

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Διαβούλευση επί του σχεδίου νόμου: «Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας»
ΜΕΡΟΣ Θ' ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ Άρθρο 36 Προαγωγή του φυσικού τοκετού

Το ποσοστό καισαρικών τομών (**ΚΤ**) στην Ελλάδα το **2020** ήταν **57,6%**, σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ. Το ποσοστό αυτό είναι το δεύτερο μεγαλύτερο στην Ευρώπη, μετά της Κύπρου 59.9% (2021) ενώ συγκαταλέγεται στα πέντε υψηλότερα ποσοστά ΚΤ παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σημειώνει ότι ποσοστά ΚΤ υψηλότερα από 10%

δεν

συσχετίζονται με μειώσεις στα ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας ενώ, οποιαδήποτε απόφαση για ΚΤ θα πρέπει να αιτιολογείται με σαφήνεια από τους ιατρούς (medically

justified

) (

WHO

2016). Παγκοσμίως, το ποσοστό ΚΤ αγγίζει το 23.4% (2021), ποσοστό υποδιπλάσιο του ελληνικού. Μάλιστα η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιευτήρων – Γυναικολόγων (

International

Federation

of

Gynecology

and

Obstetrics

) σε ανακοίνωσή τους (2018) ζητούν από τις κυβερνήσεις, τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και τις ομάδες γυναικών να συνεργαστούν για να μειωθεί ο αριθμός των μη απαραίτητων ΚΤ.

Γιατί είναι επιτακτική η ανάγκη μείωσης του ποσοστού ΚΤ στην Ελλάδα?

Είναι σημαντικός ο αριθμός τυχαιοποιημένων μελετών, συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα- αναλύσεων που καταδεικνύει τη συσχέτιση του **υψηλού ποσοστού ΚΤ με μητρική νοσηρότητα**

(αυξημένος κίνδυνος για τραυματισμό ουροδόχου κύστης, επιπλοκών λόγω της αναισθησίας, υστερεκτομής, θρομβοεμβολικών επεισοδίων, μητρικής καταπληξίας κ.α.

ACSQHC

; 2017),

νεογνικής νοσηρότητας

(αυξημένος κίνδυνος για ανάγκη εισαγωγής σε ΜΕΝΝ, για αναπνευστικά προβλήματα και μειωμένη πιθανότητα έναρξης και συνέχισης του θηλασμού

Alkiaat

A

et

al

., 2013;

Prior

E

et

al

.) αλλά και

αυξημένου οικονομικού κόστος

για το ίδιο το κράτος

(

Petrou

S

&

Khan

K

. 2013).

Μπορεί να επιτευχθεί μείωση των ποσοστών ΚΤ στη χώρα μας?

Υπάρχουν παραδείγματα άλλων χωρών – ευρωπαϊκών όπως η Ισπανία και άλλων όπως η Αυστραλία που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε. **Απαιτείται οργανωτική παρέμβαση στον τρόπο που παρέχεται η μαιευτική περίθαλψη- φροντίδα**

στη χώρα μας. Απαιτείται αλλαγή στη δομή και την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, αλλαγή στο

ποιος παρέχει τη μαιευτική υγειονομική περίθαλψη

, πώς οργανώνεται η φροντίδα και πού παρέχεται η μαιευτική φροντίδα (

ΕΡΟC

, 2015).

Διεθνώς προτείνεται η εφαρμογή του Μαιευτικού μοντέλου συνεχιζόμενης φροντίδας (midwifery

-

led

model

of

care

), το οποίο έχει αποδεδειγμένα συμβάλει στη μείωση των παρεμβάσεων στη διάρκεια της κύησης και του τοκετού (μείωση περинеοτομών, μείωση προκλήσεων τοκετού, μείωση επεμβατικών τοκετών με εμβρυουλκούς, μείωση χρήσης φαρμακευτικών μεθόδων αναλγησίας και επισκληριδίου αναισθησίας ενώ παράλληλα συμβάλει στην αύξηση των αυθόρμητων φυσιολογικών τοκετών. Εξίσου σημαντικά είναι τα νεογνικά αποτελέσματα με σημαντική μείωση των πρόωρων τοκετών, των ενδομητρίων θανάτων και των νεογνικών θανάτων (Sandall

J et al. 2016).

Το Μαιευτικό μοντέλο συνεχιζόμενης φροντίδας προϋποθέτει την παροχή μαιευτικής φροντίδας από την ίδια μαία/ ίδιο μαιευτή ή ομάδα μαιών/ μαιευτών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γέννησης και της λοχείας (ως την 6η εβδομάδα) με δυνατότητα παραπομπής σε άλλους επαγγελματίες υγείας, όποτε κρίνεται απαραίτητο (Sandall et al., 2016).

Η εφαρμογή του Μαιευτικού μοντέλου συνεχιζόμενης φροντίδας (midwifery -led model of care

) συμβάλει επίσης στη μείωση του συνολικού αριθμού των ΚΤ και στη μείωση του αριθμού των προγραμματισμένων ΚΤ (

Chapman

et

al

. 2019).

Τέλος, η κλινική εφαρμογή του Μαιευτικού μοντέλου συνεχιζόμενης φροντίδας (midwifery -led model of care

) σε γυναίκες που διανύουν μία κύηση χωρίς παράγοντες κινδύνου, έχει υπολογιστεί ότι στοιχίζει στο κράτος 2.262 δολάρια λιγότερο από εκείνη που παρέχεται στην ίδια ομάδα πληθυσμού από ιατρούς γυναικολόγους, λόγω των λιγότερων παρεμβάσεων και επιπλοκών που επιτυγχάνονται (Attanasio et al 2019).

Το νομοσχέδιο έχει τη δυναμική να κινηθεί προς τη σωστή κατεύθυνση αν ωστόσο θέσει συγκεκριμένα κριτήρια και δικλίδες ασφαλείας για την άσκηση της μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα. Θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο **ότι ο κύριος, υπεύθυνος και υπόλογος επαγγελματίας/ επιστήμονας υγείας για την συνεχιζόμενη παροχή φροντίδας της εγκύου, επιτόκου και λεχωίδας στην Ελλάδα είναι η μαία και ο μαιευτής.**

Σε περίπτωση διαπίστωσης παθολογίας, τότε θα πρέπει να γίνεται παραπομπή στην κατάλληλη ιατρική ειδικότητα και η μαία/ ο μαιευτής θα παραμένει στην ομάδα παροχής φροντίδας, ώστε να διασφαλίζεται η συνεχιζόμενη φροντίδα.

Στο Άρθρο 36 του παρόντος, αναφορικά με την Προαγωγή του φυσικού τοκετού και ειδικότερα στην παράγραφο 2 αναφέρεται *‘Τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, τα νοσοκομεία που εποπτεύονται από τα Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων και Εθνικής Άμυνας, καθώς και οι ιδιωτικές κλινικές, δύνανται να παρέχουν υπηρεσίες φυσικού τοκετού. Για τον σκοπό αυτόν οι φορείς του πρώτου εδαφίου δύνανται να αναπτύσσουν, οργανώνουν και λειτουργούν κέντρα φυσικού τοκετού, τα οποία υπάγονται οργανικά και λειτουργικά στο Μαιευτικό-Γυναικολογικό Τμήμα τους.’*

Προφανώς **δύνανται**, δεν χρειάζεται το νομοσχέδιο για να το επιβεβαιώσει αυτό. Το ζήτημα είναι εάν το πράττουν. Και η απάντηση είναι ότι ο φυσιολογικός τοκετός στην Ελλάδα δεν προστατεύεται και δεν προωθείται, όπως καταδεικνύεται από τα ποσοστά των ΚΤ και των παρεμβάσεων στους κολπικούς τοκετούς. Όπως προαναφέρθηκε, για να

προαχθεί **η έννοια της φυσιολογικότητας και της μη παρέμβασης**, θα πρέπει να δοθεί η ουσιαστική δυνατότητα στους εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, δηλαδή **στις μαίες και τους μαιευτές** να αναλάβουν **ως υπεύθυνοι και υπόλογοι επαγγελματίες** τη φροντίδα και την παρακολούθηση των εγκύων και των επιτόκων.

Η δημιουργία Κέντρων Φυσιολογικού Τοκετού είναι προς τη σωστή κατεύθυνση. Ωστόσο, στο παρόν νομοσχέδιο δεν περιγράφονται με σαφήνεια τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διαθέτει, και ουσιαστικά μέσα από τη φράση *‘υπάγονται οργανικά και λειτουργικά στο Μαιευτικό-Γυναικολογικό Τμήμα τους’* κινδυνεύει ένα καίριο βήμα για την ενίσχυση της φυσιολογικότητας στη μαιευτική φροντίδα στη χώρα μας, κινδυνεύει να δυναμιτιστεί πριν καν δοκιμαστεί.

Θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο ότι στα Κέντρα Φυσιολογικού Τοκετού, η μαιευτική φροντίδα και τα πρωτόκολλα που θα ακολουθούνται θα βασίζονται στα **διεθνή, επιτυχώς εφαρμοσμένα μοντέλα Μαιευτικής συνεχιζόμενης φροντίδας (midwifery**

-

**led
model
of
care**

)

και θα πρέπει αυτό να ξεκαθαρίζεται ακόμη και στον τίτλο τους. Δηλαδή θα αποτύπωνε καλύτερα την ουσία του εγχειρήματος ο τίτλος ‘

Κέντρο Τοκετού- Μαιευτικού Μοντέλου Φροντίδας

’ σε αντιστοιχία με τον διεθνή όρο ‘

Birth

Centre

-

Midwifery

Led

Unit

(

MLU

)’

. Θα πρέπει στο νομοσχέδιο να καταγράφεται ότι το συγκεκριμένο κέντρο θα διευθύνεται από Μαία/ Μαιευτή και θα στελεχώνεται από μαίες/ μαιευτές και βοηθητικό προσωπικό, όπως ορίζουν τα διεθνή standards

(
Rocca

-

Ihenacho

et al., 2017). Υποθέτουμε διαβάζοντας το νομοσχέδιο ότι προκρίνεται η δημιουργία

Κέντρων Τοκετού- Μαιευτικού Μοντέλου Φροντίδας εντός νοσοκομείων (Alongside MLU

),

τα οποία ωστόσο, όπως και διεθνώς προβλέπεται , θα πρέπει να είναι

σε διαφορετικό χώρο από την Αίθουσα Τοκετών

, όπου εφαρμόζεται τουλάχιστον στην Ελλάδα το ιατροκοποιημένο μοντέλο φροντίδας (Obstetric led Unit – OLU).

Όπως προβλέπεται από τα διεθνή πρωτόκολλα, τα Κέντρα Τοκετού- Μαιευτικού Μοντέλου Φροντίδας τόσο στην Ευρώπη, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στις Σκανδιναβικές χώρες, στην Ολλανδία, κ.α όσο και διεθνώς στις ΗΠΑ, Νέα Ζηλανδία, Καναδά και Αυστραλία, δημιουργούν τα δικά τους πρωτόκολλα βασισμένα στα εθνικά κλινικά πρωτόκολλα για την περιγεννητική φροντίδα για τις υγιείς γυναίκες και μωρά. Τα στατιστικά δεδομένα από το Ηνωμένο Βασίλειο και το NICE (2017) αποδεικνύουν ότι τόσο στις πρωτότοκες όσο και στις πολύτοκες γυναίκες (χαμηλού κινδύνου), ο προγραμματισμένος τοκετός σε Κέντρο Τοκετού εντός νοσοκομείου είναι μία ασφαλής επιλογή, καθώς το ποσοστό των παρεμβάσεων είναι χαμηλότερο, τα νεογνικά αποτελέσματα δε διαφέρουν σε σύγκριση με τους προγραμματισμένους τοκετούς στην Αίθουσα Τοκετών και τα ποσοστά των ΚΤ είναι σημαντικά χαμηλότερα. Το Δίκτυο Κέντρων Τοκετού (Midwifery Unit Network, 2020) δημοσίευσε την 4η έκδοση των επίσημων προδιαγραφών για την ίδρυση, διοίκηση και σωστή λειτουργία των Κέντρων Τοκετού εντός της Ευρώπης, τα οποία είναι ήδη μεταφρασμένα και επικυρωμένα καθώς χρησιμοποιήθηκαν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες για την ίδρυση κέντρων τοκετού. Αυτές οι χώρες είναι οι γειτονικές μας Ιταλία και Βουλγαρία, αλλά και η Τσεχία και η Ισπανία, χώρες που έχουν αρκετά ιατροκοποιημένο μοντέλο μητρικής φροντίδας, όπως η Ελλάδα και συνεπώς μπορούν να βρουν εφαρμογή και στη χώρα μας.

Το 2020, οι **συνολικές γεννήσεις στην Ελλάδα ήταν 84.767** συνεχίζοντας την πτωτική τάση της τελευταίας δεκαετίας (ενώ οι θάνατοι ήταν 131.084). Η Ελλάδα διαθέτει έναν από

τους

χαμηλότερους

δείκτες γεννητικότητας

στην Ευρώπη (0.8/1,000 κάτοικοι). Ένας από τους λόγους που οδηγεί στην υπογεννητικότητα είναι και

η κακή εμπειρία γέννας

που υφίστανται οι γυναίκες στη διάρκεια του πρώτου τους τοκετού. 21% των γυναικών που συμμετείχαν σε μελέτη το 2019, βίωσε συμπτώματα μεταγεννητικού μετατραυματικού στρες (

Post

Traumatic

Stress

Disorder

) (Καμπάντα, Δελημπαλταδάκη, Αντωνάκου 2019). Η εφαρμογή του Μαιευτικού μοντέλου συνεχιζόμενης φροντίδας (

midwifery

-

led

model

of

care

) οδηγεί σε

μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης

από την εμπειρία της γέννας ενώ και οι ίδιες οι γυναίκες περιέγραφαν την φροντίδα τους περισσότερο ολιστική και ολοκληρωμένη (

Bohren

et

al

. 2017; Bernitz et al., 2016; Hodnett et al., 2012).

Το νομοσχέδιο οφείλει να διασφαλίσει ότι όντως **θα προσφέρεται η επιλογή** της παρακολούθησης,

φροντίδας από μαία/ μαιευτή

στη διάρκεια της κύησης για όλες τις γυναίκες χωρίς παθολογία που το επιθυμούν καθώς και θα τους διασφαλίζει τη

δυνατότητα να γεννήσουν σε έναν χώρο οικείο, προστατευμένες από αναίτιες παρεμβάσεις και επεμβάσεις

με τη μαία/ μαιευτή

(ή με μέλη από την ομάδα μαιών/ μαιευτών) που ήδη γνωρίζουν. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει να είναι ξεκάθαρος και σαφής ο ρόλος και τα καθήκοντα των μαιών / μαιευτών στη δημιουργία, λειτουργία και διεύθυνση των Κέντρων Τοκετού.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2019) σε συνεργασία με άλλους φορείς (όπως ICM, FIGO, IPA, UNFPA and UNICEF) τονίζουν πως για τη βελτίωση των περιγεννητικών αποτελεσμάτων των μητέρων και των νεογνών τους χρειάζεται ένα κατάλληλο περιβάλλον το οποίο εκτιμά και σέβεται τις/ους μαιές/ευτές και εκτιμά και σέβεται τις γυναίκες. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει **μαιευτική υπηρεσία** στα νοσοκομεία, για να διοικεί και να οργανώνει το έργο των μαιών/ μαιευτών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι μαιές/ μαιευτές ενός νοσοκομείου να υπάγονται

απο

στη νοσηλευτική υπηρεσία με συνέπεια την αυτόματη υποτίμηση του διαφορετικού επαγγέλματος που ασκούμε, αλλά και ενός ολόκληρου κλάδου, ο οποίος διαθέτει αυτόνομη παρουσία στον χώρο της Εκπαίδευσης στην Ελλάδα από το 1834 (με την ίδρυση του Ελληνικού Κράτους). Η πιο σημαντική ωστόσο συνέπεια είναι η υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους αποδέκτες των μαιευτικών υπηρεσιών καθώς δεν οργανώνονται και δεν προωθούνται όπως θα έπρεπε.

Θα πρέπει τέλος να δοθεί ουσιαστικά το δικαίωμα στις μαιές/ μαιευτές (δημοσίους-ιδιωτικούς υπαλλήλους αλλά και ελεύθερους επαγγελματίες) στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, όπως προβλέπεται από τα νομοθετημένα επαγγελματικά δικαιώματα των μαιών/ μαιευτών (ΠΔ 351/ 1989). Είναι παράδοξο οι μαιές/ μαιευτές εκ του νόμου να μπορούν να παρακολουθούν/ φροντίζουν εγκύους αλλά να μην τους δίνεται η δυνατότητα να συνταγογραφούν τις απαραίτητες εξετάσεις κατά την εγκυμοσύνη και τυχόν βιταμίνες ή άλλα απαραίτητα για τον τοκετό φάρμακα όπως πχ μητροσυσπαστικά.

Σχετική βιβλιογραφία

Alkiaat A et al., Evaluation of the frequency and obstetric risk factors associated with term neonatal admissions to special care units. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2013 Jun; 53(3):277-82

ˆ Attanasio et al.. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. *Birth*. 2019; 00: 1– 10. <https://doi.org/10.1111/birt.12>

ˆ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Australian Institute of Health and Welfare: 3.4 caesarean section 20–34 years. In: *The second Australian atlas of healthcare variation*. Sydney: ACSQHC; 2017.

ˆ Bernitz, S., Øian, P., Sandvik, L., & Blix, E. Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016; 16(1):143. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0932-x>

ˆ Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silvertown, L., & Stewart, M. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d7400. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>

ˆ Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, Moller AB, Say L, Hosseinpoor AR, Yi M, de Lyra Rabello Neto D, Temmerman M. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018 Oct 13;392(10155):1341-1348. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7. PMID: 30322584.

ˆ Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 6;7(7):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. PMID: 28681500; PMCID: PMC6483123.

ˆ Chapman A, Nagle C, Bick D, et al. Maternity service organisational interventions that aim to reduce caesarean section: a systematic review and meta-analyses. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):206. Published 2019 Jul 9. doi:10.1186/s12884-019-2351-2

ˆ Cochrane effective practice and organisation of care (EPOC) group: EPOC website; 2015. <http://epoc.cochrane.org/>

[p://epoc.cochrane.org/scope-our-work](https://epoc.cochrane.org/scope-our-work)

´ Concluding observations on the 7th periodic report of Greece adopted by the Committee at its 54th session (11 February – 1 March 2013) : Committee on the Elimination of Discrimination against Women

´ Hitzert, M., Hermus, M. A. A., Scheerhagen, M., Boesveld, I. C., Wiegers, T. A., van den Akker-van Marle, M. E., van Dommelen, P., van der Pal-de Bruin, K. M., & de Graaf, J. P. (2016). Experiences of women who planned birth in a birth centre compared to alternative planned places of birth. Results of the Dutch Birth Centre Study. *Midwifery*, 40, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.004>

´ Hodnett, E. D., Downe, S., & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub4>

´ Midwifery Unit Network (2020). *Midwifery Unit Standards*. Copyright City, University of London 2018 – 2019. Version 4. Retrieved online 2nd June 2022 from <https://www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards>

´ NICE Clinical Guideline CG190: Intrapartum care for healthy women and babies. (2014, updated 2017, re-approved 2021) Διαθέσιμο: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>

´ Petrou S, Khan K *Appl Health Econ Health Policy*. 2013 Dec; 11(6):561-76.

´ Prior E et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012 May; 95(5):1113-35.

´ Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M. and Byrom, S. The Midwifery Unit Network: creating a

community of practice to enhance maternity services. *The Practicing Midwife* 2017; 20(6):24-27.

ˆ Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

ˆ Visser GHA, Ayres-de-Campos D, Barnea ER, de Bernis L, Di Renzo GC, Vidarte MFE, Lloyd I, Nassar AH, Nicholson W, Shah PK, Stones W, Sun L, Theron GB, Walani S. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. *Lancet*. 2018 Oct 13;392(10155):1286-1287. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32113-5. PMID: 30322563.

ˆ WHO (2018). Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Retrieved online 27 October 2022 from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=6EB678499A8BB05066EF203641A58C18?sequence=1>
World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood, Division of Reproductive Health. Care in Normal Birth: A Practical Guide. WHO/FRH/MSM/96.24. Report of a technical working group. Geneva: WHO, 1997.

ˆ WHO Statement on Caesarean Section Rates. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM, WHO Working Group on Caesarean Section. *BJOG*. 2016 Apr; 123(5):667-70

ˆ World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood, Division of Reproductive Health. Care in Normal Birth: A Practical Guide. WHO/FRH/MSM/96.24. Report of a technical working group. Geneva: WHO, 1997.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2021). Δελτίο τύπου: Στοιχεία Φυσικής Κίνησης Πληθυσμού: 2020. Διαθέσιμο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/20f115d5-b960-da2b-715f-8c72fc6edf16>

ˆ Ελληνική Στατιστική Αρχή (2021). Δελτίο τύπου: Στοιχεία Φυσικής Κίνησης Πληθυσμού: 2020. Διαθέσιμο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/20f115d5-b960-da2b-715f-8c72fc6edf16>

΄ Καμπάντα Α, Δελημπαλταδάκη Κ, Αντωνάκου Α. Πρακτικά 4^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου
Ελληνικής Ψυχοπροφυλακτικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη Νοέμβριος, 2019