιση βασισμένη στα ανθρώπινα δικαιώματα για την κακομεταχείριση και τη βία κατά των γυναικών στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας, επικεντρωμένη στον τοκετό και τη μαιευτική βία".

Η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης (Council of Europe Parliamentary Assembly) εισήγαγε τον όρο "μαιευτική και γυναικολογική" βία για να

περιγράψει μια μορφή βίας που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής εξέτασης ή του τοκετού, η οποία "έχει παραμείνει κρυφή για πολύ καιρό και συχνά δεν έχει αναφέρεται" (Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης, ψήφισμα 23-06-2019).

Και ο Ειδικός Εισηγητής του ΟΗΕ και η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης έχουν αναγνωρίσει τη μαιευτική βία ως μια μορφή βίας με βάση το φύλο, σύμφωνα με τις προβλέψεις της Σύμβασης της Κωνσταντινούπολης. Επιπλέον, η Επιτροπή Εμπειρογνομόνων του Μηχανισμού Παρακολούθησης της Σύμβασης Belém do Pará (2019)³, πρώτος μηχανισμός που αναγνώρισε τη μαιευτική βία ως παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, πρότεινε στα κράτη να θεσπίσουν νομικές διατάξεις που να επιβάλλουν ποινές για τη μαιευτική βία. Αυτή η μορφή βίας δεν έχει αναγνωριστεί ακόμα και ακόμα και σήμερα αντιμετωπίζει μεγάλη αντίσταση σε θεσμικό επίπεδο που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Θα ήταν χρήσιμο να αποφευχθεί η χρήση περισσότερων από έναν όρων που αφορούν τη "μαιευτική βία", με σκοπό να καταστούν οι νόμοι και οι κανονισμοί πιο σαφείς και αποτελεσματικοί (Battisti, 2022).

³ Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence against Women (Convention of Belém do Pará) <https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/BelemDoPara-ENGLISH.pdf>

Κεφάλαιο 4 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το φαινόμενο της μαιευτικής βίας και να αναπτυχθούν προτάσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση του φαινομένου, την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και των γυναικών, και την εκπαίδευση των επαγγελματιών μαιών.

Τα ειδικότερα ζητήματα που διερευνήθηκαν είναι τα ακόλουθα:

1. Η αρχή της αυτονομίας και η μαιευτική βία: δικαίωμα αυτοκαθορισμού και επιλογών των γυναικών, πιέσεις για συγκατάθεση σε συγκεκριμένες μαιευτικές πρακτικές, πατερναλιστική αντίληψη της διαδικασίας του τοκετού.
2. Η ωφέλεια και η μη βλάβη στη μαιευτική βία: μακροπρόθεσμες συνέπειες της μαιευτικής βίας στις γυναίκες και τα νεογνά τους, παράγοντες που οδηγούν στην παραβίαση της αρχής της μη βλάβης.
3. Το νομοθετικό πλαίσιο για το φαινόμενο της μαιευτικής βίας σε διεθνές και ελληνικό επίπεδο: Παροχή φροντίδας υγείας και έμφυλη βία.

Κεφάλαιο 5 Μεθοδολογία

Ακολουθήθηκε η μεθοδολογία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης με τη βοήθεια ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων, που ήταν οι PubMed και Google Scholar. Συλλέχθηκαν πληροφορίες από άρθρα, βιβλία, εκθέσεις και άλλες πηγές, σε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, με έμφαση στα πιο πρόσφατα δεδομένα.

5.1 Αρχικά κριτήρια επιλογής δημοσιεύσεων

Η μελέτη διεξήχθη στη μηχανή αναζήτησης Google και Google Scholar στοχεύοντας σε αναζήτηση εγγράφων PDF με τη χρήση των λογικών τελεστών AND και OR που επιτρέπουν το συνδυασμό των κριτηρίων αναζήτησης. Χρησιμοποιήθηκε επίσης η βάση δεδομένων PubMed με την ίδια τεχνική.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση των σχετικών εννοιών ήταν μαιευτική βία, ανθρώπινα δικαιώματα, μαιευτική φροντίδα, βιοηθικές αρχές, έμφυλη βία. Σε σχέση με την αγγλική γλώσσα οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν obstetric violence, human rights, obstetric care, bioethical principles, gender-based violence.

5.2 Κριτήρια επιλογής δημοσιεύσεων

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση καθορίστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των δεδομένων με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Επιλέχθηκαν δημοσιεύσεις σε ελληνική και αγγλική γλώσσα. Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν δημοσιευμένα σε έγκυρα περιοδικά, ενώ ελέγχθηκε η αξιοπιστία του συγγραφέα και του εκάστοτε εκδοτικού οργανισμού. Η χρονική περίοδος των δημοσιεύσεων που έγιναν αποδεκτές για τη διεξαγωγή της ανασκόπησης ήταν από το έτος 2000 έως και το τρέχον έτος 2024 με εξαίρεση 2 δημοσιεύσεις παλαιότερων ετών (1978, 1992 & 1999), οι οποίες θεωρήθηκαν σημαντικές και το περιεχόμενό τους δεν προέκυψε στην νεότερη βιβλιογραφία. Οι λέξεις-κλειδιά είχαν σχέση με το εννοιολογικό περιεχόμενο του τίτλου της εργασίας.

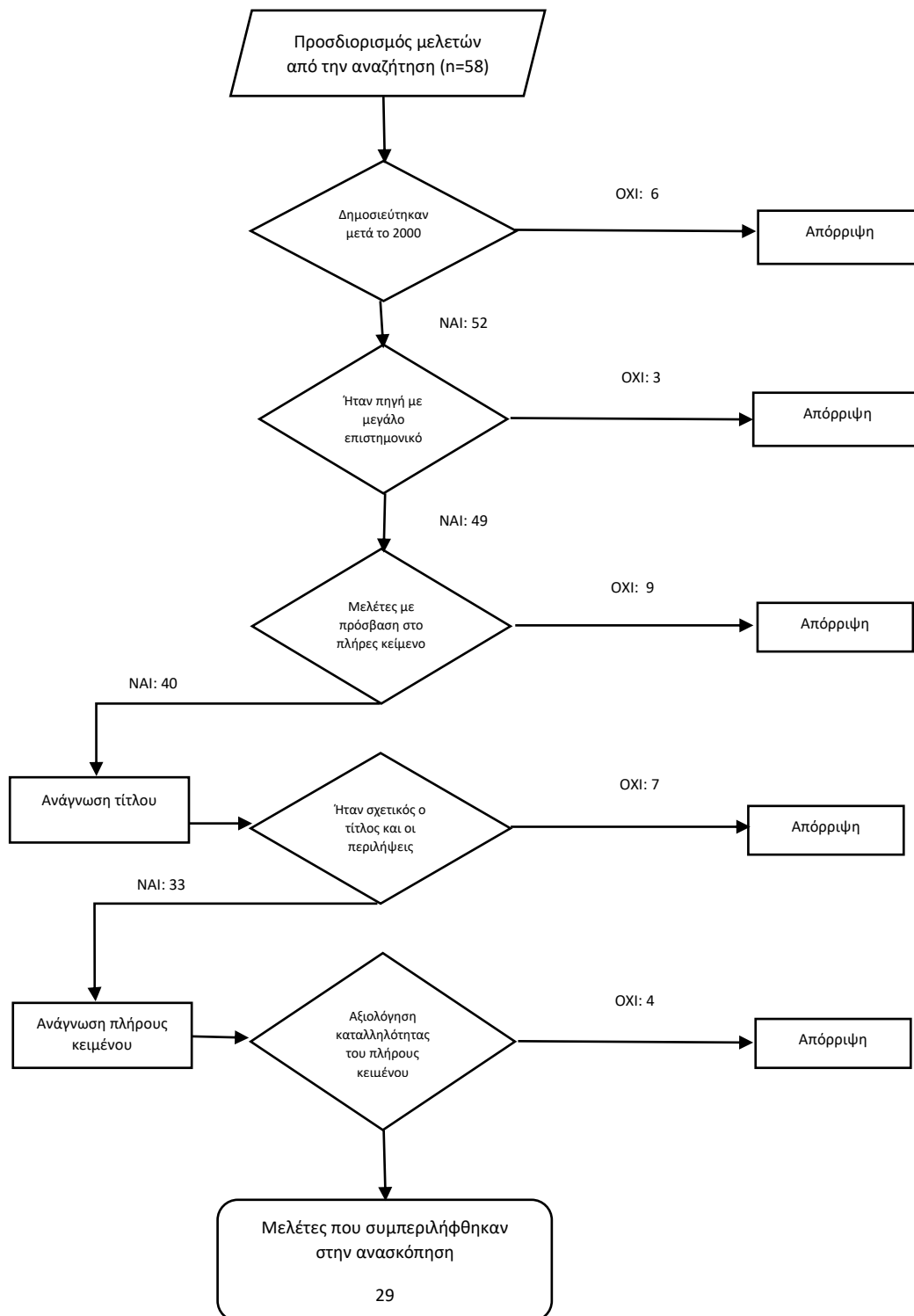
5.3 Κριτήρια αποκλεισμού

Κατά την αναζήτηση απορρίφθηκαν οι δημοσιεύσεις πριν τα τελευταία είκοσι χρόνια, προκειμένου να μελετηθούν τα πιο πρόσφατα δεδομένα. Αποκλείστηκαν άρθρα και μελέτες από την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης που δε φάνηκε να σχετίζονται με το θέμα της εργασίας. Απορρίφθηκαν μελέτες που δεν επέτρεπαν την ανάγνωση του πλήρους κειμένου, όπως επίσης και μελέτες έπειτα από αξιολόγηση καταλληλότητας του πλήρους κειμένου. Τέλος, αναφέρεται ότι η εξαγωγή των αποτελεσμάτων γίνεται με τη χρήση του διαγράμματος ροής PRISMA (PRISMA Flow Diagram) όπως παρακάτω στο Γράφημα 5.1:

5.4 Προσδιορισμός πηγών αναζήτησης

Χρησιμοποιήθηκαν επίσης ορισμένες διεθνείς ιστοσελίδες, όπως ήταν αυτή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (OHCHR) και ιστοσελίδων αναγνωρισμένων επιστημονικών φορέων για την αναζήτηση βασικών εννοιών της μελέτης.

Γράφημα 5.1: Διάγραμμα Ροής της Μελέτης



Κεφάλαιο 6 Αποτελέσματα

6.1 Ο τοκετός στον ελληνικό χώρο

Ο τοκετός στο σπίτι αποτελούσε μια πιο κοινή πρακτική για τις γυναίκες στην Ελλάδα, η οποία τους επέτρεπε να έχουν την κυριότητα και τον έλεγχο του γεγονότος. Οι γυναίκες είχαν τη δύναμη της επιλογής σχετικά με το ποιος επιτρεπόταν να είναι παρών κατά τη διάρκεια του τοκετού και να αλληλοεπιδρά με το σώμα τους. Ήταν εκείνες που χάραζαν τη γραμμή για το ποιος και πώς θα ξεπεράσει τα όρια των οικογενειών τους, διατηρώντας και ασκώντας τον έλεγχο των δικών τους σωμάτων. Το σύστημα υποστήριξης στο περιβάλλον του σπιτιού αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες που γνώριζαν τον τοκετό, συμπεριλαμβανομένων των μελών της οικογένειας, των ηλικιωμένων συγγενών και σπάνια των έμπιστων γειτόνων (Gatsarouli, 2023).

Στη διάρκεια των ετών, υπήρξε μια επιστημολογική απώλεια, καθώς, παραδοσιακά, στον τοκετό στο σπίτι, οι γυναίκες ήξεραν πώς να γεννήσουν, αλλά τώρα έχουν χάσει αυτή τη σοφία. Η νοσηλεία και η ιατρικοποίηση του τοκετού τις έκανε να χάσουν τις γνώσεις και τη δύναμή τους. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο προέκυψαν τα προγεννητικά μαθήματα κατά την εγκυμοσύνη ώστε να ενδυναμωθεί ξανά η γνώση των γυναικών.

Από τότε που η γέννηση άρχισε να ιατρικοποιείται, η ευθύνη και ο έλεγχος μεταφέρθηκαν στον μαιευτήρα-γυναικολόγο, ενώ ο ρόλος της μαίας μετατοπίστηκε από την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά τη διάρκεια του τοκετού στην παροχή βοήθειας στον γιατρό. Αυτή η μετατόπιση πυροδότησε την αλλαγή σχετικά με το ποιος έχει τον έλεγχο και την εξουσία πάνω στο γεγονός και τα σώματα των γυναικών που γεννούν. Μόλις ο τοκετός μεταφέρθηκε σε ιατρική μονάδα, οι γυναίκες έπρεπε να βασίζονται σε ιατρικές παρεμβάσεις και να εξαρτώνται από τους γιατρούς. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, οι γυναίκες να παραιτηθούν από τον έλεγχο των πράξεων τους και στη συνέχεια να απεμπλακούν από την ενεργό συμμετοχή τους στη διαδικασία του τοκετού τους.

Η εγκυμοσύνη και η γέννηση στην Ελλάδα περιγράφεται πολλές φορές ως «σύγχρονη ιατρική ηγεμονία» (Georges, 1996). Η τάση προς την ιατρικοποίηση έχει επαναπροσδιορίσει την εγκυμοσύνη και τον τοκετό ως μία τεχνο-ιατρική διαδικασία. Η συνείδηση των γυναικών έχει κυριαρχηθεί από μηνύματα τεχνο-ιατρικού χαρακτήρα όπως «δεν ξέρεις τι συμβαίνει στο σώμα σου, οπότε πρέπει να είσαι υπάκουη και συμμορφωμένη». Δημιουργήθηκε η ανάγκη να είμαστε σύγχρονοι και να εμπιστευόμαστε την επιστήμη και την τεχνολογία. Ωστόσο, είναι ορατά τα θετικά συναισθήματα που μπορεί να προκύψουν

από τις τεχνολογικές παρεμβάσεις, τις οποίες οι γυναίκες επιθυμούν ενεργά. Αν και ορισμένες μελέτες σκιάζουν τους τρόπους με τους οποίους οι τεχνο-ιατρικές διαδικασίες ενισχύουν την ανδρική – κυριαρχούμενη ιατρική εξουσία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, η ευρεία ζήτηση και η θετική υποδοχή ορισμένων από αυτές τις τεχνολογίες (όπως η φαντασία υπερήχων εμβρύου) υποδηλώνει έναν τρόπο διαπραγμάτευσης με την πατριαρχία και ανάκτησης της εξουσίας πάνω στα σώματα που γεννούν. Είναι εντυπωσιακή η υπερβολική χρήση τεχνο-ιατρικών διαδικασιών με την άτυπη κουλτούρα πληρωμών που υπάρχει στην Ελλάδα. Αυτή η μεγάλη, άτυπη οικονομία στα δημόσια μαιευτήρια (Kaitelidou et al., 2013) ενισχύει το κύρος του ιατρικού επαγγέλματος. Μια εξουσία που ασκείται ακόμα και πάνω στον κρατικό μηχανισμό.

6.2 Η μαιευτική βία στην Ελλάδα

Όσον αφορά τη μαιευτική βία στην Ελλάδα, η έρευνα για το φαινόμενο είναι περιορισμένη και δεν έχει αξιοποιήσει επαρκώς ποιοτικές μεθόδους έρευνας. Πρόσφατη ποσοτική μελέτη (Antoniou, 2021) διαπίστωσε ότι το 36,9% των γυναικών που είχαν συμμετάσχει είχε αντιμετωπίσει μαιευτική βία, οδηγώντας σε δήλωση ότι η μαιευτική βία υπάρχει στην Ελλάδα και πρέπει να χαρτογραφηθεί. Επιπλέον, αυτό που θα μπορούσε να είναι ανησυχητικό είναι τα αυξανόμενα ποσοστά καισαρικής τομής στις μέρες μας, καθώς μπορεί να υποδηλώνει υπερβολική εξάρτηση από ιατρικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού για τις οποίες οι γυναίκες που γεννούν δεν έχουν γνώμη (Gatsarouli, 2023) και γνώση. Οι Kontoranos et al. (2023) έδειξαν ότι κατά τα έτη 2019 και 2020, υπήρξαν συνολικά 169.417 γεννήσεις στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων τόσο γεννήσεων ζώντων νεογνών όσο και νεκρών. Από αυτές τις γεννήσεις, το 55,79% γεννήθηκε με καισαρική τομή, το 40,24% γεννήθηκε κολπικά και στο 3,95% των περιπτώσεων η μέθοδος τοκετού δεν καταγράφηκε. Αυτοί οι αριθμοί απεικονίζουν την εικόνα μιας χώρας στην οποία περισσότεροι από τους μισούς τοκετούς πραγματοποιούνται με καισαρική τομή.

Η αύξηση των αναίτιων καισαρικών τομών αποτελεί ένα είδος μαιευτικής βίας. Είναι γνωστό ότι η καισαρική τομή σώζει ζωές. Η αναίτια χρήση της όμως μπορεί να εκθέσει μητέρες και παιδιά σε κινδύνους τόσο βραχυπρόθεσμους όσο και μακροπρόθεσμους. Θα μπορούσαμε να σκεφτούμε, πως με την πάροδο των ετών, η συνεχώς αυξανόμενη αυτή τάση μπορεί να μειώσει σημαντικά ή και ορισμένες περιπτώσεις να καταργήσει το ένστικτο των γυναικών να γεννούν. Αυτό το συμπέρασμα βασίζεται στην κουλτούρα της κοινωνίας

σχετικά με τον τοκετό, ο οποίος περιστρέφεται γύρω από την ανασφάλεια, την ελλιπή προετοιμασία και ενημέρωση και την πεποίθηση ότι ο γιατρός ή η μαία έχει πάντοτε δίκιο. Έτσι, οι γυναίκες ενδεχομένως να χάσουν το ενδιαφέρον τους προς τη γνώση του βιολογικού γεγονότος του τοκετού, αφού θα επαναπαύονται στα χέρια του επαγγελματία υγείας. Φυσικά, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και άλλες παθογένειες, όπως η διαμορφωμένη πλέον κουλτούρα της σύγχρονης Ελληνίδας υπέρ της καισαρικής, η έλλειψη πρωτοκόλλων και η εφαρμογή τους στις πραγματικές ενδείξεις της καισαρικής.

Η Smith-Oka (2022) υποστηρίζει ότι οι καισαρικές τομές μπορεί να παρέχουν περισσότερα πλεονεκτήματα για το ιατρικό σύστημα και τους γιατρούς, παρά για τις ίδιες τις γυναίκες που γεννούν. Επιπλέον, η ευκολία εκτέλεσης καισαρικών τομών, που δεν απαιτούνται απαραίτητα για ιατρικούς λόγους, αποτελεί ένδειξη μαιευτικής βίας. Αυτά τα υψηλά ποσοστά μπορούν να δικαιολογηθούν από την ανάγκη του ιατρικού προσωπικού να ανταποκριθεί σε πιθανούς κινδύνους, επηρεάζοντας τα άτομα που γεννούν με περιττά συναισθήματα. Ο Lokugamage (2011) αναφέρεται σε αυτή την κατάσταση ως «φάρμακο κρίσης», όπου οι μαιευτήρες πιστεύουν ότι οι κίνδυνοι είναι πανταχού παρόντες, τόσο στην εγκυμοσύνη όσο και στα σώματα των γυναικών που γεννούν. Ως αποτέλεσμα, αυτά τα σώματα θεωρούνται και αντιμετωπίζονται ως εγγενώς επικίνδυνα και άρρωστα.

Η έρευνα της Gatsarouli (2023) μελέτησε την εμπειρία της μαιευτικής βίας στην Ελλάδα. Χρησιμοποίησε ποιοτική μεθοδολογία, διανέμοντας μια διαδικτυακή έρευνα με επτά ανοιχτές ερωτήσεις σε έξι διαδικτυακές κοινότητες. Οι περισσότερες γυναίκες μίλησαν για πληθώρα παρεμβάσεων ως αδικαιολόγητες και περιττές. Η συνηθέστερη κακή πρακτική ήταν η εσπευσμένη έναρξη του τοκετού με διάφορες τεχνοϊατρικές παρεμβάσεις, όπως τεχνητή πρόκληση τοκετού, τεχνητό σπάσιμο των νερών, χορήγηση ωκυτοκίνης, τεχνητοί πόνοι και γενικότερη ψυχολογική πίεση για έναρξη τοκετού αν και το σώμα δεν ήταν έτοιμο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτή η πίεση για τοκετό σε συγκεκριμένο χρόνο που καθορίζεται από τον γιατρό, συνδέεται με την ευκολία προγραμματισμού του γυναικολόγου.

Ακόμη, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, διάφορες παρεμβάσεις στις γυναίκες μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο χαρακτηρίστηκαν ως τραυματικές λόγω της συχνότητάς τους, του επιβεβλημένου χαρακτήρα τους και της πρόκλησης περιττού πόνου. Παραδείγματα τέτοιων παρεμβάσεων ήταν τα ακόλουθα: κλύσμα, ξύρισμα, συνεχείς κοιλιακές εξετάσεις και βίαιο άνοιγμα του τραχήλου της μήτρας (το λεγόμενο «ελικόπτερο», με την κίνηση των δακτύλων του γιατρού), «δέσιμο» σε κλίνη με χορήγηση ενδοφλέβιων

ορών και καρδιοτοκογράφημα με ταυτόχρονη απαγόρευση κατανάλωσης τροφής και υγρών, απαγόρευση κίνησης ή/και συνοδεία από άλλο άτομο, ανεξέλεγκτη είσοδος του ιατρικού προσωπικού στην αίθουσα τοκετού και άρνηση παροχής αναισθησίας ή/και φαρμάκου ανακούφισης από τον πόνο. Η πλειοψηφία των γυναικών αναφέρει ότι δεν είχε ενημερωθεί για το τι επρόκειτο να συμβεί, ενώ άλλες ότι δεν είχαν δώσει τη συγκατάθεσή τους για αυτές τις πρακτικές (Gatsarouli, 2023).

Άλλες παρεμβάσεις που επισημάνθηκαν σε πολλές από τις αφηγήσεις και είναι πολύ πιο προβληματικές και ακόμη και απαγορευμένες στη σημερινή ιατρική πρακτική, είναι η περιττή περινεοτομή⁴, ο χειρισμός Kristeller⁵ και η βελονιά του συζύγου⁶. Όλες αυτές οι τεχνικές έχουν αποδειχθεί επικίνδυνες τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό, ενώ κάποιες μπορούν να προκαλέσουν σημαντικές βλάβες στο γυναικείο σώμα επηρεάζοντας πολλές από τις λειτουργίες του όπως η ούρηση, η αφόδευση και η σεξουαλική ευχαρίστηση, οδηγώντας σε διάφορες λοιμώξεις μετά τον τοκετό και περαιτέρω ψυχολογικές βλάβες (Malvasi et al., 2019).

Επιπλέον, αναφέρθηκαν συμπεριφορές όπως η πρόκληση απογοήτευσης και φόβου με παραπλανητικά και μη υποστηρικτικά σχόλια, η λεκτική κακοποίηση (ειρωνικά, υποτιμητικά, προσβλητικά, αποκαρδιωτικά σχόλια) και η γενική απαγόρευση έκφρασης και ανακούφισης του πόνου μέσω φωνών, γκρίνιας και κλάματος. Τέλος, από πολλές γυναίκες αναφέρθηκαν πρακτικές που δυσκόλευαν τον δεσμό μεταξύ μητέρας και βρέφους, όπως ο στιγμιαίος χωρισμός μητέρας – βρέφους, η άμεση απολίνωση του ομφάλιου λώρου, η έλλειψη υποστήριξης των γυναικών κατά τη διάρκεια του θηλασμού, η έλλειψη ενημέρωσης της μητέρας για την κατάσταση της υγείας του βρέφους και η απαγόρευση να δουν τα μωρά τους. Αυτές οι πρακτικές συνοδεύτηκαν από μια ασεβή συμπεριφορά από το ιατρικό προσωπικό.

Μία από τις επαναλαμβανόμενες αφηγήσεις στην έρευνα της Gatsarouli ήταν η οργάνωση του φυσικού χώρου και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τέτοιο τρόπο ώστε οι γυναίκες

⁴ Μια περινεοτομή ή επισιοτομή είναι μια ιατρική πράξη που περιλαμβάνει την πραγματοποίηση μιας τομής στο περίνεο, η οποία είναι η περιοχή μεταξύ του κοιλιακού ανοίγματος και του πρωκτού. Ο σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι να διευρύνει το άνοιγμα του κόλπου κατά τη διάρκεια του τοκετού διευκολύνοντας την γέννηση του μωρού. Πιστεύεται ότι είναι καλύτερο από ένα φυσικό σχίσμο του περινέου (αν συμβεί), δεδομένου ότι μπορεί να ελεγχθεί και η επούλωση θα ήταν καλύτερη. Ωστόσο, αυτό δεν υποστηρίζεται από πρόσφατη έρευνα (Mayo Clinic, 2022).

⁵ Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού, υπάρχει μια διαδικασία γνωστή ως πίεση βάσης ή ελιγμός Kristeller, στην οποία η πίεση εφαρμόζεται χειροκίνητα στο πάνω μέρος της μήτρας για να βοηθήσει το μωρό να γεννηθεί μέσω του καναλιού γέννησης χωρίς την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης.

⁶ Ο όρος «ράμμα του συζύγου» χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα πρόσθετο ράμμα που μπορεί να δοθεί σε γυναίκες που εμφανίζουν ρήξη ή κοψίματα του περινέου κατά τη διάρκεια του κοιλιακού τοκετού, έτσι ώστε ο κόλπος να επανέλθει όπως ήταν πριν από τον τοκετό. Αυτό συνδέεται με την υποτιθέμενη αύξηση της σεξουαλικής ευχαρίστησης του συζύγου.

να συμμορφώνονται και να υπακούουν στις οδηγίες των γιατρών. Σύμφωνα με τον Merleau-Ponty (2005), η χωρικότητα αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους ο φυσικός χώρος, το περιβάλλον και η τοποθεσία διαμορφώνουν τις κοινωνικές σχέσεις και εμπειρίες. Στο πλαίσιο της μαιευτικής βίας, η χωρικότητα μπορεί να αφορά τόσο τα νοσοκομεία/μαιευτικές μονάδες ως φυσικούς χώρους (π.χ. τον ιατρικό εξοπλισμό, τη διαρρύθμιση του δωματίου κ.λπ.) όσο και τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι διαμορφώνουν και οργανώνουν τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις σε αυτά. Μόλις μια γυναίκα εισέλθει στην ιατρική μονάδα, θεωρείται ότι η δυναμική της εξουσίας αναδιοργανώνεται αυτόματα κάτω από μια πατριαρχική αυταρχική αρχή. Το σώμα που γεννά θεωρείται ως ένα άρρωστο σώμα χωρίς αυτενέργεια και αυτονομία (Merleau-Ponty, 2005).

Η έλλειψη αυτενέργειας και αυτονομίας μπορεί να επισημανθεί σε όλες τις απαντήσεις της έρευνας. Αν και η έλλειψη πληροφόρησης δεν αναφερόταν πάντα (ορισμένες γυναίκες ανέφεραν ότι ήταν επαρκώς ενημερωμένες για το τι επρόκειτο να συμβεί), υπήρχε συνεχώς ένα αίσθημα αδυναμίας, «απουσίας» και μη ακρόασης. Διαβάζοντας τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχουσες, παρατηρήθηκε ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο: χρησιμοποιούσαν σταθερά ενεργά ρήματα σε προτάσεις όπου άλλοι ήταν οι ηθοποιοί και οι ίδιες ήταν τα αντικείμενα στα οποία ενεργούσαν. Για παράδειγμα, σύμφωνα με την Gatsarouli (2023), εκφράσεις όπως «με έραψαν», «με έσκισαν», «βάζει το χέρι του πάνω μου», «δεν με άφησαν», «με σπρώχνει να σπάσω τα νερά μου» κ.λπ., υποδηλώνουν μια ανισορροπία ισχύος στη σχέση πάροχου υγειονομικής περίθαλψης, όπου ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης έχει τη δύναμη να λαμβάνει αποφάσεις χωρίς τη συμβολή της γυναίκας.

Η εμπειρία της μαιευτικής βίας οδήγησε τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό τραύμα, ένα εύρημα της παραπάνω έρευνας που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία. Οι σωματικές συνέπειες της μαιευτικής βίας (για παράδειγμα, βλάβη του πυελικού εδάφους και ουλές καισαρικής) συνέβαλαν περαιτέρω σε αρνητικά συναισθήματα δυσπιστίας και αποξένωσης για τα σώματα των γυναικών (Gatsarouli, 2023). Ορισμένες γυναίκες εκμυστηρεύτηκαν ότι διαγνώστηκαν με επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ ένιωσαν μια σειρά συναισθημάτων όπως άγχος, θυμό, φόβο, άρνηση μελλοντικού τοκετού, υπερκατανάλωση τροφής, δυσφορία με το σώμα τους, αίσθημα εγκατάλειψης και έλλειψης υποστήριξης, και αίσθημα ότι είναι αποκομμένες από το σώμα τους και τα μωρά τους.

Από τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης των Silva-Fernandez et al, (2023) προέκυψε ότι το πρόβλημα της μαιευτικής βίας μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών, όπως επιλόχειος κατάθλιψη (PPD) και διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), κατά τη διάρκεια της λοχείας, η οποία είναι μια ευαίσθητη και ευάλωτη περίοδος για την ψυχική υγεία των γυναικών. Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια συχνή ψυχική διαταραχή με διατήρηση του επιπολασμού με την πάροδο του χρόνου (Shorey et al, 2018, Motrico et al, 2022). Οι ψυχικές αυτές διαταραχές μπορούν να αυξηθούν εάν σχετίζονται με αγχωτικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της μαιευτικής φροντίδας (Yildiz et al, 2017). Άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι η ηλικία μητρότητας συσχετίστηκε αρνητικά με την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Ramiro-Cortijo et al, 2021). Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την μαιευτική βία για την ανάπτυξη PPD και PTSD, όλες οι μελέτες που αναλύθηκαν στην ανασκόπηση των Silva-Fernandez et al, (2023) βρήκαν τουλάχιστον μία εκδήλωση μαιευτικής βίας, αποδεικνύοντας την αρνητική επίδραση της στην ψυχική υγεία των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού και μετά από αυτόν. Έτσι, η μαιευτική βία αξιολογείται από τις γυναίκες ως τραυματική εμπειρία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας και να συσχετιστεί με αρνητικές προσδοκίες και δεξιότητες σχετικά με τη μητρότητα (Camuñas et al.2019), αυξάνοντας τον κίνδυνο για PPD και PTSD (Fernández Clemente et al. 2018).Είναι ενδιαφέρον ότι ένας σημαντικός αριθμός γυναικών εξέφρασε την αίσθηση της ενδυνάμωσης και της ψυχολογικής ανθεκτικότητας στον απόηχο αυτών των εμπειριών. Μίλησαν για την ανάγκη τους να σέβονται το σώμα τους και να γνωρίζουν τα όριά τους. Ένιωθαν ότι δεν φταίει το σώμα τους για ό,τι συνέβη και προσπάθησαν να συνειδητοποιήσουν και να δικαιώσουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους σε μελλοντικούς τοκετούς.

Η αντιμετώπιση της απογοήτευσης και της θλίψης μετά την εμπειρία της μαιευτικής βίας μπορεί να είναι μια δύσκολη εμπειρία. Αυτό που φάνηκε να είναι αρκετά χρήσιμο για την πλειοψηφία των γυναικών στην έρευνα ήταν να αναζητήσουν ενεργά θεραπεία. Περιγράφηκαν διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης τραυματικών συναισθημάτων, όπως η στροφή προς την κοινότητα μέσω ομάδων γονέων και συλλόγων θηλασμού, η σύνδεση με φίλους και οικογένεια, η επίσκεψη στην εκκλησία και η προσευχή, η συμμετοχή σε διαδικτυακές κοινότητες κ.λπ. Όλες αυτές οι προσεγγίσεις μπορούν να παρέχουν μια αίσθηση του ανήκειν και της κατανόησης. Εξάλλου, οι θεωρητικοί του φεμινισμού (π.χ.: Cohen Shabot, 2020; Van Der Waal et al., 2022· Chadwick, 2021) υποστηρίζουν ότι η βία δεν είναι απλώς ένα ατομικό αλλά ένα συστημικό ζήτημα που είναι βαθιά ριζωμένο στις

πατριαρχικές και σεξιστικές δομές της κοινωνίας. Ως εκ τούτου, η αντιμετώπιση κάθε μορφής έμφυλης βίας απαιτεί όχι μόνο ατομική θεραπεία αλλά και συλλογική δράση και κοινοτική ζεστασιά και φροντίδα. Πολλές γυναίκες αισθάνθηκαν την ανάγκη να αυτοεκπαιδευτούν και να λειτουργήσουν ως πρέσβειρες άλλων γυναικών, προκειμένου να αποτρέψουν μελλοντικά περιστατικά μαιευτικής βίας. Η αποφυγή ερεθισμάτων ή οδυνηρών αναμνήσεων ήταν επίσης μια στρατηγική, καθώς επίσης και η αναγνώριση ότι, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, δεν υπήρχε εναλλακτική πορεία δράσης. Τέλος, η αποδοχή της ταυτότητας της μητρότητας και η σύνδεση με το μωρό (ειδικά μέσω του θηλασμού) ήταν το απόλυτο παυσίπονο.

Ερευνώντας κάποιος το θέμα διαρκώς και σε βάθος, καταλαβαίνει ότι τα φαινόμενα μαιευτικής βίας αντιμετωπίζονται ως ρουτίνα στην καθημερινότητα μας και τα αίτια της είναι βαθύτερα και αγγίζουν όλο το φάσμα της κοινωνικής αλλά και οικονομικής ζωής της χώρας. Η επιστημονική βιβλιογραφία στην Ελλάδα παραμένει περιορισμένη ενώ ανεπίσημες πηγές όπως δημοσιεύματα εφημερίδων αρχίζουν και αναδεικνύουν τη διάσταση του φαινομένου. Η περίπτωση της μαιευτικής βίας έχει περιγραφεί και στον ελληνικό τύπο, αν και δεν αποτελεί αξιόπιστη βιβλιογραφική πηγή. Τα περιστατικά μάλιστα γίνονται εντονότερα όταν η γυναίκα είναι μετανάστρια και δεν ομιλεί καθόλου ελληνικά. Σύμφωνα με δημοσίευμα ασκείται λεκτική και ψυχολογική βία κατά την οποία οι επαγγελματίες υγείας λένε στις επιτόκους «Δε σκέφτεσαι το μωρό σου;», «Θες να πάθει κάτι το παιδί σου;» ή «Δε θες να κάνεις επισκληρίδιο εσύ; Είσαι απολίτιστη;» ή άσεμνες εκφράσεις «Σκάσε μη φωνάζεις τόσο». Επίσης χαρακτηριστικά είναι τα περιστατικά που τη στιγμή της κολπικής εξέτασης ο επαγγελματίας υγείας θα δει τη γυναίκα να δυσανασχετεί και θα κάνει το σχόλιο, «Μα πώς κάνεις έτσι, όταν έκανες σεξ σου άρεσε; Τώρα που σε εξετάζω σε ενοχλεί;». Εξισώνεται δηλαδή η ερωτική πράξη με το σύντροφο, από επιλογή και με συναίνεση, με τον πόνο που προκαλεί ένας επαγγελματίας υγείας ο οποίος ενεργεί αδιαφορώντας για τη συναίνεση της επιτόκου.

Ως αποτέλεσμα της διερεύνησης του ζητήματος της μαιευτικής βίας στην Ελλάδα στην παρούσα εργασία, δημιουργήθηκε ο παρακάτω πίνακας (Πίνακας 6.1) στον οποίο απεικονίζονται οι αναφορές στην αυτονομία, την ωφέλεια, την δικαιοσύνη, τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη μαιευτική βία που εντοπίστηκαν μέσα σε διάφορα επιστημονικά κείμενα όπως κατευθυντήριες οδηγίες, καθηκοντολόγια επαγγελματιών υγείας, ΦΕΚ Επιστημονικών Συλλόγων, πρωτόκολλα φροντίδας, κωδίκων δεοντολογίας. Στη συνέχεια παρατίθεται και αντίστοιχος πίνακας με τις παραπάνω αναφορές σε ξένα επιστημονικά κείμενα (Πίνακας

6.2). Θα παρατηρούσε κανείς ότι ο όρος “μαιευτική βία” αναφέρεται μόνο στο “Παρατηρητήριο μαιευτικής βίας” για την Ελλάδα και στο BMC Pregnancy and Childbirth: “The experience of giving birth: a prospective cohort in a French perinatal network 2022” και στο The International Confederation of Midwives supports midwives – ICM :“Position Statement Midwives and Violence against Women and Children” για το εξωτερικό. Στα περισσότερα κείμενα γίνεται αναφορά στις υπόλοιπες έννοιες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο πλαίσιο της κακής μεταχείρισης κατά τη διάρκεια του τοκετού. Είναι φανερό ότι το δικαίωμα στην αυτονομία πρωταγωνιστεί σχεδόν σε όλα τα δημοσιεύματα ενώ το δικαίωμα στην ωφέλεια έρχεται δεύτερο.

Πίνακας 6.1: Αναφορές σε ελληνικά κείμενα

	Αυτονομία	Ωφέλεια	Δικαιοσύνη	Ανθρώπινα δικαιώματα	Μαιευτική βία
Καθηκοντολογία μαιών ΦΕΚ ΠΔ 351/89, Άρθρο 2, 2.1.1.4 ⁷	√	-	-	-	-
Κώδικας Δεοντολογίας μαιών ΦΕΚ ΒΔ 686/60, Άρθρο 6 ⁸	-	-	√	-	-
Περί μαιευτικής κανονισμοί του 2012⁹					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Κώδικας Πρότυπης επαγγελματικής συμπεριφοράς -Παράρτημα V (Κανονισμός 2) Κεφ. Δ παρ. 2 ,Κεφ. Ε παρ. 1,5,6,7,8 	√	-	-	-	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Κώδικας επαγγελματικών αρμοδιοτήτων και υποχρεώσεων των μαιών-Παράρτημα VI (Κανονισμός 2) Κεφ. Α παρ.1 	-	√	-	-	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Παράρτημα IV (κανονισμός 2) κώδικας μαιευτικής δεοντολογίας-Κεφ. Α παρ.2-Κεφ. Ε παρ.8 	-	√	-	-	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Παράρτημα VI (Κανονισμός 2) Κώδικας Επαγγελματικών Αρμοδιοτήτων και Υποχρεώσεων των Μαιών-Κεφ. Α παρ.4 	-	√	-	-	-
Επιστημονικός Σύλλογος Μαιών-Μαιευτών Αθήνας ΦΕΚ ΠΔ---ΦΕΚ ΒΔ	√	-	√	-	-
Επιστημονικός Σύλλογος Μαιών-Μαιευτών Ναυπλίου ΦΕΚ ΠΔ	√	-	-	-	-
Παρατηρητήριο Μαιευτικής βίας¹⁰	-	-	-	-	√
4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας Θράκης Κατευθυντήριες Οδηγίες Μαιευτικής Φροντίδας 2014 ¹¹	-	-	-	-	-
Πανεπιστήμιο Πατρών Πρωτόκολλα Μαιευτικής - Γυναικολογίας ¹²	-	-	-	-	-

⁷ [document-7.pdf-ΕΠ.ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ.pdf](#)

⁸ [ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟΣ-ΦΑΡΜΑΚΑ-1960.pdf](#)

⁹ [Οι περί Μαιευτικής Κανονισμοί.pdf](#)

¹⁰ <https://eimaimaia.gr>

¹¹ https://www.4ype.gr/uploads/e_paper/beltiosi/nosprot/Katefthyntiries_Odigies_Maieftikis_Frontidas.pdf

¹² <https://eclass.upatras.gr/modules/document/file.php/MED1099/Ob-Gyn%20Guidelines.pdf>

Πίνακας 6.2: Αναφορές σε ξένα κείμενα

	Αυτονομία	Ωφέλεια	Δικαιοσύνη	Ανθρώπινα δικαιώματα	Μαιευτική βία
The International Confederation of Midwives supports midwives - ICM.					
▪ ‘‘Position Statement Midwives and Violence against Women and Children’’ ¹³	√	–	–	–	√
▪ ‘‘Position Statement Midwives, Women and Human Rights’’ ¹⁴	√	√	√	√	–
▪ ‘‘Professional Framework for Midwifery 2021’’ ¹⁵	√	√	√	√	–
▪ ‘‘International Code of Ethics for Midwives’’ ¹⁶	√	√	√	√	–
▪ ‘‘Bill of Rights for Women and Midwives’’ ¹⁷	√	–	–	√	–
▪ ‘‘Global Standards for Midwifery Regulation (2011)’’ ¹⁸	√	–	√	–	–
▪ ‘‘Philosophy and Model of Midwifery Care’’ ¹⁹	√	–	√	√	–
WHO recommendations on newborn health: ‘‘Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee 2017’’ ²⁰	–	√	–	√	–
WHO recommendations on maternal health: ‘‘Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee 2017’’ ²¹	√	√	–	√	–
BMC Pregnancy and Childbirth ‘‘The experience of giving birth: a prospective cohort in a French perinatal network 2022’’ ²²	√	–	–	–	√
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ‘‘A systematic review of clinical practice guidelines on uncomplicated birth 2020’’ ²³	√	√	–	–	–
WHO recommendations Antenatal care for a positive pregnancy experience 2016 ²⁴	√	√	√	√	–
American Academy of Paediatrics ‘‘Guidelines for perinatal care 2017’’ ²⁵	√	√	–	–	–
Queensland Clinical Guideline: Normal birth ‘‘Maternity and Neonatal Clinical Guideline 2022’’ ²⁶	√	√	–	–	–

¹³ <https://internationalmidwives.org/resources/midwives-and-violence-against-women-and-children/>

¹⁴ <https://internationalmidwives.org/resources/midwives-women-and-human-rights/>

¹⁵ <https://internationalmidwives.org/resources/professional-framework-for-midwifery-2021/>

¹⁶ <https://internationalmidwives.org/resources/international-code-of-ethics-for-midwives/>

¹⁷ <https://internationalmidwives.org/resources/bill-of-rights-for-women-and-midwives/>

¹⁸ <https://internationalmidwives.org/resources/global-standards-for-midwifery-regulation/>

¹⁹ <https://internationalmidwives.org/resources/philosophy-and-model-of-midwifery-care/>

²⁰ <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.07>

²¹ <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10>

²² <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04727-7>

²³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31872931/>

²⁴ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

²⁵ <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>

²⁶ https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf

6.3 Η περιγεννητική φροντίδα των μεταναστριών στην Αθήνα

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στην Αθήνα (Malakasis, 2020) με πέντε γυναίκες από τη Συρία, από τον Νοέμβριο του 2016 έως τον Ιούλιο του, στους καταυλισμούς, τα καταλύματα και τα διαμερίσματα όπου διέμεναν οι γυναίκες, αναδείχθηκαν προτάσεις παρέμβασης προκειμένου να γίνει σεβαστή η αυτονομία και η αξιοπρέπεια των εγκύων μεταναστριών και να μεγιστοποιηθεί η ποιότητα της κοινωνικής και ιατρικής περίθαλψης.

Τα ζητήματα που προέκυψαν από την παραπάνω έρευνα σχετικά με τις συνθήκες που διενεργείται ο τοκετός στις περιπτώσεις μεταναστριών εγκύων γυναικών έχουν ποικίλο χαρακτήρα, από τις κοινωνικές ανάγκες και τις πολιτιστικές προτιμήσεις των μεταναστριών έως κλινικά θέματα. Παρακάτω παρουσιάζεται η μαρτυρία μιας γυναίκας από τη Συρία που επιθυμούσε να γεννήσει κολπικά το τρίτο παιδί της, αλλά σχεδόν αναγκάστηκε να υποβληθεί σε καισαρική. Αρχικά, η γυναίκα είχε γεννήσει το πρώτο παιδί της με καισαρική τομή, αλλά το δεύτερο παιδί της γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό. Η περίπτωση αυτή αναδεικνύει το θέμα του κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή (ΦυτΜΑΚ-VBAC=Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή-Vaginal Birth after Caesarean). Τα ελληνικά νοσοκομεία σπάνια αναλαμβάνουν VBACs. Η ανώτερη μαία που συμμετείχε στην έρευνα είπε ότι τα VBACs είναι ασφαλή υπό ορισμένες συνθήκες. Ωστόσο, εξέφρασε τη διστακτικότητά της σχετικά με το εάν το VBAC θα μπορούσε να γίνει δεκτό στην Ελλάδα με βιοϊατρικό προσανατολισμό. Οι μαίες αντιμετωπίζουν περιορισμούς σε αυτό, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος να φέρουν ευθύνη αν κάτι πάει στραβά κατά τη διάρκεια ενός VBAC που έχει πραγματοποιηθεί αντίθετα προς την πολιτική των νοσοκομείων.

Βασιζόμενοι στα ευρήματα της έρευνας, προτείνονται οι εξής παρεμβάσεις προκειμένου να διασφαλιστεί ο σεβασμός της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας των εγκύων μεταναστριών και να ενισχυθεί η ποιότητα της κοινωνικής και ιατρικής φροντίδας:

- Εφαρμογή και τήρηση του νόμου 4368/2016, που προβλέπει τη δωρεάν παροχή προγεννητικής και μετά εγκυμοσύνης φροντίδας σε όλες τις γυναίκες που υπόκεινται στην ελληνική νομοθεσία, ανεξαρτήτως του νομικού ή πολιτικού τους καθεστώτος.
- Αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης για την παροχή πρόσθετου προσωπικού και πόρων στον τομέα της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης. Η μαιευτική κλινική όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα υπέφερε σταθερά από έλλειψη κλινών. Οι ειδικευόμενοι μαιευτικής που στελέχωναν την πτέρυγα τοκετού εργάζονταν κατά

μέσο όρο 71 ώρες την εβδομάδα – 23 ώρες περισσότερες από τις 48 ώρες εργασίας την εβδομάδα που ορίζει η νομοθεσία της ΕΕ.

- Άμεση χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης που προορίζεται για τη φροντίδα των μεταναστριών στην Ελλάδα στον δημόσιο τομέα υγειονομικής περίθαλψης. Ο τομέας της ιατρικής ανθρωπιστικής βοήθειας παρείχε υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας σε μετανάστριες μέσω συνεδριάσεων ενημέρωσης, βασικών εξετάσεων με υπερήχους και κλινικών εξετάσεων. Συνέβαλε στη διαχείριση της φροντίδας τους και διευκόλυνε την πρόσβασή τους στα δημόσια νοσοκομεία μέσω της κλειστής προγραμματισμένης επίσκεψης, της έκδοσης παραπομπών και της παρακολούθησης της πορείας της θεραπείας τους. Ωστόσο, όλες οι άλλες εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου (μη βασικοί υπέρηχοι, αιματολογικές εξετάσεις, κ.λπ.), καθώς και ο τοκετός, πραγματοποιούνταν σε δημόσιες μαιευτικές κλινικές. Ως εκ τούτου, η χρηματοδότηση για τη φροντίδα των εγκύων μεταναστριών στην Ελλάδα, η οποία κατευθύνθηκε αποκλειστικά στον ανθρωπιστικό τομέα, θα πρέπει επίσης να κατευθυνθεί στον τομέα της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης.
- Απασχόληση διερμηνέων διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών και κοινωνικών λειτουργών σε δημόσιες μαιευτικές κλινικές. Η ενίσχυση των δομών με τέτοιες ειδικότητες είναι ζωτικής σημασίας για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται υπερβολικά και απογοητεύονται από την αδυναμία επικοινωνίας με τους ασθενείς τους. Οι διερμηνείς, οι διαπολιτισμικοί διαμεσολαβητές και οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι επίσης απαραίτητοι προκειμένου να ενημερώσουν τους μετανάστες ασθενείς για τις ιατρικές ανάγκες, τις επιλογές και τα δικαιώματά τους με στόχο την παροχή ενημερωμένης συναίνεσης και τον σεβασμό της αξιοπρέπειας των γυναικών. Ωστόσο, ειδικά οι διερμηνείς, θα πρέπει να προσέχουν να αποφεύγουν να ενστερνίζονται το στερεότυπο των (κυρίως μουσουλμάνων) μεταναστριών ως παθητικών, αδαών σε θέματα που σχετίζονται με τις δικές τους αναπαραγωγικές λειτουργίες και φροντίδα, και τις αποφάσεις τους σχετικά με την τεκνοποίηση τους.
- Βελτίωση και απλούστευση των γραφειοκρατικών διαδικασιών για την πρόσβαση στη μητρική φροντίδα, ειδικά όσον αφορά την έκδοση του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης ή υγειονομικής περίθαλψης για αιτούντες άσυλο και άλλους μετανάστες που δεν έχουν πλήρες ασφαλιστικό καθεστώς, προκειμένου να αποκτήσουν πρόσβαση στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη.

- Προώθηση της ανεξάρτητης στέγασης, όπως το πρόγραμμα διαβίωσης διαμερισμάτων που χρηματοδοτείται από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες, αντί της στέγασης σε ανοιχτούς ή κλειστούς καταυλισμούς ή σε ξενοδοχεία που διαχειρίζονται ΜΚΟ (Malakasis, 2020).

Από την ανασκόπηση έγινε προκύπτει ότι τα φαινόμενα μαιευτικής βίας αντιμετωπίζονται ως ρουτίνα στην καθημερινότητα μας και τα αίτια της είναι βαθύτερα καθώς αγγίζουν όλο το φάσμα της κοινωνικής αλλά και οικονομικής ζωής της χώρας. Η επιστημονική βιβλιογραφία στην Ελλάδα παραμένει περιορισμένη ενώ ανεπίσημες πηγές όπως δημοσιεύματα εφημερίδων αρχίζουν και αναδεικνύουν τη διάσταση του φαινομένου. Η περίπτωση της μαιευτικής βίας έχει περιγραφεί και στον ελληνικό τύπο, αν και δεν αποτελεί αξιόπιστη βιβλιογραφική πηγή. Τα περιστατικά μάλιστα γίνονται εντονότερα όταν η γυναίκα είναι μετανάστρια και δεν ομιλεί καθόλου ελληνικά. Σύμφωνα με δημοσίευμα ασκείται λεκτική και ψυχολογική βία κατά την οποία οι επαγγελματίες υγείας λένε στις επιτόκους «Δε σκέφτεσαι το μωρό σου;», «Θες να πάθει κάτι το παιδί σου;» ή «Δε θες να κάνεις επισκληρίδιο εσύ; Είσαι απολίτιστη;» ή ακόμη και άσεμνες εκφράσεις. τη στιγμή της κολπικής εξέτασης κατά την οποία ο επαγγελματίας υγείας θα δει τη γυναίκα να δυσανασχετεί. Σύμφωνα με αναφορές, εξισώνεται η ερωτική πράξη με το σύντροφο, από επιλογή και με συναίνεση, με τον πόνο που προκαλείται από έναν επαγγελματία υγείας, ο οποίος ενδεχομένως να ενεργεί και χωρίς τη συναίνεση της επιτόκου. Οι παρεμβάσεις συνεχίζονται και μετά τη γέννηση του μωρού, το οποίο συχνά απομακρύνεται αμέσως από τη μητέρα για την τυπική εξέταση του παιδιάτρου, αφού ο ομφάλιος λώρος απολινώνεται άμεσα με την έξοδο του εμβρύου. Εν τέλει η μητέρα θα το δει μετά από αναμονή πολλών ωρών²⁷.

6.4 Νομικό πλαίσιο

6.4.1 Διεθνές

Με βάση την προσέγγιση του ζητήματος της μαιευτικής βίας ως παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε διάφορα κράτη έχει ξεκινήσει μια προσπάθεια διαμόρφωσης συγκεκριμένου νομικού πλαισίου οριοθέτησης, πρόληψης και αντιμετώπισης της μαιευτικής βίας. Η έννοια της "υπερ-ιατρικοποίησης", της παθολογικοποίησης και της υπερβολικής

²⁷ <https://www.ethnos.gr/greece/article/135530/maieytikhbiasokaroynoiexomologhseiskaiokitaggeliesmoyeklepsanthenna>

επέμβασης στο γυναικείο σώμα και τις φυσιολογικές λειτουργίες πρέπει να αντιμετωπιστεί με σαφήνεια και να καταδικαστεί σε νομοθεσία που στοχεύει στην προστασία των γυναικών από τη μαιευτική βία. Στη Βενεζουέλα, το άρθρο 51 του νόμου καθορίζει τις πρακτικές που θεωρούνται μαιευτική βία:

- Στερούνται την κατάλληλη φροντίδα σε επείγοντα μαιευτικά περιστατικά, που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή τους, όπως περιγράφεται από τον WHO στη δήλωσή του για την πρόληψη και εξάλειψη της κακοποίησης και της ασέβειας κατά τη διάρκεια του τοκετού σε εγκαταστάσεις.
- Εξαναγκάζονται να γεννήσουν σε θέση λιθοτομής με τα πόδια ψηλά, χωρίς σεβασμό προς τη φυσιολογία του τοκετού, μια πρακτική που αντιμετωπίζεται απάνθρωπα, καθώς αναγκάζει τις γυναίκες σε μια θέση που δεν αισθάνονται φυσιολογικά. Ταπεινώνονται με τα γεννητικά τους όργανα υπερβολικά εκτεθειμένα στην άποψη των φροντιστών και χάνουν τη δυνατότητα να επιλέξουν την καλύτερη και πιο άνετη θέση για αυτές. Η άνεση των φροντιστών έχει προτεραιότητα έναντι της ελευθερίας επιλογής των γυναικών. Αυτή η πρακτική αποτελεί επίσης κατάχρηση της ιατροποίησης και μια προσπάθεια να παθολογικοποιηθούν οι φυσικές διεργασίες του σώματος των γυναικών. Ο WHO συνιστά ελεύθερη θέση για τη γυναίκα κατά τη διάρκεια του τοκετού, κάτι που προωθεί από το 1985.
- Οι γυναίκες συχνά εμποδίζονται να έρθουν σε άμεση επαφή με τα νεογέννητά τους χωρίς ιατρικό λόγο και τους αφαιρείται η δυνατότητα του άμεσου θηλασμού. Αυτή η πρακτική, που παλαιότερα θεωρείτο φυσιολογική ρουτίνα, σήμερα κρίνεται ως απάνθρωπη και αντίθετη προς τις οδηγίες του WHO και της UNICEF, καθώς και παραβίαση του δικαιώματος σε υψηλό επίπεδο υγείας τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί.
- Η φυσική διαδικασία του τοκετού χαμηλού κινδύνου ενδέχεται να επιταχυνθεί χωρίς την προηγούμενη ελεύθερη και ενημερωμένη συναίνεση της γυναίκας. Αυτή η πρακτική αντίκειται επίσης στην ιατρική ηθική και αντιπροσωπεύει παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών, καθώς γίνεται χωρίς τη συγκατάθεσή τους.
- Η καισαρική τομή επιλέγεται ακόμα και όταν υπάρχει δυνατότητα φυσιολογικού τοκετού, χωρίς την προηγούμενη ελεύθερη και ενημερωμένη συναίνεση της γυναίκας.

Συχνά, η προσπάθεια να αντιμετωπιστεί η μαιευτική βία στη Λατινική Αμερική εκφράζεται μέσω επίσημων νομικών διαδικασιών. Χώρες όπως η Βενεζουέλα (2007), η Αργεντινή (2009), η Χιλή (2015), η Κολομβία (2017), καθώς και ο Ισημερινός και η Ουρουγουάη (2018), έχουν εγκρίνει νομοθεσία που ορίζει και περιγράφει κυρώσεις για τη μαιευτική βία, η οποία αναγνωρίζεται ως μορφή βίας λόγω φύλου και σε πολλές περιπτώσεις τιμωρείται από το νόμο. Οι επιτροπές ανθρωπίνων δικαιωμάτων και οι ομάδες εργασίας έχουν εργαστεί υπερ της καταβολής αποζημίωσης για καταστάσεις που εκτείνονται σε τραυματισμούς, κακομεταχείριση και παραμέληση κατά τη διάρκεια του τοκετού. Πολλές καταγγελίες μαιευτικής βίας τα τελευταία δέκα χρόνια προήλθαν από ντόπιες γυναίκες. Οι πρόσφατες προσπάθειες της Λατινικής Αμερικής για να ορίσουν, να επιβάλλουν κυρώσεις και να τιμωρήσουν τη μαιευτική βία έχουν προκαλέσει αντιδράσεις από ορισμένους ιατρικούς παρόχους. Ωστόσο, από το 2014, ορισμένες γυναίκες που υπέστησαν μαιευτική βία έλαβαν συμπαράσταση από εθνικά και διεθνή δικαστήρια ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τα οποία τους αποζημίωσαν οικονομικά και επιδίκασαν δωρεάν παροχές όπως εκπαίδευση για τα παιδιά τους. Οι ακτιβιστές αναγνωρίζουν ότι η μαιευτική βία είναι ένας όρος με ασαφή σημασιολογία. Η ενσωμάτωση διάφορων παραβιάσεων υπό τον όρο "μαιευτική βία" μας οδηγεί να απομακρυνθούμε από τις μεμονωμένες περιπτώσεις και την ιδέα της απλής ιατρικής αμέλειας, καθώς και να εστιάσουμε σε δομικές συνθήκες. Αυτές οι συνθήκες, που επιτρέπονται ή υποστηρίζονται από ορισμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, παραβιάζουν τη αξιοπρέπεια και την ευημερία των ατόμων στον τομέα της αναπαραγωγής (O'Brien & Rich, 2022).

Η Βενεζουέλα ήταν η πρώτη χώρα που εγγυήθηκε, μέσω ειδικής νομοθεσίας, τα δικαιώματα των γυναικών σε μια ζωή χωρίς βία. Αυτή η νομοθεσία εγκρίθηκε στις 25 Νοεμβρίου 2006, για τον εορτασμό της Διεθνούς Ημέρας Μη Βίας κατά των Γυναικών, του Οργανικού Νόμου για το δικαίωμα των γυναικών σε μια ζωή χωρίς βία και δημοσιεύθηκε στην Επίσημη Εφημερίδα αριθ. 38.647 της Βενεζουέλας, της 19ης Μαρτίου 2007. Το έγγραφο ορίζει δεκαεννέα τύπους βίας κατά των γυναικών, μεταξύ των οποίων και η μαιευτική βία, και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο αυτός ο νομικός όρος αποτελεί μια νέα ονοματολογία της βίας και θεωρείται σημαντικός μηχανισμός για τη διασφάλιση μιας μαιευτικής περίθαλψης χωρίς βία και την προώθηση μιας στρατηγικής για την αντιμετώπιση της μαιευτικής βίας από τη μαιευτική και τις υπηρεσίες υγείας (Rodrigues et al, 2018). Το άρθρο 51 του Συντάγματος της Βενεζουέλας του 2007 για τη βία κατά των γυναικών καθορίζει ότι η έλλειψη παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε επείγοντα μαιευτικά περιστατικά με

αποτελεσματικό και έγκαιρο τρόπο χαρακτηρίζεται ως μαιευτική βία (Vacafloer, 2016). Τέτοια αμέλεια μπορεί να οφείλεται σε θεσμικές διακρίσεις ή στη γενική ανεπάρκεια του συστήματος υγείας, όπως η έλλειψη διαθέσιμων κλινών ή η υπερφόρτωση των επαγγελματιών υγείας (Pérez, 2010).

Σύμφωνα με την έρευνα των Faneite et al, 2012, σχετικά με τη γνώση της νομοθεσίας για την προστασία των γυναικών, το 87% των επαγγελματιών υγείας δήλωσαν ότι είχαν γνώση γι' αυτό, αλλά από αυτούς, μόνο το 45,7% γνώριζε την ύπαρξη του οργανικού νόμου για το δικαίωμα των γυναικών σε μια ζωή χωρίς βία και το 13% δεν γνώριζε τον εν λόγω νόμο) (Faneite et al, 2012). Αυτό δείχνει ότι μεγάλο μέρος των επαγγελματιών του τομέα της υγείας στη Βενεζουέλα δεν γνωρίζει την τυπολογία ως ορισμό και τα μέτρα για την αντιμετώπιση του ζητήματος μέσω νομοθετικών πόρων (Rodrigues et al, 2018).

Σε μελέτη που διεξήχθη από τους Terán et al, 2013, στην ίδια χώρα, παρατηρήθηκε ότι οι κύριες παραβιάσεις του οργανικού νόμου για το δικαίωμα των γυναικών σε μια ζωή χωρίς βία σημειώθηκαν στο 66,8% των περιπτώσεων (21,6% των περιπτώσεων) 19,5% για την απαγόρευση να ρωτήσουν κάτι ή / και να εκφράσουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους, 15,3% για τα αστεία σχετικά με την κατάστασή τους, με ειρωνικά και περιοριστικά σχόλια και ιατρικές διαδικασίες χωρίς προηγούμενη συγκατάθεση στο 49,4% των περιπτώσεων (εκ των οποίων το 37,2% πραγματοποιήθηκε με επαναλαμβανόμενα κολπικά αγγίγματα και από πολλούς εξεταστές) (Terán et al, 2013). Αυτά τα γεγονότα αντιπροσωπεύουν νομική παραβίαση των δικαιωμάτων των γυναικών στη μαιευτική φροντίδα, ειδικά για τους κατοίκους της Βενεζουέλας (Diniz et al, 2015).

Στο Μεξικό, ο νόμος Vera Cruz και το πρότυπο 007- SSA του Υπουργείου Υγείας του Μεξικού προώθησαν σημαντικά θέματα για την αναπαραγωγική υγεία, προτείνοντας να συζητηθούν. Ωστόσο, οι καταγγελίες σχετικά με την ιατρική συμπεριφορά των γυναικών αποτελούσαν απόδειξη απάνθρωπων και μεροληπτικών πρακτικών, όπως αποδεικνύεται από την Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, η οποία άρχισε να θεωρεί τη συμπεριφορά αυτή ακατάλληλη για αυτό το είδος βίας, δεδομένου ότι η εν λόγω νομοθεσία δεν αντιμετώπιζε το υπό μελέτη ζήτημα. Από αυτό το σενάριο, θεωρήθηκε απαραίτητο να οριστεί και να προσδιοριστεί η μαιευτική βία για τη δημιουργία στρατηγικών και προγραμμάτων για τη μείωση ή την εξάλειψή της (Pozzio, 2016) Πρέπει να τονιστεί ότι το Μεξικό έχει συζητήσει πολύ για τη μαιευτική βία και φαίνεται ότι υπάρχει έλλειψη τόσο ορισμού όσο και ειδικής νομοθεσίας στη χώρα (Rodrigues et al, 2018).

Σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο της Αργεντινής, η απορρίπτει της πρόσβασης των γυναικών σε υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με την αναπαραγωγική τους υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως άλλη μορφή μαιευτικής βίας, είτε με πράξεις είτε με παραλείψεις. Αυτό το θέμα έχει αντιμετωπιστεί σε πολλές περιπτώσεις σε διάφορες νομικές δικαιοδοσίες της Λατινικής Αμερικής. Για παράδειγμα, το Ανώτατο Δικαστήριο της Αργεντινής έχει αποφανθεί ότι η αρνητική αντίδραση στην παροχή υπηρεσιών άμβλωσης σε γυναίκες που έχουν υποστεί βιασμό μπορεί να θεωρηθεί ως μορφή θεσμικής βίας. Επιπλέον, το δικαστήριο κατέστησε σαφές ότι η απαίτηση δικαστικής άδειας είναι αντισυνταγματική, καθώς κανένας νόμος δεν την προβλέπει. Τέλος, υπογραμμίζει ότι άλλες κρατικές πολιτικές και νομοθεσίες που αφορούν την υγεία συμβάλλουν στην κατανόηση της μαιευτικής βίας, εντοπίζοντας περιπτώσεις κακοποίησης και παρέχοντας συνολικότερη κατανόηση του φαινομένου (Vacaflo, 2016).

Όπως αναφέρεται σε μελέτη του Karolinski (2009), το υγειονομικό σύστημα της Αργεντινής αντιμετωπίζει προκλήσεις στην υιοθέτηση αξιόπιστων και ασφαλών κλινικών πρακτικών. Η επιμονή σε παραδοσιακές μεθόδους, όπως η υπερβολική χρήση επισιοτομών ή υψηλά ποσοστά μη αιτιολογημένων καισαρικών τομών, αποτελεί πηγή προβλημάτων για το σύστημα υγείας και θέτει σε κίνδυνο την υγεία των γυναικών. Η νομική αντίδραση της χώρας σε αυτές τις προκλήσεις περιλαμβάνει την επιβολή υποχρεώσεων στους ιατρούς να απέχουν από υπερβολικές ιατρικές πρακτικές και ζητά από το Υπουργείο Υγείας να εκδώσει πολιτικές και πρωτόκολλα που εστιάζουν στην αναγνώριση και εξάλειψη ανεπιθύμητων πρακτικών. Επιπλέον, για την αντιμετώπιση των ελλείψεων γνώσης που οδήγησαν σε περιττές ή επικίνδυνες πρακτικές που επηρεάζουν τις γυναίκες, το Υπουργείο Υγείας θέσπισε οδηγίες κλινικής πρακτικής για ασφαλείς πρακτικές στη μητρική υγεία από το 2004. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές προτείνουν στους επαγγελματίες υγείας να μην επιβάλλουν ανεδαφικούς περιορισμούς στις γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού, όπως για παράδειγμα την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης από το άτομο της επιλογής τους (Vacaflo, 2016).

Έπειτα, πολλές χώρες της Λατινικής Αμερικής έλαβαν μέτρα βάσει των προτάσεων της Βενεζουέλας και της Αργεντινής για την καταπολέμηση της μαιευτικής βίας. Το 2013, αυτό συνέβη στον Παναμά και τη Βολιβία, ενώ μεταξύ των ετών 2007 και 2018, πολλές πολιτείες του Μεξικού ενέκριναν νόμους που καθόριζαν και καταδίκαιζαν τη μαιευτική βία στη χώρα. Επίσης, το 2017, η Ουρουγουάη εντάχθηκε στη χρήση αυτής της έννοιας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2018). Ωστόσο, στη Βραζιλία, δεν υπάρχει

συγκεκριμένος ομοσπονδιακός νόμος που να αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα, αλλά το Σύνταγμα της χώρας προβλέπει την προστασία από την εμφάνιση της μαιευτικής βίας, ενισχύοντας το δικαίωμα στην υγεία και την απαγόρευση των διακρίσεων. Σημαντικό επίσης ήταν το Belém do Pará, όπου αναγνωρίστηκε το δικαίωμα όλων των γυναικών να ζουν χωρίς βία (Leite et al, 2022). Πρόσθετα, σύμφωνα με τον WHO (2018), ο ιατρικός κώδικας δεοντολογίας κατοχυρώνει το απόρρητο και την εμπιστευτικότητα των ασθενών βασιζόμενος στις θεμελιώδεις αρχές της επαγγελματικής ηθικής.

6.4.2 Ελληνικό

Σχετικά με την ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου προέκυψε ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει συγκεκριμένο κανονιστικό πλαίσιο για το φαινόμενο της μαιευτικής βίας. Όπως περιγράφηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η διαδικασία της εγκυμοσύνης και του τοκετού έχουν κλινικοποιηθεί/ιατρικοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η συζήτηση γύρω από το γυναικείο σώμα έχει αποκτήσει διαστάσεις παγκόσμιου ενδιαφέροντος. Νομικά θα λέγαμε ότι εντάσσεται στους ευρύτερους προβληματισμούς της έννομης τάξης γύρω από τα ζητήματα της «αστικής ιατρικής ευθύνης» και της «ιατρικής αμέλειας». Ωστόσο, στην πραγματικότητα είναι κάτι πολύ περισσότερο. Η γυναικολογική βία και κατ' επέκταση και η μαιευτική βία έχει τεθεί ως όρος στην επιστημονική κοινότητα τα τελευταία 10-15 χρόνια. Ωστόσο, στο χώρο της νομικής επιστήμης και, δη, στην Ελλάδα δεν έχει τυποποιηθεί ως ξεχωριστό αδίκημα στον Ποινικό Κώδικα, ούτε σε κάποιον ειδικό ποινικό νόμο. Ως εκ τούτου, οι περιπτώσεις μαιευτικής βίας αντιμετωπίζονται με βάση τα "νομικά εργαλεία" που διατίθενται και έτσι σε κάθε περίπτωση γίνεται προσπάθεια να διακριθούν ξεχωριστά τα αδικήματα που υπάρχουν στον Ποινικό Κώδικα όπως σωματική βλάβη, εξύβριση, απειλή κλπ. ή σε ειδικούς ποινικούς νόμους όπως προστασία προσωπικών δεδομένων και στη γενικότερη προβληματική της ιατρικής αστικής ευθύνης και της ιατρικής αμέλειας.

Είναι γνωστό, ότι τα περισσότερα περιστατικά που αφορούν γυναικολογική/μαιευτική ευθύνη ουδέποτε φτάνουν στην δικαστική αίθουσα, ενώ στα δικαστήρια δεν είθισται ιατρός να καταθέσει εναντίον συναδέλφου του. Στην κορυφή του παγόβουνου των δυσκολιών αυτών των υποθέσεων, που έχουν ρίζες κοινωνικές και ιστορικές, έρχονται να προστεθούν δυσκολίες απόδειξης και ένα ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο προστασίας. Πράγματι, η απόδειξη των ιατρικών λαθών είναι δύσκολη διαδικασία που δυσχεραίνεται από χρονοβόρες

πραγματογνωμοσύνες, ελλιπή τήρηση του ιατρικού φακέλου του θύματος, δυσχέρεια πρόσβασης του σε αυτόν και ανεπαρκής, έως και ανύπαρκτη, ενημέρωση. Όπως αναφέρθηκε στην ενότητα 3.1, αποτελεί κοινό τόπο ότι μια ιατρική επέμβαση που διενεργείται χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς διαταράσσει μειωτικά την προσωπικότητα του και συγκρούεται με το δικαίωμα αυτοδιάθεσης και αυτοκαθορισμού του. Με αυτό τον τρόπο, η συναίνεση και η ενημέρωση του ασθενούς συνιστούν ένα αδιαχώριστο δίδυμο, ελλείψει του οποίου γίνεται λόγος για παράνομη πράξη.

Η σχέση «εξουσίας» και «υποταγής» που συνδέει τον ιατρό με τον ασθενή καθιστά φανερό ότι το προστατευτικό πλαίσιο της αστικής ιατρικής ευθύνης και της ευθύνης που απορρέει από ιατρική αμέλεια δεν αρκούν, ούτε καλύπτουν τον χαρακτήρα της άδικης πράξης που υφίσταται το θύμα στην περίπτωση της μαιευτικής βίας, η οποία είναι άμεσα συνυφασμένη με το φύλο. Στην πραγματικότητα, γίνεται λόγος για ένα ιδιαίτερο έγκλημα, κατά το οποίο το έννομο αγαθό προσβάλλεται από ορισμένα πρόσωπα και που το κίνητρο εντοπίζεται σε ένα ακόμα πιο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του θύματος, ήτοι την έμφυλη ταυτότητά του. Εκεί, μάλιστα, εντοπίζεται και η ιδιαίτερη απαξία της πράξης, αφού το γυναικείο σώμα αντιμετωπίζεται σαν ένα άνευ αξίας αντικείμενο, σαν το μέσο για την εκπλήρωση ενός σκοπού, της τεκνοποίησης.

Ένας νόμος για τη μαιευτική βία πρέπει να περιλαμβάνει τη νομική έννοια και την προστασία της αυτονομίας των γυναικών, καθώς και την απαγόρευση κάθε μορφής εκμετάλλευσης, υπεριατρικοποίησης και αποδοχής ως φυσιολογικής ή φυσικής οποιασδήποτε παρεκτροπής από την κανονικότητα του γυναικείου σώματος και των βιολογικών λειτουργιών του. Επιπλέον, πρέπει να περιλαμβάνει έναν ακριβή κατάλογο συμπεριφορών που θεωρούνται επιβλαβείς και παραβιάζουν την αξιοπρέπεια των γυναικών.

6.5 Δημόσια υγεία και μαιευτική βία

Η δημόσια υγεία και η μαιευτική βία είναι δύο συναφή θέματα που αφορούν την υγεία και την ευημερία των γυναικών και των νεογνών τους. Η Δημόσια Υγεία αποτελεί τον τομέα της γνώσης, της πρακτικής και της δημιουργικής έκφρασης που επιδιώκει την πρόληψη των ασθενειών, την παροχή μακροζωίας και την προώθηση της υγείας του ανθρώπου μέσω συντονισμένων πρωτοβουλιών και ενημερωμένων επιλογών από την κοινωνία, τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, τις κοινότητες και τους ανθρώπους. (Φιλαλήθης και συν.,

2020). Η μαιευτική βία αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας, διότι επηρεάζει την υγεία και την ευημερία των γυναικών και των νεογνών τους, παραβιάζει τα ανθρώπινα δικαιώματά τους και υπονομεύει την ποιότητα της φροντίδας μητρότητας (Brunnersum, 2019). Ένα αποτέλεσμα των περιττών παρεμβάσεων είναι η εμφάνιση ενός τμήματος του τραύματος της γέννησης που βιώνουν πολλές γυναίκες. Ωστόσο, η ψυχολογική βλάβη που ακολουθεί ένα τραυματικό τοκετό μπορεί να είναι ακόμη πιο καταστροφική. Η εξάπλωση της μετεγχειρητικής τραυματικής διαταραχής και της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, η οποία συνδέεται με την επίπτωση που προκαλείται κατά τη διάρκεια της γέννησης, αποτελεί ένα μακροχρόνιο αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης (McKenzie-McHarg et al. 2015).

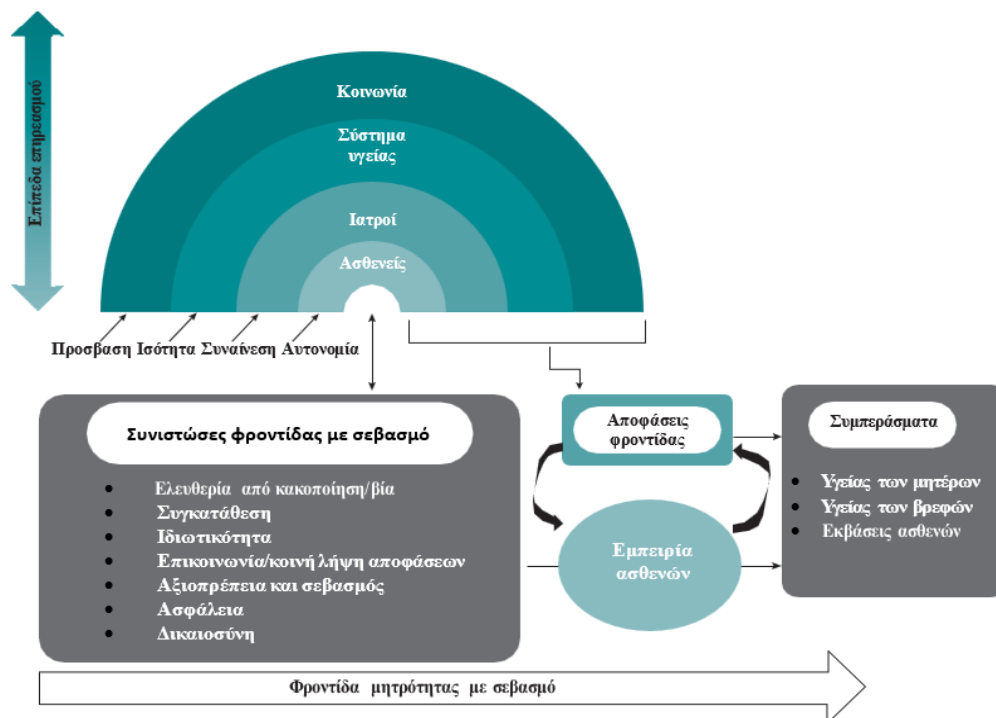
Ακόμα, μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση και την εμπιστοσύνη των γυναικών και τα αποτελέσματα υγείας των μητέρων και των βρεφών καθώς και να αποθαρρύνει τις γυναίκες από την αναζήτηση φροντίδας μητρότητας σε μονάδες υγείας, γεγονός που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας (Brunnersum, 2019). Στον πίνακα 6.3 που ακολουθεί γίνεται μια προσπάθεια αποτύπωσης όλων των παραπάνω ως αποτέλεσμα της διερεύνησης του φαινομένου της μαιευτικής βίας, το οποίο αποτελεί θέμα δημόσιας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, απεικονίζεται η σχέση των κοινωνικών και επιστημονικών προεκτάσεων με την οικογένεια, την ψυχολογία, την κουλτούρα, το σύστημα υγείας, τα αποτελέσματα υγείας και τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Πίνακας 6.3: Οι κοινωνικές και επιστημονικές προεκτάσεις της μαιευτικής βίας

	Κοινωνικές Προεκτάσεις	Επιστημονικές Προεκτάσεις
Οικογένεια	Αποδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών: Η μαιευτική βία μπορεί να επηρεάσει τη σχέση μεταξύ της μητέρας και του συντρόφου της, καθώς και άλλων μελών της οικογένειας. Μπορεί να προκαλέσει απώλεια οικειότητας, εμπιστοσύνης, επικοινωνίας ή υποστήριξης και να οδηγήσει σε ενδοοικογενειακή βία, διαζύγιο ή εγκατάλειψη (Taghizadeh et al, 2021; Sánchez et al, 2020).	
Ψυχολογία	Αρνητικός αντίκτυπος στην εμπειρία του τοκετού: Η μαιευτική βία διαταράσσει τη φυσική διαδικασία του τοκετού, αφήνοντας τις γυναίκες να αισθάνονται αποδυναμωμένες και παραβιασμένες. Μια τραυματική εμπειρία τοκετού μπορεί να επισκιάσει τη χαρά του καλωσορίσματος της νέας ζωής.	Ψυχολογική δυσφορία: Η μαιευτική βία μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική και ψυχική δυσφορία στη μητέρα, όπως άγχος, κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες PTSD, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενοχή, ντροπή ή φόβο. Μπορεί επίσης να επηρεάσει το δεσμό της μητέρας με το μωρό και την ικανότητά της να θηλάσει και να φροντίσει το νεογέννητο μωρό της (Brunnersum, 2019; Taghizadeh et al, 2021).
Κουλτούρα	Ανισότητα των φύλων: Η μαιευτική βία επηρεάζει δυσανάλογα τις γυναίκες, ενισχύοντας τις ανισότητες μεταξύ των φύλων και συχνά αντικατοπτρίζει ευρύτερες διαρθρωτικές ανισότητες. Οι ανισότητες μεταξύ των φύλων και οι κοινωνικοί κανόνες διαδραματίζουν ρόλο στη διαμόρφωση των πρακτικών φροντίδας μητρότητας. Αντικατοπτρίζει ευρύτερους κοινωνικούς κανόνες και ανισοροπίες εξουσίας, όπου οι απόψεις των γυναικών συχνά δεν ακούγονται ή απορρίπτονται σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης (Taghizadeh et al, 2021). Συστημικός ρατσισμός: Η εμπειρία της μαιευτικής βίας διασταυρώνεται με τον συστημικό ρατσισμό. Οι φυλακισμένες, ιδιαίτερα οι μαύρες ή λατίνες γυναίκες στις ΗΠΑ, αντιμετωπίζουν μαιευτική βία που αντικατοπτρίζει και διαιωνίζει τις φυλετικές ανισότητες (O'Brien & Rich, 2022). Κοινωνικό στίγμα και απομόνωση: Οι γυναίκες που έχουν βιώσει μαιευτική βία μπορεί να αισθάνονται απομονωμένες, ντροπιασμένες ή κατηγορούμενες για την κακομεταχείρισή τους. Αυτό διαιωνίζει μια κουλτούρα σιωπής γύρω από το θέμα (Williams & Meier, 2019).	Ένστικτο της γέννησης: Η αύξηση των αναίτιων καισαρικών τομών αποτελεί μια μορφή μαιευτικής βίας. Ενδεχομένως, με την πάροδο των ετών, η συνεχώς αυξανόμενη αυτή τάση να μειώσει σημαντικά ή και ορισμένες περιπτώσεις να καταργήσει το ένστικτο των γυναικών να γεννούν. Αυτό το χαρακτηριστικό του βιολογικού είδους του ανθρώπου φαίνεται να απειλείται.
Σύστημα υγείας	Εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης: Τα περιστατικά μαιευτικής βίας διαβρώνουν την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι γυναίκες μπορεί να χάσουν την εμπιστοσύνη τους στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και στα ιδρύματα, επηρεάζοντας την προθυμία τους να αναζητήσουν φροντίδα στο μέλλον (Williams & Meier, 2019). Επίσης μπορεί να δημιουργηθεί μια αίσθηση δυσαρέσκειας, θυμού ή μίσους προς τους χρήστες της βίας ή την κοινωνία που την ανέχεται (Brunnersum, 2019; Taghizadeh et al, 2021).	Επαγγελματική εξουθένωση παρόχων υγειονομικής περίθαλψης: Οι επαγγελματίες υγείας που ασκούν μαιευτική βία μπορεί να υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση λόγω συστημικών ζητημάτων, άγχους και ηθικών διλημάτων (Williams & Meier, 2019).
Αποτελέσματα υγείας		Παρεμβατικές ενέργειες: Η εμπειρία μαιευτικής βίας μπορεί να οδηγήσει τις γυναίκες να αποφύγουν την αναζήτηση επαγγελματικής φροντίδας κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ο φόβος της κακής μεταχείρισης μπορεί να τις οδηγήσει να επιλέξουν τον τοκετό στο σπίτι από τις μονάδες υγείας, γεγονός που μπορεί να αυξήσει τη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα (Taghizadeh et al, 2021). Τραυματισμοί μητέρων και νεογνών: Η μαιευτική βία μπορεί να προκαλέσει σωματική βλάβη στη μητέρα και το μωρό, όπως αιμορραγία, μόλυνση, τραύμα ή ακόμα και θάνατο. Μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών, όπως πρόωγη γέννηση, χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση ή ακόμη και θνησιγένεια. (Taghizadeh et al, 2021). Ποιότητα φροντίδας: Η μαιευτική βία επηρεάζει την αντιληπτή ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού (Fetpao et al, 2022). Η εξασφάλιση φροντίδας με σεβασμό και συμπόνια είναι ζωτικής σημασίας για θετικά αποτελέσματα υγείας.
Ανθρώπινα Δικαιώματα	Αξιοπρέπεια και αυτονομία: Η μαιευτική βία υπονομεύει την αξιοπρέπεια και την αυτονομία της γυναίκας. Όταν οι επαγγελματίες υγείας αγνοούν τις προτιμήσεις μιας γυναίκας, αποτυγχάνουν να λάβουν ενημερωμένη συναίνεση ή την αντιμετωπίζουν με απάνθρωπο τρόπο, διαβρώνεται η αίσθηση της αντενέργειας και του ελέγχου του σώματός της. Αναπαραγωγικά δικαιώματα: Η μαιευτική βία παραβιάζει το δικαίωμα μιας γυναίκας να λαμβάνει αποφάσεις για το σώμα της. Αρνούμενη την αυτονομία της και υποβάλλοντάς την σε ανεπιθύμητες παρεμβάσεις, διαιωνίζει έναν κύκλο αποδυνάμωσης και υπονομεύει τα αναπαραγωγικά δικαιώματα (Molla et al, 2022).	

Από τη συστηματική ανασκόπηση των Cantor et al 2024, δημιουργήθηκε ένα εννοιολογικό διάγραμμα, Γράφημα 6.1, με σκοπό να απεικονιστούν οι πολύπλευρες διαστάσεις της μητρικής φροντίδας με σεβασμό. Το γράφημα απεικονίζει τα επίπεδα επιρροής που ασκούνται στην εμπειρία της μητρικής φροντίδας με σεβασμό, καθώς και τον τρόπο αλληλεπίδρασης μεταξύ της κοινωνίας, του συστήματος υγείας, των κλινικών ιατρών και των ασθενών. Αυτές οι επιρροές επηρεάζονται επίσης από τον βαθμό πρόσβασης στην περίθαλψη (όπως γεωγραφικά εμπόδια, δυσκολίες στα ταξίδια και ασφάλεια), την ισότητα (όπως φυλετική και εθνική καταγωγή, φύλο, ηλικία και πολιτισμικά ζητήματα που επηρεάζουν τις σχέσεις μεταξύ ασθενών, οικογενειών και ιατρών), την έννοια της συναίνεσης (περιλαμβανομένων των αποφάσεων για τη φροντίδα, τις διαδικασίες και τις παρεμβάσεις) και την αυτονομία (συμπεριλαμβανομένης της επιλογής του ασθενούς, της αυτονομίας και της συλλογικής λήψης αποφάσεων). Τα στοιχεία της μητρικής φροντίδας με σεβασμό έχουν σημαντική επίδραση στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα και τα αποτελέσματα των ασθενών,

Γράφημα 6. 1: Εννοιολογικό διάγραμμα.



Πηγή: (Cantor et al., 2024)

συμπεριλαμβανομένων των αποτελεσμάτων υγείας της μητέρας και του παιδιού, καθώς και της εμπειρίας της ασθενούς. Κάθε σημείο στο γράφημα αντιπροσωπεύει ένα πιθανό σημείο καμπής, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε ασεβή φροντίδα, με επιπλέον εμπόδια για ομάδες πληθυσμών που αντιμετωπίζουν ιστορικά ή σήμερα ανισότητες στην υγεία (Cantor et al., 2024)

Η μαιευτική βία αντιπροσωπεύει ένα πολυποίκιλο και σύνθετο πρόβλημα δημόσιας υγείας, με αυξανόμενη σημασία και υψηλό επίπεδο επιρροής στην κατανόηση των προκλήσεων υγείας, καθώς επίσης και στην υγεία των νέων μητέρων και των βρεφών τους. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση αυτών των μορφών κακοποίησης απαιτεί τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων, απαιτώντας το απαραίτητο θάρρος για την ενσωμάτωση καινοτόμων προσεγγίσεων, τόσο για την καλύτερη τεκμηριωμένη φροντίδα για την ασφάλεια των μητέρων και των νεογνών, όσο και για την προώθηση των δικαιωμάτων τους στην υγειονομική περίθαλψη. Είναι σημαντικό να προωθήσουμε μια εξανθρωπισμένη φροντίδα μητρότητας που σέβεται τα δικαιώματα, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των γυναικών και των οικογενειών τους. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την ευαισθητοποίηση, την ενίσχυση των νομικών και δεοντολογικών πλαισίων, τη βελτίωση της διακυβέρνησης και της λογοδοσίας του συστήματος υγείας, την ενίσχυση των δεξιοτήτων και των στάσεων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και την ενδυνάμωση των γυναικών και των κοινοτήτων ώστε να απαιτούν ποιοτική περίθαλψη.

Κεφάλαιο 7 Συμπεράσματα-Συζήτηση

Λαμβάνοντας υπόψη ότι το πρόβλημα της μαιευτικής βίας έχει αναγνωριστεί μόνο τα τελευταία χρόνια, είναι λογικό ότι οι λύσεις είναι σε αρχόμενο στάδιο και ότι αυτές που είναι διαθέσιμες δεν έχουν ακόμη δείξει αποτελέσματα. Με τη σημαντική συνεισφορά κυρίως από ακαδημαϊκούς και ακτιβιστές που επικεντρώνονται σε αυτό το θέμα, έχουν διατυπωθεί προτάσεις για τον τρόπο προαγωγής μιας πιο ανθρωποκεντρικής προσέγγισης της γέννησης και της εγκυμοσύνης.

Προτού διατυπωθεί οποιαδήποτε πρόταση για την αντιμετώπιση του προβλήματος της μαιευτικής βίας, είναι ουσιώδες να εξεταστεί το πλαίσιο εντός του οποίου θα πρέπει να δράσουμε. Σύμφωνα με αυτήν τη λογική, υπάρχουν δύο διαφορετικά εννοιολογικά πλαίσια. Το πρώτο σχετίζεται με την υιοθέτηση μιας προσέγγισης βασισμένης στα ανθρώπινα δικαιώματα. Με απλά λόγια, αυτό συνεπάγεται ότι οι γυναίκες δεν χάνουν τα θεμελιώδη δικαιώματά τους όταν μένουν έγκυες: «Κάθε γυναίκα, ανεξάρτητα από το αν βρίσκεται σε εγκυμοσύνη, έχει τα ακόλουθα δικαιώματα: δικαίωμα παροχής συναίνεσης, άρνηση για θεραπεία, ίση μεταχείριση, ιδιωτικότητα, υγεία και ζωή» (Terreri, 2018; Chandra, Sumant και Shiva, 2021). Τώρα, προκειμένου να κατανοήσουμε πώς αυτή η αρχή εφαρμόζεται στην πράξη, ο Castro (2019) παραθέτει το εξής παράδειγμα: Ένα πλαίσιο που βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα για την αντιμετώπιση της μαιευτικής βίας σημαίνει ότι το υγειονομικό προσωπικό φέρει την ευθύνη για την εξασφάλιση του δικαιώματος κάθε γυναίκας στην υγεία κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Εν συνεχεία, εκτός από το πλαίσιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, προτείνεται η προσέγγιση του προβλήματος μέσα από το πρίσμα της διαθεματικότητας. Αυτό βασίζεται στο γεγονός ότι, ενώ πολλές από τις εμπειρίες που σχετίζονται με την μαιευτική βία είναι διατομεακές σε όλο τον κόσμο, υπάρχουν σημαντικές παραλλαγές ανάλογα με ορισμένα χαρακτηριστικά των ίδιων των γυναικών και των τόπων που κατοικούν. Επίσης, όταν εξετάζουμε διαφορετικές εμπειρίες μαιευτικής βίας, πρέπει να λάβουμε υπόψη παράγοντες όπως η εθνική καταγωγή, η εκπαίδευση, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η τοποθεσία διαμονής. Συνεπώς, είναι σημαντικό να υιοθετήσουμε μια διαθεματική προσέγγιση προκειμένου να αναπτύξουμε λύσεις που λαμβάνουν υπόψη τις διάφορες ταυτότητες και εμπειρίες των γυναικών και των οικογενειών τους. Γνωρίζοντας τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι διάφορες πληθυσμιακές ομάδες μπορεί κανείς να σχεδιάσει μια λύση που κινείται προς την κατεύθυνση της παροχής ίσων ευκαιριών και αξιοπρέπειας για όλους.

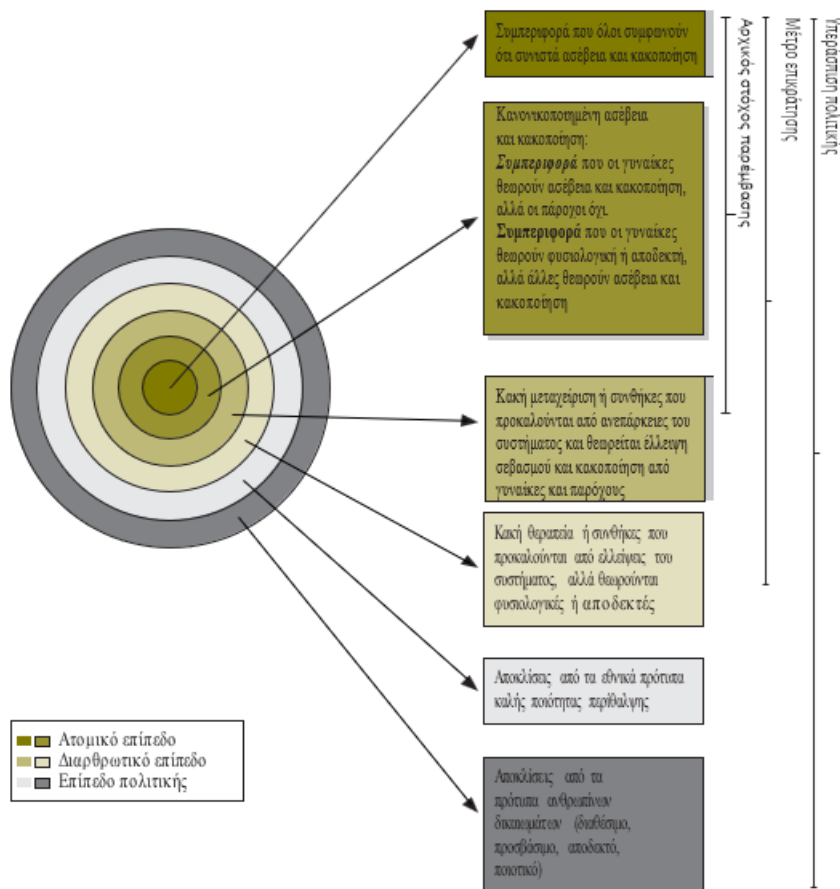
Όταν εφαρμόζονται οι αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της διαθεματικότητας, είναι αναγκαίο να υλοποιηθούν συγκεκριμένα προγράμματα, πολιτικές και πρακτικές σε όλους τους τομείς όπου παρατηρείται και διαιωνίζεται η μαιευτική βία. Μια πρώτη προτεραιότητα δράσης για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος είναι η εκπαίδευση, τόσο των μελλουσών μητέρων και του κοινωνικού περιβάλλοντος όσο και των επαγγελματιών υγείας. Για παράδειγμα, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για τον εντοπισμό παλαιότερων τραυματικών εμπειριών στις γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού, καθώς η χρήση λεξιλογίου που δείχνει φροντίδα και σεβασμό είναι εξίσου σημαντική απαίτηση με το πλύσιμο των χεριών. Εργαλεία όπως τα παραπάνω θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σπουδών των φοιτητών στα επαγγέλματα υγείας (Chattopadhyay et al., 2018). Είναι σημαντικό, λοιπόν, να ενημερώνονται οι γυναίκες σχετικά με τα δικαιώματά τους και το τι μπορούν να αναμένουν σε κάθε στάδιο της μαιευτικής διαδικασίας (Chandra, Sumant and Shiva, 2021). Αυτό σημαίνει να διαδίδονται πληροφορίες σχετικά με τη μαιευτική βία μέσω επίσημων καναλιών, να καταγγέλλονται οι αρμόδιοι φορείς που είναι υπεύθυνοι για την αποδοχή της, και να ενισχύεται η ακτιβιστική προσέγγιση του θέματος.

Πέρα από τη σημασία της προώθησης της εκπαίδευσης, υπάρχει ευρεία συναίνεση ότι πρέπει να διατεθούν περισσότεροι πόροι και χρόνος για την έρευνα σχετικά με τα περιστατικά μαιευτικής βίας. Αν και η αναφορά και η εξήγηση του πόνου που υφίστανται χιλιάδες γυναίκες λόγω αυτού του φαινομένου δεν είναι αρκετή από μόνη της για να αποτρέψει αυτές τις παραβιάσεις από το να συνεχίσουν να συμβαίνουν (Castro, 2019), η κατάσταση γίνεται πιο ορατή, κάτι που αποτελεί σημαντικό βήμα στη διαδικασία δημιουργίας αποτελεσματικών μακροπρόθεσμων λύσεων. Μία από τις επικρίσεις που έχουν διατυπωθεί κατά της έρευνας που έχει διεξαχθεί μέχρι στιγμής σχετικά με τον εξανθρωπισμό της εγκυμοσύνης και του τοκετού είναι ότι δείκτες όπως το ποσοστό επιβίωσης της μητέρας και του εμβρύου θεωρούνται σημάδια επιτυχούς τοκετού, αφήνοντας κρυφές τις άλλες πολυπλοκότητες της διαδικασίας (Austveg, 2011). Συγκρίνοντας τη σημερινή κατάσταση στον ακαδημαϊκό κόσμο με αυτή που επικρατούσε πριν από 10 έως 20 χρόνια, παρατηρείται σημαντική πρόοδος. Σύμφωνα με τον WHO (2014), αυτή η βελτίωση των ποσοστών τοκετού οφείλεται εν μέρει στη μεγαλύτερη υποστήριξη από κυβερνητικές υπηρεσίες και άλλα ιδρύματα στον τομέα της έρευνας, καθώς και στην αύξηση της διαθεσιμότητας δεδομένων που αφορούν τις πρακτικές που αφορούν το σεβασμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Σε κάθε περίπτωση, φαίνεται ότι η πιο εντατικά προωθούμενη πρόταση είναι η βελτίωση των μηχανισμών λογοδοσίας εντός των υγειονομικών μονάδων. Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι υπάρχουν διάφοροι τρόποι λογοδοσίας που μπορούν να εφαρμοστούν σε οποιοδήποτε θεσμικό όργανο. Μια πρώτη σημαντική διάκριση, ιδίως στον τομέα της υγείας, είναι ανάμεσα στην προσωπική και στη θεσμική ευθύνη. Γενικά, η προσωπική ευθύνη θα σήμαινε ότι οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας φέρουν πλήρη ευθύνη για οποιαδήποτε περιστατικά μαιευτικής βίας, ενώ η θεσμική λογοδοσία σημαίνει ότι η ευθύνη ανήκει αποκλειστικά στην υγειονομική μονάδα (Azolas, 2022).

Είναι απαραίτητη η αναδιαμόρφωση της προσοχής προς τις αλληλεπιδραστικές διαστάσεις της έλλειψης σεβασμού και της κακοποίησης κατά τον τοκετό ώστε να ανοίξει ο δρόμος για μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση σε αυτό το παγκόσμιο φαινόμενο. Θα ήταν εποικοδομητικός ένας ενεργός διάλογος ανάμεσα στις επιστήμες υγείας και τις κοινωνικές επιστήμες, αξιοποιώντας τις υφιστάμενες γνώσεις για τις δομικές διαστάσεις της μαιευτικής βίας και αναγνωρίζοντας το φαινόμενο αυτό ως μια ειδική μορφή βίας κατά των γυναικών, πολιτογραφημένη στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να θέσει τις βάσεις για διαρθρωτικές βελτιώσεις στη μητρική φροντίδα. Έτσι, η έννοια της μαιευτικής βίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για να επαναπροσδιοριστεί πιθανώς η διεθνής ατζέντα για την έλλειψη σεβασμού και την κακοποίηση κατά τον τοκετό και να συμβάλει στην αλλαγή της φροντίδας μητρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η έλλειψη σεβασμού και η κακοποίηση που προκύπτουν από τις παραβιάσεις, συχνά, δεν αναγνωρίζονται πλήρως, ειδικά όταν αυτές οι πτυχές είναι διαδεδομένες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ή αναμένεται να συμβαίνουν από τους ασθενείς, με αποτέλεσμα να θεωρούνται φυσιολογικές στα δομικά στοιχεία της παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι Freedman et al. (2014) για να συνδυάσουν αυτές τις διαφορετικές προσεγγίσεις, σχεδίασαν ένα θεωρητικό γράφημα που ονομάζεται "Bulls Eye" και εξηγεί πώς τα ατομικά, διαρθρωτικά και πολιτικά επίπεδα εμπλέκονται με το φαινόμενο της μαιευτικής βίας (Γράφημα 7.1). Βάσει του διαγράμματος, όταν η "κανονικοποιημένη" συμπεριφορά διαμορφώνεται και αλλάζει, προκαλώντας μείωση στην ασέβεια και την κακοποίηση, η διάμετρος του εσωτερικού κύκλου πρέπει να διευρυνθεί σε σχέση με τους υπόλοιπους. Αποκομίζοντας δεδομένα από αυτό το διάγραμμα, η ομάδα ερευνητών μπόρεσε να καταλήξει σε στρατηγικές αποφάσεις σχετικά με τη χρήση διαφορετικών ορισμών για την ασέβεια και την κακοποίηση κατά τον τοκετό, ανάλογα με τον προορισμό τους. Αυτό το γράφημα έχει αποδειχθεί επιτυχημένο εργαλείο για την έναρξη συζήτησης σχετικά με την έλλειψη σεβασμού και την κακοποίηση σε τοπικό, εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο.

Γράφημα 7. 1: "Bulls eye" ορισμός ασέβειας και κακοποίησης κατά των γυναικών στον τοκετό



Πηγή: (Freedman et al., 2014).

Όταν εκπρόσωποι της κοινότητας, πάροχοι υπηρεσιών και διαχειριστές συναντιούνται για να συζητήσουν τις διαφορετικές απόψεις τους σχετικά με την έλλειψη σεβασμού και την κακοποίηση, το γράφημα παρέχει σε κάθε εμπειρία μια αναγνωρισμένη θέση στη συζήτηση. Όταν διαφορετικές μέθοδοι μέτρησης της ασέβειας και της κακοποίησης - όπως οι πολλαπλές προσεγγίσεις στην αυτοαναφορά και η παρατήρηση από τρίτους - προκαλούν δραματικά διαφορετικές εκτιμήσεις, το γράφημα βοηθά τους ερευνητές να κατανοήσουν τα ευρήματα και να διαμορφώσουν μια απάντηση βασισμένη σε αρχές αλλά και ταυτόχρονα ρεαλιστική.

Συμπερασματικά, η μαιευτική βία φάνηκε ότι είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη θεσμική βία κατά των γυναικών. Αν και ο δράστης δεν είναι πάντα άνδρας, το θύμα είναι πάντα γυναίκα

(Diaz-Tello, 2016). Οι συμπεριφορές προς τις γυναίκες κατά τον τοκετό αντικατοπτρίζουν τη συνολική αντίληψη των γυναικών στην ευρύτερη κοινωνία, με επικρατούσες πατριαρχικές απόψεις που μετατρέπουν το σώμα που γεννά σε ένα σώμα με αναπηρία που απαιτεί βοήθεια (Perrotte et al., 2020).

Πολλές ερευνητικές μελέτες έδειξαν ότι η μαιευτική βία έχει αντίκτυπο στην πρόθεση των γυναικών να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας και να αναζητήσουν φροντίδα μετά τον τοκετό. Όταν υπάρχουν περιπτώσεις έλλειψης σεβασμού και κακοποίησης κατά την προγεννητική περίοδο, οι γυναίκες μπορεί να αισθανθούν αποθαρρημένες να επισκεφτούν μια μονάδα υγείας για τον τοκετό τους ή να εκφράσουν τις ανησυχίες τους σχετικά με την εγκυμοσύνη στον ιατρό τους. Αυτό μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια του τοκετού και την φροντίδα μετά από αυτόν (Galle et al, 2019, Vedam, et al. 2019). Αυτές οι επιπτώσεις προέρχονται από την απώλεια εμπιστοσύνης στον ιατρικό τομέα, αλλά και από την αίσθηση προσωπικής αποτυχίας. Γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή συχνά αναφέρουν αυτήν την αίσθηση αποτυχίας, η οποία ενδέχεται να υπονομεύσει την εμπιστοσύνη τους στην ικανότητά τους να κυοφορήσουν και πάλι (Murray de Lopez, 2018). Η έννοια της ενοχής που αναφέρουν πολλές γυναίκες που έχουν υποστεί μαιευτική βία εκδηλώνεται και στις γυναίκες που διηγούνται τη δυσκολία τους να ελέγξουν την εμπειρία της γέννησής τους. Μελέτες ανέφεραν υψηλό κίνδυνο κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Επιπλέον, οι σύντροφοι των γυναικών που γεννούν μπορούν επίσης να υποφέρουν από ψυχολογικές επιπτώσεις και να βιώσουν παρόμοια συναισθήματα ενοχής για την αδυναμία τους να προστατεύσουν τους συντρόφους τους από κακοποιητική συμπεριφορά (Gonzales-Flores, 2015). Ακόμα, φάνηκε ότι η μαιευτική βία επηρεάζει δυσμενώς τις γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, παγκοσμίως.

Παρά το εύρος των εμπειριών που αναφέρθηκαν στην παρούσα εργασία, είναι σαφές ότι η μαιευτική βία μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη σχέση μεταξύ της γυναίκας και του συντρόφου της και μπορεί να οδηγήσει τόσο σε θετικά όσο και σε αρνητικά αποτελέσματα. Από τις έρευνες που μελετήθηκαν ορισμένες γυναίκες ανέφεραν αρνητικές συνέπειες, όπως συναισθηματική αποστασιοποίηση και διάλυση της σχέσης, άλλες διαπίστωσαν ότι η εμπειρία τις έφερε πιο κοντά στους συντρόφους τους. Στην Ελλάδα υπάρχει το παρατηρητήριο μαιευτικής βίας²⁸, το οποίο ιδρύθηκε από τη μαία Κωνσταντίνα Νούσια το

²⁸<https://eimaimaia.gr/tag/%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B7%CF%84%CE%AE%CF%81%CE%B9%CE%BF-%CE%BC%CE%B1%CE%B9%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CE%B2%CE%AF%CE%B1%CF%82/>

2017. Είναι αποκλειστικά για παρατήρηση και το μόνο που γίνεται είναι να κοινοποιούνται τα περιστατικά βίας που στέλνονται και να συνδέονται οι γυναίκες με δικηγόρους που μπορούν να τις βοηθήσουν.

Αν και ορισμένες από τις πρακτικές που εφαρμόζονται μπορεί να μην θεωρούνται τραυματικές από μόνες τους, ο τρόπος με τον οποίο ασκούνται και επιβάλλονται στις γυναίκες που γεννούν τις καθιστά μέρος της έννοιας της μαιευτικής βίας. Οι πρακτικές αυτές χρησιμεύουν ως συμβολικό μήνυμα ότι η γυναίκα και το σώμα της δεν έχουν πλέον έλεγχο και αυτενέργεια και πρέπει αντ' αυτού να συμμορφώνονται με τα πρότυπα του ιατρικού περιβάλλοντος. Σύμφωνα με αυτή την κοινωνική κατασκευή, όλες οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ της μέλλουσας μητέρας και του ιατρικού προσωπικού βασίζονται και οργανώνονται στο πλαίσιο ότι η γέννηση καθοδηγείται πλέον εξ ολοκλήρου από το ιατρικό προσωπικό. Αυτή η έλλειψη αυτενέργειας μπορεί να είναι μια μορφή βίας που διαιωνίζει μια αποσύνδεση μεταξύ των γυναικών και του σώματός τους, οδηγώντας σε συναισθήματα αποδυνάμωσης και τραύματος.

Συνοπτικά, η κατανόηση των κοινωνικών, επιστημονικών και δομικών προεκτάσεων της μαιευτικής βίας και η καταπολέμησή της, είναι απαραίτητη όχι μόνο για την ατομική ευημερία αλλά και για την οικοδόμηση ενός πιο δίκαιου και συμπονετικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης το οποίο, λαμβάνοντας υπόψη τα ανθρώπινα δικαιώματα θα υπογραμμίζει την ανάγκη για φροντίδα με σεβασμό στην ευημερία των γυναικών και των βρεφών τους.

Βιβλιογραφία

Ξένη Βιβλιογραφία

- Antonίου, K. (2021). The experience of childbirth in public hospitals. An investigation of the phenomenon of obstetric violence in Greece. [Master's thesis]. Hellenic Open University
- Austveg, B. 2011. "Perpetuating Power: Some Reasons Why Reproductive Health Has Stalled." *Reproductive Health Matters* 19 (38): 26–34.
- Azolas, F. O., 2022. *Obstetric Violence: What Is It? An Overview Of Its Status, Challenges And Potential Solutions.*, Chicago.
- Battisti, A., 2022. The Need To Legislate And Regulate Obstetric Violence To Ensure Women A Real Legal Protection. *Revista D'antropologia Iinvestigacio Social*, 01 04, pp. 133-149.
- Beauchamp, . T. L. & Childress , J. F., 2012. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford University Press.
- Beauchamp, T., & Childress, J. F. (2008). *Principles of Biomedical Ethics*, 6th ed. New York: Oxford University Press.
- Beck, C.T. Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect. *Glob. Qual. Nurs. Res.* 2015, 2, <https://doi.org/10.1177/2333393615575313>
- Begley, K.; Daly, D.; Panda, S.; Begley, C. Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *J. Eval. Clin. Pract.* 2019, 25, 1113–1120.
- Berzon, C., & Shabot S. C. (2018). *Obstetric Violence and Vulnerability: A Bioethical Approach*. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, Volume 16, Number 1, Spring 2023, pp. 52-76.
- BMC Pregnancy and Childbirth. *Obstetric violence and associated factors among women during facility-based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia*. Full text [Internet]. Accessed December 24, 2022. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04895-6>
- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015;12 (6):1–32. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847.
- Bradley, S.; McCourt, C.; Rayment, J.; Parmar, D. Review Article: Disrespectful Intrapartum Care During Facility-Based Delivery in Sub-Saharan Africa: A Qualitative Systematic Review and Thematic Synthesis of Women's Perceptions and Experiences. *Soc. Sci. Med.* 2016, 169, 157–170. [CrossRef] [PubMed]
- Brunnersum Sou-Jie van (2019) *Women face widespread abuse during childbirth*. DW. 25 November. <https://www.dw.com/en/women-around-the-world-face-widespread-abuse-during-childbirth/a-51393868>
- Caffiero M. Cochrane L., 2012. *Forced baptisms: histories of Jews, Christians, and converts in papal Rome*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Camuñas, N.; Mavrou, E.; Miguel Tobal, J.J. (2019) Ansiedad y Tristeza-Depresión: Una Aproximación Desde La Teoría de La Indefensión Desesperanza. *Rev. Psicopatología Psicol. Clínica*, 24
- Cantor A. G., Rebecca M. Jungbauer, Andrea C. Skelly, Erica L. Hart, Katherine Jorda, Cynthia Davis-O'Reilly, BS; Aaron B. Caughey and Ellen L. Tilden. Respectful Maternity Care A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 177 No. 1. January 2024
- Castellanos, L. Desmontando el determinismo biológico mediante el género. *MUSAS* 2021, 6, 12.
- Castro, A. (2019). Witnessing obstetric violence during fieldwork: Notes from Latin America. *Health and human rights*, 21(1), 109.
- Castro, A., & Savage, V. (2019). Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. *Medical anthropology*, 38(2), 123-136.
- Chadwick, R 2018, *Bodies that Birth: Vitalizing Birth Politics*, Routledge, London.
- Chadwick, R., 2021. Breaking the frame: Obstetric violence and epistemic rupture. *Agenda*, 6 September, 35(3), pp. 104-115.
- Chandra, P., Sumant, S., & Shiva, L. (2022, April 30). Who will heal the invisible wounds of obstetric violence? *The Citizen - Independent Journalism*. Retrieved from <https://www.thecitizen.in/index.php/en/newsdetail/index/15/20797/who-willheal-the-invisible-wounds-of-obstetric-violence>
- Chattopadhyay, S., Mishra, A., & Jacob, S. (2018). 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Culture, Health & Sexuality*, 20(7), 815-829.
- Chervenak,, F. A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S. L. & Jones, M. D. F., 2023. Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 6 October, 229(6).
- Cheyney, M 2015, 'Of missing voices and the obstetric imaginary: Commentary on Jankowski and Burcher', *Journal of Clinical Ethics*, vol. 26, no. 1, pp. 36–39.
- Childress, J. F. (2009). *Methods in Bioethics*. In Bonnie Steinbock (ed.), *The Oxford Handbook of Bioethics*. Oxford: Oxford University Press, 15-45
- Cohen Shabot, Sara, and Keshet Korem. 2018. "Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence." *Hypatia* 33 (3): 384–401. <https://doi.org/10.1177/0959353507083103>.
- Contreras J.O., Constanza A., Fernández C., Maribel M., Villagrana M, Diaz M., Jael Quiroz (2021) Childbirth experiences of immigrant women in Chile: Trading human rights and autonomy for dignity and good care. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103047>.
- Costa-Abós, S.; Behaghel, M. Parir en casa en tiempos de coronavirus. [Home Birth in Times of Covid-19]. *MUSAS* 2020, 5, 4–22.

- Coxon, K.; Turienzo, C.F.; Kweekel, L.; Goodarzi, B.; Brigante, L.; Simon, A.; Lanau, M.M. The impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on maternity care in Europe. *Midwifery* 2020, 88, 102779. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102779>
- Cunnif-Gilson, E. Vulnerability and Victimization: Rethinking Key Concepts in Feminist Discourses on Sexual Violence. *J. Women Cult. Soc.* 2016, 42, 71–98.
- Curtin, M.; Savage, E.; Leahy-Warren, P. Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *J. Clin. Nurs.* 2020, 29, 1744–1757.
- Darilek U., RN, BSN, 2017. A Woman's Right to Dignified, Respectful Healthcare During Childbirth: A Review of the Literature on Obstetric Mistreatment. *Issues in Mental Health Nursing*, 27 November, 39(6), pp. 538-541.
- Davis D (2019b) *Reproductive injustice: racism, pregnancy and premature birth*. New York University Press, New York.
- Davis DA (2019a) Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Med Anthropol* 38(7):560–573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>
- Demšar, K.; Svetina, M.; Verdenik, I.; Tul, N.; Blickstein, I.; Globevnik Velikonja, V. Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. *J. Perinat. Med.* 2018, 46, 151–154.
- Diamond, R.M.; Colaianni, A. The impact of perinatal healthcare changes on birth trauma during COVID-19. *Women Birth* 2022, 35, 503–510. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.12.003>
- Diaz-Tello, F. (2016) *Invisible Wounds: Obstetric Violence in the United States*. *Reproductive Health Matters*, 24, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
- Diaz-Tello, Farah. 2016. “Invisible Wounds: Obstetric Violence in the United States.” *Reproductive Health Matters* 24 (47): 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
- Diniz SG, Salgado HO, Amdrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Rev bras crescimento desenvolv hum* [Internet]. 2015. 25(3):377-84. Available from: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106629>
- Dixon, L 2015, ‘Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices’, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 29, no. 4, pp. 437–454.
- Edward, M. M. & Kibanda, Z., 2022. Obstetric violence: A public health concern. *Health Science Report*, 28 December, 6(1).
- Facchin, F.; Buggio, L.; Dridi, D.; Vercellini, P. A woman’s worth: The psychological impact of beliefs about motherhood, female identity, and infertility on childless women with endometriosis. *J. Health Psychol.* 2019, 26, 1026–1034.
- Faneite J, Feo A, Merlo JT. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev obstet ginecol Venezuela* [Internet]. 2012;72(1):4-12. Available from: <http://www.scielo.org/ve/pdf/og/v72n1/art02.pdf>

- Fernández Clemente, L.; Olza Fernández, I. Treatment of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Psicosom. Psiquiatr.* 2018, 5, 29–39.
- Ferrão, A.C., Sim-Sim, M., Almeida, V.S., & Zangão, M.O., 2022. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 30 June, 12(7). <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>
- Ferreira, G. I., 2021. Bioethics in Childbirth Care: Protocol for a Scoping Review, Brazil: Graziani Izidoro Ferreira, MSc.
- Fox, A.; Marino, J.; Amanat, F.; Krammer, F.; Hahn-Holbrook, J.; Zolla-Pazner, S.; Powell, R.L. Robust and Specific Secretory IgA Against SARS-CoV-2 Detected in Human Milk. *iScience* 2020, 23, 101735. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.isci.2020.101735>
- Freedman, L.P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Charlotte E Warren, Kujawski, S., Wema Moyo, Margaret E Kruka & Godfrey Mbarukuc. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ.* 2014; 92:915–917 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.137869>
- Galle, A., Manaharlal, H., Cumbane, E., et al. (2019) Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth in Southern Mozambique: A Cross-Sectional Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, Article No. 369. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2532-z>
- Gatsarouli Faidra, 2023. “I felt literally violated in every cell of my body.” A feminist phenomenological study on obstetric violence in Greece.
- Georges, E. (1996). Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 157–175. <https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00040>
- Gillon, Raanan. 2003. “Ethics Needs Principles—Four Can Encompass the Rest—And Respect for Autonomy Should Be ‘First Among Equals.’” *Journal of Medical Ethics* 29 (5): 307–12. <https://doi.org/10.1136/jme.29.5.307>
- Gonzales-Flores, M. (2015) Resistance of Mayan Women against Obstetric Violence. *Global Societies Journal*, 3, 1-11. <https://escholarship.org/uc/item/24g728jb>
- González de Zárate Apiñaniz, J.; Fernández Rodrigo, B.; Gómez Herreras, J.I. Historia del alivio del dolor del parto en España. *An. Real. Acad Med. Cir. Vall.* 2015, 52, 71–84
- Gurr B. *Reproductive justice: politics of health care for Native American women.* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2015.
- Integral Law for the Sanction, Prevention, and Eradication of Violence against Women, article 5(1), (2), (4), (5). In: (Argentina) Official Statute Bulletin 31632.
- International Confederation of Midwives 2014a. *Philosophy and Model of Midwifery Care.*
- International Confederation of Midwives 2014b. *International Code of Ethics for Midwives.*
- Jansen L., Martha Gibson, Betty Carlson Bowles, et al. 2013. “First Do No Harm: Interventions During Childbirth.” *The Journal of Perinatal Education* 22 (2): 83–92. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.83>

Jardim, D. M. B. & Modena, C. M., 2018. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14 August, Issue 26.

Jeanrenaud, D. K., 2022. Obstetric Violence In International Human Rights Law. *Human Rights Pulse*, 26 October.

Jha P, Larsson M, Christensson K, Skoog Svanberg A (2017) Satisfaction with childbirth services provided in public health facilities: results from a cross-sectional survey among postnatal women in Chhattisgarh, India. *Glob Health Action* 10(1):1386932. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1386932>.

Kaitelidou, D., Tsirona, C. S., Galanis, P., Siskou, O., Mladovsky, P., Kouli, E., Prezerakos, P., Theodorou, M., Sourtzi, P., & Liaropoulos, L. (2013). Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 109(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.10.012>

Kalev, A.; Deutsch, G. Gender Inequality and Workplace Organizations: Understanding Reproduction and Change. In *Handbook of the Sociology of Gender*, 2nd ed.; Risman, B., Froyum, C., Scarborough, W., Eds.; Springer: Chicago, IL, USA, 2018

Karolinski A, et al. Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2009 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.01.003>.

Khosla R, Zampas C, Vogel JP, et al. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health Hum Rights*. 2016;18(2):131–143. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28559681>.

Kitzinger JV. Counteracting, not reenacting, the violation of women's bodies: the challenge for perinatal caregivers. *Birth*. 1992 Dec;19(4):219-20. doi: 10.1111/j.1523-536x.1992.tb00406.x. PMID: 1472271

Knight M, Bunch K, Kenyon S et al (2019) A national population-based cohort study to investigate inequalities in maternal mortality in the United Kingdom, 2009-17. *Paediatr Perinat Epidemiol* 34:392–398

Koksvik GH. Dignity in Practice: Day-to-Day Life in Intensive Care Units in Western Europe. *Medical anthropology*. 2015; 34(6):517-32.

Kontopoulos, A., Tsakiridis, I., Dagklis, T., Boureka, E., Mamopoulos, A., & Athanasiadis, A. (2023). Cesarean section rates in each region of Greece: A retrospective analysis. *HJOG*, 22(1), 35–44. <https://doi.org/10.33574/hjog.0522>

Kotlar, B.; Gerson, E.; Petrillo, S.; Langer, A.; Tiemeier, H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review. *Reprod. Health* 2021, 18, 10. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>

La Vanguardia. El Sindicato Médico rechaza al concepto de “violencia obstétrica.” (2021, November 23). *La Vanguardia*. Retrieved October 4, 2022, from <https://www.lavanguardia.com/vida/20211123/7883791/sindicato-medico-rechazaconcepto-violencia-obstetrica.htm>

Lee P, George R. The Nature and Basis of Human Dignity. In: Schulman A, editor. Human Dignity and Bioethics: Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics: [President's Council on Bioethics]; 2008.p.409-433.

Leite T. H., Emanuele Souza Marques, Ana Paula Esteves-Pereira, Marina Fisher Nucci, Yammê Portella, Maria do Carmo Leal, 2022. "Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil". *Scielo Public Health*. 27 (02): 02 Feb. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>

Leite T.H., Pereira A.P.E., Leal MdC, Moura da Silva A.A., (2020) Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. Volume 273, Pages 391-401, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272030865X>)

Lévesque, S. & Ferron-Parayre, . A., 2021. To Use or Not to Use the Term "Obstetric Violence": Commentary on the Article by Swartz and Lappeman. *Violence Against Women*, 5 March, 28(7), pp. 1009-1018.

Lira N. *Laboratory of deficiency: sterilization and confinement in California, 1900–1950s*. Berkeley, CA: University of California Press, 2021.

Lokugamage, A. U. (2011). Fear of Home Birth in Doctors and Obstetric Iatrogenesis. *International Journal of Childbirth*, 1(4), 263–272. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.1.4.263>.

Lokugamage, A. U., and Sithira D. C. Pathberiya. 2017. "Human Rights in Childbirth, Narratives and Restorative Justice: A Review." *Reproductive Health* 14 (17).

Lothian, J. A. 2014. "Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary." *The Journal of Perinatal Education* 23 (4): 198–206. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.198>

Malakasis C. H., 2020. *Migrant Maternity Care in Athens, Greece, 2016-2017: A Policy Report*, RSCAS PP 2020/02 Robert Schuman Centre for Advanced Studies, ISSN 1830-1541.

Martin, A.K.; Tavaglione, N.; Hurst, S. Resolving the Conflict: Clarifying 'Vulnerability' in Health Care Ethics. *Kennedy Inst. Ethics J.* 2014, 24, 51–72.

Martín-Badia J., Obregón-Gutiérrez N. and Goberna-Tricas J.(2021) Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. Reflections Inspired by Focus Groups with Midwives. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 12553. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312553>

Martínez-Galiano, J., et al, 2023. Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13 March, pp. 1-13.

Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S. & Rodríguez-Almagro, J., 2020. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 1 October, pp. 526-536.

Martínez-Mollá, T.; Siles González, J.; Solano-Ruiz, M. (2019). Evitar la violencia obstétrica: Motivo para decidir el parto en casa. *MUSAS*, 4, 53–77.

May, J., 2016. «Emotional Reactions to Human Reproductive Cloning. *Journal of Medical Ethics*, 42(1), pp. 26-30.

Mayra K, Kumar AIK (2017) Perceptions of antenatal women, husbands and health care providers on husband being birth companion during childbirth: a qualitative study. *Public Health* 1(1)

Mayra K, Matthews Z, Padmadas SS (2021) Why do some care providers disrespect and abuse women during childbirth? *Women Birth*

McKenzie, G., 2022. Obstetric Violence – What is it?. *AIMS Journal*, 1 June, 34(2).

Meier BM, Gostin LO. Conclusion: comparative analysis on human rights in global governance for health. In: Meier BM, Gostin LO, editors. *Human rights in global health: rights-based governance for a globalizing world*. New York (NY): Oxford University Press; 2018. p. 557–573.

Mena-Tudela, D.; Iglesias-Casas, S.; Cervera-Gasch, A.; Andreu-Pejó, L.; González-Chordá, V.M.; Valero-Chillerón, M.J. Breastfeeding and Obstetric Violence during the SARS-CoV-2 Pandemic in Spain: Maternal Perceptions. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 15737. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315737>

Mena-Tudela, D.; Iglesias-Casas, S.; González-Chordá, V.M.; Valero-Chillerón, M.J.; Andreu-Pejó, L.; Cervera-Gasch, A. Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas. *Int. J. Environ. Res Public Health* 2021, 18, 3359.

Merleau-Ponty, M. (2005). *The Synthesis of One's own Body*. In S. Colin (Trans.), *Phenomenology of Perception* (pp. 171–177). Routledge. <https://voidnetwork.gr/wpcontent/uploads/2016/09/Phenomenology-of-Perception-by-Maurice-MerleauPonty.pdf> (Original work published 1962)

Miltenburg, A. S., Pelt, . S. v., Meguid, T. & Sundby, J., 2018. Disrespect and abuse in maternity care. *Reproductive Health Matters*, 22 August, 26(53), pp. 88-106.

Molla, W., Wudneh , A. & Tilahun , R., 2022. Obstetric violence and associated factors among women during facility based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14 July, Issue 565.

Montesinos-Segura R, Urrunaga-Pastor D, MendozaChuctaya G, et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynaecol Obstet* 2018; 140: 184–90

Morrissey C. The value of dignity in and for bioethics: rethinking the terms of the debate. *Theoretical medicine and bioethics*. 2016; 37(3):173-92

Motrico, E.; Domínguez-Salas, S.; Rodríguez-Domínguez, C.; Gómez-Gómez, I.; Rodríguez-Muñoz, M.F.; Gómez-Baya, D. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Perinatal Depression and Anxiety: A Large Cross-Sectional Study in Spain. *Psicothema* 2022, 34, 200–208.

Murray de Lopez, J. (2018) When the Scars Begin to Heal: Narratives of Obstetric Violence in Chiapas, Mexico. *International Journal of Health Governance*, 23, 60-69. <https://doi.org/10.1108/IJHG-05-2017-0022>

- Newnham, E.; Kirkham, M. Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nurs. Ethics* 2019, 26, 2147–2157.
- Nussbaum, M.C. *Creating Capabilities: The Human Development Approach*; Belknap Harvard: Harvard, MA, USA, 2011.
- O’Brien E., Rich M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *The art of medicine*. www.thelancet.com June 11, (399), p. 2185.
- Ocen PA. Punishing pregnancy: race, incarceration, and the shackling of pregnant prisoners. *California Law Rev* 2012; 100: 1239–311
- Owens DC (2018) *Medical bondage. Race, gender, and the origins of American gynecology*. University of Georgia Press, Athens, GA
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION [PAHO]. (1978). “Declaration of Alma-Ata”, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata1978Declaracion.pdf>
- PARLIAMENTARY ASSEMBLY COUNCIL OF EUROPE (2019). Resolution 2306. Obstetrical and gynaecological violence. Assembly on 3 October 2019. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/XrefXML2HTML-EN.asp?fileid=28236>
- Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti JJ. ‘When helpers hurt’: women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):211.
- Perera, D., Munas, M., Swahnberg, K. & Wijewardene, K., 2022. Obstetric Violence Is Prevalent in Routine Maternity Care: A Cross-Sectional Study of Obstetric Violence and Its Associated Factors among Pregnant Women in Sri Lanka’s. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13 August.
- Pérez D’Gregorio R. Obstetric Violence: A New Legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2010;111(3):201–202. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>.
- Pérez Morales, E. J. (2021). *Violencia Obstétrica: una condensación histórica de violencias y violaciones a los derechos humanos*. *Derechos Fundamentales a Debate*, 84-97.
- Perrotte, V., Chaudhary, A., & Goodman, A. (2020). “At Least Your Baby Is Healthy” Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(11), 1544-1562.
- Petersen EE, Davis NL, Goodman D et al (2019) *Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths — United States, 2007–2016*.
- Pickles C, Herring J (2020) *Women’s birthing bodies and the law. Unauthorised intimate examinations, power and vulnerability*. Hart, Oxford
- Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y La violencia obstétrica. *Rev estud fem* [Internet]. 2016 24(1):101-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v24n1/1805-9584-ref-24-01-00101.pdf>

- Ramiro-Cortijo, D.; de la Calle, M.; Gila-Díaz, A.; Moreno-Jiménez, B.; Martín-Cabrejas, M.A.; Arribas, S.M.; Garrosa, E. Maternal Resources, Pregnancy Concerns, and Biological Factors Associated to Birth Weight and Psychological Health. *J. Clin. Med.* 2021, 10, 695.
- Reichenbach L, Roseman MJ, editors. *Reproductive health and human rights: the way forward*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2009.
- Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS et al. OBSTETRIC VIOLENCE IN THE CONTEXT OF LABOR AND CHILDBIRTH. *J Nurs UFPE on line.*, Recife, 12(1):236-46, Jan., 2018
- Rodríguez-Ramos, P.A.; Aguilera-Ávila, L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *MUSAS* 2017, 2, 56–74.
- Ross L, Solinger R. *Reproductive justice: an introduction*. Oakland, CA: University of California Press, 2017.
- Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters.* 2016;24 (47):47–55. DOI:10.1016/j.rhm.2016.04.002.
- Sadler, M.; Leiva, G.; Olza, I. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sex. Reprod. Health Matters* 2020, 28, 1–3. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>
- Sakellaraki, K. K., 2019. Human Rights and Surrogacy – Association between Human Rights Approaches and Ethical Approaches. *Epistēmēs Metron Logos Journal*, Issue No 2, pp. 40-46.
- Sánchez OdR, Bonás MK, Grieger I, et al. (2020). Violence against women during pregnancy and postpartum period: a mixed methods study protocol. *Obstetrics and gynaecology Protocol. BMJ Open.* 28 September, doi:10.1136/bmjopen-2020-037522
- Sasseville, N.; Maurice, P.; Montminy, L.; Hassan, G.; St-Pierre, É. Cumulative contexts of vulnerability to intimate partner violence among women with disabilities, elderly women, and immigrant women: Prevalence, risk factors, explanatory theories, and prevention. *Trauma Violence Abus.*; 2022; 23, pp. 88-100. [DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/1524838020925773>][PubMed]<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32452296>].
- Scotland M (2020) *Birth shock: How to Recover from Birth Trauma-why at Least You've Got a Healthy Baby Isn't Enough*. Pinter and Martin, London.
- Sen G, Reddy B, Iyer A, et al. Addressing disrespect and abuse during childbirth in facilities. *Reprod Health Matters.* 2018;26(53):1–5. DOI:10.1080/09688080.2018.1509970.
- Shakibazadeh, E.; Namadian, M.; Bohren, M.A.; Vogel, J.P.; Arash Rashidian, V.; Nogueira Pileggi, V.; Madeira, S.; Leathersich, S.; Tunçalp, Ö.; Oladapo, O.T.; et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: A qualitative evidence synthesis. *BJOG* 2018, 125, 932–942.
- Shorey, S.; Chee, C.Y.I.; Ng, E.D.; Chan, Y.H.; Tam, W.W.S.; Chong, Y.S. Prevalence and Incidence of Postpartum Depression among Healthy Mothers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Psychiatr. Res.* 2018, 104, 235–248.

Silva-Fernandez, C.S.; de la Calle, M.; Arribas, S.M.; Garrosa, E.; Ramiro-Cortijo, D. Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nurs. Rep.* 2023, 13, 1553–1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>

Smith, S 2019, 'Embracing the obstetric imaginary: Chuukese women, migration, and stratified reproduction', *Medical Anthropology*, vol. 38, no. 4, pp. 342–355.

Smith-Oka, V. (2022). Cutting Women: Unnecessary cesareans as iatrogenesis and obstetric violence. *Social Science & Medicine*, 296, 114734. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114734>

Steinmann R. The core meaning of human dignity. *PER: Potchefstroomse Elektroniese Regsblad.* 2016; 19:1-32.

Taghizadeh Ziba, Abbas Ebadi & Molouk Jaafarpour (2021). Childbirth violence-based negative health consequences: a qualitative study in Iranian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 August, 21(572).

Tari, G., and Hamvai, C., 2019. *The Medicalization of Childbirth: Ethical and Legal Issues of Negative Childbirth Experience*. Budapest: Trivent Publishing. Available online at <http://trivent-publishing.eu/>

Terán P, Castellanos C, Blanco MG, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuárias. *Rev obstet ginecol Venezuela* [Internet]. 2013. 73(3):171- 180. Available from: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>

Terreri, C. (2018, December 13). What is obstetric violence and what if it happens to you? Lamaze International. Retrieved April 29, 2022, from <https://www.lamaze.org/Giving-Birth-with-Confidence/GBWC-Post/what-is-obstetricviolence-and-what-if-it-happens-to-you>

The Barcelona Declaration: Policy Proposals to the European Commission. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw. Barcelona: Partners in the BIOMED-II Project. Available online: <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/Barcelona.htm>

UNESCO, 2005. *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

UNFPA. *Report of the International Conference on Population and Development*, Cairo, September 5–13. 1994.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS OFFICE. (2003), "Special Rapporteur on the right to health (A/63/263)". <https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/annualreports.aspx>

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS OFFICE. (2016). "Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice". [Online], <https://digitallibrary.un.org/record/1637427>

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS OFFICE. (2019). "A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence". [Online], <https://undocs.org/pdf?symbol=en/A/74/137>

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS OFFICE. (2019). “A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence”. [Online], <https://undocs.org/pdf?symbol=en/A/74/137>

Vacaflor C. H. (2016) Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina, *Reproductive Health Matters*, 24:47, 65-73, DOI: 10.1016/j.rhm.2016.05.001

Van der Waal R, Mitchell V, van Nistelrooij I, Bozalek V (2021) Obstetric violence as students’ rite of passage. The relation of the obstetric subject and its racialized (m)other. *Agenda* 33

Van der Waal, R. & Mayra, K., 2023. *Obstetric Violence. Στο: Gender-Based Violence: A Comprehensive Guide*. Switzerland: Springer Cham, pp. 419-422.

Van Der Waal, R., Mayra, K., Horn, A. F., & Chadwick, R. (2022). *Obstetric Violence: An Intersectional Refraction through Abolition Feminism*. *Feminist Anthropology*. <https://doi.org/10.1002/fea2.12097>

Varkey, B., 2020. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, 4 June, (30), pp. 17-18.

Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T.K., et al. (2019) The Giving Voice to Mothers Study: Inequity and Mistreatment during Pregnancy and Childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16, Article No. 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>

Vijayakumar, L. Suicide in women. *Indian J. Psychiatry* 2015, 57 (Suppl. S2), 233–238.

Villarmeas, S.; Kelly, B. Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. *J. Eval. Clin. Pract.* 2020, 26, 515–519.

WHO, 2015. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*, Switzerland.

WHO, 2015a. *Sexual health, human rights and the law* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO. World Conference on Social Determinants of Health. Meeting Report. Rio de Janeiro, Brazil. 2012. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/88174>

Williams, C. R. & Meier, . B. M., 2019. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 06 December, pp. 9-11.

World Health Organization (WHO). 2018 *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215eng.pdf?ua=1%0A> <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartumcareguidelines/en/>

World Health Organization. (2018) 3 in 5 babies not breastfed in the first hour of life. <https://www.who.int/news/item/31-07-2018-3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life>;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [WHO]. (2004a). Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. <https://www.who.int/publications/i/item/9241546484>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [WHO]. (2014). Prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=9861F125A0A98C98278A993AD6B5A346?sequence=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [WHO]. (2015). “Statement on C-section rates”. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/csstatement/en/

World Health Organization. Home Care for Patients with COVID-19 Presenting with Mild Symptoms and Management of Contacts: Interim Guidance; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020.

World Health Organization. (2017). Leading the realization of human rights to health and through health: report of the High-Level working group on the health and human rights of women, children and adolescents. <https://iris.who.int/handle/10665/255540>

Yildiz, P.D.; Ayers, S.; Phillips, L. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Pregnancy and after Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Affect. Disord.* 2017, 208, 634–645

Zamani, P.; Ziaie, T.; Lakeh, N.M.; Leili, E.K. The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery* 2019, 75, 146–151.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Γλυκοφρύδη, Α. & Ζαπουνίδου, Μ., 2019. Bioethics in Education. *Bioethica*, 5(1), pp. 13-29.

Κουτσελίνης Α.Σ. 1999 Βασικές αρχές βιοηθικής ιατρικής δεοντολογίας και ιατρικής ευθύνης Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανος

Παπαδοπούλου, Θ. (2015). Ειδικά θέματα βιοηθικής. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, σ. 20. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3158>

Παπαδοπούλου, Α., Προγενέστερες οδηγίες για το τέλος της ζωής’ - Βιοηθική και συνταγματική αξιολόγηση, σε: Διεπιστημονικό Συνέδριο: Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική – Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Προοπτικές του Μέλλοντος, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, Αθήνα 1-2/03/2013.

Φιλαλήθης Α., Φωτόπουλος Α., Τρομπούκης Κ. 2020. Δημόσια Υγεία – Κοινωνική Ιατρική Η ιστορία και η σημειολογία του όρου. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE*, 37(3):395-405

Abstract

Introduction: Mistreatment and abuse during childbirth in healthcare facilities have garnered global attention, particularly in recent times. The World Health Organization (WHO) advocates for dignified childbirth care, promoting a more humane approach to healthcare and empowering women to have a positive childbirth experience that aligns with their expectations and beliefs (WHO, 2015). Obstetric violence is not just a prevalent public health issue with implications for maternal and neonatal health but also constitutes a violation of human rights. The focus on human rights during the perinatal period reflects a growing international consensus that respectful maternity services are essential for safeguarding the health of women and their babies. Adopting a human rights framework in maternity care presents an opportunity to enhance the rapport between women and healthcare professionals. Obstetric violence involves stigmatization and requires proactive efforts to raise awareness, encourage reflection among healthcare personnel, and provide comprehensive training (Freire Barja et al, 2016).

Aims and objectives: The aim of the study is to investigate the phenomenon of midwifery violence and to develop proposals for a better treatment of the phenomenon, the awareness of the population and women and the education of midwifery professionals.

The above issues will be explored through the following specific research questions:

1. The principle of autonomy and obstetric violence: women's right to self-determination and choice, pressures to consent to certain obstetric practices, paternalistic perceptions of the birthing process.
2. Beneficence and non-harm in obstetric violence: long-term consequences of obstetric violence on women and their babies, factors leading to violation of the principle of non-harm.
3. The legislative framework of obstetric violence: Health care provision and gender-based violence.

Methodology: Initially, a literature review will be performed in PubMed and Google Scholar search engines. The keywords to be used to find articles relevant to the subject of the study will be obstetric violence, human rights, obstetric care, bioethical principles. In relation to the English language the key words to be used are perceived obstetric violence, abuse and humiliation, ethical aspects, human rights, bioethics.

Results: From this study, it is expected to highlight ethical dimensions of the issue of obstetric violence.

Keywords: obstetric violence, human rights, obstetric care, human rights, bioethical principles, gender-based violence.