



**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών
Υγείας**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

**Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα σε
Ελλάδα και Ευρώπη**

Ειρήνη Μ. Παναγιωτάκη

Επιβλέπων:

**Καθηγητής Τάσος Φιλαλήθης
Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής
Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστήμιο Κρήτης**

Ηράκλειο, Μάρτιος 2012

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μαιευτική φροντίδα αφορά σε υπηρεσίες περίθαλψης της εγκύου αλλά και στη φροντίδα της κατά τη διάρκεια του τοκετού και της λοχείας. Σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, οι μαίες είτε απουσιάζουν, είτε υπάρχουν μόνο σε μεγάλα νοσοκομεία όπου λειτουργούν ως βοηθοί των μαιευτήρων, γεγονός που οφείλεται στην ιατροποίηση της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης και του τοκετού αλλά και στην απεμπόληση επαγγελματικών δικαιωμάτων τους από τις ίδιες τις μαίες. Σε μερικές μόνο ευρωπαϊκές χώρες, οι μαίες είναι πλήρως υπεύθυνες για τη φροντίδα της φυσιολογικής εγκυμοσύνης, του φυσιολογικού τοκετού και της λοχείας, είτε στο σπίτι είτε στο νοσοκομείο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να προβεί σε μια συγκριτική ανάλυση της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα, τη Γερμανία και τη Γαλλία.

Μέθοδος: Διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση, μέσω διαδικτύου, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus και μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar, για το χρονικό διάστημα 1989 – 2010, με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: «maternity care, primary maternity, primary health care, perceptions of health, maternity care in Europe, maternity care in France, maternity care in German, maternity care in Greece, maternal mortality». Από το σύνολο των 70 άρθρων, που επιλέχθηκαν προς μελέτη, αποκλείστηκαν 47 και περιλήφθηκαν 23 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες.

Αποτελέσματα: Στην Ελλάδα οι μαιευτικές υπηρεσίες παρέχονται είτε από δημόσια νοσοκομεία είτε από ιδιωτικές κλινικές. Ωστόσο τα ζευγάρια προτιμούν τον τοκετό σε ιδιωτικό μαιευτήριο, προκειμένου να βρίσκονται σε ένα όμορφο και πολιτισμένο περιβάλλον, με υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμό. Στη Γερμανία ο τοκετός διεξάγεται κυρίως σε ιδιωτικά ιατρεία. Οι μαίες έχουν σημαντικό ρόλο στην προγεννητική φροντίδα και μπορούν να δουλεύουν μόνες τους σε ανεξάρτητα ιατρεία, κάτι που δεν ισχύει στην Ελλάδα. Στη Γαλλία, οι περισσότερες γυναίκες γεννούν στο νοσοκομείο. Έχουν επίσης το δικαίωμα να επιλέξουν εάν θα τις φροντίσει μαία, ιατρός γυναικολόγος ή μαιευτήρας-γυναικολόγος. Τέλος υπάρχει η δυνατότητα, οι γυναίκες να λαμβάνουν μετά τον τοκετό κατ' οίκον επισκέψεις από ανεξάρτητη μαία ή μαία που απασχολείται στο νοσοκομείο που διενεργεί κατ' οίκον επισκέψεις.

Συμπεράσματα: Και οι τρεις χώρες διαφοροποιούνται κατά πολύ στη μαιευτική φροντίδα.

ABSTRACT

Introduction: The obstetrical care is referred to a pregnant woman's health care services and care during normal childbirth. In many developed and developing countries, midwives are either absent, or exist only in large hospitals where they work as assistants to obstetricians. In a few European countries, midwives are fully responsible for the care of normal pregnancy and childbirth, either at home or in hospital.

Purpose: The purpose of this paper is to undertake a comparative analysis of primary maternity care in Greece, Germany and France.

Methods: Conducted literature search, internet, electronic databases Pubmed and Scopus through the search engine Google Scholar, for the period 1989 – 2010, with the following keywords: «maternity care, primary maternity, primary health care, perceptions of health, maternity care in Europe, maternity care in France, maternity care in Germany, maternity care in Greece, maternal mortality». From a total of 70 articles, 47 were excluded and included 23 primary research studies.

Results: In Greece, the obstetric services are provided by either public hospitals or private clinics. However, couples prefer giving birth at a private hospitals, as they are usually located in beautiful and civilized environments, with high tech equipment. In Germany, the birth takes place mainly in private clinics. Midwives have an important role in prenatal care and they can work independently at their own clinics, something that does not apply in Greece. In France, most women give birth in hospitals. They also have the right to choose whether to seek a midwife, doctor or gynecologist, obstetrician-gynecologist. Finally, there is the possibility that women receive postpartum home visits by an independent midwife or midwife who is employed at the hospital carrying out home visits.

Conclusion: All three countries differ greatly in obstetric care.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη	7
1.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	7
1.1.1 Ιστορική αναδρομή.....	7
1.1.2 Περιγραφή γενικού πλαισίου συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	9
1.1.3 Τυπολογία των υγειονομικών συστημάτων.....	11
1.1.4 Τα γενικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας	12
1.1.5 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο σύστημα υγείας.....	18
1.1.5.1 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο σύστημα υγείας	19
1.1.6 Τα οφέλη για τον ευρύτερο χώρο της υγείας	21
1.1.7 Η σύγχρονη φροντίδα υγείας και οι σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία	22
1.2 Το σύστημα υγείας και ασφάλισης στην Ευρώπη	24
1.2.1 Ιστορική αναδρομή της μαιευτικής φροντίδας.....	24
1.2.2 Προγεννητικός έλεγχος	27
1.2.3 Μητρική θνησιμότητα.....	32
1.2.4 Ιατρικοποίηση του τοκετού	38
1.2.5 Ιστορική αναδρομή της μαιευτικής φροντίδας στην Ευρώπη	39
1.2.6 Ευρωπαϊκά οικονομικά συστήματα	45
1.2.7 Το σύστημα υγείας και ασφάλισης στη Γαλλία	48
1.2.8 Το σύστημα υγείας και ασφάλισης στη Γερμανία	49
Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία.....	51
2.1 Σκοπός έρευνας	51
2.2 Μέθοδος	51
Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα	53
3.2 Η προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα στις χώρες της Ευρώπης	53
3.2.1 Ο τομέας της μαιευτικής.....	53
3.2.2 Γερμανία	55
3.2.2 Γαλλία.....	56
3.2.3 Ελλάδα.....	57
3.3 Αρμοδιότητες μαιών	60
3.3.1 Γερμανία	60
3.3.2 Γαλλία.....	61
3.3.3 Ελλάδα.....	61
3.4 Οικονομικά Θέματα. Σύστημα Ασφάλισης Υγείας στις χώρες της Ευρώπης	62
3.4.1 Γερμανία	62
3.4.2 Γαλλία.....	64
3.4.3 Ελλάδα.....	66
3.5 Εκπαίδευση Μαιών.....	69
3.5.1 Γερμανία	69
3.5.2 Γαλλία.....	70
3.5.3 Ελλάδα.....	70

3.6 Αριθμός επαγγελματιών μαιών	71
3.6.1 Γερμανία	71
3.6.2 Γαλλία.....	72
3.6.3 Ελλάδα.....	72
3.7 Μοντέλα Συνεργατικής Μητρικής Μέριμνας.....	73
3.7.1 Γερμανία	73
3.7.2 Γαλλία.....	73
3.7.3 Ελλάδα.....	74
3.8 Εργασιακή ικανοποίηση μαιών	75
3.8.1 Γερμανία	75
3.8.2 Γαλλία.....	76
3.8.3 Ελλάδα.....	77
3.9 Ικανοποίηση γυναικών από τη μαιευτική φροντίδα	78
3.10 Συγκριτικοί πίνακες της μαιευτικής φροντίδας στις τρεις χώρες της Ευρώπης (Γαλλία, Γερμανία και Ελλάδα)	79
<i>Συμπεράσματα</i>	<i>81</i>
<i>Αντί επιλόγου</i>	<i>84</i>
<i>Βιβλιογραφία</i>	<i>85</i>

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να προβεί σε μια συγκριτική ανάλυση της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Συγκεκριμένα θα μελετηθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και συγκεκριμένα η μαιευτική φροντίδα στην Ελλάδα και σε δύο άλλες χώρες της Ευρώπης, τη Γερμανία και τη Γαλλία, αποσκοπώντας στο τέλος της εργασίας να γίνει μια σύγκριση μεταξύ Ελλάδας και Ευρώπης.

Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίχθηκε στη βιβλιογραφική αναζήτηση, μέσω διαδικτύου, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus και μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar, για το χρονικό διάστημα 1989 – 2010, με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: «maternity care, primary maternity, primary health care, perceptions of health, maternity care in Europe, maternal mortality».

Η εργασία αποτελείται από τρία κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο μελετά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, παρουσιάζοντας το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα οφέλη από τον ευρύτερο χώρο της υγείας και τέλος τη σύγχρονη φροντίδα υγείας και τις σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία. Επίσης στο ίδιο κεφάλαιο μελετάται το σύστημα υγείας και ασφάλισης στην Ευρώπη, εστιάζοντας σε δύο ευρωπαϊκές χώρες, τη Γαλλία και τη Γερμανία. Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει τη μεθοδολογία στην οποία στηρίχθηκε η διεξαγωγή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, το σκοπό και την υπόθεση της έρευνας.

Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, τα οποία κωδικοποιήθηκαν σε εννέα άξονες, οι οποίοι είναι: ιστορική αναδρομή της μαιευτικής φροντίδας, προγεννητικός έλεγχος, προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα, αρμοδιότητες μαιών, οικονομικά θέματα/Σύστημα Ασφάλισης Υγείας στις χώρες της Ευρώπης, εκπαίδευση μαιών, αριθμός επαγγελματιών μαιών, μοντέλα συνεργατικής μητρικής μέριμνας και εργασιακή ικανοποίηση μαιών.

Στο τέλος της εργασίας παρατίθενται τα τελικά μας συμπεράσματα.

Κεφάλαιο 1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη

1.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

1.1.1 Ιστορική αναδρομή

Η ιστορική καταγραφή της εξέλιξης των υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, ξεκινά στις αρχές του 20ου αιώνα με το ελληνικό κράτος να διανύει μια περίοδο πολιτειακής αστάθειας και έλλειψης οικονομικών πόρων. Οι πόλεμοι, η Μικρασιατική Καταστροφή, η οικονομική κρίση οδήγησαν τον πληθυσμό στη φτώχεια και την εξαθλίωση. Οι κυβερνήσεις περιορίζονταν συνήθως στην καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων. Το 1922 με τον νόμο 2882 ιδρύθηκε το «Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης», η χώρα διαιρέθηκε σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, ενώ για κάθε νομό προβλεπόταν η σύσταση υγειονομικού συμβουλίου. Οι περιορισμένες όμως οικονομικές δυνατότητες του κράτους δεν επέτρεψαν σημαντικές αλλαγές (Τριχόπουλος, 1982).

Η γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος προκάλεσαν μεγάλες καταστροφές στην χώρα, με τις υπηρεσίες παροχής υγείας να στερούνται οργάνωσης και αποτελεσματικότητας. Το 1953 με την ψήφιση του Ν.Δ. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» από την κυβέρνηση Παπάγου επιχειρείται για πρώτη φορά η θέσπιση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Μεταξύ των άλλων προέβλεπε την αποκέντρωση του συστήματος με τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και την ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την δημιουργία υγειονομικών σταθμών (Karokis & Sissouras, 1994).

Το 1961 συστάθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) με στόχο την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού. Ακολούθησε η περίοδος της δικτατορίας χωρίς ιδιαίτερες εξελίξεις στον τομέα της φροντίδας υγείας πλην της καθιέρωσης της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ο «Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής» του υπουργού υγείας της δικτατορίας που προέβλεπε την ανάπτυξη ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας στηριζόμενο στους οικογενειακούς γιατρούς, σχέδιο το οποίο δεν προχώρησε. Μετά την πτώση της δικτατορίας γίνεται πλέον αντιληπτή η ανάγκη

συνολικής αναθεώρησης των υγειονομικών υπηρεσιών στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής κοινότητας. Το 1980 στο νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της Υγείας» με υπουργό Υγείας τον καθηγητή Σ. Δοξιάδη επανατίθεται το θέμα της αποκέντρωσης, του κοινωνικού ελέγχου και της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Κουσνέρ, 1996).

Το 1983 ο Νόμος 1397 επί κυβερνήσεως ΠΑ.ΣΟ.Κ. αποτελεί την μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στον χώρο της υγείας, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με στόχους την ισότητα και την καθολικότητα στην πρόσβαση, την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, τη δικαιότερη κατανομή των πόρων και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα επόμενα χρόνια ακολουθούν μεταρρυθμιστικές προτάσεις (Νόμος 2071, επί Νέας Δημοκρατίας), με κατάληξη την ψήφιση του Νόμου 2519/1997, και του ελπιδοφόρου 2889 τον Μάρτιο του 2001, όπου προτείνονται νέες αποκεντρωμένες οργανωτικές δομές και θεσμοί για την δημόσια υγεία και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης (Κουσνέρ, 1996).

Στο ξεκίνημα του 21ου αιώνα, θεωρώντας κεκτημένη και διασφαλισμένη την αξιοπρεπή διαβίωση (κατοικία, ύδρευση, αποχέτευση, αποκομιδή απορριμμάτων) για το μεγαλύτερο τμήμα του ελληνικού πληθυσμού, η πρόληψη σε επίπεδο περιβάλλοντος στοχεύει με αρκετά ικανοποιητικά, προς το παρόν αποτελέσματα, στον έλεγχο και περιορισμό της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, την επεξεργασία των βιομηχανικών και αστικών αποβλήτων, την χρήση εναλλακτικών μέσων μεταφοράς και γενικότερα την ορθολογική χρήση των φυσικών πόρων. Στο πεδίο περιβάλλον και πρόληψη, η πολιτεία έχοντας αναγνωρίσει την σημασία της εξασφάλισης υγιούς περιβάλλοντος ως σταθερά στην διαδικασία προαγωγής της υγείας προχωρά σταδιακά στις πρακτικές περιβαλλοντολογικής προστασίας και την προσπάθεια περιβαλλοντολογικής εκπαίδευσης του πληθυσμού.

Το κοινωνικό περιβάλλον και η ατομική συμπεριφορά επηρεάζουν την εκδήλωση μιας νόσου. Σήμερα τα λοιμώδη νοσήματα δεν αποτελούν πλέον την κύρια απειλή για την υγεία. Έχουν αντικατασταθεί από τα νοσήματα του πολιτισμού (καρδιαγγειακά, καρκίνος, ατυχήματα, αυτοκτονίες, AIDS).

Η Ελλάδα, ακολουθώντας την πορεία των αναπτυγμένων χωρών, πέτυχε σημαντική πρόοδο στον έλεγχο και περιορισμό πολλών λοιμωδών νοσημάτων, μέσω μαζικών εμβολιασμών και συνεχών βελτιώσεων στη διατροφή και στις συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Παραδείγματα αποτελούν η εκρίζωση της ευλογιάς, της διφθερίτιδας, της πολιομυελίτιδας του τετάνου και ο περιορισμός της φυματίωσης.

Παράλληλα, όμως, «παλαιά» λοιμώδη νοσήματα επανέρχονται στο προσκήνιο, για παράδειγμα η πολιομυελίτιδα με την είσοδο ανεμβολίαστων οικονομικών μεταναστών και προσφύγων και ο άνθρακας με την υποτιθέμενη απειλή βιολογικού πολέμου και συγχρόνως προβληματίζουν νεοεμφανιζόμενα νοσήματα, όπως το AIDS και η σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια. Λόγω των παραπάνω ιδιαιτεροτήτων τίποτα δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένο στην εκτέλεση των προγραμμάτων πρόληψης, αλλά να διαμορφώνονται δυναμικά ανάλογα με τις περιστάσεις. Παράδειγμα αποτελεί η διοργάνωση του πανελληνίου αγώνα ενάντια στην πολιομυελίτιδα το 1999. Στα επόμενα κεφάλαια θα δούμε τη δομή του εθνικού συστήματος υγείας, τη λειτουργία του και τις οργανωσιακές του προεκτάσεις (Κουσνέρ, 1996).

1.1.2 Περιγραφή γενικού πλαισίου συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Με τους όρους «*υγειονομικός τομέας*» ή «*τομέας υγείας*» εννοούμε τόσο το σύνολο των δομών και υποδομών που έχουν σχέση με την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας (κτίρια, εξοπλισμοί και προσωπικό), όσο και το θεσμικό πλαίσιο από το οποίο αυτός διέπεται, τις υπηρεσίες της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, της ασφάλισης υγείας, της παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων, τεχνολογικού και αναλώσιμου υλικού υγείας κ.λ.π. Πιο συγκεκριμένα στον υγειονομικό τομέα εντάσσονται (Κωνσταντοπούλου, 2006):

- Οι υποδομές που παράγουν τις συμβατικές υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, οι οποίες μπορεί να ανήκουν στο κράτος (π.χ. νοσοκομεία και κέντρα υγείας του ΕΣΥ), στα ασφαλιστικά ταμεία (π.χ. πολυϊατρεία του ΙΚΑ), στην τοπική αυτοδιοίκηση (π.χ. δημοτικά ιατρεία), στην εκκλησία ή σε φιλανθρωπικά και κοινωφελή ιδρύματα (π.χ. Ερυθρός Σταυρός, ΠΙΚΠΑ) ή τέλος σε ιδιώτες (κλινικές, ιατρεία, ακτινοδιαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια, φαρμακεία κ.λ.π.).

- Οι υπηρεσίες, δημόσιες ή ιδιωτικές, που ασχολούνται με την εκπαίδευση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας (ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές, ΤΕΙ, ινστιτούτα κ.λ.π.).
- Οι νόμοι, τα προεδρικά διατάγματα και οι υπουργικές αποφάσεις που καθορίζουν τις προϋποθέσεις σύστασης, οργάνωσης και λειτουργίας υπηρεσιών υγείας.
- Οι οργανισμοί, οι εταιρείες και τα άτομα που παράγουν, εισάγουν ή εμπορεύονται κάθε είδους φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό, καθώς και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.
- Η κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση υγείας.
- Γενικά, καθετί που άμεσα ή έμμεσα εμπλέκεται στον ευρύτερο τομέα της υγείας.

Με τους όρους *σύστημα υγείας* ή *υγειονομικό σύστημα*, εννοούμε το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας και με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και, κατ' επέκταση, της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται. Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, το σύστημα υγείας αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση σύμφωνα με ορισμένο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, δηλαδή η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Karokis & Sissouras, 1994).

Συνεπώς το σύστημα υγείας περιλαμβάνει μόνο δομές και υποδομές, δημόσιες και ιδιωτικές, που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, όπως είναι η πρωτοβάθμια και προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, η δημόσια υγεία κ.λ.π. Υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η ασφάλιση υγείας, η παραγωγή φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού κ.λ.π. δεν εντάσσονται στο σύστημα υγείας. Οι τελευταίες λειτουργούν με άλλους κανόνες και έχουν διαφορετικούς στόχους, οι οποίοι συχνά αντιμάχονται εκείνους του «οργανωμένου» υγειονομικού συστήματος (Karokis & Sissouras, 1994).

1.1.3 Τυπολογία των υγειονομικών συστημάτων

Η ταξινόμηση γίνεται με βάση δύο πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση και τον τρόπο πληρωμής των προμηθευτών. Η χρηματοδότηση μπορεί να γίνεται εθελοντικά (από τους ανασφάλιστους ή εκείνους που έχουν ιδιωτική ασφάλιση) ή υποχρεωτικά (από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση), ενώ ο τρόπος πληρωμής των προμηθευτών μπορεί να γίνεται με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους:

- α) από τον ίδιο τον ασθενή με δικά του χρήματα,
- β) από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος όμως στη συνέχεια αποζημιώνεται από τον φορέα ασφάλισής του,
- γ) έμμεσα, από τον φορέα που ασφαρίζει τον ασθενή και μέσω των συμβάσεων που κάνει με τους προμηθευτές και
- δ) έμμεσα, από τον φορέα που ασφαρίζει τον ασθενή και μέσω ετήσιων προϋπολογισμών και μισθών που εντάσσονται σε ένα ολοκληρωμένο οργανωτικό σχήμα (Κωνσταντοπούλου, 2006).

Από τον συσχετισμό των δύο τρόπων χρηματοδότησης με τους τέσσερις τρόπους αμοιβής των προμηθευτών μπορούν να προκύψουν οκτώ διαφορετικά μοντέλα υγειονομικής οργάνωσης ή οκτώ διαφορετικά υποσυστήματα υγείας. Στην πράξη όμως συναντούμε μόνο τα επτά, αφού είναι εκτός λογικής και πολύ δύσκολα μπορεί να λειτουργήσει μοντέλο με υποχρεωτική ασφάλιση και συγχρόνως πληρωμή των προμηθευτών από τους ίδιους τους ασθενείς. Τα οκτώ διαφορετικά μοντέλα που απομένουν με βάση την ταξινόμηση αυτή παρατίθενται στη συνέχεια (Karokis & Sissouras, 1994).

- Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή
- Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή
- Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή
- Το εθνικό μοντέλο με συμβάσεις
- Το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις
- Το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο
- Το δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο
- Το μικτό μοντέλο

1.1.4 Τα γενικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του υγειονομικού τομέα της χώρας. Ο υγειονομικός τομέας απορροφά το 8% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού της χώρας. Εάν εξετάσουμε το σύστημα υγείας από άποψη οργάνωσης και λειτουργίας μπορούμε να καταγράψουμε μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ιδιομορφίες και αδυναμίες. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά τα οποία συγκεντρώνει είναι τα ακόλουθα (Αλεξιάδης, 2000):

Μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες

Ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο, σε μεγάλο βαθμό, στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck), δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των διάφορων επαγγελματικών ομάδων μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Σήμερα το μοντέλο αυτό οδηγείται σταδιακά προς ένα σύστημα υγείας που από άποψη χρηματοδότησης τουλάχιστον, εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας αποδυναμώνεται χρόνο με τον χρόνο, χωρίς αυτό να αποτελεί συνειδητή επιλογή ούτε της κυβέρνησης ούτε βέβαια των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων.

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα *μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα* -όπως συμβαίνει σήμερα, λιγότερο ή περισσότερο, με όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα-, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία), τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο ιδιαίτερα μεγάλος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας.

Με βάση την τυπολογία που υιοθετείται από τον ΟΟΣΑ, το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μείγμα του δημόσιου μοντέλου με συμβάσεις και του δημόσιου ολοκληρωμένου μοντέλου, ενώ συνυπάρχουν διάσπαρτα στοιχεία και των τεσσάρων από τα υπόλοιπα πέντε μοντέλα.

Πιο συγκεκριμένα (Μωραΐτης κ.α, 1990):

➤ Η κάλυψη των ασφαλισμένων του ΟΓΑ από τις υποδομές του ΕΣΥ, των ασφαλισμένων του ΙΚΑ για πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα πολυϊατρεία του και των δημόσιων υπαλλήλων από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ γίνεται βάσει του ολοκληρωμένου μοντέλου.

➤ Αντίθετα, η νοσοκομειακή περίθαλψη για όλους τους ασφαλισμένους, πλην του ΟΓΑ και του Δημοσίου, αλλά και η πρωτοβάθμια περίθαλψη για μια σειρά από ταμεία (ΤΕΒΕ/ΟΟΑΕ, Οίκος Ναύτου (ΝΑΤ), ΟΠΑΔ κ.λπ.) ακολουθεί το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις.

➤ Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή συναντάται κυρίως στις περιπτώσεις προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα και της ανάληψης στη συνέχεια του κόστους αποκλειστικά από τον ασθενή.

➤ Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή συναντάται στη χώρα μας στις περιπτώσεις της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, κατά τις οποίες ο ασθενής προσφεύγει συνήθως στον ιδιωτικό τομέα, πληρώνει και στη συνέχεια υποβάλλει τις αποδείξεις στην ασφαλιστική εταιρεία, για να εισπράξει μέρος ή ολόκληρο το ποσό που κατέβαλε.

➤ Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή συναντάται σε ορισμένα μικρά ταμεία (τραπεζικών, δικηγόρων κ.ά.), στα οποία οι ασφαλισμένοι είναι ελεύθεροι να προσφύγουν σε συμβεβλημένους ή μη γιατρούς, οδοντίατρους και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα και στη συνέχεια να υποβάλουν τα δικαιολογητικά στο ταμείο τους, για να εισπράξουν μέρος ή ολόκληρο το ποσό που κατέβαλαν.

➤ Τέλος, το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο άρχισε να εμφανίζεται πρόσφατα και στη χώρα μας. Αναφερόμαστε στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες με ιδιόκτητες υποδομές παρέχουν στους ασφαλισμένους τους και ασφάλιση και παροχή υπηρεσιών μαζί.

Διαφορετικά υποσυστήματα / κατακερματισμένος υγειονομικός τομέας

Σήμερα στη χώρα μας εκτός του εθνικού (δημόσιου) συστήματος υγείας (ΕΣΥ) συνυπάρχουν και λειτουργούν με σχετική αυτονομία άλλα δύο, εντελώς διαφορετικά και ασύνδετα υποσυστήματα: του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων και του ιδιωτικού τομέα.

Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν (Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2002):

➤ Οι δομές, οι υποδομές και η στελέχωση του ΕΣΥ (κυρίως τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και το ΕΚΑΒ). Οι εργασιακές σχέσεις του ιατρικού προσωπικού διέπονται από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ και το μετέπειτα συμπληρωθέν θεσμικό πλαίσιο. Η αρμοδιότητα και ευθύνη ανάπτυξης και λειτουργίας ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

➤ Οι δομές, οι υποδομές και το προσωπικό κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και κάποιων άλλων ασφαλιστικών ταμείων, που λειτουργούν με διαφορετικό εργασιακό καθεστώς για τους γιατρούς, αλλά το σημαντικότερο είναι ότι προσφέρουν διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις στους δικαιούχους τους. Η αρμοδιότητα και ευθύνη για τους κλάδους υγείας ανήκει τυπικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας· ουσιαστικά όμως λειτουργούν με ευθύνη των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

➤ Ο μεγάλος ιδιωτικός τομέας με τα πολλά διαγνωστικά κέντρα και τις κλινικές, τα μαιευτήρια, τα εργαστήρια, τα ιατρεία και οδοντιατρεία, ο οποίος κατά το ήμισυ τουλάχιστον «χρηματοδοτείται» από δημόσιους πόρους, κυρίως μέσω των συμβάσεων με ασφαλιστικά ταμεία, και κατά το υπόλοιπο από ιδιωτικές πληρωμές των ίδιων των ασθενών. Η αρμοδιότητα και η ευθύνη ανάπτυξης και λειτουργίας ανήκει τυπικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Επικαλύψεις και υγειονομικές ανισότητες

Τα τρία αυτά υποσυστήματα λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, ιδιαίτερα όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, αφού ως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτονται όλοι κατά κύριο λόγο από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Συνεπώς, το δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού τομέα είναι ο πολυκερματισμός και οι διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις.

Δημόσια υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα: οι αδύνατοι κρίκοι του συστήματος

Το όλο σύστημα εμφανίζει σοβαρές αδυναμίες στην ανάπτυξη-οργάνωση και κατά συνέπεια στην ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών δημόσιας υγείας και

πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι υποδομές, η στελέχωση, η χρηματοδότηση, η οργάνωση και η λειτουργία των τομέων αυτών δεν είναι σήμερα επαρκείς (Κυριόπουλος & Νιάκας, 2002).

➤ Όσον αφορά τη δημόσια υγεία, έχει διαπιστωθεί μεγάλη έλλειψη σε εργαστήρια αλλά και σε εξειδικευμένους γιατρούς. Ο ρόλος των τελευταίων καθορίζεται με βάση ξεπερασμένες αντιλήψεις για τη δημόσια υγεία και έχει περισσότερο γραφειοκρατικό χαρακτήρα, παρά ουσιαστικό επιχειρησιακό περιεχόμενο.

➤ Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα, η κατάσταση στις αγροτικές περιοχές βελτιώθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια με τη λειτουργία των κέντρων υγείας. Στις αστικές και ημιαστικές περιοχές, αντίθετα, παρουσιάζονται σημαντικές ελλείψεις, πολυκερματισμός και διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η *απουσία οικογενειακού γιατρού*, με αποτέλεσμα αφενός να υπερφορτώνονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αφετέρου το περιεχόμενο της φροντίδας συχνά να συρρικνώνεται σε στοιχειώδη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ή -ακόμη χειρότερα- σε απλή συνταγογραφία. Ιατροπροληπτικές υπηρεσίες (εμβολιασμοί, παιδική υγιεινή, υγειονομική διαφώτιση, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας κ.λπ.) και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας συνήθως δεν αποτελούν μέρος της καθιερωμένης δέσμης των παρεχόμενων φροντίδων (Κυριόπουλος & Νιάκας, 2002).

Κτίρια και τεχνολογία

Όσον αφορά την *κτιριακή και τεχνολογική υποδομή*, η κατάσταση βελτιώθηκε σημαντικά με την ολοκλήρωση της εκτέλεσης του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης στην υγεία. Προστέθηκαν στο δυναμικό της νοσοκομειακής περίθαλψης περίπου 5.000 νέες κλίνες (ανέγερση 16 νέων νοσοκομείων και επέκταση άλλων 22 ήδη λειτουργούντων), ανεγέρθησαν κτίρια για 6 Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, για το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, κτίρια του ΕΚΑΒ σε 6 μεγάλες πόλεις κ.λπ. Ελλείψεις παρατηρούνται κυρίως σε ειδικές κλίνες, όπως, για παράδειγμα, αυτές της εντατικής θεραπείας, της φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, που αποτέλεσαν προτεραιότητα για το Υπουργείο, ενόψει και της διεξαγωγής των Ολυμπιακών

Αγώνων στην Αθήνα το 2004. Για τη σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία, από την άποψη του βαρέως εξοπλισμού και των εξειδικευμένων κέντρων, το σύστημα παρουσιάζει σημαντική βελτίωση (Κυριόπουλος & Νιάκας, 2002).

Πληθωρισμός γιατρών και ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό

Το υγειονομικό σύστημα υποφέρει από *πληθωρισμό* γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών, με αποτέλεσμα να αρχίζουν και στη χώρα μας να δημιουργούνται αφενός σοβαρά προβλήματα απασχόλησης τους, αφετέρου ευνοϊκές συνθήκες αύξησης των δαπανών υγείας, κυρίως μέσω της προκλητής ζήτησης. Η απουσία πολιτικών ελέγχου της παραγωγής τους προβλέπεται να επιδεινώσει την κατάσταση.

Παρά τον μεγάλο συνολικά αριθμό γιατρών *η κατανομή στις ειδικότητες δεν γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες* της χώρας, με αποτέλεσμα να έχουμε υπερεπάρκεια σε κάποιες ειδικότητες, όπως, για παράδειγμα, σε αυτές της γενικής χειρουργικής και γυναικολογίας, και μεγάλες ελλείψεις στη γενική και κοινωνική ιατρική, στην ιατρική της εργασίας και σε άλλες. Σε αυτές τις ελλείψεις μπορεί εν μέρει να αποδοθεί και η αδυναμία ικανοποιητικής ανάπτυξης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως προαναφέρθηκε. Όσον αφορά τους άλλους επαγγελματίες υγείας, επισημαίνουμε απλώς τις σημαντικές ελλείψεις *σε ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό*, αλλά και την απουσία ειδικών επιστημόνων στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Χαμηλή παραγωγικότητα, αντιοικονομική λειτουργία, ανυπαρξία κινήτρων

Η παραγωγικότητα του προσωπικού χαρακτηρίζεται χαμηλή και η λειτουργία των περισσότερων μονάδων υγείας του ΕΣΥ κρίνεται αντιοικονομική, αφού πολλά νοσοκομεία έχουν μέση ετήσια κάλυψη κλινών μικρότερη του 50%. Επιπλέον *δεν προσφέρονται κίνητρα* στο προσωπικό για τη βελτίωση της παραγωγικότητας και την αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (Κυριόπουλος & Νιάκας, 2002).

Απουσία αξιόπιστων χρηματοδοτικών μηχανισμών και μεγάλη παραοικονομία

Η χρηματοδότηση του συστήματος παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα, αφού απουσιάζουν τόσο οι θεσμοθετημένοι κανόνες και οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί, όσο και μέτρα ελέγχου του κόστους. Καταρχήν η σταδιακή μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία στον κρατικό προϋπολογισμό εντείνει τον άδικο κοινωνικά τρόπο χρηματοδότησης λόγω του αντιστρόφως προοδευτικού χαρακτήρα του φορολογικού μας συστήματος, που γίνεται ακόμη περισσότερο άδικος λόγω της παραοικονομίας. Η έντονη και ανορθόδοξη παρουσία του κράτους, ιδιαίτερα όσον αφορά τον καθορισμό πολύ χαμηλών τιμών και νοσηλείων για τις υπηρεσίες υγείας, δεν επιτρέπει την άσκηση πολιτικής ούτε από τα ασφαλιστικά ταμεία ούτε από τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ. Επιπλέον, οι ανεπάρκειες και ελλείψεις του δημόσιου τομέα υγείας, η υπερπροσφορά γιατρών, η ανεξέλεγκτη εγκατάσταση τεχνολογίας υψηλού κόστους και η λειτουργία ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης, αυξάνουν τις δαπάνες υγείας και ευνοούν την παραοικονομία. Η διαδικασία της Μεταρρύθμισης του Συστήματος Υγείας και η διαδικασία αποκέντρωσης με την εισαγωγή του θεσμού των ΠεΣΥ, των Υ.ΠΕ όπως τις γνωρίζουμε σήμερα, διαιρεμένες στις αντίστοιχες διοικητικές περιφέρειες μετά και την πρόσφατη διοικητική μεταρρύθμιση του Καλλικράτη, φιλοδοξεί να ελέγξει την κατάσταση αυτή (Ρομπόλης & Χλέτσος, 2002).

Συγκεντρωτισμός και γραφειοκρατία

Οργανωτικά / διοικητικά το σύστημα παραμένει έντονα *συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό*, χωρίς ισχυρή μέχρι σήμερα περιφερειακή διάρθρωση. Ο Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις» περιέχει τις αναγκαίες διατάξεις για την περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος Υγείας, την καταπολέμηση του συγκεντρωτισμού και της γραφειοκρατίας καθώς και την ποιοτική αναβάθμιση των μηχανισμών εποπτείας αλλά και λειτουργίας των φορέων υγείας.


Ο χρήστης / ασθενής δεν έχει λόγο και συμμετοχή στο σύστημα

Ο χρήστης / ασθενής παραμένει στο ελληνικό σύστημα υγείας πλήρως αποδυναμωμένος, χωρίς λόγο και δυνατότητα παρέμβασης στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής, αλλά και χωρίς δικαιώματα στην πράξη. Από την άλλη μεριά ο χρήστης/ασθενής, στον οποίο και απευθύνονται οι υπηρεσίες υγείας, είναι συχνά απροστάτευτος από την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Η κατάσταση θα βελτιωθεί μόνον εφόσον υλοποιηθούν οι προβλέψεις του ψηφισθέντος νόμου για το ΕΣΥ σε συνδυασμό με άλλες διατάξεις και μέτρα (Κυριόπουλος & Νιάκας, 2002).

1.1.5 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο σύστημα υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναγνωρίζεται γενικά ως ένα κρίσιμο πεδίο για την αποτελεσματική πρόληψη της ασθένειας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές και επιστημονικές μεθόδους, η οποία είναι προσιτή σε όλα τα άτομα, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και με κόστος που η χώρα μπορεί να διασφαλίσει. Επηρεάζει θεμελιωδώς τις παραμέτρους του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία, αφού συνιστά το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων με το εθνικό σύστημα υγείας.

Ο όρος πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ χρησιμοποιείται ευρύτατα, κυρίως κατά τις τελευταίες δεκαετίες, εντούτοις συχνά αναφέρεται με παρανοήσεις ή συγχύσεις σχετικά με το εννοιολογικό του περιεχόμενο. Η σύγχυση προέρχεται κατά βάση όταν ο όρος πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χρησιμοποιείται για να αναφερθεί κανείς στη πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας. Η εννοιολογική αποσαφήνιση των όρων είναι αναγκαία και επιβεβλημένη καθώς οι δύο αυτοί όροι έχουν διαφορετικό περιεχόμενο και επιδρούν καθοριστικά στη μορφή και στο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας όπως και στο σύστημα υγείας συνολικά.

 Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά τα συμπτώματα της νόσου. Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη αποτελεί απλά ένα υποσύστημα μόνο

των υπηρεσιών υγείας και από μόνη της δεν είναι επαρκής να αντιμετωπίσει το ζήτημα της διατήρησης και προαγωγής της υγείας.

🚦 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκφράζει μια ευρύτερη έννοια, αναφερόμενη σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε υγιή άτομα, είτε στο σύνολο του πληθυσμού είτε στο επίπεδο της κοινότητας. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος, η δημόσια υγεία, η αγωγή υγείας κ.ά. αφορούν υπηρεσίες οι οποίες δεν πρέπει να συγχέονται με τις υπηρεσίες που προσφέρει η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη.

Διαπιστώνεται επομένως μια σημαντική διαφοροποίηση των εννοιών των δύο αυτών όρων. Όμως παρά την ευκρινή διαφοροποίηση τους, οι δύο αυτές έννοιες μπορεί να μη συμπίπτουν, έχουν όμως κοινά σημεία τα οποία σχηματίζουν μια κοινή περιοχή, μια τομή. Η τομή αυτή προσδιορίζεται από την μορφή των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται και από το είδος των αναγκών υγείας που αποσκοπούν να καλύψουν. Ένα Κέντρο Υγείας μπορεί να προσφέρει, ανάλογα με την οργάνωση και λειτουργία του, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης όπως και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η έννοια της φροντίδας εμπεριέχει την έννοια της περίθαλψης χωρίς να ταυτίζεται με αυτήν (Λιαρόπουλος, 1989).

1.1.5.1 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο σύστημα υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκφράζει μια στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον εξωνοσοκομειακό τομέα ενός συστήματος υγείας. Η έμφαση αυτή δεν σημαίνει υποτίμηση της νοσοκομειακής και εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης. Η αρρώστια δεν είναι δυνατόν να εξαφανισθεί ούτε με τα πιο ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης, ούτε είναι επαρκής για την αντιμετώπιση της και η πιο ουσιαστική πρωτοβάθμια φροντίδα. Επιδρά όμως στο νοσοκομειοκεντρικό και ιατροκεντρικό σύστημα υγείας το οποίο ενδιαφέρεται περισσότερο για το πάσχον όργανο παρά για το πάσχον άτομο συνολικά. Η εγκατάλειψη της θεωρούμενης αυτάρκειας του νοσοκομείου και η συνειδητοποίηση των ορίων και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας του, οδηγεί στην αναγκαία παραδοχή για το νοσοκομειακό σύστημα να αντιλαμβάνεται την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως τον άξονα εκείνο γύρω

από τον οποίο είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική παρακολούθηση των ατόμων που έχουν ανάγκη τις υπηρεσίες υγείας.

Με την έμφαση στην εξωνοσοκομειακή κατεύθυνση, οι πρωτοβάθμιες μονάδες λειτουργούν ως το επίκεντρο του όλου συστήματος. Αυτό συμβαίνει γιατί οι μονάδες αυτές βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων. Κατέχουν έτσι μία στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της στρατηγικής τους αυτής θέσης, οι πρωτοβάθμιες μονάδες αποτελούν το κομβικό σημείο από το οποίο διέρχεται ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας για την υγεία. Αυτό το σύστημα για να λειτουργήσει αποτελεσματικά προαπαιτεί όχι μόνο αναβαθμισμένες και καλά οργανωμένες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, αλλά και αμφίδρομη επικοινωνία με τις νοσοκομειακές μονάδες.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι μόνο μια στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση σε ορισμένους τομείς του συστήματος υγείας όσον αφορά την πρόληψη και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προβάλλει ταυτόχρονα στοιχεία που μεταβάλλουν την παραδοσιακή αντίληψη για το κράτος πρόνοιας. Τροποποιεί την καθιερωμένη αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια, την άσκηση αυτής καθ' εαυτής της ιατρικής, την οργάνωση και λειτουργία ολόκληρου του συστήματος υγείας με ευρύτερες πολιτισμικές και πολιτικές επιπτώσεις. Η στρατηγική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπερβαίνει κατά πολύ τα ζητήματα οργάνωσης του εξωνοσοκομειακού τομέα ενός συστήματος υγείας, επιδρά στον γενικότερο σχεδιασμό της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης μιας χώρας, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η βιομηχανία, η γεωργία, το περιβάλλον κ.α. (Μωραΐτης, 1985).

Ένα εθνικό σύστημα υγείας θα πρέπει να ορίζει δυο βασικούς στόχους, που υποστηρίζονται άμεσα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αυτοί είναι οι παρακάτω (Λιαρόπουλος, 1989):

- ✓ Η ικανοποίηση των αναγκών όλου του πληθυσμού με τρόπο αποτελεσματικό και σε κόστος που η κοινωνία επιλέγει ή αντέχει να πληρώσει
- ✓ Η διασφάλιση ότι, σε ατομικό επίπεδο, όλοι θα έχουν τις αναγκαίες υπηρεσίες όταν τις χρειάζονται, ανεξάρτητα από το κόστος, και στην ανώτερη δυνατή ποιότητα που η επιστήμη εξασφαλίζει

1.1.6 Τα οφέλη για τον ευρύτερο χώρο της υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να αποτελέσει ένα θεσμικό ωφέλιμο για τον ευρύτερο χώρο της υγείας, διότι:

- ❖ Αντιπροσωπεύει τα κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και βασίζεται στην έρευνα των υπηρεσιών υγείας και στην εμπειρία της δημόσιας υγείας.
- ❖ Δίνει λύσεις στα κύρια προβλήματα υγείας, παρέχοντας υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
- ❖ Εξασφαλίζει σημαντικά στοιχεία, όπως εκπαίδευση αναφορικά με ποικίλα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης αυτών, προαγωγή κατάλληλης διατροφής, παροχή πόσιμου νερού, βασική υγιεινή, οικογενειακό προγραμματισμό, εμβολιασμό, παροχή φαρμάκων κτλ.
- ❖ Συντονίζει ενέργειες σε διάφορους τομείς της ανάπτυξης μιας χώρας, όπως τομείς αγροτικών καλλιεργειών, κτηνοτροφίας, τροφίμων, βιομηχανίας, εκπαίδευσης, κατοικίας, δημοσίων έργων, επικοινωνίας κλπ.
- ❖ Χρησιμοποιεί όλους τους διαθέσιμους τοπικούς, εθνικούς ή άλλους πόρους για τον σχεδιασμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο της φροντίδας της υγείας.
- ❖ Βασίζεται στους λειτουργούς υγείας, που έχουν κατάλληλα εκπαιδευτεί σε τεχνικές και κοινωνικές δεξιότητες για να λειτουργούν ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της εκάστοτε κοινότητας.

Όλες λοιπόν οι κυβερνήσεις θα πρέπει να διαμορφώσουν στρατηγικές που θα υποστηρίζουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σαν τμήμα ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας. Για να επιτευχθεί αυτό είναι απαραίτητη η πολιτική βούληση για την κινητοποίηση των ενδογενών πόρων και την ορθολογική χρήση των διαθέσιμων εξωγενών πόρων.

Συνάμα, όλες οι χώρες πρέπει να συνεργάζονται για τη διασφάλιση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για όλους τους ανθρώπους. Στο πλαίσιο αυτό η κοινή διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και της UNICEF

για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί μια στέρεα βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (Λιαρόπουλος, 2008).

1.1.7 Η σύγχρονη φροντίδα υγείας και οι σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία

Σχετικά με την σύγχρονη φροντίδα υγείας, μπορούμε να υποστηρίξουμε πως σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες βιώνουμε μια επανάσταση στη φροντίδα υγείας. Αυτή η αλλαγή πιστεύεται ότι θα προκαλέσει το τέλος της σχέσης επαγγελματία - ασθενούς, ορίζοντας ένα νέο ρόλο για τους επαγγελματίες υγείας ως στρατηγικούς προγραμματιστές υγείας. Τώρα, ο στόχος της ιατρικής φροντίδας δεν είναι μόνο τα συμπτώματα μιας ασθένειας, αλλά και τα χαρακτηριστικά του ατόμου - ασθενούς. Πλέον δημιουργείται ένα σύστημα εξειδίκευσης, που εκτοπίζει την παλιά σχέση γιατρού - ασθενούς. Αυτό ασφαλώς δεν σημαίνει το τέλος της ύπαρξης του γιατρού, αλλά σίγουρα σηματοδοτεί μια βαθιά μεταστροφή στην ιατρική πράξη. Έτσι, γινόμαστε μάρτυρες της έλευσης ενός νέου τρόπου παρακολούθησης, συνεπικουρούμενου από την τεχνολογική πρόοδο.

Συνέπεια αυτής της αλλαγής είναι ο διαχωρισμός ανάμεσα στη διάγνωση και τη θεραπεία και η μετατροπή της λειτουργίας της φροντίδας σε εξειδικευμένη δραστηριότητα. Η κύρια λειτουργία των επαγγελματιών θα είναι να σταθμίζουν την κατάσταση των «πελατών» τους και μετά, βάσει αυτής της στάθμισης, να εντοπίζουν την κατάλληλη οδό που εκείνοι πρέπει να ακολουθήσουν. Έτσι, η διαχείριση των πληθυσμών θα γίνεται βάσει των χαρακτηριστικών τους, της κατατομής τους, της ηλικίας, της κοινωνικής τάξης, του επαγγέλματος, του φύλου, του τρόπου ζωής, των σχέσεων, του τόπου κατοικίας, του με ποιον ζει κανείς και ούτω καθεξής (Castel, 1991).

Πράγματι, η φύση της φροντίδας υγείας σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες εστιάζεται πλέον στις σταθμίσεις των αναγκών, οι οποίες βασίζονται σε επιδημιολογικά και ερευνητικά δεδομένα. Στρατηγικές όπως «Η Υγεία του Έθνους» (Βρετανικό Υπουργείο Υγείας, 1992) σχεδιάζονται για να βελτιώσουν περισσότερο τη συλλογική, παρά την ατομική στάθμη υγείας.

Οι σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία και οι ιατρικές, υγειονομικές και οικονομικές συνιστώσες επιβάλλουν την αναδιάρθρωση του συστήματος των υπηρεσιών περίθαλψης προς την κατεύθυνση της περιφερειακής αποκέντρωσης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η μεγάλη απορρόφηση πόρων από τη νοσοκομειακή περίθαλψη θεωρείται παράγοντας που περιορίζει ή παρεμποδίζει την ικανοποίηση των αναγκών υγείας. Ένα αναδιαρθρωμένο σύστημα έχει στόχο την ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού μέσα από:

α) την αποκέντρωση και περιφερειοποίηση των υπηρεσιών υγείας ταυτόχρονα με την ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και

β) την ισοκατανομή των πόρων στις υγειονομικές περιφέρειες, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που διαμορφώνουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Ο σχεδιασμός, ο συστηματικός προγραμματισμός και η συνεχής αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο αποτελούν σημαντικότερες συνιστώσες της οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας, όχι μόνο στο εσωτερικό του αλλά και στο εξωτερικό του περιβάλλον. Η μελέτη των αναγκών υγείας όπως διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης (βιομηχανία, γεωργία, υπηρεσίες κ.ά.) είναι αποφασιστικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή της κοινότητας στον προσδιορισμό των αναγκών υγείας και στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή τους.

Σύμφωνα με έκθεση της «Health Consumer Powerhouse (HCP)», οι υγειονομικές υπηρεσίες της Ελλάδας κατέχουν δυστυχώς την 19η θέση μεταξύ 31 χωρών, δηλαδή μια από τις τελευταίες θέσεις μεταξύ όλων των ευρωπαϊκών χωρών στους τομείς της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας νοσεί βαριά και η κατάσταση αντί να βελτιώνεται χειροτερεύει κάθε χρόνο, γεγονός που αποδεικνύει ότι διαχρονικά οι πολιτικές για την υγεία κινούνται σε λάθος κατεύθυνση και οδηγούν σε διάλυση του ΕΣΥ και των υπηρεσιών που παρέχουν στους Έλληνες. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας-έκθεσης, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα από τα χειρότερα όσον αφορά στον εκσυγχρονισμό του και τις ηλεκτρονικές

υπηρεσίες υγείας. Για να μπορέσει λοιπόν να αντιμετωπίσει το τεράστιο πρόβλημα ο κλάδος της υγείας, θα πρέπει να υπάρξει μια νέα στρατηγική για την υγεία σε εθνικό επίπεδο, που θα έχει ως στοιχεία την εξυγίανση του ΕΣΥ, τη δημιουργία ενός σύγχρονου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας, την υιοθέτηση των νέων τεχνολογιών, την προαγωγή της εκπαίδευσης, της έρευνας και της καινοτομίας, κτλ.

1.2 Το σύστημα υγείας και ασφάλισης στην Ευρώπη

1.2.1 Ιστορική αναδρομή της μαιευτικής φροντίδας

Στην αρχαία ελληνική μυθολογία η Ήρα (Οικονομοπούλου, 2007), θεωρείται προστάτιδα του νόμιμου γάμου, του τοκετού και της ιερότητας της οικογένειας. Η γέννηση του νέου ανθρώπου με το αίσιο πέρας του τοκετού θεωρείται ευλογία και χαρούμενο γεγονός, αλλά και πράξη αναγέννησης. Το θεοκρατικό κοινωνικό σύστημα σε συνδυασμό με το ψυχοσωματικό και συναισθηματικό πλαίσιο για τις διαδικασίες της γέννησης, ενίσχυε τη βιολογική επιθυμία για τη μητρότητα, έτσι ώστε οι νέες κοπέλες μέσα στο γάμο να προετοιμάζονται ψυχολογικά και στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία να συμπορεύονται με τη Φύση. Προστάτιδες του τοκετού ήταν η Άρτεμις, η Ήρα, η Λητώ (η μητέρα του Απόλλωνα) και οι Ειλειθίες (Ελευθώ ή Ελειθώ ή Ελεύθεια ή Ειλείθια ή Ιλειθία), θεότητες που προστάτευαν την επίτοκο. Η θεότητα του τοκετού, κόρη της Ήρας, η Ειλειθία, με τη βοήθεια των Τριών Μοιρών, βοηθούσε στην ομαλή εξέλιξη του τοκετού. Στη μυθολογία αναφέρονται οι πρώτες ενδείξεις καισαρικής τομής σε δύο μύθους, της Κορωνίδας, από την οποία γεννήθηκε ο Ασκληπιός με τη βοήθεια του θεού Ερμή, και της Σεμέλης, την οποία με εντολή της Ήρας έκαψε ο Ερμής αφού αφαίρεσε από την κοιλιά της το επτά μηνών έμβρυο, τον Διόνυσο, και το έραψε στο μηρό ή στην οσφή του Δία για να ωριμάσει.

Ο Βλαδίμηρος, (2005), ισχυρίζεται ότι κατά τη Μινωική και Μυκηναϊκή περίοδο επικρατούσε η θρησκευτική θεραπευτική που αναφέρεται σε μυθικούς θεραπευτές, θεούς ή ήρωες. Ανάμεσα στα αρχαιολογικά ευρήματα έχουν βρεθεί συνθέσεις που αποδίδονται στις θεές της γονιμότητας με εξογκωμένα στήθη, μεγάλη λεκάνη και γλουτούς. Επικρατούσε κυρίως η λατρεία της μητέρας θεάς,

προστάτιδας της γονιμότητας και της μητρότητας.

Ως μαγικοθρησκευτικά σύμβολα ευτοκίας και προστατευτικά των επιπλοκών του τοκετού και της λοχείας ήταν γνωστοί αρκετοί πολύτιμοι λίθοι (ορυκτά) με συγκεκριμένο σχήμα, χρώμα, υφή και λάμψη που τους προσέδιδαν συμβολικό χαρακτήρα. Η αδυναμία, όμως, της γυναίκας ως μαίας να αντιμετωπίσει τις δυσχέρειες και τις επιπλοκές σε έναν μη τυπικό τοκετό, καθώς και η διάχυτη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τη γυναίκα να αντιμετωπίσει τα γυναικολογικά προβλήματα, οδήγησαν στην ανάγκη της βοήθειας από τον άνδρα. Τη θέση στην περίοδο αυτή πήρε ο Ασκληπιός. Ο Ασκληπιός χρησιμοποιούσε για τη θεραπεία των γυναικολογικών παθήσεων τα ιαματικά βότανα, για την επωφελή χρήση των οποίων και θεοποιήθηκε.

Από το 600 π.Χ., με την παρουσία των προσωκρατικών φιλοσόφων, γίνεται η αρχή για τη μετάβαση από την εμπειρία στην επιστήμη, με κύριους εκπροσώπους τον Θαλή τον Μιλήσιο (625-546 π.Χ.), τον Αναξίμανδρο (610-546 π.Χ.), τον Αναξίμανδη (625-585 π.Χ.) και τον Πυθαγόρα τον Σάμιο (580-500 π.Χ.). Ο Εμπεδοκλής εισήγαγε τον όρο του αμνιακού χιτώνα, επισημαίνοντας ότι το έμβρυο περιβάλλεται από χιτώνα, λεπτό και μαλακό τον οποίο ονόμασε «άμνιον». Επιπλέον ο Εμπεδοκλής διατύπωσε ότι ο ομφαλός έχει τέσσερα αγγεία, δύο φλέβες και δύο αρτηρίες. Άρα γνώριζε ότι το έμβρυο στη μήτρα τρέφεται και αναπτύσσεται μέσω του πλακούντα και του ομφάλιου λώρου (Οικονομοπούλου, 2007).

Από τον 6^ο αιώνα π.Χ. και έως την εμφάνιση του Ιπποκράτη (440 π.Χ.) η ειδικότητα της Μαιευτικής άνηκε σε γυναίκες στις οποίες απαγορευόταν κάθε άλλη ιατρική δραστηριότητα. Οι μαίες ονομάζονταν «ιάτραινες» ή «ομφαλοτόμοι», εκπαιδεύονταν από άλλες μαίες και οι γνώσεις τους ήταν εμπειρικές. Ο Ιπποκράτης (460-360 π.Χ.) ασχολήθηκε σοβαρά με τον τομέα της Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Τόνιζε ότι καθήκον του ιατρού ήταν να απολυτρώσει την τίκτουςα από το έμβρυο, όταν αυτό ήταν αδύνατο να επιτευχθεί με τις φυσικές δυνάμεις. Για το σκοπό αυτό επινόησε διάφορες μαιευτικές επεμβάσεις και εγχειρήσεις, όπως λ.χ. μετασχηματισμούς, εξελκυσμό, εμβρουουλκία, καθώς και πέντε μαιευτικά εργαλεία (Οικονομοπούλου, 2007).

Η πρόγνωση του φύλου του παιδιού γινόταν από την εμφάνιση της χροιάς του προσώπου της μητέρας. Η εύχρους έγκυος κυοφορεί άρρεν, ενώ

εκείνη που έχει δυσχρωμία θήλου. Ακόμα, εκείνες που ο αριστερός μαστός τους είναι μεγαλύτερος του δεξιού και ο αριστερός οφθαλμός φωτεινότερος και μεγαλύτερος του δεξιού κυοφορούν θήλυ και το αντίστροφο, άρρεν. Πίστευε ότι τα άρρενα έμβρυα συλλαμβάνονται, βρίσκονται και αναπτύσσονται στο δεξιό μέρος της μήτρας, ενώ τα θήλεα στο αριστερό. Ο Ιπποκράτης προβαίνει στη διάγνωση του θανάτου του εμβρύου από τις αλλαγές που παρουσιάζουν οι μαστοί: η αιφνίδια και απότομη απίσχνανση των μαστών είναι σημείο επικείμενης αποβολής, «αποφθοράς», και θεωρεί ότι οι κυριότερες αιτίες των αποβολών ήταν οι αλλαγές των κλιματολογικών συνθηκών και η κακουχία και ισχνότητα της εγκύου. Μιλάει για τον πρόωρο τοκετό και την έκβασή του, όπου αν το έμβρυο είναι 7 μηνών θα ζήσει ενώ αν είναι 8 μηνών κινδυνεύει (Οικονομοπούλου, 2007).

Η Μαιευτική αρχίζει να διαμορφώνεται ως κλάδος της αρχαίας ελληνικής Ιατρικής κυρίως κατά τη μετα-ιπποκρατική περίοδο, περί τα τέλη της Κλασικής περιόδου και κυρίως στους ελληνιστικούς χρόνους. Ο ρόλος του Ίωνα φιλοσόφου-ιατρού Αναξαγόρα (500-424 π.Χ.) αλλά και άλλων Ιώνων φιλοσόφων ήταν καταλυτικός για τη μεταμόρφωση της εμπειρικής ιατρικής τέχνης σε επιστήμη. Ο κυριότερος εκπρόσωπος της περιόδου σε θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας είναι ο Αριστοτέλης (364-323 π.Χ.), που ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την ανατομική και τη φυσιολογία του γυναικείου γεννητικού συστήματος, με τη φυσιολογία της αναπαραγωγής, τη γονιμότητα, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Μελέτησε την πορεία της κύησης και τα στάδια του τοκετού και αναφέρει ορθότατα ότι το βέβαιο σημείο εγκυμοσύνης είναι η μαλακότητα του τραχήλου που διαπιστώνεται με την αμφίχειρη εξέταση. Ονόμασε τους ωαγωγούς «κεράτια» και θεωρούσε τη μήτρα ως δίκερη, όπως ακριβώς πίστευε και ο Ιπποκράτης (Οικονομοπούλου, 2007).

Κατά την Αλεξανδρινή περίοδο, ο κυριότερος εκπρόσωπος είναι ο Ηρόφιλος ο Χαλκηδόνιος, μαθητής της Ιπποκρατικής Σχολής (3^{ος}-4^{ος} αι. π.Χ.), ο οποίος εργάστηκε ως χειρουργός και γυναικολόγος. Ο Ηρόφιλος περιγράφει τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας και μελετά τις αιτίες δυστοκίας και στειρώσεως. Ο Ερασίστρατος (300-257 π.Χ.), ανατόμος και γυναικολόγος, έστρεψε το ενδιαφέρον του σε θέματα φυσιολογίας. Άλλοι ιατροί της Αλεξανδρινής περιόδου ήταν ο Εύδημος από την Αλεξάνδρεια, που μελέτησε τις παθήσεις του γυναικείου γεννητικού συστήματος, ο Μαντίας επίσης από την

Αλεξάνδρεια (2^{ος}-1^{ος} αι. π.Χ.) και ο Σώστρατος από την Αλεξάνδρεια, ο οποίος πρότεινε μέθοδο για άπειρους μαιευτήρες.

Κατά τους ελληνιστικούς και ρωμαϊκούς χρόνους, το γυναικολογικό κολποσκόπιο ή μητροσκόπιο χρησιμοποιούνταν ευρέως. Ο Σωρανός, από την Έφεσο (98-138 μ.Χ.), πατέρας της Μαιευτικής και Γυναικολογίας, στο έργο του *Περί γυναικείων* περιγράφει ανατομικές λεπτομέρειες, εξετάζει το έμβρυο στη μήτρα με ειδική διόπτρα, τις ανώμαλες θέσεις του και μελετά τα αίτια της δυστοκίας και του τοκετού. Αναφέρεται στον μαιευτικό δίσφο και τους εξωτερικούς και εσωτερικούς μετασχηματισμούς σε άτυπους τοκετούς, καθώς και στην εμβρουσκία. Προτείνει την αντισύλληψη με απόφραξη του στομίου της μήτρας με βαμβάκι εμποτισμένο με αλοιφές ή λιπαρές ουσίες, ενώ σε παθήσεις της μήτρας κάνει έγχυση, τοπικά, ουσιών (αφεψήματα βοτάνων) με ειδική σύριγγα, τον «μητρεγχύτη». Από τη σύντομη παράθεση των γνώσεων και των επινοήσεων των αρχαίων ελλήνων ιατρών σχετικά με θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας γίνεται εμφανής η ιδιαίτερη σημασία που έδιναν στις σημαντικότερες και ουσιαστικότερες στιγμές της γυναικείας ύπαρξης. Με αφετηρία την αρχαία ελληνική μυθολογία και την ασκληπική ιατρική φθάνουμε στην ιπποκρατική περίοδο, όπου καταγράφονται γνώσεις και επινοούνται τεχνικές και εργαλεία και καταλήγουμε στο αποκορύφωμα της Μαιευτικής και Γυναικολογίας που συνεχίζεται κατά την Ελληνορωμαϊκή περίοδο. Επόμενο ήταν τα δρώμενα και οι εθιμικές συνήθειες, που είχαν δημιουργήσει προς ευόδωση του τοκετού οι Έλληνες ήδη από τα μυκηναϊκά χρόνια, να φθάσουν ως επιβιώσεις στη βυζαντινή και μεταβυζαντινή περίοδο και από εκεί να διατηρηθούν εμπλουτισμένα με στοιχεία από την ελληνική παράδοση μέχρι σήμερα ως θησαυρός της ελληνικής λαϊκής Ιατρικής.

1.2.2 Προγεννητικός έλεγχος

Προγεννητική διάγνωση είναι ο κλάδος της Περιγεννητικής Ιατρικής που ασχολείται με την έγκαιρη ενδομήτρια διάγνωση και θεραπεία διαφόρων παθήσεων του εμβρύου. Ο σύγχρονος όρος «εμβρυομητρική Ιατρική» καλύπτει πληρέστερα τα αντικείμενα τόσο της προγεννητικής διάγνωσης όσο και της θεραπείας διαφόρων παθήσεων του εμβρύου που είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν ενδομήτρια (Luyben & Fleming 2005)

Σκοπός της προγεννητικής διάγνωσης είναι η παροχή γενετικών, βιοχημικών, ανατομικών και φυσιολογικών πληροφοριών για το έμβρυο που θα επιβεβαιώσουν κατά το δυνατό αφ' ενός μεν την φυσιολογική κατάσταση της κυήσεως και την ομαλή διάπλαση του εμβρύου, αφ' ετέρου θα βοηθήσουν στην ανίχνευση διαφόρων συγγενών ανωμαλιών και θα καθορίσουν την βαρύτητα των πασχόντων εμβρύων.

Η έννοια της προγεννητικής φροντίδας στην Δυτική Ευρώπη υπήρχε για πάνω από 100 χρόνια, με κύριο σκοπό να μειώσει το υψηλό ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας και μητρικής νοσηρότητας. Το πρώτο πρόγραμμα προγεννητικής φροντίδας εφαρμόστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1929 μετά από σχετική αναφορά του Υπουργείου Υγείας. Πολύ γρήγορα ακολούθησαν και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες το παράδειγμα του Ηνωμένου Βασιλείου, εφαρμόζοντας παρόμοια προγράμματα.

Μέχρι την δεκαετία του 80' πολύ λίγα άλλαξαν στο είδος της παρεχόμενης προγεννητικής φροντίδας, με εξαίρεση την εισαγωγή κάποιων εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων. Η μείωση της μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητας θεωρήθηκε ως ένδειξη της αξίας της προγεννητικής φροντίδας χωρίς να υπολογιστούν την χρονική εκείνη περίοδο άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν.

Παρόλα αυτά τόσο οι έγκυες γυναίκες όσο και οι λειτουργοί υγείας άρχισαν να αναζητούν μια εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Σαν αποτέλεσμα αυτού τα προγράμματα προγεννητικής φροντίδας έγιναν θέμα ερευνών στην δεκαετία του 80' και 90' (Luyben & Fleming, 2005).

Σημαντική παράμετρος αυτών των ερευνών ήταν οι εμπειρίες και ο βαθμός ικανοποίησης των γυναικών με την παρεχόμενη προγεννητική φροντίδα. Η ικανοποίηση των γυναικών από την προγεννητική φροντίδα αποτελεί ένα πολύ βασικό παράγοντα κατά πόσο οι γυναίκες θα συνεχίσουν να επιδιώκουν και να λαμβάνουν τη φροντίδα αυτή.

Δεδομένου ότι η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη θεραπεία, οι προγεννητικοί έλεγχοι μπορούν να εντοπίσουν εγκαίρως τα περισσότερα προβλήματα, ενώ μπορούν να εντοπίσουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κάποιας επιπλοκής, πριν αυτή εμφανιστεί. Κάποιοι έλεγχοι πραγματοποιούνται σε όλες τις έγκυες γυναίκες. Ορισμένοι άλλοι, περισσότερο εξειδικευμένοι,

πραγματοποιούνται μόνο σε συγκεκριμένες συνθήκες, όταν συντρέχουν ειδικοί παράγοντες κινδύνου.

Όσον αφορά το έμβρυο, οι προγεννητικές εξετάσεις μπορούν να εμφανίσουν πολλές επιπλέον πληροφορίες. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να βρεθεί και να αντιμετωπιστεί εγκαίρως κάποια παθολογική κατάσταση.

Πριν από 25 περίπου χρόνια οι μόνες τεχνικές για προγεννητική διάγνωση ήταν η ψηλάφηση και ο ακτινολογικός έλεγχος και τα ζευγάρια υψηλού κινδύνου έπρεπε ή να αποφύγουν την αναπαραγωγή ή να υποστούν τις αυξημένες πιθανότητες γέννησης ενός άρρωστου παιδιού. Σήμερα με την ανάπτυξη πληθώρας γνώσεων για το ανθρώπινο έμβρυο και το άμεσο περιβάλλον του και με την εφαρμογή των διαφόρων μεθόδων της προγεννητικής διάγνωσης, η απάντηση στο κρίσιμο ερώτημα, εάν το έμβρυο είναι φυσιολογικό μπορεί να είναι σίγουρη σε ποσοστό 97% για τη γέννηση γερού παιδιού χωρίς κληρονομική επιβάρυνση ή συγγενή ανωμαλία.

Δυο ξεχωριστά παραδείγματα της μεγάλης προσφοράς του προγεννητικού ελέγχου είναι τα προγράμματα που εφαρμόστηκαν στην Κύπρο για την β-μεσογειακή αναιμία και στα παιδιά των Εβραίων της Αμερικής για το σύνδρομο Tay-Sachs. Στην Κύπρο πριν από την εφαρμογή του προγράμματος του προγεννητικού ελέγχου, οι γεννήσεις παιδιών με μεσογειακή αναιμία έφθαναν τις 70-80 κάθε χρόνο, ενώ σήμερα δεν γεννιέται κανένα παιδί με μεσογειακή αναιμία.

Η πρόοδος της βιοϊατρικής και γενετικής τεχνολογίας προσφέρει πλέον τη δυνατότητα να διενεργούνται διαγνωστικές εξετάσεις στο έμβρυο από τα πρώτα στάδια της ανάπτυξής του, πολύ πριν τη στιγμή της γέννησης. Χάρη στις εξετάσεις αυτές, είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε με ακρίβεια πολλά χαρακτηριστικά της φυσιολογίας του νέου οργανισμού και μάλιστα στοιχεία της γενετικής του σύστασης. Έτσι, διαπιστώνονται γενετικά ή αναπτυξιακά αίτια για την εκδήλωση πολλών σοβαρών παθήσεων. Η γνώση αυτή δημιουργεί, ωστόσο, ένα σοβαρό ηθικό δίλημμα: αν δικαιούνται οι άνθρωποι να «προλάβουν» τη γέννηση παιδιών με τέτοιες σοβαρές παθήσεις, διακόπτοντας μια εγκυμοσύνη ή αποκλείοντας τη μεταφορά εμβρύων στη μήτρα (στην περίπτωση εξωσωματικής γονιμοποίησης) (Pennings et al, 1996).

Οι χρωμοσωμιακές ανωμαλίες αποτελούν τα συχνότερα γενετικά νοσήματα στον άνθρωπο και μία από τις βασικές αιτίες (Menten et al, 2006):

- 1) Νοητικής υστέρησης
- 2) Καθυστέρησης της ενδομήτριας και μεταγεννητικής ανάπτυξης
- 3) Ανωμαλιών του κρανιοπροσωπικού, σκελετικού, καρδιακού και ουρογεννητικού συστήματος.

Ο καρυότυπος του εμβρύου που προκύπτει από την κυτταρογενετική ανάλυση αποτελεί μέχρι σήμερα το χρυσό κανόνα για τη διάγνωση των χρωμοσωμιακών ανωμαλιών (Kirchoff et al, 2005).

Το υπερηχογράφημα εισήχθη για πρώτη φορά στη μαιευτική στα τέλη του 1950 και έκτοτε παρέμεινε ως ένα εξαιρετικά χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο.

Η μέθοδος CVS είναι σχετικά νέα, καθώς η αρχική ιδέα λήψης τροφοβλαστικού ιστού σε πρώιμη κύηση για διαγνωστικούς σκοπούς τοποθετείται στο 1968. Παρουσιάστηκε από τον γενετιστή Jan Mohr, αλλά υπό την αρχική μορφή της εγκαταλείφθηκε γρήγορα, λόγω του υψηλού ποσοστού επιπλοκών που εμφάνιζε. Από το 1969 στην προσπάθεια βελτίωσης της λήψης χοριακών λαχνών τον συνέδραμε ο N. Hahnemann. Η μέθοδος προέκυψε ως απόπειρα ανεύρεσης εναλλακτικής λύσης έναντι της επίσης νέας τότε μεθόδου, της αμνιοπαρακέντησης, στην προσπάθεια για διάγνωση σε πιο πρώιμη ηλικία κύησης. Την ώθηση στην εξέλιξή της τελικά έδωσε η εισαγωγή του υπερηχογράφου στη Μαιευτική μετά το 1980.

Η πρώτη διακολπική λήψη χοριακών λαχνών υπό υπερηχογραφικό έλεγχο καταγράφηκε το 1982 σε Νοσοκομείο του Λονδίνου, ενώ η διακοιλιακή λήψη ακολούθησε το 1984. Η πρώτη μελέτη, μέσα από την οποία ξεκίνησε η ιστορία που κατέληξε στην αυχενική διαφάνεια, έγινε με στόχο την προγεννητική διάγνωση του συνδρόμου Down. Με τον υπερηχογραφικό έλεγχο 5.500 εμβρύων μετά τη 16^η εβδομάδα κύησης, διαπιστώθηκε για πρώτη φορά ότι η αύξηση του μεγέθους της αυχενικής πτυχής, σε συνδυασμό με την ελάττωση του μήκους των μηρών, είχε ως αποτέλεσμα τη δυνατότητα διάγνωσης του συνδρόμου Down με ποσοστό ευαισθησίας 75%. Καθώς η εμπειρία της μέτρησης της αυχενικής διαφάνειας αυξανόταν, διαπιστώθηκε ότι η αύξησή της δεν έχει σχέση μόνο με το σύνδρομο Down ή άλλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες, αλλά και με άλλες παθήσεις.

Η πιο συχνή ένδειξη για προγεννητικό έλεγχο είναι η προχωρημένη ηλικία της μητέρας. Είναι γνωστό ότι τα ωοθυλάκια καταβάλλονται στην ενδομήτρια περίοδο της ζωής και έτσι εκείνα που ωριμάζουν και απελευθερώνουν ωάρια σε προχωρημένη ηλικία θεωρούνται γηρασμένα και εκφυλισμένα με αποτέλεσμα η συχνότητα εμφάνισης συνδρόμου Down σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερες από 35 χρόνια να αυξάνει σημαντικά.

Άλλες συνήθεις ενδείξεις είναι η ύπαρξη χρωμοσωμικών, ενζυμικών ή συγγενών ανωμαλιών στο οικογενειακό περιβάλλον.

Οποσδήποτε δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι για την εφαρμογή προγεννητικής διάγνωσης η ένδειξη πρέπει να είναι απόλυτα καθαρή και τεκμηριωμένη και να υπάρχει ανεπιφύλακτα αποδοχή εκ μέρους του ζευγαριού..

Τα κυριότερα αίτια ανεπάρκειας ή περιορισμού των δυνατοτήτων του σύγχρονου προγεννητικού ελέγχου είναι:

α) η αδυναμία του υπερηχογραφικού ελέγχου να ανιχνεύσει το σύνολο των συγγενών ανωμαλιών

β) η εφαρμογή των ανιχνευτικών προγραμμάτων για την αναγνώριση των ανευπλοειδικών κυήσεων συνοδεύεται από σχετικά υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων (~5-15%) που οδηγεί σε πολλές επεμβάσεις προγεννητικού ελέγχου. Επιπλέον, ένα ποσοστό ανευπλοειδικών κυήσεων, που κυμαίνεται από 5-35%, δεν αναγνωρίζεται (ψευδώς καθησυχαστικά screening tests)

γ) η απουσία γνώσης της γενετικής βάσης ή της υπεύθυνης μετάλλαξης συνεπάγεται την και αριθμητικών αλλαγών στα χρωμοσώματα (π.χ. μη-ισοζυγισμένες μεταθέσεις) αποτελούν μη προβλέψιμο παράγοντα

δ) η πιθανότητα λαθών ή παραλείψεων σχετίζεται αναπόφευκτα με τη γνώση, την εμπειρία, την εξειδίκευση, τη διαρκή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας αλλά και με την αξιοπιστία των εργαστηρίων στα οποία εκτελούνται οι ποικίλες εξετάσεις. Ένα σύστημα διαρκούς αξιολόγησης και επαναλαμβανόμενης πιστοποίησης των επαγγελματιών υγείας και των σχετικών εργαστηρίων πρέπει να καθιερωθεί.

1.2.3 Μητρική θνησιμότητα

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί σημαντική ελάττωση της μητρικής θνησιμότητας, που οφείλεται στη βελτιωμένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα σε μαιευτικές μονάδες με καλύτερη οργάνωση και εξοπλισμό, στην ευρεία χρήση αντιβιοτικών, στη μετάγγιση συμβατού αίματος και στην καλύτερη εκπαίδευση των γυναικών και του άμεσου περιβάλλοντός τους. Η ελάττωση της μητρικής θνησιμότητας σχετίζεται και με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, που αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες στην ελάττωση της θνησιμότητας γενικά (Ιατράκης, 2009).

Από το 1985 και μετά υπήρξαν μικρές αλλαγές στη συνολική μητρική θνησιμότητα αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι η μητρική θνησιμότητα δεν μπορεί να βελτιωθεί περαιτέρω.

Εντυπωσιακή βελτίωση παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια και στην περιγεννητική θνησιμότητα (αριθμός θνησιγενών νεογνών και νεογνικών θανάτων, πρώιμων και όψιμων, σε κάθε 1.000 γεννήσεις) που εξαρτάται αναλογικά από το πόσο προηγμένες είναι οι υπηρεσίες υγείας σε κάθε εξεταζόμενο κράτος.

Η μητρική και η περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα αυξάνουν στις κυήσεις που συνοδεύονται από παθολογικές καταστάσεις και ονομάζονται κυήσεις υψηλού κινδύνου. Εδώ περιλαμβάνονται οι κυήσεις στις οποίες η μητέρα έχει ιστορικό με παθήσεις ή δέχεται εξωγενείς επιδράσεις από παράγοντες που δημιουργούν αυξημένους κινδύνους για την ίδια και το έμβρυο. Είναι γνωστό ότι σε ορισμένες παθήσεις της μητέρας επηρεάζεται σαφώς η περιγεννητική θνησιμότητα και το έμβρυο στις κυήσεις αυτές έχει στατιστικά πολύ περισσότερες πιθανότητες για αυτόματη έκτρωση, πρόωρο τοκετό, εμβρυϊκό και νεογνικό θάνατο. Για παράδειγμα, το έμβρυο μιας διαβητικής μητέρας, το έμβρυο μιας υπέρτασικής μητέρας και το έμβρυο μιας πολύ αναιμικής μητέρας έχουν ορισμένα κοινά ή διαφορετικά προβλήματα, που ανεβάζουν τελικά την περιγεννητική θνησιμότητα. Η περιγεννητική θνησιμότητα στις κυήσεις υψηλού κινδύνου μπορεί να βελτιωθεί με σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση των παραγόντων που θα προσδιοριστούν έγκαιρα με τη βοήθεια διαγνωστικών μεθόδων. Αυτό βέβαια απαιτεί βαθιά θεωρητική γνώση των

καταστάσεων που σχετίζονται με τις κυήσεις υψηλού κινδύνου και συστηματική παρακολούθηση της ασθενούς.

Τα προηγούμενα δεν σημαίνουν ότι δεν υπάρχει μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα σε κυήσεις που είχαν θεωρηθεί «ασφαλείς». Υπάρχουν πολλές καταστάσεις στη Μαιευτική που συνδέονται με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα και που είναι δυνατό να παρουσιαστούν ή να εξελιχθούν στο τέλος της κύησης και στον τοκετό. Όμως στις κυήσεις χαμηλού κινδύνου, όταν δεν γίνεται έλεγχος της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας, τα θνησιγενή έμβρυα είναι 3 περίπου σε κάθε 1.000 γεννήσεις, ενώ στις κυήσεις υψηλού κινδύνου ο αντίστοιχος αριθμός μπορεί να φτάσει το 30. Η σημασία του ελέγχου της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας προκύπτει από το ότι η εφαρμογή του σε κυήσεις υψηλού κινδύνου έχει ως αποτέλεσμα το πολύ 3 θνησιγενή έμβρυα σε κάθε 1000 γεννήσεις. Βέβαια, υπάρχουν και εξωγενείς παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν δραματικά την περιγεννητική και τη μητρική θνησιμότητα και που δεν σχετίζονται με παθολογία της κύησης. Για παράδειγμα, τα κοιλιακά τραύματα διάτρησης εμφανίζουν περιγεννητική θνησιμότητα 41-71% και αυξημένη μητρική θνησιμότητα (Chan et al, 2002).

Η περιγεννητική θνησιμότητα σχετίζεται με παθολογικές καταστάσεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δημογραφικούς παράγοντες και παράγοντες από το μαιευτικό και το παθολογικό ή χειρουργικό ιστορικό της μητέρας. Τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι ο αριθμός των θανάτων των εμβρύων-νεογνών που συμβαίνουν από την 20η εβδομάδα της κύησης μέχρι την 7η ημέρα μετά τον τοκετό είναι σχεδόν ίσος με τον αριθμό των θανάτων που συμβαίνουν στη διάρκεια των επόμενων 40 χρόνων της ζωής.

Η μαιευτική αιμορραγία παραμένει κύρια αιτία μητρικής θνησιμότητας, που αυξάνει σαφώς και την περιγεννητική θνησιμότητα. Ειδικότερα, οι παθολογικές καταστάσεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης που σχετίζονται με αυξημένη περιγεννητική και ορισμένες με μητρική θνησιμότητα είναι:

- Υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου (και υπολειπόμενου βάρους γέννησης νεογνά). Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη από διπλάσια σε σχέση με τα κανονικού βάρους νεογνά.
- Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων (κάτω από την 36η εβδομάδα της κύησης)

- Πρόωρος τοκετός. Ο πρόωρος τοκετός είναι η κύρια αιτία περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας στις ΗΠΑ.
- Μικρό βάρος γέννησης
- Κύηση μεγαλύτερη από 42 εβδομάδες. Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη από διπλάσια σε σχέση με την αντίστοιχη των τελειόμηνων νεογνών που γεννιούνται μέχρι την 42η εβδομάδα της κύησης.
- Υδράμνιο ή ολιγάμνιο. Στο υδράμνιο, η περιγεννητική θνησιμότητα υπολογίζεται σε 1:2.
- Προδρομικός πλακούντας. Η περιγεννητική θνησιμότητα μπορεί να φτάσει το 20%.
- Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Η περιγεννητική θνησιμότητα ξεπερνά το 20%.
- Ρήξη μήτρας, σε μη προϋπάρχουσα ουλή του τοιχώματος της μήτρας. Η μητρική θνησιμότητα ξεπερνά το 10% και η περιγεννητική θνησιμότητα το 30%
- Πολύδυμη κύηση. Τα μονοωγενή δίδυμα έχουν υπερδιπλάσια περιγεννητική θνησιμότητα σε σχέση με εκείνη των διωογενών διδύμων.
- Μέτρια ως βαριά ευαισθητοποίηση. Σε περιπτώσεις ισοανοσοποίησης όπου χρειάζεται να γίνει ενδομήτρια μετάγγιση του εμβρύου, η περιγεννητική θνησιμότητα ξεπερνά το 20%.
- Σακχαρώδης διαβήτης κατηγορίας Β έως F. Στην κατηγορία F, η περιγεννητική θνησιμότητα ξεπερνά το 100: 1.000.
- Νόσοι του θυρεοειδούς.
- Καρδιακή νόσος, κατηγορίας II έως IV με συχνότερη εκείνη της ρευματικής αιτιολογίας και σπανιότερη τη συγγενή καρδιοπάθεια.
- Υπερτασική νόσος της κύησης και κυρίως σε σοβαρή προεκλαμψία-εκλαμψία. Η χρόνια υπερτασική νόσος που επιπλέκεται από προεκλαμψία-εκλαμψία έχει περιγεννητική θνησιμότητα 20%. Ακόμα και σε αναπτυσσόμενες χώρες, η υπερτασική νόσος της κύησης πενταπλασιάζει την περιγεννητική θνησιμότητα (Roberts et al, 2009).

- Μεγάλη αναιμία. Αναιμία στην κύηση ορίζεται συνήθως η ύπαρξη επιπέδων αιμοσφαιρίνης <11 gr/dL και ως μεγάλη αναιμία θεωρείται όταν η αιμοσφαιρίνη είναι <9 gr/dL. Η μεγάλη αναιμία συνεπάγεται αυξημένο ποσοστό ενδομήτριων θανάτων και νεογνών με υπολειπόμενο βάρος ενώ η μητέρα παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο μαιευτικών λοιμώξεων
- Θρομβοεμβολικά επεισόδια
- Θρομβοπενία, με περιγεννητική θνησιμότητα 20%. Η μητέρα παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο (ποσοστό >20%) αιμορραγιών της πρώιμης λοχείας
- Μέτρια ως βαριά νεφρική νόσος, περιλαμβάνοντας την οξεία ή χρόνια πυελονεφρίτιδα. Η οξεία πυελονεφρίτιδα ευθύνεται για αυξημένο ποσοστό (20%) πρόωρων τοκετών.
- Παθήσεις από το ήπαρ και το γαστρεντερικό σύστημα με αντιπροσωπευτική τη σκωληκοειδίτιδα, που όταν είναι εντοπισμένη καταλήγει σε εμβρυϊκή απώλεια στο 10% ενώ σε περιτονίτιδα, η εμβρυϊκή απώλεια υπερτριπλασιάζεται.
- Λοιμώξεις. Ακόμα και σε αναπτυγμένες χώρες, όπως είναι η Ολλανδία, αναφέρεται μητρική θνησιμότητα >0.7 σε κάθε 100.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών λόγω σήψης. Από αυτές, σε >40% ευθύνεται η λοίμωξη από στρεπτόκοκκο της ομάδας A (Kramer et al, 2009). Κάποιες περιγεννητικές λοιμώξεις εμφανίζουν αυξημένη θνησιμότητα κατά τη νεογνική ηλικία. Για παράδειγμα, η προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος του εμβρύου-νεογνού από έρπητα εμφανίζει θνησιμότητα 15%, ενώ σε διάχυτη ερπητική λοίμωξη η θνησιμότητα είναι 57% (Chan et al, 2002).

Οι παραπάνω καταστάσεις είναι υπεύθυνες για περισσότερες από 1 στις 2 περιπτώσεις περιγεννητικής και μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας με άμεσο, όπως σε μεγάλες αιμορραγίες (π.χ. πρόωρη αποκόλληση πλακούντα και προδρομικός πλακούντας) ή έμμεσο τρόπο, όπως σε επιπλοκές από τους νεφρούς και την καρδιά.

Στην ελάττωση της περιγεννητικής θνησιμότητας κάποιων από αυτές τις καταστάσεις, μεγάλο ρόλο παίζει η θεραπευτική παρέμβαση. Για παράδειγμα, η χορήγηση κορτικοστεροειδών για τη βελτίωση της πνευμονικής ωριμότητας του εμβρύου ελαττώνει την περιγεννητική θνησιμότητα. Οι δημογραφικοί

παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα είναι:

- Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των γονέων με κακή διατροφή, κατάχρηση οινόπνευματος, κάπνισμα, κακή φυσική κατάσταση και χαμηλό ύψος της εγκύου. Η χώρα προέλευσης, η φυλή και το φύλο παίζουν επίσης ρόλο στην περιγεννητική θνησιμότητα. Σε χώρες που μαστίζονται από επιδημίες, η περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα αναμένονται αυξημένες και διάφορα μέτρα είναι απαραίτητα για την ελάττωσή τους. Για παράδειγμα, σε έγκυες φορείς του HIV, η χορήγηση βιταμίνης A μπορεί να ελαττώσει τη μητρική θνησιμότητα και να βελτιώσει το περιγεννητικό αποτέλεσμα. Η ανύπαντρη μητέρα και το ανεπιθύμητο παιδί αποτελούν πρόσθετους επιβαρυντικούς παράγοντες. Με αυξημένη μητρική θνησιμότητα έχουν συνδεθεί επίσης η ανεργία, ο μικρός αριθμός προγεννητικών επισκέψεων και η αρχική επίσκεψη σε μονάδα προγεννητικής φροντίδας μετά τον τέταρτο μήνα της κύησης. Οι σωστά εκπαιδευμένες μαίες μπορούν να παίξουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ελάττωση της μητρικής θνησιμότητας.
- Ηλικία της μητέρας (κάτω από τα 15 ή πάνω από τα 35 χρόνια). Αν και υπάρχουν μελέτες που δείχνουν αυξημένη μητρική θνησιμότητα σε ηλικίες κάτω από τα 15 σε επίπεδο μη στατιστικά σημαντικό, η νεογνική θνησιμότητα σε αυτές τις ηλικίες είναι σαφώς μεγαλύτερη. Σε γυναίκες μετά την ηλικία των 40 ετών, υπάρχει αυξημένη μητρική θνησιμότητα, αυξημένο ποσοστό αυτόματων εκτρώσεων και εμβρυϊκών ανωμαλιών και αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα. Στις μεγάλες ηλικίες, η αυξημένη περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα οφείλονται κυρίως σε συνυπάρχουσες παθήσεις, όπως υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη.

Η μητρική θνησιμότητα αυξάνει και σε καταστάσεις που συνδέονται με κάποιους από τους παραπάνω παράγοντες όπως π.χ. στο σύνδρομο HELLP, που μπορεί να συνδέεται με προεκλαμψία-εκλαμψία. Αναφέρεται τέλος, ότι η μητρική θνησιμότητα είναι γενικά αυξημένη σε καισαρική τομή σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό. Επομένως, η ελάττωση του ποσοστού των καισαρικών τομών θα μπορούσε να ελαττώσει τη μητρική θνησιμότητα. Οι παράγοντες από το γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό που μπορεί να σχετίζονται με αυξημένη

περιγεννητική θνησιμότητα αλλά και μητρική θνησιμότητα ή νοσηρότητα είναι (Ιατράκης, 2009).

- Ανωμαλία του γεννητικού συστήματος του τύπου: μεγάλα ινομύματα της μήτρας, επεμβάσεις στη μήτρα ή τον τράχηλο (καισαρική τομή, ινομυωματαεκτομή), ανεπάρκεια του τραχήλου και δυσπλασία της μήτρας.
- Δύο ή περισσότερες αυτόματες εκτρώσεις.
- Δύο ή περισσότεροι πρόωροι τοκετοί ή χαμηλού βάρους νεογέννητα.
- Παιδιά με γενετική ή συγγενή ανωμαλία.
- Παιδιά με σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας.
- Γεννήσεις νεκρών εμβρύων.
- Θάνατοι νεογέννητων πριν την 28η ημέρα της ζωής. Από τους θανάτους που συμβαίνουν στη διάρκεια του πρώτου έτους τη ζωής, περίπου το 70% θα συμβούν στη διάρκεια των πρώτων 28 ημερών.
- Υδράμνιο ή ολιγάμνιο.
- Μεγάλου βάρους νεογέννητα (μεγαλύτερα από 4.000 gr).
- Πολυτοκία.
- Κύηση σε τρεις ή λιγότερους μήνες από την προηγούμενη.
- Ισχιακή προβολή.
- Πολύδυμη κύηση.
- Προεκλαμψία ή εκλαμψία.
- Σημαντικές αιμορραγίες του 2ου ή 3ου τριμήνου της κύησης.
- Rh ασυμβατότητα. Με τη συστηματική χορήγηση της αντι - D σφαιρίνης, η Rh ευαισθητοποίηση σήμερα είναι σπάνια, ενώ παλαιότερα αποτελούσε κύριο παράγοντα περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.
- Διάσταση της πυέλου στον τοκετό.

1.2.4 Ιατρικοποίηση του τοκετού

Σε πολλές χώρες, οι κοινοτικοί νοσηλευτές και οι επισκέπτες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υγιεινομική περίθαλψη που παρέχεται στις έγκυες γυναίκες, ενώ οι μαίες παρακολουθούν τις γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και τις βοηθούν στον τοκετό (Venvilainen-Julkunsen, 1995). Εντούτοις, σε μερικές χώρες η διενέργεια τοκετών από μαίες έχει σχεδόν εκλείψει. Τα πιο κραυγαλέα παραδείγματα είναι οι ΗΠΑ και ο Καναδάς, ενώ ένα παρόμοιο φαινόμενο παρατηρείται επίσης στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες. Η μείωση της πραγματοποίησης τοκετών από μαίες στις ΗΠΑ και στον Καναδά βασίστηκε σε ισχυρισμούς επισφαλούς πρακτικής, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν στοιχεία που να τεκμηριώνουν αυτούς τους ισχυρισμούς.

Στη σύγχρονη Ελλάδα, όλοι σχεδόν οι τοκετοί πραγματοποιούνται σε δημόσιες ή ιδιωτικές κλινικές υπό την επίβλεψη μαιευτήρα-γυναικολόγου ιατρού. Εντούτοις, από αυτή την πρακτική η χώρα άρχισε να αντιμετωπίζει νέα προβλήματα (Καθημερινή, 2004). Από το 1996, οι Skalkidis et al προειδοποιούσαν ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 13 ετών τα ποσοστά καισαρικών τομών είχαν αυξηθεί στην Ελλάδα σχεδόν κατά 50% και ότι οι καισαρικές τομές εκτελούνταν δύο φορές πιο συχνά στα δημόσια εκπαιδευτικά νοσοκομεία, στοιχείο που κατά τους συγγραφείς αποτελούσε ένδειξη ότι υπεισέρχονταν και κοινωνικοί παράγοντες στην εφαρμογή της μεθόδου. Οι Tampakoudis et al, σε σχετική έρευνα τους, ανέφεραν ότι σε 34.575 τοκετούς που καταγράφηκαν μεταξύ 1997 και 2000 το γενικό ποσοστό καισαρικών τομών αυξήθηκε σταδιακά από 13,8% (1977-1983) σε 29,9% (1994-2000).

Μια νέα έκθεση, που έγινε το 2004 από την Ένωση Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος, προειδοποίησε ότι το ποσοστό καισαρικών τομών έχουν αυξηθεί εντυπωσιακά και καισαρικές τομές εφαρμόζονται στο 30-35% των τοκετών που πραγματοποιούνται στα ιδιωτικά μαιευτήρια και στο 40% των τοκετών που πραγματοποιούνται σε μαιευτικές κλινικές και μαιευτήρια του δημόσιου τομέα. Ως κύριος λόγος για τα υψηλά αυτά ποσοστά καισαρικών τομών αναφέρθηκε η αύξηση της μέσης ηλικίας των μητέρων κατά τον τοκετό (Καθημερινή, 2004).

Στη σύγχρονη Ελλάδα, η γέννηση έχει ιατρικοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό. Αν και το γεγονός αυτό συνδέεται με τη χαμηλή νεογνική και μητρική

θνησιμότητα που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, συνδέεται επίσης και με ένα επιπλέον οικονομικό φορτίο που επωμίζεται η οικογένεια για τον τοκετό, δεδομένου ότι πρέπει να καταβάλει ένα μη αμελητέο χρηματικό ποσό στις ιδιωτικές κλινικές και τις περισσότερες φορές και στα δημόσια νοσοκομεία υπό μορφή άτυπης αμοιβής του μαιευτήρα που διενεργεί τον τοκετό, καθώς οι Ελληνίδες επιθυμούν ο τοκετός τους να πραγματοποιηθεί υπό την επίβλεψη του θεράποντος ιατρού τους και όχι από τους εφημερεύοντες ιατρούς.

1.2.5 Ιστορική αναδρομή της μαιευτικής φροντίδας στην Ευρώπη

Ελλάδα

Στην Ελλάδα, στο νεοϊδρυθέν, μετά την Ελληνική επανάσταση ενάντια στην Οθωμανική αυτοκρατορία, κράτος ήταν προφανής η έλλειψη οποιουδήποτε οργανωμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και μια παντελής έλλειψη εκπαιδευμένων νοσοκόμων και μαιών (Λανάρα Β., 1978).

Η πρώτη σχολή προετοιμασίας γυναικών επαγγελματιών υγείας ήταν η σχολή μαιών. Υπάρχουν πολλές απόψεις για το έτος ίδρυσης της, καθώς σύμφωνα με τον Ιστοχώρο του Τμήματος Μαιευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης (www.teithe.gr), η μνημονευόμενη ως σχολή μαιών άρχισε να λειτουργεί ως Φροντιστήριο Μαιευτικής το 1833 από το Ν. Κωστή, καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών, ή, σύμφωνα με τον ιστοχώρο του ΤΕΙ Αθήνας, λειτούργησε ένα χρόνο αργότερα, το 1834 (www.athena.teiath.gr/site/to_tei_ath/istoria_tei/katte.htm).

Διερευνώντας διάφορες πηγές για την διασταύρωση των ως άνω στοιχείων, βρέθηκε ότι μόλις το 1838 δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος το υπ'αρ.9, 16/03/1838 διάταγμα «Περί συστάσεως σχολής διά τας μαίας» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, αρ.9). Παρόλ' αυτά, δεν κατορθώθηκε να διασταυρωθεί το κατά πόσο αυτή η σχολή λειτούργησε πραγματικά ή έμεινε μόνο στα χαρτιά ούτε και για το αν αναφερόταν σε μια νέα σχολή ή αν το διάταγμα αυτό αφορούσε στην επισημοποίηση της λειτουργίας του Φροντιστηρίου Μαιευτικής που λειτουργούσε υπό το Ν. Κωστή. Είκοσι δύο χρόνια αργότερα, με το νόμο ΤΝΖ/1856 «Περί του Μαιευτικού Σχολείου», αρχίζει επίσημα στο Ελληνικό

κράτος η εκπαίδευση μαιών. Σημειωτέον ότι το «Μαιευτικό Σχολείο» είναι η πρώτη σχολή εκπαίδευσης γυναικών στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα.

Ο Venieris (1997) ισχυρίζεται ότι ο πρώτος ελληνικός νόμος που αφορά στην προστασία μητρότητας εκδόθηκε το 1922 ως τμήμα της νομοθεσίας κοινωνικής ασφάλισης, όμως ο νόμος 2274/1920, που αφορά στην 3η σύμβαση για την απασχόληση των μητέρων, εκδόθηκε δύο χρόνια νωρίτερα και δεν κατέστη δυνατό να βρεθεί κατά πόσο το Ελληνικό κράτος είχε κυρώσει νομοθετικά και τις προηγούμενες συμβάσεις, 1η και 2η.

Η δεύτερη δεκαετία του 20ού αιώνα ήταν μια πολιτικά ασταθής περίοδος για την Ελλάδα, καθώς για πολλά έτη η χώρα βρισκόταν σε πόλεμο με την Τουρκία. Το 1922 η Ελλάδα έχασε τον πόλεμο, ένας μεγάλος αριθμός Ελλήνων που για αιώνες ζούσαν στη Μικρά Ασία και στα παράλια της Μαύρης Θάλασσας ήρθαν στην Ελλάδα ως πρόσφυγες, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός μόνο της Αθήνας να διπλασιαστεί μεταξύ του 1922 και του 1928 (Venieris D. 1997). Μετά από αυτή την αξιοσημείωτη αύξηση του πληθυσμού, η ανάγκη για αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης της χώρας ήταν προφανής. Το 1922, με το νομοθετικό διάταγμα Δ/23·9·1925, μεταξύ άλλων, ρυθμίστηκε και το θέμα της δημιουργίας ειδικού τμήματος για την προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας στο «Υπουργείο Περιθάλψεως», το οποίο με τον ίδιο νόμο μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως» (Μαστρογιάννης Ι., 1960).

Το 1926 στην Αθήνα, πρωτεύουσα της Ελλάδας, μια πόλη με 400.000 κατοίκους, ήταν διαθέσιμα περίπου 100 μαιευτικά κρεβάτια και οι περισσότεροι τοκετοί πραγματοποιούνταν από, πρακτικές κυρίως, μαίες κατ' οίκον. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από τον Venieris, (1997), «... τα νοσοκομεία συγκεντρώθηκαν στις αστικές περιοχές το 1929, μισά από τα διαθέσιμα κρεβάτια και 40% των γιατρών συναθροίστηκαν σε μια απόσταση 200 χιλιομέτρων γύρω από την Αθήνα, σε μια περιοχή όπου ζούσε μόνο το ένα έκτο περίπου του συνολικού πληθυσμού...». Επιπλέον, οι στατιστικές για το έτος 1928 έδειχναν ότι το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας ανερχόταν στο 93/1000. Ενώ επικρατούσαν αυτές οι συνθήκες, το Ελληνικό κράτος με το νόμο 3714/2812 (άρθρο 1) μερίμνησε για την υγιεινή των μητέρων και των πρώτων παιδικών ηλικιών. Τον επόμενο χρόνο ψηφίστηκε ο νόμος 3928/29 με βάση τον οποίο ιδρύθηκαν τα Λαϊκά Ιατρεία, στα οποία προβλεπόταν μέριμνα για τη

μητέρα και το παιδί, ενώ τον ίδιο χρόνο με το νόμο 3930/29 κατοχυρώθηκε η προστασία του θηλάζοντος βρέφους.

Τον Αύγουστο του 1929, μια διεθνής επιτροπή εμπειρογνομόνων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) κλήθηκε για να προετοιμάσει ένα σχέδιο για τη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Η σχετική έκθεση των εμπειρογνομόνων προκάλεσε ντροπή, δεδομένου ότι αναφερόταν σε αυτήν ότι οι Έλληνες γιατροί ήταν ανεπαρκείς, ενώ τονίστηκε επίσης ότι οι περισσότερες από τις νοσοκόμες και τις μαίες στην Ελλάδα ήταν ανεκπαιδευτες και στερούνταν επαγγελματικής και κοινωνικής καταξίωσης (Λιάκος, 1993).

Παρόλ' αυτά, στην Ελλάδα η προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας θεωρούνται ως πολύ σημαντικά ζητήματα για το έθνος και, κατά την αναθεώρηση του Ελληνικού Συντάγματος του 1927, στο άρθρο 21 έγινε ιδιαίτερη μνεία στο συγκεκριμένο θέμα: «Η οικογένεια ως θεμέλιον της συντηρήσεως και προαγωγής του Έθνους, ως και ο γάμος, η μητρότης και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του Κράτους». Από τότε, όλα τα αναθεωρημένα ελληνικά συντάγματα αφιερώνουν το άρθρο 21 σε αυτό το θέμα. Εντούτοις, στην πράξη, οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας και προστασίας της μητρότητας στην Ελλάδα έχουν ακόμα πολύ δρόμο να διανύσουν πριν γίνουν μια καρποφόρα πραγματικότητα, παρά το γεγονός ότι αρκετή πρόοδος έχει παρατηρηθεί στον τομέα της προστασίας των παιδιών, των μητέρων και των εγκύων γυναικών τις τελευταίες δεκαετίες.

Από πολλούς συγγραφείς υποστηρίζεται ακόμα ότι η μέριμνα του κράτους για τη μητέρα μπορεί να περιορίσει την αρνητική επίδραση της εργασίας των γυναικών στην τεκνοποίηση, δίνοντάς τους τα απαραίτητα κίνητρα, ενώ η προστασία της μητρότητας και η παρακολούθηση της εγκύου έχουν ευεργετική επίδραση στην υγεία της μητέρας, μειώνουν την εμβρυϊκή και νεογνική θνησιμότητα και διασφαλίζουν την προστασία της υγείας του παιδιού (Στεργίου κ.α 1989, Κογκίδου κ.α 1995, Σκουλίκα κ.α 1999, Δραγώνα κ.α 1993).

Η γυναίκα που εγκυμονεί έχει ανάγκη προετοιμασίας, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις αλλαγές στο σώμα της και τις λειτουργίες του κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και για να αναλάβει το ρόλο της μητρότητας (Kozier et al, 1993). Η διαθέσιμη βιβλιογραφία σχετικά με την προστασία της μητρότητας στην Ελλάδα είναι περιορισμένη πριν από τη δεκαετία του '70, εντούτοις υπάρχει μια γενική θεώρηση ότι μέχρι τη δεκαετία του '60 οι περισσότεροι

τοκετοί στις αγροτικές περιοχές πραγματοποιούνταν κυρίως από πρακτικές μαίες, ενώ στις αστικές περιοχές μια παρόμοια κατάσταση ίσχυε μέχρι τη δεκαετία του '50. Το 1951 έγινε ένα βήμα προς τα εμπρός, δεδομένου ότι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ένα από τα μεγαλύτερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, με την εισαγωγή του νόμου 1846/5122 εγκαινίασε την παροχή υπηρεσιών στον ασφαλισμένο πληθυσμό από τις πολυκλινικές του, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών μητρότητας. Εντούτοις, για μια κατεξοχήν γεωργική χώρα, όπως ήταν τότε η Ελλάδα, η μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού παρέμενε ανασφάλιστη. Τη δεκαετία του '60, με το νόμο 4053/61 που ακολουθήθηκε από το νομοθετικό διάταγμα 67/68 όλες οι νοσηλεύτριες, οι μαίες και οι γιατροί, αμέσως μετά τη λήψη του διπλώματος ή του πτυχίου τους, είχαν υποχρέωση να υπηρετήσουν για ένα τουλάχιστον έτος σε αγροτικά ιατρεία ή κέντρα υγείας σε αγροτικές περιοχές. Βαθμιαία από τότε οι έγκυες γυναίκες άρχισαν να εξετάζονται από εκπαιδευμένες μαίες ή γιατρούς και οι τοκετοί σταδιακά άρχισαν να πραγματοποιούνται στα νοσοκομεία ή στα αγροτικά κέντρα υγείας.

Η παρακολούθηση της εγκύου στη χώρα μας, όπως και σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, συνιστάται να γίνεται από επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως μαίες, επισκέπτες υγείας, κοινοτικούς νοσηλευτές και μαιευτήρες-γυναικολόγους ιατρούς (Τσιάντης, 1993). Η καθαρά ιατρική παρακολούθηση αφορά στην κλινική εξέταση της εγκύου και τη διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων, που πραγματοποιούνται σε εργαστήρια νοσοκομείων ή ιδρυμάτων (ΙΚΑ, ΠΙΚΠΑ) ή σε άλλα εργαστήρια συμβεβλημένα με αυτά, καθώς και σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια συμβεβλημένα με τον ασφαλιστικό φορέα της εγκύου (Στεργίου, 1989). Προληπτικές υπηρεσίες μητρότητας προσφέρονται από τους Σταθμούς Προστασίας Μητέρας και Παιδιού του ΙΚΑ, τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα του Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Προστασίας και Αντιλήψεως (ΠΙΚΠΑ), τα Κέντρα Υγείας και τα Εξωτερικά Γυναικολογικά-Μαιευτικά Ιατρεία των Μαιευτηρίων και Νοσοκομείων, καθώς και από ιδιώτες γιατρούς.

Γερμανία

Σύμφωνα Emons & Luiten (2001), στη Γερμανία, πριν από το 1950, η γέννα στο σπίτι ήταν σύνηθες φαινόμενο. Ο νόμος της μαιευτικής του 1938 απαιτούσε την παρουσία μιας μαίας σε κάθε τοκετό και αναγνώρισε πλήρως τη μαιευτική ως ένα ανεξάρτητο επάγγελμα. Αυτό συνεπάγεται ότι οι μαιευτήρες πρέπει να καλέσουν μια μαία να είναι παρούσα στη γέννα. Η μαία ορίζεται ως το άτομο που διεξάγει φυσιολογικές γέννες χωρίς την παρουσία μαιευτήρα. Ωστόσο, στα νοσοκομεία της Γερμανίας είναι σύνηθες οι μαίες να καλούν έναν μαιευτήρα να είναι παρών κατά τη γέννα. Σύμφωνα με τον Wear, (1995), από το 1950 μέχρι σήμερα έχει υπάρξει μια τάση προς τις γέννες οι οποίες λαμβάνουν χώρα στα μαιευτικά τμήματα των νοσοκομείων. Λόγω της ανάπτυξης της ιατρικής, οι εγκυμοσύνες και οι γέννες υψηλού κινδύνου, γίνονται ολοένα και πιο ελεγχόμενες. Ως συνέπεια της προόδου της ιατρικής από το 1970, μια πιο σωματικά κατευθυνόμενη κλινική γέννα έγινε ο κανόνας στη Γερμανία. Με τα χρόνια, οι γιατροί κυριάρχησαν όλο και περισσότερο στο επάγγελμα της μαιευτικής. Το 1980, οι γυναικολόγοι προσπάθησαν να πείσουν την κυβέρνηση να απαγορεύσει τους τοκετούς στο σπίτι, έτσι ώστε όλες οι γυναίκες να γεννούν στο νοσοκομείο. Αυτή η προσπάθεια απέτυχε λόγω της υποστήριξης των Γερμανίδων μαιών από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Στα μέσα του '70, η γέννα με χρήση φαρμάκων έγινε αντικείμενο κριτικής. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αναβίωση της γέννας στο σπίτι και την καθιέρωση εξω-νοσοκομειακών μονάδων μαιευτικής που ήταν κυρίαρχες σε αστικές περιοχές. Οι αλλαγές έγιναν εμφανείς σε νοσοκομεία, όπου μια πιο ευχάριστη ατμόσφαιρα δημιουργήθηκε και εισήχθη μια πιο προσανατολισμένη στην οικογένεια γέννα. Αυτές οι αλλαγές επέτρεψαν στις γυναίκες περισσότερη επιρροή στη διαδικασία της τεκνοποίησης. Κατά την τελευταία δεκαετία αυτό έχει εξελιχθεί σε μεγαλύτερο αριθμό επιλογών γέννας για τις γυναίκες στη Γερμανία.

Στη Γερμανία, σύμφωνα με τους Sandall et al. (2001), οι υπηρεσίες μητρότητας είναι ένας από τους πολλούς τομείς της υγειονομικής περίθαλψης που επηρεάστηκε από την οικονομική μεταρρύθμιση μετά την ένωση. Οι Γερμανίδες μαίες είχαν καθιερωθεί ως παρούσες στη γέννα ως αποτέλεσμα του νόμου του 1938 (*Hinzuziehungspflicht*), που τις έκανε πρωταρχικές στη φροντίδα σε κάθε γέννα. Στην οικονομική και κοινωνική κρίση της

μεταπολεμικής δυτικής Γερμανίας, ο αριθμός των μαιών μειώθηκε, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι πολλές από αυτές ήταν προχωρημένης ηλικίας και υπήρχαν λίγες νεοσύλλεκτες να πάρουν τη θέση τους. Η μεταπολεμική μείωση των μαιών στη Γερμανία ήταν παράλληλη με την αύξηση της αμερικάνικης επιρροής στη γερμανική κοινωνία γενικά, και με μια προτίμηση προς την γέννα από γιατρό. Ως αποτέλεσμα, ολοένα και περισσότερες γυναίκες γεννούσαν στα νοσοκομεία. Στην ανατολική Γερμανία υιοθετήθηκε ένα σοσιαλιστικό σύστημα μητρικής φροντίδας μετά τον πόλεμο. Η προγεννητική φροντίδα και η γέννα έπρεπε να πραγματοποιηθεί στα νοσοκομεία. Οι μαιές εργάζονταν μόνο στα νοσοκομεία υπό την επίβλεψη γιατρών και οι επιλογές των γυναικών για τοκετό, ήταν λίγες.

Το πρώτο κύμα της μεταπολεμικής μεταρρύθμισης στη μαιευτική της δυτικής Γερμανίας, ξεκίνησε στις αρχές δεκαετίας του 1980 καθώς μια νέα γενιά γυναικών ασχολήθηκε με τη μαιευτική. Μέχρι το 1985, ο συνασπισμός των γυναικών μαιών (και των υποστηρικτών τους καταναλωτών) κατάφερε να ψηφιστεί ένας νέος νόμος για να διατηρηθεί η παλιά αρχή (*Hebammengesetz*, 1985).

Το δεύτερο κύμα της μαιευτικής μεταρρύθμισης στα τέλη της δεκαετίας του 1980, ξεκίνησε από εκεί που σταμάτησε ο νόμος του 1985. Μια ισχυρή συμμαχία σχηματίστηκε που περιλάμβανε νέες μαιές που προωθούν τον επαγγελματισμό της ανεξάρτητης πρακτικής της μαιευτικής και γυναίκες που γεννούν δυσαρεστημένες με την «ιατρικοποίηση» της γέννας. Έγινε γνωστό σαν «κίνημα τοκετού στο σπίτι» και στήριξε τον τοκετό στο σπίτι και τη φροντίδα μετά τον τοκετό των εξωτερικών ασθενών. Το ιατρικό επάγγελμα ήταν αντίθετο με την ιδέα της γέννας εκτός νοσοκομείου, δηλώνοντας τη ως επικίνδυνη και ανεύθυνη. Αλλά η επιρροή των γιατρών στην πολιτική υγείας δεν ήταν όσο ισχυρή υπήρξε στο παρελθόν και οι πολιτικοί συνειδητοποίησαν ότι μια αύξηση στην ιατρική συμμετοχή συνεπάγεται υψηλότερο κόστος. Οι εξελίξεις σε άλλες χώρες στήριξαν τις προσπάθειες των Γερμανίδων μαιών και των ακτιβιστριών φεμινιστριών. Οι διαδηλώσεις που πραγματοποιήθηκαν το 1996, 1997 κατέληξαν στη δημιουργία μιας επιτροπής, που ασχολήθηκε με την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών μαιευτικής και την αναθεώρηση του προγράμματος πληρωμής γι' αυτές τις υπηρεσίες. Η επιτροπή συνέταξε έναν κατάλογο στοιχείων πρακτικής που αποτέλεσε τη βάση για την πληρωμή των υπηρεσιών μαιευτικής. Θεωρείται ως η πρώτη επίσημη αναγνώριση του πεδίου

εφαρμογής της μαιευτικής πρακτικής στη συνεχή φροντίδα, που κυμαίνεται από την παροχή συμβουλών για την εγκυμοσύνη μέχρι τη μεταγεννητική φροντίδα. Οι συστάσεις της επιτροπής πέρασαν από το κοινοβούλιο το 1997 (Sandall et al., 2001).

Γαλλία

Σύμφωνα με τους Emons & Luiten (2001), στη Γαλλία, το επάγγελμα της μαιευτικής είναι κατοχυρωμένο και προστατεύεται από το νόμο από το 1846. Οι μαίες εξασκούν το επάγγελμα περισσότερο ή λιγότερο αυτόνομα και χαίρουν εκτίμησης. Πιστεύοντας ότι ο φόρτος και οι συνθήκες εργασίας θα βελτιώνονταν με το να δουλεύουν υπό τις οδηγίες γιατρού, οι ίδιες οι μαίες ξεκίνησαν τη διαδικασία της αλλαγής της εργασιακής κατάστασης και κάνοντας το, εγκατέλειψαν εθελοντικά την ανεξάρτητη κατάσταση τους. Διαδοχικά, αυτό οδήγησε στην αλλαγή στην αντίληψη του επαγγέλματος, συμπεριλαμβανομένου της σκοπιάς της πρακτικής που επίσης ανέλαβαν άλλοι επαγγελματίες υγειονομικής φροντίδας οδηγώντας σε πολυπειθαρχική παροχή υγειονομικής περίθαλψης στην εγκυμοσύνη και τη γέννα. Λόγω μεγάλων τεχνολογικών επιτευγμάτων στη μαιευτική, οι αρμοδιότητες εργασίας των μαιών στη Γαλλία έχουν γίνει με τα χρόνια ολοένα και περισσότερο τεχνοκρατικές. Η γαλλική μαιευτική αγκάλιασε τις θεραπευτικές και διαγνωστικές εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη, καταλήγοντας σε μια αύξηση στη χρήση των σαρώσεων υπέρηχων και την ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου στην εγκυμοσύνη. Όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, στη Γαλλία, το 1990 έφερε μια αναβίωση της επιθυμίας για αυτόνομη θέση των μαιών. Το 1995 η ανεξάρτητη θέση των μαιών, περιλαμβάνοντας την ευθύνη για τις πράξεις τους κατά την άσκηση του επαγγέλματος, παρουσιάστηκε συστηματικά από νόμο.

1.2.6 Ευρωπαϊκά οικονομικά συστήματα

Η ασφαλιστική κάλυψη υγείας στην Ευρώπη είναι ουσιαστικά η ανησυχία των ίδιων των χωρών. Τα συστήματα διαφέρουν ως προς την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Όλα τα συστήματα χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης αποτελούν ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών συστημάτων. Τα συστήματα

χρηματοδότησης έχουν μια σημαντική επίδραση στον τρόπο με τον οποίο ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργεί. Υπάρχουν δύο τρόποι χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης: ένα ασφαλιστικό σύστημα και ένα εθνικό σύστημα (που χρηματοδοτούνται από τα φορολογικά έσοδα) (Van Kemenade, 1997).

Ασφαλιστικό σύστημα

Υπάρχουν δύο είδη ασφαλιστικών συστημάτων: η κοινωνική και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η κύρια διαφορά μεταξύ των δύο συστημάτων είναι ο βαθμός στον οποίο η εκάστοτε κυβέρνηση καθορίζει τη λειτουργία της ασφάλισης υγείας. Τα συστήματα διαφέρουν σε σχέση με τους πληθυσμούς που καλύπτουν, τις πληρωμές και τις κοινωνικές υπηρεσίες, οι οποίες περιλαμβάνονται ή εξαιρούνται (Van Kemenade, 1997).

Κοινωνική ασφάλιση υγείας

Τα γενικά χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, που καταβάλλεται από τους εργοδότες ή / και τους εργαζόμενους. Τα ασφάλιστρα (η μισθοδοσία και οι φόροι) συνήθως βασίζονται στην αλληλεγγύη (εισόδημα) και όχι σε ατομικούς παράγοντες (ηλικία, τρόπος ζωής). Μπορεί να υπάρξουν μειώσεις, εξαιρέσεις ή ειδικοί κανόνες για ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως είναι τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι άνεργοι, οι φυλακισμένοι, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα και οι αυτοαπασχολούμενοι. Η ρύθμιση πρόσθετου τέλους μπορεί να καθορίζεται από την κυβέρνηση ή από μια μη κυβερνητική οργάνωση (Van Kemenade, 1997).

Ένα παραδοσιακό εθνικό ασφαλιστικό σύστημα καλύπτει γενικά το σύνολο του πληθυσμού, παρέχει μεγάλη ασφαλιστική κάλυψη, το ασφάλιστρο συνδέεται με το εισόδημα και παρέχει το δικαίωμα αποζημίωσης ή επιστροφών. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας μπορεί επίσης να έχει ένα περιορισμένο πακέτο παροχών (στην περίπτωση αυτή υπάρχει συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση) ή να καλύψει μια περιορισμένη ομάδα ανθρώπων.

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Σε ένα ιδιωτικό σύστημα υγειονομικής ασφάλισης, το ασφάλιστρο κατά κύριο λόγο συνδέεται με ατομικά κριτήρια και κοινωνικές τάξεις (ηλικία, φύλο, κατάσταση υγείας, επάγγελμα). Όσοι ανήκουν στην ίδια κατηγορία πληρώνουν το ίδιο ασφάλιστρο. Οι άνθρωποι σε διαφορετικές τάξεις πληρώνουν διαφορετικά ασφάλιστρα.

Η ιδιωτική ασφάλιση ελέγχεται από την κυβέρνηση, σε μικρότερο βαθμό. Υπάρχει περισσότερη ελευθερία όσον αφορά στον καθορισμό του επιπέδου της πριμοδότησης, στον καθορισμό των κατηγοριών και στο περιεχόμενο των πακέτων παροχών. Υπάρχει επίσης ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών (Van Kemenade, 1997).

Σε πολλές χώρες, υπάρχουν συνδυασμοί της κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν ένα ελάχιστο βασικό πακέτο στα άτομα που έχουν αποκλεισθεί από την κοινωνική ασφάλιση. Επιπλέον, προσφέρουν πακέτα συμπληρωματικού επιδόματος, που περιλαμβάνουν ό,τι εξαιρείται από την κοινωνική ασφάλιση (όπως οι από κοινού πληρωμές και η πρώτη θέση κατά την είσοδο σε ένα νοσοκομείο).

Εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης

Τα χαρακτηριστικά ενός εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι ότι η χρηματοδότηση γίνεται μέσω των φόρων και ότι το σύστημα τίθεται σε εφαρμογή από την κυβέρνηση. Οι δαπάνες σε τέτοια συστήματα καθορίζονται κάθε χρόνο στις κοινοβουλευτικές διαπραγματεύσεις για τον προϋπολογισμό. Το πιο γνωστό παράδειγμα είναι το Ηνωμένο Βασίλειο: η Εθνική Υπηρεσία Υγείας. Σε ένα εθνικό σύστημα, κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να λάβει τη φροντίδα που είναι διαθέσιμη. Σε αντίθεση με τα ασφαλιστικά ταμεία ασθενείας, οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να παρέχονται στις κρατικές επιχειρήσεις και να χρηματοδοτούνται σε μεγάλο βαθμό μέσω της δημόσιας χρηματοδότησης (Van Kemenade, 1997).

Όλες οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν ένα μίγμα των συστημάτων χρηματοδότησης. Για παράδειγμα: οι ιδιωτικοί ασφαλιστές υπάρχουν στα περισσότερα εθνικά και κοινωνικά συστήματα ασφάλισης. Και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, ένας συνδυασμός της φορολογίας και των εισφορών

κοινωνικής ασφάλισης υγείας παρέχει τη βασική πηγή χρηματοδότησης. Τα ασφαλιστρα και οι φόροι μπορούν να συνδυαστούν με συν-πληρωμές από τον πολίτη για τον φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η από κοινού πληρωμή μπορεί να είναι είτε προαιρετική, είτε υποχρεωτική (Van Kemenade, 1997).

1.2.7 Το σύστημα υγείας και ασφάλισης στη Γαλλία

Το σύστημα υγείας στη Γαλλία αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismarck, που στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, με ισχυρό όμως τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο. Η κοινωνική ασφάλιση, η οποία χαρακτηρίζεται από τις υψηλότερες συνεισφορές εργοδοσίας-εργαζομένων στην Ευρώπη, με ποσοστό 19%, καλύπτει, ανάλογα με την περίπτωση, από 40–100% των υγειονομικών δαπανών. Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια σε σημαντική ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης (Τούντας, 2001).

Το 64,7% των γαλλικών νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο, το 15,3% στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και το 20% σε ιδιωτικούς, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Τα δημόσια γαλλικά νοσοκομεία υπήρξαν από παράδοση δυσκίνητοι γραφειοκρατικοί οργανισμοί, γεγονός που οδήγησε το 1996 στη δημιουργία αποκεντρωμένων περιφερειακών νοσοκομειακών οργανισμών, με μεγαλύτερη διοικητική και διαχειριστική αυτονομία. Το 2000, αντιστοιχούσαν 8,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους (4,1 για οξέα περιστατικά). Η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά το 1997 ήταν 5,6 ημέρες. Τα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με προοπτικούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς με βάση το ποσοστό χρηματοδότησής τους από την κοινωνική ασφάλιση (OECD, 2002). Κάθε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης πληρώνει κατόπιν διαπραγματεύσεων, ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας των ασφαλισμένων του κατά την αμέσως προηγούμενη ετήσια χρήση. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί καλύπτουν το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης, ενώ το υπόλοιπο 10% προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στη Γαλλία παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό του γιατρό, ενώ παράλληλα του παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε

ειδικευμένους γιατρούς. Το 1998 υπήρχαν περίπου 3 γιατροί και 5,9 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους. Οι νοσοκομειακοί γιατροί στο δημόσιο τομέα διορίζονται από το Υπουργείο Υγείας. Για τον έλεγχο των ιδιωτών γιατρών στην ΠΦΥ, που αμείβονται κατά πράξη, έχουν καθιερωθεί ιατρικά πρωτόκολλα, ενώ προβλέπονται ποινές για προκλητή ζήτηση (υπερκατανάλωση). Γενικότερα, ο τομέας του ποιοτικού ελέγχου και της διαπίστευσης στη Γαλλία έχει αναβαθμιστεί τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία ενός ειδικού φορέα (Agence Nationale d' Accreditation et d' Evaluation en Sante).

Στη Γαλλία το σύστημα της ιατρικής ασφάλισης βασίζεται στην αρχή του «ο καθένας συμβάλλει ανάλογα με τα μέσα που διαθέτει και έχει ιατρική κάλυψη ανάλογα με τις ανάγκες του». Από την ίδρυση, το 2000 της Γενικής Ιατρικής Κάλυψης (CMU), κάθε άτομο που κατοικεί τουλάχιστον 3 μήνες νόμιμα στο γαλλικό έδαφος, έχει δικαίωμα στη βασική ιατρική κάλυψη (καλύπτεται το 65% των εξόδων). Εάν τα εισοδήματά του είναι χαμηλότερα από ένα συγκεκριμένο επίπεδο (587€ το μήνα), ποσό εξαιρετικά χαμηλότερο από το όριο της φτώχειας στη Γαλλία (788€), έχει δικαίωμα σε επιπλέον κάλυψη (συμπληρωματική Γενική Ιατρική Κάλυψη). Η ιατρική βοήθεια του κράτους απευθύνεται στους αλλοδαπούς που κατοικούν στη Γαλλία τουλάχιστον 3 μήνες και δεν έχουν μόνιμη άδεια παραμονής και μηνιαία εισοδήματα κάτω από 587€. Καλύπτονται δωρεάν και χωρίς καμία προκαταβολή εξόδων, για όλες τις θεραπείες πλην των οδοντικών προθηκών. Άτομα χωρίς άδεια παραμονής που κατοικούν λιγότερο από 3 μήνες στη Γαλλία μπορούν να επωφεληθούν μιας περίθαλψης στο νοσοκομείο «για επείγοντα περιστατικά όπου η έλλειψη φροντίδας θα έθετε σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου ή θα προκαλούσε σοβαρές και μόνιμες βλάβες στον ασθενή ή στο παιδί που είναι να γεννηθεί» (Τούντας, 2001).

1.2.8 Το σύστημα υγείας και ασφάλισης στη Γερμανία

Η Γερμανία αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismarck, το οποίο πρωτοϊδρύθηκε στη Γερμανία από τον Bismarck στα τέλη του 19ου αιώνα. Οι δαπάνες υγείας στη Γερμανία, που αντιστοιχούσαν το 2000 στο 10,6% του ΑΕΠ (7% δημόσιες και 3,6% ιδιωτικές), καταβάλλονται κατά 56%

από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 19% από τη γενική φορολογία, ενώ το υπόλοιπο 24,5% αφορά ιδιωτικές δαπάνες (OECD, 2004). Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από 453 ταμεία υγείας, που καλύπτουν περίπου 72 εκατομμύρια ασφαλισμένους και 52 ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς με 7,1 εκατομμύρια πλήρως ασφαλισμένους. Οι μισοί περίπου ασφαλισμένοι στα ταμεία υγείας (κυρίως οι υψηλόμισθοι) έχουν ελευθερία επιλογής ταμείου, ενώ το 40% αυτών μπορούν να επιλέξουν ιδιωτική ασφάλιση.

Το 2000 λειτουργούσαν στη Γερμανία 2.019 γενικά νοσοκομεία (753 δημόσια, 832 ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά και 429 ιδιωτικά) και αντιστοιχούσαν 9,1 κλίνες ανά 1000 κατοίκους (6,9 για οξέα περιστατικά) (OECD, 2002). Το 1997, η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά ήταν 10,8 ημέρες και οι κρεβατοημέρες ανά κάτοικο 2,6 (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Οι αρχές των 16 κρατιδίων, που διαχειρίζονται τους επιμέρους φορολογικούς προϋπολογισμούς, έχουν την ευθύνη επενδύσεων κεφαλαίου στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Ακόμα, η χρηματοδότηση των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων προέρχεται από τα ταμεία υγείας και τις ιδιωτικές πληρωμές και καθορίζεται με βάση συμφωνηθέν νοσήλιο στο πλαίσιο σφαιρικών προοπτικών προϋπολογισμών. Η εισαγωγή στα νοσοκομεία γίνεται ύστερα από παραπομπή γενικού ή ειδικού γιατρού, ενώ πρόσφατα καταβάλλεται προσπάθεια οι γενικοί γιατροί να αναλάβουν τη γενικότερη ευθύνη ελέγχου της κατανάλωσης (gatekeeping) (Wieners, 2001). Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, το 75% των οποίων έχει δικό του ιατρείο (solo practice) και το 25% συστεγάζεται με άλλους γιατρούς (group practice). Το 5% των ιδιωτών γιατρών έχουν δικαίωμα να περιθάλλουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομείο.

Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό από τη λίστα των συμβεβλημένων με το ταμείο του, ενώ του παρέχεται δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης και στους συμβεβλημένους γιατρούς ειδικοτήτων. Στην ΠΦΥ οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που καθορίζονται ύστερα από διαπραγματεύσεις των ταμείων υγείας με τα τοπικά σωματεία των γιατρών κάθε χρόνο. Ο τρόπος αυτός αμοιβής των γιατρών ελέγχεται μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών για όλους τους γιατρούς κάθε τοπικής ένωσης, με ένα σύστημα βαθμών για 2500 ιατρικές πράξεις, σύμφωνα με το οποίο μειώνεται η τιμή ανά βαθμό σε υπέρβαση της κατανάλωσης.

Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία

2.1 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η συγκριτική ανάλυση της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Ως επιμέρους στόχοι της εργασίας ορίζονται οι ακόλουθοι:

1. Η μελέτη της ιστορικής αναδρομής της μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα, τη Γερμανία και τη Γαλλία.
2. Η μελέτη της προγεννητικής και μεταγεννητικής μαιευτικής φροντίδας στις τρεις Ευρωπαϊκές χώρες
3. Η καταγραφή των αρμοδιοτήτων των μαιών στην Ευρώπη
4. Η μελέτη του συστήματος ασφάλισης στην Ευρώπη
5. Η καταγραφή της εκπαίδευσης των μαιών στην Ευρώπη
6. Η καταγραφή του αριθμού των επαγγελματιών μαιών στην Ευρώπη
7. Η μελέτη των μοντέλων συνεργασίας της μητρικής μέριμνας
8. Η διερεύνηση της ικανοποίησης των μαιών στην Ευρώπη
9. Η σύγκριση της μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα και Ευρώπη

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα της εργασίας είναι:

«Η μαιευτική φροντίδα στην Ευρώπη, βρίσκεται σε καλύτερα επίπεδα συγκριτικά με τη μαιευτική φροντίδα στην Ελλάδα».

2.2 Μέθοδος

Διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση, μέσω διαδικτύου, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus και μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar, για το χρονικό διάστημα 1989 – 2010, με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: «maternity care, primary maternity, primary health care, perceptions of health, maternity care in Europe, maternity care in France, maternity care in German, maternity care in Greece, maternal mortality».

Οι μελέτες που κρίθηκαν ως αποδεκτές για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν πρωτογενή άρθρα, των οποίων οι χώρες προέλευσης ήταν η Ελλάδα, η Γαλλία και η Γερμανία. Οι μελέτες ήταν γραμμένες στην αγγλική και ελληνική γλώσσα και επικεντρώθηκαν στη διερεύνηση της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας. Τα κριτήρια αποκλεισμού των άρθρων ήταν το πολύ εξειδικευμένο περιεχόμενό τους αναφορικά με τη μαιευτική φροντίδα, αλλά και η γαλλική και γερμανική γλώσσα των άρθρων. Από το σύνολο των 70 άρθρων, αποκλείστηκαν 47 και περιλήφθηκαν 23 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες, βάσει των παραπάνω κριτηρίων εισαγωγής-αποκλεισμού.

Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα

3.2 Η προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα στις χώρες της Ευρώπης

3.2.1 Ο τομέας της μαιευτικής

Ο διεθνής ορισμός της μαίας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών (ICM) και την Διεθνή Ομοσπονδία Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (FIGO) είναι ο εξής: «η μαία είναι το πρόσωπο εκείνο, που έχει γίνει δεκτό και έχει ολοκληρώσει επιτυχώς την επίσημη διάρκεια των σπουδών του στον τομέα της μαιευτικής, οι οποίες (σπουδές), είναι αναγνωρισμένες από τη χώρα στην οποία βρίσκεται, και έχει αποκτήσει τα απαιτούμενα προσόντα ώστε να αποκτήσει την άδεια ασκήσεως του επαγγέλματος της μαίας» (Houd, 1988).

Σε γενικές γραμμές, η μαία είναι αρμόδια να παρέχει υπηρεσίες περίθαλψης στη μαιευτική και είναι ειδικά εκπαιδευμένη για τη φροντίδα κατά την διάρκεια της φυσιολογικής εγκυμοσύνης και του φυσιολογικού, κοιλιακού τοκετού. Ωστόσο, υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών αναφορικά με την κατάρτιση και τα καθήκοντα των μαιών. Σε πολλές βιομηχανικές χώρες, οι μαίες εργάζονται στα νοσοκομεία υπό την εποπτεία των μαιευτήρων (Emons & Luiten, 2001).

Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης μεριμνούν ώστε οι μαίες να έχουν τουλάχιστον το δικαίωμα να αναλαμβάνουν και να ασκούν τις ακόλουθες δραστηριότητες, σύμφωνα με την οδηγία της ΕΕ 80/155/ΕΟΚ (άρθρο 4):

1. Παροχή έγκυρων πληροφοριών οικογενειακού προγραμματισμού και συμβουλών.
2. Διάγνωση της εγκυμοσύνης και στη συνέχεια παρακολούθηση της φυσιολογικής εγκυμοσύνης. Διενέργεια των εξετάσεων που είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση της εξέλιξης της φυσιολογικής εγκυμοσύνης.
3. Συνταγογράφηση ή συμβουλευτική υπόδειξη για την εκτέλεση των απαραίτητων εξετάσεων προκειμένου να διαγνωσθεί μια εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου, όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα.

4. Παροχή προγραμμάτων για τους γονείς, ώστε να προετοιμάζονται για τη μητρότητα και τον τοκετό, συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλών στον τομέα της υγιεινής και της διατροφής.
5. Φροντίδα και βοήθεια προς τις μητέρες κατά τη διάρκεια του τοκετού και παρακολούθηση της κατάστασης του εμβρύου με τα κατάλληλα κλινικά και τεχνικά μέσα.
6. Συμμετοχή στη διεξαγωγή του φυσιολογικού τοκετού, συμπεριλαμβανομένων της αιδοιοτομής, όταν απαιτείται και της ισχιακής προβολής σε επείγουσες περιπτώσεις.
7. Αναγνώριση προειδοποιητικών σημείων για οποιαδήποτε ανωμαλία στη μητέρα ή στο έμβρυο που απαιτούν την παρέμβαση ιατρού καθώς και ικανότητα σε αυτές τις περιπτώσεις να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα έκτακτης ανάγκης σε περίπτωση απουσίας ιατρού, ιδίως σε περιπτώσεις αποκόλλησης του πλακούντα, η οποία ακολουθείται ενδεχομένως από την δακτυλική επισκόπηση της μήτρας.
8. Εξέταση και φροντίδα του νεογέννητου βρέφους. Ανάληψη όλων των πρωτοβουλιών, οι οποίες είναι αναγκαίες και για τη διεξαγωγή άμεσης ανανήψεως όταν είναι απαραίτητο.
9. Φροντίδα και παρακολούθηση της προόδου της μητέρας μετά τον τοκετό και παροχή απαραίτητων συμβουλών για την φροντίδα του νεογνού (σίτιση, υγιεινή κλπ), ώστε να μπορέσει να εξασφαλίσει τη βέλτιστη πορεία του νεογέννητου βρέφους.
10. Διεξαγωγή της θεραπείας που ορίζεται από έναν γιατρό.
11. Διατήρηση όλων των αρχείων.

Ο ΠΟΥ παρατηρεί ότι, σε πολλές χώρες, ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες, οι μαίες είτε απουσιάζουν, είτε υπάρχουν μόνο σε μεγάλα νοσοκομεία όπου λειτουργούν ως βοηθοί των μαιευτήρων. Σε μερικές μόνο ευρωπαϊκές χώρες, οι μαίες είναι πλήρως υπεύθυνες για τη φροντίδα της φυσιολογικής εγκυμοσύνης και τον τοκετό, είτε στο σπίτι είτε στο νοσοκομείο. Στις περισσότερες χώρες, σχεδόν όλες οι μαίες (αν υπάρχουν) επιβλέπονται από τον γυναικολόγο.

3.2.2 Γερμανία

Σύμφωνα με τους Kateman & Herschderfer (2005), η προγεννητική φροντίδα στη Γερμανία, κατά κύριο λόγο παρέχεται από μαιευτήρες σε ιδιωτικά ιατρεία. Αν και οι μαιές που δουλεύουν σε ανεξάρτητα ιατρεία, παρέχουν επίσης προγεννητική φροντίδα σε γυναίκες με εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου, οι γυναίκες δεν είναι πάντα ενήμερες για αυτή την επιλογή. Τα τελευταία 10 χρόνια, οι περισσότερες γυναίκες άρχισαν να προτιμούν τη φροντίδα της μαιάς κατά την εγκυμοσύνη. Μερικές θα επισκεφτούν αποκλειστικά μια μαιά ιδιωτικά και άλλες θα έχουν κοινή φροντίδα μεταξύ μαιάς και μαιευτήρα στο ιδιωτικό ιατρείο. Κατά την εγκυμοσύνη, σχεδόν όλες οι γυναίκες κάνουν τουλάχιστον τρεις εξετάσεις υπέρηχου που γίνονται από μαιευτήρες στο ιδιωτικό ιατρείο. Η συνέχιση της φροντίδας σε κάθε γυναίκα κατά τη γέννα μπορεί να εξασφαλιστεί, αν η μαιά ή ο μαιευτήρας που παρέχουν την προγεννητική φροντίδα, έχουν νοσοκομειακά προνόμια. Σε αυτή την περίπτωση, η μαιά ή ο μαιευτήρας που παρείχε προγεννητική φροντίδα, θα παρέχει φροντίδα κατά τον τοκετό στο νοσοκομείο. Διαφορετικά, συνιστάται στην έγκυο κατά την εγκυμοσύνη, μια επίσκεψη στο νοσοκομείο για να κλείσει ραντεβού για τοκετό. Εκείνη τη στιγμή συναντά έναν από τους υπαλλήλους του νοσοκομείου, είτε μαιά, είτε μαιευτήρα που είναι μέρος της ομάδας στην μαιευτική πτέρυγα. Όταν ο τοκετός ξεκινήσει, η γυναίκα πηγαίνει απευθείας στο νοσοκομείο όπου την φροντίζει το προσωπικό του νοσοκομείου.

Οι ίδιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η μεταγεννητική φροντίδα παρέχεται από μαιές, μαιευτήρες και νοσηλεύτριες που απασχολούνται στο νοσοκομείο, εκτός αν οι γυναίκες παρακολουθούνται από μια μαιά ή μαιευτήρα με νοσοκομειακά προνόμια που επισκέπτεται το νοσοκομείο για να τη φροντίσει μετά τη γέννα του μωρού. Η μεταγεννητική φροντίδα στο σπίτι παραδοσιακά είναι η περιοχή των μαιών στο ιδιωτικό ιατρείο, που θα δουν γυναίκες που είχαν προγεννητική φροντίδα με τον μαιευτήρα. Γενικά, διεξάγεται ένας μεταγεννητικός έλεγχος έξι εβδομάδων από τον μαιευτήρα, καθώς οι μαιές δεν έχουν αυτή την δικαιοδοσία. Ωστόσο, κάποιες μαιές το προσφέρουν στους πελάτες τους. Όλα τα ομοσπονδιακά κράτη έχουν τις δικές τους αποφάσεις σχετικά με τα επαγγελματικά καθήκοντα για τις μαιές. Τα διατάγματα αυτά, βασίζονται στην κοινοτική οδηγία 80/155/ΕΟΚ που αφορά το συντονισμό των διατάξεων που προβλέπονται από το Νόμο, Διατάξεις Κανονιστικές και Διοικητικές που

αφορούν στην ανάληψη και άσκηση των δραστηριοτήτων της μαιεύσεως (Kateman & Herschderfer, 2005).

Σύμφωνα με τους Sandall et al. (2001), όλες οι έγκυες γυναίκες στη Γερμανία λαμβάνουν το *Mutterpass* (πάσο μητέρας) που ακολουθεί μετά από ένα θετικό τεστ εγκυμοσύνης. Δημιουργημένο από το 1968, το φυλλάδιο καταγράφει το ιστορικό αναπαραγωγής. Πρόθεση του είναι να ενημερώσει τη γυναίκα για το τι να περιμένει κατά τη διάρκεια των προγεννητικών επισκέψεων. Καταγράφει τα ευρήματα των προγεννητικών εξετάσεων, περιλαμβάνει διαγράμματα προγεννητικών εξετάσεων και διαγράμματα για την παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου και την υποχρεωτική φροντίδα προγεννητικών πρακτικών (για παράδειγμα εξετάσεις υπερήχων). Παρέχει επίσης χώρο για προαιρετική δοκιμασία αμνιοπαρακέντησης και καρδιοτοκογραφίας. Σύμφωνα με κάποιους, ο ρόλος που παίζει το *Mutterpass* είναι σημαντικός στην καθιέρωση της προγεννητικής φροντίδας των Γερμανίδων γυναικών και δεν μπορεί να υποτιμηθεί. Συχνά, μεταφράζεται ως το επίσημο πρότυπο μιας υπεύθυνης εγκυμοσύνης και θεωρείται από πολλές γυναίκες ότι αναπαριστά το τι συνιστά η κατάλληλη προγεννητική φροντίδα. Κάποιοι υπέρμαχοι της υγείας των γυναικών υποστηρίζουν ότι το *Mutterpass* τείνει να εξομαλύνει τις παρεμβάσεις της τελευταίας λέξης της τεχνολογίας κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Sandall et al., 2001).

3.2.2 Γαλλία

Σύμφωνα με τους Kateman & Herschderfer (2005), η μαιευτική φροντίδα στην Γαλλία χαρακτηρίζεται από ευρεία ποικιλία μοντέλων με σημαντικές παροχές υγειονομικής περίθαλψης. Γενικά μιλώντας, εφτά προγεννητικές επισκέψεις σε μια μαιεύσεως ή γυναικολόγο είναι υποχρεωτικές και καλύπτονται 100% από την κοινωνική ασφάλιση. Μια γυναίκα μπορεί να διαλέξει να δει μια μαιεύσεως, ιατρό γυναικολόγο ή μαιευτήρα-γυναικολόγο. Και οι τρεις είναι ιατρικά εκπαιδευμένοι και ορίζονται να παρέχουν προγεννητική φροντίδα. Οι παθολόγοι επίσης μερικές φορές παρέχουν προγεννητική φροντίδα, ειδικά σε αγροτικές/μη αστικές περιοχές. Μια γυναίκα μπορεί να δει μόνο έναν από αυτούς τους επαγγελματίες, αλλά μπορεί επίσης να διαλέξει φροντίδα ανάμεσα σε περισσότερους επαγγελματίες. Μόνο η μαιεύσεως και ο μαιευτήρας-γυναικολόγος

παρέχουν τη φροντίδα κατά τον τοκετό. Οι παθολόγοι και οι ιατροί γυναικολόγοι παραπέμπουν τις γυναίκες σε μαιευτήρα-γυναικολόγο στον ιδιωτικό τομέα ή σε δημόσιο νοσοκομείο για τοκετό. Οι γυναίκες δεν έχουν πάντα την επιλογή για τους παρόχους φροντίδας μητρότητας. Αυτό εξαρτάται από την περιοχή στην οποία ζει, τη διαθεσιμότητα των παρόχων φροντίδας, από την εγκατάσταση στην οποία σχεδιάζει να γεννήσει το μωρό της και τη δική της υγεία. Δεδομένου ότι οι περισσότερες γυναίκες γεννούν στο νοσοκομείο και παραμένουν εκεί για τρεις ως τέσσερις μέρες μετά, η πλειοψηφία της μεταγεννητικής φροντίδας λαμβάνει χώρα στο νοσοκομείο. Μερικές γυναίκες θα λάβουν επίσης μετά τον τοκετό κατ' οίκον επισκέψεις από ανεξάρτητη μαία ή μαία που απασχολείται στο νοσοκομείο και διενεργεί κατ' οίκον επισκέψεις.

3.2.3 Ελλάδα

Σύμφωνα με τους Emons & Luiten (2001), στην Ελλάδα, οι ευθύνες μιας μαίας διαφοροποιούνται και εξαρτώνται από τον τόπο και τον τομέα στον οποίο εργάζεται. Στις ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές, στα μεγάλα αστικά κέντρα, η μαία εμπλέκεται στην προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα και βοηθά τους μαιευτήρες κατά τη διάρκεια της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επίσης οι μαίες φροντίζουν γυναίκες με γυναικολογικά προβλήματα.

Στα δημόσια μαιευτήρια, στα μεγάλα αστικά κέντρα, οι ευθύνες των μαιών είναι παρόμοιες με αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω (στις ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές). Ωστόσο στο δημόσιο τομέα, η μαία εκτελεί και άλλες εργασίες. Μόνο ένας μικρός αριθμός μαιών, οι οποίες εργάζονται στις αίθουσες τοκετού, βοηθά στη διάρκεια του τοκετού. Στα δημόσια μαιευτήρια, στην περιφέρεια της χώρας, η μαία αναλαμβάνει συχνά τη διαδικασία του τοκετού από μόνη της.

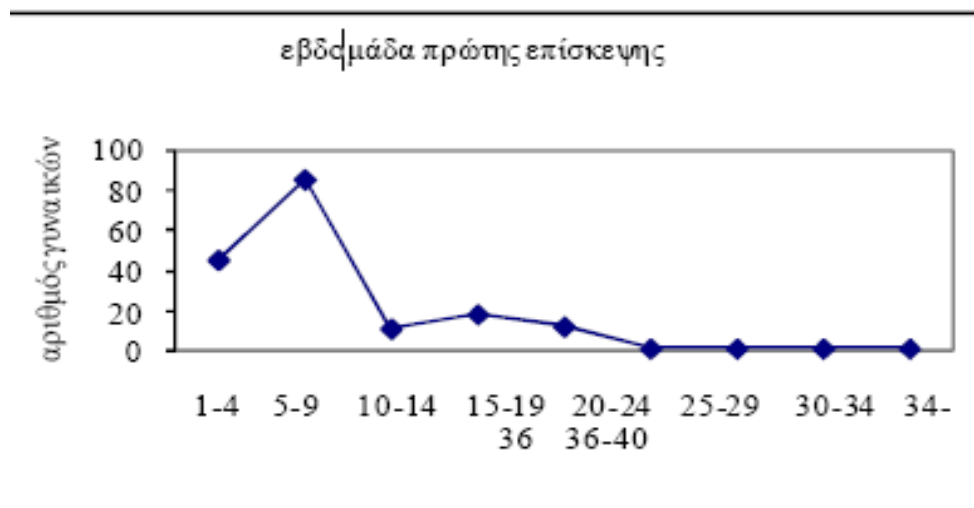
Στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η μαία εμπλέκεται πολλές φορές στη φροντίδα των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Οι δραστηριότητες των μαιών συνίστανται κυρίως στη γενική περίθαλψη.

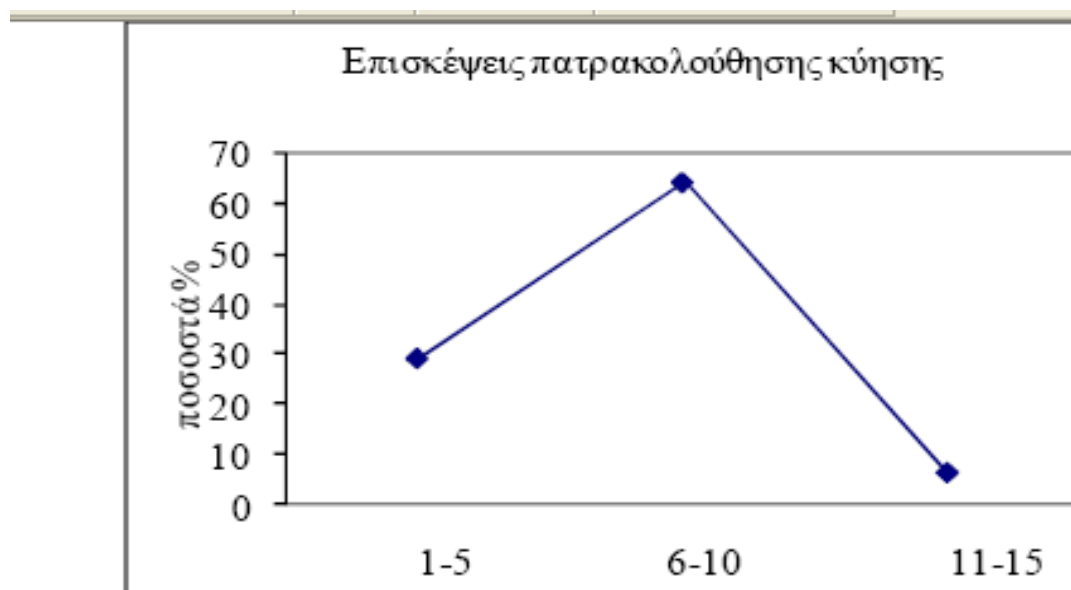
Μερικές μαίες συνεργάζονται με μαιευτήρες και αναλαμβάνουν να εκπαιδεύσουν τους μέλλοντες γονείς και να τους προετοιμάσουν για τον τοκετό και τη φροντίδα του νεογνού.

Σύμφωνα με τα αρχεία του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, 7.206 γυναίκες από την Αλβανία νοσηλεύτηκαν από τις 03/01/1997 έως τις 19/05/2005. Στον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι από το 1999, ο αριθμός των γυναικών αυξάνεται και τα ποσοστά κυμαίνονται στο 12%-14%, με εξαίρεση του 2003, όπου η αύξηση ποσοστού φτάνει το 17% (Μωραΐτου & Λαμάι, 2007).

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
5%	8%	12%	12%	14%	13%	17%	14%	5%

Οι Μωραΐτου & Λαμάι (2007), μελέτησαν 176 λεχώιδες Αλβανίδες που γέννησαν στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Συγκεκριμένα διερευνήθηκε πόσο συχνά παρακολουθούνται οι Αλβανίδες μετανάστριες κατά την περίοδο της κύησης και ποιος τις παρακολουθεί και πόσο προετοιμασμένες είναι για τον τοκετό και το μητρικό θηλασμό. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 52% των γυναικών επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία δημοσίου νοσοκομείου για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, ενώ το 46,3% επισκέπτονταν ιδιώτη γυναικολόγο και μόνο το 0,6% μαία. Το 6,3% έκανε 11-15 επισκέψεις, το 64,4% 6-10 επισκέψεις και το 29,1% 1-5 επισκέψεις,





Οι λόγοι που επέλεξαν να γεννήσουν στο νοσοκομείο ήταν για ασφάλεια και οικονομία, σε ποσοστό 49,7%, για ασφάλεια μόνο ποσοστό 21,1%, για οικονομία μόνο ποσοστό 28,6%, ενώ το υπόλοιπο 6% δήλωσε για άλλους λόγους.

3.3 Αρμοδιότητες μαιών

3.3.1 Γερμανία

Σύμφωνα με τον Groh, (2003), τόσο οι μαιές όσο και οι μαιευτήρες φροντίζουν την γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία στις διάφορες εγκαταστάσεις και επίπεδα φροντίδας. Οι μαιευτήρες που απασχολούνται σε νοσοκομεία εργάζονται σε κλινικές προγεννητικού ελέγχου (κυρίως ασχολούνται με κυήσεις με προβλήματα) και σε μεταγεννητικές πτέρυγες και πτέρυγες μητρότητας. Οι μαιές που απασχολούνται σε νοσοκομεία είναι μέρος της ομάδας του νοσοκομείου (μαζί με μαιευτήρες και νοσηλεύτριες) που φροντίζουν για τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννας. Οι μαιές είναι παρούσες σε όλες τις γέννες συνήθως μαζί με ένα μαιευτήρα. Οι περισσότεροι μαιευτήρες εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα που ασχολούνται κυρίως με προγεννητική φροντίδα και εξετάσεις υπέρηχων. Ο αριθμός των μαιών στον ιδιωτικό τομέα αυξάνεται. Παραδοσιακά, οι μαιές στον ιδιωτικό τομέα κάνουν κυρίως επισκέψεις σε γυναίκες στα σπίτια τους, μετά τη γέννηση του παιδιού. Κάποιες μαιές παρέχουν πλέον παρακολούθηση κατά την προγεννητική περίοδο, τον τοκετό και τη μεταγεννητική περίοδο αλλά αυτή η ομάδα είναι ακόμα πολύ μικρή.

Τόσο οι μαιευτήρες όσο και οι μαιές στον ιδιωτικό τομέα μπορούν να αποκτήσουν προνόμια νοσοκομείου, έτσι ώστε να παρέχουν συνέχιση της φροντίδας κατά τη διάρκεια ολόκληρης της εγκυμοσύνης. Τόσο ο Belegarzt (ο γιατρός με προνόμια νοσοκομείου) και η Beleghebamme (η μαία με προνόμια νοσοκομείου) έχουν το δικαίωμα να διενεργούν τους τοκετούς και τις εγχειρήσεις (στην περίπτωση των γιατρών), χρησιμοποιώντας τις υπηρεσίες του νοσοκομείου (ιατρικές και νοσηλευτικές), καθώς και τον εξοπλισμό και τις εγκαταστάσεις στην αίθουσα τοκετού και στα χειρουργεία. Επίσης, έχουν το δικαίωμα να παρέχουν φροντίδα μετά τον τοκετό στο θάλαμο. Οι γιατροί και οι μαιές με προνόμια νοσοκομείου, φροντίζουν για τις δικές τους ασθενείς (το δικό τους φόρτο εργασίας).

3.3.2 Γαλλία

Σύμφωνα με τους Kateman & Herschderfer (2005), το πεδίο αρμοδιοτήτων της μαιίας είναι οι ανησυχίες της εγκύου για τον τοκετό. Η μαιία περιορίζεται στη φυσιολογική εγκυμοσύνη και στον φυσιολογικό/κολπικό τοκετό. Απαιτείται ένας γιατρός για να αναλάβει σε περιπτώσεις παθολογίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της γέννας. Τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες για τα οποία έχουν την άδεια οι μαιίες είναι ρυθμισμένα στο Κώδικα Δημόσιας Υγείας. Οι μαιίες παρέχουν φροντίδα κατά την εγκυμοσύνη, παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και συνεδρίες προετοιμασίας γέννας. Οι μαιίες μπορούν να αναλάβουν φυσιολογικές εγκυμοσύνες χωρίς επιπλοκές. Από τον Αύγουστο του 2004 τους επιτρέπεται να κάνουν την πρώτη επίσκεψη της εγκυμοσύνης, η οποία μέχρι τότε γινόταν μόνο από γιατρούς. Στις επόμενες επισκέψεις κατά την εγκυμοσύνη, η μαιία ορίζει και ερμηνεύει τις εξετάσεις αίματος και ούρων, μετρά το ύψος μήτρας, ορίζει τρεις υπέρηχους καθώς και τα φάρμακα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη.

3.3.3 Ελλάδα

Σύμφωνα με τους Emons & Luiten (2001), σε γενικές γραμμές, τα καθήκοντα, των μαιών στην Ελλάδα είναι τα ακόλουθα:

- Προγεννητικές εξετάσεις (δηλαδή θερμοκρασία, πίεση αίματος, σφυγμός, ανάπτυξη εμβρύου, θέση εμβρύου, κλπ.)
- Παρακολούθηση καισαρικής (κλινική εξέταση, ψυχολογική υποστήριξη, ενυδάτωση, φροντίδα της ουροδόχου κύστης, κλπ.)
- Μεταγεννητικές εξετάσεις
- Εκπαίδευση των γονέων (π.χ. θηλασμός και διατροφή).

Αναφορικά με τις προγεννητικές εξετάσεις οι Luyben & Fleming (2005) αναφέρουν ότι σκοπός της προγεννητικής διάγνωσης είναι η παροχή γενετικών, βιοχημικών, ανατομικών και φυσιολογικών πληροφοριών για το έμβρυο που Η ικανοποίηση των γυναικών από την προγεννητική φροντίδα αποτελεί ένα πολύ βασικό παράγοντα κατά πόσο οι γυναίκες θα συνεχίσουν να επιδιώκουν και να λαμβάνουν τη φροντίδα αυτή.

Όσον αφορά την διατροφή του νεογνού και τον μητρικό θηλασμό, έρευνα των Μωραϊτού & Λαμάι (2007), συμπέρανε ότι όλες οι γυναίκες δήλωσαν ότι είναι υπέρ του θηλασμού. Το 83,4% είχε ενημερωθεί σχετικά με το μητρικό θηλασμό από τις μαίες, ενώ το 16,6% δεν είχαν ενημερωθεί.

3.4 Οικονομικά Θέματα. Σύστημα Ασφάλισης Υγείας στις χώρες της Ευρώπης

3.4.1 Γερμανία

Σύμφωνα με τον Scheuermann, (1995), η Γερμανία έχει μακρά και διακεκριμένη παράδοση στη κοινωνική πρόνοια και την υγειονομική περίθαλψη. Το 1883 ο Bismarck εισήγαγε τις βασικές κοινωνικές μεταρρυθμίσεις, συμπεριλαμβανομένου ενός νόμου για την υγειονομική περίθαλψη. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε περαιτέρω και οι μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν όπως ο Εθνικός Κοινωνικός Κώδικας Ασφαλίσεων (*Reichsversicherungsordnung*) που εκδόθηκε το 1911, προέβλεπε ότι κάθε γυναίκα θα μπορούσε να δει μαία κατά την εγκυμοσύνη της. Αν και προέρχονται από την ίδια παράδοση, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της Ανατολικής και Δυτικής Γερμανίας άρχισαν να αποκλίνουν μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Από τη μια πλευρά, η ανατολική Γερμανία σταδιακά μετακινήθηκε προς την κατεύθυνση ενός εθνικού, σοσιαλιστικού, χρηματοδοτούμενου από το κράτος συστήματος υγείας, με την επιλογή της προαιρετικής αγοράς της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας για περαιτέρω αγωγή. Το πιο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτού του συστήματος ήταν η εισαγωγή κεντρικού κρατικού ελέγχου, που περιελάμβανε περιπατητική φροντίδα και γιατρούς της εταιρείας για οικογενειακή μέριμνα σε εύλογα ελεγχόμενα κόστη. Η βασική υγειονομική περίθαλψη παρασχέθηκε σε βάρος της τεχνολογικής και της φαρμακευτικής ανάπτυξης.

Αντίθετα, το σύστημα υγείας της Δυτικής Γερμανίας επέκτεινε σημαντικά την ασφαλιστική κάλυψη υγείας από τον κοινωνικό νόμο τον επονομαζόμενο *Sozialgesetzbuch* και το ασφαλιστικό σύστημα *Gesetzliche Krankenversicherung*. Ένα σύστημα άκρως συγκεντρωτικό και συνεργατικό αναπτύχθηκε στο πρόσωπο του κοινοβουλευτικού ελέγχου. Προέκυψαν περισσότερα από 1000 αυτόνομα δημόσια ταμεία ασθένειας που οδήγησαν

στην ευρύτερη κάλυψη στο πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς. Πριν την ενοποίηση, το σύστημα κάλυπτε το 90% του πληθυσμού με το υπόλοιπο 10% των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων να αγοράζει ιδιωτική ασφάλιση. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα γραφεία των ιδιωτικών ειδικών και γενικών γιατρών.

Όλες οι έγκυες γυναίκες έχουν πρόσβαση στις δέκα ή και σε περισσότερες επισκέψεις, εφόσον απαιτούνται από τον θεράποντα ιατρό, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το κόστος της παρακολούθησης αποζημιώνεται εξ' ολοκλήρου από τον ασφαλιστικό φορέα. Για τις ανασφάλιστες(μη εργαζόμενες) γυναίκες το κόστος καλύπτεται από προνοιακούς φορείς.

Σύμφωνα με την γερμανική νομοθεσία, ο εργοδότης δεν επιτρέπεται να απολύσει την εργαζόμενη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ,αλλά και για τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό. Επίσης, για έξι μήνες μετά τον τοκετό, η εργαζόμενη γυναίκα, λαμβάνει ένα συμπληρωματικό επίδομα, το οποίο χορηγείται από τον ασφαλιστικό φορέα, αλλά και από εισφορές του εργοδότη. Οι αυτοαπασχολούμενες και άνεργες, λαμβάνουν το αντίστοιχο επίδομα από το Ομοσπονδιακό Ταμείο Ασφάλισης (Bundesversicherungsamt).

Στην κατεύθυνση προστασίας της μητρότητας, η γονική άδεια διαρκεί για 3 έτη. Και μπορεί η γονική άδεια να είναι άνευ αποδοχών, εφόσον όμως η μητέρα αποφασίσει να κάνει χρήση της, ο εργοδότης είναι υποχρεωμένος να διατηρήσει την θέση εργασίας της. Στην περίπτωση που και οι δύο γονείς επιλέξουν να κάνουν χρήση της γονικής άδειας, λαμβάνουν το 67% του ακαθάριστου μισθού του πατέρα ή της μητέρας, του τελευταίου έτους πριν τον τοκετό, και μέχρι το ποσό των 1800 ευρώ μηνιαίως, για 12-14 μήνες. Αν και οι δύο γονείς ζητήσουν το επίδομα, μειώνεται αντίστοιχα το διάστημα της άδειας, ενώ μπορούν να διπλασιάσουν την διάρκεια της άδειας με αναλογική μείωση του χρηματικού ποσού που χορηγείται.

Οι Kateman & Herschderfer (2005), πληροφορούν ότι υπάρχουν δύο κύριες πτυχές της ευθύνης στη μαιευτική στη Γερμανία. Η πρώτη είναι η αμέλεια όσον αφορά την υποχρεωτική προεγχειρητική πληροφόρηση των ασθενών στους πελάτες σχετικά με τους κινδύνους που αφορούν στη γέννα. Δεύτερον υπάρχει ευθύνη σε περίπτωση κατάχρησης. Το δικαστήριο μπορεί να αποφασίσει ότι ο γιατρός είναι υπεύθυνος σε περιπτώσεις όπου υπάρχει

έλλειψη απαιτούμενων εγγράφων ή η τεκμηρίωση είναι ακατάλληλη, λανθασμένη ή ελλιπής.

Σύμφωνα με στοιχεία του 2006, στη Γερμανία, τα έξοδα υγείας κατά κεφαλή ανέρχονται στα 3.043\$, τα έξοδα υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ, είναι 10,6% ενώ η πηγή των δαπανών υγείας, σε ποσοστό 78,2% είναι το δημόσιο.

3.4.2 Γαλλία

Σύμφωνα με τους Emons & Luiten (2001), σχεδόν ολόκληρος ο πληθυσμός της Γαλλίας (99%) καλύπτεται από το σχήμα θεσπισμένης ασφάλισης υγείας, που είναι μέρος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της Γαλλίας. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης χρηματοδοτείται από υποχρεωτικές εισφορές, που σχετίζονται με το εισόδημα και μοιράζονται μεταξύ εργοδοτών (70%) και εργαζομένων (30%). Επιπρόσθετα στην υποχρεωτική ασφάλιση, περίπου δυο τρίτα του πληθυσμού λαμβάνουν προαιρετική συμπληρωματική ασφάλιση.

Όσον αφορά την πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα στη Γαλλία, τα *Carnet de maternité* είναι το βασικό εργαλείο παρακολούθησης της εγκυμοσύνης αλλά και απόδειξη της συμμόρφωσης των εγκύων γυναικών στα θεσμοθετημένα μαιευτικά πρωτόκολλα της χώρας. Περιέχουν ένα σύνολο εγγραφών για διάφορες εξετάσεις που έγιναν κατά την εγκυμοσύνη. Αυτά τοποθετούνται σε φόρμες, που αποστέλλονται στο ίδρυμα ασθένειας από τον πάροχο για αποζημίωση και καλύπτονται στο έπακρο. Αν μια γυναίκα δεν παρίσταται σε όλους τους επτά υποχρεωτικούς προγεννητικούς ελέγχους και στο μεταγεννητικό έλεγχο μέσα σε οχτώ εβδομάδες από τον τοκετό, τα επιδόματα οικογένειας και παιδιού μειώνονται κατά 16%. Η ασφάλιση μητρότητας (*Assurance Maternité*) είναι κομμάτι κοινωνικής ασφάλισης και αποζημιώνει τη μητρική φροντίδα σε δημόσιες εγκαταστάσεις από την 24η εβδομάδα της κύησης και μετά. Κάποιες ιδιωτικές δομές μητρικής φροντίδας έχουν ένα συμβόλαιο με κοινωνική ασφάλιση, που σημαίνει ότι η φροντίδα επίσης αποζημιώνεται από τη δημόσια ασφάλιση μητρότητας. Η λήψη φροντίδας σε ιδιωτικά μαιευτήρια, χωρίς συμβόλαιο θα μπορούσαν να αποζημιωθούν μερικώς.

Στην Γαλλία οι έγκυες γυναίκες, μισθωτές ή αυτοαπασχολούμενες, απολαμβάνουν πολλά προνόμια.

Οι έγκυες γυναίκες δικαιούνται 16 εβδομάδες άδεια τοκετού, ενώ για το τρίτο παιδί η άδεια τοκετού είναι 26 εβδομάδες. Η έγκυος εργαζόμενη δεν είναι υποχρεωμένη να δηλώσει την εγκυμοσύνη της, παρά μόνο όταν το επιλέξει, σε αντίθεση με την Γερμανία, όπου για να κάνει χρήση των προνομίων της, οφείλει να την δηλώσει εγκαίρως.

Τα προνόμια και τα επιδόματα παρέχονται σε κάθε αύξηση των μελών της οικογένειας, είτε από τοκετό είτε από υιοθεσία, και ποικίλουν ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών, το εισόδημα των γονέων ή του γονέα, αν πρόκειται για μονογονεϊκή οικογένεια.

Πριν από το 1936, η ευθύνη των ιδιωτικά ασκούμενων ιατρών θεωρείτο υπευθυνότητα. Μετά από μια γνωμάτευση του δικαστηρίου ακύρωσης το 1936, η ευθύνη του Ιατρικού σώματος, έγινε συμβατική υποχρέωση. Μετά από τις τελευταίες δεκαετίες οι όροι της ιατρικής ευθύνης έχουν αλλάξει. Ο ορισμός των λαθών ή σφαλμάτων που είναι επιρρεπή σε κυρώσεις έγιναν ολοένα και ευρύτερες. Κάποιες πρόσφατες αποφάσεις του δικαστηρίου ακύρωσης σημειώνουν το ύψος της εξέλιξης στην ιατρική ευθύνη.

Στην περίπτωση τραυματισμού που προκαλείται στον ασθενή, ένας γιατρός υγειονομικής περίθαλψης θα αντιμετωπίσει εγκληματικές κυρώσεις όταν αποδειχθεί η αμέλεια και η επίθεση. Οι δημόσιοι θεσμοί είναι υπεύθυνοι για διοικητικές δικαιοδοσίες καθώς οι παροχείς φροντίδας απασχολούνται ως υπάλληλοι, διέπονται δηλαδή από εξαρτώμενη σχέση εργασίας και δεν έχουν συμβόλαια με πελάτες που αναζητούν φροντίδα. Σφάλματα ή αμέλεια των υπαλλήλων σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις και λάθη που προκύπτουν κατά την άσκηση των καθηκόντων του υπόκεινται στο αστικό δίκαιο.

Κάθε ασθενής που έχει υποφέρει «σοβαρή ζημιά» ενημερώνεται από το νοσοκομείο μέσα σε 15 μέρες για τις περιστάσεις και τις αιτίες της βλάβης. Ο ασθενής μπορεί τότε να στείλει αναφορά σε τοπική Επιτροπή Συμβιβασμού και Αποζημίωσης. Μετά την ιατρική έρευνα, στην οποία απαιτείται γνώμη εμπειρογνώμονα, η επιτροπή γνωμοδοτεί για το συμβάν, τη βλάβη και την ευθύνη. Αν το συμπέρασμα είναι ότι το νοσοκομείο έχει κάνει λάθος, ο ασφαλιστής του νοσοκομείου αναμένεται να προσφέρει αποζημίωση στο θύμα. Αν από το πόρισμα προκύπτει ότι δεν έγινε κάποιο λάθος, το Εθνικό Γραφείο Αποζημίωσης Ιατρικών Ατυχημάτων (Office national d' indemnisation des

accidents médicaux) δεν υποχρεούται, αλλά *δύναται* να προσφέρει αποζημίωση.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του OECD (2006), στη Γαλλία, τα έξοδα υγείας κατά κεφαλή ανέρχονται στα 3.159\$, τα έξοδα υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ, είναι 10,5% ενώ η πηγή των δαπανών υγείας, σε ποσοστό 78,4% είναι το δημόσιο (Robinson & Griffiths, 2007).

3.4.3 Ελλάδα

Σύμφωνα με τον Van Kemenade (1997), η Ελλάδα έχει 12 περιφέρειες υγειονομικής περίθαλψης και 52 επαρχίες. Το 1983 η Ελλάδα θεσμοθέτησε ένα εθνικό σύστημα υγείας, με στόχο να ενοποιήσει όλες τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και να μειώσει το μέγεθος των ανισοτήτων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Το ελληνικό σύστημα ιατρικής περίθαλψης είναι συγκεντρωτικό. Το Υπουργείο Υγείας έχει την εξουσία να ρυθμίζει σχεδόν όλα τα θέματα που αφορούν στη χρηματοδότηση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας συμβουλεύει το Υπουργείο Υγείας, αλλά έχει μικρή επιρροή σχετικά με τις προτεραιότητες της υγειονομικής περίθαλψης. Σε περιφερειακό επίπεδο, λειτουργούν παρόμοια περιφερειακά συμβούλια υγείας, ο ρόλος των οποίων είναι να συμβουλεύουν το Κεντρικό Συμβούλιο σχετικά με τις ανάγκες του πληθυσμού, το σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Τα περιφερειακά συμβούλια μπορούν να γίνουν περισσότερο σημαντικά εάν εξελιχθεί η τάση αποκέντρωσης, τα επόμενα χρόνια. Επισημαίνεται εδώ ότι τα δεδομένα αυτά αφορούν παλαιότερα έτη(η μελέτη δημοσιεύθηκε το 1997) και πολλά έχουν διαφοροποιηθεί, όπως για παράδειγμα η διοικητική διαίρεση της χώρας.

Περίπου 99% των πολιτών στην Ελλάδα καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση των οργανισμών του δημόσιου (με βάση την εργασία τους). Το σύστημα υγείας έχει τρεις κύριες πηγές χρηματοδότησης. Υπάρχει η άμεση παροχή του δημοσίου, που πραγματοποιείται μέσω του Υπουργείου Υγείας, έχει το δικό του προϋπολογισμό και είναι κυρίως υπεύθυνη για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Δεύτερον, υπάρχουν πολλοί δημόσιοι πόροι, οι

οποίοι παρέχουν κάλυψη τόσο για τα νοσοκομεία, όσο και για τις κινητές υπηρεσίες (ασθενοφόρα).

Επιπλέον, η ιδιωτική ασφάλιση είναι διαθέσιμη για να καλύψει όλα τα είδη της φροντίδας. Τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας, χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων (75%), εκτός από το μεγάλο γεωργικό ταμείο των εργαζομένων, το οποίο χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από «δεσμευτικούς» φόρους. Οι εισφορές και το εύρος των παροχών διαφέρουν μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων. Μεγάλα κεφάλαια έχουν τα δικά τους πολυϊατρεία, κέντρα υγείας και νοσοκομεία. Το 1997, το 26% της υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνταν μέσω των φόρων, το 32% μέσω των κοινωνικών ασφαλίσεων και το 42% από ιδιωτικές πηγές (άμεσες πληρωμές και από εθελοντική ασφάλιση). Η αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης αυξάνεται. Στην Ελλάδα, το 1% του ΑΕΠ δαπανάται για τη μαιευτική φροντίδα

Σύμφωνα με τον Van Kemenade (1997), τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν τα δικά τους πακέτα παροχών. Αλλά όλα τα πακέτα παροχών ασφάλισης παρέχουν στα μέλη τους δωρεάν κάλυψη για εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του δημόσιου τομέα. Σε περίπτωση εισαγωγής σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο, ο ασφαλιστικός φορέας επιστρέφει ένα μικρό ποσοστό του κόστους. Δεδομένου ότι το σύστημα παροχής δημόσιων υπηρεσιών υγείας συχνά αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των καταναλωτών, οι ασθενείς συχνά συνεισφέρουν από την τσέπη τους για την ιδιωτική περίθαλψη (Van Kemenade 1997).

Όσον αφορά την μαιευτική φροντίδα, τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης επιστρέφουν το κόστος από τις εργαστηριακές εξετάσεις, τις ιατρικές επισκέψεις, τον τοκετό και τη μεταγεννητική φροντίδα στις δημόσιες μαιευτικές κλινικές και τη φαρμακευτική αγωγή. Υπάρχουν λίγα μόνο ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία καλύπτουν χρεώσεις στον ιδιωτικό τομέα.

Το επίδομα τοκετού χορηγείται σε όλες τις γυναίκες, άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένες. Για τις άμεσα ασφαλισμένες απαιτούνται 200 ημερομίσθια κατά τα προηγούμενα 2 έτη πριν την ημερομηνία τοκετού. Οι εργαζόμενες μητέρες δικαιούνται 6 μήνες γονική άδεια και μειωμένο ωράριο (κατά 1 ώρα) για 2 έτη. Να διευκρινιστεί πως αυτές οι παροχές αφορούν τις εργαζόμενες μισθωτές του

ιδιωτικού τομέα. Τα προνόμια μητρότητας για τις εργαζόμενες μητέρες στον δημόσιο τομέα διαφέρουν και είναι ευεργετικότερα.

Όπως υποστηρίζουν οι Σαπουντζή-Κρέπια & Vehviläinen-Julkunen (2006), σήμερα στην Ελλάδα, η γέννηση έχει ιατρικοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό. Αν και το γεγονός αυτό συνδέεται με τη χαμηλή νεογνική και μητρική θνησιμότητα που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, συνδέεται επίσης και με ένα επιπλέον οικονομικό φορτίο που επωμίζεται η οικογένεια για τον τοκετό, δεδομένου ότι πρέπει να καταβάλει ένα μη αμελητέο χρηματικό ποσό στις ιδιωτικές κλινικές και τις περισσότερες φορές και στα δημόσια νοσοκομεία υπό μορφή άτυπης αμοιβής του μαιευτήρα που διενεργεί τον τοκετό, καθώς οι Ελληνίδες επιθυμούν ο τοκετός τους να πραγματοποιηθεί υπό την επίβλεψη του θεράποντος ιατρού τους και όχι από τους εφημερεύοντες ιατρούς.

Σύμφωνα με τους Κυριόπουλο & Δόλγερα (2001), ο τομέας υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία έχει παρουσιάσει αλματώδη ανάπτυξη και καλύπτει ένα μεγάλο μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ειδικότερα, ο υποτομέας παροχής μαιευτικών - γυναικολογικών υπηρεσιών έχει να επιδείξει υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης που οφείλονται σχεδόν αποκλειστικά σε ιδιωτικές επενδύσεις.

Σήμερα, το 81% της συγκεκριμένης αγοράς στο λεκανοπέδιο Αττικής καλύπτεται από τρία μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια που λειτουργούν ολιγοπωλιακά. Η μελέτη των Tzoumaka-Bakoula et al (1989), συμπέρανε ότι η μητρική θνησιμότητα των γυναικών που ζούσαν σε μεγάλες πόλεις ήταν χαμηλότερη της αντίστοιχης των γυναικών που γεννούσαν σε άλλες περιοχές της χώρας. Επίσης, η εφημερίδα «Καθημερινή», σε αφιέρωμά της αναφορικά με τον τοκετό και τη μητρότητα, ανέφερε ότι 6/10 γυναίκες στην Ελλάδα γεννούν σε ιδιωτικές κλινικές και υπογράμμισε ότι πρέπει να αναζητηθεί γιατί συμβαίνει αυτό και γιατί οι οικογένειες επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα, με αντίστοιχη οικονομική επιβάρυνση, και όχι τα νοσοκομεία ή τις κλινικές του ΕΣΥ για τη γέννηση των παιδιών τους.

Συγκεκριμένα οι Contopoulos – Ioannidis et al. (2003), θεωρούν ότι η αγορά των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη δημοσίων και ιδιωτικών μαιευτηρίων. Ο ρόλος του ιατρού - μαιευτήρα είναι καθοριστικός, για την επιλογή του νοσοκομείου, στο οποίο θα

διεξαχθεί ο τοκετός. Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν πολύ χαμηλότερο τιμολόγιο από τα ιδιωτικά νοσοκομεία, αλλά και χειρότερες συνθήκες ξενοδοχειακής υποδομής και εξυπηρέτησης της επιτόκου και χαμηλότερο ύψος επενδύσεων σε υψηλή τεχνολογία. Οι γεννήσεις σε ιδιωτικά μαιευτήρια, υπερτερούν των γεννήσεων σε δημόσια μαιευτήρια, τόσο στην περιοχή της Αττικής, όσο και στην υπόλοιπη Ελλάδα, αποδεικνύοντας ότι τα ζευγάρια αναλαμβάνουν την οικονομική θυσία, που συνεπάγεται ο τοκετός σε ιδιωτικό μαιευτήριο, φθάνει αυτός να διεξαχθεί σε ένα όμορφο και πολιτισμένο περιβάλλον, με υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμό.

Η έρευνα των Μωραΐτου & Λαμαί (2007), μελέτησε και τον τρόπο εξόφλησης των νοσηλίων. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο τρόπος εξόφλησης των νοσηλίων. Οι περισσότερες γυναίκες, σε ποσοστό 42% έχουν καλύψει οι ίδιες τα έξοδα νοσηλείας τους. το 38% των γυναικών έχουν καλύψει τα έξοδα νοσηλείας μέσω του ασφαλιστικού τους ταμείου όπως το ΙΚΑ και ο ΟΓΑ. Ένα ποσοστό 14%, είναι χρεώστες, ενώ ένα μικρό ποσοστό, της τάξης του 6% προσκόμισαν βιβλιάριο απορίας.

Πληρωμή	Ταμείο	Χρεώστες	Απορίας
42%	38%	14%	6%

3.5 Εκπαίδευση Μαιών

3.5.1 Γερμανία

Σύμφωνα με τους Kateman & Herschderfer (2005), η ιατρική εκπαίδευση Μαιευτικής και Γυναικολογίας στη Γερμανία αποτελείται από έξι χρόνια πανεπιστημιακής εκπαίδευσης χωρισμένα σε 2 χρόνια προκλινικής φάσης και τετραετή κλινική φάση. Το τελευταίο έτος της κλινικής φάσης είναι μια ετήσια πρακτική στο νοσοκομείο. Μετά τη συμπλήρωση των ιατρικών σπουδών, όλοι οι φοιτητές υποχρεούνται να έχουν μια περίοδο 18 μηνών σαν γιατροί. Η εξειδίκευση για τη μαιευτική και τη γυναικολογία χρειάζεται άλλα πέντε χρόνια μετά από τα οποία μπορεί να ληφθεί μια περαιτέρω εξειδίκευση στην μαιευτική και στη περιγεννητική. Αυτό παίρνει άλλα τρία χρόνια εκπαίδευσης.

3.5.2 Γαλλία

Σύμφωνα με τον Nguyen (2010), αυτή τη στιγμή η γαλλική ιατρική εκπαίδευση αποτελείται από τρεις κύκλους. Ο καθένας που έχει ένα πτυχίο από δευτεροβάθμια εκπαίδευση, που αποκτά πρόσβαση στο πανεπιστήμιο (*baccalaureat*), μπορεί να μπει στον πρώτο χρόνο του πρώτου κύκλου της ιατρικής σχολής (PCEM 1). Αυτός ο θεωρητικός πρώτος χρόνος είναι επίσης ανοιχτός σε μέλλοντες φοιτητές στην οδοντολογία και τη μαιευτική. Ο αριθμός των φοιτητών που επιτρέπεται να μπει στο δεύτερο χρόνο του πρώτου κύκλου ιατρικής σχολής, καθορίζεται από τα Υπουργεία Εκπαίδευσης και Υγείας. Ο δεύτερος χρόνος ξεκινά με τη τετράμηνη πρακτική νοσοκόμου στο νοσοκομείο. Το υπόλοιπο του δεύτερου χρόνου καλύπτει τα περισσότερα βασικά θέματα και περιλαμβάνει κάποια πρακτικά έργα.

Ο δεύτερος κύκλος αποτελείται από τέσσερα χρόνια. Ο πρώτος χρόνος είναι χρόνος μετάβασης. Είναι ακόμα πολύ θεωρητικός, με βιοκλινική εργασία και νοσοκομειακή πρακτική, όπου ο φοιτητής είναι παρατηρητής. Τα υπόλοιπα τρία χρόνια είναι σημαντική βάση της κλινικής εκπαίδευσης. Μετά από τον τέταρτο χρόνο ένας φοιτητής μπορεί να ξεκινήσει την ειδίκευση, τον τρίτο κύκλο, που παίρνει τρία με πέντε χρόνια ανάλογα με την ειδικότητα που επιλέχθηκε. Οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι λαμβάνουν εκπαίδευση πέντε χρόνων. Αναγκαία προϋπόθεση για να μπει κάποιος στη μαιευτική είναι η συμπλήρωση του πρώτου χρόνου του πρώτου κύκλου της ιατρικής σχολής. Επιπλέον, οι φοιτητές μαιευτικής αναμένεται να είναι φυσικά ικανοί να ακολουθήσουν την εκπαίδευση και να φέρουν εις πέρας το επάγγελμα. Επίσης απαιτείται να έχουν κάνει υποχρεωτικούς εμβολιασμούς.

3.5.3 Ελλάδα

Οι Emons & Luiten (2001), υποστηρίζουν ότι για να γίνουν δεκτοί στο τμήμα Μαιευτικής, οι μαθητές πρέπει να περάσουν τις εθνικές εξετάσεις μετά την ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το τμήμα Μαιευτικής ανήκει στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα και δέχεται 300 φοιτητές σε κάθε εξάμηνο. Η ολοκλήρωση των σπουδών επιτυγχάνεται μέσα σε 8 εξάμηνα. Αυτό περιλαμβάνει 4.282 ώρες συνολικά, εκ των οποίων οι 1.470 ώρες δαπανώνται για θεωρητική εκπαίδευση. Σύμφωνα με τον Μπουρουτζόγλου (2011), σκοπός

του τμήματος είναι η παράλληλη θεωρητική και κλινική εκπαίδευση των φοιτητών στα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα της Μαιευτικής, της Γυναικολογικής και Νεογνικής Φροντίδας Υγείας. Στόχος του τμήματος είναι η ανάπτυξη πολλαπλών δεξιοτήτων, όσον αφορά στην επικοινωνία, στη συμβουλευτική, στην αγωγή υγείας, στη διοίκηση και οργάνωση Μονάδων Υγείας. Σημαντικός πόλος ανάπτυξης της εκπαίδευσης είναι η προαγωγή της εφαρμοσμένης έρευνας στο χώρο της υγείας. Τα μαθήματα γενικής υποδομής των επιστημών υγείας πρόνοιας είναι : Ανατομία, Φυσιολογία, Νοσολογία, Διαιτητική, Φαρμακολογία, Παιδιατρική, Βιοχημεία, Χειρουργική, Μικροβιολογία, Κοινωνική Υγιεινή, Γενική Νοσηλευτική. Τα μαθήματα Δεοντολογίας, οικονομικών, Νομοθεσίας και Ανθρωπιστικών σπουδών είναι: Δεοντολογία επαγγέλματος, Ψυχολογία. Τέλος τα μαθήματα ειδικότητας είναι: Μαιευτική, Γυναικολογία, Νεογνολογία, η Μαιευτική Φροντίδα, η Γυναικολογική Νοσηλευτική, η Νοσηλευτική Νεογνού.

Ένας φοιτητής πρέπει να συμπληρώσει 20 εβδομάδες προγεννητικής πρακτικής εκπαίδευσης και 30 εβδομάδες μεταγεννητική συν 20 εβδομάδες μετά τον τοκετό πρακτική κατάρτιση. Η Πρακτική Άσκηση στο επάγγελμα διεξάγεται σε Νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας ή του εξωτερικού, που περιλαμβάνουν τμήματα του τομέα μητέρας παιδιού και γυναικολογικού-χειρουργικού τομέα. Κατά την πρακτική άσκηση οι φοιτητές καλούνται να αναπτύξουν αυτονομία στην άσκηση της μαιευτικής φροντίδας και στην τέλεση του φυσιολογικού τοκετού υπό την εποπτεία και αξιολόγηση των υπευθύνων Καθηγητών της πρακτικής άσκησης και των προϊσταμένων των τμημάτων όπου εντάσσονται.

3.6 Αριθμός επαγγελματιών μαιών

3.6.1 Γερμανία

Σύμφωνα με τον Scheuermann (2005), το 2003 υπήρχαν 15.384 μαιευτήρες – γυναικολόγοι καταχωρημένοι στο *Bundesarztregister* στη Γερμανία. Από αυτούς, 10.911 είχαν άδεια να ιδρύσουν ιδιωτικό ιατρείο. Υπάρχουν περίπου 15.000 μαιές στη Γερμανία.

Σύμφωνα με τους Emons & Luiten (2001), το 2000 υπήρχαν 15,000 μαιές στην Γερμανία. Υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο από αυτές εργάζεται ανεξάρτητα,

το ένα τρίτο απασχολείται στο νοσοκομείο και ένα τρίτο εργάζεται τόσο ανεξάρτητα όσο και σε νοσοκομείο. Το 99% των μαιών είναι γυναίκες.

3.6.2 Γαλλία

Σύμφωνα με τους Kateman & Herschderfer (2005), το 2004 υπήρξαν 16.134 μαιές συγκρινόμενες με 10.705 μαιές στη Γαλλία το 1990 και 15,027 το 2000. Μια έκδοση του Συμβουλίου των Μαιών (*Ordre des Sages Femmes*) δείχνει ότι στο τέλος του 2003 σχεδόν οι μισές από όλες τις μαιές (47%) απασχολήθηκαν στο νοσοκομείο, το 18% απασχολήθηκε σε ιδιωτικά ιδρύματα και το 11% έκαναν ατομικό ιατρείο. Την 1^η Ιανουαρίου του 2004 υπήρξαν 207.736 γιατροί στη Γαλλία, από τους οποίους 5.207 ειδικεύθηκαν στη μαιευτική-γυναικολογία και 1.850 στη ιατρική γυναικολογία. Ενενήντα τοις εκατό των ιατρών γυναικολόγων δουλεύουν σε ατομικά ή ομαδικά ιατρεία. Από όλους τους γυναικολόγους-μαιευτήρες, το 60% δουλεύουν σε ατομικό ιατρείο και το 32% σε δημόσια νοσοκομεία. Μια μικρή αναλογία των γυναικολόγων δουλεύουν σε ιδιωτικά νοσοκομεία με ή χωρίς συμβόλαιο, σε κέντρα υγείας ή σε προληπτική φροντίδα. Σύμφωνα με τους Emons & Luiten (2001), το 99,5% των μαιών είναι γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των μαιών υπολογίζεται στα 43 έτη. Υπάρχει 1 μαιία για 1,000 γεννήσεις.

3.6.3 Ελλάδα

Σύμφωνα με τους Emons & Luiten (2001), το 2000, υπήρχαν 4.000 εγγεγραμμένες μαιές στην Ελλάδα, από τις οποίες περίπου 2.300 ασκούσαν το επάγγελμα. Μόνο 89 από αυτούς ήταν άνδρες. Οι περισσότερες μαιές είναι μεταξύ 30 και 40 ετών, όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα:

Ηλικία	Μαιές (%)
<30 ετών	25%
30-40 ετών	45%
40-50 ετών	25%
>50 ετών	5%

Οι περισσότερες μαιές (60%) εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία και δημόσια μαιευτήρια και 20% απασχολούνται σε ιδιωτικά μαιευτήρια. Μόνο το 2% των μαιών είναι αυτοαπασχολούμενες. Το υπόλοιπο (18%) εργάζεται σε κέντρα υγειονομικής περίθαλψης, στα οποία δεν διεξάγονται γέννες.

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας, το 1998 υπήρχαν περίπου 2.176 γυναικολόγοι.

3.7 Μοντέλα Συνεργατικής Μητρικής Μέριμνας

3.7.1 Γερμανία

Σύμφωνα με τους Kateman & Herschderfer (2005), στη Γερμανία, οι περισσότερες γυναίκες λαμβάνουν κατακερματισμένη φροντίδα της μητρότητας που περιλαμβάνει διάφορους φορείς παροχής περίθαλψης σε διαφορετικές φάσεις της εγκυμοσύνης, της γέννας και της λοχείας. Αυτό σημαίνει, ότι η συνεργασία μεταξύ των παροχών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι δομημένη ή ομοιόμορφη. Όπως ισχυρίζεται ο Groh (2003), σε ορισμένα μέρη της Γερμανίας, μαιές έχουν δημιουργήσει «κέντρα γέννας» που παρέχουν μια συνέχεια της φροντίδας σε όλη την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, και τη μεταγεννητική περίοδο. Αυτές βασίζονται σε μαιευτική και γυναικοκεντρική φροντίδα. Το πρώτο «μαιευτήριο για αυτοπροσδιοριζόμενη γέννα» άνοιξε το 1983 στο Βερολίνο. Από τότε, περίπου εκατό κέντρα γέννησης ιδρύθηκαν σε όλη τη Γερμανία.

3.7.2 Γαλλία

Σύμφωνα με τους Kateman & Herschderfer (2005), μια έγκυος γυναίκα γενικά παρακολουθείται τουλάχιστον μια φορά κατά την εγκυμοσύνη της, από τη ομάδα του νοσοκομείου, είτε δημόσιο είτε ιδιωτικό, όπου σχεδιάζει να γεννήσει. Πέραν αυτού μια επίσκεψη στον αναισθησιολόγο κατά την εγκυμοσύνη είναι υποχρεωτική. Υπάρχουν τοπικά προγράμματα συνεργατικών μοντέλων φροντίδας και πιλοτικών σχεδίων στη Γαλλία. Για παράδειγμα, ένα από τα νοσοκομεία στην περιοχή του Παρισιού εφαρμόζει πιλοτικό πρόγραμμα, όπου οι μαιές που ασκούν ιδιωτικά το επάγγελμα και οι γυναικολόγοι-μαιευτήρες, ασκούν μοιρασμένη προγεννητική φροντίδα. Το πρόγραμμα δεν έχει αξιολογηθεί ακόμα, αλλά το σύστημα λειτουργεί καλά και τόσο οι επαγγελματίες,

όσο και οι γυναίκες φαίνονται ευχαριστημένοι με το πρόγραμμα. Αυτό το πρόγραμμα κατέληξε στην ενσωμάτωση των μαιών στην προγεννητική μητρική φροντίδα.

Στο περιγεννητικό πλάνο (*Plan Perinatalité*) για το 2005-2007, το Υπουργείο Υγείας δηλώνει την πρόθεση να βελτιώσει το ψυχολογικό περιβάλλον των γεννήσεων με την βελτίωση της ιατρικο-ψυχολογικής συνεργασίας σε κλινικές μητρότητας. Θα εισαχθεί μια επίσκεψη σε μια μαία ή άλλο επαγγελματία μητρότητας, στον τέταρτο μήνα εγκυμοσύνης για όλες τις γυναίκες, είτε σαν άτομο είτε με συνεργάτη(πχ τον σύζυγο). Αυτή η συμβουλή προτίθεται να παρέχει το περιβάλλον για γυναίκες/ζευγάρια ώστε να εκφράσουν τις προσδοκίες, ανάγκες, ερωτήσεις και προβλήματα και να τους επιτρέπουν πρόσβαση σε όλες τις πληροφορίες που χρειάζονται για την πορεία της εγκυμοσύνης και της γέννας. Το Υπουργείο επίσης σχεδιάζει να εκδώσει συστάσεις για την καλή κλινική πρακτική, ιατροψυχολογική συνεργασία και συνθήκες για ψυχολογικές παρεμβάσεις στη μητρική φροντίδα. Σε αυτό το Περιγεννητικό Σχέδιο επίσης δηλώθηκε ότι οι ικανότητες των επαγγελματιών που αναμειγνύονται στη μητρική φροντίδα, πρέπει να γίνουν ευρύτερα γνωστές και να αναγνωριστούν.

3.7.3 Ελλάδα

Σύμφωνα με τους Emons & Luiten (2001), στην προγεννητική φροντίδα, οι μαίες και οι μαιευτήρες, αλλά και το οργανωμένο μαιευτικό σύστημα μεριμνά για τη μητρότητα. Στη γέννηση, ένας παιδίατρος είναι επίσης παρών. Μαίες και μαιευτήρες συμμετέχουν στη μεταγεννητική φροντίδα. Ενώ μια μαία είναι σε θέση να αναλάβει μια φυσιολογική εγκυμοσύνη και γέννα από μόνη της, ο μαιευτήρας αναλαμβάνει πάντα τις τελικές αποφάσεις. Είναι συνήθως αυτός που εκτελεί τον τοκετό, ενώ οι μαίες λειτουργούν περίπου ως βοηθοί. Οι σχέσεις μεταξύ μαιευτήρων και μαιών είναι έντονα φορτισμένες και παραδοσιακά ανταγωνιστικές. Το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό έχουν συχνά αντικρουόμενες απόψεις, ο ένας για το αντικείμενο του άλλου.

Σε γενικές γραμμές, ο μαιευτήρας αποφασίζει, για το που θα λάβει χώρα ο τοκετός. Αυτό μπορεί να είναι το μαιευτήριο - νοσοκομείο, στο οποίο εργάζεται ο μαιευτήρας, εκτός αν οι γονείς διαφωνήσουν. Αντίθετα, ο αριθμός των

γεννήσεων στο σπίτι είναι μηδαμινός. Θεωρείται συνήθως ατύχημα όταν η γυναίκα γεννά στο σπίτι.

3.8 Εργασιακή ικανοποίηση μαιών

3.8.1 Γερμανία

Σύμφωνα με τους Kateman & Herschderfer (2005), οι παρέχοντες φροντίδα μητρότητας στη Γερμανία ικανοποιούνται με το σύστημα τους, επειδή αισθάνονται ότι παρέχει στις γυναίκες επαρκείς επιλογές για τη παροχή υγειονομικής περίθαλψης στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Οι γυναίκες μπορούν να επιλέξουν φροντίδα αποκλειστικά από έναν επαγγελματία υγείας ή μοιρασμένη φροντίδα και μπορούν να επιλέξουν σε ποιο χώρο θα γεννήσουν. Μπορεί επίσης να ειπωθεί ότι οι περισσότεροι μαιευτήρες και πολλές μαιές στη Γερμανία ικανοποιούνται με ένα μοντέλο κοινής προγεννητικής φροντίδας. Αυτό το μοντέλο έχει αποκτήσει μεγάλη στήριξη τα τελευταία χρόνια και έχει τεθεί σε εφαρμογή σε όλη τη Γερμανία. Αν και δεν υπάρχουν μελέτες που να ερευνούν το πώς οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αισθάνονται για την κοινή προγεννητική φροντίδα, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι γυναίκες είναι ευχαριστημένες με αυτή τη μορφή φροντίδας.

Η ένταξη των μαιών στην προγεννητική φροντίδα είναι μια πρόσφατη εξέλιξη και όπως με όλες τις καινοτομίες υπάρχουν εκείνοι που την επαινούν και αυτοί που αντιτίθενται σε αυτή. Μερικές μαιές βλέπουν τη μοιρασμένη φροντίδα ως σταθμό στο δρόμο για να εδραιωθεί η παροχή προγεννητικής υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι μαιές θα ήθελαν να δουν τις συναδέλφους τους στο μέλλον να γίνονται οι κύριοι πάροχοι προγεννητικής φροντίδας. Άλλες αισθάνονται ότι μπορούν να εξυπηρετούν τις γυναίκες και τις οικογένειες τους στην προγεννητική περίοδο, επειδή παρέχουν φροντίδα υγείας και γενική ενημέρωση που οι μαιευτήρες δεν παρέχουν.

Οι μαιές το θεωρούν αυτό μια πρόσθετη αξία στην παροχή φροντίδας. Υπάρχουν μαιές οι οποίες πιστεύουν ότι οι εξετάσεις υπέρηχων πρέπει να γίνονται από μαιευτήρες, αλλά η υπόλοιπη φροντίδα μπορεί να παρασχεθεί από τη μαιά. Μια μαιά δήλωσε ότι πιστεύει ένθερμα ότι η συμβουλευτική για τη προγεννητική διαγνωστική δεν θα έπρεπε να είναι κομμάτι της προγεννητικής εργασίας που επιτελούν οι μαιές. Πιστεύει ότι αυτό πρέπει να μείνει στα χέρια

άλλων παρόχων, στους οποίους αναφέρεται η μαία. Ένας μαιευτήρας πιστεύει ότι η μοιρασμένη φροντίδα ήταν καλύτερη επειδή «είναι αυτό που θέλουν οι πελάτες». Ένας μαιευτήρας, ο Manfred Steiner, έγειρε αντιρρήσεις στην ανάμειξη μαιών στην προγεννητική φροντίδα σε ένα άρθρο. Θρηνεί για τις κυβερνητικές πολιτικές και την υποστήριξη από τους συναδέλφους του προς την αυξανόμενη συμμετοχή των μαιών στην παροχή προγεννητικής φροντίδας. Επίσης, υπαινίσσεται το γεγονός ότι η αμοιβή των μαιών για την προγεννητική φροντίδα, έχει αυξηθεί δυσανάλογα με αυτή των μαιευτήρων και νιώθει ότι αυτό είναι άδικο. Οι περισσότεροι μαιευτήρες στη Γερμανία είναι επίσης πολύ επικριτικοί για τις εξω-νοσοκομειακές γέννες π.χ. γέννες στο σπίτι και γέννες σε κέντρα γέννας. Οι μαιευτήρες λένε «στη μαιευτική, οι επείγουσες καταστάσεις μπορούν να συμβούν πολύ γρήγορα και πολύ δραματικά, χωρίς προειδοποίηση» και «έχω δει τόσα πολλά στην καριέρα μου ώστε να μη συστήνω στις γυναίκες μια γέννα στο σπίτι».

3.8.2 Γαλλία

Σύμφωνα με τους Kateman & Herschderfer (2005), το 44% από όλες τις μαίες στη Γαλλία, δεν είναι ικανοποιημένες με την επαγγελματική τους ζωή. Τρεις χιλιάδες μαίες δεν εξασκούν την μαιευτική εθελοντικά, έχοντας περιγράψει ότι αποθαρρύνθηκαν από όλες τις δυσκολίες. Οι μαίες θεωρούν και τις συνθήκες εργασίας και τους μισθούς ως «μη ικανοποιητικά». Περισσότερο από τα το 40% των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων έχουν κενές θέσεις και το 97% των μαιών αναφέρει ότι εργάζεται πέραν του ωραρίου. Αλλά ο πιο σημαντικός λόγος για την δυσαρέσκεια που αναφέρεται, είναι η έλλειψη αναγνώρισης της σημαντικής αποστολής των μαιών. Πολλές μαίες στη Γαλλία νιώθουν ότι αντί να είναι αυτόνομοι υγειονομικοί επαγγελματίες, θεωρούνται βοηθοί μαιευτήρων, των οποίων η κύρια εργασία είναι να εκτελούν εντολές και ιατρικές διαδικασίες. Αισθάνονται ότι δεν έχουν την ευκαιρία να φροντίζουν τις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη και να τους παρέχουν την φροντίδα που χρειάζονται.

3.8.3 Ελλάδα

Οι Μπόρου κα. (2010), διεξήγαγαν έρευνα με σκοπό να μελετήσουν την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, εστιάζοντας στους νοσηλευτές. Μεταξύ του δείγματος ήταν και 17 μαίες (4,4%). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι παράγοντες συναδελφικότητα, εργασιακός φόρτος και ευκαιρίες εξέλιξης αναδεικνύονται ως η «αχίλλειος πτέρνα» των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα νοσοκομεία, συγκριτικά με εκείνους που υπηρετούν στα κέντρα υγείας. Ο φόρτος εργασίας, η υποστήριξη από τον προϊστάμενο, αλλά και η ρουτίνα της δουλειάς και οι απολαβές, καθώς και περιβαλλοντικές μεταβλητές, όπως οι ευκαιρίες εξέλιξης, αλλά και οι υποδομές παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας, και κατ' επέκταση και στις μαίες. Σ' αυτές τις παραμέτρους έρχεται να προστεθεί και το θετικό συναίσθημα από την εργασία (ψυχολογική μεταβλητή) που ευοδώνει την ικανοποίηση. Η δυνατότητα παροχής ικανοποιητικής φροντίδας στον ασθενή και οι καλές σχέσεις με τους συναδέλφους παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας.

3.9 Ικανοποίηση γυναικών από τη μαιευτική φροντίδα

Σύμφωνα με τους Hatem et al. (2009), οι γυναίκες που λαμβάνουν μαιευτική φροντίδα έχουν μικρότερες πιθανότητες να χάσουν το μωρό τους πριν από την 24η εβδομάδα της κύησης και παραμένουν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο.

Σύμφωνα με τον Kemenade (1997), οι γυναίκες που λαμβάνουν μαιευτική φροντίδα, αναγνωρίζουν έγκαιρα τα προειδοποιητικά σημεία για οποιαδήποτε ανωμαλία στη μητέρα ή στο έμβρυο όπως είναι η αποκόλληση του πλακούντα και διάκεινται θετικά στο μητρικό θηλασμό.

Οι Μωραΐτου & Λαμάι (2007), συμπέραναν ότι η πλειοψηφία των γυναικών ήταν ικανοποιημένες, από την προσφερόμενη μαιευτική φροντίδα, αν και πολλές είχαν ελλιπή παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της κύησης και ένιωθαν φόβο κατά την είσοδο τους στο νοσοκομείο.



Πάρα πολύ	Πολύ	Επαρκής	Ελάχιστη	Ανύπαρκτη	Καθόλου
14,3%	39,4%	34,9%	8,6%	2,3%	0,6%

3.10 Συγκριτικοί πίνακες της μαιευτικής φροντίδας στις τρεις χώρες της Ευρώπης (Γαλλία, Γερμανία και Ελλάδα)

Στον κάτωθι πίνακα παρουσιάζονται συγκριτικά οι εν ζωή γεννήσεις, στις τρεις εξεταζόμενες χώρες, το έτος 2001.

Χώρες	Κάτοικοι	Γεννήσεις	Εν ζωή γεννήσεις	Ακόμα εν ζωή
Γαλλία	57,700,000	736,487	99,30%	0,70%
Γερμανία	82,000,000	770,744	99,60%	0,40%
Ελλάδα	10,400,000	101,491		

Πηγή: National Research and Development Centre for Welfare and Health. 2001

Στους κάτωθι πίνακες παρουσιάζεται συγκριτικά η μαιευτική φροντίδα, στις τρεις εξεταζόμενες χώρες, κατά το 2001.

Χώρα	Μαίες	Γεννήσεις ανά μαία	Γυναικολόγοι	Γενικοί ιατροί που δραστηριοποιούνται στη μαιευτική φροντίδα
Γαλλία	15,027		4,674	
Γερμανία	15,000		15,000	
Ελλάδα	2,300	3	2,176	0

Πηγή: National Research and Development Centre for Welfare and Health. 2001

Χώρες	Προγενετική φροντίδα	Φροντίδα στη γέννηση	Φροντίδα μεταγενετικά
Γαλλία	Μαία	Μαία	Μαία
Γερμανία	Μαία-γυναικολόγος	Μαία-γυναικολόγος	Μαία-γυναικολόγος
Ελλάδα	Γυναικολόγος	Γυναικολόγος	Γυναικολόγος

Πηγή: National Research and Development Centre for Welfare and Health. 2001

Χώρες	Δύσκολη Προγενετική περίοδος	Δύσκολη γέννα	Δύσκολη μεταγενετική περίοδος
Γαλλία	Γυναικολόγος	Γυναικολόγος	Γυναικολόγος
Γερμανία	Γυναικολόγος	Γυναικολόγος	Γυναικολόγος
Ελλάδα	Γυναικολόγος	Γυναικολόγος	Γυναικολόγος

Πηγή: National Research and Development Centre for Welfare and Health. 2001

Στον κάτωθι πίνακα παρουσιάζεται συγκριτικά ο τόπος εργασίας και το εισόδημα των μαιών, στις τρεις εξεταζόμενες χώρες. Στη Γερμανία παρατηρείται το υψηλότερο ετήσιο εισόδημα.

Χώρα	Τόπος εργασίας	Μέσος όρος εισοδήματος (ετησίως)
Γαλλία	Δημόσιο νοσοκομείο (60%) Ιδιωτικό νοσοκομείο (25%) Ανεξάρτητοι (15%)	23,739€
Γερμανία	Δημόσιο νοσοκομείο	26,610€
Ελλάδα	Δημόσιο νοσοκομείο Δημόσια μαιευτική κλινική	11,739€

Πηγή: European Observatory on Health Care Systems. 2001. *Health Care Systems In Transition*. www.observatory.dk

Στους κάτωθι πίνακες παρουσιάζεται συγκριτικά η εκπαίδευση των μαιών, στις τρεις εξεταζόμενες χώρες.

Χώρα	Επίπεδο εκπαίδευσης	Διάρκεια εκπαίδευσης	Προϋποθέσεις εισαγωγής
Γαλλία	Πανεπιστήμιο	4 έτη	Baccalaureate
Γερμανία	Ανώτερο	3 έτη	Δίπλωμα Realshule Και καλή κατάσταση υγείας
Ελλάδα		112 εβδομάδες	Πανελλήνιες εξετάσεις

Πηγή: European Observatory on Health Care Systems. 2001. *Health Care Systems In Transition*. www.observatory.dk

Χώρα	Ώρες πρακτικής άσκησης	Ώρες θεωρητικού υπόβαθρου	Φοιτητές
Γαλλία	4.370	1.820	2.900
Γερμανία	3.000	1.600	1.800
Ελλάδα	70 εβδομάδες	1.470	300

Πηγή: European Observatory on Health Care Systems. 2001. *Health Care Systems In Transition*. www.observatory.dk

Συμπεράσματα

Έχοντας μελετήσει και παρουσιάσει τη μαιευτική φροντίδα στην Ελλάδα και σε δύο ευρωπαϊκές χώρες, τη Γερμανία και τη Γαλλία, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι τρεις χώρες διαφοροποιούνται κατά πολύ στη μαιευτική φροντίδα.

Συγκεκριμένα στη Γερμανία η πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα, η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης δηλαδή, διεξάγεται κυρίως σε ιδιωτικά ιατρεία. Παράλληλα στη Γερμανία, οι μαίες έχουν σημαντικό ρόλο στην προγεννητική φροντίδα και μπορούν να δουλεύουν μόνες τους σε ανεξάρτητα ιατρεία, κάτι που δεν ισχύει στην Ελλάδα. Μάλιστα στη Γερμανία, τα τελευταία 10 χρόνια, οι περισσότερες γυναίκες προτιμούν τη φροντίδα της μαίας κατά την εγκυμοσύνη.

Στη Γαλλία, οι γυναίκες έχουν επίσης το δικαίωμα να επιλέξουν εάν θα τις φροντίσει μαία, ιατρός γυναικολόγος ή μαιευτήρας-γυναικολόγος. Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει το 100% του κόστους της εγκυμοσύνης, με την προϋπόθεση ότι οι έγκυες γυναίκες ακολουθούν πιστά το πρόγραμμα των καθιερωμένων προγεννητικών αλλά και μεταγεννητικών επισκέψεων. Ωστόσο οι περισσότερες γυναίκες στη Γαλλία γεννούν στο νοσοκομείο και επειδή παραμένουν εκεί για τρεις ως τέσσερις μέρες μετά, η πλειοψηφία της μεταγεννητικής φροντίδας λαμβάνει χώρα στο νοσοκομείο. Τέλος στη Γαλλία, υπάρχει η δυνατότητα, οι γυναίκες να λαμβάνουν μετά τον τοκετό κατ' οίκον επισκέψεις από ανεξάρτητη μαία ή μαία που απασχολείται στο νοσοκομείο που διενεργεί κατ' οίκον επισκέψεις.

Η παροχή υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα έχει μελετηθεί κυρίως από ιατρική και επιδημιολογική σκοπιά (Dimitrakakis et al.2001, Katamis et al.1981, Mavrou et al.1998, Longueras et al.1988, Hassan et al.1999, Salakos et al.2004). Όμως, η διαθέσιμη βιβλιογραφία που εξετάζει την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και φροντίδας από μαίες, καθώς επίσης και τις προσδοκίες, τις ανάγκες και την εμπειρία των πελατών, είναι σπάνια. Δυστυχώς, πολύτιμα στοιχεία για τη συμβολή των επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων καθώς και των μαιών, που εργάστηκαν από τη δεκαετία του '50 σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας μητρότητας με κατ' οίκον επισκέψεις και παρακολούθηση

εγκύων γυναικών και μητέρων, δεν είναι διαθέσιμα. Ο κύριος λόγος γι' αυτό είναι οι ακολουθούμενες εκείνη την εποχή πρακτικές στην τήρηση στοιχείων, όπως οι κάρτες παρακολούθησης, όπου ελάχιστα στοιχεία αναφέρονταν, οι οποίες είναι αμφίβολο αν έχουν διασωθεί. Ένας άλλος λόγος είναι και η μη ενασχόληση της γενιάς αυτής των επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων καθώς και των μαιών με τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων. Ίσως αυτή να ήταν μια «παράδοση» που συνδεόταν άμεσα με την επιστημονική υπόσταση των επαγγελματιών αυτών στην ελληνική πραγματικότητα την εποχή εκείνη. Ωστόσο, κάποιοι επιστήμονες από άλλα επιστημονικά πεδία, όπως γιατροί και ανθρωπολόγοι, είχαν ασχοληθεί με το ζήτημα της γέννησης και τη συμβολή των μαιών στον τοκετό, όμως οι εργασίες αυτές είναι παλιές και, παρά τις προσπάθειες, στάθηκε αδύνατο να ανευρεθούν. Ακόμα στις περισσότερες από αυτές ελλείπει έστω και μια περίληψη της δημοσίευσης στο διαδίκτυο.

Υπάρχει μία μόνο μελέτη που εξετάζει τις αντιλήψεις και αντιδράσεις των Ελλήνων πατέρων σχετικά με την παρουσία τους δίπλα στη σύντροφό τους κατά τη διάρκεια του τοκετού, που δημοσιεύθηκε από την Dragonas (1992) και μια άλλη μελέτη που εξέταζε την οικογενειακή δυναμική στις ελληνικές οικογένειες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία δημοσιεύθηκε το 2001 από τους Likeridou et al.(2001).

Όσον αφορά την παρούσα εργασία ένα συμπέρασμα που εξάγεται είναι πως στην Ελλάδα οι μαιευτικές υπηρεσίες παρέχονται είτε από δημόσια νοσοκομεία είτε από ιδιωτικές κλινικές. Με δεδομένη την κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, οι περισσότερες γυναίκες, προτιμούν τις ιδιωτικές κλινικές. Εξάλλου, όπως αναφέρθηκε και στην παρούσα εργασία, οι γεννήσεις σε ιδιωτικά μαιευτήρια, υπερτερούν των γεννήσεων σε δημόσια μαιευτήρια, τόσο στην περιοχή της Αττικής, όσο και στην υπόλοιπη Ελλάδα, αποδεικνύοντας ότι τα ζευγάρια αναλαμβάνουν την οικονομική θυσία, που συνεπάγεται ο τοκετός σε ιδιωτικό μαιευτήριο, προκειμένου αυτός να διεξαχθεί σε ένα όμορφο και πολιτισμένο περιβάλλον, με υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμό.

Επομένως, η ανάγκη για την έρευνα που θα εξετάζει την παροχή υπηρεσιών προστασίας μητρότητας από επισκέπτες υγείας, κοινοτικούς νοσηλευτές και μαίες είναι προφανής. Ακόμα, η διεξαγωγή ερευνών σχετικά με

την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών μητρότητας από την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών είναι ένας τομέας στον οποίο επίσης απαιτείται διεξαγωγή έρευνας.

Αντί επιλόγου

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί έναν ακόμα πυλώνα στήριξης της μητρότητας με παροχές σε χρήμα και σε άδεια απουσίας. Συνήθως όμως τα επιδόματα μητρότητας που παρέχουν τα περισσότερα ταμεία δεν επαρκούν για την κάλυψη των δαπανών του τοκετού και αυτό θα πρέπει κάποτε να αποτελέσει, για μια χώρα όπως η δική μας με έντονο δημογραφικό πρόβλημα, ένα σήμα προειδοποίησης για τους φορείς χάραξης πολιτικής, ώστε να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα για τη στήριξη της μητέρας και της οικογένειας που αποφασίζει να φέρει στον κόσμο παιδί. Ακόμα, χρήσιμο θα ήταν οι ερευνητές να ασχοληθούν με το ως άνω ζήτημα, ώστε να προταθούν κοινωνικά αποδεκτές λύσεις στον ιδιαίτερο αυτόν τομέα των παροχών και υπηρεσιών μητρότητας που ισχύουν στη χώρα.

Βιβλιογραφία

1. Castel, R. *From dangerousness to risk*, in G. Burchell, C. Gordon, P. Miller (eds), 1991. *The Foucault effect: Studies in Governmentality*, Brighton: Harvester Wheatsheat.
2. Chan Paul D, Winkle D, Christopher R. *Gynaecology and obstetrics/Laguna Hills:Current Clinical Strategies Pub*, 2002.
3. Contopoulos - Ioannidis DG, Ntzani E, Ioannidis JP. *Translation of highly promising basic science research into clinical applications*. *Am J Med*, 2003, 114: 477-484
4. Devries, R. & C. Benoit & E.R. van Teijlingen & Wrede S. *Birth by design: pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe*. 2001, New York: Routledge
5. Dimitrakakis C, Papadogiannagis J, Sakelaropoulou G, Papazefkos V, Voulgaris Z, Michalas S. *Maternal mortality in Greece (1980-1996)*. *Eur J Obstet Gynaecol* 2001,99:6-13
6. Dragonas TG. *Greek fathers participation in labour and care of the infant*. *Scand J Caring Sci* 1992, 6:151-159
7. Emons JK, Luiten, MIJ., *Midwifery in Europe:an inventory in fifteen EU member states*. The European Midwives Liaison Committee, 2001, The Netherlands
8. European Observatory on Health Care Systems. *Healthcare systems in transition: Germany*. *European Observatory on Health Care Systems*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000
9. European Observatory on Health Care Systems. 2001. *Health Care Systems In Transition*. www.observatory.dk
10. Groh E., *Birth centres in Germany*. In: Kirkham M, editor. *Birth Centres: A social model for maternity care*. London: Elsevier Science Limited. p. 1839, 2003
11. Hassan E., Creatsas G. *Reproductive health issues in Greece*. *Ceska Gynekol* 1999, 64:205-208

12. Hatem M., Sandall J., Devane D., Soltani H., Gates S. *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009, issue 3
13. http://athena.teiath.gr/site/to_tei_ath/istoria_tei/katte.htm [accessed 5-10-11]
14. Houd S. *Being a midwife in Europe* Health Promot. Int.,1988, 3(3): 293-297
15. Katamis C, Mallias A.,Metaxotou-Mauromati A., Matsaniotis N. *Screening for beta-thalassaemias*.Lancet 1981,ii;930
16. Kateman H., Herschderfer K.. *Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project Current Practice in Europe and Australia A descriptive study*. International Confederation of Midwives, 2005
17. Kemenade, Y.W. van. 1997. *Health care in Europe 1997: the finance and reimbursement systems of 18 European countries*. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
18. Kozier B.,Erb G., Olivieri R. *Fundamentals of nursing, concepts, process and practice*. 4th ed.,1991, Addison-Wesley,Redwood City, California
19. Longueras SS., Kongevinas M.,Roman E. *Regional differences in maternal mortality in Greece, 1973-1982*.Int J Epidemiol 1988, 17:574-578
20. Kramer M, Wilkins R, Lydon J, Dahhou M, Miner L, Ghanem A, Platt R.W, and Montreal Prematurity Study Group, *Investigating socioeconomic disparities in preterm birth: evidence for selective study participate and selective bias*. Paediatr, Prenat Epidemiol 23,p.301-9,2009
21. Likeridou K.,Hyrkas K., Paunomen M.,Lehti K. *Family dynamics of child-bearing families in Athens, Greece: a pilot study*. Int J Nurs Pract 2001, 7:30-37
22. Luyben. G.A. & Fleming V. *Women's needs from antenatal care in three European countries*. Midwifery 21,p.212-223(2005)
23. Mavrou A.,Metaxotou C., Trichopoulos D. *Awareness and use of prenatal diagnosis among Greek women;a national survey*. Prenat Diagn 1998, 18:349-355
24. Menten B, Maas N, Thienpont B, Buysse K, Melotte C et al. *Emerging patterns of cryptic chromosomal imbalance in patients with idiopathic mental retardation and multiple congenital anomalies:a new series of 140 patients*

- and review of published reports.* Journal of Medical Genetics 43 (8) p.625-33,2006
25. National Research and Development Centre for Welfare and Health. 2001. *Statistical Report nr.3.* (www.stakes.fi).
 26. Nguyen T. L. *French-Educated Midwives and the Medicalization of Childbirth in Colonial Vietnam.* Journal of Vietnamese Studies,2010, 5(2), p. 133-182
 27. OECD (1994), *The Reform of Health Care Systems: a review of seventeen OECD countries.* Organization for Economic Co-operation and Development, Paris (Health Policy Studies, No 5)
 28. OECD,Health Data (2002), *A comparative analysis of 29 countries.* Organization for Economic Co-operation and Development, Paris
 29. Roberts J.M et al. *Summary of the NHLBI Working Group on research on Hypertension During Pregnancy.* Hypertens Pregnancy ,p.109-124,2003
 30. Robinson S., Griffiths P., (2007), *Nursing education and regulation: international profiles and perspectives.* London: King's College
 31. Pennings G. *Ethics of Sex Selection for family balancing:family balancing as a morally acceptable application of sex selection.* Human Reproduction, 1996, p 2339
 32. Salakos N.,Roupa Z.,Sotiropoulou P.,Grigoriou O. *Family planning and psychological support for infertile couples.* Eur J Contracept Reprod Health Care, 2004, 9:47-51
 33. Saltman RB, Figueras J.M . *European Health Care Reform. Analysis of current strategies.* WHO Regional Office for Europe, *European Series*, No 72, Copenhagen,1997
 34. Sandall J, Bourgeault IL, Meijer WJ, Schüeking BA. (2001), *Deciding who cares: Winners and losers in the late twentieth century.* In: DeVries R, Benoit C, van Teijlingen ER, Wrede S, (ed.). *Birth by Design. Pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe.* New York, Routledge, p. 11738.
 35. Scheuermann, K. *Midwifery in Germany: its past and present.* Journal of Nurse-Midwifery, 1995, 40 (5):438-447

36. Skalkidis Y, Petridou E, Papathoma E, Revinthi K, Tong D, Trichopoulos D. in *Are operative delivery procedures Greece socially conditioned?* Int J Qual Health Care ,1996, 8:159–165
37. Tampakoudis P, Assimakopoulos E, Grimbizis G, Zafrakas M, Tampakoudis G, Mantalenakis S et al. *Cesarean section rates and indications in Greece: data from a 24-year period in a teaching hospital.* Clin Exp Obstet Gynecol, 2004,31:289–292
38. Tzoumaka-Bakoula C, Lekea-Karanika V, Matsaniotis NS, Shenton T, Golding J. (1989), *Are there gaps in the provision of perinatal care in Greece?* J Epidemiol Commun Health, 1989, 43:319–323
39. Van Kemenade Y.W. (1997), *Healthcare in Europe 1997. The Finance and Reimbursement Systems of 18 European Countries* , Elsevier/De Tijdsroom, Maarsen
40. Vehvilainen-Julkunen K.,Liukkonen A. *Family training: supporting mothers and fathers in the transition to parenthood.* J Adv Nurs. 1995, 22:731-737
41. Venieris D. *The history of health insurance in Greece:The Nettle Governments failed to grasp.* Discussion Paper No 9, 1997, LSE Health, London
42. Wear A. *The art of midwifery: early modern midwives in Europe.* Med Hist, 1995, 39 (1): 113–114
43. Wieners WW. *Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena.* Jossey-Bass Inc., 2001, San Francisco
44. www.teithe.gr [accessed 5/10/2011]
45. Αλεξιάδης Α. *Ιστορική Επισκόπηση Συστημάτων Διοίκησης Νοσοκομείων.* 2000, ΕΑΠ
46. Βλαδίμηρος Λ. «*Ποιος ανακάλυψε τον εμβρυολόγο; Οι αρχαίοι Έλληνες γιατροί ή η οικογένεια Chamberlen;*». Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας 4 , 2005, σελ. 335-341

47. Δραγώνα Θ. Η πρόληψη αρχίζει από το μαιευτήριο. Στο:Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε (Επιμέλεια έκδοσης) *Παιδική προστασία και κοινωνική πολιτική*. Αθήνα, 1993:231-240
48. Ελληνικό Σύνταγμα 2001, άρθρο 21
49. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος.Αρ.9,16/03/1838 «Περί συστάσεως σχολής δια τας μαίας»
50. Ιατράκης Γ. Βιβλίο Μαιευτικής, Φυσιολογία & Παθολογία μητέρας-εμβρύου, Δεσμός, 2009
51. «Καθημερινή». Ημερήσια εφημερίδα, Παρασκευή, 30/01/2004
52. Κογκίδου Δ. *Μονογονεϊκές οικογένειες: πραγματικότητα, προοπτικές και κοινωνική πολιτική*. Αθήνα, Εκδόσεις Νέα Σύνορα,1995:408-467
53. Κουσνέρ Μ. *Η Δικτατορία των γιατρών*, Αθήνα,1996, Εξάντας
54. Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ. *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, 2002, Αθήνα
55. Κυριόπουλος Γ, Σουλιώτης Κ. *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*. 2002, Αθήνα: Παπαζήσης
56. Κυριόπουλος Γ. Δόλγερας Α.*Τεκμηριωμένη Ιατρική: Η αναζήτηση της χρυσής τομής ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Νοσοκομειακά Χρονικά*, 63,2001, σελ. 63-74
57. Κωνσταντοπούλου Α., (2006), *Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα*, <http://www.archive.gr> [πρόσβαση στις 5-10-2011]
58. Λανάρα Β. *Τα εκατό χρόνια της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του «Ευαγγελισμού», 1875-1975*. Αθήνα, 1978
59. Λασκαράτος Ι. *Ιστορία της Ιατρικής*, τόμ. 1, Πασχαλίδης, Αθήνα 2003
60. Λιάκος Α. *Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών*. Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας, Αθήνα, 1993

61. Λιαρόπουλος Λ *Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας*. Ιατρική 56, 1989, σελ.419-425
62. Λιαρόπουλος Λ., (2008), Ημερίδα ΨΝΑ, 5 Φεβρουαρίου
63. Μαστρογιάννης Ι. *Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδος*. Αθήνα,1960
64. Μπόρου Α., Βόσνιακ Γ., Υφαντής Α., Τηνιακού Ι., Μαχαιράς Ν., Τσικλιτάρα Α., Παπαδημητρίου Β., Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Μουζάς Ο. *Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών*. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, 2010, 6 (1)
65. Μπουρουτζόγλου (2011) *Η φοίτηση στο τμήμα μαιευτικής*, Θεσσαλονίκη, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας
66. Μωραϊτης Ε. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Σύγχρονη εννοιολογική προσέγγιση*, Ιατρική 48, 1985, σελ.295-301
67. Μωραϊτης Ε., Κουρή-Ζαραφωνίτη Τ., Μερκούρης Μ.Π. *Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1, 1990, σελ. 5-23
68. Μωραϊτου Μ., Λαμάι Ε. *Μελέτη στη μαιευτική φροντίδα των Αλβανίδων που διαμένουν στην Ελλάδα*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 1, 2007, σελ 1-7
69. Ν.ΤΝΖ/1856 «Περί του Μαιευτικού Σχολείου»
70. Ν.3714/28
71. Ν.3928/29
72. Ν.3930/29
73. Ν.1846/51
74. Ν.4053/61
75. Νομοθετικό Διάταγμα 67/68
76. Οικονομοπούλου Α. *Η Μαιευτική και η Γυναικολογία στην Αρχαία Ελλάδα*, 2007, Αρχαιολογία & Τέχνες , τχ. 102, 2007
77. Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. *Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας*, Θεσσαλονίκη : Παρατηρητής, 2002

78. Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Vehviläinen-Julkunen K. *Φροντίδα μητρότητας στην Ελλάδα*. Νοσηλευτική, 45(2),σελ.160–168,2006
79. Σκουλικά Α. *Συνεργασία εγκύων γυναικών και μητέρων βρεφών με τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας*. Στο: Δραγώνα Θ. Τσιάντης Γ (Συντ.) *Μωρά και μητέρες: ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία τα πρώτα χρόνια της ζωής*. Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, 1999:129-144
80. Στεργίου Σ.Α. *Η προστασία της μητρότητας στο δίκαιο κοινωνικών ασφαλίσεων*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκκουλα, 1989:173-179,230-240
81. Τούντας Γ., (2001), *Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα*. Ιατρική, 79, 2001, σελ.215–217
82. Τριχόπουλος Δ., (1982)., *Επιδημιολογία*, Αθήνα: Λίτσας
83. Τσιάντης Γ. *Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας*. Τεύχος Πρώτο. Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, 1993