

## 7 Απριλίου: Παγκόσμια Ημέρα Υγείας\*

**Ελένη Σαμαριτάκη**, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Α., Μαία, Καθηγήτρια Εφαρμογών Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Master "Public Health".

\* Ομιλία από την εκδήλωση της 7ης Απριλίου 1998 για την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, στο Π.Γ.Ν-Μαιευτήριο "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ".

Κυρίες και Κύριοι,  
Αγαπητοί Συνάδελφοι  
και Συνεργάτες στο χώρο της Υγείας,

Ευχαριστώ για την ευκαιρία που μου δίνεται σήμερα, να μοιραστώ μαζί σας τους προβληματισμούς μου, που είναι και προβληματισμοί όλων των μαιών.

Για το 1998, η Παγκόσμια Ημέρα Υγείας είναι αφιερωμένη στην "Ασφαλή Μητρότητα" και ειδικά στην έννοια εγκυμοσύνη, που είναι ένα ξεχωριστό γεγονός και πρέπει να το διαφυλάξουμε με φροντίδα.

Σε δύο χρόνια τελειώνει ο 20ός αιώνας, και το στοίχημα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ) –να μειωθούν οι θάνατοι των γυναικών στους μισούς– δεν κερδίστηκε. Ούτε η υγεία για όλους στο 2000. Σε κάθε λεπτό της ώρας, μία γυναίκα πεθαίνει από επιπλοκές της εγκυμοσύνης, 600.000 σχεδόν κάθε χρόνο. Για κάθε γυναίκα που πεθαίνει, προκύπτουν τουλάχιστον 30 χρόνια προβλήματα από το θάνατό της. Κάθε χρόνο, σχεδόν 3,4 εκατομμύρια νεογέννητα πεθαίνουν στην πρώτη εβδομάδα της ζωής τους, και για κάθε νεογέννητο που πεθαίνει, ένα άλλο δεν είχε τη δυνατότητα να γεννηθεί καν ζωντανό. Αυτές οι γυναίκες και τα νεογέννητα πεθαίνουν από τους ίδιους λόγους, οι οποίοι είναι: η φτωχή υγεία και η ελλιπούς φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Όμως, αυτοί οι

θάνατοι μπορούν να προληφθούν.

Μας είναι γνωστοί οι παράγοντες, που κυρίως είναι υπεύθυνοι για την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Κακή διατροφή, υποσιτισμός ή και πείνα ακόμη, είναι αιτίες για σοβαρές αναιμίες στην εγκυμοσύνη. Σοβαρές αιμορραγίες ευθύνονται στο 25 % των θανάτων. Λοιμώξεις στο 15%. Εκλαμψία στο 12%. Έκτρωση με ελλιπή ιατρική κάλυψη στο 13%. Δυσκολίες κατά τον τοκετό: από έμμεσες αιτίες 20%, και από άμεσες αιτίες 8%.

Όποιες όμως και αν είναι οι αιτίες, το πρόβλημα βρίσκεται στην πολιτική που ακολουθείται σε κάθε χώρα, και κυρίως στις προτεραιότητες μέσα από τα συστήματα υγείας, καθώς και στις ίσες ευκαιρίες για τις γυναίκες με τους άνδρες στη μόρφωση, στην εργασία και στο δικαίωμα της γυναίκας να επιλέγει για τη ζωή και την αναπαραγωγική διαδικασία.

Το παράδειγμα της Νορβηγίας είναι χαρακτηριστικό: Το πολύ χαμηλό ποσοστό (το μικρότερο της Ευρώπης) περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, συνυπάρχει με την ισότητα των φύλων (ίσες ευκαιρίες) στην εκπαίδευση, στην εργασία και στην ποσόστωση στην πολιτική. Ασφαλώς, σημαντικό ρόλο παίζει η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της χώρας, οι προτεραιότητες που δίνονται για την υγεία του γυναικείου πληθυσμού μέσα από τα συστήματα υγείας, καθώς

και η εφαρμογή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων –με έμφαση στα δικαιώματα της γυναίκας και του παιδιού– για καλή υγεία και ευημερία.

Η μητρική θνησιμότητα, είναι ένας δείκτης που δίνει σαφή εικόνα για τη μεγάλη διαφορά μεταξύ των αναπτυγμένων και των αναπτυσσομένων χωρών, και τη σχέση της επικινδυνότητας για την υγεία και τη ζωή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, που είναι πεντακόσιες φορές υψηλότερη για τις γυναίκες στην Αφρική από τις γυναίκες στις αναπτυγμένες χώρες. Ο στόχος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας είναι να μειωθεί αυτή η επικινδυνότητα, μέσα από τα προγράμματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού και την παροχή Υπηρεσιών Υγείας. Η φροντίδα υγείας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι ο βασικός παράγοντας για τη μείωση των επιπλοκών και των θανάτων στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό.

Η φροντίδα αυτή σύμφωνα με την Π.Ο.Υ διαφέρει από χώρα σε χώρα, π.χ. μπορεί να καλύπτει το 100% της παρακολούθησης των εγκύων και να συμπεριλαμβάνει και την πρόληψη (screening) με εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας (κυρίως μαίες, μαιευτήρες, γυναικολόγους και παιδίατρους), έως την πλήρη έλλειψη παρακολούθησης της εγκυμοσύνης, ή την έλλειψη εκπαιδευμένων ατόμων για περιγεννητική φροντίδα.

Κατά την άποψη της Π.Ο.Υ, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι κάτι που οι μαίες το γνωρίζουν καλά, όχι μόνο ως επαγγελματίες υγείας, αλλά γιατί στην πλειονότητά τους είναι και οι ίδιες μητέρες. Αυτός είναι και ο λόγος, που η Π.Ο.Υ, στην αγωνιώδη προσπάθειά της να μειώσει την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα, στηρίζει προγράμματα βραχείας εκπαίδευσης. Εκπαιδευμένες επαγγελμα-

τίες μαίες, εκπαιδεύουν γυναίκες με βασικές νοσηλευτικές γνώσεις, ώστε να μπορούν να δίνουν κάποια φροντίδα και παρακολούθηση σε έγκυες γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό, όπως καταλαβαίνετε, είναι μία λύση ανάγκης.

Η φτώχεια είναι η χειρότερη αρρώστια και η πιο δύσκολη ιστορία για να αντιμετωπισθεί. Δυστυχώς, όμως, είναι και η αιτία για τις περισσότερες ασθένειες και τους περισσότερους θανάτους. Σήμερα, υπάρχουν περισσότεροι πεινασμένοι άνθρωποι στον κόσμο από ποτέ πριν στην ιστορία της ανθρωπότητας, και τα νούμερα αυτά αυξάνουν συνεχώς. Το 1980, σε 87 αναπτυσσόμενες χώρες, υπήρχαν 340 εκατομμύρια άνθρωποι που δεν έπαιρναν βασικές θερμίδες από τη διατροφή τους, ικανές να τους προφυλάξουν από αρρώστιες και θανάτους. Στις μέρες μας –κάνοντας σύγκριση με το 1970– βλέπουμε ότι τα νούμερα αυτά αυξήθηκαν τουλάχιστον κατά 14%, και δυστυχώς, συνεχώς αυξάνονται, όπως αναφέρει η "Διεθνής Τράπεζα" (World Bank).

Η πλειονότητα των πληθυσμών αυτών ζουν σε παράγκες, παραπήγματα και τενεκεδουπόλεις, χωρίς βασικούς όρους υγιούς διαβίωσης, χωρίς πόσιμο νερό κλπ., εκτεθειμένοι στις αρρώστιες, που είναι συνέπεια της κακής ποιότητας ζωής. Μέσα σ' αυτούς τους πληθυσμούς οι πιο ευάλωτοι είναι οι γυναίκες και τα παιδιά, για τους ίδιους και για τις επόμενες γενιές. Η αύξηση του πληθυσμού της γης στο 94%, αφορά τις αναπτυσσόμενες χώρες, και δυστυχώς, δεν υπάρχουν πολλά περιθώρια για καλύτερη ζωή, αφού ακόμη και η γη, που ζουν, δεν αρκεί για να τους θρέψει, ή και ο φυσικός πλούτος, σε κάποιες περιπτώσεις, εξακολουθεί να είναι εκμεταλλεύσιμο προϊόν από τις αναπτυσσόμενες χώρες.

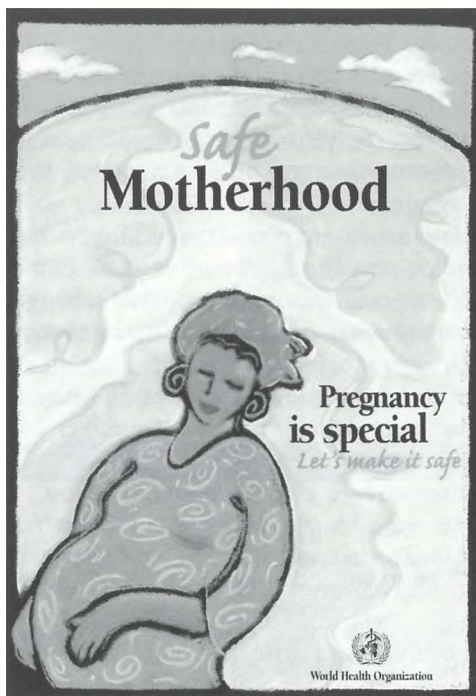
Στην εικόνα αυτή, η γυναίκα είναι το κυ-

ρίαρχο πρόσωπο στην οικογένεια, στην κοινότητα και στην κοινωνία που ζει. Η κακή υγεία της γυναίκας έχει επιπτώσεις στα μέλη της οικογένειάς της. Οι επιπτώσεις αυτές είναι οικονομικές, κοινωνικές, αλλά και καθοριστικές για τις επόμενες γενιές. Έτσι, η καλή υγεία της εγκύου, είναι η καλύτερη προοπτική για ασφαλή τοκετό και η ελπίδα για ένα καλύτερο αύριο.

Θυμάμαι τον Υπουργό Υγείας της Νορβηγίας, Mr Gudmund Hemes, που στο "24ο Συνέδριο Μαιών", το Μάιο του 1996 στο Όσλο, είπε τα εξής: **"Μερικά από τα πιο σπουδαία πράγματα που συμβαίνουν στη ζωή σου, σου έχουν συμβεί πριν γεννηθείς, που σημαίνει ότι η αιτία βρίσκεται στο τι συνέβη στη δική σου μητέρα όταν γεννήθηκες"**. Αυτός είναι και ο λόγος, που στις αναπτυγμένες χώρες με καλά συστήματα υγείας, η πρώτη προτεραιότητα πολιτικής στην υγεία αναφέρεται στην περιγεννητική φροντίδα με την έκφραση "Ασφαλής Μητρότητα", στην οποία κυρίαρχο ρόλο παίζει η μαία, με τις σύγχρονες γνώσεις της για την επίτευξη του στόχου αυτού.

Η προσπάθεια αυτή επικεντρώνεται στην παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, ως βασικής προϋπόθεσης για φυσιολογικό τοκετό, με άριστη σωματική και ψυχική υγεία μητέρας και παιδιού. Στη Νορβηγία, το 100% των εγκύων έχουν πλήρη φροντίδα υγείας, το 99,2% γεννούν ζωντανά παιδιά και η περιγεννητική θνησιμότητά τους είναι περίπου 5%, όταν σε κάποιες αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό αυτό φθάνει ή και περνά το 100%.

Η κυβέρνηση της Νορβηγίας είναι υπερήφανη για τις μαιείς που δουλεύουν μέσα κι έξω από τα νοσοκομεία, που παρακολουθούν τις έγκυες και κάνουν τους φυσιολογικούς τοκετούς. Είναι εύλογο, λοιπόν, το ερώτημα: Τί λείπει από την ελληνίδα μαία και τον έλληνα μαιευτή; Ίσως,



μόνο, η πολιτική βούληση για να τους εντάξει στο Ε.Σ.Υ., προς όφελος της Ελληνίδας μητέρας και του παιδιού της. Σίγουρα, οι στατιστικές μας θα είναι καλύτερες και το χρηματοδοτικό σύστημα του Ε.Σ.Υ οικονομικότερο.

Κάθε χώρα έχει τα δικά της στατιστικά στοιχεία για την Ασφαλή Μητρότητα, που δεν σημαίνει μόνο θανάτους και αναπηρίες για μητέρες και παιδιά. Στη χώρα μας συνηθίζουμε να εμφανιζόμαστε αρκετά ευχαριστημένοι, έστω και αν οι στατιστικές μας είναι πάνω από 30% καισαρικές τομές, πάνω από 200.000 αποξέσεις το χρόνο και με το μικρότερο ποσοστό μητρικού θηλασμού σ' όλη την Ευρώπη. Σε αρκετές περιπτώσεις, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αντιμετωπίζονται σαν αρρώστιες. Πρόσφατα, στο περιοδικό "Το παιδί μου κι εγώ", δημοσιεύθηκε ένα άρθρο αναφέροντας 6 ειδικότητες της Ιατρικής,

που πρέπει να ασχοληθούν με την έγκυο και τον τοκετό, αγνοώντας πως στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και ο φυσιολογικός τοκετός γίνονται από τη μαία –και σε ποσοστό πάνω από 86%– με άριστες στατιστικές.

Σε έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας με θέμα " Γεννώντας στην Ευρώπη", το συμπέρασμα ήταν: **"Δεν υπάρχει επιστημονική απόδειξη ότι η εφαρμογή της τεχνολογίας στην έγκυο γυναίκα είναι ανώτερη από άλλες μορφές φροντίδας"**, και ακόμη, **"πως δεν υπάρχει λόγος κάθε έγκυος γυναίκα να παρακολουθείται σαν να είναι υψηλού κινδύνου"**.

Με χαμηλό κόστος είναι δυνατή η παρέμβαση, ακόμα και όταν τα μέσα που διατίθενται στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι ελάχιστα. Το θέμα είναι να δοθεί προτεραιότητα στις ανάγκες φροντίδας υγείας, που έχουν οι γυναίκες, ειδικά στην αναπαραγωγική ηλικία. Χρειάζονται ενημέρωση από τη νεαρή ηλικία για το μελλοντικό ρόλο της μητρότητας. Χρειάζονται εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Ιδιαίτερα, η συμβολή της μαίας-μαιευτή είναι πολύτιμη, και στατιστικά αποδείχθηκε ότι μειώνει σε μεγάλο βαθμό την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Χρειάζεται, όμως, να αλλάξουμε σε ό,τι αφορά τη φροντίδα της εγκύου. Να δείξουμε σεβασμό στην προσωπικότητα της γυναίκας και στο δικαίωμα να αποφασίζει για τον τοκετό της, χωρίς τους φόβους, που της δημιουργεί η υπερβολική χρήση της ιατρικής τεχνολογίας και η επιρροή της επιστημονικής γνώσης, για μία φυσιολογική κατάσταση όπως είναι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός.

Οι καλά εκπαιδευμένοι, μαία και μαιευτές, με τη σωστή προσωπικότητα, θα κάνουν την απαραίτητη προσέγγιση για

έγκαιρη διάγνωση κάθε προβλήματος, ώστε να κατευθύνουν την έγκυο στον εξειδικευμένο γιατρό. Εμείς οι μαίες και μαιευτές, ως επαγγελματίες υγείας –και κάτω από την ομπρέλα της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών– αγωνιζόμαστε για Ασφαλή Μητρότητα, ιδιαίτερα στα δέκα τελευταία χρόνια.

Στον τόπο μας, στα πέντε τελευταία χρόνια, βρισκόμαστε μπροστά σε μία εξελισσόμενη κατάσταση, αποτέλεσμα του αυξανόμενου αριθμού των μεταναστών και προσφύγων. Στην αρχή ο πληθυσμός αυτός ήταν κυρίως άνδρες, αλλά με την πάροδο του χρόνου αυξάνεται και ο αριθμός των ξένων γυναικών στη χώρα μας. Στην πλειονότητά τους είναι οικονομικοί μετανάστες, που αντιμετωπίζουν προβλήματα δουλειάς, στέγης, εκπαίδευσης και νόμιμης εγκατάστασης.

Δεν θα αναφερθώ σε λεπτομέρειες, γιατί δεν έχω ακριβή στοιχεία, και γιατί, μερικά δυσάρεστα γεγονότα τον τελευταίο καιρό έχουν δημιουργήσει πολλά προβλήματα.

Για μας τις μαίες υπάρχουν οι γυναίκες αυτές, που βρίσκονται ούτως ή άλλως στη χώρα μας και χρειάζονται βοήθεια και φροντίδα υγείας. Πιστεύω πως δεν πρέπει να γίνονται αντικείμενο οικονομικής εκμετάλλευσης, αφού έτσι ή αλλιώς το ελληνικό κράτος παρέχει φροντίδα και περίθαλψη μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Δεν μπαίνω στη διαδικασία της πολιτικής που ακολουθείται. Πιστεύω, όμως, πως οι μαίες πρέπει να δουν την Ασφαλή Μητρότητα τουλάχιστον γι' αυτές τις γυναίκες. Αυτό, άλλωστε, προκύπτει από τους κανόνες ηθικής δεοντολογίας και φιλοσοφίας του επαγγέλματος της μαίας. Κάνω έκκληση στις μαίες και στους γιατρούς, να βοηθήσουμε σε συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, την UNICEF, τις μη Κυβερνητικές

Οργανώσεις (NGO), και να ζητήσουμε και τη συμπαράσταση του επίσημου κράτους να συμμετάσχουμε σε προγράμματα για Ασφαλή Μητρότητα, τόσο στο χώρο των Βαλκανίων, όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες.

Θα ήταν σοβαρή παράλειψη, αν δεν αναφερόμουν στο πρόβλημα, που όλοι γνωρίζουμε και που αφορά το Δημογραφικό. Στο γενικό πληθυσμό, το ποσοστό, από 13 γεννήσεις σε κάθε 1.000 κατοίκους πριν τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, έφθασε σε κάτι λιγότερο από μία γέννηση για κάθε 1.000 κατοίκους, γεγονός, που δεν αναπληρώνει τον πληθυσμό για τη δημογραφική ισορροπία ενός τόπου. Χρειαζόμαστε, ως έθνος, τουλάχιστον 2,1 γεννήσεις κατά γυναίκα, ώστε να είμαστε στα όρια αναπλήρωσης του πληθυσμού και της δημογραφικής ισορροπίας. Σύμφωνα με τα στατιστικά μας στοιχεία βρισκόμαστε στον αριθμό 1, αντί του 2,1, και εκφράζονται ανησυχίες ότι η εικόνα αυτή γίνεται ακόμη χειρότερη.

Προσωπικά πιστεύω ότι χρειάζεται επι-

στημονική έρευνα και μάλιστα ανθρωπολογική μελέτη, που πιθανόν θα καταδείξει στοιχεία, σαν εκείνα που βρήκε η ανθρωπολόγος Georgios, το 1996, σε έρευνα, που πραγματοποίησε στην Αθήνα και στη Ρόδο με θέμα: "Πρακτική στην Πολιτική για την Έκτρωση" (Abortion Policy and Practice in Greece), η οποία επικεντρώνεται, περισσότερο στη νοοτροπία και την αντίληψη για την έκτρωση και τον οικογενειακό προγραμματισμό και λιγότερο σε οικονομικούς λόγους, όπως πολλοί ισχυρίζονται.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- World Bank, 1993.
- WHO.
- Safe Motherhood issue. (2) 24, 1997.
- Population Reports services L.
- Safe Motherhood. Ante natal care and maternal health:How effective is it. WHO/MSM/92.4 Distr. General.
- International Confederation of Midwives, 24th Triennial Congress, 26-31 May, Oslo, 1996.

