



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ
ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ
ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗ
ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ
ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	1
1. Περίληψη / Abstract.....	4
1.1 Περίληψη.....	4
1.2 Abstract.....	5
2. Εισαγωγή.....	6
2.1 Σημασία Φυσιολογικού Τοκετού.....	6
2.2. Επιπτώσεις Προωρότητας.....	7
3. Παρούσα Κατάσταση.....	9
3.1 Περιγραφή Υφιστάμενης Κατάστασης σχετικά με τον Φυσιολογικό τοκετό.....	9
3.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για Φυσιολογικό τοκετό και Καισαρική τομή.....	9
3.1.2 Πολιτικές Προώθησης Φυσιολογικού Τοκετού.....	10
3.2. Περιγραφή Υφιστάμενης κατάστασης σχετικά με την Προωρότητα.....	14
3.2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για Προωρότητα.....	14
3.2.2 Πολιτικές για αντιμετώπιση/μείωση του κινδύνου της Προωρότητας.....	15
4. Όραμα / Αποστολή.....	19
4.1 Όραμα.....	19
4.2 Αποστολή.....	19
5. Άξονες Δράσης.....	20
5.1 1ος Άξονας: Εθνικό Σύστημα Υγείας – Ανάπτυξη Πολιτικών – Βελτίωση Ποιότητας.....	21
5.2 2 ^{ος} Άξονας Δράσης: Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας.....	23
5.3 3 ^{ος} Άξονας Δράσης: Ενημέρωση του Κοινού.....	24
5.4. 4 ^{ος} Άξονας Δράσης: Επιτήρηση και Έρευνα.....	26
6. Επίλογος.....	29
7. Βιβλιογραφία.....	30
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	34

Χαιρετισμός Υπουργού Υγείας

Η μείωση των Καισαρικών τομών και της Προωρότητας είναι δύο σημαντικά θέματα που επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία των γυναικών και των νεογνών σε όλο τον κόσμο. Ενώ οι Καισαρικές τομές μπορεί να είναι σωτήριες σε ορισμένες περιπτώσεις, ενέχουν κινδύνους τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό που μπορεί να συνοδεύονται και με μακροπρόθεσμες επιπλοκές.

Με βάση τα τελευταία στοιχεία της Μονάδας Παρακολούθησης Υγείας του Υπουργείου Υγείας, το ποσοστό Καισαρικών τομών στην Κύπρο το 2020 ήταν 56%, ενώ το 2021, έφτασε στο 59%. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα ποσοστά Καισαρικής τομής αυξάνονται σταθερά παγκοσμίως τις τελευταίες δεκαετίες. Ωστόσο, αυτή η τάση δεν φαίνεται να συνοδεύεται από σημαντικά οφέλη για τις μητέρες ή τα νεογνά. Αντιθέτως, υπάρχουν ενδείξεις ότι, πέρα από ένα ορισμένο όριο, η αύξηση των ποσοστών Καισαρικής τομής μπορεί να συνδέεται με αυξημένη μητρική και περιγεννητική νοσηρότητα και επίσης να έχει σημαντικές επιπτώσεις στους διαθέσιμους πόρους, επηρεάζοντας αρνητικά το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας.

Διεθνή στοιχεία δείχνουν ότι πολλές από τις Καισαρικές τομές είναι αχρείαστες και θα μπορούσαν να προληφθούν με καλύτερη εκπαίδευση, υποστήριξη και φροντίδα ενώ η επιλογή του κατάλληλου τρόπου τοκετού, για κάθε εγκυμοσύνη και για κάθε γυναίκα, θα πρέπει πάντα να γίνεται με έμφαση στον Φυσιολογικό τοκετό. Μοναδικό κίνητρο είναι η καλή έκβαση της εγκυμοσύνης και φυσικά η ασφάλεια του ζευγαριού, «μητέρας και παιδιού». Ως εκ τούτου, η Καισαρική τομή μπορεί να είναι μια σωτήρια παρέμβαση, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μέθοδος τοκετού μόνο όταν υπάρχουν οι κατάλληλες ιατρικές ενδείξεις. Θα πρέπει να επιλέγεται για καθαρά ιατρικούς λόγους και όταν υπάρχει κίνδυνος για την υγεία της μητέρας ή του παιδιού αφού είναι γνωστό ότι οι Καισαρικές επεμβάσεις συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό.

Οι μητέρες που υποβάλλονται σε Καισαρική τομή είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές με αποτέλεσμα να παραταθεί η διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο. Είναι επίσης πιο πιθανό να έχουν προβλήματα με το μητρικό

θηλασμό και το δέσιμο με το παιδί τους. Τα νεογνά που γεννιούνται με Καισαρική τομή είναι πιο πιθανό να γεννηθούν πρόωρα, να έχουν αναπνευστικά προβλήματα και να εισαχθούν σε μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών. Και με αυτές τις λέξεις φτάνουμε στην Προωρότητα για την οποία η Καισαρική τομή αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα.

Η Προωρότητα αποτελεί επίσης σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας που επηρεάζει εκατομμύρια οικογένειες παγκοσμίως κάθε χρόνο. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, περίπου 15 εκατομμύρια νεογνά γεννιούνται πρόωρα κάθε χρόνο και ο αριθμός αυτός συνεχίζει να αυξάνεται. Ο πρόωρος τοκετός, μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από σοβαρά προβλήματα υγείας με τα πρόωρα νεογνά συχνά να χρειάζονται μακρά νοσηλεία, γεγονός που μπορεί να ασκήσει σημαντική κοινωνική, ψυχική και οικονομική πίεση στους γονείς καθώς και να επιβαρύνει επιπλέον τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Πρόκειται, επομένως, για ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που χρήζει άμεσης συλλογικής δράσης. Συμπερασματικά, η προώθηση του φυσιολογικού τοκετού και η πρόληψη του πρόωρου τοκετού και της Προωρότητας, αποτελούν σημαντικούς πυλώνες της δημόσιας υγείας που απαιτούν πολύπλευρη προσέγγιση και διαχείριση.

Δίνοντας προτεραιότητα στην εκπαίδευση και καθιστώντας υπεύθυνους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, μπορούμε να προωθήσουμε ασφαλέστερες εμπειρίες τοκετού για τις γυναίκες και τα νεογνά τους. Πιστεύω ακράδαντα ότι μέσω συλλογικής προσπάθειας και συνεργασίας, μπορούμε να προωθήσουμε την πραγματοποίηση Καισαρικών τομών μόνο όταν ενδείκνυται και να ενισχύσουμε την επιλογή του Φυσιολογικού τοκετού, συμβάλλοντας και με αυτό τον τρόπο στη μείωση των πρόωρων γεννήσεων.

Κλείνοντας, πιστεύω ότι η Εθνική Στρατηγική για την Προώθηση του Φυσιολογικού Τοκετού και την Πρόληψη της Προωρότητας, θα αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο για το συντονισμό και την καθοδήγηση των δράσεων όλων των εμπλεκόμενων ενδιαφερόμενων μερών με απώτερο στόχο να διασφαλίσουμε ότι όλες οι μητέρες στην Κύπρο απολαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα και τα παιδιά έχουν το καλύτερο δυνατό ξεκίνημα στη ζωή.

Δρ Πόπη Κανάρη
Υπουργός Υγείας

1. Περίληψη / Abstract

1.1 Περίληψη

Η αντιμετώπιση της αυξημένης συχνότητας Καισαρικών τομών και της Προωρότητας αποτελούν δύο από τις σημαντικότερες προκλήσεις δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, με τα δεδομένα που αφορούν τον κυπριακό πληθυσμό να είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά. Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, η Κύπρος είχε τη μεγαλύτερη συχνότητα πρόωρων τοκετών και τοκετών με Καισαρική τομή μεταξύ των χωρών της Ευρώπης.

Το όραμα του Υπουργείου Υγείας είναι η ανάπτυξη και υλοποίηση μιας ολοκληρωμένης Στρατηγικής που να διασφαλίζει την προαγωγή και προστασία της υγείας μητέρας και παιδιού μέσω της προώθησης του Φυσιολογικού τοκετού, και τη πρόληψη της Προωρότητας στα πλαίσια του συστήματος υγείας της χώρας μας. Για την ετοιμασία της **Εθνικής Στρατηγικής για την Προώθηση του Φυσιολογικού Τοκετού και την Πρόληψη της Προωρότητας**, το Υπουργείο Υγείας συνέλεξε και σύνθεσε τις απόψεις ξένων εμπειρογνομόνων, αρμόδιων υπηρεσιών του κράτους, επιστημονικών εταιρειών, επαγγελματικών συλλόγων και επαγγελματιών υγείας, πανεπιστημιακών σχολών, καθώς και άλλων εμπλεκόμενων φορέων και καθόρισε τους πιο κάτω **Άξονες Δράσης**:

- **Εθνικό Σύστημα Υγείας – Ανάπτυξη Πολιτικών – Βελτίωση Ποιότητας**
- **Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας**
- **Ενημέρωση του Κοινού**
- **Επιτήρηση και Έρευνα**

Μέσα από διάλογο και συνεργασία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων, αξιολογήθηκαν τα ισχυρά (Strengths) και αδύναμα σημεία (Weaknesses) της προτεινόμενης Εθνικής Στρατηγικής, ενώ αναδείχθηκαν οι ευκαιρίες (Opportunities) και οι απειλές (Threats) για την υλοποίησή της στο περιβάλλον της Κύπρου, ενώ καθορίστηκαν προτεινόμενα μέτρα ανά Άξονα Δράσης με συγκεκριμένες αναφορές στους αρμόδιους φορείς υλοποίησης. Καταληκτικά, η ανάπτυξη της Εθνικής Στρατηγικής επιτρέπει τη συντονισμένη δράση όλων των αρμόδιων φορέων για τη μείωση των μη ενδεδειγμένων καισαρικών τομών και των πρόωρων γεννήσεων στην Κύπρο, και θα προωθηθεί προς υλοποίηση υπό τον γενικό συντονισμό του Υπουργείου Υγείας.

1.2 Abstract

Addressing the increased incidence of Caesarean sections and Prematurity are two of the most important public health challenges worldwide, with data concerning the Cypriot population being particularly worrying. Based on available data, Cyprus had the highest incidence of preterm and caesarean deliveries among European countries.

The vision of the Ministry of Health is to develop and implement an integrated strategy that ensures the advancement and protection of maternal and child health through the promotion of natural birth, and the prevention of prematurity within the health system of our country. For the preparation of the **National Strategy for the Promotion of Normal Childbirth and the Prevention of Prematurity**, the Ministry of Health collected and synthesized the views of foreign experts, competent governmental authorities, scientific societies, professional associations and health professionals, university faculties, as well as other stakeholders and determined the following **Action Areas**:

- **National Health System – Policy Development – Quality Improvement**
- **Training of Health Professionals**
- **Public Awareness**
- **Surveillance and Research**

Through dialogue and cooperation between all stakeholders, the strengths and weaknesses of the proposed National Strategy were evaluated, while the opportunities and threats for its implementation in the environment of Cyprus were highlighted, and proposed measures under each Action Area were defined with specific references to the implementing bodies. In summary, the development of the National Strategy allows the coordinated action of all competent authorities and stakeholders to reduce inappropriate caesarean sections and premature births in Cyprus and will be forwarded for implementation under the overall coordination of the Ministry of Health.

2. Εισαγωγή

2.1 Σημασία Φυσιολογικού Τοκετού

Ο Φυσιολογικός τοκετός είναι η φυσιολογική εξέλιξη της κύησης και αποτελεί την ασφαλέστερη μέθοδο τοκετού όταν το νεογνό είναι τελειόμηνο. Ορίζεται ως ο τοκετός που ξεκινά αυθόρμητα, μεταξύ της 37ης και της 42ης συμπληρωμένης εβδομάδας κύησης. Από την έναρξη έως το τέλος του τοκετού δεν υπάρχουν εμφανείς κίνδυνοι, το παιδί γεννιέται με κεφαλική προβολή και μετά τον τοκετό η μητέρα και το παιδί βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση [1,2]. Στη περίπτωση επιπλοκών ή παρουσίας συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, η Καισαρική τομή αποτελεί μία χειρουργική επέμβαση που μπορεί να διασφαλίσει την ασφαλή γέννηση του νεογνού και να αποτρέψει επικίνδυνες καταστάσεις για τη μητέρα.

Μερικές από τις πιο συνηθισμένες καταστάσεις όπου απαιτείται Καισαρική τομή είναι η εμβρυϊκή δυσχέρεια, η πολύ πρόωρη ρήξη υμένων, η μη φυσιολογική θέση του κυήματος, η αδυναμία εξέλιξης του τοκετού, η προεκλαμψία, ο προδρομικός πλακούντας και η αποκόλληση πλακούντα [3]. Η επιλογή του τοκετού με Καισαρική τομή αντί του Φυσιολογικού τοκετού, χωρίς ιατρική ένδειξη, έχει συσχετιστεί με σημαντικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία της μητέρας και του νεογνού και αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, και ειδικά σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν οι κατάλληλες εγκαταστάσεις, δεξιότητες ή ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη, υπάρχει αυξημένο κίνδυνο μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας που προέρχεται από αναισθητικές και ουρολογικές επιπλοκές, αιμορραγία, λοίμωξη και θρομβοεμβολή ενώ αυξάνεται η πιθανότητα επιπλοκών σε επόμενες εγκυμοσύνες.

Επιπλέον, μελέτες από την Κύπρο και το εξωτερικό έχουν συσχετίσει την εκλεκτική Καισαρική τομή με αυξημένη αναπνευστική νοσηρότητα στο νεογνό και αυξημένο κίνδυνο εισαγωγής σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) [4,5] καθώς και εμφάνιση μεταβολικών και ανοσολογικών διαταραχών στο μέλλον [6,7,8]. Αντίθετα, ο Φυσιολογικός τοκετός χαρακτηρίζεται από σημαντικά πλεονεκτήματα αφού έχει διαφανεί ότι συσχετίζεται με μειωμένη παραμονή στο νοσοκομείο, ταχύτερη

σωματική και ψυχολογική ανάκαμψη της μητέρας, καλύτερη προσαρμογή της μητέρας στη μητρότητα, ισχυρότερη σύνδεση μεταξύ μητέρας παιδιού και ταχύτερη έναρξη του θηλασμού [9]. Επιπρόσθετα, διάφορες μελέτες έχουν συσχετίσει την έκθεση στις μηχανικές δυνάμεις και στις ορμόνες που εκκρίνονται κατά τη διάρκεια του Φυσιολογικού τοκετού ως σημαντικούς παράγοντες που προάγουν την αποβολή του εμβρυϊκού πνευμονικού υγρού και την οξυγόνωση του πνεύμονα ενώ το πέρασμα του νεογνού από το γεννητικό κανάλι, ευνοεί την έκθεσή του στο μικροβίωμα της μητέρας που βοηθά στην ανάπτυξη του ανοσοποιητικού συστήματος [10].

2.2. Επιπτώσεις Προωρότητας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τον πρόωρο τοκετό, ως τη γέννηση πριν τη συμπλήρωση 37 εβδομάδων κύησης ή πριν τη συμπλήρωση 259 ημέρων από την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνου ρύσεως [11]. Επιπλέον, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Euro-Peristat, η Προωρότητα υποδιαιρείται στις ακόλουθες τρεις κατηγορίες, με οποιαδήποτε κύηση η οποία ολοκληρώνεται πριν από τις 22 συμπληρωμένες εβδομάδες να θεωρείται αποβολή [12]:

- Εξαιρετικά πρόωρος τοκετός (τοκετός μεταξύ 22 και 27 εβδομάδων κύησης)
- Πολύ πρόωρος τοκετός (τοκετός μεταξύ 28 και 31 εβδομάδων κύησης)
- Μέτριος ή ήπια πρόωρος τοκετός (τοκετός μεταξύ 32 και 36 εβδομάδων κύησης)

Η ηλικία κύησης αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα που καθορίζει τη βιωσιμότητα και τη γενικότερη πρόγνωση του νεογνού, με τον πρόωρο τοκετό να αποτελεί την κύρια αιτία περιγεννητικής θνησιμότητας και παιδικής θνησιμότητας <5 ετών. Με βάση την πιο πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που αφορούσε την παιδική θνησιμότητα, εκτιμάται ότι οι επιπλοκές της Προωρότητας ευθύνονται για τον θάνατο σχεδόν 1 εκατομμυρίου παιδιών ηλικίας <5 ετών ετησίως σε όλο τον κόσμο. Επιπλέον, σύμφωνα με τα δεδομένα του 2019, οι επιπλοκές της Προωρότητας αφορούσαν ποσοστό 17.7% επί συνόλου 5.3 εκατομμυρίων θανάτων <5 ετών εντός του έτους. Ιδιαίτερα, οι πρόωροι τοκετοί νωρίτερα των 34 εβδομάδων κύησης αντιπροσωπεύουν το 75% της περιγεννητικής θνησιμότητας και αναλογούν σε περισσότερο από το 50%

της μακροχρόνιας νοσηρότητας στα παιδιά, πχ νευροαναπτυξιακά προβλήματα, χρόνια πνευμονική νόσο, ανοσολογικά, αισθητηριακά προβλήματα, βρογχοπνευμονική δυσπλασία, νευρολογικές και γαστρεντερικές διαταραχές [13].

Εξαιτίας του υψηλού κινδύνου και της υψηλής νοσηρότητας, αμέσως μετά τη γέννηση, τα πρόωρα νεογνά εισάγονται σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) για σταθεροποίηση, υποστήριξη όλων των συστημάτων και λειτουργιών και νευροαναπτυξιακή παρακολούθηση όπου αυτό απαιτείται. Αδιαμφισβήτητα, η πρόοδος που έχει παρατηρηθεί τις τελευταίες δεκαετίες στη Νεογνολογία και η ποιοτική αναβάθμιση των κλινικών πρωτοκόλλων, εξοπλισμών και του ανθρώπινου δυναμικού των MENN έχει οδηγήσει στη μείωση της νεογνικής νοσηρότητας καθώς και των πιο σοβαρών επιπλοκών και μακροχρόνιων αναπηριών λόγω Προωρότητας σε όλο τον κόσμο [14]. Παρόλα αυτά, οι επιπτώσεις του πρόωρου τοκετού ακόμα και μετά τις 34 εβδομάδες κύησης (μεταξύ 34^{ης} και 37^{ης} εβδομάδας) δεν πρέπει να υποτιμώνται. Τα νεογνά με τη συγκεκριμένη ηλικία κύησης χαρακτηρίζονται ως όψιμης Προωρότητας (late preterm infants) και παρόλο που η νοσηρότητα τους είναι χαμηλότερη σε σύγκριση με τα πρόωρα με μικρότερη ηλικία κύησης, αποτελούν τη μεγάλη πλειονότητα των πρόωρων τοκετών [15, 16]. Αυτή η κατηγορία πρόωρων νεογνών που συχνά παραβλέπεται λόγω του βάρους τους σε σύγκριση με τα πολύ πρόωρα βρέφη, παραμένει ευάλωτη εξαιτίας της φυσιολογικής τους ανωριμότητας [17]. Σε σύγκριση με τα τελειόμηνα νεογνά, εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο νεογνικού θανάτου, ενώ παρουσιάζουν συχνότερα αναπνευστική δυσχέρεια, υπογλυκαιμία, ίκτερο, βακτηριαίμια κ.α. που αυξάνουν τη διάρκεια παραμονής τους στη MENN και το συνεπακόλουθο συνολικό κόστος νοσηλείας. Πρόσφατες μελέτες, επίσης αποδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο αναπτυξιακών προβλημάτων και μαθησιακών δυσκολιών στη σχολική ηλικία [18,19].

3. Παρούσα Κατάσταση

3.1 Περιγραφή Υφιστάμενης Κατάστασης σχετικά με τον Φυσιολογικό Τοκετό

3.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για Φυσιολογικό τοκετό και Καισαρική τομή

Με βάση επικυρωμένα στοιχεία από 169 χώρες που περιλαμβάνουν το 98,4% των γεννήσεων στον κόσμο κατά την περίοδο 2000-2015, υπολογίστηκε ότι 29,7 εκατομμύρια (21,1%) γεννήσεις πραγματοποιήθηκαν με Καισαρική τομή κατά το έτος 2015. Ο αριθμός αυτός είναι διπλάσιος από τον αντίστοιχο αριθμό γεννήσεων με αυτή τη μέθοδο κατά το έτος 2000 (16,0 εκατομμύρια, 12,1%), καταδεικνύοντας την αυξητική τάση που υπάρχει στον τοκετό με Καισαρική τομή. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των διαφόρων περιοχών του κόσμου, με την Καισαρική τομή να είναι έως και δέκα φορές πιο συχνή στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική (44,3%), σε σχέση με την δυτική και κεντρική Αφρική (4,1%). Στην ίδια μελέτη το ποσοστό Καισαρικής τομής στη δυτική Ευρώπη είναι 26,9%, παρόμοιο με το αντίστοιχο ποσοστό στην Ανατολική Ευρώπη/Κεντρική Ασία που είναι 27,3% [20].

Αντίστοιχα ήταν τα ευρήματα άλλης διεθνούς μελέτης που περιορίστηκε σε δεδομένα από 150 χώρες αλλά για μεγαλύτερο διάστημα (1990 – 2014). Και σ' αυτή την περίπτωση το μεγαλύτερο ποσοστό Καισαρικών καταγράφηκε στη Λατινική Αμερική και Καραϊβική (40,5%), με την Ευρώπη να παρουσιάζει ποσοστό ίσο με 25%. Μεταξύ 1990 και 2014, ο παγκόσμιος μέσος όρος ποσοστού γεννήσεων με Καισαρική τομή παρουσίασε αύξηση ίση με 12,4% (από 6,7% σε 19,1%) με την αύξηση στην Ευρώπη να είναι ακόμα μεγαλύτερη (13,8%, από 11,2% σε 25%) [21]. Τα πιο πρόσφατα στοιχεία που είναι διαθέσιμα για την Ευρώπη (συμπεριλαμβανομένης και της Κύπρου μέσω της συλλογής δεδομένων από τη Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας του Υπουργείου Υγείας) αφορούν τη χρονιά 2019 και είναι διαθέσιμα στη έκθεση Euro-Peristat European Perinatal Health Report [22]. Καταδεικνύουν ότι η Κύπρος είχε τη μεγαλύτερη συχνότητα τοκετών με Καισαρική τομή (53,1%) μεταξύ των χωρών της Ευρώπης που συμμετέχουν στο δίκτυο, όπου το διάμεσο ποσοστό ήταν 26%. Η χώρα με το μικρότερο ποσοστό Καισαρικών τομών ήταν η Νορβηγία με ποσοστό 16,4%. Από το σύνολο των Καισαρικών τομών που πραγματοποιήθηκαν στην Κύπρο, το 68% (ή 36,3% επί του συνόλου των γεννήσεων) πραγματοποιήθηκε πριν την έναρξη του

τοκετού, ή ήταν επιλεκτική Καισαρική. Και γι' αυτή την παράμετρο η Κύπρος είχε την υψηλότερη τιμή στην Ευρώπη με τη χαμηλότερη τιμή (6.2%) να παρουσιάζεται στην Εσθονία και τον διάμεσο μέσο όρο των Ευρωπαϊκών χωρών να υπολογίζεται στο 12.8%. Όσον αφορά το υπόλοιπο 32% (ή 16.8% επί του συνόλου των γεννήσεων), αφορούσε επείγουσες Καισαρικές τομές ή Καισαρικές τομές που διενεργήθηκαν μετά την έναρξη του τοκετού. Σε αυτή την παράμετρο η Κύπρος ήταν κοντά στον διάμεσο των Ευρωπαϊκών χωρών (10.7%), με τη Σλοβακία να παρουσιάζει το χαμηλότερο ποσοστό (6.5%) και την Ουγγαρία το μέγιστο (28.7%). Τέλος, για την Κύπρο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία μέχρι και το 2021 και τα οποία δείχνουν περαιτέρω αύξηση της συχνότητας της Καισαρικής τομής. Πιο συγκεκριμένα, επί του συνόλου των γεννήσεων, η συχνότητα όλων των Καισαρικών τομών έφτασε στο 58.9% (από 53.1% το 2019), η συχνότητα των εκλεκτικών Καισαρικών τομών ή Καισαρικών τομών πριν την έναρξη του τοκετού έφτασε στο 40.4% (από 36.3% το 2019). Η συχνότητα επειγουσών Καισαρικών τομών, ή Καισαρικών τομών που διενεργήθηκαν μετά την έναρξη του τοκετού λόγω ιατρικής ένδειξης, έφτασε στο 18.6% (από 16.8% το 2019).

3.1.2 Πολιτικές Προώθησης Φυσιολογικού Τοκετού

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται οι αιτίες που εξηγούν την αύξηση στη συχνότητα τοκετών με Καισαρική τομή και την αντίστοιχη μείωση της συχνότητας του φυσιολογικού τοκετού. Είναι πιθανό ότι η βελτίωση στη γυναικολογική παρακολούθηση και η καλύτερη κατανόηση κάποιων προβλημάτων υγείας του κυήματος ή της εγκύου να συμβάλλει στην αύξηση των Καισαρικών τομών λόγω πραγματικών ιατρικών ενδείξεων, και αναπόφευκτα να αυξάνουν και τα ποσοστά καισαρικών τομών [23].

Παρόλα αυτά, η μεγάλη απόκλιση στη συχνότητα τοκετού με Καισαρική τομή μεταξύ γειτονικών χωρών με εξίσου ανεπτυγμένα συστήματα υγείας και γυναικολογική παρακολούθηση ή ταχεία αύξηση της συχνότητας των Καισαρικών τομών εντός της ίδιας χώρας, δεν μπορούν να εξηγηθούν μόνο από την καλύτερη αναγνώριση προβλημάτων υγείας ή παραγόντων κινδύνου για Φυσιολογικό τοκετό [20]. Άλλοι παράγοντες, όπως η τάση για αποφυγή νομικών συνεπειών (φαινόμενο «αμυντικής ιατρικής») λόγω επιπλοκών κατά τη διάρκεια του Φυσιολογικού τοκετού αλλά και η

αυξανόμενη διαθεσιμότητα ασφαλέστερων χειρουργικών τεχνικών που καθιστούν την Καισαρική τομή μια πιο ασφαλή χειρουργική διαδικασία, πιθανόν επίσης να συμβάλλουν στην αύξηση των Καισαρικών τομών ακόμα και όταν οι κλινικές ενδείξεις είναι πολύ αδύναμες.

Επιπρόσθετα, τα πιο πάνω φαινόμενα πιθανό να έχουν οδηγήσει στη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου όπου οι περισσότεροι νέοι ειδικευόμενοι και ειδικοί γυναικολόγοι/μαιευτήρες αποκτούν όλο και μεγαλύτερη εμπειρία στην Καισαρική τομή, αλλά υστερούν στη συνολική εμπειρία του φυσιολογικού ή του κοιλικά υποβοηθούμενου τοκετού [20], με αποτέλεσμα οι ίδιοι να προτιμούν την εφαρμογή αυτής της μεθόδου. Ταυτόχρονα, σημαντικό ρόλο στην αύξηση των εκλεκτικών Καισαρικών τομών έχει η ίδια η επιθυμία της εγκύου η οποία μπορεί να οφείλεται στον φόβο για τον πόνο που σχετίζεται με τον τοκετό ή τις πιθανές επιπλοκές για την υγεία του νεογνού ή της ίδιας, ή ακόμα και στην άνεση που προσφέρει μία προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση σε αντίθεση με το απρόβλεπτο του φυσιολογικού τοκετού [24]. Τέλος, οικονομικοί παράγοντες που σχετίζονται με την αμοιβή του/της γυναικολόγου/μαιευτήρα και του νοσοκομείου καθώς και η ευκολία οργάνωσης της Καισαρικής τομής κατά τη διάρκεια των εργάσιμων ωρών και η αποφυγή Φυσιολογικών τοκετών κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου, δημόσιων αργιών και διακοπών επίσης έχουν διαφανεί ως παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη λήψη απόφασης για Καισαρική τομή [25, 26, 27].

Τα πιο πάνω συμπεράσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας μπορούν να συνδυαστούν και με τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από τη Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας του Υπουργείου Υγείας που καταδεικνύουν ότι στην Κύπρο το ποσοστό των Καισαρικών τομών είναι περίπου το ίδιο στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, αλλά υψηλότερο (τις χρονιές 2020 και 2021) μεταξύ των παρόχων υγείας εντός του ΓεΣΥ σε σύγκριση με τους παρόχους υγείας εκτός του ΓεΣΥ. Αξιοσημείωτο γεγονός είναι το ότι από το 2015 η συχνότητα Καισαρικών τομών στον δημόσιο τομέα (νοσοκομεία Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας) έχει αυξηθεί από 49.1% σε 63.3%, με τη μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται τα δύο τελευταία χρόνια με την έναρξη της δεύτερης φάσης του ΓεΣΥ. Ως αποτέλεσμα η συχνότητα Καισαρικών στον δημόσιο τομέα έχει υπερβεί τη συχνότητα στον ιδιωτικό τομέα που έχει μειωθεί ελαφρώς από

61% σε 58.3% μεταξύ των ετών 2015 και 2021. Με βάση τα τρία πιο πρόσφατα έτη με διαθέσιμα δεδομένα στην Κύπρο, άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με αυξημένη συχνότητα Καισαρικής τομής είναι: 1) Η καταγωγή της εγκύου (γυναίκες οι οποίες κατάγονται από την περιοχή που ελέγχεται από την Κυπριακή Δημοκρατία παρουσιάζουν ελαφρώς ψηλότερη συχνότητα τοκετού με Καισαρική τομή σε σχέση με γυναίκες που κατάγονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή τρίτες χώρες), 2) Η ηλικία της μητέρας (γυναίκες >35 ετών παρουσιάζουν αρκετά ψηλότερη συχνότητα τοκετού με Καισαρική τομή σε σχέση με γυναίκες νεαρότερης ηλικίας), 3) Το μορφωτικό επίπεδο (γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό Καισαρικής τομής σε σχέση με γυναίκες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο), 4) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (in vitro fertilization - IVF) (γυναίκες που υποβλήθηκαν σε θεραπεία παρουσιάζουν αρκετά ψηλότερη συχνότητα τοκετού με Καισαρική τομή σε σχέση με γυναίκες που δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία), 5) Ιστορικό προηγούμενου τοκετού με Καισαρική τομή (σχεδόν όλες οι γυναίκες με προηγούμενη Καισαρική τομή, στον επόμενο τοκετό γεννούν με Καισαρική τομή) και 6) Πολύδυμη κύηση (σχεδόν όλες γυναίκες με πολύδυμη κύηση γεννούν με Καισαρική τομή). Οι πιο πάνω διαπιστώσεις μπορούν να αντιπαραβληθούν με μέτρα που προτείνονται από διεθνείς οργανισμούς ή μέτρα που έχουν εφαρμοστεί σε άλλες χώρες για μείωση της συχνότητας μη ιατρικά ενδεδειγμένων Καισαρικών τομών και προώθηση του φυσιολογικού τοκετού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, συχνότητα Καισαρικών τομών μεγαλύτερη του 10-15% των τοκετών σε επίπεδο πληθυσμού δεν σχετίζεται με μείωση του κινδύνου θανάτου στη μητέρα και το νεογνό. Η Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής (International Federation of Gynecology and Obstetrics - FIGO) αναφέρει ότι η αύξηση στη συχνότητα Καισαρικών τομών πρέπει να τερματιστεί και προτείνει μία σειρά πολιτικών που μπορούν να εφαρμοστούν προς αυτό τον σκοπό [28]:

(α) Εξισορρόπηση της ιατρικής αμοιβής γυναικολόγων/μαιευτήρων για Καισαρική τομή και για Φυσιολογικό τοκετό.

(β) Διασύνδεση χρηματοδότησης νοσηλευτηρίων/μαιευτικών κλινικών και μαιευτήρων ανάλογα με το ποσοστό διενέργειας Καισαρικών τομών.

(γ) Αξιοποίηση του συστήματος ταξινόμησης Καισαρικών τομών κατά Robson.

(δ) Ενδελεχής ενημέρωση των εγκύων για τους κινδύνους και τις ενδείξεις της Καισαρικής τομής, από τον/τη γυναικολόγο/μαιευτήρα και τη μαία/μαιευτή.

(ε) Επένδυση σε βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών κατά τον τοκετό, συμπεριλαμβανομένων της ψυχολογικής και άλλης υποστήριξης, του σεβασμού της ιδιωτικότητας και της ανακούφισης από τον πόνο του τοκετού.

(στ) Βελτίωση της εκπαίδευσης του προσωπικού και επαναφορά της τεχνογνωσίας για Φυσιολογικό και υποβοηθούμενο κοιλικό τοκετό και ασφαλή μείωση των αναίτιων παρεμβάσεων.

(ζ) Δημιουργία ευνοϊκού περιβάλλοντος για διεξαγωγή φυσιολογικού τοκετού όπως η δημιουργία δωματίων φυσικού τοκετού, περισσότερες επιλογές αναλγησίας και η παρουσία συντρόφου στον τοκετό.

Επίσης, στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται μία σειρά επιπλέον μέτρων που μπορούν να εφαρμοστούν προς την ίδια κατεύθυνση [29, 30, 31]:

(α) Πέραν από τις έγκυες και τους επαγγελματίες υγείας, η ενημέρωση πρέπει να απευθύνεται και προς το ευρύ κοινό.

(β) Εφαρμογή στο σύστημα υγείας κατευθυντήριων οδηγιών που θα στηρίζονται σε επιστημονικά αποδεικτικά στοιχεία (evidence-based guidelines).

(γ) Εφαρμογή πρωτοκόλλων διασφάλισης ποιότητας, χρήση και παρακολούθηση δεικτών ποιότητας και αναγνώριση τομέων που χρήζουν βελτίωσης.

(δ) Ενδυνάμωση και υποστήριξη των εγκύων και των οικογενειών τους για πρόσβαση σε κατάλληλη πληροφόρηση, επιστημονική τεκμηρίωση και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Η υποστήριξη συμμετοχής της εγκύου και της οικογένειας της στη λήψη απόφασης για τον τρόπο τοκετού, μπορεί να συμπεριληφθεί και να

υποβοηθήσει στην τροποποίηση της σχέσης ιατρού ασθενή και όπως αυτό μεταφράζεται στα πλαίσια αντιδικίας για ιατρική αμέλεια.

(ε) Παροχή προσωπικής και συνεχούς φροντίδας μέσω ευκολότερης και συχνότερης πρόσβασης σε μαιευτικό προσωπικό και άλλους επαγγελματίες υγείας που έχουν ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (ψυχολογική υποστήριξη, σύμβουλοι τοκετού, κτλ).

(στ) Παροχή 2^{ης} γνώμης από γυναικολόγο/μαιευτήρα για διενέργεια Καισαρικής τομής.

3.2. Περιγραφή Υφιστάμενης κατάστασης σχετικά με την Προωρότητα

3.2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για Προωρότητα

Παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι περίπου 15 εκατομμύρια γεννήσεις κάθε χρόνο (11% του συνόλου) αφορούν πρόωρους τοκετούς (<37 εβδομάδες κύησης) [32]. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι υπάρχει αυξητική τάση της Προωρότητας σε πολλές χώρες του κόσμου και κυρίως σ' αυτές με υψηλότερο βιοτικό επίπεδο [33, 34, 35]. Παρόλα αυτά, η μεγάλη πλειοψηφία των πρόωρων τοκετών παρατηρείται σε χώρες με χαμηλό βιοτικό επίπεδο. Χαρακτηριστικά, το 60% των πρόωρων τοκετών παγκοσμίως αφορά τις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής και της Νότιας Ασίας [32]. Γενικά ισχύει ότι η θνησιμότητα και η νοσηρότητα των πρόωρων νεογνών είναι υψηλότερες από τα τελειόμηνα νεογνά, με τη χειρότερη πρόγνωση να παρατηρείται στην κατηγορία νεογνών με τις πιο μικρές ηλικίες κύησης [36].

Σύμφωνα με δεδομένα από τις ΗΠΑ, η μεγαλύτερη κατηγορία πρόωρων τοκετών αφορά μέτρια ή ήπια Προωρότητα (84%) με τις κατηγορίες των πολύ πρόωρων τοκετών (9%) και των εξαιρετικά πρόωρων τοκετών (7%) να είναι λιγότερο συχνές αλλά να χαρακτηρίζονται από την υψηλότερη θνησιμότητα και νοσηρότητα [17]. Παρόμοια κατανομή στις κατηγορίες ηλικίας κύησης παρατηρείται και στην Ευρώπη [35, 37]. Αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με την Προωρότητα στις χώρες της Ευρώπης, περιλαμβάνονται στην έκθεση Euro-Peristat European Perinatal Health Report που περιλαμβάνει και τα αντίστοιχα στοιχεία για την Κύπρο που συλλέγονται από τη

Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας του Υπουργείου Υγείας [22]. Για την πιο πρόσφατη χρονιά (2019) που υπάρχουν δημοσιευμένα δεδομένα, το διάμεσο ποσοστό πρόωρων τοκετών στην Ευρώπη ήταν 6.9% με την Κύπρο να παρουσιάζει το ψηλότερο ποσοστό (11.3%) ενώ το χαμηλότερο ήταν 5.3% στην Εσθονία και τη Φινλανδία. Στην κατηγορία που αφορούσε μόνο μονήρες κυήσεις, η Κύπρος επίσης είχε την υψηλότερη συχνότητα (8.3%) με τη μικρότερη να παρουσιάζεται στη Λιθουανία (4%). Επιπλέον, πέραν των πρόωρων τοκετών, η Κύπρος είχε την υψηλότερη συχνότητα σε τοκετούς μεταξύ 37^{ης} και 38^{ης} εβδομάδας (early term = πρώιμα τελειόμηνα) με ποσοστό 42.8%, με τον Ευρωπαϊκό διάμεσο να είναι στο 22.6% και τις Λιθουανία και Λετονία να παρουσιάζουν το χαμηλότερο ποσοστό (17%). Τα πιο πάνω στατιστικά αντικατοπτρίζονται και στο ποσοστό των νεογνών που γεννήθηκαν με βάρος γέννησης μικρότερο των 2500 γραμμαρίων, όπου η Κύπρος είχε και πάλι την αρνητική πρωτιά εντός των συμμετεχόντων Ευρωπαϊκών χωρών, με ποσοστό 10.1%. Αντίστοιχα η χώρα με το μικρότερο ποσοστό νεογνών που γεννήθηκαν με βάρος γέννησης μικρότερο των 2500 γραμμαρίων το 2019 ήταν η Φινλανδία με 4%. Τα πιο επικαιροποιημένα στατιστικά για την Κύπρο για τη χρονιά 2021, δίνουν μια γενικά παρόμοια εικόνα με το 2019 με τη συχνότητα του πρόωρου τοκετού να παραμένει σταθερή στο 11.3%, τη συχνότητα πρόωρου τοκετού των μονήρων γεννήσεων να παρουσιάζει ελαφριά αύξηση στο 8.5%, τη συχνότητα τοκετού μεταξύ 37ης και 38ης εβδομάδας (early term) να παρουσιάζει αύξηση στο 45.6% και το ποσοστό νεογνών με βάρος γέννησης <2500 γραμμάρια να αυξάνεται στο 10.5%.

3.2.2 Πολιτικές για αντιμετώπιση/μείωση του κινδύνου της Προωρότητας

Η Προωρότητα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των βρεφών. Ωστόσο κάποια από τα αίτια της Προωρότητας είναι ακόμη και σήμερα άγνωστα. Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι βασικοί παράγοντες κινδύνου για πρόωρο τοκετό περιλαμβάνουν την πολύδυμη κύηση (υπεύθυνη για περίπου 30% των περιπτώσεων), την ηλικία της μητέρας και επιπλοκές της εγκυμοσύνης ή του τοκετού όπως ενδομήτριες λοιμώξεις, αιμορραγία προ του τοκετού, υπέρταση, διαβήτη, ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, προεκλαμψία και γενετικοί παράγοντες. Πέραν από αυτούς τους παράγοντες κινδύνου, πρόωρες γεννήσεις μεταξύ 34^{ης} και 37^{ης} εβδομάδας

μπορεί να οφείλονται σε λανθασμένο υπολογισμό της ηλικίας κύησης, στη λανθασμένη αίσθηση νεογνικής ωριμότητας μετά την 34^η εβδομάδα, στην αυξημένη συχνότητα των περιπτώσεων επιλεκτικής Καισαρικής τομής και πρόκλησης τοκετού, στις ανησυχίες της μητέρας και του θεράποντος ιατρού για δυνητικές επιπλοκές του φυσιολογικού τοκετού και στην απροθυμία της μητέρας να αποδεχτεί επιπλέον κίνδυνο συνέχισης της εγκυμοσύνης μέχρι τέλους [38]. Τέλος, προηγούμενος πρόωρος τοκετός ή μικρό διάστημα μεταξύ προηγούμενης εγκυμοσύνης όπως επίσης και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες όπως το χαμηλό οικονομικό εισόδημα, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι αντίξοες εργασιακές συνθήκες, το ψυχολογικό στρες καθώς και η χαμηλή προσβασιμότητα σε ικανοποιητική γυναικολογική φροντίδα επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού [38, 39, 40].

Τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από τη Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας του Υπουργείου Υγείας τα έτη 2019, 2020 και 2021, επιβεβαιώνουν τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό που συνοδεύει τις πολύδυμες κυήσεις. Παρόλο που το ποσοστό νεογνών από πολύδυμες κυήσεις που γεννιούνται πρόωρα μειώνεται τα τελευταία χρόνια (από 76.2% το 2019, σε 63.7 το 2021) εξακολουθεί να παραμένει υψηλό με περίπου δύο (2) στα τρία (3) παιδιά από πολύδυμες κυήσεις να γεννιέται πρόωρο και κατά μεγάλη πιθανότητα (> 65%) να χρειάζεται παρακολούθηση στη ΜΕΝΝ. Η πιο πάνω παρατήρηση συνδυάζεται και με τα δεδομένα που αφορούν γεννήσεις μετά από θεραπεία υπογονιμότητας όπου, περίπου ένα στα τρία παιδιά γεννιέται πρόωρο. Χαρακτηριστικά, η πιθανότητα πρόωρου τοκετού σε εγκυμοσύνη μετά από θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι λίγο μεγαλύτερη από 33% σε αντίθεση με πιθανότητα περίπου 10% για εγκυμοσύνες χωρίς εξωσωματική γονιμοποίηση.

Η επιλογή των γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπείες εξωσωματικής γονιμοποίησης και των γιατρών τους να εμφυτεύουν δύο ή περισσότερα έμβρυα για να αυξήσουν τις πιθανότητες εγκυμοσύνης μετά από κάθε διαδικασία μεταφοράς ωαρίου πολλές φορές οδηγεί σε πολύδυμες κυήσεις και ως εκ τούτου αυξάνει τον κίνδυνο του πρόωρου τοκετού. Αυτό το φαινόμενο παρατηρήθηκε σε μεγάλο βαθμό σε ανεπτυγμένες χώρες κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980-2000 αλλά μέσω αλλαγών στους κανονισμούς και την κουλτούρα, έχει επιτευχθεί η μείωση στην συχνότητα πρόωρων τοκετών μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση [32]. Στην Κύπρο,

σύμφωνα με τον περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμο του 2015 (69(Ι)/2015), ο αριθμός των εμβρύων τα οποία δύναται να μεταφερθούν στην ενδομήτρια κοιλότητα σε περίπτωση εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι έως δύο (2) έμβρυα μέχρι τη συμπλήρωση του 38^{ου} έτους της ηλικίας της γυναίκας, και έως τρία (3) έμβρυα για γυναίκες ηλικίας από 39 μέχρι και 50 ετών [41].

Συνολικά, οι παράγοντες που συσχετίζονται με τον πρόωρο τοκετό είναι αρκετοί και το ακριβές μέγεθος της συσχέτισής τους, αλληλεπίδρασής τους ή της αιτιολογικής τους σύνδεσης με την Προωρότητα είναι δύσκολο να προσδιοριστεί καθιστώντας τον πρόωρο τοκετό ένα ιδιαίτερα σύνθετο φαινότυπο. Παρά τον σύνθετο φαινότυπο, οι μεγάλες διαφορές μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών φαίνεται ότι οφείλονται στη μη διαθεσιμότητα επαρκών πόρων, τη μεγάλη διαφορά στο επίπεδο των υποδομών υγείας και το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και του κοινού. Παρόλα αυτά, διαφορές παρατηρούνται και μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών που έχουν παρόμοιο βιοτικό επίπεδο και ικανοποιητικά επίπεδα μαιευτικής φροντίδας. Σ' αυτή την περίπτωση, οι διαφορές αυτές πιθανόν οφείλονται στην καθόλου ή μερική εφαρμογή πολιτικών ή πρακτικών για μείωση του κινδύνου για πρόωρο τοκετό [42]. Τέτοιες πολιτικές έχουν συστηματικά αξιολογηθεί από τον διεθνή μη κερδοσκοπικό οργανισμό Global Alliance to Prevent Prematurity and Stillbirth (GAPPS) με τις πιο καλά μελετημένες να είναι:

- (α) η διακοπή του καπνίσματος,
- (β) η κολπική χορήγηση προγεστερόνης, και
- (γ) η περίδεση τραχήλου.

Από αυτές τις πρακτικές, την πιο ψηλή αποτελεσματικότητα παρουσίασαν η διακοπή του καπνίσματος και η κολπική χορήγηση προγεστερόνης [43]. Σε μία πιο πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση που εστίασε σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο πρόωρου τοκετού, επίσης επιβεβαίωσε την αποτελεσματικότητα της κολπικής χορήγησης προγεστερόνης αλλά επιπλέον κατέδειξε και την αποτελεσματικότητα της περιίδεσης τραχήλου [44]. Επιπλέον πρακτικές που πιθανό να μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο του πρόωρου τοκετού σ' αυτή την ομάδα γυναικών ήταν η χορήγηση 17OH καπροϊκής

προγεστερόνης (17P), η τοποθέτηση τραχηλικού πεσσού και χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής με ωμέγα 3 λιπαρά οξέα [44]. Επιπλέον αυτών των πρακτικών, δύο κύριες πολιτικές που φαίνεται ότι έχουν οδηγήσει σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση των περιπτώσεων πρόωρου τοκετού στις ΗΠΑ, τα τελευταία 30 χρόνια, είναι οι θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (συμπεριλαμβανομένων της εξωσωματικής γονιμοποίησης αλλά και της διαδικασίας ενίσχυσης της ωοθυλακιορρηξίας) και οι Καισαρικές τομές ή περιπτώσεις πρόκλησης τοκετού στην απουσία ιατρικών ενδείξεων [42]. Ως εκ τούτου, κάποιες από τις πολιτικές που έχουν προταθεί για προώθηση του φυσιολογικού τοκετού στο τμήμα 3.1.2 έχουν εφαρμογή και για τη μείωση του κινδύνου για πρόωρο τοκετό και παρουσιάζονται πιο κάτω:

- (α) Εξισορρόπηση αμοιβής γυναικολόγων/μαιευτήρων για Καισαρική τομή και για Φυσιολογικό τοκετό.
- (β) Διασύνδεση χρηματοδότησης νοσοκομείων/μαιευτικών κλινικών και μαιευτήρων ανάλογα με το ποσοστό Καισαρικών τομών.
- (γ) Αξιοποίηση του συστήματος ταξινόμησης Καισαρικών τομών κατά Robson.
- (δ) Ενδεδειγμένη ενημέρωση των εγκύων για τους κινδύνους και τα πλεονεκτήματα της Καισαρικής τομής.
- (ε) Εφαρμογή στο σύστημα υγείας κατευθυντήριων οδηγιών που θα στηρίζονται σε επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία (evidence-based guidelines).
- (στ) Εφαρμογή πρωτοκόλλων διασφάλισης ποιότητας, χρήση και παρακολούθηση δεικτών ποιότητας και αναγνώριση τομέων που χρήζουν βελτίωσης.
- (ζ) Ευκολότερη και συχνότερη πρόσβαση σε μαιευτικό προσωπικό και άλλους επαγγελματίες υγείας που έχουν ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (ψυχολογική υποστήριξη, σύμβουλοι τοκετού, κτλ).

Τέλος, όσον αφορά τη μείωση της συχνότητας πολύδυμων κυήσεων από θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, στη διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρονται οι πιο κάτω πολιτικές/παρεμβάσεις [45, 46]:

- (α) Καθολική ρύθμιση του αριθμού ωαρίων σε κάθε διαδικασία μεταφοράς στο πλαίσιο ενός κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης.

(β) Εκπαίδευση των γονέων και καλύτερη ενημέρωση της γυναίκας που λαμβάνει θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για τους κινδύνους της πολύδυμης κύησης και του πρόωρου τοκετού.

(γ) Καλύτερη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στις θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για τα ρίσκα της πολύδυμης κύησης και του πρόωρου τοκετού.

4. Όραμα / Αποστολή

4.1 Όραμα

Η ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης Στρατηγικής που να διασφαλίζει την προαγωγή και προστασία της υγείας μητέρας και παιδιού σε όλη τη χώρα μέσω της προώθησης του Φυσιολογικού τοκετού, την τεκμηριωμένη, βάσει ιατρικών πρωτοκόλλων διενέργεια Καισαρικών τομών και τη μείωση της Προωρότητας στα πλαίσια του συστήματος υγείας της χώρας μας.

4.2 Αποστολή

Η υλοποίηση μιας ενιαίας Στρατηγικής που να διασφαλίζει την προώθηση του Φυσιολογικού τοκετού και την πρόληψη της Προωρότητας μέσα από μια ολιστική προσέγγιση και ενεργό συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων φορέων, με παρεμβάσεις στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των σχετικών νομοθεσιών και την κατάλληλη ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού. Παράλληλα, η στρατηγική να διασφαλίζει την παρακολούθηση των σχετικών εθνικών δεδομένων περιγεννητικής υγείας και την προώθηση της έρευνας στον τομέα της μαιευτικής και περιγεννητικής φροντίδας.

5. Άξονες Δράσης

Οι κύριοι Άξονες Δράσης της Εθνικής Στρατηγικής για την προώθηση του Φυσιολογικού τοκετού και την πρόληψη της Προωρότητας είναι:

1^{ος} Άξονας Δράσης: Εθνικό Σύστημα Υγείας – Ανάπτυξη Πολιτικών – Βελτίωση Ποιότητας

2^{ος} Άξονας Δράσης: Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας

3^{ος} Άξονας Δράσης: Ενημέρωση του Κοινού

4^{ος} Άξονας Δράσης: Επιτήρηση και Έρευνα

Στο πλαίσιο της ετοιμασίας της Στρατηγικής, το Υπουργείο Υγείας διοργάνωσε διήμερο εργαστήριο τον Απρίλιο του 2023, στο οποίο προσκλήθηκαν και έλαβαν μέρος ξένοι εμπειρογνώμονες, αρμόδιες υπηρεσίες του κράτους, επιστημονικές εταιρείες, επαγγελματικοί σύλλογοι και επαγγελματίες υγείας, πανεπιστημιακές σχολές, καθώς και άλλοι εμπλεκόμενοι φορείς. Το πρόγραμμα του εργαστηρίου είναι διαθέσιμο στο Παράρτημα Ι. Κατά τη διάρκεια του εργαστηρίου, συζητήθηκαν ενδελεχώς η υφιστάμενη κατάσταση στην Κύπρο και τα πιθανά μέτρα που μπορούν να εφαρμοστούν κάτω από κάθε Άξονα Δράσης. Μέσα από διάλογο και συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων και έχοντας ως στόχο τη διαφύλαξη της ασφάλειας και υγείας της μητέρας και του παιδιού, αξιολογήθηκαν τα ισχυρά (Strengths) και αδύναμα σημεία (Weaknesses) της προτεινόμενης Στρατηγικής, ενώ αναδείχθηκαν οι ευκαιρίες (Opportunities) και οι απειλές (Threats) για την υλοποίησή της στο περιβάλλον της Κύπρου. Η ολοκληρωμένη ανάλυση SWOT παρουσιάζεται στο Παράρτημα ΙΙ ενώ οι τελικές κατευθύνσεις πολιτικής και τα προτεινόμενα μέτρα που αποτελούν την Εθνική Στρατηγική για την προώθηση του Φυσιολογικού τοκετού και την πρόληψη της Προωρότητας συνοψίζονται πιο κάτω.

Αναλυτική περιγραφή των προτεινόμενων μέτρων με αναφορά στους αρμόδιους φορείς υλοποίησης και στην αναμενόμενη δαπάνη, παρουσιάζεται στο Παράρτημα ΙΙΙ.

5.1 1ος Άξονας: Εθνικό Σύστημα Υγείας – Ανάπτυξη Πολιτικών – Βελτίωση Ποιότητας

Η Κύπρος χαρακτηρίζεται από υψηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με άρτια εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας και σύγχρονες ιατρικές εγκαταστάσεις. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, κλινικές, ιατροί, μαίες/μαιευτές, άλλοι επαγγελματίες υγείας) χωρίζονται στον αυτονομημένο δημόσιο τομέα κάτω από τη διαχείριση του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥΠΥ) και στους ιδιώτες παρόχους υγείας. Όλοι οι πάροχοι υγείας εντός του ΟΚΥΠΥ και η μεγάλη πλειονότητα των ιδιωτών παρόχων υγείας είναι συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) στο πλαίσιο του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ). Το ΓεΣΥ χρηματοδοτείται, κυρίως, από τις υποχρεωτικές εισφορές ασφάλισης υγείας και παρέχει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σύνολο του πληθυσμού.

Μετά την εφαρμογή του ΓεΣΥ και την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων, το Υπουργείο Υγείας έχει πλέον στρατηγικό, ρυθμιστικό και εποπτικό ρόλο στο σύστημα υγείας της Κύπρου, με κάποιες από τις αρμοδιότητες του να περιλαμβάνουν την ανάπτυξη πολιτικής στον τομέα της υγείας, την παρακολούθηση και βελτίωση του κανονιστικού πλαισίου για διασφάλιση ποιοτικής περίθαλψης, τη συστηματική επιτήρηση των δεδομένων υγείας του πληθυσμού καθώς και τον έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από κρατικούς και ιδιώτες παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Πέραν από το Υπουργείο Υγείας, τον ΟΑΥ και τον ΟΚΥΠΥ, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη πολιτικών στον τομέα της υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο εθνικό σύστημα υγείας της Κύπρου, έχουν τα επαγγελματικά σώματα και οι σύνδεσμοι των επαγγελματιών υγείας, οι επιστημονικές εταιρείες και οι οργανώσεις ασθενών.

Στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για την προώθηση του Φυσιολογικού τοκετού και την πρόληψη της Προωρότητας, οι πιο πάνω οργανισμοί είναι σε θέση αναλόγως αρμοδιότητας, από μόνοι τους, ή συνεργατικά, να αναπτύξουν πολιτικές και μέτρα προς τις πιο κάτω κατευθύνσεις:

- (α) Τροποποίηση νομοθεσιών ή κανονισμών που αφορούν στη λειτουργία των νοσηλευτηρίων (ιδιωτικών ή κρατικών) και την παροχή ιατρικής φροντίδας.

(β) Τροποποίηση νομοθεσιών ή κανονισμών που αφορούν σε συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις.

(γ) Εισαγωγή και αξιολόγηση της εφαρμογής κατευθυντήριων οδηγιών που θα αφορούν στην παρακολούθηση της εγκύου και του τοκετού.

(δ) Πραγματοποίηση σχετικών ελέγχων ανά μαιευτική μονάδα και δημοσιοποίηση των στοιχείων.

(ε) Εξισορρόπηση της αμοιβής ιατρού για διενέργεια Καισαρικής τομής και για Φυσιολογικό τοκετό.

(στ) Αναβάθμιση μοντέλου μαιευτικής παρακολούθησης και σωστή στελέχωση Μαιευτικών Μονάδων.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ

- Εισαγωγή Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών / Πρωτοκόλλων και Δεικτών Ποιότητας για τον τοκετό από Υπουργείο Υγείας και ΟΑΥ.
- Διασύνδεση της αποζημίωσης του νοσηλευτηρίου/ιατρού από τον ΟΑΥ, με τεκμηρίωση της Καισαρικής τομής χωρίς ιατρική ένδειξη ή του πρόωρου τοκετού.
- Τροποποίηση του περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμου, για υποχρεωτική μεταφορά μόνο ενός εμβρύου, εκτός από εξαιρέσεις που θα αφορούν μεταφορά δύο εμβρύων και που θα καθοριστούν αυστηρά με τη συμβολή της Γυναικολογικής-Μαιευτικής Εταιρείας Κύπρου και της Περιγεννητικής Εταιρείας Κύπρου.
- Συμπερίληψη σε νομοθεσία, της υποχρεωτικής δημοσιοποίησης δεικτών ποιότητας που σχετίζονται με τη μαιευτική και περιγεννητική φροντίδα.
- Διασύνδεση ελάχιστου αριθμού τοκετών που μπορεί να διενεργεί μία κλινική με τον αριθμό των γυναικολόγων/μαιευτήρων, νοσηλευτών και μαιών/μαιευτών που εργοδοτεί.
- Εισαγωγή ελάχιστου ποσοστού φυσιολογικών τοκετών επί του συνόλου των τοκετών ανά έτος ή εισαγωγή ελάχιστου ποσοστού μείωσης των Καισαρικών τομών επί του συνόλου των τοκετών ανά έτος, σε κάθε κλινική για ανανέωση της αδειοδότησής της.
- Επιβράβευση σε μονάδες που επιτυγχάνουν αύξηση του ποσοστού Φυσιολογικού τοκετού και μείωση του ποσοστού Καισαρικών τομών και προωρότητας με διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας.
- Τροποποίηση του περί Ιατρών Νόμου, ώστε η ιατρική αμέλεια να εντάσσεται στο αστικό και όχι στο ποινικό δίκαιο, με τη διενέργεια της ιατροδικαστικής εξέτασης να εξαρτάται από την επιθυμία του ιατρού ή των γονέων στα πλαίσια διαφορικής διάγνωσης ή ακόμα και για εκπαιδευτικούς σκοπούς.
- Θέσπιση ενιαίου πλαισίου τεκμηριωμένης ενημέρωσης και γραπτής συγκατάθεσης από τη γυναίκα.
- Εισαγωγή δυνατότητας για κάλυψη εξόδων για δεύτερη ιατρική γνώμη σε περιπτώσεις όπου προτείνεται προγραμματισμένη (μη επείγουσα) καισαρική τομή.
- Ενίσχυση χρήσης της επισκληριδείου αναισθησίας κατά τη διάρκεια φυσιολογικού τοκετού.
- Ενημέρωση εγκύων για τη δυνατότητα απευθείας πρόσβασής τους σε 6 δωρεάν επισκέψεις σε μαιά/μαιευτή μέσω του ΓεΣΥ.

5.2 2^{ος} Άξονας Δράσης: Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων που εμπλέκονται στη φροντίδα της εγκύου έχουν πρωταρχικό ρόλο στην επιτυχή υλοποίηση της Στρατηγικής. Είναι αυτοί που καλούνται να εφαρμόσουν κατευθυντήριες οδηγίες κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, και να προωθήσουν στον κλινικό χώρο και στην κοινότητα πολιτικές προαγωγής της προγεννητικής, περιγεννητικής και μαιευτικής φροντίδας. Στα πλαίσια της προαγωγής του Φυσιολογικού τοκετού και της πρόληψης της Προωρότητας, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν ολοκληρωμένη πληροφόρηση στις έγκυες σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη των διαφορετικών επιλογών ή επεμβάσεων κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, συμπεριλαμβανομένης της Καισαρικής τομής και του Φυσιολογικού τοκετού. Επιπλέον, το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό καλείται να παρέχει συνεχή υποστήριξη προς τις εγκύους και τα μέλη των οικογενειών τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, αντιμετωπίζοντας τις ανησυχίες τους, μειώνοντας το άγχος της διαδικασίας και εμπλέκοντας τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Για να επιτευχθούν τα πιο πάνω απαιτείται η **ανάπτυξη κουλτούρας συνεργασίας** μεταξύ γυναικολόγων/μαιευτήρων και μαιών/μαιευτών καθώς και η αξιοποίηση άλλων επαγγελματιών υγείας όπως ψυχολόγων και διατροφολόγων όπου αυτό απαιτείται. Ιδανικά, η παρακολούθηση και η υποστήριξη της εγκύου, θα πρέπει να επαφίεται σε μία διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, άρτια εκπαιδευμένης, εξοπλισμένη με τα κατάλληλα τεχνολογικά μέσα και έμπειρη στην εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών για τη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας υγείας και την αποφυγή αχρείαστων ιατρικών πράξεων. Ως εκ τούτου, όλοι οι επαγγελματίες υγείας που αποτελούν τη διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης για να παραμένουν ενήμεροι για τις τελευταίες έρευνες, τις πιο πρόσφατες εκδόσεις κατευθυντήριων οδηγιών και βέλτιστων πρακτικών που σχετίζονται με τον τοκετό. Απώτερος στόχος η βελτίωση ή διατήρηση των γνώσεων και δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την προώθηση ασφαλών και κατάλληλων πρακτικών τοκετού και μείωσης της Προωρότητας. Η παρούσα Στρατηγική προάγει την ανάπτυξη κουλτούρας συνεργασίας και προαγωγή της συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης των

επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό μέσα από τις πιο κάτω κατευθύνσεις:

- (α) Διασύνδεση ανανέωσης άδειας άσκησης επαγγέλματος με συμμετοχή σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης.
- (β) Εκπαίδευση σε κατευθυντήριες οδηγίες στα πεδία της διενέργειας Καισαρικής τομής, διαχείρισης Φυσιολογικού τοκετού και αντιμετώπισης της Προωρότητας.
- (γ) Επιχορήγηση προγραμμάτων συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ:

- Διασύνδεση της ανανέωσης άδειας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος με μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από παρακολούθηση σεμιναρίων, πρακτικών εργαστηρίων και άλλων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.
- Εκπαίδευση της διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας σε κατευθυντήριες οδηγίες για διενέργεια Καισαρικής τομής, Φυσιολογικού τοκετού και διαχείριση Προωρότητας.
- Εκπαίδευση σε μικτό μοντέλο παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας με περαιτέρω έμφαση στον ρόλο των μαιών/μαιευτών.
- Επιχορήγηση της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης από αρμόδιους φορείς.
- Έλεγχος του περιεχομένου της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης από επιστημονικούς συλλόγους/εταιρείες.
- Εκπαίδευση και συλλογή εμπειρίας από ιατρούς και μαιές σε Μαιευτικά Κέντρα του εξωτερικού.

5.3 3^{ος} Άξονας Δράσης: Ενημέρωση του Κοινού

Ο 3^{ος} άξονας της Εθνικής Στρατηγικής δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην ενημέρωση του κοινού ως μέσο μείωσης των αχρείαστων Καισαρικών τομών και του κινδύνου της Προωρότητας. Η σωστή ενημέρωση αποτελεί προαπαιτούμενο για ενημερωμένη λήψη αποφάσεων και επιλογή ενός υγιεινού τρόπου ζωής, πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, έγκυες γυναίκες αλλά και μέλη των οικογενειών τους, σωστά ενημερωμένες σχετικά με τις διάφορες διαθέσιμες επιλογές τοκετού, συμπεριλαμβανομένου του Φυσιολογικού τοκετού και της Καισαρικής τομής,

μπορούν να κατανοήσουν τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε επιλογής, όπως επίσης και να αξιολογήσουν ικανοποιητικά τα ρίσκα και τις πιθανές επιπλοκές που τις συνοδεύουν. Ταυτόχρονα η σωστή ενημέρωση πρέπει να συνοδεύεται με επαρκή και ανεμπόδιστη πρόσβαση σε κατευθυντήριες οδηγίες και ιατρικά πρωτόκολλα που βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα (επιστημονική τεκμηρίωση), ώστε να είναι σε θέση οι έγκυες γυναίκες να μπορούν να διακρίνουν μεταξύ επεμβάσεων ή ιατρικών πράξεων που είναι απαραίτητες και επεμβάσεων ή πράξεων που είναι ιατρικά αχρείαστες. Ως εκ τούτου, η συνύπαρξη της σωστής ενημέρωσης και της πρόσβασης σε κατευθυντήριες οδηγίες, παρέχει τη δυνατότητα στην έγκυο γυναίκα και τα μέλη της οικογένειας της να συμμετέχουν αποτελεσματικά μαζί με τον/την γυναικολόγο/μαιευτήρα, την/τον μαία/μαιευτή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, στη λήψη αποφάσεων.

Τέλος, η ενημέρωση για τη σημασία του Φυσιολογικού τοκετού και τους κινδύνους του Πρόωρου τοκετού δεν πρέπει να περιορίζεται στην περίοδο της εγκυμοσύνης, αλλά μπορεί να ξεκινά πιο νωρίς είτε ως μέρος της εκπαίδευσης που λαμβάνεται από το σχολείο, είτε ως μέρος εκστρατειών ενημέρωσης που θα απευθύνονται σε νέους και νέες αναπαραγωγικής ηλικίας. Επιπλέον, μπορεί να περιλαμβάνει και πληροφορίες για την επόμενη μέρα του τοκετού (κατά την περίοδο της λοχείας) για το τι να περιμένει και τι φροντίδα χρειάζεται μία μητέρα, ανάλογα με την κάθε επιλογή τρόπου τοκετού. Συνολικά, οι κατευθύνσεις που χαρακτηρίζουν τον 3^ο Άξονα Δράσης της Στρατηγικής είναι:

- (α) Ένταξη του θέματος στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων.
- (β) Ενημέρωση εγκύων γυναικών σχετικά με τη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση.
- (γ) Ενημέρωση εγκύων γυναικών για δωρεάν πρόσβαση σε μαιευτική φροντίδα.
- (δ) Εμπλοκή και αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ).
- (ε) Αξιοποίηση Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ).

(στ) Συνεργασία με επιστημονικούς φορείς για ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού και οργάνωση εκστρατειών επικοινωνίας.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ:

- Ένταξη της προώθησης του Φυσιολογικού τοκετού στο Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και στη μεταρρύθμιση που αφορά την εισαγωγή μαθήματος Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας στη δημόσια και ιδιωτική εκπαίδευση.
- Εκπαίδευση των εγκύων και των μελών των οικογενειών τους, συντονισμένα και Παγκύπρια, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας.
- Ενημέρωση προς έγκυες γυναίκες για τη δυνατότητα **απευθείας πρόσβασής τους σε 6 δωρεάν επισκέψεις σε μαία/μαιευτή μέσω του ΓεΣΥ.**
- Εντοπισμός και αξιοποίηση ευαίσθητοποιημένων αναγνωρίσιμων πολιτών (π.χ. ηθοποιών/δημοσιογράφων) (champions) για προαγωγή της Εθνικής Στρατηγικής.
- Αξιοποίηση ΜΜΕ και ΜΚΔ σε συνδυασμό με τη χρήση εναλλακτικών τρόπων διάχυσης πληροφορίας (βιντεάκια, animations).
- Συνεργασία με πανεπιστήμια και άλλους επιστημονικούς φορείς για παραγωγή ενημερωτικού υλικού.

5.4. 4^{ος} Άξονας Δράσης: Επιτήρηση και Έρευνα

Ο ρόλος της Μονάδας Παρακολούθησης Υγείας του Υπουργείου Υγείας είναι πρώτιστης σημασίας για τη υλοποίηση της Εθνικής Στρατηγικής για την προώθηση του Φυσιολογικού τοκετού και την πρόληψη της Προωρότητας. Η συνεχής συλλογή των σχετικών δεδομένων περιγεννητικής υγείας επιτρέπει την παρακολούθηση των ποσοστών Καισαρικής τομής και πρόωρων τοκετών σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο μαιευτικής μονάδας. Αυτά τα δεδομένα παρέχουν μια επισκόπηση της τρέχουσας κατάστασης και βοηθούν στον εντοπισμό περιοχών ή κλινικών με υψηλά ποσοστά Καισαρικής τομής ή πρόωρων τοκετών που πιθανόν απαιτούν προσοχή και παρέμβαση από τις αρμόδιες ρυθμιστικές αρχές. Πιο συγκεκριμένα, η συνεχής παρακολούθηση των δεδομένων υγείας μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό διαφορών στα ποσοστά Καισαρικής τομής ή πρόωρου τοκετού μεταξύ παρόχων υγείας ή μαιευτικών μονάδων. Πάροχοι ή μονάδες με σημαντικές διακυμάνσεις από τον μέσο όρο όσο αφορά αυτές τις παραμέτρους, πιθανόν να μην εφαρμόζουν σωστά τις σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες και στοχευμένες

παρεμβάσεις για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών να είναι απαραίτητες.

Επιπλέον, η προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκόμενων στην κύηση και στον τοκετό επαγγελματιών υγείας, των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και άλλων ενδιαφερομένων παρέχει τη δυνατότητα της ανταλλαγής εμπειρογνωμοσύνης, την ευκολότερη μεταφορά και υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών και στον προσδιορισμό των πιο αποτελεσματικών και εφαρμόσιμων στρατηγικών για την προώθηση του Φυσιολογικού τοκετού και την πρόληψη της Προωρότητας. Επιπρόσθετα, η συνεργασία με ερευνητικούς και ακαδημαϊκούς φορείς επιτρέπει την ερευνητική αξιοποίηση των δεδομένων που συλλέγονται για αναγνώριση αιτιολογικών παραγόντων και περαιτέρω διερεύνηση της συσχέτισης της Προωρότητας και του Φυσιολογικού τοκετού με κοινωνικοοικονομικούς δείκτες και άλλες καταστάσεις υγείας. Σε βάθος χρόνου, η συνεργασία με ερευνητικούς φορείς μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση του αντίκτυπου παρεμβάσεων που αποσκοπούν στη μείωση των ποσοστών Καισαρικής τομής ή/και στη μείωση των πρόωρων τοκετών. Μακροπρόθεσμα, η αποτελεσματική επιτήρηση των σχετικών δεδομένων, η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των διαφόρων εμπλεκόμενων φορέων, καθώς και η προώθηση της έρευνας θα οδηγήσει σε πιο καλά πληροφορημένες αποφάσεις πολιτικής και τελικά στην υψηλότερη ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι βασικοί στόχοι του 4^{ου} Άξονα Δράσης είναι οι πιο κάτω:

- (α) Διεύρυνση και βελτίωση της ψηφιοποίηση δεδομένων περιγεννητικής υγείας.
- (β) Παρακολούθηση έκβασης νεογνών με Προωρότητα.
- (γ) Εισαγωγή διαδικασιών ελέγχου και ανατροφοδότησης στη συλλογή δεδομένων.
- (δ) Εισαγωγή δεικτών ποιότητας σε σχέση με τον τοκετό και την Προωρότητα.
- (ε) Υποστήριξη έρευνας στην περιγεννητική υγεία.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ:

- Εφαρμογή και διεύρυνση ηλεκτρονικής καταχώρησης συλλεγόμενων δεδομένων περιγεννητικής υγείας και παραμετροποίηση αρχείου που θα επιτρέπει την αυτόματη κατηγοριοποίηση κατά Robson.
- Σύσταση διεπιστημονικής ομάδας εργασίας για εισαγωγή επιπλέον παραμέτρων.
- Διασύνδεση αρχείου περιγεννητικής υγείας με τα δεδομένα από τις μονάδες εντατικής νεογνών για παρακολούθηση έκβασης νεογνών με προωρότητα.
- Συστηματοποίηση συλλογής δεδομένων με εφαρμογή διαδικασιών ελέγχου από αρμόδια σώματα όπως εσωτερικές επιτροπές ποιότητας και το Υπουργείο Υγείας.
- Εισαγωγή, προτεραιοποίηση και κατηγοριοποίηση δεικτών ποιότητας από τη διεπιστημονική ομάδα.
- Συγκριτική παρουσίαση και δημοσιοποίηση δεικτών ποιότητας σε τακτά χρονικά διαστήματα, με τους πιο σημαντικούς δείκτες να δημοσιοποιούνται πιο συχνά.
- Παροχή ανατροφοδότησης στους επαγγελματίες υγείας/κλινικές σχετικά με τους δείκτες ποιότητας και επιβράβευση (κίνητρα) σε αυτούς που παρουσιάζουν καλύτερους δείκτες.
- Αξιολόγηση ικανοποίησης από υπηρεσίας υγείας μέσω και της εφαρμογής συστήματος αποτύπωσης θεραπευτικών αποτελεσμάτων όπως καταγράφονται από τους ασθενείς.
- Καθορισμός ερευνητικών προτεραιοτήτων (ερωτημάτων) και αξιοποίηση συνεργασιών με ακαδημαϊκά ιδρύματα.
- Υιοθέτηση μεικτών ερευνητικών μεθόδων για αναγνώριση και ποσοτικοποίηση φαινομένων (ποσοτικές μέθοδοι) αλλά και για εμπλουτισμό της κατανόησης των φαινομένων (ποιοτικές μέθοδοι).

6. Επίλογος

Η Εθνική Στρατηγική για την Προώθηση του Φυσιολογικού Τοκετού και την Πρόληψη της Προωρότητας αναπτύχθηκε με τη συμβολή όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην Κύπρο όπως αρμόδιες υπηρεσίες του κράτους, επιστημονικές εταιρείες, σύλλογοι επαγγελματιών υγείας, πανεπιστημιακές σχολές και οργανώσεις πολιτών καθώς και με τη συνεισφορά ξένων εμπειρογνομόνων. Η συλλογική αυτή προσπάθεια και συνεργασία οδήγησε στη δημιουργία αυτού του εργαλείου που επιτρέπει τη συντονισμένη δράση όλων των αρμόδιων φορέων για τη μείωση των μη ενδεδειγμένων Καισαρικών τομών και των πρόωρων γεννήσεων. Αφού τύχει έγκρισης, η Εθνική Στρατηγική, θα προωθηθεί προς υλοποίηση από τους αρμόδιους φορείς, υπό το γενικό συντονισμό του Υπουργείου Υγείας.

7. Βιβλιογραφία

1. Technical Working Group, World Health Organization. (1997). Care in normal birth: a practical guide. *Birth*, 24(2), 121-123.
2. Υπουργείο Υγείας, Φυσιολογικός τοκετός και μείωση της Προωρότητας για καλύτερη υγεία μητέρας-παιδιού. Ενημερωτικό έντυπο, Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, 2021.
3. Antoniou, E., Orovou, E., Iliadou, M., Sarella, A., Palaska, E., Sarantaki, A., ... & Dagla, M. (2021). Factors associated with the type of cesarean section in Greece and their correlation with international guidelines. *Acta Informatica Medica*, 29(1), 38.
4. Stylianos-Riga, P., Boutsikou, T., Kouis, P., Kinni, P., Krokou, M., Ioannou, A., ... & Iacovidou, N. (2021). Maternal and neonatal risk factors for neonatal respiratory distress syndrome in term neonates in Cyprus: a prospective case-control study. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 129.
5. Kamath, B. D., Todd, J. K., Glazner, J. E., Lezotte, D., & Lynch, A. M. (2009). Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*, 113(6), 1231.
6. Kolokotroni, O., Middleton, N., Gavatha, M., Lamnissos, D., Priftis, K. N., & Yiallourous, P. K. (2012). Asthma and atopy in children born by caesarean section: effect modification by family history of allergies—a population based cross-sectional study. *BMC pediatrics*, 12, 1-9.
7. Chu, S., Chen, Q., Chen, Y., Bao, Y., Wu, M., & Zhang, J. (2017). Cesarean section without medical indication and risk of childhood asthma, and attenuation by breastfeeding. *PLoS One*, 12(9), e0184920.
8. Zhang, S., Qin, X., Li, P., & Huang, K. (2022). Effect of Elective Cesarean Section on Children's Obesity From Birth to Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 793400.
9. Buhimschi, C. S., & Buhimschi, I. A. (2006). Advantages of vaginal delivery. *Clinical obstetrics and gynecology*, 49(1), 167-183.
10. Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., ... & Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, 392(10155), 1349-1357.
11. WHO [Preterm birth Factsheet](#).
12. EURO-PERISTAT indicators of perinatal health. <https://www.europeristat.com/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html#footer>
13. Perin, J., Mulick, A., Yeung, D., Villavicencio, F., Lopez, G., Strong, K. L., ... & Liu, L. (2022). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(2), 106-115.

14. Pearlman, S. A. (2022). Advancements in neonatology through quality improvement. *Journal of Perinatology*, 42(10), 1277-1282.
15. Davidoff, M. J., Dias, T., Damus, K., Russell, R., Bettgowda, V. R., Dolan, S., ... & Petrini, J. (2006, February). Changes in the gestational age distribution among US singleton births: impact on rates of late preterm birth, 1992 to 2002. In *Seminars in perinatology* (Vol. 30, No. 1, pp. 8-15). WB Saunders.
16. Delnord, M., & Zeitlin, J. (2019, February). Epidemiology of late preterm and early term births—An international perspective. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 24, No. 1, pp. 3-10). WB Saunders.
17. Karnati, S., Kollikonda, S., & Abu-Shaweesh, J. (2020). Late preterm infants—Changing trends and continuing challenges. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 7(1), 38-
18. McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2008). Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. *Obstetrics & Gynecology*, 111(1), 35-41.
19. Huff, K., Rose, R. S., & Engle, W. A. (2019). Late preterm infants: morbidities, mortality, and management recommendations. *Pediatric Clinics*, 66(2), 387-402.
20. Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J., Barros, F. C., Juan, L., ... & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341-1348.
21. Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS one*, 11(2), e0148343.
22. [European Perinatal Health Report](#).
23. Robson, M., Hartigan, L., & Murphy, M. (2013). Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 27(2), 297-308.
24. Jenabi, E., Khazaei, S., Bashirian, S., Aghababaei, S., & Matinnia, N. (2020). Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(22), 3867-3872.
25. Elnakib, S., Abdel-Tawab, N., Orbay, D., & Hassanein, N. (2019). Medical and non-medical reasons for cesarean section delivery in Egypt: a hospital-based retrospective study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 1-11.
26. Mossialos, E., Allin, S., Karras, K., & Davaki, K. (2005). An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. *The European Journal of Public Health*, 15(3), 288-295.

27. Del Carmen, G. A., Stapleton, S., Qadan, M., Del Carmen, M. G., & Chang, D. (2020). Does the day of the week predict a cesarean section? A statewide analysis. *Journal of Surgical Research*, 245, 288-294.
28. Visser, G. H., Ayres-de-Campos, D., Barnea, E. R., de Bernis, L., Di Renzo, G. C., Vidarte, M. F. E., ... & Walani, S. (2018). FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. *The Lancet*, 392(10155), 1286-1287.
29. World Health Organization. (2018). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. World Health Organization.
30. Gallagher, L., Smith, V., Carroll, M., Hannon, K., Lawler, D., & Begley, C. (2022). What would reduce caesarean section rates?—Views from pregnant women and clinicians in Ireland. *PLoS One*, 17(4), e0267465.
31. Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., ... & Betran, A. P. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
32. WHO, March of Dimes, PMNCH, Save the Children. 15 million preterm births: Priorities for action based on national, regional and global estimates. In: Howson CP, Kinney MV, Lawn J, eds. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. 2012.
33. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: A systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e37–e46.
34. Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., ... & Lawn, J. E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The lancet*, 379(9832), 2162-2172.
35. Zeitlin, J., Szamotulska, K., Drewniak, N., Mohangoo, A. D., Chalmers, J., Sakkeus, L., ... & Euro-Peristat Preterm Study Group. (2013). Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(11), 1356-1365.
36. Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A. B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52, 3-12.
37. Arnaez, J., Ochoa-Sangrador, C., Caserío, S., Gutiérrez, E. P., Jiménez, M. D. P., Castañón, L., ... & Garcia-Alix, A. (2021). Lack of changes in preterm delivery and stillbirths during COVID-19 lockdown in a European region. *European Journal of Pediatrics*, 180, 1997-2002.
38. Purisch, S. E., & Gyamfi-Bannerman, C. (2017, November). Epidemiology of preterm birth. In *Seminars in perinatology* (Vol. 41, No. 7, pp. 387-391). WB Saunders.

39. Nour, N. M. (2012). Premature delivery and the millennium development goal. *Reviews in obstetrics and gynecology*, 5(2), 100.
40. Stylianou-Riga, P., Kouis, P., Kinni, P., Rigas, A., Papadouri, T., Yiallourous, P. K., & Theodorou, M. (2018). Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case–control study. *Reproductive health*, 15(1), 1-8.
41. Ο περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής [Νόμος του 2015 \(69\(Ι\)/2015\)](#).
42. Chang, H. H., Larson, J., Blencowe, H., Spong, C. Y., Howson, C. P., Cairns-Smith, S., ... & Lawn, J. E. (2013). Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *The Lancet*, 381(9862), 223-234.
43. Barros, F. C., Bhutta, Z. A., Batra, M., Hansen, T. N., Victora, C. G., & Rubens, C. E. (2010). Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 1-36.
44. Care, A., Nevitt, S. J., Medley, N., Donegan, S., Good, L., Hampson, L., ... & Alfirevic, Z. (2022). Interventions to prevent spontaneous preterm birth in women with singleton pregnancy who are at high risk: systematic review and network meta-analysis. *bmj*, 376.
45. Cutting, R. (2018). Single embryo transfer for all. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 53, 30-37.
46. Newnham, J. P., Dickinson, J. E., Hart, R. J., Pennell, C. E., Arrese, C. A., & Keelan, J. A. (2014). Strategies to prevent preterm birth. *Frontiers in immunology*, 5, 584.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πρόγραμμα διήμερου εργαστηρίου για Ανάπτυξη της Εθνικής Στρατηγικής για προώθηση του Φυσιολογικού τοκετού και την πρόληψη της Προωρότητας στην Κύπρο



REPUBLIC OF CYPRUS
MINISTRY OF HEALTH

DEVELOPMENT OF A CYPRUS NATIONAL STRATEGY FOR THE PROMOTION OF NORMAL DELIVERY AND THE PREVENTION OF PRETERM BIRTHS IN CYPRUS

Nicosia, 3rd and 4th April 2023

Date: 3 – 4 April, 2023

Duration: 2 days

Venue: "The Classic Hotel", 94 Rigenis Str., 1513, Nicosia

Language: English and Greek

Number of Participants: approximately 40-45 guests as follows:

- Ministry's staff and other Public Authorities related to the field
- Universities
- Representatives of Health Professionals Organizations
- Health Professionals from State Health Services Organization
- Health Insurance Organization (HIO)
- Council of Medically Assisted Reproduction (CMAR)
- Local Scientists/ Professionals
- NGOs/ Community

Speakers:

- Cyprus Ministry of Health (MOH)
- World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe
- The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)
- Health Insurance Organization (HIO)
- Council of Medically Assisted Reproduction (CMAR)
- Local Scientists / Professionals
- NGOs

WORKSHOP DAY 1: MONDAY, APRIL 3RD, 2023

8:00 – 8:30

REGISTRATION

8:30 – 9:00

OPENING SESSION (Welcome Speeches)

8:30 – 9:00

Dr Popi **NICOLAIDOU KANARI**
Minister of Health, CYPRUS

Dr Jeanne **CONRY**
President of the International Federation of Obstetrics and
Gynaecology (FIGO)

Dr Oleg **KUZMENKO**
World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO
EURO)

9:00 – 10:30	SESSION I - CURRENT SITUATION: VARIOUS PERSPECTIVES
9:00 – 9:40	<p>KEYNOTE PRESENTATIONS:</p> <p><i>Caesarean Section and Preterm Delivery from a high-income country perspective</i></p> <p>Prof. Bo JACOBSSON, International Federation of Obstetrics and Gynaecology (FIGO)</p> <p>Prof. Gerard VISSER, International Federation of Obstetrics and Gynaecology (FIGO)</p> <p><i>(40 minutes)</i></p>
9:40 – 10:00	<p><i>Perinatal health in Cyprus and data comparison with other European countries</i></p> <p>Mrs Theopisti KYPRIANOU, Health Monitoring Unit, Ministry of Health, CYPRUS</p> <p><i>(20 minutes)</i></p>
10:00 – 10:30	<p><i>Non-clinical interventions in reducing unnecessary caesarean sections: The role of the Health Insurance Organisation as part of a multi-stakeholder approach</i></p> <p>Dr Monica KYRIACOU, Senior Officer, Health Insurance Organisation</p> <p><i>The Practice of Obstetrics in Cyprus</i></p> <p>Dr Gabriel KALAKOUTIS, Cyprus Gynaecological and Obstetrics Society</p> <p><i>Late preterms the great imposters: a rising concern in Cyprus</i></p> <p>Dr Christina KARAOLI, Cyprus Paediatric Society, Cyprus Society of Perinatal Medicine</p> <p><i>The Midwives in the Health Care System and the consequences of high medicalization for midwifery community</i></p> <p>Mrs Maria PANAYIOTOU, Cyprus Nurses and Midwives Association (CYNMA)</p> <p><i>Shared decision-making at the core of Respectful Maternity Care</i></p> <p>Mrs Ioli ORPHANIDE, Cyprus Federation of Patients Associations</p> <p><i>Early promotion of normal delivery and prevention of prematurity – School Health Services</i></p> <p>Dr Irene COTTER, Medical and Public Health Services, Ministry of Health, CYPRUS</p> <p><i>(30 minutes)</i></p>
10:30 – 11:00	Coffee Break

11:00 – 13:00	SESSION II
11.00 - 11.20	<p>KEYNOTE PRESENTATION</p> <p><i>The role of a health system in reducing unnecessary C-sections - examples of other countries</i></p> <p>Dr Oleq KUZMENKO, WHO Regional Office for Europe</p> <p><i>(20 minutes)</i></p>
11:20 – 11:40	<p><i>Legislation related to the Medically Assisted Reproduction in Cyprus</i></p> <p>Christina ZIKKOU Chair of the Council of Medically Assisted Reproduction (CMAR)</p> <p><i>(20 minutes)</i></p>
11:40 – 13:00	<p>PARALLEL SESSIONS – SWOT ANALYSIS – CURRENT SITUATION</p> <p>GROUP 1: National Health System GROUP 2: Health Professionals GROUP 3: Public awareness GROUP 4: Monitoring and Research Data</p> <p><i>(80 minutes)</i></p>
13:00 – 14:00	Lunch Break
14:00 – 15:00	SESSION III
14:00 – 15:00	<p>REPORTING BACK (15 minutes / Group)</p> <p>DISCUSSION</p> <p><i>(60 minutes)</i></p>
15:00	<p>CLOSING REMARKS</p> <p>END OF DAY 1</p>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

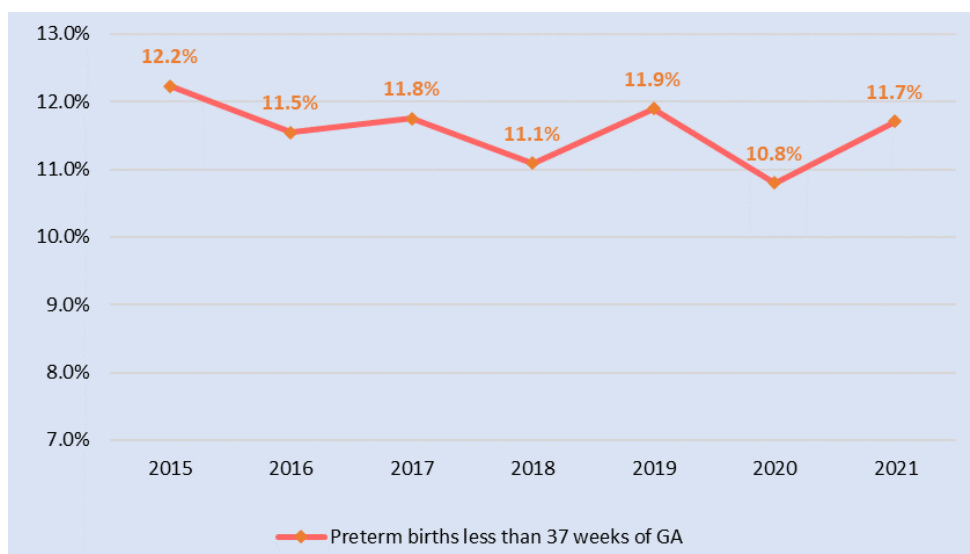
Κύριοι πίνακες και γραφήματα για Καισαρικές τομές και Πρόωρες γεννήσεις στην Κύπρο

Δεδομένα έκθεσης Euro-Peristat European Perinatal Health Report (2019): Ποσοστό Πρόωρων τοκετών και Καισαρικών τομών

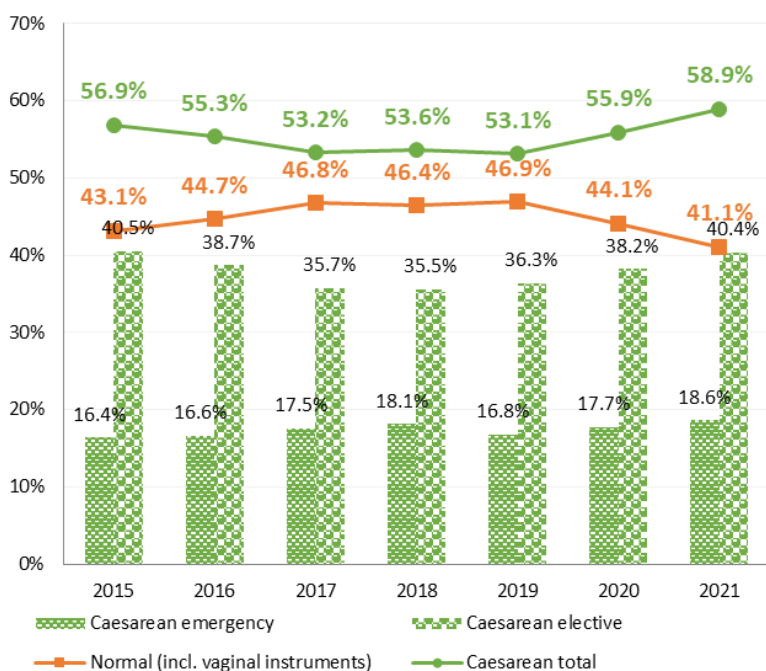
EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT							
Summary table of key indicators in 2019							
Country	Total births N	Stillbirth per 1000 total births		Neonatal mortality per 1000 live births		Preterm birth % of live births	Caesarean section % of total births
		>=24 weeks	>=28 weeks	>=22 weeks	>=24 weeks		
Austria	84 429	2.7	2.2	1.7	1.3	7.4	30.0
Belgium	117 663	4.4	3.2	2.6	2.1	8.1	21.5
Croatia	36 635	4.0	3.2	3.0	2.2	6.5	26.2
Cyprus	9 799	4.7	3.2	2.0	1.7	11.3	53.1
Czech Republic	112 633	3.2	2.7	1.6	1.3	6.9	24.5
Denmark	60 779	2.2	1.9	1.6	1.1	5.9	20.3
Estonia	13 900	1.8	1.7	0.9	0.8	5.7	19.4
Finland	45 866	2.4	2.0	1.4	1.2	5.3	17.9
France	714 335	3.6	2.8	—	—	6.9	20.9
Germany	763 946	3.4	2.7	—	—	8.1	31.8
Hungary	89 573	4.3	3.7	2.2	2.0	8.3	41.5
Iceland	4 452	3.2	2.5	0.5	0.5	6.6	16.6
Ireland	59 592	4.0	2.9	2.3	—	6.8	34.8
Italy	422 184	2.7	2.2	1.7	—	7.5	33.0
Latvia	18 703	3.7	3.2	2.3	1.8	5.6	22.5
Lithuania	24 796	4.0	3.3	2.4	2.1	5.3	20.9
Luxembourg	7 208	3.2	2.0	—	—	7.0	30.4
Malta	4 455	3.2	2.5	4.3	3.8	7.4	31.9
Netherlands	164 291	3.1	2.3	3.0	2.1	6.5	17.4
Norway	55 214	2.5	2.0	1.2	1.1	6.1	16.4
Poland	374 978	2.9	2.3	2.7	2.2	7.2	44.4
Portugal	87 319	2.9	2.3	—	—	8.0	—
Slovakia	57 401	4.2	3.5	—	—	7.2	30.1
Slovenia	19 256	2.0	1.4	0.7	0.6	7.2	21.9
Spain	361 749	3.0	2.5	2.1	—	7.1	25.7
Sweden	116 082	3.0	2.5	1.3	1.0	5.4	18.2
Switzerland	86 368	2.8	2.3	2.4	1.4	6.8	—
UK: MBRRACE	717 654	3.3	2.5	2.2	1.7	7.8	—
UK: England and Wales ¹	641 808	3.5	2.6	2.7	1.4	7.8	—
UK: Northern Ireland ¹	22 641	3.5	2.7	3.3	2.8	7.5	32.7
UK: Scotland ¹	48 876	3.3	2.7	1.7	1.4	8.6	35.5
UK: Wales ¹	28 994	4.2	3.1	—	—	8.0	28.3
Median		3.2	2.5	2.1	1.5	6.9	26.0
Interquartile range		2.8-3.8	2.2-2.9	1.5-2.4	1.1-2.1	6.4-7.4	20.7-32.1
Range		1.8-4.7	1.4-3.7	0.5-4.3	0.5-3.8	5.3-11.3	16.4-53.1

NOTE: (1) When data are available for the UK, UK countries are not included in the calculation of summary statistics.

Δεδομένα Μονάδας Παρακολούθησης Υγείας: Ποσοστά Πρόωρων τοκετών στην Κύπρο (2015 – 2021)



Δεδομένα Μονάδας Παρακολούθησης Υγείας: Ποσοστά Φυσιολογικού τοκετού και Καισαρικής τομής στην Κύπρο (2015 - 2021)



Σύστημα ταξινόμησης 10 ομάδων κατά Robson: Σύγκριση δεδομένων μεταξύ Κύπρου και Ευρωπαϊκού Δικτύου Euro-Peristat

Ομάδα Robson	Περιγραφή πληθυσμού	2019 (Κύπρος)	2019 (ελάχιστο)	2019 (μέσος όρος)	2019 (μέγιστο)	2020 (Κύπρος)
1	Άτοκος, κεφαλικό, ≥37 εβδομάδες, σε αυτόματο τοκετό	24.6%	7.7%	13.0%	24.6%	26.7%
2	Άτοκος, κεφαλικό, ≥37 εβδομάδες, πρόκληση τοκετού ή ΚΤ πριν τον τοκετό	62.6%	27.5%	37.6%	62.6%	68.1%
3	Πολύτοκες (εξαιρείται προηγηθείσα ΚΤ), κεφαλικό, ≥37 εβδομάδες, σε αυτόματο τοκετό	6.8%	1.3%	2.9%	6.8%	6.7%
4	Multiparous without a previous uterine scar, with single cephalic pregnancy, >=37 weeks, induced or CS labour	29.1%	8.2%	17.6%	33.7%	33.7%
5	Προηγηθείσα ΚΤ, κεφαλικό, ≥37 εβδομάδες	91.6%	46.6%	70.3%	91.6%	93.4%
6	Όλες οι άτοκες με ισχιακή προβολή	94.4%	73.3%	90.5%	97.1%	97.3%
7	Όλες οι πολύτοκες με ισχιακή προβολή (συμπεριλαμβάνεται προηγηθείσα ΚΤ)	97.1%	63.0%	84.5%	100.0%	94.5%
8	Όλες οι πολύτοκες (συμπεριλαμβάνεται προηγηθείσα ΚΤ)	93.7%	43.5%	67.3%	93.7%	95.5%
9	Όλες οι ανώμαλες θέσεις (συμπεριλαμβάνεται προηγηθείσα ΚΤ)	96.4%	52.9%	84.1%	100.0%	93.9%
10	Όλες οι μονήρεις κήσεις, <37 εβδομάδες (συμπεριλαμβάνεται προηγηθείσα ΚΤ)	66.1%	23.6%	36.6%	66.1%	67.7%
Σύνολο		53.1%	16.4%	26.1%	53.1%	55.9%

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Ανάλυση SWOT

Άξονας Δράσης	Strengths	Weaknesses	Opportunities	Threats
<p>1^{ος} Άξονας Δράσης: Εθνικό Σύστημα Υγείας – Ανάπτυξη Πολιτικών – Βελτίωση Ποιότητας</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Μικρή χώρα-εύκολα ελεγχόμενη. - Εύκολη πρόσβαση στη φροντίδα. - Υψηλή διαθεσιμότητα γυναικολόγων/μαιευτήρων. 	<ul style="list-style-type: none"> -Μη επαρκής αριθμός μαιών. -Το νομικό σύστημα δεν διαχωρίζει μεταξύ επιπλοκής και λάθους. -Δεν υπάρχει πάντα εξειδικευμένος ιατροδικαστής για να διενεργήσει νεκροψία. -Αντισύλληψη εκτός ΓεΣΥ. 	<ul style="list-style-type: none"> -Παρακολούθηση-καλά διαθέσιμα δεδομένα για παραγωγή πολιτικής μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος ΟΑΥ. -Εξισορρόπηση αποζημίωσης από ΓεΣΥ για Φυσιολογικό τοκετό και Καισαρική. -Εισαγωγή κατευθυντήριων οδηγιών σε συνεργασία με οργανισμό NICE, ACOG, WAPM ΕΑΡΜ (διαδικασία που περιλαμβάνει και δείκτες ποιότητας) -Εισαγωγή θεσμικού πλαισίου για τεκμηριωμένης ενημέρωσης και γραπτής συγκατάθεσης. 	<ul style="list-style-type: none"> -Η εφαρμογή του ΓεΣΥ αύξησε τον αριθμό γεννήσεων σε ορισμένες κλινικές και μείωσε σε ΟΚΥΠΥ. -Αμοιβή γυναικολόγου/μαιευτήρα διαφοροποιείται ανάλογα με κλινική-η κλινική αμείβει τον/τη γυναικολόγο/μαιευτήρα όσο θέλει. -Μικρές μονάδες/κλινικές: θα πρέπει να υπάρχει ελάχιστος αριθμός γεννήσεων ετησίως, για να υπάρχει η απαραίτητη εμπειρία στο αντικείμενο. -Ελλιπής έλεγχος συστήματος: εντατικές μονάδες νοσηλείας στις κλινικές χωρίς να διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό. -Δεν υπάρχει υποχρεωτική 2η γνώμη για Καισαρική τομή. -Δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο για την περίπτωση ιατρικής αμέλειας.

<p>2^{ος} Άξονας Δράσης: Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας</p>	<p>-Συνεχιζόμενη εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας-Υπάρχει στις μαιές βάση νομοθεσίας.</p>	<p>-Έλλειψη εκπαίδευσης στον Φυσιολογικό τοκετό.</p>		<p>-Επικρατεί το Ιατρικό Μοντέλο Φροντίδας. -Δεν υπάρχει έλεγχος και ανατροφοδότηση για Καισαρική τομή.</p>
<p>3^{ος} Άξονας Δράσης: Ενημέρωση του Κοινού</p>	<p>-Εφαρμόζονται προγράμματα διαφωτιστικών διαλέξεων για εγκύους και μέλλοντες γονείς από το Υπουργείο Υγείας και τον ΟΚΥΠΥ. -Ορισμένες ιδιωτικές/μαιευτικές κλινικές οργανώνουν διαλέξεις/σεμινάρια για τις έγκυες γυναίκες και εργαστήρια/σεμινάρια για τον Φυσιολογικό τοκετό. -Υποστήριξη Γραφείου Τύπου και Πληροφοριών για ενημέρωση του κοινού γι' αυτά τα προγράμματα.</p>	<p>- Πιθανό οι ιατροί να μην είναι οι καταλληλότεροι για την ενημέρωση των γυναικών.</p>	<p>-Διάθεση ενημερωτικού υλικού—έντυπου και άλλου σε ιστοσελίδες Υπουργείου Υγείας, επιστημονικών συλλόγων, Baby Buddy, κοκ. -Υφιστάμενα Προγράμματα Αγωγής Υγείας (από την Προδημοτική μέχρι τη μέση εκπαίδευση). -Αναφορά σε Μητρικό Θηλασμό και γονεϊκό ρόλο. -Αλλαγή μεθοδολογικής προσέγγισης (βιωματική και ενεργητική μάθηση). -Ανάγκη ενίσχυσης ομάδας αγωγής υγείας και Σχολιατρικής Υπηρεσίας. -Νομοθεσία για σεξουαλική αγωγή.</p>	

			<p>-Συνεργασία με ΜΜΕ και αναγνωρίσιμα άτομα όπως π.χ. δημοσιογράφους, παρουσιαστές και ηθοποιούς.</p> <p>-Εμπλοκή νέων εφήβων και παιδιών.</p>	
<p>4ος Άξονας Δράσης: Επιτήρηση και Έρευνα</p>	<p>-Ικανοποιητικό υφιστάμενο σύστημα συλλογής και παρακολούθησης δεδομένων.</p> <p>-Ψηφιοποίηση σε εξέλιξη.</p>	<p>-Δεν ολοκληρώθηκε η ψηφιοποίηση.</p> <p>-Δεν συλλέγονται δεδομένα σε επίπεδο μεμονωμένου επαγγελματία υγείας.</p> <p>-Εκκρεμεί η εισαγωγή παραμέτρων για κατηγοριοποίηση κατά Robson.</p> <p>-Μη βέλτιστη συχνότητα και ο χρόνος δημοσίευσης της αναφοράς για περιγεννητική υγεία.</p> <p>-Απουσία πληροφοριών για συμβουλευτική διαδικασία.</p> <p>-Απουσία πληροφοριών σε σχέση με την απόφαση και το χρόνο της Καισαρικής τομής</p>	<p>-Ανάπτυξη δεικτών ποιότητας.</p> <p>-Διαθέσιμα δεδομένα σε επίπεδο μαιευτηρίου.</p> <p>-Συλλογή δεδομένων για συμβουλευτική διαδικασία.</p> <p>-Δυνατότητα περαιτέρω αλληλεπίδρασης χρηστών και Μονάδας Παρακολούθησης Υγείας.</p>	<p>-Η δημοσίευση δεδομένων και δεικτών στο ευρύ κοινό σε επίπεδο μαιευτικής μονάδας μπορεί να προκαλέσει αντίδραση από τους εμπλεκόμενους παρόχους υγείας.</p>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Αναλυτική παρουσίαση προτεινόμενων μέτρων ανά άξονα Δράσης

Άξονας Δράσης	Προτεινόμενα Μέτρα	Αρμόδιος Φορέας Υλοποίησης
1 ^{ος} Άξονας Δράσης: Εθνικό Σύστημα Υγείας – Ανάπτυξη Πολιτικών – Βελτίωση Ποιότητας	Εισαγωγή Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών / Πρωτοκόλλων και Δεικτών Ποιότητας για τον τοκετό από Υπουργείο Υγείας και ΟΑΥ.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΟΑΥ
	Διασύνδεση από τον ΟΑΥ της αποζημίωσης του νοσηλευτηρίου/ γυναικολόγου/ μαιευτήρα, με τεκμηρίωση της Καισαρικής τομής (απουσία ιατρικής ένδειξης) ή του πρόωρου τοκετού.	ΟΑΥ
	Τροποποίηση του περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμου, για υποχρεωτική μεταφορά μόνο ενός εμβρύου, εκτός από εξαιρέσεις που θα αφορούν μεταφορά δύο εμβρύων και που θα καθοριστούν αυστηρά με τη συμβολή και της Γυναικολογικής-Μαιευτικής Εταιρείας και της Περιγεννητικής Εταιρείας.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
	Συμπερίληψη της υποχρεωτικής δημοσιοποίησης δεικτών ποιότητας που σχετίζονται με τη μαιευτική και περιγεννητική φροντίδα σε νομοθεσία.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
	Διασύνδεση ελάχιστου αριθμού τοκετών που μπορεί να διενεργεί μια κλινική σύμφωνα με τον αριθμό των ιατρών, νοσηλευτών και μαιών που εργοδοτεί.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
	Εξέταση της πιθανότητας εισαγωγής ελάχιστου ποσοστού Φυσιολογικών τοκετών επί του συνόλου των τοκετών ανά έτος ή εισαγωγή ελάχιστου ποσοστού μείωσης των Καισαρικών τομών επί του συνόλου των τοκετών ανά έτος, σε κάθε κλινική για ανανέωση της αδειοδότησής της.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
	Επιβράβευση σε μονάδες που επιτυγχάνουν αύξηση του ποσοστού Φυσιολογικού τοκετού και μείωση του ποσοστού Καισαρικών τομών και Προωρότητας με διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας.	ΟΑΥ

	Τροποποίηση του περί Ιατρών Νόμου, ώστε η ιατρική αμέλεια να εντάσσεται στο αστικό και όχι ποινικό δίκαιο, με τη διενέργεια της ιατροδικαστικής εξέτασης να εξαρτάται από την επιθυμία του ιατρού ή των γονέων στα πλαίσια διαφορικής διάγνωσης ή ακόμα και για εκπαιδευτικούς σκοπούς.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
	Θέσπιση ενιαίου πλαισίου τεκμηριωμένης ενημέρωσης και γραπτής συγκατάθεσης.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
	Σύσταση παραπομπής σε μαία/μαιευτή, μετά τη 12η εβδομάδα κύησης.	ΟΑΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΣΥΛΛΟΓΟΙ
2ος Άξονας Δράσης: Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας	Διασύνδεση της ανανέωσης άδειας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος με μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από παρακολούθηση σεμιναρίων, πρακτικών εργαστηρίων και άλλων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
	Εκπαίδευση της διαεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας σε κατευθυντήριες οδηγίες για διενέργεια Καισαρικής τομής, Φυσιολογικού τοκετού και διαχείριση Προωρότητας.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ- ΚΕΝΤΡΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ
	Εκπαίδευση σε μικτό μοντέλο παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας με περαιτέρω έμφαση στον ρόλο των μαιευτήρων/μαιών/μαιευτών.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΟΑΥ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΑΙΩΝ
	Εκπαίδευση και συλλογή εμπειρίας από ιατρούς και μαίες σε Μαιευτικά Κέντρα του εξωτερικού.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΟΚΥπΥ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΣΥΝΜ
	Επιχορήγηση της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης από αρμόδιους φορείς.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ & ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ ΟΑΥ

	Έλεγχος του περιεχομένου της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης από επαγγελματικούς και επιστημονικούς συλλόγους/συνδέσμους.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΣΥΝΜ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ
3^{ος} Άξονας Δράσης: Ενημέρωση του Κοινού	Ένταξη της προώθησης του Φυσιολογικού τοκετού στο Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και στη μεταρρύθμιση που αφορά την εισαγωγή μαθήματος Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας στη δημόσια και ιδιωτική εκπαίδευση.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΛΑΙΑΣ ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΑΙΩΝ
	Εκπαίδευση εγκύων γυναικών και των μελών των οικογενειών τους, συντονισμένα και Παγκύπρια, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
	Ενημέρωση προς έγκυες γυναίκες για τη δυνατότητα 6 δωρεάν επισκέψεων σε μαιά/μαιευτή μέσω του ΓεΣΥ μετά από παραπομπή γυναικολόγου/μαιευτήρα.	ΟΑΥ ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΑΙΩΝ ΜΚΟ
	Εντοπισμός και αξιοποίηση ευαισθητοποιημένων αναγνωρίσιμων πολιτών (π.χ. ηθοποιών/δημοσιογράφων) (champions) για προαγωγή της Εθνικής Στρατηγικής.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
	Οργάνωση εκστρατειών επικοινωνίας και διαδικτυακών σεμιναρίων με ενεργή συμμετοχή νέων, εφήβων και παιδιών. Αξιοποίηση ΜΜΕ και ΜΚΔ σε συνδυασμό με τη χρήση εναλλακτικών τρόπων διάχυσης πληροφορίας (βιντεάκια, animations).	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

	Συνεργασία με πανεπιστήμια και άλλους επιστημονικούς φορείς για παραγωγή ενημερωτικού υλικού.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΜΚΟ
4^{ος} Άξονας Δράσης: Επιτήρηση και Έρευνα	Εφαρμογή και διεύρυνση ηλεκτρονικής καταχώρησης συλλεγόμενων δεδομένων περιγεννητικής υγείας και παραμετροποίηση αρχείου που θα επιτρέπει την αυτόματη κατηγοριοποίηση κατά Robson.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
	Σύσταση διεπιστημονικής ομάδας εργασίας για εισαγωγή επιπλέον παραμέτρων.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ
	Διασύνδεση αρχείου περιγεννητικής υγείας με τα δεδομένα από τις μονάδες εντατικής νεογνών για παρακολούθηση έκβασης νεογνών με Προωρότητα.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΟΚΥΠΥ
	Συστηματοποίηση συλλογής δεδομένων με εφαρμογή διαδικασιών ελέγχου από αρμόδια σώματα όπως εσωτερικές επιτροπές ποιότητας και το Υπουργείο Υγείας.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΟΑΥ ΟΚΥΠΥ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ
	Εισαγωγή, προτεραιοποίηση και κατηγοριοποίηση δεικτών ποιότητας από τη διεπιστημονική ομάδα.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΟΑΥ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ

Συγκριτική παρουσίαση και δημοσιοποίηση δεικτών ποιότητας σε τακτά χρονικά διαστήματα, με τους πιο σημαντικούς δείκτες να δημοσιοποιούνται πιο συχνά.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΟΑΥ
Παροχή ανατροφοδότησης στους επαγγελματίες υγείας/κλινικές σχετικά με τους δείκτες ποιότητας και επιβράβευση (κίνητρα) σε αυτούς που παρουσιάζουν καλύτερους δείκτες.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΟΑΥ
Αξιολόγηση ικανοποίησης από υπηρεσίες υγείας μέσω και της εφαρμογής συστήματος αποτύπωσης θεραπευτικών αποτελεσμάτων όπως καταγράφονται από τους ασθενείς.	ΟΑΥ
Καθορισμός ερευνητικών προτεραιοτήτων (ερωτημάτων) και αξιοποίηση συνεργασιών με ακαδημαϊκά ιδρύματα.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ
Υιοθέτηση μεικτών ερευνητικών μεθόδων για αναγνώριση και ποσοτικοποίηση φαινομένων (ποσοτικές μέθοδοι) αλλά και για εμπλουτισμό της κατανόησης των φαινομένων (ποιοτικές μέθοδοι).	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΚΕΝΤΡΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ

Δρ Όλγα ΚΑΛΑΚΟΥΤΑ, Υπουργείο Υγείας

Χρύσω ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΟΥ, Υπουργείο Υγείας

ΣΥΝΘΕΣΗ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Δρ Παναγιώτης ΚΟΥΗΣ, Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΥΛΗΣ

AD HOC ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ

Δρ Όλγα ΚΑΛΑΚΟΥΤΑ, Υπουργείο Υγείας

Χρύσω ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΟΥ, Υπουργείο Υγείας

Θεοπίστη ΚΥΠΡΙΑΝΟΥ, Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας

Δρ Ειρήνη ΚΟΤΤΕΡ, Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Στέλλα ΛΕΟΝΤΙΟΥ, Νοσηλευτικές Υπηρεσίες

Ιφιγένεια ΚΑΜΜΙΤΣΗ, Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ)

Δρ Γαβριήλ ΚΑΛΑΚΟΥΤΗΣ, Γυναικολογική/Μαιευτική Εταιρεία Κύπρου

Δρ Χριστίνα ΚΑΡΑΟΛΗ, Παιδιατρική Εταιρεία Κύπρου/ Εταιρεία Περιγεννητικής Ιατρικής Κύπρου

Μαρία ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ, Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών

Ιόλη ΟΡΦΑΝΙΔΟΥ, Ομοσπονδία Συνδέσμων Ασθενών Κύπρου (ΟΣΑΚ)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ACKNOWLEDGEMENTS

Ευχαριστίες για την πολύτιμη συνεισφορά τους στην ολοκλήρωση της Εθνικής Στρατηγικής:

We are grateful for their valuable contribution towards the National Strategy development:

*Dr Oleg **KUZMENKO**, World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO/EUROPE)*

*Prof. Bo **JACOBSSON**, International Federation of Obstetrics and Gynaecology (FIGO)*

*Prof. Gerard **VISSER**, International Federation of Obstetrics and Gynaecology (FIGO)*