

Η καισαρική τομή στο σύγχρονο δυτικό κόσμο: από ιατρική αναγκαιότητα σε μετανεωτερική πολιτισμική πρακτική

Κατερίνα Α. Αναστασίου & Μάνος Σαββάκης

Περίληψη

Στο παρόν άρθρο, βάσει ιστορικών τεκμηρίων, αναδεικνύεται αρχικώς ότι η καισαρική τομή στο δυτικό κόσμο ήταν πάντα στενά συνδεδεμένη με το θάνατο: είτε ως πραγματολογικό δεδομένο/ αντικειμενικό γεγονός είτε ως ιδέα, φόβος και προσπάθεια απώθησής του. Ο στόχος της παρούσας συμβολής είναι να αναδυθεί η ιστορικότητα της καισαρικής τομής ως πολιτισμικό γεγονός, που σταδιακά μετατράπηκε, μέσα από κοινωνικές διαδικασίες, πρωτίστως σε ιατρική απόφαση. Το άρθρο αναλύει ότι στο σημερινό συγκείμενο, παρόλο που η καισαρική τομή πραγματοποιείται αποκλειστικά από γιατρούς και λαμβάνει χώρα εντός των σύγχρονων νοσοκομειακών-μαιευτηριακών θεσμών, συμβαίνει μια (κατ' αναλογία των ιστορικών πλαισίων) αντιστροφή, που δε γίνεται (εύκολα ή καθόλου) ορατή/αντιληπτή: στην πλειονότητα των εφαρμογών της καισαρικής τομής (του εγχειρητικού-χειρουργικού τοκετού) δεν πρόκειται για μια όντως επιβεβλημένη και κατεπείγουσα ιατρική πράξη αλλά για μια τάση πολιτισμικής πρακτικής, η οποία πλέον έχει κανονικοποιηθεί, συντηρώντας ή/και αυξάνοντας τα μείζονα προβλήματα θνησιμότητας και νοσηρότητας που έχει εξαρχής υποτίθεται σκοπό να αναχαιτίσει.

Λέξεις-κλειδιά: καισαρική τομή, θνησιμότητα, νοσηρότητα, ιατρογένεση, πολιτισμική πρακτική



Caesarean section in the modern western world: from medical necessity to post-modern cultural practice

Katerina A. Anastasiou & Manos Savvakis

Abstract

In this article, based on historical documentation, what is initially highlighted is that caesarean section in the western world was always closely linked to death: either as a fact or as an idea, fear and an effort to repulsion. The purpose of the present contribution is to emerge the historicity of the *caesarean section* as a cultural event, which was gradually converted, through specific social processes, to a medical decision. The article substantiates that in the current context, although *caesarean section* is made exclusively by doctors and takes place within modern hospital/obstetric institutions, a reversal which is not (easily or at all) perceived occurs. In the majority of caesarean section (of surgical childbirth), this is not a truly imperative and urgent medical practice but a trend of cultural practice, which has now been normalized, maintaining and/or increasing major mortality problems and morbidity problems that was originally intended to intercept.

Keywords: caesarean section, mortality, morbidity, iatrogenesis, cultural practice

Εισαγωγή

Πριν τον 20ό αιώνα οι θάνατοι βρεφών ήταν μια εμπειρία την οποία βίωναν οι περισσότεροι γονείς, όπως σημειώνει η ιστορικός Sarah Knott. Στο σύγχρονο κόσμο τα ποσοστά αυτά έχουν μειωθεί αισθητά, χωρίς όμως να έχουν εξαλειφθεί. Μάλιστα, βάσει περιοδικών καταμετρήσεων, εκτιμάται ότι υπάρχει καθημερινά, σε παγκόσμιο επίπεδο, ένας ορισμένος αριθμός εγκύων, επιτόκων, εμβρύων και νεογέννητων που χάνουν τη ζωή τους. Το ανησυχητικό σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ότι οι περισσότερες από τις μισές δεν οφείλονται σε έλλειψη φροντίδας αλλά σε χαμηλή ποιότητα των αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας στις ανάλογες δομές, ακριβώς τη στιγμή που υπάρχει συστηματική και επίμονη ανάληψη πρωτοβουλιών και πολιτικών για να αποφευχθεί ο θάνατος. Ωστόσο, το σκεπτικό των σχετικών πρωτοβουλιών και πολιτικών, τόσο λόγω των ποσοτικών όσο και των ποιοτικών αποτελεσμάτων, εγείρει ορισμένους εύλογους κοινωνιολογικούς και ανθρωπολογικούς προβληματισμούς.

Ειδικότερα, στον τοκετό, ο μεγαλύτερος κίνδυνος θεωρείται η περίπτωση θανάτου είτε της μητέρας είτε του νεογνού είτε και των δύο. Το ρίσκο θανάτου στον τοκετό σε σχέση με αυτό που διατρέχει ένας άνθρωπος σε όλη τη διάρκεια της ζωής του είναι χαμηλό, επειδή εστιάζει σε ένα πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Ακριβώς όμως αυτό είναι που καθιστά τη γέννα/γέννηση ως μια δραστηριότητα υψηλού κινδύνου. Ιδωμένος ακόμη και μεμονωμένα, ο τοκετός σήμερα εντός του κυρίαρχου ιατροκοιμημένου, βιοϊατρικού πλαισίου/μοντέλου εκλαμβάνεται ως μια διαδικασία με αναπόφευκτους, εγγενείς κινδύνους: Θεωρείται δεδομένο ότι πάντα υπάρχει ένας βαθμός επικινδυνότητας που δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί από τους ειδικούς, φέρνοντας αντιμετώπους τόσο τους γιατρούς όσο και τις επίτοκες με το άγνωστο.

Η αναπόδραστη ασάφεια του πεδίου δράσης της επικινδυνότητας, του κινδύνου που δε συνδέεται με κάτι συγκεκριμένο (αλλά αιωρείται απροσδιόριστα) και η ακαθόριστη αίσθηση διάχυσης του παντού είναι που εντείνουν την αίσθηση ανασφάλειας. Η τελευταία, με τη σειρά της, επιφέρει την επίμονη αναζήτηση της ασφάλειας, η οποία συνήθως συνοδεύεται από φοβικές προϋδεάσεις και πεποιθήσεις, καθώς και την επιταγή εξόντωσης οποιασδήποτε διαφαινόμενης απειλής. Σε αυτή την κατεύθυνση, καταβάλλεται έντονη, συστηματική προσπάθεια έτσι, ώστε τα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας στον τοκετό να μειωθούν χάρη στη συμβολή της ολοένα εξελισσόμενης ιατρικής τεχνολογίας (Knott, 2020: 26· Σαββάκης, & Αναστασίου, 2021: 483–484· McConville & Shah στο Downe & Byrom, 2019: 9· Walker et al., 2014: 714· Turkel, 1995: 10· Bauman, 2007: 10, 174).

Σε κάθε ιστορική περίοδο ο ρόλος της ιατροτεχνολογικής παρέμβασης στον τοκετό, όπως θα αναδειχθεί, δεν ήταν δεδομένος. Για το λόγο αυτό, με σημείο αναφοράς την καισαρική τομή (δηλαδή,

την ιατρική πρακτική που αποτελεί κορύφωση της παρεμβατικότητας στον τοκετό) ακολουθεί μία σύντομη αλλά ουσιώδης ιστορική αναδρομή.

Η καισαρική τομή από την αρχαιότητα μέχρι τον 20ό αιώνα

Από την αρχαιότητα, η πιο γνωστή χειρουργική επέμβαση στον τοκετό ήταν η καισαρική τομή. Ως διαδικασία αρχικώς ήταν αποκλειστικά συνδεδεμένη με το θάνατο, αφού μοναδική αιτία πραγματοποίησής της ήταν η διάσωση του νεογέννητου όταν η μητέρα του πέθαινε κατά τη διάρκεια του τοκετού: ιστορικό δεδομένο που ανιχνεύεται στις ποικίλες παραδόσεις, αναλύσεις και ερμηνείες πολλών αρχαίων κοινωνιών. Αν και ο ακριβής προσδιορισμός του χρονικού σημείου βάσει του οποίου άρχισε να εφαρμόζεται η καισαρική τομή ενέχει δυσκολίες, φαίνεται ότι ως επέμβαση ήταν γνωστή στους αρχαίους Αιγύπτιους, στους αρχαίους Έλληνες, στους Ινδούς, στους Εβραίους και τους Ρωμαίους.

Η πρώτη χρήση του όρου «καισαρική τομή» στη μαιευτική–γυναικολογία εντοπίζεται κατά τη διάρκεια του 17ου αιώνα, η ιστορία της ως πρακτικής ανάγεται στη μυθολογία και ετυμολογικά η ρίζα της κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στη λέξη «caesere», η οποία αντιστοιχεί στο λατινικό ρήμα «κόβω». Οι ιστορικοί έχουν απορρίψει ότι η προέλευση του όρου οφείλεται στον τρόπο γέννησης του Ιουλίου Καίσαρα και έχουν καταλήξει στο ότι η απόδοσή του στο Ρωμαίο αυτοκράτορα αποτελεί απλώς και μόνο μια παρανόηση. Άλλωστε, σύμφωνα με μαρτυρίες, η μητέρα του, Aurelia Cotta ήταν ακόμη ζωντανή όταν αυτός εισέβαλε στη Βρετανία. Αντιθέτως, οι μελετητές της ιστορίας συγκλίνουν στο ότι ο όρος «καισαρική τομή» συνδέεται με το βασιλιά Numa Pompilius (715–673 π.Χ.), ο οποίος κωδικοποίησε τη συγκεκριμένη επέμβαση στο ρωμαϊκό νόμο, προκειμένου να μπορεί να εφαρμοστεί στις γυναίκες που πέθαιναν κατά τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης τους ή κατά τον τοκετό. Δηλαδή, όταν μία έγκυος ήταν ετοιμοθάνατη ή όταν μία επίτοκος κατέληγε, τότε το έμβρυο/νεογνό έπρεπε να σωθεί με το να απομακρυνθεί από τη (γυναικεία) μήτρα, είτε αυτό ήταν ζωντανό είτε νεκρό. Ο συγκεκριμένος νόμος παρέμενε ενεργός κατά τη βασιλεία όλων των Ρωμαίων αυτοκρατόρων, αποκαλούνταν *Lex Regia* (Βασιλικός Νόμος) και η ονομασία του άλλαξε σε *Lex Caesaria* όταν βασιλιάς ήταν ο Ιούλιος Καίσαρας (Todman, 2007: 357· Οντάν, 2005: 39· Lurie, 2005: 282· Antoine & Young, 2021: 1· Boley, 1935: 557· Τζεβελέκης κ.ά., 2008: 139–140).

Η πρώτη καταγεγραμμένη ιστορικά καισαρική τομή, μέσω της οποίας σώθηκε η ζωή ενός εμβρύου, έγινε το 508 π.Χ. στη Σικελία, όπως αναφέρει ο φημισμένος ρήτορας Γοργίας (Boley, 1935: 557). Σύμφωνα με μία εκδοχή, κατά την αρχαιότητα η καισαρική τομή επιβαλλόταν από την κοινωνική νόρμα, σύμφωνα με την οποία μία νεκρή μητέρα έπρεπε να θαφτεί ξεχωριστά από το νεκρό της έμβρυο/νεογνό. Όσοι παρευρίσκονταν σε αυτή τη «μεταφορά» άρχισαν σταδιακά να παρατηρούν ότι η πιθανότητα επιβίωσης του νεογνού ήταν μεγαλύτερη όσο μικρότερο ήταν το χρονικό διάστημα μεταξύ της στιγμής του θανάτου της εγκύου/επιτόκου και της μετακίνησής του από το σώμα της. Έτσι, η κυριότερη αιτία πραγματοποίησης της καισαρικής τομής ήταν η όσο το δυνατόν πιο άμεση

μεταφορά του νεογνού για να σωθεί η ζωή του. Είναι αξιοσημείωτο ότι η εγχείρηση κατά την αρχαιότητα μπορούσε να πραγματοποιηθεί από την ίδια την ασθενή, το σύζυγό της, μαίες, χειρουργούς ή ακόμη και από ιερείς και κουρείς, ενώ γινόταν χρήση διαφόρων οργάνων ή αντικειμένων –από διάφορα ξυράφια μέχρι και τσεκούρια (Mander, 2007: 8· Τζεβελέκης κ.ά., 2008: 140· Lurie, 2005: 281· Antoine & Young, 2021: 1· Γεωργακόπουλος, 1959: 29–30).

Κατά τον μεσαίωνα φαίνεται ότι η καισαρική τομή πραγματοποιούνταν μόνο ως μεταθανάτια «εγχείρηση διάσωσης» και ορισμένα στοιχεία υποδεικνύουν ότι είχε συνδεθεί παράλληλα, πέρα από τις θεραπευτικές πρακτικές του σώματος, με το θρησκευτικό δόγμα με σκοπό τη λύτρωση της ψυχής: Ο Θωμάς Ακινάτης κατά τον 13ο αιώνα είχε υποδείξει την ανάγκη βάπτισης του νεογνού, προκειμένου αυτό να κερδίσει την αιώνια ζωή μετά θάνατον και η Σύνοδος του Τρέντο (1545–1563) επιβεβαίωσε εκ νέου το θεμελιώδη χαρακτήρα αυτής της εγχείρησης. Σε αντίθεση με την αρχαιότητα, δεν έχουν έρθει στην επιφάνεια πηγές που να αναφέρονται σε ζωντανές γυναίκες στις οποίες να είχε πραγματοποιηθεί μία τέτοια επέμβαση κατά το μεσαίωνα¹ και μέχρι περίπου το 1500 η καισαρική τομή δεν αποτελούσε τόσο ένα ιατρικό όσο ένα πολιτισμικό γεγονός, το οποίο λάμβανε χώρα μόνο όταν ο τοκετός είχε την τραγική κατάληξη του θανάτου της επιτόκου (Mander, 2007: 8· Οντάν, 2005: 39· Lurie, 2005: 283).

Μέχρι την Αναγέννηση (15ος και 16ος αιώνας) ο τοκετός από την κοιλιά εφαρμοζόταν αποκλειστικά σε νεκρές ή ετοιμοθάνατες επιτόκες και η πραγματική έγνοια δεν αφορούσε τη ζωή της γυναίκας (Γεωργακόπουλος, 1959: 29–30). Μάλιστα, ο έμφυλος καταμερισμός στα θέματα της υγείας μέχρι την προνεωτερική περίοδο κορυφωνόταν στο φαινόμενο της καισαρικής τομής, την οποία οι άνδρες γιατροί ήταν αυτοί που μπορούσαν να πραγματοποιήσουν, σε αντίθεση με τις γυναίκες μαίες, οι οποίες αναλάμβαναν τους «φυσιολογικούς» –εννοώντας προφανώς τους μη παρεμβατικούς, φυσικούς– τοκετούς, όπως επισημαίνει η ιστορικός στα θέματα υγείας Mary E. Fissell.

Προς τα τέλη του 16ου αιώνα (συγκεκριμένα το 1581) ο Γάλλος γιατρός του Δούκα της Σαβοΐας, Francois Rousset ήταν ο πρώτος ειδικός που υποστήριξε την καισαρική τομή για την επιβίωση της επιτόκου και με ένα επαναστατικό βιβλίο συνέδραμε καθοριστικά έτσι, ώστε να σημειωθεί η πρώτη μετατόπιση του περιεχομένου της από το πολιτισμικό προς το ιατρικό πεδίο. Έκτοτε, θεωρήθηκε ως μία ιατρική διαδικασία που μεριμνούσε τόσο για την ασφάλεια του εμβρύου/νεογνού όσο και της επιτόκου, και η μετατόπιση του νοήματός της εμπλουτίστηκε με την ελπίδα επιβίωσης και των δύο, καθιστώντας την μία «επείγουσα επέμβαση». Όπως έχει καταγραφεί, στις αρχές του 17ου αιώνα (1610) έλαβε χώρα η πρώτη τεκμηριωμένη ιστορικά καισαρική τομή σε ζωντανή γυναίκα. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε στη Βιτεμβέργη από τον Jeremias Trautmann, ήταν σωτήρια για το έμβρυο, όμως όχι και για τη μητέρα, η οποία δεν κατάφερε να επιβιώσει πάνω από

¹ Αν και αυτό δεν είναι απολύτως σίγουρο, καθώς ενδέχεται να πραγματοποιούνταν η καισαρική τομή σε ετοιμοθάνατες γυναίκες ή σε γυναίκες που κατέληγαν κατά τη διάρκεια του τοκετού (Mander, 2007: 8).

εικοσιπέντε ημέρες (Boley, 1935: 558· Pottier–Sperry, 1996: 259–268· Lurie, 2005: 283–284· Fissell, 2008: 15· Mander, 2007: 8· Τζεβελέκης κ.ά., 2008: 140· Μανταλενάκης, 2008: 117).

Ο 19ος ήταν ο αιώνας της πρώτης *συστηματικής* εφαρμογής της καισαρικής τομής. Η πρώτη επιτυχημένη επέμβαση πραγματοποιήθηκε στη Βιρτζίνια από το γιατρό Jesse Bennett, ο οποίος την εφάρμοσε στη σύζυγό του. Ο πρώτος *επισήμως* καταγεγραμμένος χειρουργικός τοκετός (1827) εφαρμόστηκε από το γιατρό Lambert Richmond από τη Μασαχουσέτη σε πρωτοτόκο με εκλαμψία, μη σώζοντας το νεογνό. Η πρακτική της καισαρικής τομής συνέχιζε να εφαρμόζεται παρά τα υψηλά ποσοστά διεγχειρητικής και μετεγχειρητικής θνησιμότητας, και είναι ενδεικτικό ότι η μητρική θνησιμότητα κυμαινόταν από 50% έως 80%, ειδικά τα πρώτα εβδομήντα πέντε χρόνια του 19ου αιώνα. Σ' αυτές τις πρώτες καισαρικές δε γινόταν συρραφή του τοιχώματος της μήτρας της επιτόκου, κάτι που προφανώς ευθυνόταν για τη μεγάλη αιμορραγία αλλά και τη σηψαιμία (Μανταλενάκης, 2008: 115· Τζεβελέκης κ.ά., 2008: 140).

Με στόχο τον έλεγχο της γενικευμένης λοίμωξης και της αιμορραγίας, το 1876, ο Ιταλός γιατρός Eduardo Porro (1842–1902) πραγματοποίησε στην Ραβία μία επιτυχημένη καισαρική, τόσο για το νεογέννητο όσο και για την επίτοκο, και μάλιστα με ένα νέο, ακριβή και ταχύτατο τρόπο, αφού την ολοκλήρωσε σε μόλις είκοσι έξι λεπτά. Σε αντίθεση με τους άλλους χειρουργούς, πριν αφαιρέσει τον πλακούντα, έσφιξε τον τράχηλο και ακρωτηρίασε τη μήτρα, καθώς υπήρχε κίνδυνος το τραύμα της να μείνει ανοικτό. Τη νέα τεχνική παρουσίασε στο επιστημονικό του άρθρο με τίτλο «Ο ακρωτηριασμός μήτρας εξαρτημάτων ως αποπεράτωση καισαρικής τομής» και χάρη σε αυτή (που τη δοκίμασε πριν την εφαρμογή της αντισηψίας), τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν από το 100% στο 25%, θέτοντας τις βάσεις της σύγχρονης χειρουργικής μαιευτικής (Μανταλενάκης, 2008: 115).²

Παρόμοια εγχείρηση σε μαιευτήριο της Βοστώνης –αλλά όχι με αίσιο τέλος– είχε επιχειρήσει στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), το 1868, ο χειρουργός Horatio Robinson Storer (1830–1922), ενώ σε σύντομο χρονικό διάστημα η τεχνική του Porro άρχισε να εφαρμόζεται και να συζητείται στη Γερμανία. Ενδεικτική του επιστημονικού διαλόγου είναι η δημοσίευση του καθηγητή Paul Zweifel (1848–1927), που είχε τίτλο: «Επί της συζήτησης της μεθόδου Porro για τις καισαρικές». Η εγχείρηση Porro εφαρμόστηκε με επιτυχία το 1891 στις ΗΠΑ από τον Elliot Richardson και διαδόθηκε τα επόμενα χρόνια με ποσοστά θνησιμότητας έως 15%, για να κερδίσει την εμπιστοσύνη των ειδικών μέχρι τις αρχές του 20ού αιώνα και να αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο στην εξέλιξη της καισαρικής τομής (Μανταλενάκης, 2008: 116).

Εκτός από τη χειρουργική τεχνική του Porro, στη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας συνέβαλλε και η τεχνική του Γερμανού «ανανεωτικού χειρουργού» Max Sänger (1853–1903), ο οποίος υπήρξε επίσης πολύ καλός χειρουργός κολπικών επεμβάσεων. Στις σημαντικές δημοσιεύσεις

² Αξίζει να σημειωθεί ότι η πρώτη συγκατάθεση μετά από ενημέρωση (από την επίτοκο) στην ιστορία της καισαρικής τομής ήταν αυτή που αφορούσε την εγχείρηση του Eduardo Porro το 1876 (Γεωργακόπουλος, 1959: 29–30).

του με τίτλους: «Περί αποκατάστασης των κλασσικών καισαρικών», «Νέα συμβολή στα ερωτηματικά της καισαρικής», «Απλούστευση της τεχνικής της καισαρικής τομής», ο Sanger τεκμηρίωνε νέες ασφαλέστερες μεθόδους της επέμβασης και αυτή που κυριάρχησε ονομάστηκε «κλασική καισαρική τομή».

Την ίδια περίοδο, ο Γερμανός γιατρός Ferdinando Adolf Kehrer (1837–1914) συνέδραμε και αυτός στις βελτιώσεις του εγχειρητικού τοκετού με το επιστημονικό του άρθρο: «Επί των τροποποιήσεων κατά την καισαρική», ενώ σημαντικές ήταν επίσης οι συμβολές του Γερμανού γιατρού Christian Gerhard Leopold (1846–1912), του χειρουργού Thomas Spencer Wells (1818–1897) και του Αμερικανού χειρουργού Philip Syng Physick (1768–1837), το πρωτοποριακό πνεύμα του οποίου βρήκε εφαρμογή τον επόμενο αιώνα. Πάντως, μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα, οι βελτιωμένες τεχνικές, τα αντισηπτικά μέτρα και οι πολιτικές μετάγγισης αίματος άρχισαν να συμβάλλουν ακόμη περισσότερο στην ασφάλεια και την υγεία της εγκύου/επιτόκου και του εμβρύου/νεογνού, αναδεικνύοντας ότι ήταν μια περίοδος κατά την οποία τέθηκαν οι επιστημονικές βάσεις για τον όσο πιο ασφαλή εγχειρητικό τοκετό (Lurie, 2005: 283–284· Mander, 2007: 8· Τζεβελέκης κ.ά., 2008: 140· Μανταλενάκης, 2008: 116–117).

Στις αρχές του 20ού αιώνα, ως λύση απέναντι στη γενικευμένη φλεγμονή παρουσιάστηκε η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή από τους Wilhelm Latzko (1863–1945) και Heinrich Sellheim, δίχως ωστόσο ο απολογισμός να είναι πιο ευνοϊκός από την κλασική καισαρική. Ο καθηγητής μαιευτικής–γυναικολογίας Bernhard Kroning (1863–1917), στο πνεύμα της εισήγησης του Ferdinando Adolf Kehrer, καθιέρωσε το 1882 τη χαμηλή διαπεριτοναϊκή καισαρική τομή στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, αν και είχε εφαρμοστεί για πρώτη φορά το 1805 από τον Oslander. Περαιτέρω βελτίωση πρόσφερε η «λαπαροτραχηλοτομία» των Beck και DeLee (1921), όπως και η συμβολή του John Martin Munro Kerr (1868–1960), ο οποίος εφάρμοσε την εγκάρσια χαμηλή καισαρική τομή, χωρίς να επέμβει στην κυστεομητρική πτυχή και την ουροδόχο κύστη. Εν κατακλείδι, ο L.K. Phaneuf από τη Βοστώνη των ΗΠΑ ήταν που τελειοποίησε την καισαρική τομή ως μια μέθοδο που είναι σήμερα διεθνώς γνωστή (Μανταλενάκης, 2008: 118–119· Τζεβελέκης κ.ά., 2008: 141).

Η σύγχρονη καισαρική τομή

Σήμερα η πιο παρεμβατική ιατρική/νοσοκομειακή/μαιευτηριακή πρακτική στον τοκετό είναι η «καισαρική τομή». Με ιατρικούς όρους πρόκειται για τη χειρουργική τομή που γίνεται επί των κοιλιακών τοιχωμάτων και της πρόσθιας μυϊκής επιφάνειας της μήτρας, μέσω αυτής αναδύεται στην εξωμήτριο ζωή το έμβρυο/νεογνό³ και πραγματοποιείται η έξοδος του πλακούντα και των εμβρυϊκών υμένων.

³ Είτε λαμβάνει χώρα στην εγκυμοσύνη είτε στον τοκετό.

Η καισαρική τομή αποδεικνύεται επιβεβλημένη και σωτήρια σε εξαιρετικά δύσκολες περιπτώσεις –δηλαδή, όταν απειλείται η ζωή ή/και η υγεία της επιτόκου ή του εμβρύου/νεογνού– και η βελτιωμένη εφαρμογή της, προκειμένου να αποφευχθεί ο θάνατος ή το βίωμα του πόνου από τις συσπάσεις της μήτρας, αποτέλεσε κορυφαίο γεγονός στην ιατρικοποίηση του τοκετού. Μάλιστα, η καισαρική τομή που πραγματοποιείται υπό γενική αναισθησία αποτελεί συχνά τη δυσκολότερη εμπειρία τοκετού, τόσο όσον αφορά την ίδια τη διαδικασία όσο και την ανάρρωση που απαιτείται μετά το χειρουργείο. Ωστόσο, η ευκολία με την οποία επιλέγεται και η κατάχρησή της στο σημερινό συγκεκριμένο υποδεικνύει ότι έχει πλέον μετασηματιστεί σε έναν *κατ' επιλογήν* τρόπο τοκετού. Προκειμένου να γίνει κατανοητή αυτή η *επιλογή*, παρουσιάζεται παρακάτω η πορεία αύξησης των ποσοστών της καισαρικής τομής και το εκάστοτε ιστορικό πλαίσιο που τη συνδιαμόρφωσε:

Στις αρχές του 20ού αιώνα η καισαρική τομή δεν ξεπερνούσε στις ΗΠΑ το ποσοστό του 0.2%, διότι θεωρούνταν ένα επικίνδυνο χειρουργείο και μια σπάνια επέμβαση διάσωσης. Από τη δεκαετία του 1950 άρχισε, όμως, να κερδίζει και σε κοινωνικό επίπεδο όλο και περισσότερο την αποδοχή, καθώς ακολουθήθηκαν πιο ασφαλείς τεχνικές και μέθοδοι, μειώνοντας αισθητά τα ποσοστά μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας: Συγκεκριμένα, όπως αναδείχθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι απομακρύνονταν πλέον από την κάθετη, κατακόρυφη από τον αφαλό μέχρι την ηβική σύμφυση τομή (εξαιτίας της οποίας υπήρχε σοβαρός κίνδυνος μόλυνσης και αιμορραγίας της μήτρας) και προχωρούσαν σε εγκάρσια τομή στο κατώτερο τμήμα της. Στην ασφάλεια της νέας τεχνικής συνέδραμαν οι ασφαλέστερες μέθοδοι αναισθησίας, η δυνατότητα μετάγγισης αίματος, η εμφάνιση των αντιβιοτικών και ο ενδοφλέβιος ορός, δίνοντας από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 μεγάλο πλεονέκτημα στην αναμέτρηση του μαιευτήρα-γυναικολόγου με τον χρόνο, προκειμένου *αυτός να γεννήσει* το έμβρυο/νεογνό, πριν αυτό επηρεαστεί από τα φάρμακα και τη γενική αναισθησία της επιτόκου.

Παράλληλα, σε αισθητικό επίπεδο, η εφαρμογή της καισαρικής τομής απέτρεπε το σχηματισμό μιας *παχιάς*, μεγάλης κόκκινης ουλής που ορισμένες φορές άφηνε η κατακόρυφη τομή και έτσι μπορούσε να συμβαδίσει με τις νέες τάσεις της μόδας και κυρίως με την επανάσταση του μπικίνι. Οι προσπάθειες βελτίωσης στην τεχνική της καισαρικής τομής συνεχίστηκαν κατά τα επόμενα χρόνια και από εγχείρηση που γινόταν παλαιότερα για να σωθεί η επίτοκος και το έμβρυο από μία απειλητική για τη ζωή κατάσταση μετατράπηκε σε μία κυρίως *κατ' επιλογήν* μέθοδο, τόσο από γιατρούς όσο και από πολλές γυναίκες, σταθεροποιώντας και ισχυροποιώντας ακόμη περισσότερο τη σύγχρονη ιατρικοποίηση του τοκετού (Hill, 2019: 13· Lurie, 2005: 281· Margulis, 2013: 81· Sandall et al., 2018: 1349· Τζεβελέκης κ.ά. 2008: 139· Mander, 2007: 4· Zink, 1988: 45· Οντάν, 2005: 20–23· Odent, 2002: 26· Σαββάκης & Αναστασίου, 2021: 482).

Οι τύποι της σύγχρονης καισαρικής τομής που έχουν επικρατήσει είναι η κλασική καισαρική τομή, η χαμηλή εγκάρσια ή (τραχηλική) καισαρική τομή και η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή. Όπως σε κάθε χειρουργική επέμβαση, ο χρόνος αποτελεί κριτήριο επιτυχίας, καθώς αποτρέπει τις

μετεγχειρητικές επιπλοκές. Αυτή η αναμέτρηση με το χρόνο εντάσσεται σε έναν τρόπο σκέψης που είχε υποστηρίξει ο Victor Bonney, ο οποίος ισχυριζόταν ότι όταν μια επέμβαση ολοκληρώνεται ορθά και σε σύντομο χρονικό διάστημα, τότε έχει περισσότερα πλεονεκτήματα σε σχέση με μια ορθή επέμβαση που ήταν κοπιώδης και είχε διαρκέσει πολλές ώρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις επείγουσας καισαρικής τομής εφαρμόζεται σήμερα γενική αναισθησία στην επίτοκο και κατά τη διεξαγωγή της, εάν είναι αναγκαίο, ενδέχεται να γίνουν και άλλες επεμβάσεις, όπως σκοληκοειδεκτομή, ινομυωματεκτομή ή (πιο συχνά) απολίνωση των σαλπίνγων (Μανταλενάκης, 2008: 143).

Στη σύγχρονη εποχή ο θάνατος της εγκύου/επιτόκου δεν αποτελεί πλέον την πρωταρχική αιτία πραγματοποίησης της καισαρικής τομής. Το βάσιμο ενδεχόμενο αλλά και μόνο ο φόβος του θανάτου ή μιας ενδεχόμενης παθολογίας είναι που κινητοποιεί πρωτίστως την εφαρμογή του εγχειρητικού τοκετού. Παρόλο, όμως, που στόχος της καισαρικής τομής στο σύγχρονο βιοϊατρικό μοντέλο είναι η υγεία και η ασφάλεια της εγκύου/επιτόκου και του εμβρύου/νεογέννητου, υπάρχουν ευρήματα επιστημονικών ερευνών που υποδεικνύουν ότι εν τέλει συμβαίνει αυτό ακριβώς που γίνεται προσπάθεια να αποφευχθεί. Είναι ενδεικτικό, για παράδειγμα, ότι το ποσοστό της μητρικής θνησιμότητας στον τοκετό μεγαλώνει και ένας από τους λόγους που συμβαίνει αυτό είναι ο αυξημένος αριθμός των εγχειρητικών τοκετών, όπως αναφέρει ο μαιευτήρας-γυναικολόγος Arthur Fougner (Gaskin, 2011: 126).

Στις ΗΠΑ, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, είχε σημειωθεί μία δραματική αύξηση στο ποσοστό των γυναικών που γεννούσαν με καισαρική τομή, δηλαδή μέσω της «πιο επεμβατικής και επικίνδυνης τεχνολογίας τεκνοποίησης», καθιστώντας την ευρεία χρήση της μία επιδημία: την αποκαλούμενη από την ειδική στην πολιτική υγείας Carol Sakala «καισαρική επιδημία». Όπως είχε διαπιστωθεί, η καισαρική αποτελούσε την κορυφαία κύρια ιατρική αγωγή στη *Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών* που πραγματοποιούνταν στα νοσοκομεία των ΗΠΑ. Η ευρεία διάδοσή της συμβάδιζε μάλιστα σε αριθμούς με δύο άλλες χειρουργικές διαδικασίες που επίσης συνδέονταν με την τεκνοποίηση, συνεπάγονταν ιατρογενείς (Ίλλιτς, 2010: 9, 14) κινδύνους και ήταν τις περισσότερες φορές περιττές, όπως όλο και πιο έντονα γινόταν αντιληπτό: την περιτομή⁴ και την περινεοτομή.⁵

Έτσι, άρχισαν να αναδύονται ερωτήματα σχετικά με την υπέρμετρη τεχνολογική ιατρική προσέγγιση που είχε κυριαρχήσει στη μαιευτική-γυναικολογία, ενώ άρχισε να αναπτύσσεται από τους ειδικούς η τάση διερεύνησης της καισαρικής επιδημίας. Σύμφωνα με τις έρευνες, ανάμεσα στο 1965 και το 1986, το ποσοστό των καισαρικών τομών στις ΗΠΑ αυξήθηκε από 4.5% στο 24.1%, ενώ και άλλες χώρες είχαν παρουσιάσει παρόμοια τάση απότομης και έντονης αύξησης των καισαρικών

⁴ Περιτομή ονομάζεται ο περιορισμένος ακρωτηριασμός της φυσικής διαμόρφωσης του ανδρικού μορίου και εξυπηρετεί κατά μία άποψη λόγους υγιεινής

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B5%CF%81%CE%B9%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AE>

⁵ Η περινεοτομή –που σήμερα αποτελεί επίσης ενδεικτική παρέμβαση ρουτίνας στον τοκετό και η συχνή χρήση της έχει αποδειχθεί όχι μόνο αναίτια αλλά επιβλαβής– είναι η τομή μεταξύ του κοιλιακού τοιχώματος και του περινέου, προκειμένου να διευρυνθεί ο κόλπος και να διευκολυνθεί η κάθοδος του εμβρύου (Αναστασίου στο Τζανάκη, 2021: 611).

τομών. Οι αναίτιες παρεμβάσεις, η επιβολή και όχι η αποφυγή της διακινδύνευσης χωρίς όφελος ή ακόμη και του κινδύνου, και η κατασπατάληση των ελάχιστων πόρων ήταν κοινός παρονομαστής, αλλά τόσο οι γιατροί όσο και η κοινωνία υποτιμούσαν τους κινδύνους του εγχειρητικού τοκετού την ίδια στιγμή που υπερεκτιμούσαν τα οφέλη του (Sakala, 1993: 1177–1178, 1193).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, το ποσοστό των καισαρικών στις ΗΠΑ συνέχισε σταθερά την αυξητική του πορεία με ταχύ ρυθμό, με αποτέλεσμα κατά το 2009 να φτάσει στο 32.9%. Βάσει αυτού, ένα μέρος της ιατρικής κοινότητας προέβη σε σοβαρές προειδοποιήσεις, ενημερώνοντας ότι αν συνεχιστεί αυτή η ανοδική πορεία, τότε μελλοντικά πάνω από το 50% των γεννήσεων θα γίνεται εγχειρητικά, επηρεάζοντας τις διεθνείς τάσεις, τόσο στη μαιευτική φροντίδα όσο και την υγεία των μητέρων και των παιδιών. Αυτό σημαίνει ότι, ενώ από τη μια η καισαρική τομή είναι όντως επιβεβλημένη όταν υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις παθολογίας και οι μαιευτήρες–γυναικολόγοι είναι ανεκτίμητοι στη μαιευτική έκτακτης ανάγκης, από την άλλη ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει διευκρινίσει από το 1985 σε ειδική συνδιάσκεψη στη Fortaleza της Βραζιλίας ότι τα επιτρεπόμενα ποσοστά αυτής της σοβαρής επέμβασης σε καμία χώρα δε δικαιολογείται να υπερβαίνουν το 15%, καθώς αυξάνονται οι πιθανότητες βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων προβλημάτων για τη μητέρα και το νεογνό/μωρό (WHO, 1996: 1· WHO, 2015: 1· Margulis, 2013: 80–81· Gaskin, 2011: 3· Sandall et al., 2018: 1349).

Σε αυτή την κατεύθυνση, ο ΠΟΥ στην τοποθέτησή του το 2007, εκ νέου προέτρεψε την προσπάθεια μείωσης των καισαρικών τομών (Gaskin, 2011: 3), ενώ στις 10 Απριλίου 2015, για πρώτη φορά, έδωσε σαφή κατευθυντήρια σύσταση για να περιοριστούν, καθώς τα τελευταία περίπου σαράντα χρόνια αυξάνονται συνεχώς, τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ύστερα από δύο έρευνες που πραγματοποίησε σε επίπεδο πληθυσμού εξήγγε το συμπέρασμα ότι για άλλη μια φορά οι καισαρικές τομές είναι αποτελεσματικές, συμβάλλοντας στη διάσωση των μητέρων και των εμβρύων, μόνο όμως όταν γίνονται βάσει ιατρικών ενδείξεων.

Όπως ισχύει για το σύνολο των χειρουργείων, τόσο ο ΠΟΥ όσο και άλλοι σχετικοί φορείς, επανέλαβαν και τόνισαν ότι οι εγχειρητικοί τοκετοί συνδέονται με βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους για την υγεία της μητέρας και του νεογέννητου/μωρού, και συνεπώς θα πρέπει να γίνονται μόνο όταν είναι σαφώς επωφελείς (Mylonas & Friese, 2015: 489). Είναι αξιοσημείωτο ότι για πρώτη φορά μετά τις διασκέψεις του 1985 και του 2007, ο ΠΟΥ το 2015 επανακαθόρισε το επιτρεπόμενο ποσοστό των καισαρικών τομών αυστηρά στο 10% (δηλαδή, ακόμη πιο χαμηλά), καθώς η υπέρβασή του δε συνδέεται με μειώσεις στα ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας.⁶

⁶ Ο ιστότοπος στον οποίο είναι διαθέσιμη η ανακοίνωση του ΠΟΥ (2015) είναι ο εξής: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1

Με τα ποσοστά της καισαρικής τομής παγκοσμίως να αυξάνονται με ταχύ ρυθμό (από το 6% το 1990 είχαν εκτοξευτεί στο 19% το 2014 και στο 21% μέχρι το 2021),⁷ συμβάλλοντας καθοριστικά στην πλήρη (ή σχεδόν πλήρη) ιατρικοποίηση του τοκετού, ουσιαστικά αναδεικνύεται ότι υπάρχει μία πολύ λεπτή διαχωριστική γραμμή μεταξύ της εφαρμογής της όταν όντως υπάρχει ιατρική ένδειξη και συνεπώς προκύπτει (έκτακτη) ανάγκη (από τη μια), και της θέασής της ως μονοδρόμου για όλους τους τοκετούς (από την άλλη). Υπάρχει, με άλλα λόγια, ένα όριο μεταξύ της διάσωσης μέσω του εγχειρητικού τοκετού (από τη μια) και της άνευ λόγου διακοπής της ομαλής πορείας του φυσικού τοκετού (από την άλλη) –και μάλιστα μέσω των ίδιων πρακτικών και μηχανισμών. Μάλιστα, η ραγδαία άνοδος της αναίτιας (δηλαδή, της μη ιατρικά ενδεδειγμένης) καισαρικής τομής έχει προβληματίσει έντονα τους ειδικούς, κάνοντας λόγο για την «παγκόσμια επιδημία καισαρικών» (Visser et al., 2018: 1286, Lokugamage στο Hayes–Klein: 2012, 111, Sakala, 1993: 1177, The Lancet, 2018: 1279, Antoine, Young, 2021: 1).

Μη ιατρικοί λόγοι καισαρικών τομών/ αναίτιες εγχειρήσεις

Η καισαρική τομή δεν συνδέεται αποκλειστικά με ιατρικούς λόγους στο σημερινό συγκείμενο. Υπάρχουν δομικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί λόγοι, βάσει των οποίων αυξάνονται οι ιατρικά άσκοπες εγχειρήσεις στον τοκετό για τη γέννηση του εμβρύου, με αποτέλεσμα αυτή να αποτελεί μία μετανεωτερική πολιτισμική πρακτική.⁸

Η στρατηγική και η δράση αντιμετώπισης της σύγχρονης κατάχρησης καισαρικών θα ήταν πιο αποτελεσματικό να εστιάζει ακριβώς στην *πολιτισμική* διάσταση αυτού του φαινομένου, καθώς ιδιαίτερα η νοσοκομειακή κουλτούρα, οι στάσεις των κλινικών γιατρών αλλά και το κατά πόσον ως επαγγελματίες είναι οι ίδιοι συνεπείς στην ιατρική φροντίδα αποτελούν παράγοντες που συνδέονται με την αύξηση των εγχειρητικών τοκετών.

Είναι αξιοσημείωτο ότι σύμφωνα με έρευνα αποκαλύφθηκε ότι σε όποιο νοσοκομείο προωθήθηκε ο κολπικός τοκετός –για παράδειγμα, είτε μέσω των νοσηλευτριών που αφιέρωσαν περισσότερο χρόνο στις επίτοκες, προκειμένου να τις υποστηρίξουν εντός της αίθουσας τοκετού είτε με την παρουσία βοηθών μητρότητας– τα ποσοστά των καισαρικών μειώθηκαν κατά 41%. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα δεν είναι το μοναδικό που υποδεικνύει την ανάγκη αλλαγής αντιμετώπισης του τοκετού, καθώς βρίσκεται, για παράδειγμα, σε συμφωνία με την οδηγία του NICE (του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Κλινικής Αρτιότητας) στην Αγγλία, το οποίο ήδη από το 2004 σύστηνε στους επαγγελματίες υγείας και τους παρόχους περιγεννητικής φροντίδας να ενημερώνουν τις επίτοκες ότι η συνεχής υποστήριξη στον τοκετό από γυναίκες –είτε αυτές έχουν προηγουμένως εκπαιδευτεί είτε όχι–

⁷ Η αύξηση μέχρι το 2022 αναφέρεται σε κείμενο του ΠΟΥ που δημοσιεύθηκε στις 16 Ιουνίου 2021 και είναι διαθέσιμο στον παρακάτω ιστότοπο: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

⁸ Στο παρόν κείμενο ο όρος «πολιτισμική πρακτική» νοηματοδοτείται ευρύτερα, συμπεριλαμβάνοντας τόσο ιατρικό, πολιτιστικό και θρησκευτικό όσο και οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό κ.λπ. περιεχόμενο.

μειώνει την πιθανότητα για καισαρική τομή (Visser et al., 2018: 1286· Watts, 2018: 1301· Betran et al., 2018: 1358· VanGompel et al., 2019: 417, 422· NICE, 2021: 12).

Η οικονομική κατάσταση συνδέεται, επίσης, με τα ποσοστά των καισαρικών τομών. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που περιλάμβανε 196 έρευνες και δημοσιεύθηκε το 2019, σε παγκόσμιο επίπεδο οι μητρικοί και οι περιγεννητικοί θάνατοι που ακολουθούν αμέσως μετά από μια καισαρική τομή είναι δυσανάλογα υψηλοί στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Έχει τη σημασία του ότι η καισαρική τομή πραγματοποιούνταν σχεδόν πέντε φορές πιο συχνά στις πιο πλούσιες χώρες, ειδικά στις υψηλού επιπέδου μόρφωσης γυναίκες, ότι ήταν πιο συχνή η εφαρμογή της στις εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου και ότι ήταν 1.6 φορές πιο συχνή στα ιδιωτικά μαιευτήρια σε σχέση με τα δημόσια.

Τούτων δοθέντων, προτείνεται οι μέλλουσες μητέρες να έχουν πρόσβαση σε ασφαλείς και με ενδεδειγμένες μεθόδους καισαρικές όταν αυτές απαιτούνται, ενώ σε συστάσεις του το διεθνές επιστημονικό περιοδικό *Lancet* επισημαίνει ότι απαιτείται μία άλλου είδους προσέγγιση, για την οποία «κλειδιά» αποτελούν οι απαντήσεις και οι διευκρινίσεις για το πώς οι οικονομικοί και οι οργανωτικοί παράγοντες επηρεάζουν την εν δυνάμει βέλτιστη χρήση των καισαρικών τομών. Αυτό επισημαίνεται, διότι (όπως έχει διαπιστωθεί) η οικονομική διάσταση λειτουργίας των νοσοκομείων, η ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη των επιτόκων, η δυσκολία στον προγραμματισμό των χρονοδιαγραμμάτων των ιατρικών εξετάσεων και των χειρουργείων, και συνεπώς η ανάγκη για διευκόλυνση των γιατρών, καθώς και το προσωπικό οικονομικό τους όφελος αποτελούν παράγοντες αύξησης των καισαρικών τομών παγκοσμίως.

Επίσης, σημαντικός παράγοντας αύξησης των καισαρικών τομών είναι το νομικό κλίμα και ο φόβος του ιατρικού προσωπικού για πιθανές νομικές αγωγές. Ο κλάδος των μαιευτήρων-γυναικολόγων θεωρείται επαγγελματική κατηγορία υψηλού ρίσκου από τους ασφαλιστικούς φορείς, με αποτέλεσμα τα ασφάλιστρα για τυχόν αμέλεια στον τοκετό να είναι εξαιρετικά υψηλά. Παράλληλα, υπάρχει μία διάχυτη, κανονικοποιημένη (αλλά και βάσει των παραπάνω ευρημάτων διαστρεβλωμένη) προϊδέαση/αντίληψη/πεποίθηση ότι η καισαρική τομή αποτελεί ό,τι καλύτερο θα μπορούσε να έχει πράξει ο γιατρός, ενώ ένας πιθανός τραυματισμός (κυρίως του εμβρύου/νεογνού) στον κοιλιακό τοκετό αποτελεί αιτία ή αφορμή για κατηγορίες και νομικές καταγγελίες μη πρόβλεψης κινδύνου και μη πραγματοποίησης καισαρικής τομής (Sobhy et al., 2019: 1973, 1981· Vedam et al., 2019: 1–19· Boerma et al., 2018: 1341· Wiklund et al., 2018: 1288–1289· Antoine & Young, 2021: 1· Margulis, 2013: 80–91).

Ωστόσο, όπως αναφέρει ο Patji Alnaes-Katjavi, μαιευτήρας-γυναικολόγος στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Όσλο στη Νορβηγία, η καισαρική τομή αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις μια πράξη εκ μέρους των γιατρών που δεν είναι μαιευτική αλλά το έσχατο χειρουργικό μέσο που εφαρμόζεται όταν η μαιευτική έχει αποτύχει. Με άλλα λόγια, αποτελεί ένα ιατρογενές πρόβλημα, διαπίστωση που ενισχύεται και από την κοινωνική ανθρωπολόγο και συγγραφέα Sheila

Kitzinger, η οποία επισημαίνει ότι πρόκειται για μια εγχείρηση που πραγματοποιείται, εξαιτίας ενός μαιευτήρα-γυναικολόγου που έχει αποτύχει να αντιμετωπίσει το φόβο και την ανησυχία μιας γυναίκας (Margulis, 2013: 82· Kitzinger, 2006: 158) ή ακόμη και το δικό του φόβο για τον ίδιο τον τοκετό, όπως επιπλέον επισημαίνει η Farah Diaz-Tello, δικηγόρος στον *Οργανισμό Εθνικών Συνηγόρων Εγκύων Γυναικών* στις ΗΠΑ και η ιατρική ανθρωπολόγος Robbie Davies-Floyd (*Freedom for Birth*, 2012: 02:18–02:19, 01:20–01:26).

Ειδικότερα, όσον αφορά το φόβο των γυναικών και την τάση να αιτούνται οι ίδιες καισαρική τομή χωρίς να υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις παθολογίας, έχει καθιερωθεί πλέον ο όρος «αίτημα της μητέρας για καισαρική τομή». Αυτό εκπορεύεται από μία δέσμη παραγόντων (κυρίως φόβου) και ενδεικτικά συνδέεται: α) με την έλλειψη ενημέρωσης και την αποδοχή ενός διαδεδομένου μύθου ασφάλειας, σύμφωνα με τον οποίο, χάρη στις καισαρικές τομές αποφεύγεται ο τραυματισμός του πυελικού εδάφους ή της περιοχής των γεννητικών οργάνων κατά τον κολπικό τοκετό (συνήθως, εξαιτίας προγενέστερων προβλημάτων) και διευκολύνεται η σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, β) με τον φόβο των εγκύων/ επιτόκων να μην τραυματιστεί το νεογνό κατά την έξοδό του από τον κόλπο αλλά και γ) με τον φόβο των γυναικών απέναντι στο ίδιο το γεγονός της γέννας. Όσον αφορά το τελευταίο, ενδέχεται να εμφανιστεί τοκοφοβία απέναντι στην (ακόμη) άγνωστη εμπειρία της γέννας (ειδικά για τις πρωτοτόκες) ή απέναντι στην επανάληψη μίας προγενέστερης τραυματικής εμπειρίας γέννας (Mander, 2007: 143–144· Barrett & McCandlish: 2002, 377–379· Kenny, 2001: 23· Mylonas & Friese, 2015: 491· Soltanifar & Russell, 2012: 267· Garthu-Niegel et al., 2014: 1· Juotkutè et al., 2021: 26, 30).

Επιδράσεις στην υγεία

Η καισαρική τομή, ειδικά αυτή που πραγματοποιείται πριν την έναρξη του τοκετού (η προγραμματισμένη ή/και κατ' επιλογήν), αποτελεί την πιο αρνητικά επιδραστική ιατρική παρέμβαση για την επίτοκο και το έμβρυο, λόγω της απουσίας των ορμονικών και νευρο-ορμονικών επιδράσεων και αλληλεπιδράσεών τους, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια του τοκετού, συμπεριλαμβανομένων των διακυμάνσεων και κορυφώσεων της (ενδογενούς) ωκυτοκίνης (Buckley & Unväs Moberg στο Downe & Byrom, 2019: 24).

Σε σχέση με τον φυσικό ή φυσιολογικό τοκετό (που η ανάδυση και η επίδραση της ενδογενούς ωκυτοκίνης είναι ανεμπόδιστη ή λιγότερο ανεμπόδιστη, αντιστοίχως), ο εγχειρητικός τοκετός έχει αποδειχθεί, μέσα από επιστημονικές έρευνες, λιγότερο ασφαλής, τόσο ως προς τα ποσοστά θνησιμότητας όσο και ως προς αυτά της νοσηρότητας (που είναι ιδιαίτερος αυξημένα στις ΗΠΑ),⁹ αφού αυτά συνδέονται με βραχυρόνια και μακροπρόθεσμα δυσμενή προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό (Dahlen et al., 2018). Σύμφωνα, μάλιστα, με

⁹ Για την ακρίβεια, στις ΗΠΑ τα ποσοστά μητρικής θνησιμότητας που το 1987 ήταν 7.2% είχαν ανέλθει το 2018 στο 17.4% (Antoine & Young, 2021, 10–11).

παγκόσμια έρευνα που είχε δημοσιευθεί ήδη από το 2016: όταν τα ποσοστά της καισαρικής τομής υπερβαίνουν το 10%, τότε αυτά δε συνδέονται με μείωση των ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας, ούτε των μητέρων ούτε των νεογνών. Μάλιστα, όπως επισημαίνεται, το ποσοστό του 10% είναι αυτό που εξασφαλίζει την επίτευξη της εν λόγω χαμηλότερης θνησιμότητας (Antoine, Young, 2021: 10· Troiano & Witcher, 2018: 222· Ye et al., 2016: 745–753). Με βάση επίσης άλλες (ενδεικτικές) έρευνες, προγενέστερες ή μεταγενέστερες σε σχέση με τις παραπάνω, έχουν εξαχθεί τα παρακάτω ευρήματα/ συμπεράσματα.

Με την καισαρική τομή τα νεογνά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αναπνευστικά προβλήματα και παιδικό άσθμα, δυσκολία θηλασμού και σοβαρό παιδικό άσθμα (αργότερα), αλλεργίες και τροφικές ευαισθησίες, αλλεργική ρινίτιδα, ενώ ορισμένες φορές μπορεί να τραυματιστούν από λανθασμένο χειρισμό του μαιευτήρα–γυναικολόγου. Αξιοσημείωτη είναι, επίσης, έρευνα που υπέδειξε ότι η καισαρική που εφαρμόζεται πριν την έναρξη του τοκετού συνδέεται με αυξημένο ρίσκο οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο και περιλάμβανε δύο εκατομμύρια μητέρες, η μητρική θνησιμότητα, λόγω επείγουσας καισαρικής τομής, ήταν εννέα φορές πιθανότερη σε σχέση με έναν κολπικό τοκετό, ενώ η μητρική θνησιμότητα, εξαιτίας προγραμματισμένης καισαρικής τομής ήταν τρεις φορές πιθανότερη σε σχέση με έναν κολπικό τοκετό. Σε σχέση, επίσης, με τον κολπικό τοκετό, έχει αποδειχθεί σε άλλη έρευνα ότι το χειρουργείο είναι αυτό που στην πραγματικότητα ευθύνεται για μια αλυσίδα νοσηρών συμβάντων και η μητρική θνησιμότητα μετά την καισαρική είναι τρεις φορές υψηλότερη σε σχέση με τον κολπικό τοκετό (Marcotte et al., 2016· Bager et al., 2008· Thavagnanam et al., 2008· Koplin et al., 2008· Margulis, 2013: 82–83· Kallianidis et al., 2018: 148).

Τα νοσηρά συμβάντα που συνδέονται με την καισαρική τομή είναι τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, όπως επίσης επισημαίνει από το 2018 το διεθνές επιστημονικό *Lancet*, το οποίο κάνει λόγο για άμεση μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα προερχόμενη από αναισθητικές και ουρολογικές επιπλοκές, από αιμορραγία, λοίμωξη και θρομβοεμβολισμό. Επίσης, με την αύξηση των καισαρικών εμφανίζονται περισσότερα αναπνευστικά προβλήματα στο νεογέννητο, εξαιτίας ιατρογενούς πρόωρου τοκετού, αυτοάνοσα και προβλήματα που σχετίζονται με τη μετέπειτα (παιδική) παχυσαρκία. Είναι ακόμη αξιοσημείωτο ότι η καισαρική τομή επηρεάζει τις επόμενες εγκυμοσύνες, καθώς συνδέεται με αυθόρμητη πρόωρη γέννηση του εμβρύου, ρήξη μήτρας και ανώμαλη τοποθέτησή του, που μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική μητρική αιμορραγία ή/και ανάγκη για υστερεκτομή.

Μετά από καισαρική, υπάρχει πιθανότητα διαρκούς πόνου στο πυελικό έδαφος, εμφάνιση πυκνών συμφύσεων, όπως και δυσκολία ή αδυναμία οι μητέρες να προχωρήσουν σε επόμενη εγκυμοσύνη (προβλήματα γονιμότητας). Σημαντικό είναι, επίσης, ότι η καισαρική τομή έχει συνδεθεί με αυξημένο ρίσκο για άσθμα σε παιδιά ηλικίας οκτώ ετών (ειδικά αν οι γονείς ήδη πάσχουν από αυτό), καθώς και με κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου, ακόμη και σε παιδιά δέκα ετών

(ειδικά, εάν έχουν αυξημένο δείκτη μάζας σώματος). Σύμφωνα ακόμη με τα ευρήματα μιας σχετικά πρόσφατης συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης, η καισαρική τομή αυξάνει τις πιθανότητες για διαταραχές που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού και για το λόγο αυτό οι ερευνητές προτείνουν με σαφήνεια τη συνετή της χρήση, ενώ μία άλλη έρευνα σε αυτή την κατεύθυνση επισημαίνει ότι η γενική αναισθησία για την καισαρική τομή ίσως είναι αυτή που ευθύνεται για τη διαταραχή του αυτισμού (Visser et al., 2018: 1286· Zhang et al., 2019: 1, 14· Latthe et al., 2006· Gurol-Urganci et al., 2013· Lyell et al., 2005· Roduit et al., 2009· Kuhle et al., 2015· Begum et al., 2022· Huberman Samuel et al., 2019).

Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, βάσει των σύγχρονων στοιχείων και ευρημάτων που έχουν συγκεντρωθεί από τις επιστημονικές έρευνες, εξαιτίας της καισαρικής τομής αλλά και της συνεπαγόμενης απώλειας του μικροβιώματος (Microbirth, 2014: 09:29–10:06, 14:25–16:15), φαίνεται να προκύπτουν διαφόρων ειδών βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα προβλήματα υγείας, τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό. Τα νέα ζητήματα που ανοίγονται εκτείνονται σε ένα ευρύ, σύνθετο φάσμα και συνδέονται, για παράδειγμα, με την εγκατάσταση του θηλασμού ή με τις επόμενες εγκυμοσύνες, με τη γνωστική ανάπτυξη του μωρού, με τη μετέπειτα παχυσαρκία, με το διαβήτη τύπου 1, με το άσθμα, με τη νόσο του Crohn, την κοιλιοκάκη, τις καρδιαγγειακές παθήσεις, ορισμένα είδη καρκίνου και την παιδική λεμφοβλαστική λευχαιμία (όπως αναφέρθηκε παραπάνω), με ψυχικές διαταραχές, ενώ γίνεται λόγος ακόμη και για επιγενετικές αλλαγές,¹⁰ λόγω απουσίας της σποράς του μικροβιώματος. Η σημασία του τελευταίου μάλιστα φαίνεται να είναι τόσο σημαντική, που τα τελευταία χρόνια έχουν διεξαχθεί πολλές επιστημονικές έρευνες σχετικά με τη σύνθεση, τη λειτουργία και τις επιδράσεις από τη μερική ή ολική του έλλειψη στον ανθρώπινο οργανισμό και την ποιότητα της ζωής του ανθρώπου, παρόλο που από τη στιγμή της γέννησής του η βιοϊατρική τον αντιμετωπίζει περισσότερο μηχανιστικά.

Η κλασική μέθοδος της καισαρικής τομής έχει ως αποτέλεσμα να καθυστερεί η επαφή των γονιών (ειδικά της μητέρας) με το νεογέννητο, να συνδράμει αρνητικά στην ικανοποίηση της μητέρας από τη διαδικασία της γέννας και να μειώνει τα ποσοστά θηλασμού. Σε συνδυασμό με άλλες αρνητικές επιδράσεις της, έχει ξεκινήσει από ορισμένους (λίγους) ειδικούς μία προσπάθεια βίωσης «φυσικής» ή «πιο ανθρώπινης» καισαρικής τομής, δηλαδή μιας χειρουργικής επέμβασης στον τοκετό που μιμείται –στον βαθμό που αυτό είναι εφικτό– την κατάσταση που δημιουργείται μετά από έναν κολπικό τοκετό. Αν και απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για το μετασχηματισμό της καισαρικής τομής

¹⁰ Ο Schlinzig και οι συνεργάτες του (2009) έχουν επισημάνει ότι κατά την επιγενετική διαμόρφωση στον τοκετό τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με καισαρική παρουσιάζουν μεγαλύτερη μεθυλίωση στο DNA απ' ό,τι αυτά που έχουν γεννηθεί κολπικά. Ο τομέας της επιγενετικής στον τοκετό είναι ένας καινούριος ιατρικός κλάδος που μελετά τις κληρονομικές αλλαγές των γονιδίων, οι οποίες είναι ανεξάρτητες από το DNA που κληρονομεί κάθε άνθρωπος από τη μητέρα και τον πατέρα του. Όπως εξηγούν οι ειδικοί ερευνητές του θέματος, Hannah Dahlen, Neena Modi και Matthew Hyde, η γέννηση φαίνεται ότι είναι το κρίσιμο εκείνο στάδιο κατά το οποίο ενεργοποιούνται και απενεργοποιούνται τμήματα των ανθρώπινων γονιδίων (Microbirth, 2014: 34:57–36:05· Dahlen et al., 2013: 656).

και το βαθμό επιτυχούς έκβασής της, αυτό που επιχειρείται πρακτικά είναι, για παράδειγμα, να μπορούν οι γονείς να παρακολουθήσουν την επέμβαση ως ενεργά συμμετέχοντες, η διαδικασία να ακολουθεί πιο αργούς ρυθμούς και το νεογνό να μεταφέρεται αμέσως στο στήθος της μητέρας του για να επιτευχθεί η επαφή δέρμα με δέρμα (Antoine, Young, 2021: 9· Sandall et al., 2018: 1349–1357· Yasmin et al., 2017· Keag, et al., 2018· Blaser & Dominguez–Bello, 2016· Combellick et al., 2018: 1· Polidano et al., 2017: 1· Zhong et al., 2019: 1, 8–10· Stanislawski et al., 2018· Stewart et al., 2018· Vetanen et al., 2018· Greaves, 2018: 471· Pannaraj et al., 2017: 647· Tamburini et al., 2016: 713· Schlinzig et al., 2009: 1096· Lillycrop & Burdge, 2011: 72· Smith et al., 2008: 1037).

Λόγω των παραπάνω παλαιότερων αλλά και σύγχρονων, επικαιροποιημένων (*up-to-date*) και τεκμηριωμένων (*evidence-based*) επιστημονικών άρθρων που προβάλλουν την παρούσα επιστημονική στάθμη (*state-of-the-art*) τόσο της μαιευτικής (*midwifery*) όσο και της μαιευτικής–γυναικολογίας (*obstetrics*) αλλά και των επιστημονικών πεδίων που επίσης διερευνούν συστηματικά τον τοκετό και ειδικότερα την καισαρική τομή (όπως, για παράδειγμα, η κοινωνική ανθρωπολογία ή το πεδίο πολιτικών υγείας), διεθνείς και εθνικοί οργανισμοί στο σύγχρονο δυτικό κόσμο –όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)– επισημαίνουν από τη δεκαετία του 1980 μέχρι και σήμερα την άμεση ανάγκη μείωσης των αυξημένων και αυξητικών ποσοστών της καισαρικής τομής. Είναι χαρακτηριστική η επισήμανση του Οργανισμού *Lamage International* που επιμένει να επισημαίνει ότι στις περιπτώσεις που κάθε φορά ο γιατρός επεμβαίνει στη φυσική ροή του τοκετού πρέπει να βασίζεται σε στοιχεία που αποδεικνύουν ότι κάθε ιατρική του πράξη έχει μεγαλύτερες πιθανότητες οφέλους παρά βλάβης για την επίτοκο και το έμβρυο/νεογνό/μωρό (WHO, 2015· 1996· Lothian, 2013).

Με άλλα λόγια, ένα σημαντικό μέρος της σύγχρονης προσέγγισης διαφόρων επιστημών για τον τοκετό (ειδικότερα το χειρουργικό) υποδεικνύει σαφώς και υποστηρίζει επίμονα και επανειλημμένα τη μείωση και αποφυγή των καισαρικών τομών που εφαρμόζονται αναίτια (χωρίς παθολογία), μέσω μίας δομικής ή/και πολιτισμικής ιατρογένεσης (Ιλλις, 2010: 9–14) με νέους όρους στο σύγχρονο δυτικό κόσμο.

Συμπεράσματα

Η θέση και η συνδρομή της τεχνολογίας και ειδικότερα της ιατρικής τεχνολογίας στην ιστορία του τοκετού στο δυτικό κόσμο δεν ήταν πάντα δεδομένη. Στην ιστορική αναδρομή του παρόντος άρθρου, εκκινώντας από την αρχαιότητα και εκβάλλοντας στο σημερινό συγκείμενο, έχοντας ως σημείο αναφοράς την πιο επεμβατική και ευρέως γνωστή ιατρική πρακτική στον τοκετό –αυτή της καισαρικής τομής– αναδείχθηκε ότι η υπεροχή της ιατρικής επιστήμης, του ιατρικού επαγγέλματος, της τεχνολογίας και ειδικότερα της ιατρικής τεχνολογίας επήλθε σταδιακά και εν τέλει εδραιώθηκε μέσα από την αλληλεπίδραση και τις συναρμογές με τις εκάστοτε ιστορικές συνθήκες, προβάλλοντας

άλλοτε τις θετικές της επιπτώσεις στον τοκετό και άλλοτε τις αρνητικές –στο βαθμό που αυτές γίνονταν και γίνονται αντιληπτές.

Ο εγχειρητικός/χειρουργικός τοκετός αποτελεί μέχρι σήμερα μία σοβαρή και σωτήρια ιατρική επέμβαση. Ωστόσο, στη μετανεωτερική συνθήκη τα υπεραυξημένα, παντελώς αναίτια, αχρείαστα αλλά και επιβλαβή ποσοστά της σε παγκόσμια κλίμακα υποδεικνύουν ότι έχει καταστεί μία από τις πλέον πιο γνωστές ιατρικές πρακτικές ρουτίνας. Εφαρμόζεται στη συντριπτική πλειονότητα των τοκετών αδιακρίτως και υπάρχει η τάση να γίνεται υπέρβαση του λεπτού ορίου μεταξύ της ιατρικής ένδειξης και της έκτακτης ανάγκης της καισαρικής τομής (από τη μια), και της επιβολής της ως του μοναδικού τρόπου σωτήριας έκβασης (από την άλλη). Αυτό ισχύει για το νοσοκομειακό/μαιευτηριακό τοκετό, καθώς σύμφωνα με έρευνες η πιθανότητα εφαρμογής της καισαρικής τομής είναι μικρότερη στον τοκετό εκτός νοσοκομείου/μαιευτηρίου και η πλειονότητα των επιτόκων στο νοσοκομείο/μαιευτήριο καταλήγουν σε αυτή, λόγω ψευδοπροβλημάτων και ψευδοδιλημάτων, δηλαδή τέτοιων για τα οποία θα μπορούσε να είχε γίνει πρόβλεψη, καθώς και πρόληψη με λιγότερο επεμβατικούς τρόπους (Sakala, 1993: 1185–1186).

Όπως αναδείχθηκε στην παρούσα συμβολή, με βάση ορισμένες διαχρονικές αλλά και πιο επίκαιρες επιστημονικές έρευνες και δημοσιεύσεις επιστημονικών άρθρων από διακριτά επιστημονικά πεδία σχετικά με τον τοκετό, σήμερα έχει δημιουργηθεί ένα –τις περισσότερες φορές δυσδιάκριτο ή και αόρατο εν πολλοίς πολιτισμικό– όριο μεταξύ της φυσιολογίας και της παθολογίας στον τοκετό, και κατ' επέκταση ένα όριο ανάμεσα στη διάσωση μέσω της καισαρικής (από τη μια) και της αναίτιας εκτροπής του τοκετού από την ομαλή, μη παρεμβατική πορεία του (από την άλλη). Όταν το όριο αυτό, για μια σειρά από (ευρύτερους) πολιτισμικούς λόγους (που μπορεί να λειτουργούν και συνδυαστικά) παραβλέπεται –και μάλιστα μέσω των ίδιων μηχανισμών/τεχνολογιών εξουσίας (Φουκό, 1987) που έχουν τη δυνατότητα να αναχαιτίσουν αυτή την παράβλεψη– τότε αφήνεται το περιθώριο να ασκηθεί μια μορφή βιοεξουσίας στην επίτοκο, που την καθιστά ακόμη πιο ευάλωτη απ' ό,τι ορίζει η ίδια η κατάσταση της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Είναι αξιοσημείωτο ότι η τάση κατάχρησης της καισαρικής στο σημερινό συγκείμενο δε μεταβάλλει ελπιδοφόρα τα ποσοστά θνησιμότητας και τα ποσοστά νοσηρότητας σε σχέση με αυτά του κολπικού ή του φυσικού τοκετού. Αν και η αιτία, η μέθοδος, το περιεχόμενο και η ασφάλεια της καισαρικής τομής ως πρακτικής έχει μετασχηματιστεί σε μεγάλο βαθμό ποιοτικά (ιατρικά), τα ποσοτικά δεδομένα υποδεικνύουν για αρκετές δεκαετίες τις προβληματικές πρακτικές που χρήζουν επιτακτικών αλλαγών στο κυρίαρχο, βιοϊατρικό μοντέλο τοκετού στο δυτικό κόσμο. Καθώς κάθε καισαρική τομή δεν εφαρμόζεται ποτέ εν κενώ αλλά σε ένα ιατροτεχνολογικό/νοσοκομειακό/μαιευτηριακό σύστημα υγείας που κάθε φορά αλληλεπιδρά με την εκάστοτε κοινωνία και τις εκφάνσεις του πολιτισμού συνολικά, αυτό που συμβαίνει σήμερα στον τοκετό και αφορά ειδικότερα την καισαρική τομή –με σημείο αναφοράς τη μείωση των ποσοστών νοσηρότητας και κυρίως θνησιμότητας– θα μπορούσε να συνοψιστεί σε αυτό που αναφέρει χαρακτηριστικά ο κοινωνιολόγος

και φιλόσοφος Zygmunt Bauman: Ότι το ιδεώδες της θανάτωσης του θανάτου [έχει τη δυνατότητα να] μετατρέπεται σε πρακτική [οιονεί] θανάτωσης ανθρώπων (WHO, 1996· 2015· Lokugamage στο Hayes–Klein, 2012: 111· Sakala, 1993: 1177· The Lancet, 2018: 1279· Foucault, 2011: 112–113· Σαββάκης & Αναστασίου, 2021: 481–491· Αναστασίου στο Τζανάκη, 2021: 624–628· Bauman στο Μακρυγιώτη, 2008: 150).

Βιβλιογραφία

Α. Στην ελληνική γλώσσα

(α) Ονόματα συγγραφέων στην ελληνική γλώσσα

- Αναστασίου, Α.Κ. (2021). Οι αθέατες όψεις της πολιτικής διαχείρισης του τοκετού στην ύστερη νεωτερικότητα: Από τον πόνο έως τον βιασμό. Από την ευεξία έως τον οργανισμό. Στο Δ. Τζανάκη (επιμ.), *Υγεία, Καύλα και Επανάσταση*. Αθήνα: Ασίνη, σσ. 599–628.
- Γεωργακόπουλος Α.Π. (1959). Από την Ιστορία της Καισαρικής Τομής. *Eleutho*, 1(11): 29–30 <http://www.eleutho.gr/pdf-149082-75255?filename=%20%20%20%20%20.pdf>
- Ίλιτς, Ι. (2010). *Ιατρική Νέμεση. Η Απαλλοτριώση της Υγείας* (μτφρ.: Β. Τομανάς). Θεσσαλονίκη: Νησίδες.
- Μανταλενάκης, Ι.Σ. (2008). Η εξέλιξη της καισαρικής τομής από τον 19^ο στον 20^ο αιώνα, *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 20(2): 115–120.
- Οντάν, Μ. (2005). *Η Καισαρική Τομή και ο Φυσικός Τοκετός* (μτφρ.: Κ. Θεοδωρήμπασης, επιμ.: Μ. Καλονά, επιστ. επιμ.: Ρ. Τραγέα). Αθήνα: Ρέω.
- Σαββάκης, Μ., Αναστασίου, Κ. (2021). Καισαρική τομή και εναλλακτικές προσεγγίσεις για τον τοκετό στη σύγχρονη Ελλάδα. Στο Ναγόπουλος Ν. (επιμ.), *Οι Κοινωνικές Επιστήμες Σήμερα. Διλήμματα και Προοπτικές πέρα από την Κρίση*. Μυτιλήνη: Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, σσ. 481–491.
- Τζεβελέκης, Φ., Παπαδόπουλος, Α., Τσαλίκη, Τ., Σταματόπουλος, Π.Χ. (2008). Καισαρική τομή: νεότερα δεδομένα. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 20(2): 130–145. https://www.iatrikionline.gr/ELL_M_2_2008/5.pdf
- Φουκό, Μ. (1987). *Εξουσία, γνώση και ηθική* (μτφρ.: Ζ. Σαρίκας). Αθήνα: Ύψιλον.

(β) Ονόματα συγγραφέων στην αγγλική γλώσσα

- Bauman, Z. (2008). Θνητότητα, αθανασία και άλλες στρατηγικές ζωής. Στο Μακρυγιώτη, Δ. (επιμ., εισ.), *Περί Θανάτου. Η Πολιτική Διαχείριση της Θνητότητας* (μτφρ.: Κ. Αθανασίου). Αθήνα: Νήσος, σσ. 131–163.
- Bauman, Z. (2007). *Ρευστός Φόβος* (μτφρ.: Γ. Καράμπελας). Αθήνα: Πολύτροπον.
- Knott, S. (2020). *Μητέρες. Μια Αντισυμβατική Ιστορία* (μτφρ.: Σ. Κάσδαγλη). Αθήνα, Μεταίχιμο.
- Lothian, A.J. (2013). Κατά τη διάρκεια του τοκετού σας αποφύγετε παρεμβάσεις που δεν είναι απαραίτητες για ιατρικούς λόγους. Στο *Ασφαλείς Πρακτικές που Προάγουν το Φυσικό Τοκετό* (μτφρ.: Γ. Γεωργίου, Ε. Φιλίππáκη, Μ. Ανδρεουλάκη). In Joy Birth & Parenting Education and Lamage International.

Β. Στην αγγλική γλώσσα

- Antoine, C., Young, K.B. (2021). Cesarean section one hundred years 1920–2020: the good, the bad and the ugly. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(1): 5–16.
- Bager, P, Wohlfahrt, J., Westergaard, T. (2008). Caesarean delivery and risk of atopy and allergic disease: meta-analyses. *Clinical & Experimental Allergy. Trusted Evidence in Allergy*, 38(4): 634–642.

- Barret, G., & McCandlish, R. (2002). Caesarean section: better for your sex life? A review of the evidence. *MIDIRS Midwifery Digest*, 12(3): 377–379.
- Begum, T., Fatima, Y., Anuradha, S., Hasan, M., Mamun, A.A. (2022). Longitudinal association between caesarean section birth and cardio-vascular risk profiles among adolescents in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 46(6): 776–783.
- Betran, P.A., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M.R., Zhang, J., Musana, O., Wanyonyi, Z.A., Gülmezoglu, M/A., Downe, S. (2018). Optimising caesarean section use 3. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet*, 392: 1358–1368.
- Blaser, J.M & Dominguez-Bello, G.M. (2016). The human microbiome before birth. *Cell Host & Microbe*, 20: 558–560.
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, Y.D., Barros, J.D.A., Barros, C.F., Juan, L., Moller, A-B., Say, L., Hosseinpoor, R.A., Yi, M., de Lyra Rabello Neto, D., Temmerman, M. (2018). Optimising caesarean section use 1. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392: 1341–1348.
- Boley, P.J. (1935). The history of caesarean section. *Canadian Medical Association Journal*, 32(5): 557–559. <https://www.cmaj.ca/content/145/4/319>.
- Buckley, S., Uvnäs Moberg, K. (2019). Nature and consequences of oxytocin and other neurohormones during the perinatal period. Στο Downe, S., Byrom, S. (επιμ.). *Squaring The Circle: Normal Birth Research, Theory And Practice in a Technological Age*. London: Pinter & Martin Ltd, σσ: 19–31.
- Combellick, L.J., Shin, H., Shin, D., Cai, Y., Hagan, H., Lacher, C., Lin, L.D., McCauley, K., Lynch, V.S., Dominguez-Bello, M.G. (2018). Differences in the fetal microbiota of neonates born at home or in the hospital. *Scientific Reports*, 8(15660): 1–9.
- Dahlen, G.H, Foster, J.P., Psaila, K., Spence, K., Badawi, N., Fowler, C., Schmied, V., Thornton, C. (2018). Gastro-oesophageal reflux: a mixed methods study of infants admitted to hospital in the first 12 months following birth in NSW (2000–2011). *BMC Pediatrics*, 18(30): 1–15.
- Dahlen, G.H, Kennedy, H.P., Anderson, C.M., Bell, A.F., Clark, A., Ohm, J.E., Shearman, A.M., Taylor, J.Y., Wright, M.L., Downe, S. (2013). The EPIIC hypothesis: intrapartum effects epigenome and consequent health outcomes. *Medical Hypothesis*, 80(5): 656–662.
- Fissell, E.M. (2008). Introduction: women, health, and healing in early modern Europe. *Bulletin of The History of Medicine*, 82(1): 1–17.
- Foucault, M. (2011). *Ιστορία της σεξουαλικότητας. Ι. Η Βούληση για γνώση* (μτφρ.: Τ. Μπέτζελος). Αθήνα: Πλέθρον.
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, B.T., Torgersen, L., Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women’s preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(191): 1–10.
- Gaskin, M.I. (2011). *Birth Matters. A Midwife’s Manifesta*. London: Pinter & Martin.
- Greaves, M. (2018). A causal mechanism for childhood acute lymphoblastic leukaemia. *Nature Reviews*, 18: 471–484.
- Gurol-Urganci, I., Bou-Antoun, S., Lim, C., Cromwell, D., Mahmood, T., Templeton, A., Meulen, J. (2013). Impact of caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analyses. *Human Reproduction*, 28(7): 1943–1952.
- Hill, M. (2019). *Give Birth Like A Feminist. Your Body. Your Baby. Your Choices*. Great Britain: Harper Collins Publishers Ltd.
- Huberman Samuel, M., Meiri, G., Dinstein, I., Flusser, H., Michaelovski, A., Bashiri, A., Menashe, I. (2019). Exposure to general anesthesia may contribute to the association between cesarean delivery and autism spectrum disorder. *PubMed*, 49(8): 3127–3135.

- Juotkutė, M., Papiėvytė, A., Machtejevienė, E. (2021). First-time delivering women's fears of childbirth and it's relation to delivery outcomes at a university hospital in Lithuania. *Visuomenės Sveikata/ Public Health. Sveikatos Mokslai/ Health Sciences in Eastern Europe*, 31(3): 26–32.
- Kallianidis, F.A., Schutte, M.J., van Roosmalen, J., van den Akker, T. (2018). Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 229: 148–152.
- Keag, E.O., Norman, E.J., Stock, J.S. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 15(1): 1–22.
- Kenny, M.: (2001). Why honeymoon-flesh vaginas are in vogue. *Nursing Times*, 97(25): 23.
- Kitzinger, S. (2006). *Birth Crisis*. USA & Canada: Routledge.
- Koplin, J., Allen, K., Gurrin, L., Osborne, N., Tang, L.M., Dharmage, S. (2008). Is caesarean delivery associated with sensitization to food allergens and IgE-mediated food allergy? A systematic review. *Pediatric Allergy and Immunology*, 19: 682–687.
- Kuhle, S., Tong, S.O., Woolcott, G.C. (2015). Association between caesarean section and childhood obesity: a systematic review and meta-analyses. *Obesity Reviews*, 16: 295–303.
- Latthe, P., Mignini, L., Gray, R., Hills, R., Khan, K. (2006). Factors predisposing women to chronic pelvic pain: a systematic review. *BMJ*, 332: 749–755.
- Lillycrop, A.K., Burdge, C.G. (2011). Epigenetic changes in early life and future risk of obesity. *International Journal of Obesity*, 35: 72–83.
- Lyell, J.D., Caughey, B.A., Hu, E., Daniels, K. (2005). Peritoneal closure at primary cesarean delivery and adhesions. *Obstetrics & Gynecology*, 106(2): 275–280.
- Lokugamage, A. (2012). In pursuit of the benefits of physiological birth. Στο Hayes-Klein, H. (επιμ.), *Conference Papers/ Human Rights in Childbirth*. International Conference of Jurists, Midwives & Obstetricians. Hague: Bynkershoek Publishing, σσ. 108–114.
- Lurie, S. (2005). The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 271: 281–285.
- Mander, R. (2007). *Caesarean. Just Another Way of Birth?* London & New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Marcotte, L.E., Thomopoulos, P.T., Infante-Rivard, C., Clavel, J., Petridou, T.E., Schüz, J., Ezzat, S., Dockerty, D.J., Metayer, C., Magnani, C., Scheurer, E.M., Mueller, A.B., Mora, M.A., Wesseling, C., Skalkidou, A., Rashed, M.W., Francis, S.S., Ajrouche, R., Erdmann, F., Orsi, L., Spector, G.L. (2016). Caesarean delivery and risk of childhood leukaemia: a pooled analysis from the Childhood Leukemia International Consortium (CLIC). *The Lancet* <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhae/PIIS2352-3026%2816%2900002-8.pdf>
- Margulis, J. (2013). *The Business of Baby: What Doctors Don't Tell You, What Corporations Try to Sell You, and How to Put Your Baby Before Their Bottom Line*, New York: Scribner.
- McConville, F., Shah, N. (2019). Foreword. Στο Downe, S. & Byrom, S. (επιμ.), *Squaring the Circle: Normal Birth Research, Theory and Practice in a Technological Age*. London: Pinter & Martin Ltd, σσ: 9–10.
- Mylonas, I., Friese, K. (2015). Indications for and risks of elective cesarean section. *Medicine*, 112: 489–499.
- NICE (2021). *Caesarean Birth*. NICE guideline 192.
- Odent, M. (2002). *The Farmer And the Obstetrician*. London: Free Association Books.
- Pannaraj, S.P., Li, F., Cerini, C., Bender, M.J., Yangm S., Rollie, A., Adisetiyo, H., Zabih, S., Lincez, J.P., Bittinger, K., Bailey, A., Bushman, D.F., Sleasman, W.J., Aldrovandi, M.G. (2017).

- Association between breast milk bacterial communities and establishment and development of the infant gut microbiome. *JAMA Pediatrics*, 171(7): 647–654.
- Polidano, C., Zhu, A., Bornstein, C.J. (2017). The relation between cesarean birth and child cognitive development. *Scientific Reports*, 7(11483): 1–10.
- Pottier–Sperry F. (1996). “L’hysterotomotokie ou enfentement caesarien” de François Rousset (Paris, 1581). Le livre d’un imposteur ou celui d’un précurseur? *History of Science and Medicine*, 30(2): 259–268.
- Roduit, C., Scholtens, S., de Jongste, J.C., Wijgal, A.H., Gerritsen, J., Postma, D.S., Brunekreef, B., Hoekstra, M.O., Aalberse, R., Smit, H.A. (2009). Asthma at 8 years of age in children born by caesarean section. *Thorax*, 64: 107–113.
- Sakala, C. (1993). Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. *Social Science & Medicine*, 37(10): 1177–1198.
- Sandall, J., Tribe, M.R., Avery, L., Mola, G., Visser, H.A.G., Homer, S.E.C., Gibbons, D., Kelly, M.N., Powell Kennedy, H., Kidanto, H., Taylor, P., Temmerman, M. (2018). Optimising caesarean section use 2. Short–term and long–term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, 392: 1349–1357.
- Schlinzing, T., Johansson, S., Gunnar, A., Ekström, T.J., Norman, M. (2009). Epigenetic modulation at birth – altered DNA – methylation in white blood cells after caesarean section. *Acta Paediatrica*, 98: 1096–1099.
- Smith, J., Plaat, F., Fisk, M.N. (2008). The ‘natural’ caesarean: a woman–centred technique. *BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115: 1037–1042.
- Sobhy, S., Arroyo–Manzano, D., Murugesu, N., Karthikeyan, G., Kumar, V., Kaur, I., Fernandez, E., Gundabattula, R.S., Betran, P.A., Khan, K., Zamora, J., Thangaratinam, S. (2019). Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low–income and middle–income countries: a systematic review and meta–analysis. *The Lancet*, 393: 1973–1983.
- Soltanifar, S. & Russell, R. (2012). The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidelines for caesarean section, 2011 update: implications for the anaesthetist. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 21: 264–272.
- Stanislawski, A.M., Dabellea, D., Wagner, D.B., Iszatt, N., Dahl, C., Sontag, K.M., Knight, R., Lozupone, A.C., Eggesbø (2018). Gut microbiota in the first 2 years of life and the association with body mass index at age 12 in a Norwegian birth cohort. *National Library of Medicine*, 9(5).
- Stewart, J.C., Ajami, J.N., O’Brien, L.J., Hutchinson, S.D., Smith, P.D., Wong, C.M., Ross, C.M., Lloyd, E.R., Doddapaneni, H.V., Metcalf, A.G., Muzny, D., Gibbs, A.R., Vatanen, T., Huttenhower, C., Xavier, J.R., Rewers, M., Hagopian, W., Toppari, J., Ziegler, A.–G., She, J.–X., Akolkar, B., Lernmark, A., Hyoty, H., Vehik, K., Krischer, P.J., Petrosino, F.J. (2018). Temporal development of the gut microbiome in early childhood from the TEDDY study, *Nature*, 562: 583–588.
- Tamburini, S., Shen, N., Chih Wu, H., Clemente, C.J. (2016). The microbiome in early life: implications for health outcomes. *Nature Medicine*, 22: 713–722.
- Thavagnanam, S., Fleming, J., Bromley, A., Shields, D.M., Cardwell, R.C. (2008). A meta–analysis of the association between caesarean section and childhood asthma. *Clinical & Experimental Allergy. Trusted Evidence in Allergy*, 38(4): 629– 633.
- Todman, D. (2007). A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(5): 357–361.

- Troiano, H.N., Witcher, M.P. (2018). Maternal mortality and morbidity in The United States: classification, causes, preventability, and critical care obstetric implications. *Perinatal & Neonatal Nursing*, 32: 222–231.
- Turkel, D.K. (1995). *Women, Power and Childbirth: A Case Study of a Free-standing Birth Center*. USA: Greenwood Publishing Group.
- The Lancet, 2018. Editorial: Stemming the global caesarean section epidemic. *The Lancet*, 392: 1279.
- VanGompel, W.E., Perez, S., Datta, A., Wang, C., Cape, V., Main, E. (2019). Cesarean overuse and the culture of care. *Health Services Research*, 54: 417–424.
- Vatanen, T., Franzosa, A.E., Schwager, R., Tripathi, S., Arthur, D.T., Vehik, K., Lernmark, Å., Hagopian, A.W., Rewers, J.M., She, J.-X., Toppari, J., Ziegler, A.-G., Akolkar, B., Krischer, P.J., Stewart, J.C., Ajami, J.N., Petrosino, F.J., Geversm D., Lähdesmäki, Vlamakis, H., Huttenhower, C., Xavier, J.R. (2018). The human gut microbiome in early – onset type 1 diabetes from the TEDDY study. *Nature*, 562.
- Vedam, S., Stoll, K., Khemet Taiwo, T., Rubashkin, N., Cheyney, M., Staruss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., Declercq, E., GVtM–US Steering Council (2019). The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in The United States. *Reproductive Health*, 16(77): 1–18.
- Visser, H.A.G., Ayres–de–Camposm D., Barnea, R.E., de Bernis, L., Di Renzo, G.C., Escobar Vidarte, M.F., Lloyd, I., Nassar, H.A., Nicholson, W., Shah, K.P., Stones, W., Sun, L., Theron, B.G., Walani, S. (2018). FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic, 392(10155): 1286–1287.
- Yasmin, F., Min Tun, H., Brian Konya, T., Guttman, S.D., Chari, S.R., Field, J.C., Becker, B.A., Mandhane, J.P., Turvey, E.S., Subbarao, P.m Sears, R.M., CHILD Sudy Investigators, Scott, A.J., Dinu, I., Kozyrsjyj, L.A. (2017). Cesarean section, formula feeding, and infant antibiotic exposure: separate and combined impacts on gut microbial changes in later infancy. *Frontiers in Pediatrics*, 5(200): 1–13.
- Ye, J., Zhang, J., Mikolajczyk, R., Torloni, R.M., Gülmezoglu, M.A., Betran, P.A. (2016). Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population–based ecological study with longitudinal data. *BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(5): 745–753.
- Walker, K.F., Cohen, A.L., Walker, S.H., Allen, K.M., Baines, D.L., Thornton, J.G. (2014). The dangers of the day of birth. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 121(6): 714–718.
- Watts, G. (2018). Profile. Ana Pilar Betrán: seeking the optimum use of caesarean section. *The Lancet*, 392(10155): 1301.
- WHO (2015). *Statement on Caesarean Section Rates*. Geneva: Department of Reproductive Health & Research, Geneva, Switzerland.
- WHO (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide, Safe Motherhood*. Geneva: Department of Reproductive Health & Research.
- Wiklund, I., Mauakowa Malata, A., Fen Cheung, N., Cadee, F. (2018). Appropriate use of caesarean section globally requires a different approach. *The Lancet*, 392: 1288–1289.
- Zhang, T., Sidorchuk, A., Sevilla-Cermeño, L., Vilaplana-Pérez, A., Chang, Z., Larsson, H., Mataix-Cols, D., de la Cruz, L.F. (2019). Association of cesarean delivery with risk of neurodevelopmental and psychiatric disorders in the offspring. A systematic review and meta-analysis. *Jama Network Open*, 2(8): 1–19.
- Zhong, H., Penders, J., Shi, Z., Ren, H., Cai, K., Fang, C., Ding, Q., Thijs, C., Blaak, E.E., Stehouwer, D.A.C., Xu, X., Yang, H., Wang, Jian, Wang, Jun, Jonkers, M.A.E.D., Masclee, A.M.A., Brix,

- S.m Li, J., Arts, C.W.I., Kristainsen, K. (2019). Impact of early events and lifestyle on the gut microbiota and metabolic phenotypes in young school-age children. *BMC*, 7(2): 1–14.
- Zink, C. (edit.) (1988). *Dictionary of Obstetrics and Gynecology*. Berlin & New York: Walter de Gruyter & Co.

Ντοκιμαντέρ

- Microbirth, 2014: Toni Harman και Alex Wakeford, One World Birth, Alto Films Ltd.
- Freedom for Birth. The Mothers Revolution, 2012: Toni Harman και Alex Wakeford, One World Birth, Alto Films Ltd.

Διαδικτυακές πηγές

- «Περιτομή». *Βικιπαίδεια. Η Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια*:
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B5%CF%81%CE%B9%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AE>
- “WHO Statement on Caesarean Section Rates”. *World Health Organization 2015*:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1
- “Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access”. *World Health Organization 2021*: <<https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>>.

Σύντομα Βιογραφικά

Η **Κατερίνα Α. Αναστασίου** είναι Διδασκίσσα Κοινωνιολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Αιγαίου (Υπότροφος ΙΚΥ), εκπονώντας διδακτορική διατριβή με τίτλο «Η βιωμένη εμπειρία του τοκετού στο νοσοκομείο και στο σπίτι. Μελέτη περίπτωσης στη Χαλκίδα», τα επιστημονικά πεδία της οποίας περιλαμβάνουν την κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, την κοινωνιολογία του σώματος, οπτικές της κοινωνικής ανθρωπολογίας για τον τοκετό, τις φεμινιστικές θεωρίες για τη γυναικεία αναπαραγωγή, την ιστορία της μαιευτικής τέχνης σε αντιπαράθεση με την ανάδυση της μαιευτικής-γυναικολογίας και εννοιολογικά εργαλεία του έργου του Michel Foucault. Με στόχο το διάλογο μεταξύ επιστήμης και κοινωνίας έχει διοργανώσει σεμινάρια-εκδηλώσεις για τον τοκετό στον τόπο διαμονής της, τη Χαλκίδα και έχει δώσει συνεντεύξεις στον Τύπο για την κατάσταση του τοκετού στο σύγχρονο δυτικό κόσμο. Έχει ολοκληρώσει με άριστα το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Πολιτική Επιστήμη και Κοινωνιολογία» (κατεύθυνση: Πολιτική Επιστήμη) του Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης της Σχολής Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στο πλαίσιο του οποίου εκπόνησε εργασία ειδίκευσης με τίτλο «*Το Κίνημα για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στον Τοκετό*», η οποία κρίθηκε ως άριστη. Σε προπτυχιακό επίπεδο αποφοίτησε από το Τμήμα «Σπουδές στον Ευρωπαϊκό Πολιτισμό» της Σχολής Ανθρωπιστών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Χάρη στο βασικό τίτλο σπουδών της οργανώνει και διδάσκει σε τοπικούς συλλόγους και πολιτιστικούς χώρους, για μια σειρά ετών, ιστορία της δυτικοευρωπαϊκής τέχνης, μέσω μιας δημοκρατικής και διεπιστημονικής προσέγγισης, που συνδέεται με τις σπουδές και τα επιστημονικά της ενδιαφέροντα. Ως απόφοιτη του Δημοσίου ΙΕΚ Χαλανδρίου, έχει συνεργαστεί ως δημοσιογράφος/ ρεπόρτερ με ραδιόφωνα, εφημερίδες και περιοδικά τοπικής και πανελλαδικής εμβέλειας. Για πάνω από μια δεκαετία αποτύπωνε τις κοινωνικο-πολιτικές και πολιτιστικές της «ανησυχίες» στην εβδομαδιαία κυκλοφορία εφημερίδα «Η Εποχή».

※※※※※※※

Ο **Μάνος Σαββάκης** γεννήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης. Αποφοίτησε από το Τμήμα Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης (1997), ολοκλήρωσε τις μεταπτυχιακές του σπουδές στην Κοινωνιολογία και την Κοινωνική Φιλοσοφία στο Τμήμα Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου του Μάντσεστερ (1999), και έλαβε το

διδασκαρικό του δίπλωμα με βαθμό Άριστα από Τμήμα Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης (2006). Αρχικά, εργάστηκε ως κοινωνιολόγος στην Αποκεντρωμένη Διοίκηση Κρήτης με ειδίκευση σε θέματα αστικής κατάστασης, μετανάστευσης, πολιτογράφησης, κοινωνικής ένταξης και ασύλου (2003-2013). Παράλληλα, δίδαξε ως επιστημονικός συνεργάτης στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Ηρακλείου (2007-2008) και ως διδάσκων Π.Δ. 407/80 στο Τμήμα Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Αιγαίου (2007-2013). Από το Φεβρουάριο του 2013 διδάσκει ως λέκτορας στο Τμήμα Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Αιγαίου, από τον Ιούλιο του 2015 ως επίκουρος καθηγητής, από το Σεπτέμβριο 2020 ως Αναπληρωτής καθηγητής και από τον Ιούλιο 2024 ως Καθηγητής σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Είναι μέλος ΣΕΠ του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας στο αντικείμενο Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Οργάνωση Νοσοκομείων και Υπηρεσιών Υγείας, από το 2017-2023. Είναι κύριος ερευνητής, στο ερευνητικό πρόγραμμα *Αντιμέτωποι με την Προοπτική Μακροχρόνιας Παραμονής των Προσφύγων και των Μεταναστών στην Ελλάδα: Ανάδειξη των Δημογραφικών, Κοινωνικών και Οικονομικών Συνεπειών και η Σημασία τους για την Αποδοχή της από την Ελληνική Κοινωνία*, που διοργανώνει το Τμήμα Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Αιγαίου, (Φορέας χρηματοδότησης ΕΛΙΔΕΚ, αριθ. Πρότασης HFRI-FM17-2897). Τα γνωστικά του ενδιαφέροντα σχετίζονται κυρίως με τη σύγχρονη κοινωνιολογική θεωρία, τη μικροκοινωνιολογία, τον ερευνητικό σχεδιασμό, την επιστημολογία της εφαρμοσμένης κοινωνικής έρευνας και τις ποιοτικές μεθόδους και τις τεχνικές των κοινωνικών επιστημών. Επίσης ασχολείται ερευνητικά και συγγραφικά με ζητήματα κοινωνικού αποκλεισμού/ένταξης, μετανάστευσης, υγείας, ασθένειας, αναπηρίας και σώματος. Έχει επιμεληθεί το συλλογικό τόμο *Η Πανδημική Συνθήκη: Δι-Επιστημονικές Προσεγγίσεις και Ερμηνευτικές Συνθέσεις* και συν-επιμεληθεί το συλλογικό τόμο *Αναπηρία και Κοινωνία: Σύγχρονες Θεωρητικές Προκλήσεις και Ερευνητικές Προοπτικές* και το βιβλίο *Η Κοινωνιολογία της Υγείας, της Θεραπείας και της Ασθένειας*. Είναι ο συγγραφέας των βιβλίων *Ηθική Και Δεοντολογία Στη Σύγχρονη Ποιοτική Κοινωνιολογική Έρευνα: Ζητήματα, Αντιφάσεις και Διλλήματα στον 21ο Αιώνα*, *Μικροκοινωνιολογία και Ποιοτική Έρευνα: Θεωρητικά Παραδείγματα και Εμπειρικές Εφαρμογές* και *Οι Λεπτοί της Σπιναλόγκας. Ιατρική, Εγκλεισμός, Βιωμένες Εμπειρίες (1903-1957)*. Διάφορα άρθρα, ερευνητικές εργασίες, μελέτες και βιβλιοκριτικές του έχουν δημοσιευθεί σε διεθνείς και ελληνικούς συλλογικούς τόμους, σε τόμους από πρακτικά συνεδρίων με κριτές και σε ελληνικά και ξενόγλωσσα επιστημονικά περιοδικά.



Short CVs

Katerina A. Anastasiou is a Doctor of Sociology at the School of Social Sciences of the University of the Aegean (IKY Scholar), preparing a doctoral thesis entitled “The lived experience of childbirth in the hospital and at home. A case study in Chalkida”, whose scientific fields include the sociology of health and illness, the sociology of the body, social anthropological perspectives on childbirth, feminist theories of female reproduction, the history of midwifery art in contrast to emergence of obstetrics-gynecology and conceptual tools of Michel Foucault's work. With the aim of dialogue between science and society, she has organized seminars-events about childbirth in her place of residence, Chalkida, and has given interviews to the press about the state of childbirth in the modern western world. She has completed with honors the Master's Program “Political Science and Sociology” (major: Political Science) of the Department of Political Science and Public Administration of the School of Law, Economics and Political Sciences of the National & Kapodistrian University of Athens, in the context of which he prepared a thesis with entitled “The Movement for Human Rights in Childbirth”, which was judged to be excellent. At the undergraduate level, she graduated from the “Studies in European Culture” Department of the Faculty of Humanities of the Hellenic Open University. Thanks to her basic degree, she organizes and teaches in local clubs and cultural spaces, for a number of years, the history of Western European art, through a democratic and interdisciplinary approach, connected to her studies and scientific interests. As a graduate of the Public IEK Chalandriou, she has worked as a

journalist/reporter with local and national radio stations, newspapers and magazines. For more than a decade, she expressed her socio-political and cultural "concerns" in the weekly newspaper "I Epochi".

※※※※※※※※

Manos Savvakis is Professor at the Department of Sociology of the University of the Aegean, where he has been serving since 2007, teaching both on undergraduate and postgraduate level. Since October 2017 he also serves as an external Professor at the Hellenic Open University (MA Health Units Administration), in the section Sociological and Psychological Organization of Hospitals and Health Services. His interests are mainly related to modern sociological theory, micro-sociology, research design, epistemology of applied social research and qualitative methods and techniques of social sciences. He is as well researching and writing on issues of health, healing, illness, disability and body, social exclusion/integration and immigration. He was a lead researcher (2020-2022) in the research program *Facing the Prospect of Long-Term Stay of Refugees and Immigrants in Greece: Highlighting the Demographic, Social and Economic Consequences and Their Importance for Acceptance by Greek Society*, organized by the Department of Sociology of the University, (ELIDEK funding body, Proposal no. HFRI-FM17-2897). He has edited the collective volume *The Pandemic Condition: Inter-Scientific Approaches and Interpretative Syntheses* and as well co-edited the collective volume *Disability and Society: Contemporary Theoretical Challenges and Research Perspectives* and the book *Sociology of Health, Healing and Illness*. He is as well the author of the books *Ethics and Politics in Contemporary Qualitative Sociological Research: Issues, Contradictions and Dilemmas in the 21st Century*, *Micro-Sociology and Qualitative Research: Theoretical Examples and Empirical Applications* and *The Spinalonga Lepers. Medicine, Inclusion, Experiences (1903-1957)*. Various articles, research papers, studies, contributions and book reviews have been published in international and Greek collective volumes, in volumes of conference proceedings with judges and in Greek and foreign language scientific journals.