

ΕΛΕΥΘΕΡ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ



ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ

2009

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο Κ.Ε.Μ.Π.Α.Θ.
Αριθμός Αδείας 962/95



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ Αρ. Αδείας 962/95
Αρ. Πατρά 2 - 115 21 Αθήνα, τηλ.: 210.6465691

Β' Περίοδος / Τόμος 14ος / Τεύχος 1ο

Ψάξαμε... Επιλέξαμε... Προτείνουμε...

Συσκευές θηλασμού υπάρχουν ΠΟΛΛΕΣ!!!
Συσκευή όμως που μιμείται το φυσικό θηλασμό

και ΔΕΝ ΠΛΗΓΩΝΕΙ
τη μητέρα είναι μόνο
AMEDA



ηλεκτρικό θήλαστρο ELITE



ηλεκτρικό θήλαστρο PERSONAL



χειροκίνητο
θήλαστρο

Hello baby
have a good start!

Το θήλαστρο είναι η ανώδυνη
λύση για τη διατήρηση της
φυσικής κατάστασης του μαστού

Ameda
ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ



Freezer bag

... από το **1960**
φροντίζουμε τη μαμά και το μωρό!

ψηφιακός ζυγός



Σε μας θα βρείτε ζυγαριές ακριβείας
που καταγράφουν το πραγματικό
βάρος του μωρού,
όσο κι αν αυτό κουνιέται.

Το μικρό ενοίκιο των βρεφοζυγών αποτελεί
ασήμαντο έξοδο για την ακριβέστερη
παρακολούθηση του βάρους του μωρού σας!

Mother's Touch

ΗΡΑΚΛΗΣ ΣΤΑΥΡΙΔΗΣ

ΚΕΝΤΡΙΚΟ: Ελικώνος 22 - 113 64 Κυψέλη
Τηλ.: 210 8650532, 210 8621645, 210 8626917- Κινητό: 6944 222386
ΕΝΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΜΗΤΕΡΑ: Τηλ.: 2106869105, 210 6830 812
ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΗΤΩ: Τηλ.: 210 6827448

ΕΛΕΥΘΩ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Διευθύνεται από το Δ.Σ του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών με τη συνεργασία των λοιπών Σ.Ε.Μ.

Β΄ Περίοδος - Τόμος 14ος, Τεύχος 1ο, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2009

ISSN 1106 - 6822

Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

<i>Πρόεδρος:</i>	ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ
<i>Αντιπρόεδρος:</i>	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΚΑΒΑΣ
<i>Γεν. Γραμματέας:</i>	ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ
<i>Αναπληρ. Γεν. Γραμματέας:</i>	ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΟΒΑΝΗ
<i>Ταμίας:</i>	ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ
<i>Μέλη:</i>	ΜΑΡΙΑ ΤΣΑΚΩΝΑ
	ΒΑΡΒΑΡΑ ΣΙΑΡΜΠΑ
	ΣΜΑΡΑΓΔΑ ΤΣΟΥΚΑΛΑ
<i>Αναπληρ. Μέλη:</i>	ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ
	ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ ΒΕΝΤΙΚΟΥ

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

<i>Μέλη:</i>	ΛΑΜΠΡΙΝΗ ΠΑΛΛΗΚΑΡΑ
	ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ
<i>Αναπληρ. Μέλος:</i>	ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΟΥΤΡΑ

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Α.

Αριστ. Παππά 2 – 115 21 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691(Fax) – 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

Υπεύθυνη σύμφωνα με το νόμο
ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Α.
Αριστ. Παππά 2 – 115 21 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691(Fax) – 210.6429675

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΑΚΡΗ

Κεφαλληνίας 47 – 112 57 Αθήνα
Τηλ.: 210.8810848 – Fax: 210.8235371
E-mail: akida123@otenet.gr

Εκτύπωση – Βιβλιοδεσία
ΑΦΟΙ ΠΡΙΦΤΗ – ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΑΕΒΕ
Σωνιέρου 6 – 104 38 Αθήνα
Τηλ.: 210.5232323 – 210.5232068

Η "ΠΡΟΚΤΕΡ ΚΑΙ ΓΚΑΜΠΛ ΕΛΛΑΣ" ΕΙΝΑΙ ΚΥΡΙΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΛΕΥΘΩ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Β' Περίοδος - Τόμος 14ος, Τεύχος 1ο
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2009

ΕΛΕΥΤΗΘ

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

2nd Period - Volume 14, Number 1
JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2009



Επιστημονικοί Σύμβουλοι

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Scientific Advisors

PAPANIKOLAOU NIKOLAOS
IATRAKIS GEORGE

Συντακτική Επιτροπή

Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.
ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΑΡΓΕΝΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΒΕΝΤΙΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ
ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΛΥΜΠΕΡΗ ΡΑΛΛΟΥ
ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ
ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ
ΧΑΔΛΑ ΒΙΒΗ

Editorial Board

E.C. of Hellenic Midwives Association
ANTONAKOU ANGELIKI
ARGENTOU ANGELIKI
VENTIKOU CHRISTIANA
KARAMITROS DIMITRIOS
LYMPERI RALLOU
MANIAPELLI ELISAVET
MPOUROUTZOGLOU MARIA
TOUFIDOU ANTONIA
CHADLA VIVI

Επιστημονικές εργασίες - Αλληλογραφία

Σ.Ε.Μ.Α.: Αριστ. Παππά 2 - 115 21 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691(Fax) - 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

Scientific papers - Correspondence

H.M.A.: 2 Arist. Pappa str. - 115 21 Athens
Tel.: 210.6465691(Fax) - 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

ΕΛΕΥΘΩ

Β' Περίοδος - Τόμος 14ος, Τεύχος 1ο
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περί... Μαιευτικής <i>Καλλιόπη Μάλφα</i>	6
Μαιευτική και σύγχρονες προκλήσεις στην Κύπρο <i>Μαρία Παπαδοπούλου</i>	8
Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό <i>Ελένη Χατζηγεωργίου</i>	13
Σύγκριση μαιευτικού και ιατρικού μοντέλου μαιευτικής φροντίδας <i>Φανή Γονατά</i>	21
Γνωστοποίηση	24
Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία <i>Αγγελική Αργέντου</i>	25
Μαιευτική φροντίδα σε γυναίκες Ρομά (Τσιγγάνες) <i>Μιχαήλ Μώρος</i>	31
Ανοιχτή Επιστολή Μαιών Κ.Υ. Αλεξάνδρειας Ν. Ημαθίας	35
Επιστολή προς το Σ.Ε.Μ.Α.	36
Οδηγίες για τους Συγγραφείς	37
Επιστολή του Σ.Ε.Μ. Λάρισας	39
Πρόσκληση του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου	39
5η Μαΐου: Παγκόσμια Ημέρα της Μαίας	40
Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου	40
Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Κρήτης	40
Ανακοινώσεις του Συλλόγου "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ"	41
11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών	42
Ημερίδα του Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης	42

ΕΛΕΥΤΗΘ

2nd Period - Volume 14, Number 1
JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2009

CONTENTS

About... Midwifery <i>Kalliope Malfa</i>	6
Midwifery and current challenges In Cyprus <i>Maria Papadopoulou</i>	8
Women's rights in childbirth <i>Eleni Chatzigeorgiou</i>	13
Comparison of the midwifery and the medical model of obstetric health care <i>Fani Gonata</i>	21
Notification	24
Quality of Life related to Health <i>Angeliki Argentou</i>	25
Midwifery care of Roma women (Gipsy) <i>Michalis Moros</i>	31
Open letter of Midwives from the Health Center of Alexandria Imathia	35
Letter to S.E.M.A.	36
Directives for Writers	37
Letter of Midwives Association of Larisa	39
Invitation of Midwives Association of Nafplio	39
5th May: International Day of the Midwife	40
Announcement of Midwives Association of Nafplio	40
Announcement of Midwives Association of Crete	40
Announcement of Association "The Friends of Breastfeeding"	41
11th Panhellenic Congress of Midwives	42
Day Conference of Midwives Association of Thessaloniki	42

Περί... Μαιευτικής

ΘΕΜΑ 1ο

Το να εξασκείς τη Μαιευτική δεν είναι καθόλου απλή υπόθεση, κυρίως στην Ελλάδα.

Σ' όλο τον κόσμο οι Μαιές πασχίζουν να κρατήσουν το επάγγελμα και να αποδείξουν το αυτονόητο, δηλαδή, ότι η Μαία είναι απαραίτητη –και τώρα περισσότερο από ποτέ– στην έγκυο γυναίκα και το νεογέννητο. Γιατί τώρα περισσότερο από ποτέ; Η εποχή στην οποία ζούμε, με την έντονη απαξίωση όλων των θεσμών, με τη μητρότητα να έχει χάσει την αίγλη, τη μέγιστη σημασία της και να έχει γίνει μια υποχρεωτική κατάσταση των έγγαμων γυναικών –σε πολλές δυστυχώς περιπτώσεις– με το μητρικό θηλασμό να αντιμετωπίζεται ως κάτεργο και να υποβαθμίζεται προκειμένου να αποφευχθεί, η Μαία και ο Μαιευτής είναι τα άτομα που πρέπει να βοηθήσουν την κοινωνία να κρατήσει ψηλά την αξία και τη θαλπωρή της οικογένειας. Να βοηθήσουν τις γυναίκες να νιώσουν τη μητρότητα. Καλούνται να δώσουν το στίγμα της προσφοράς τους στο κοινωνικό σύνολο.

Ωστόσο, μετά από πολλά χρόνια προσφοράς και καθημερινού αγώνα στη Μαιευτική, νιώθω το επάγγελμά μας εντελώς απαξιωμένο. Όχι από τις γυναίκες που είναι οι τελικοί αποδέκτες. Ίσως από αρκετούς Μαιευτήρες. Σίγουρα από τα ΜΜΕ. Οπωσδήποτε, όμως, από την Πολιτεία.

Προς τι τόσος πεσιμισμός; Προέρχεται από την ανακοίνωση του νέου Τμήματος Μαιευτικής στα ΤΕΙ Δυτικής Μακεδονίας. Η τοπική κοινωνία ψηφίζει. Για πολιτικούς λόγους(!!!), λοιπόν, αποφασίστηκε να γίνει νέο Τμήμα Μαιευτικής. Έτσι έκριναν... Έτσι κάνουν κέφι... Σε ποιόν να δώσουν λογαριασμό; Εξάλλου, πού είναι το δύσκολο; Σιγά το πράγμα...

Δεν μπήκαν στον κόπο αυτοί οι "κύριοι" να ρωτήσουν το θεσμικό όργανο των Μαιών, το Σύλλογό μας, ένα Ν.Π.Δ.Δ., ούτε τις Σχολές των ΤΕΙ Μαιευτικής Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Έστησαν ολόκληρη σκευωρία προκειμένου το θέμα να περάσει από το ΣΑΤΕ "πλαγίως" και "ραδίως". Όταν το πληροφορηθήκαμε συγκαλέσαμε έκτακτο Διοικητικό Συμβούλιο, στο οποίο συμμετείχαν καθηγητές από τα ΤΕΙ Μαιευτικής Αθήνας και Θεσσαλονίκης, καθώς και μέλη των Σ.Ε.Μ.Α. και Σ.Ε.Μ.Θ. Υπήρξε ομόφωνη απόφαση πως το νέο Τμήμα ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ να δημιουργηθεί. Ετοιμάσαμε κείμενο – διαμαρτυρία και επισκεφθήκαμε το Υπουργείο Παιδείας.

Η συνάντηση έγινε με τον τότε υπεύθυνο για τα ΤΕΙ κ. Σούτσα. Λάβαμε μια προφορική διαβεβαίωση πως το θέμα θα επανεξεταστεί και πιθανόν να ανακληθεί. Δεν είχαμε καμιά ενημέρωση έως τώρα, που πληροφορηθήκαμε πως το Τμήμα έχει ήδη συμπεριληφθεί για φέτος στο μηχανογραφικό έντυπο.

Προς τιμήν του ο Πρόεδρος των ΤΕΙ Δυτικής Μακεδονίας κ. Γ. Χαραλαμπίδης –σε αντίθεση με τον προκάτοχό του –ο οποίος δεν καταδέχτηκε να απαντήσει στα τηλεφωνήματά μας– κάλεσε τις Προέδρους των δυο Σ.Ε.Μ. Αθηνών και Θεσσαλονίκης, καθώς και τις δύο καθηγήτριες των Τμημάτων των Σχολών Μαιευτικής ΤΕΙ.

Στη συνάντηση που είχαμε στην Κοζάνη έγινε αναλυτική έκθεση προς τον Πρόεδρο των ΤΕΙ για τις δυσκολίες και την αδυναμία του Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας να εκπαιδεύσει Μαιές και Μαιευτές, διότι έχει ελάχιστους αριθμούς τοκετών –μόλις 600 ετησίως– και ΔΕΝ διαθέτει Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, καθώς και Τμήμα Παρακολούθησης Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου. Το δε πρόγραμμα εκπαίδευσης που κατετέθη, χαρακτηρίζεται τουλάχιστον τραγικό. Η θέση μας έγινε κατανοητή, πλην όμως η απόφαση ήταν ειλημμένη και είναι υποχρεωμένοι να προχωρήσουν στην υλοποίηση του Τμήματος.

Το εύλογο ερώτημα που προκύπτει είναι: τι είδους Μαιές και Μαιευτές σκοπεύει να εκπαιδεύσει το νέο Τμήμα Μαιευτικής; Τι θα γίνουν τα παιδιά που θα εισαχθούν φέτος, όταν κατανοήσουν πως ΔΕΝ μπορούν να τα εκπαιδεύσουν; Εμείς, πάντως, δεν θα μείνουμε με σταυρωμένα τα χέρια. Αν η Πολιτεία δεν καταλαβαίνει την προσφορά μας, αν δεν συνειδητοποιεί πως αν υπάρχουν ακόμη φυσιολογικοί τοκετοί και αν οι γυναίκες θηλάζουν αυτό οφείλεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό στις Μαιές και τους Μαιευτές, ήρθε η ώρα να το αντιληφθεί.

Ετοιμαστείτε για κινητοποιήσεις. Αρκετά! Έχουμε δύναμη και πρέπει επιτέλους να τη χρησιμοποιήσουμε. Θα βρούμε τρόπους. Αρκετό ταμπούρλο έπαιξαν στις πλάτες μας...

Περιμένουμε να οριστεί συνάντηση με τον Υπουργό Παιδείας. Θα σας ενημερώσουμε για το αποτέλεσμα και τις περαιτέρω ενέργειές μας.

Περί... Μαιευτικής

ΘΕΜΑ 2ο

Ευχαριστούμε πολύ την Ε.Ν.Ε., που αφού επέλυσε όλα τα θέματα του κλάδου της ανέλαβε να λύσει και τα δικά μας, αγνοώντας για μία ακόμη φορά πως υπάρχει θεσμικό όργανο των Μαιών, ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών.

Αναφέρομαι στο ευφυές πόρισμά της πως οι Μαιές των Κέντρων Υγείας, αφού δεν έχουν αντικείμενο εργασίας (!!!) μπορούν να απασχοληθούν σε αλλότρια καθήκοντα Νοσηλευτριών, δεδομένου ότι στην προπτυχιακή τους εκπαίδευση απέκτησαν νοσηλευτικές γνώσεις. Ωστόσο, δεν μπορούν να είναι υπεύθυνες στα Κ.Υ., ασχέτως εάν υπηρετούν περισσότερα χρόνια από τις Νοσηλεύτριες, διότι είναι Μαιές. Δεν κρίνονται ως Προϊστάμενες, Τομεάρχες ή Διευθύνουσες –ακόμη και όταν έχουν εργαστεί σε νοσηλευτικές θέσεις– διότι είναι Μαιές.

Οι Μαιές μπορούν, αλλά και δεν μπορούν. Δύο μέτρα και δύο σταθμά. Τι ισχύει τελικά; Ας σοβαρευτούμε!

Είναι αυτονόητο πως στο επείγον περιστατικό συμμετέχουμε όλοι στο μέτρο που αντιστοιχεί στον καθένα μας. Ανάλογα με τις ανάγκες του Κ.Υ. σε μαιευτικά – γυναικολογικά περιστατικά, πρέπει να υπάρχουν και οι Μαιές που θα τα καλύψουν. Ό,που υπάρχει γυναικείος πληθυσμός, ασχέτου ηλικίας, η Μαία είναι απαραίτητη. Δηλαδή παντού. Οι γυναίκες πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση σε μία Μαία για τα τακτικά ή έκτακτα περιστατικά. Δεν είναι δυνατόν η Μαία να απουσιάζει στην πρωινή ή απογευματινή βάρδια. Πότε θα την επισκεφθεί η γυναίκα για την παρακολούθηση της κύησης, για το Ν.Σ.Τ., για την προετοιμασία της γονεϊκότητας, το μητρικό θηλασμό, τον οικογενειακό προγραμματισμό, την κολπίτιδα, το rap-test, την ψηλάφηση μαστού και όλα ό,σα καθήκοντα είναι της αρμοδιότητάς της; Στη νυχτερινή της βάρδια; Ή μήπως την Κυριακή;

Το κυκλικό ωράριο των Μαιών στα Κ.Υ. εξαρτάται από τον αριθμό των Μαιών που υπηρετούν σ' αυτά και αφορά μόνο κάλυψη περιστατικών της αρμοδιότητάς μας. Ποτέ κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών. Εάν αυτό σας ζητηθεί, τότε πρέπει να είναι εγγράφως και να ενημερώσετε άμεσα το Σ.Ε.Μ. στον οποίο ανήκετε.

Φροντίστε, όμως, να παρουσιάζετε έργο. Να καταγράφετε κάθε περιστατικό. Να αποδεικνύετε με ντοκουμέντα τη σοβαρή συμβολή σας στην πρόληψη και αποκατάσταση της υγείας του γυναικείου και νεογνικού πληθυσμού και κατ' επέκταση της οικογένειας και της κοινωνίας στην περιοχή που υπηρετείτε. Αποδείξτε ότι είστε Μαιές!

ΘΕΜΑ 3ο

Στο "15ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής", που πραγματοποιήθηκε το Νοέμβριο στην Πάφο της Κύπρου, μας εκπροσώπησε η Γ.Γραμματέας του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Περμανθία Παναγή. Οι εντυπώσεις της για τις παρουσιάσεις των Μαιών ήταν άριστες. Ζητήσαμε λοιπόν από τις Συναδέλφους μας της Κύπρου να μας στείλουν τις εισηγήσεις τους. Ανταποκρίθηκαν με χαρά και τις ευχαριστούμε γι' αυτό.

Προσωπικά θέλω να τις επαινέσω για τον αγώνα τους στη Μαιευτική στην Κύπρο. Είναι άξιες εκπρόσωποι των Μαιών. Κυρίως θα ήθελα να ευχαριστήσω τις εκπροσώπους σε Ι.Σ.Μ. και Ε.Μ.Α. κ. Μαρία Παπαδοπούλου, Νίκη Παναγιώτου και Ελένη Χατζηγεωργίου για την εξαιρετική παρουσία τους και τη συμπόρευσή τους με τις θέσεις μας. Κορίτσια, να είστε καλά και να λαλείτε την Ελληνική με τη μεγαλοπρέπεια που μόνο οι Κύπριοι της αποδίδουν ακόμη.

ΚΑΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ

Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Α.

Μαιευτική και σύγχρονες προκλήσεις στην Κύπρο*

*Εισήγηση στο "15ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής", που πραγματοποιήθηκε στην Πάφο της Κύπρου στις 21-22 Νοεμβρίου 2008. Κύριο θέμα Συνεδρίου: "Διευρυμένοι ρόλοι και σύγχρονες προκλήσεις".

Μαρία Παπαδοπούλου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εισήγηση αποτελεί αναφορά στη Μαιευτική σε σχέση με την επαγγελματική, νομική, κοινωνική και ηθική κατοχύρωση του επαγγέλματος στην Κύπρο και στις σχετικές σύγχρονες προοπτικές και προκλήσεις.

Την τελευταία δεκαετία η Μαιευτική στην Κύπρο έχει εξελιχθεί σ' ένα δυναμικό επάγγελμα με διευρυμένα όρια και προοπτικές, αν και στο Δημόσιο Τομέα της Υγείας έχει καταβαραθρωθεί. Η κατάργηση των οργανικών θέσεων των Μαιών στο Δημόσιο και του ανάλογου προϋπολογισμού το 1998, κατάργησαν ουσιαστικά το μαιευτικό επάγγελμα στο Δημόσιο και δημιούργησαν αλυσιδωτές επιπτώσεις, οι οποίες σήμερα συναποτελούν τις σοβαρότερες επαγγελματικές προκλήσεις.

Αντίθετα, η εναρμόνιση της μαιευτικής εκπαίδευσης και η ενεργός συμβολή των Μαιών στην εκπροσώπησή τους σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, έχουν συμβάλει κατά πολύ στη σημερινή συνειδητοποίηση της δυναμικής και του εύρους του μαιευτικού επαγγέλματος. Η ανάληψη της μαιευτικής εκπαίδευσης από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, η συμβολή του Πανεπιστημίου στο πρώτο ενοποιημένο στην Ε.Ε. Μεταπτυχιακό στη Μαιευτική από το Σεπτέμβριο του 2009, η δρομολόγηση της δημιουργίας Τμήματος Μαιευτικής, αποτελούν ορόσημα στην εξελικτική πορεία του μαιευτικού επαγγέλματος.

Παράλληλα, η συντονισμένη προσπάθεια του ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ. (Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών) για διεύρυνση και πληρέστερη εφαρμογή των νομικά κατοχυρωμένων δραστηριοτήτων των Μαιών, η απόφαση του Συμβουλίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής για ανανέωση της εγγραφής στο Μητρώο Μαιών, η προσπάθεια των Υπηρεσιών Υγείας για ανάπτυξη πρωτοκόλλων μαιευτικής φροντίδας με τη χρήση ερευνητικά τεκμηριωμένων διεθνών μαιευτικών πρακτικών, αποτελούν ορόσημα και κατεύθυνση στρατηγικού σχεδιασμού για κατοχύρωση του μαιευτικού επαγγέλματος, αλλά και συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιστορία του μαιευτικού επαγγέλματος στην Κύπρο καταδεικνύει την πρωταρχική του θέση και καθορίζει την παρούσα του κατάσταση. Η γνώση της εξέλιξης του βοηθά στην κατανόηση της σημερινής

* Μέλος Δ.Σ. ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ., Εκπρόσωπος ΕΜΑ, ΙСМ, UN-EMRO, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ανώτερη Λέκτορας-Ενταγμένη, Υπεύθυνη Εκπαιδευτικού Προγράμματος Μαιευτικής 2008, Υποψήφια Μεταπτυχιακού Τίτλου στη Δημόσια Διοίκηση, Πτυχίο Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, Δίπλωμα Μαιευτικής, Δίπλωμα Νοσηλευτικής.

του θέσης από νομική, επαγγελματική και κοινωνική σκοπιά, ενώ οι σύγχρονες προκλήσεις, εμφανείς και μη, γίνονται ευκολότερα αντιληπτές στην ολότητά τους.

Η Μαιευτική νομοθετείται πριν από τη Νοσηλευτική, συγκεκριμένα από το 1932 (Ν.14/1932) όπου καθορίζονται τα κριτήρια για την εκπαίδευση και την άσκηση της Μαιευτικής, καθώς και το Μητρώο Μαιών. Από το 1952 και 1955 υπάρχει Καθηκοντολόγιο Μαιών (με βάση το άρθρο 15 του “Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής” Νόμου του 1951 και του άρθρου 2 του Ν.1955), ενώ από το 1951 λειτουργεί και το “Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής”.

Η μετέπειτα νομοθετική πορεία του επαγγέλματος αφορά τον “Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής” Νόμο 214 του 1988, ο οποίος αντικαταστάθηκε από τον εναρμονιστικό 154(Ι) του 2003 και τροποποιήσεις του ίδιου Νόμου έως το 2006. Η Μαία αρχικά χαιρεί επαγγελματικής και κοινωνικής καταξίωσης καθώς διορίζεται σε θέσεις Μαίας στο Δημόσιο και ασκεί αυτόνομα τη Μαιευτική σε πόλεις, χωριά και Νοσοκομεία.

Όμως, το 1998 η οργανική θέση της Μαίας καταργείται και μετονομάζεται σε “Νοσοκόμο” (Ν.22(ΙΙ)/1998). Η μετονομασία ίσχυσε για τις Μαίες της διετούς εκπαίδευσης, καθώς οι Μαίες της μετανοσηλευτικής εκπαίδευσης ήταν ήδη διορισμένες ως “Νοσηλευτικοί Λειτουργοί” και η μαιευτική ειδίκευση τις οδηγούσε όπως και σήμερα σε προαγωγή στη νοσηλευτική ιεραρχία. Ενώ αρχικά η Μαιευτική ήταν η μοναδική ειδίκευση για την επαγγελματική προαγωγή, αργότερα προστέθηκαν και άλλες, που βοήθησαν στην επαγγελματική ανέλιξη. Επιπρόσθετα, πριν την αλλαγή του τίτλου των Μαιών, στις διετούς εκπαίδευσης (απευθείας) Μαίες προστέθηκαν μαθήματα, όπως η γνωστή **“Αναβάθμιση στη Γενική Νοσηλευτική”**, στοχεύοντας στην **ομοιομορφία των ίσων ευκαιριών και της προαγωγής στη Νοσηλευτική**, όπως συμβαίνει με την εξομοίωση σήμερα, αντί να υπάρξει ένας σχεδιασμός ώστε να εξομοιώνεται ή/και να αναβαθμίζεται η Μαιευτική.

Όμως, η κατάργηση των οργανικών θέσεων Μαιών στο Δημόσιο Τομέα με την παράλληλη κατάργηση των θέσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό, κατήργησαν ουσιαστικά το μαιευτικό επάγγελμα στο Δημόσιο. Εφόσον δεν υπάρχουν θέσεις εργασίας, επαγγελματικός τίτλος και προϋπολογισμός σημαίνει ότι το μαιευτικό επάγγελμα δεν υφίσταται στο Δημόσιο Τομέα. Παράλληλα, με τη μετονομασία της “Μαίας” σε “Νοσοκόμο” εγείρεται και το τεράστιο νομικό και ηθικό ζήτημα, ότι οι Μαίες με εκπαίδευση στη Μαιευτική και εγγραφή στο Μητρώο Μαιών

μετονομάζονται σε **“Νοσοκόμες”** και ουσιαστικά εξουσιοδοτούνται να ασκούν νοσηλευτικά καθήκοντα χωρίς εγγραφή στο Μητρώο Νοσηλευτών. Δηλαδή, η μετονομασία και αλλαγή Σχεδίου Υπηρεσίας δημιουργεί αντίφαση με τους “Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής” Νόμους, που ξεκάθαρα προνοούν ότι Νοσηλευτική ασκεί μόνο ο εγγεγραμμένος στο Μητρώο Νοσηλευτών, και Μαιευτική ασκεί μόνο ο εγγεγραμμένος στο Μητρώο Μαιών.

Συνεπώς, το σημερινό επαγγελματικό καθεστώς αποτελεί και την πρώτη σοβαρή πρόκληση, που πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα. Η σημερινή κατάσταση του μαιευτικού επαγγέλματος καταδεικνύει τα ακόλουθα αρνητικά δεδομένα – προκλήσεις για αντιμετώπιση:

Πρόκληση πρώτη

ΔΕΝ υπάρχουν οργανικές θέσεις Μαιών, ούτε δομή και ανέλιξη μαιευτικού επαγγέλματος. Υπάρχει στα Σχέδια Υπηρεσίας του Νοσηλευτικού Λειτουργού πρόνοια για άσκηση “μαιευτικών καθηκόντων”, χωρίς να προϋποθέτει εγγραφή στο Μητρώο Μαιών. Όμως, αυτό αντιβαίνει:

1.1. Στην ευρωπαϊκή (Οδηγία 2005/36/EK) και την εθνική μας νομοθεσία (Ν.214 του 1988, 154(Ι) του 2003 έως 2006), που σαφώς καθορίζουν τη Μαιευτική ως ανεξάρτητο επάγγελμα από τη Νοσηλευτική.

1.2. Στις συστάσεις της “Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών” (ICM), η οποία καθορίζει τη Μαία ως αυτόνομο και ανεξάρτητο επαγγελματία (ICM/WHO/FIGO, 1992 και ICM, 2005), με δική της ειδική εκπαίδευση (ICM, 1999 και ICM, 2005), κώδικα δεοντολογίας (ICM, 1993) και δραστηριότητες (ICM, 2002).

1.3. Στη “Διακήρυξη του Μονάχου” (2001), που διαφοροποιεί τα δυο επάγγελα – τη Μαιευτική και τη Νοσηλευτική – και ο κάθε επαγγελματίας έχει το δικό του πεδίο δράσης.

1.4. Στην αξιολόγηση της Μαιευτικής από το “Γραφείο Τεχνικής Βοήθειας και Ανταλλαγής Πληροφοριών” της Ε.Ε., ΤΑΙΕΧ (2002), που σύστησε στο κράτος να μεριμνήσει ώστε το μαιευτικό επάγγελμα να διαχωριστεί ως αυτόνομο από τη Νοσηλευτική. Έτσι, ο Σύνδεσμος μετονομάστηκε σε “Παγκύπριο Σύνδεσμο Νοσηλευτών και Μαιών” και η Σχολή σε “Νοσηλευτική και Μαιευτική Σχολή”.

1.5. Στις πρόνοιες και τη φιλοσοφία του ευρωπαϊκού κεκτημένου όσον αφορά την ίση μεταχείριση και τις ίσες ευκαιρίες προσφοράς υπηρεσιών των Ευρωπαίων πολιτών, των Μαιών σ’ αυτή την περίπτωση. Δηλαδή, οι Μαίες των ευρωπαϊκών χωρών (και άλλων) με απευθείας εκπαίδευση στη Μαιευτι-

κή, δεν έχουν σήμερα το δικαίωμα να ασκήσουν τη Μαιευτική στο Δημόσιο Τομέα της Κύπρου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι Κύπριες και Ελληνίδες απόφοιτοι των ΤΕΙ Μαιευτικής της Ελλάδας, δεν μπορούν να ασκήσουν το μαιευτικό επάγγελμα στα Δημόσια Μαιευτήρια επειδή **δεν υπάρχουν οργανικές θέσεις Μαιών για να διοριστούν.**

1.6. Εκτός από τα νομικά πλαίσια και τις συστάσεις των διεθνών οργανισμών, αυτό επίσης αντιβαίνει στο κοινό ανθρώπινο δικαίωμα του κάθε εργαζόμενου να χαιρέται και να απολαμβάνει τη θέση και τον τίτλο του επαγγέλματος που ασκεί. Η στέρηση αυτού του δικαιώματος στις Μαίες προκαλεί αλυσιδωτές επιπτώσεις στην εργασιακή τους ψυχολογία. Το “σήμα”, ο “τίτλος”, η “πλακέτα αφυπηρέτησης”, που τις τιμά για την προσφορά τους από τη θέση των “Νοσοκόμων”, είναι εύλογο ότι προκαλεί αισθήματα πικρίας και όχι αναγνώρισης.

Πρόκληση δεύτερη

Το “Σχέδιο Υπηρεσίας της Επισκέπτριας Υγείας” προνοεί επίσης την άσκηση όλων των μαιευτικών καθηκόντων χωρίς εγγραφή στο Μητρώο Μαιών. Επιπρόσθετα, το “Σχέδιο Υπηρεσίας της Ανώτερης Επισκέπτριας Υγείας” προνοεί ότι: **«εποπτεύει ή/και αναλαμβάνει την εκτέλεση καθηκόντων που σχετίζονται με την Κοινωνική Νοσηλευτική... Για το σκοπό αυτό εκτελεί επισκέψεις στα σπίτια και παρέχει συμβουλές αναφορικά με τη γενική υγιεινή, ιδιαίτερα των εγκύων, των βρεφών και λεχώνων...»**, δηλαδή, παρουσιάζει τη φροντίδα της εγκύου και της λεχωίδας ως νοσηλευτικό καθήκον. Συνεπώς, εδώ υπάρχει σοβαρό νομικό ζήτημα και αντίφαση καθώς η ίδια εθνική μας νομοθεσία προνοεί ότι: **«κανείς δεν ασκεί Μαιευτική, εκτός αν είναι εγγεγραμμένος στο Μητρώο Μαιών».**

Πρόκληση τρίτη

Η δομή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών στο επίπεδο του Υπουργείου Υγείας, χωρίς αντίστοιχη δομή Μαιευτικών Υπηρεσιών ή έστω μεικτή διοίκηση “Νοσηλευτικών και Μαιευτικών Υπηρεσιών”, συνεχίζει την επαγγελματική ανυπαρξία. Αυτό δεν έχει να δηλώσει τίποτα για τα άτομα που χειρίζονται τα τρέχοντα μαιευτικά θέματα, αλλά ούτε και για την πρόκληση της μη προοπτικής του χειρισμού των θεμάτων της Μαιευτικής από Μαίες, λόγω ελλιπούς δομής.

Πρόκληση τέταρτη

Η συνδικαλιστική εκπροσώπηση των Μαιών γίνεται στον “Κλάδο Γενικού Νοσηλευτικού Προσωπικού” από θέσεις Νοσηλευτικών Λειτουργιών, εφόσον

θέσεις Μαιών δεν υπάρχουν. Ο Κλάδος θεωρεί τη Μαιευτική ως ένα μεταβατικό πρόγραμμα νοσηλευτικής ειδικότητας, που εξυπηρετεί τη στελέχωση των Μαιευτηρίων και τις προαγωγές στη νοσηλευτική ιεραρχία. Παλαιότερα, με βάση τους κανονισμούς της ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ. οι Μαίες εκπροσωπούσαν με δυο θέσεις, μετά με μια θέση, ώσπου το 1998 καταργήθηκε κι αυτή με τη μετονομασία των “Μαιών” σε “Νοσοκόμους”. Σήμερα, η εκπροσώπηση του μαιευτικού επαγγέλματος στην ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ. είναι τυχαία συμβάν. Επαφίεται στην τύχη αν θα εκλεγεί Νοσηλευτικός Λειτουργός με μαιευτική ειδίκευση.

Πρόκληση πέμπτη

Η σοβαρή αριθμητική ανεπάρκεια Μαιών, τόσο στο Δημόσιο όσο και στον Ιδιωτικό Τομέα είναι ένα συνεχές πρόβλημα. Μια από τις συστάσεις του ΤΑΙΕΧ (2002) ήταν η ετήσια (και όχι η περιστασιακή) εισαγωγή σε πρόγραμμα Μαιευτικής μικρού αριθμού εισακτέων (λόγω μειωμένων γεννήσεων), π.χ. 16 εισακτέες/έτος. Αυτό θα διασφάλιζε τη συνεχή ροή νέων Μαιών στο επάγγελμα για την επαρκή στελέχωση του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα και τη δημιουργία συνθηκών για ανεξάρτητη μαιευτική άσκηση και ουσιαστική διεύρυνση του ρόλου των Μαιών. Κι αυτό είναι καίριο ενισχυτικό στοιχείο για την κοινωνική και επαγγελματική καταξίωση των Μαιών.

Ποιά είναι τα θετικά δεδομένα, τα οποία θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για άρση των προκλήσεων που προαναφέρθηκαν;

1. Ο Νόμος “Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής” (2003 έως 2006) και η Οδηγία 2005/36/EK διαφοροποιούν ξεκάθαρα τη Μαιευτική από τη Νοσηλευτική ως ανεξάρτητα επαγγέλματα με δικές τους προσήκουσες γνώσεις, δεξιότητες, δραστηριότητες και δικά τους Μητρώα. Αυτή η νομοθεσία αποτελεί ένα καλό νομοθετικό πλαίσιο, που πρέπει να διαφυλάσσεται και όχι να καταπατάται.

2. Η ενεργός εκπροσώπηση και συμβολή των Μαιών του ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ. σε ευρωπαϊκά και διεθνή επίπεδα έχει συμβάλει κατά πολύ στη σημερινή συνειδητοποίηση αυτής της δυναμικής και του εύρους του μαιευτικού επαγγέλματος. Και πρέπει να αναγνωριστεί ότι ο Σύνδεσμος είναι και ο μόνος φορέας, που στέκεται αρωγός στην ενδυνάμωση της Μαιευτικής στην Κύπρο. Για παράδειγμα, η μετονομασία του Συνδέσμου σε “ΠΑ.ΣΥ.Ν. και Μαιών” φαίνεται σήμερα να μην ικανοποιεί τις ευρωπαϊκές και διεθνείς οργανώσεις Μαιών, οι οποίες απαιτούν την ουσιαστική εκπροσώπηση των Μαιών στο Σύνδεσμο, λ.χ. μέσω εκλεγμένου από Μαίες “Σώματος” Μαιών, ώστε να

αποδεικνύεται ότι οι Μαίες χειρίζονται αυτόνομα τα μαιευτικά ζητήματα. Αυτή η διαδικασία ήδη άρχισε και βρίσκεται σε εξέλιξη για επίλυση. Ο μαιευτικός κόσμος αναμένει από τη ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ. και το Υπουργείο Υγείας τη δυναμική τους συμβολή προς αυτή την κατεύθυνση.

3. Η πρωτοβουλία του ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ. και η προώθηση της ανεξάρτητης συμβολής των Μαιών με αγορά των υπηρεσιών τους μέσω του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας με την εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας, προσδίδει μια σημαντική προοπτική στο επάγγελμα της Μαίας.

4. Η απόφαση του ΤΠΚ να αναλάβει τη Μαιευτική Εκπαίδευση τώρα ως μεταβασικό πρόγραμμα και μετέπειτα σε προπτυχιακό επίπεδο με ανάλογη δημιουργία Τμήματος Μαιευτικής, διευρύνει πλέον τους ορίζοντες εκπαιδευτικής και επαγγελματικής ανάπτυξης. Η απευθείας Μαιευτική Εκπαίδευση θα συμβάλει στη μείωση του κόστους και του χρόνου, γιατί στα 4 χρόνια θα αποκτάται το Πτυχίο Μαιευτικής αντί του Διπλώματος στα 6 χρόνια, γεγονός που συνάδει και με τη “Διακήρυξη της Μπολόνια” (1999). Επίσης, η Μαιευτική Εκπαίδευση θα εξελισσεται σε Προπτυχιακό, Μεταπτυχιακό και Διδακτορικό επίπεδο, που σημαίνει μεγαλύτερη εμβάθυνση στη μαιευτική γνώση.

5. Από το Σεπτέμβριο του 2009 το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου θα συμμετέχει στο πρώτο “Ενοποιημένο Μεταπτυχιακό Μαιευτικής” (Joint EU Masters in Midwifery) στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αυτό αποτελεί τιμή για την Κύπρο, αλλά και σημαντική ευκαιρία για τις Μαίες της Κύπρου και της ευρύτερης περιοχής. Το πρόγραμμα θα προσφερθεί από 5 πανεπιστήμια, τα οποία έχουν την ακαδημαϊκή ευθύνη και θα αποδώσουν και τον τίτλο στο τέλος. Τα 5 πανεπιστήμια καθόρισαν Συμβουλευτική Επιτροπή αποτελούμενη από άλλα πανεπιστήμια. Σ’ αυτή συμμετέχει και η Κύπρος προφέροντας τη θεματική ενότητα: “Advanced Community Midwifery”. Η έναρξη, το κόστος, και τα κριτήρια εισαγωγής θα ανακοινωθούν στις αρχές του 2009. Η πρώτη εναρκήρια εβδομάδα έχει υποχρεωτική παρακολούθηση στο “Caledonia University” της Γλασκώβης. Τα άλλα μαθήματα θα παρακολουθούνται με τηλεδιάσκεψη στο ΤΠΚ ή από το σπίτι (ιστοσελίδα για πληροφορίες: <http://www.gcal.ac.uk/nmch/study/european-msc-midwifery/strategy.html>).

6. Η πρωτοβουλία και η δέσμευση από μέρους του Υπουργείου Υγείας για δημιουργία πρωτοκόλλων μαιευτικής φροντίδας είναι θετική εξέλιξη, γιατί

θα οδηγήσει στην καλύτερη, ποιοτικότερη και ασφαλέστερη παροχή μαιευτικής φροντίδας με βελτίωση των δεικτών υγείας εγκύων, μητέρων και νεογνών. Παράλληλα θα ενισχύσει την τεκμηρίωση και την πιστοποίηση της φροντίδας που παρέχεται στα Μαιευτήρια από τη Μαία.

7. Η δρομολόγηση των κανονισμών που αφορούν την ανανέωση εγγραφής στο Μητρώο Μαιών θα ενισχύσει την προσπάθεια της Συνεχούς Επαγγελματικής Ανάπτυξης των Μαιών (ICM, 2005), που είναι και υποχρέωση όλων των επαγγελματιών σύμφωνα με τις επιταγές της “Δια Βίου Μάθησης” (ΟJ L 64, 4/3/2006).

8. Η ανάπτυξη συμμαχιών με άλλους συναφείς με τη Μαιευτική φορείς και οργανισμούς αποτελεί επίσης νέα τάση – πρόκληση, γιατί ενωμένοι με άλλους μπορούμε να επιτύχουμε περισσότερα. Στην παρούσα φάση υπάρχει συνεργασία του ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ. με την “Υποστηρικτική Ομάδα Μητρικού Θηλασμού”, την “Πρωτοβουλία για αύξηση της Άδειας Μητρότητας” κ.ά.

9. Η πρώτη συμμετοχή του ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ. στο Συμβούλιο και Συνέδριο της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών (ICM) φέτος, αποτελεί επίσης σημαντικό βήμα, όπως και η ανάληψη από τον ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ. της εκπροσώπησης της Συνομοσπονδίας στον Τομέα της Ανατολικής Μεσογείου των Ηνωμένων Εθνών (UN EMRO Representative). Στο Συμβούλιο του 2008 ψηφίστηκε μεγάλος αριθμός συστάσεων, που θα μεταφραστούν και θα διοχετευτούν στους χώρους εργασίας των Μαιών για ευκολότερη πρόσβαση στις συστάσεις της Συνομοσπονδίας.

Η αποκατάσταση του μαιευτικού επαγγέλματος και η άρση του σφετερισμού μαιευτικών καθηκόντων από τρίτους αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση. Είναι πασιφανές ότι πρέπει να αντιμετωπιστεί και να ξεπεραστεί, αλλιώς θα είναι πάντα τροχοπέδη. Γι’ αυτό και η παρουσίαση περιορίστηκε σε τοπικές προκλήσεις μόνο.

Η επαγγελματική αποκατάσταση θα ενισχύσει θετικά το ρόλο της Μαίας στο σύστημα υγείας και στην κοινωνία με θετικά αποτελέσματα σε δείκτες υγείας και κόστος φροντίδας (Διακήρυξη του Μονάχου, 2001).

Οι Μαίες υποκινούμενες από την αναγνώριση και καταξίωση του επαγγέλματος και του έργου τους θα συμβάλουν με μεγαλύτερο ζήλο και αυτοδιάθεση και με διευρυμένους ρόλους στην προαγωγή της υγείας στον τόπο, στα κοινά, καθώς και στην δική τους συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη.

Ο δρόμος είναι δύσκολος αλλά όχι αδιάβατος. Το πρώτο βήμα είναι η συνειδητοποίηση του προβλήματος, η στόχευση, ο σχεδιασμός και η επιμονή που πηγάζει από το αίσθημα δικαίου.

Maria Papadopoulou: Midwifery and current challenges In Cyprus.

"ΕΛΕΥΘΩ", 8:12, 2009

ΠΗΓΕΣ

- The Midwifery Law*, N.14/ 1932.
The Nursing and Midwifery Law, 1951.
Regulations Made Under Section 15 of Nursing and Midwifery Law, 1951.
Regulations made Under Section 2 of Nursing and Midwifery Law, 1955.
 Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμος. Ν. 214/1988. Σχέδια Υπηρεσίας Μαίας 1ης και 2ης τάξης. Υπουργικό Συμβούλιο, απόφαση αριθμός 26.261, 19/9/1985.
 Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής (τροποποιητικός) Νόμος του 2003. Αριθμός 154(I)2003.
 Οδηγία 2005/36/EK. Αναγνώριση των Επαγγελματιών Προσόντων. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, 7/9/2005.
 Ν. 22(II)/1998. Περί Συμπληρωματικού Προϋπολογισμού Νόμος. Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας, αριθμός 3.249, 23/6/1998.
 WHO Euro Region (2001). Διακήρυξη του Μονάχου www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_4
 Ευρωπαϊκή Επιτροπή (1999). Διακήρυξη της Μπολόγνια, Βρυξέλλες. www.europa.eu.intcomm/education/bo-logna_en.html
 ICM/WHO/FIGO (1992). International Definition of the Midwife.
 ICM (1993). International Code of Ethics for Midwives. www.internationalmidwives.org
 ICM (1999). Core Competencies of Midwives. www.internationalmidwives.org
 ICM (2002). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2002.
 ICM (2005). Definition of the Midwife. www.internationalmidwives.org
 ICM (2005). Basic and Ongoing Education for Midwives.
 Περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος. Αριθμός 1(I) του 2005.
 TAIEX (2002). Expert Mobilization – Sectoral Directives: Memorandum on the Profession of Midwives in Cyprus.
 EU Masters in Midwifery. <http://www.gcal.ac.uk/nmch/study/european-msc-midwifery/strategy.html>
 OJ L 64, 2006. Οδηγία "Δια Βίου Μάθηση". Ημερομηνία έκδοσης 4/3/2006.

Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό*

*Εργασία που ανακοινώθηκε στο "15ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής" στην Πάφο της Κύπρου, στις 21-22 Νοεμβρίου 2008. Κύριο θέμα Συνεδρίου: "Διευρυμένοι ρόλοι και σύγχρονες προκλήσεις".

Ελένη Χατζηγεωργίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό αποτελούν βασικό παράγοντα για την ασφάλεια και την ευεξία της μητέρας και του νεογέννητου. Η διασφάλισή τους αποτελεί μια από τις πιο καθοριστικές και ευαίσθητες συνιστώσες για την παροχή ποιοτικής μαιευτικής φροντίδας. Η συγκεκριμένη μελέτη θα παρουσιάσει μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης τις απόψεις των γυναικών στη διασφάλιση του δικαιώματός τους στην επιλογή του τόπου τοκετού και του επαγγελματία υγείας (μαία και μαιευτήρα) μετά από σωστή πληροφόρηση. Στο δικαίωμα αυτό δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα γιατί σχετίζεται άμεσα με τη μείωση της ιατροκοποίησης του τοκετού.

Λέξεις-κλειδιά: τοκετός, δικαίωμα επιλογής, τόπος τοκετού, μαία, μαιευτήρας, ιατροκοποίηση τοκετού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών είναι βασικός παράγοντας παροχής ποιοτικής φροντίδας, στρατηγικός στόχος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και πολλών συστημάτων υγείας (Κοντογιάννη & Κατσετός, 2008, Καρδιόλης 2006).

Η "Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη" υιοθετήθηκε το 1994 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1996), ο οποίος στοχεύοντας στην ασφαλή μητρότητα είχε παρουσιάσει τις υποδείξεις για προώθηση του φυσιολογικού τοκετού, όπου συμπεριλαμβάνονταν και τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό (WHO, 1996). Από επιστημονικές μελέτες έχει διαφανεί ότι η Διακήρυξη και οι υποδείξεις δεν κατόρθωσαν να διασφαλίσουν τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό (Declercq, 2006, Kitzinger, 1987, Wagner, 2000, Wagner, 2001). Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Υπουργείο Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, αναγνωρίζοντας ότι η γέννηση είναι μια ανυπολόγιστα συναισθηματική σύνθετη κατάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης και η εμπειρία της έχει μεγάλη σημασία διότι σημαδεύει για πάντα τη ζωή της γυναίκας, θεσμοθέτησαν τα δικαιώματά της στον τοκετό

* Μαία, Υποψήφια Διδάκτορας Μαιευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

(Declercq, 2006, Waldenstrom, 2005).

Κάθε ευημερούσα πολιτεία έχει καθήκον να προστατεύει και να κατοχυρώνει τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας με κατάλληλους μηχανισμούς. Ένας αποτελεσματικός μηχανισμός θεωρείται η διαμόρφωση πολιτικής με γνώμονα τη διεξαγωγή έρευνας με θέμα τα δικαιώματα. Ως εκ τούτου, πολλές χώρες για να διαμορφώσουν τη μαιευτική τους πολιτική αποτελεσματικά, έχουν διερευνήσει τις απόψεις των γυναικών για το δικαίωμα της πληροφορημένης επιλογής για τον τόπο τοκετού και του επαγγελματία υγείας στη χώρα τους (DH, 1993, Boyds, 2006, Campbell et al., 1994, Sandall et al., 2001, Kirkham & Stapleton, 2001).

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η Μεγάλη Βρετανία μετά από διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για τα δικαιώματά τους στον τοκετό και τη συνεχή αύξηση του οικονομικού κόστους από την ιατρικοποίηση του τοκετού, το 1993 επέβαλε στο σύστημα υγείας να προωθήσει αλλαγές στη μαιευτική φροντίδα. Η αλλαγή για τον τοκετό, το λεγόμενο "Changing Childbirth", ήταν μια μεγάλη καινοτομία στο χώρο της Μαιευτικής με βασικό σκοπό να εμπυχωσει τη γυναίκα, να της δώσει επιλογές και να βοηθήσει στη μείωση του οικονομικού κόστους από τις πλεονάζουσες παρεμβάσεις στον τοκετό (DOH, 1993, Green et al., 1995, Barber et al., 2006).

Η Κυπριακή Πολιτεία έχει κατοχυρώσει ένα από τα βασικότερα δικαιώματα, το δικαίωμα στην υγεία, με τον περί της "Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών" Νόμο του 2004 (Ν.1(Ι)/2005), δικαίωμα που αποτελεί βασική θεμελιακή αρχή και υποχρέωση, το οποίο το κράτος οφείλει να παρέχει στους πολίτες του μέσα από ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα υγείας, που να αντανakλά ανθρώπινες αξίες, να είναι κοινωνικά δίκαιο και να παρέχει καθολική κάλυψη στον πληθυσμό.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 ο ασθενής έχει αναφαίρετο δικαίωμα να επιλέξει και να αλλάξει το ιατρικό ίδρυμα που του παρέχει φροντίδα υγείας, ενώ το ιατρικό ίδρυμα έχει υποχρέωση να παρέχει σ' αυτόν κάθε εύλογη διευκόλυνση για την άσκηση του δικαιώματος επιλογής. Στην Κύπρο τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό συμπεριλαμβάνονται στο νόμο, που κατοχυρώνει τα δικαιώματα των ασθενών γενικά (Κυπριακή Δημοκρατία, 2004).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για την καταγραφή των απόψεων των γυναικών στο δικαίωμα της πληροφο-

ρημένης επιλογής σχετικά με τον τόπο τοκετού, το μαιευτήρα και τη μαία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αναπαραγωγή αποτελεί βασικό ζήτημα για την υπόσταση ενός κράτους, μιας κοινωνίας, ενός έθνους και του πολιτισμού. Το δικαίωμα τεκνοποιίας αποτελεί ειδικότερη έκφραση της αυτοδιάθεσης του προσώπου, της ελευθερίας να διαθέτει το σώμα του στη ζωή, στη δημιουργία μιας άλλης αυτόνομης προσωπικότητας, αυτής του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί (WHO, 1996, EMA, 2006, Fry et al., 2005). Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό της δίνουν τη δυνατότητα να διεκδικεί την παροχή ποιοτικής μαιευτικής φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες της (ICM, 2006). Η θεσμοθέτηση αυτών των δικαιωμάτων έχει απασχολήσει τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα Ηνωμένα Έθνη, την Ευρωπαϊκή Ένωση και πολλές κυβερνήσεις (WHO, 1985, WHO, 1996, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2005, Κοντογιάννη & Κατσετός, 2005).

Ο Χάρτης των Δικαιωμάτων της Γυναίκας στον Τοκετό

Στην Ευρώπη έχει δημιουργηθεί ο "Χάρτης των Δικαιωμάτων της Γυναίκας κατά την Τεκνοποιία" και περιλαμβάνει τα δικαιώματά της στον τοκετό (Μωραΐτου, 2005). Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης «οι διεθνείς συμβάσεις είναι ένας θεσμικός παράγοντας σύμφωνα με τον οποίο διαμορφώνονται οι νόμοι εσωτερικού δικαίου ενός κράτους» (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2005, Μωραΐτου, 2005). Τα κράτη που έχουν συμμορφωθεί θα πρέπει να διασφαλίζουν στις γυναίκες τα παρακάτω:

- Μαιευτικό Δελτίο με όλα τα στοιχεία που αφορούν την εγκυμοσύνη, το οποίο θα είναι στη διάθεση της ενδιαφερόμενης και των προσώπων που την πλαισιώνουν κατά και μετά την εγκυμοσύνη.
- Συμμετοχή της γυναίκας και του συντρόφου της σε μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό, στα οποία θα εξετάζεται η εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού από σωματική και ψυχολογική άποψη, καθώς και οι διάφορες τεχνικές και μέθοδοι για αντιμετώπιση του πόνου.
- Ελεύθερη επιλογή του τόπου τοκετού και της εφαρμοστέας μεθόδου στάσης κατά τον τοκετό, καθώς και του θηλασμού και του είδους της διατροφής του βρέφους.
- Κατάλληλη συνδρομή με γνώμονα την ψυχοσωματική κατάσταση της εγκύου και του εμβρύου,

καθώς και των συνθηκών του περιβάλλοντος της γυναίκας που επιλέγει να γεννήσει στο σπίτι.

- Φυσιολογικός τοκετός χωρίς επιτάχυνση ή επιβράδυνση, όταν κάτι τέτοιο δεν υπαγορεύεται από λόγους, που αφορούν αποκλειστικά την κατάσταση της εγκύου και του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί.

- Προσφυγή σε καισαρική τομή μόνο όταν αυτό είναι πραγματικά απαραίτητο.

- Δυνατότητα, εφόσον το επιθυμεί η επίτοκος, να παρίσταται κάποιο άτομο κατά τον τοκετό και μετά απ' αυτόν, λ.χ. σύντροφος, συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο.

- Δικαίωμα της επιτόκου, αφού προηγουμένως έχει κατάλληλα ενημερωθεί, να αποφασίζει από κοινού με το μαιευτήρα ή τη μαία για τη μέθοδο τοκετού.

- Δυνατότητα της μητέρας να έχει κοντά της το βρέφος κατά την περίοδο του μητρικού θηλασμού και να το θηλάζει ανάλογα με τις ανάγκες του και όχι σύμφωνα με το ωράριο του Νοσοκομείου.

Επιπρόσθετα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μαζί με την Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν δώσει τις δικές τους κατευθυντήριες συστάσεις για ασφαλή μητρότητα και διακηρύσσουν ότι θα πρέπει να διασφαλιστεί το δικαίωμα της επιτόκου για επιλογή (ΠΟΥ, 1996). Θα πρέπει να υπάρχει σεβασμός στην απόφαση της γυναίκας για τον τόπο που θέλει να γεννήσει, απόφαση που θα πρέπει να πάρει μετά από ενημέρωση. Η φροντίδα κατά τον τοκετό να είναι όσο το δυνατό πλησιέστερη στον προσωπικό χώρο της γυναίκας, αλλά και όπου η ίδια νιώθει ασφάλεια (WHO, 1996, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2005).

Τα Ηνωμένα Έθνη, αναγνωρίζοντας το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η τεκνοποίηση και η υγεία της γυναίκας στην ευημερία των λαών, έδωσαν έμφαση στην προστασία της υγείας της γυναίκας και στην προώθηση των δικαιωμάτων της στους στρατηγικούς στόχους του αιώνα (Thompson, 2003, Thompson, 2004, Barber et al., 2006).

Ο ερχομός του παιδιού είναι σημαντικό κοινωνικό γεγονός, όχι μόνο για τη μητέρα και την οικογένεια αλλά και για ολόκληρη την κοινωνία (Barros et al., 2005, Goodman et al., 2003, ICM, 2006). Η ιατρικοποίηση όμως του τοκετού προκαλεί σωματικά, ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα στη μητέρα, στην οικογένεια και στην κοινωνία (Cahil, 2001, Kitzinger, 1987, Evans, 2003, Wagner, 2005). Συνέπεια αυτού του φαινομένου ήταν η δημιουργία καινούργιας μορφής νομοθεσιών στο τέλος του 20ού

αιώνα (Αμπάτζογλου & Μανώπουλος, 1998, Μεράκου & Γκαράνη, 1999).

Μεγάλος αριθμός ερευνών διαπιστώνει ότι τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό δεν διασφαλίζονται ακόμη και μετά τη δημιουργία νομοθεσιών (WHO, 1996, ICM, 2006, Wagner, 2001, Uhrich, 1996, Garcia et al., 2003).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Πριν τον 20ό αιώνα η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αντιμετωπιζόνταν ως φυσιολογικά γεγονότα, ενώ οι τοκετοί γίνονταν στο σπίτι από μαιές (Donnison, 1988). Η αυξημένη νεογνική και μητρική θνησιμότητα δημιούργησε την ανάγκη ο τοκετός να γίνεται στο Νοσοκομείο, να αντιμετωπίζεται ως ασθένεια και οι μαιές να αντικατασταθούν από τους μαιευτήρες (Wagner, 2000, Alber, 2005, Johanson et al., 2002).

Αρχικά υπήρξε σημαντική βελτίωση της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας (ICM, 2005, Walsh & Downe, 2006). Ωστόσο, στη συνέχεια η μητρική και νεογνική θνησιμότητα έχει σημειώσει αύξηση στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη Βραζιλία και σε άλλες χώρες, με αποτέλεσμα το οικονομικό κόστος για τη μαιευτική φροντίδα να μεγαλώνει συνεχώς (Declercq, 2006, Kennedy, 2000). Αντίθετα στην Ολλανδία, Σουηδία και Φιλανδία η μητρική και νεογνική θνησιμότητα βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα (McKay, 1993, Wagner, 2000).

Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής δημιούργησαν ειδική νομοθεσία, αναγνωρίζοντας ότι οι γυναίκες δεν ήταν ορθά ενημερωμένες για τα δικαιώματά τους και ότι η αλόγιστη χρήση της τεχνολογίας εγκυμονούσε κινδύνους για τη μητέρα και το παιδί (Wagner, 2001, Declercq et al., 2006). Πολλές Πολιτείες της Αμερικής έχουν θεσμοθετήσει τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό και έχουν δημιουργήσει σύνδεσμο για την προώθηση των δικαιωμάτων της σ' αυτόν (Declercq, 2006, Childbirth Connection, 2008), θέτοντας ως πρωταρχικό στόχο την ευημερία της μητέρας, του νεογνού και της οικογένειας, καθώς και τη μείωση της ιατρικοποίησης του τοκετού ((Declercq, 2006).

Δικαίωμα επιλογής μετά από ορθή πληροφόρηση

Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί στο δικαίωμα επιλογής μετά από ορθή πληροφόρηση για τον τόπο τοκετού και τον επαγγελματία υγείας (Declercq, 2006, Waldenstom, 1999, Waldenstom et al., 2000, Bryanton et al., 2008). Αυτό το φαινόμενο δικαιολο-

γείται γιατί έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά. Αν δηλαδή ενδυναμωθεί η γυναίκα στη διεκδίκηση της διασφάλισης του δικαιώματός της για επιλογή, αφενός θα είναι πιο ευχαριστημένη από τη φροντίδα που της παρέχεται, αφετέρου θα ελαττωθεί η ιατροκοποίηση του τοκετού (Barber et al., 2006, Wagner, 2000). Για να γίνει αυτό το όραμα πραγματικότητα οι γυναίκες χρειάζονται ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες, που να βασίζονται σε επιστημονικές γνώσεις ώστε να κρίνουν τι είναι το καλύτερο γι' αυτές και την οικογένειά τους (Bryanton et al., 2008).

Διάχυτη είναι η αντίληψη ότι η ορθή, τεκμηριωμένη και σαφής πληροφόρηση στη γυναίκα για τις επιλογές της στον τοκετό, θα της δώσει την ευκαιρία να επιλέξει και να διεκδικήσει την καλύτερη μαιευτική φροντίδα (Campbell et al., 2002, Childbirth Connection, 2008). Για την επίτευξη αυτού του στόχου το σύστημα υγείας στη Νέα Υόρκη έχει ετοιμάσει ενημερωτικό φυλλάδιο, στις σελίδες του οποίου γίνεται αναφορά στα δικαιώματα της γυναίκας. Στο τέλος του φυλλαδίου αναφέρονται ονόματα και διευθύνσεις μαιευτήρων και μαιών που προωθούν το φυσιολογικό τοκετό. Σύμφωνα με τη δική τους ανάλυση τα δικαιώματα της γυναίκας προάγονται, όταν προάγεται ο φυσιολογικός τοκετός (Wagner, 2000).

Στις περισσότερες χώρες πρώτη επιλογή είναι τα άρτια εξοπλισμένα Νοσοκομεία, με τους τοκετούς να πραγματοποιούνται σε εξειδικευμένα Μαιευτικά Κέντρα που διαθέτουν πλήρεις Νεογνολογικές Μονάδες. Υπεύθυνος είναι ο Μαιευτήρας και στην ομάδα υπάρχει Νεογνολόγος, Παιδίατρος και Μαία. Δεύτερη επιλογή είναι ο γενικός ιατρός, που έχει ειδικευση στον τοκετό. Η τρίτη επιλογή είναι τα Κέντρα Φυσικού Τοκετού, τα οποία συνήθως χτίζονται κοντά σε μεγάλα Νοσοκομεία και υπεύθυνες για τη λειτουργία τους είναι οι Μαίες. Τέταρτη επιλογή είναι ο τοκετός στο σπίτι με κοινοτική Μαία. Όλες αυτές οι επιλογές εμπεριέχονται σε δυο μοντέλα: το μαιευτικό και το ιατρικό (Van Teijlingen et al., 2003, Wagner, 1995).

ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Το ιατρικό μοντέλο στηρίζεται στη θεωρία ότι ο τοκετός μπορεί να χαρακτηριστεί φυσιολογικός αναδρομικά, δηλαδή όταν τελειώσει και στηρίζεται στη θεωρία του "πατερναλισμού" (Johanson et al., 2002). "Πατερναλισμός" είναι η απρόσκλητη προστασία, που βασίζεται στο ενδιαφέρον για τη ζωή και στις επιλογές ενός άλλου ανθρώπου. Ο πατέρας ενδιαφέρεται για το καλό των παιδιών του και θα επέμβει όταν αυτό είναι αναγκαίο, ακόμη και με τη βία,

για να τα προστατεύσει όταν ο ίδιος θεωρεί ότι αυτά κινδυνεύουν. Όταν αυτή η "πατρική προστασία" έχει στόχο ενήλικους ανθρώπους, τότε μιλάμε για "πατερναλισμό" (paternalism αλλά και parentalism) (Fry et al., 2005).

Πολλές φορές οι μαιευτήρες παρουσιάζονται ότι γνωρίζουν καλύτερα τα δικά τους πρωτόκολλα και όχι επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες, με αποτέλεσμα το δικαίωμα της πληροφωμένης επιλογής να μετατρέπεται σε ψευδαίσθηση (Randle, 2004).

Το ανησυχητικό είναι ότι σε πολλές χώρες του κόσμου η γυναίκα έχει πρόσβαση μόνο στο Νοσοκομείο με μαιευτήρα, δηλαδή στο ιατρικό μοντέλο και όχι στο μαιευτικό (Simkin, 1991, Edwards, 2005, Lothian, 2008). Επιπρόσθετα, οι γυναίκες προτρέπονται και καθοδηγούνται να επιλέξουν αυτό που θέλουν και επιθυμούν οι άλλοι (Van Teijlingen & Wrede, 2001, Kirkham, 2004, Chamberlain, 1997, Donnison, 1988, EMA, 2006). Είναι πολύ δύσκολο και απίθανο σε μια γυναίκα, όσο μορφωμένη και διεκδικητική κι αν είναι, να κατορθώσει να αντισταθεί στη συμβουλή του μαιευτήρα (Kitzinger, 1987).

Η Gready et al. (1995) παίρνοντας συνεντεύξεις διαδοχικά από 30 γυναίκες, είχε τεκμηριώσει μέσα από τις εμπειρίες των γυναικών τον αγώνα τους για την επιλογή του τόπου του τοκετού και του επαγγελματία υγείας. Σ' αυτό συνηγορεί και η Kirkham (2001), η οποία δηλώνει ότι πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν το θέμα της ασφάλειας ως κάτι πολύ σημαντικό, αλλά στην πραγματικότητα σκέφτονται τη δική τους ασφάλεια.

Το ιατρικό μοντέλο παρουσιάζει το θέμα της ασφάλειας της γυναίκας να διαφυλάσσεται μόνο με τον τοκετό στο Νοσοκομείο, με τη βοήθεια της Τεχνολογίας.

Η ασφάλεια παραμένει η βάση της Μαιευτικής. Κάθε γυναίκα θέλει έναν ασφαλή τοκετό και υγεία για την ίδια και το παιδί της. Οι γυναίκες δηλώνουν πως θέλουν να τους διασφαλίζεται το δικαίωμα της επιλογής του επαγγελματία υγείας και του τόπου τοκετού, γιατί στα Νοσοκομεία η φροντίδα είναι ίδια για όλες τις γυναίκες ακολουθώντας την πολιτική υγείας (Brooks, 2007, Faxy, 2002, Green et al., 1988, Green et al., 1995).

Σύμφωνα με μαρτυρίες γυναικών τα Νοσοκομεία παρέχουν ασφάλεια, αλλά η φροντίδα επικεντρώνεται στην επιτυχία των παρεμβάσεων και όχι στις ανάγκες της γυναίκας, η οποία μένει παθητική. Η νεογνική θνησιμότητα έχει μειωθεί και είναι σημαντικό επίτευγμα, αλλά οι ανάγκες της γυναίκας δεν ικανοποιούνται (Kennedy, 2006).

ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Στον αντίποδα, το μαιευτικό μοντέλο είναι επικεντρωμένο στις ανάγκες της γυναίκας και στόχος του είναι οι γυναίκες να είναι καλά πληροφορημένες, να έχουν γνώσεις, απαιτήσεις και επιλογές (Barber et al., 2006). Το μαιευτικό μοντέλο τονίζει ότι η πληροφόρηση είναι βασικό καθήκον των μαιευτήρων και των μαιών, γιατί αφενός η γυναίκα γίνεται συνεργάσιμη, αφετέρου οδηγείται στη λήψη της καταλληλότερης απόφασης. Το μαιευτικό μοντέλο παρέχει στη γυναίκα το δικαίωμα επιλογής τύπου τοκετού (WHO, 1996, Cahill, 2001, Kitzinger, 2004, ICM, 2006).

Στα επιστημονικά αποτελέσματα μεγάλης έρευνας, που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες για να αξιολογηθεί η μαιευτική πολιτική, είχε αποδειχθεί ότι οι γυναίκες δεν έχουν αυτές τις επιλογές. Είχαν γίνει 200 συνεντεύξεις και συμπληρώθηκαν 1.373 ερωτηματολόγια, για να διερευνηθούν τα συναισθήματα και οι εμπειρίες των γυναικών στον τοκετό. Οι περισσότερες γυναίκες παραπονέθηκαν ότι δεν τους δόθηκε η ευκαιρία για επιλογή και ορθή πληροφόρηση. Βασικό συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι η γυναίκα έχει ανάγκη τη διασφάλιση του νομικού δικαιώματός της για ενημερωμένη επιλογή, αλλά δεν την έχει (Declercq, 2006, Lothian, 2006).

Η σπουδαιότητα της γνώσης και κατανόησης της πληροφορημένης επιλογής από τους επαγγελματίες υγείας είναι ουσιαστική (Campbell et al., 2002). Η πληροφόρηση είναι διαδικασία που προστατεύει τους χρήστες υγείας από βλάβη και ενθαρρύνει την επαγγελματική υπευθυνότητα, τη σχετική με το πώς οι πληροφορίες μεταβιβάζονται, ενώ προάγει την αιτιολογημένη λήψη απόφασης από το χρήστη υγείας (Fry et al., 2005). Πολύ εύστοχα ο ΠΟΥ (1994) διακηρύσσει ότι «η ορθή πληροφόρηση είναι απαραίτητη προϋπόθεση στον τοκετό» (WHO, 1996). Η Συμβουλευτική Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας συμφωνεί και τονίζει ότι η γυναίκα έχει ανάγκη τη σαφή και επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση για τη λήψη ορθής απόφασης (Campbell et al., 2002, Dimond, 2002).

Το "Εθνικό Ινστιτούτο για τον Τοκετό" της Μεγάλης Βρετανίας αναφέρει: «Οι γυναίκες σε προσωπικές συνεντεύξεις περιγράφουν ότι η στάση των επαγγελματιών υγείας και ο τρόπος τοκετού είναι καθοριστικοί παράγοντες για την εξέλιξη του τοκετού τους» (DH, 1995). Επιπρόσθετα, σε έρευνα που έγινε με κύριο στόχο να εντοπισθούν οι παράγοντες, που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τόπο τοκετού και το μοντέλο μαιευτικής φροντίδας, το 95% (n=354) των γυναικών δήλωσαν ότι οι μαιές τους δίνουν τη δυνατότητα επιλογής. Το 12% (n=48)

των γυναικών ανέφεραν ότι οι μαιευτήρες τις ενημέρωναν για τις επιλογές τους, αλλά ήταν φανερό ότι δεν επιθυμούσαν τον τοκετό στο σπίτι (Barber et al., 2006).

Αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλη έρευνα στην οποία πήραν μέρος 282 μαιευτήρες. Η ερώτηση ήταν: «Αν είχατε επιλογή για τη μέθοδο τοκετού, ποιά θα θέλατε να είναι;» Το 39% των μαιευτήρων (31% γυναίκες και 8% άνδρες) επέλεξαν την καισαρική τομή εξαιτίας της μορφής του πυελικού εδάφους και της εμβρυϊκής δυσχέρειας κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού τοκετού (McCarthy & Fisk, 1996). Το αποτέλεσμα αυτής της θέσης των μαιευτήρων επηρεάζει τη συμπεριφορά των γυναικών (Taylor, 2000, Hillan, 1992).

Ο Andrews (2005) υποστηρίζει ότι η γυναίκα για να έχει λιγότερες παρεμβάσεις θα πρέπει να γεννά στο σπίτι της ή σε Κέντρα Υγείας. Οι έγκυες γυναίκες που είναι υγιή άτομα, με την εισαγωγή τους στα Νοσοκομεία μετατρέπονται σε ασθενείς (Kitzinger, 2004, Ryding, 1993).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Στη Σουηδία οι τοκετοί γίνονται στο Νοσοκομείο ακολουθώντας όμως το μαιευτικό μοντέλο (McKay, 2006). Οι μαιές είναι αυτόνομες, ακολουθούν το μαιευτικό μοντέλο και οι μαιευτήρες δεν δικαιούνται να παρεμβαίνουν σε φυσιολογικό τοκετό. Οι γυναίκες είναι ευχαριστημένες και η νεογνική και μητρική θνησιμότητα είναι σε πολύ χαμηλά ποσοστά (Waldenstrom, 2004).

ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η πρακτική του τοκετού στο σπίτι είναι αρκετά διαδεδομένη στο εξωτερικό. Το υψηλότερο ποσοστό γεννήσεων στο σπίτι κατέχει η Ολλανδία (35%), ενώ πολλές γυναίκες στην Αγγλία, τη Γερμανία και τις Σκανδιναβικές Χώρες επιλέγουν τη γέννηση των παιδιών τους στο σπίτι με τις μαιές. Το φυσικό τοκετό στο σπίτι προάγει στην Ελλάδα ο μη κερδοσκοπικός Σύλλογος "ΕΥΤΟΚΙΑ", ο οποίος ιδρύθηκε από άτομα ευαισθητοποιημένα στα θέματα μητρότητας και μητρικού θηλασμού. Μέλη του είναι μαιές, μητέρες, ιατροί, ψυχολόγοι κ.ά.

Η "ΕΥΤΟΚΙΑ" είναι μέλος του "Ευρωπαϊκού Δικτύου Ενώσεων Τοκετού" (ENCA) και έχει δημιουργήσει το "Σπίτι Φυσικού Τοκετού", όπου δίνεται η δυνατότητα στις γυναίκες να γεννούν φυσιολογικά σ' ένα περιβάλλον που θυμίζει το "ζεστό" χώρο του σπιτιού. Στο φιλικό και οικείο περιβάλλον του σπιτιού και με τη συντροφιά αγαπημένων προσώπων η διαδικασία

του τοκετού μετατρέπεται σε μοναδική εμπειρία, σε αντίθεση με το Μαιευτήριο όπου οι χώροι είναι ψυχροί και απρόσωποι (www.naturalbirth.gr).

Οι λόγοι που οδηγούν τα νέα ζευγάρια στην επιστροφή του τοκετού στο σπίτι είναι πολλοί και ποικίλοι. Η ανάγκη να βιώσει η ίδια η γυναίκα τη γέννηση του παιδιού της, να μην υποστεί τον αποχωρισμό από τα άλλα παιδιά της, να νιώσει τη φυσική ασφάλεια, ομορφιά και οικειότητα του χώρου της, να αποφύγει περιττές ιατρικές επεμβάσεις και τέλος, να μοιραστεί με τα αγαπημένα της πρόσωπα τον ερχομό του παιδιού της (Κοντογιάννη & Κασετός, 2008).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παροχή ηθικά αποδεκτής φροντίδας υγείας αποτελεί πρόκληση στη σημερινή κοινωνία, γιατί οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας σ' όλο τον κόσμο είναι περισσότερο από ποτέ ενημερωμένοι για τα δικαιώματά τους και ενδιαφέρονται για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Έχει αποδειχθεί ότι το δικαίωμα της επιλογής τόπου τοκετού και επαγγελματία υγείας έχει προβληματίσει και εξακολουθεί να προβληματίζει τα συστήματα υγείας στις αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες κοινωνίες.

Η εκστρατεία για το δικαίωμα επιλογών τόπου τοκετού ξεκίνησε με στόχο τη μείωση της συνεχώς αυξανόμενης εμπορευματοποίησης των μαιευτικών υπηρεσιών, τις οποίες οι περισσότερες γυναίκες αναγκάζονται να χρησιμοποιήσουν, όπως επίσης και την έλλειψη ενημέρωσης για τις εναλλακτικές λύσεις.

Τα Νοσοκομεία έχουν γίνει ο φυσικός τόπος για τον τοκετό και η Τεχνολογία με τη θεαματική εξέλιξη της έβαλε τη σφραγίδα της σ' όλες τις επιστήμες και κατόρθωσε να εισέλθει και στο χώρο της Μαιευτικής.

Είναι αναγκαίο να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γυναικών και να εντοπιστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή, καθώς και οι απόψεις των γυναικών για τη μαία και το μαιευτήρα. Τα αποτελέσματα θα ρίξουν φως στη μαιευτική πολιτική και θα δώσουν στις γυναίκες τη δύναμη να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους.

«Μόνο αν υπάρχει πολύ σοβαρός λόγος δικαιολογείται να παρέμβει κανείς στη φυσική πορεία μιας γέννας.»

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO)

«Δάσκαλος είναι το βρέφος. Αυτό θα μας διδάξει, θα μας καθοδηγήσει. Η μόνη προϋπόθεση είναι να είμαστε σεμνοί και αρκετά απλοί, αρκετά ανοιχτοί για να το ακολουθήσουμε.»

Φρεντερίκ Λεμπουαγιέ

ABSTRACT

Eleni Chatzigeorgiou: Women's rights in childbirth.

"ELEFTHO", 1:13-20, 2009

Childbirth's rights are very important for the safety and the well-being of the mother and the newborn. The reassuring of women's rights is considered to be one of the most important variables in the quality of women's health care. This study will present, through literature review, women's perceptions regarding their rights for informed choices as far as the place of birth and midwife or obstetrician are concerned. This women's right, is considered to be very important, as it is related with the "de-medicalization" of childbirth.

Key-words: *childbirth, right of choice, place of birth, midwife, obstetrician, de-medicalization" of childbirth.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ακινώσογλου Κ., Αποστολάκης Ε., Δουγένης Δ.: Αρχαία Ελληνική Ιατρική. 24(6), σελ. 605-611. Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2007.
- Albers L.L.: Evidence and midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 46, pp.130-136, 2001.
- Albers L.L.: The Evidence of physiological management of the active phase of the first stage of labour. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 452, pp. 207-215, 2007.
- Αμπάτζογλου Γ., Μανώπουλος Σ.: Προσεγγίσεις της γέννησης. Εκδόσεις "University Studio Press". Θεσσαλονίκη, 1998.
- Barber T., Rogers J., Sarah Marsh S.: The Birth Place choices Project: *British Journal of Midwifery*. Vol 14, no 10. October 2006.
- Barlow A., Hunter M., Conroy C., Lennan M.: An evaluation of the midwifery services at a New Zealand community maternity unit. *New Zealand College of Midwives*. 31, 7-11, 2004.
- Barros F.C., Victora C.G., Barros A.J.D. et al.: The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth-

- cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*, 365: 847-54, 2005.
- Bick D., McCourt C., Beake S.*: Choice, Culture, and Evidence-Informed Practice: Addressing the Future of the U.K. Maternity Services. Third Quarter 2004. Worldviews on Evidence-Based Nursing.
- Birth Centre Network: Birth Centres*: the key to modernising the maternity services. Briefing Paper for the All Party Parliamentary Group on the Maternity Services. Steering Group of the Birth Centre Network. Bristol, 2001.
- Boyd A.*: A childbirth educator speaks out of increased advocacy of normal childbirth. *Journal of perinatal education*. 15(1), 8-10, 2006.
- Γιαννοπούλου Α.Χ.*: Διλήμματα και προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική. Εκδόσεις "ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα, 1995.
- Campbell R., Macfarlane A., Hemsall V., Hatchard K.*: Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital. *Midwifery* .15, pp.183-193, 1999.
- Chamberlain G., Wraight A., Crowley P.*: Home births: the report of the 1994 confidential enquiry by the National Birthday Trust Fund. Parthenon Publishing Group Ltd. Carnforth, 1997.
- Childbirth Connection, October 2006a*: Available at <http://www.childbirthconnection.org/listeningtomothers/>
- Davis L.*: Keeping birth normal. MIDIRS Midwifery digest. 10(1), pp:57-58, 2000.
- Declercq E.R., Sakala C., Corry M.P., Applebaum S.*: Listening to Mothers II: The Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York, 2006.
- Department of Health*: Changing Childbirth Part 1. Report of the Expert Maternity Group. HMSO, London, 1993.
- Department of Health*: Keeping the NHS local. HMSO, London, 2003. Exeter District Community Health Service.
- Dimond B.*: The Nursing and Midwifery Council. *British Journal of Midwifery*. 10, 4, 239-242, 2002.
- Donnelly I.*: Universal Human Rights in: Theory and Practice. Cornell University Press. Ithaca, 1993.
- Donnison J.*: Midwives and Medical Men: a history of the struggle for the control of childbirth. Historical Publications Ltd. London, 1988.
- Δραγώνα-Μονάχου Μ.*: Φιλοσοφία και Ανθρώπινα Δικαιώματα. Εκδόσεις "Παπαζήση" 0148. Αθήνα 1986.
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο*: Ευρωπαϊκές Οδηγίες, 3620, 2005.
- European Midwives Association*: Annual report, 2006. Available from: http://www.ephpa.org/IMG/pdf/05.05.10_EHPF_Services_paper_ADOPTED_VERSION.pdf
- Fenwick J., Hauck Y., Downie J., Butt J.*: The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*, 21: 23-35, 2005.
- Fry S.T., Johnstone*: Ethics in Nursing Practice. USA, Blackwell, 2005.
- Garcia J., Redshaw M., Fitzsimons B. et al.*: First Class Delivery: a national survey of women's views of maternity care. Audit Commission. London, 1998.
- Goodman P., Mackey M.C., Tavakoli A.S.*: Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 46(2), 212-219, 2004.
- Gready M., Newburn M., Dodds R. et al.*: Birth Choices: women's expectations and experiences. Report of a research project Choices: childbirth options, information and care in Essex. National Childbirth Trust. London, 1995.
- Green J.M., Baston H.A.*: Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235-247, 2003.
- Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyer G.J., Sakala C.*: Continuous support for women during childbirth (Cochrane review). In The Cochrane Library. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd. Issue 4, 2003.
- Hundley V., Cruikshank F., Lang G., Glazener C., Milne J., Turner M., Blyth D., Mollison J., Donaldson C.*: Midwife-managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant-led care. *British Medical Journal*. 309, pp. 1400-1404, 1994.
- International Confederation of Midwives*: Midwifery: An autonomous Profession. Available at: <http://www.internationalmidwives.org>, 2005.
- Johanson R., Newburn M., Macfarlane A.*: Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*. 324 (7342): 892-895, 2002.
- Καρδιολής Ν.*: Τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα, 2001.
- Kennedy H.P.*: A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study. *J Midwifery & Women's Health*. Volume 45, No 1, pp. 4-19, 2000.
- Kennedy H., Shannon M.T.*: Keeping Birth Normal: Research Findings on Midwifery Care During Childbirth, *JOGNN* 33, (5) pp. 554-560, 2004.
- Kirkham M., Stapleton H.*: Informed Choice in Maternity Care: An Evaluation of Evidence Based Leaflets. NHS Centre for Reviews and Dissemination. University of York, 2001.
- Kitzinger S.*: Home Birth, London: Dorling Kindersley, 1991.
- Κοντογιάννη Μ., Κατσετός Γ.*: Τι επηρεάζει τις γυναίκες στην Αθήνα και επιλέγουν τοκετό στο σπίτι. *British Journal of Midwifery*. 16(1), pp. 44-50, 2008.
- Κυπριακή Δημοκρατία*: Τα δικαιώματα των ασθενών. Κυβερνητικό Τυπογραφείο. Κύπρος 2004.
- Κυριόπουλος Κ., Σουλιώτης Κ.*: Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση

- και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας. Εκδόσεις "Παπαζήση". Αθήνα, 2002.
- Lavender T., Chapple J.*: Models of Maternity Care: Summary of Findings. In: Maternity and Neonatal Workforce Group Report to the Department of Health. Department of Health. London, 2003.
- Μεράκου Κ., Γκαράνη Τ.*: Δικαιώματα ασθενών. Μια νέα παράμετρος στη φροντίδα υγείας. Ιατρική. 75, (2): 161-168, 1999.
- Moscucci O.*: Holistic Obstetrics: the origins of natural childbirth in Britain, 2003. www.Postgradmedj.com
- Μόσιαλος Η.*: Πού πάει η περίθαλψη στην Ευρώπη. Εφημερίδα "ΤΟ ΒΗΜΑ". 3 Φεβρουαρίου 2002.
- Μωραΐτου Μ.*: Μαιευτική Δεοντολογία και Νομοθεσία, 2005.
- Nolan M.*: A consumer perspective. The practicing midwife. 4, (6), pp: 15, 2001.
- NHS Maternity Statistics*: Statistical Bulletin England: 2001-02. Government Statistical Service. London, 2003.
- Odent M.*: Falling asleep in labour. In: Tha farmer and the obstetrician. Free association books, 2002.
- Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι.*: Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε Νοσοκομεία στην Αττική. Νοσοκομείο "ΑΤΤΙΚΟΝ". Αθήνα 2005.
- Prelesnik J.M.*: Midwifery Model of Care – Phase II: Midwife Lessons. Midwifery Today, 2006.
- Righard L.*: Making normal childbirth a normal process. Birth, 28(1), pp: 1, 2001.
- Rooks J., Wetherby N., Ernst R. et al.*: The National Birth Centre Study. Part II-Intrapartum and immediate postpartum and neonatal care. J Nurse Midwifery. 37(5): 301-30, 1992.
- Ryding E.L., Wijma K., Wijma B., Rydhstrom H.*: Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 77: 542-7, 1998.
- Sandall J., Davies J., Warwick C.*: Evaluation of the Albany Midwifery Practice: final report March 2001. Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, Kings College London. London, 2001.
- Thompson J.E.*: Human rights framework for midwifery care. Journal of Midwifery and Women's Health (2004). www.internationalmidwives Strategic Priorities January 1, 2005 to December 31, 2007.
- Τραγέα Ρ.*: Φυσικός Τοκετός. Εναλλακτικές Μέθοδοι Μαιευτικής Φροντίδας. Εκδόσεις "Παρισιάνος". Αθήνα 2005.
- Van Teijlingen E.R., Hundley V., Rennie A.M., Graham W., Fitzmaurice A.*: Maternity satisfaction studies and their limitations: 'What is, must still be best'. Birth, 30(2), 75-82, 2003.
- Wagner M.*: Pursuing the birth machine, the search for appropriate birth technology. Sydney, Australia, ACE graphics, 1994.
- Wagner M.*: Technology in Birth: First Do No Harm, Midwifery Today, 2000.
- Waldenstrom U., Turnbull D.*: A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services British Journal of Obstetrics & Gynaecology. 105(11), pp. 1160-70, 1998.
- WHO*: Care in Normal Birth: A Practical Guide. Family and Reproductive Health, WHO. Geneva, 1996.
- WHO*: Care in Normal Birth: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24, 1999. Available at: <http://www.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm>.

Σύγκριση μαιευτικού και ιατρικού μοντέλου μαιευτικής φροντίδας*

*Εισήγηση στο "15ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής" που πραγματοποιήθηκε στην Πάφο της Κύπρου, στις 21-22 Νοεμβρίου 2008. Κύριο θέμα Συνεδρίου: "Διευρυμένοι ρόλοι και σύγχρονες προκλήσεις".

Φανή Γονατά*

Η λέξη "μαία" προέρχεται από την αρχαιότητα. Έχει την ίδια ρίζα με τη λέξη "μητέρα" και οι αρχαίοι Έλληνες έδωσαν αυτό τον τίτλο στη γυναίκα που συμπαραστεκόταν στον τοκετό των άλλων γυναικών. Η φροντίδα που παρείχε βασιζόταν είτε στις προσωπικές της εμπειρίες, είτε στην παρουσία της σε άλλους τοκετούς και είχε την ικανότητα να εφαρμόζει στην πράξη τις γνώσεις που αποκτούσε (Τραγέα Ρ., 1999).

Με την πάροδο των χρόνων και την εξέλιξη της Ιατρικής άρχισαν να εμφανίζονται δυο διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς τη φροντίδα των εγκύων γυναικών: η μαιευτική και η ιατρική. Η μαιευτική φροντίδα που βασίζεται στο μαιευτικό μοντέλο εμπλέκει την τέχνη, την ποιότητα, την υποκειμενικότητα, τη θηλυκότητα, τη διαίσθηση, το συναίσθημα και τη δύναμη του μυαλού. Οι μαιευτήρες ακολουθώντας το ιατρικό μοντέλο φροντίδας βασίζονται αποκλειστικά στην επιστήμη, την ποσότητα, την αντικειμενικότητα, την αρρενοπρέπεια, τη λογική και το σώμα.

Το μαιευτικό μοντέλο φροντίδας επικεντρώνεται στα παρακάτω:

- υγεία και πρόληψη,
- η εγκυμοσύνη και τοκετός να θεωρούνται φυσιολογικές διεργασίες,
- οι παρεμβάσεις να γίνονται όπου χρειάζονται,
- η φροντίδα να είναι εξατομικευμένη,
- η γυναίκα να γεννά το παιδί της.

Συμπληρωματικά, η Alberts L. (2007) σε άρθρο της βασισμένο στις αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) προσθέτει την εμπλοκή της γυναίκας στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία της, τη στήριξη της από τη μαία στις όποιες αποφάσεις και επιλογές της, τη στήριξη και καθοδήγησή της για το μητρικό θηλασμό και την παροχή φροντίδας με ευαισθησία προς τις κοινωνικές και πολιτισμικές της πεποιθήσεις. Στη μαιευτική πράξη η εγκυμοσύνη θεωρείται φυσικό γεγονός στον κύκλο της ζωής της γυναίκας και ως τέτοιο αντιμετωπίζεται.

Το 2005 η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (ICM) σύμφωνα με τη Διακήρυξή της «...αναγνωρίζει τη μαία ως υπεύθυνη και υπόλογη επαγγελματία, που σε συνεργασία με τις γυναίκες εργάζεται για να δίνει την απαραίτητη στήριξη, φροντίδα και συμβουλές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, για να αναλαμβάνει με πλήρη ευθύνη τους τοκετούς και τη φροντίδα του νεογνού και του βρέφους. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, την προαγωγή του φυσικού

* Φοιτήτρια Μαιευτικής, Μεταβασικό Πρόγραμμα Μαιευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

τοκετού, την ανίχνευση επιπλοκών στη μητέρα και στο παιδί και πρόσβαση σε ιατρική ή άλλη βοήθεια και την εφαρμογή επειγόντων μέτρων».

Η μαία αναγνωρίζει την έγκυο ως ενεργό συνεργάτη στη φροντίδα της. Τη βοηθά να λύνει τα προβλήματά της, της δίνει πληροφορίες, συμβουλές και επιλογές και την εξουσία να αποφασίζει η ίδια για τον εαυτό της.

Πολλές μαίες αποφεύγουν να λένε το «ξεγεννώ παιδιά». Προτιμούν το «συμπαραστέκομαι στην έγκυο κατά τον τοκετό και παίρνω το παιδί», αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι η ίδια η γυναίκα φέρνει στον κόσμο το παιδί της.

Οι μαιευτήρες χρησιμοποιούν την Τεχνολογία γιατί δεν πιστεύουν στη δύναμη του σώματος (Teijlingen E., 1994). Η Αμερικανίδα μαία Betty Idarius σε συνέντευξή της για το περιοδικό "Sojourn" περιγράφει πολύ εύστοχα: «...Κατά τον τοκετό η γυναίκα ενστικτωδώς ξέρει τι να κάνει, πώς να αναπνέει, πώς να κινείται και πώς να γεννήσει το παιδί της... Ο τοκετός είναι μια απόκρυφη εμπειρία: αισθησιακή/σεξουαλική. Η γυναίκα που γεννά είναι χυμώδης, ολοκληρωμένη, μεστή. Χρειάζεται ιδιωτικότητα και σεβασμό ώστε να έρθει σε επαφή με τις δυνάμεις της. Μερικές γυναίκες ίσως χρειάζονται καθοδήγηση, αλλά οι περισσότερες όχι. ...Ο τοκετός είναι η στιγμή που όχι μόνο το σώμα εκδηλώνεται, αλλά και το πνεύμα».

Οι εμπειρίες της γυναίκας κατά τον τοκετό είναι πολύ σημαντικές. Οι Graham & Oakley (1986) υποστηρίζουν, πως «...Ακόμα κι αν το νεογνό δεν γεννηθεί ζωντανό, ο τοκετός παραμένει σημαντικό γεγονός».

Ο Wagner M. (1994) όπως αναφέρεται σε άρθρο των Walsh D. & Newburn M. (2002), αναπτύσσει την ιδέα του "κοινωνικού μοντέλου μαιευτικής φροντίδας" αναγνωρίζοντας μ' αυτό τον τρόπο και την κοινωνική υπόσταση της εγκύου γυναίκας. Ο Wagner ως παιδίατρος-επιδημιολόγος, έχοντας δουλέψει πολλά χρόνια για τον ΠΟΥ προκαλεί το ιατρικό μοντέλο μέσα από το βιβλίο του "Pursuing the Birth Machine", για το οποίο δέχτηκε δριμεία κριτική.

Το κοινωνικό μοντέλο τονίζει ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι φυσιολογικές διεργασίες. Επιπλέον, το γεγονός ότι η γυναίκα γίνεται μητέρα φέρνοντας στον κόσμο το παιδί της, δεν επηρεάζει μόνο το ιατρικό της προφίλ αλλά και τους κοινωνικούς της ρόλους, όπως τη μητρότητα και την κοινωνική της υπόσταση (Oakley, 1979, Rooks, 1999). Για παράδειγμα μπορεί γι' αυτήν να σημαίνει χαμηλότερο μισθό, απώλεια της εργασίας της και οικονομική εξάρτηση από τους άλλους (Teijlingen E., 2005).

Ιστορικά οι μαίες φαίνεται ότι κατανόησαν τον

κοινωνικό ρόλο της γυναίκας πολύ πιο πριν, όταν κατά το Μεσαίωνα εκδιώχθηκαν από την Καθολική Εκκλησία ως μάγισσες, που σκότωναν έμβρυα διενεργώντας εκτρώσεις. Στην πραγματικότητα, πίσω από κάθε έκτρωση υπήρχε η επικοινωνία, η κατανόηση και η βοήθεια της γυναίκας από τη μαία. Με τα δεδομένα της εποχής εκείνης η απώλεια του εμβρύου για τη μαία ήταν πιο σοφή ενέργεια από την απώλεια της γυναίκας. Της γυναίκας όχι μόνο με την έννοια του σώματος, του ζωντανού οργανισμού, αλλά και της νοικοκυράς, της συζύγου, της μητέρας των υπόλοιπων παιδιών, της προστάτιδας της οικογένειας και κατ' επέκταση της κοινωνίας (Davis, 2007).

Σε αντίθεση με το μαιευτικό μοντέλο φροντίδας το ιατρικό εστιάζει στην ενδεχόμενη παθολογία της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Η Μαιευτική-Γυναικολογία ως κλάδος της Ιατρικής επικεντρώνεται στη διάγνωση και θεραπεία επιπλοκών. Με την αιτιολογία της έγκαιρης παρέμβασης στην εμφάνιση παθολογικών σημείων, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός θεωρούνται ότι εξαρτώνται από την Τεχνολογία. Το ιατρικό μοντέλο αντιμετωπίζει τη γυναίκα παθητικά, ως ασθενή. Με διάφορους μηχανισμούς καθιστούν τις έγκυες ασθενείς-αντικείμενα, που πάνω τους πρέπει να γίνουν ορισμένες ερευνητικές διαδικασίες (Rothman, 2001).

Η συνεχής χρήση της Τεχνολογίας για παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου και η εμπλοκή των εμβρυολόγων στη φροντίδα, έχει οδηγήσει στην αντιμετώπιση του εμβρύου ως αντικείμενο, το έχει διαχωρίσει από τη μέλλουσα μητέρα, καθώς επίσης έχει υπερεκτιμήσει τα δικαιώματά του έναντι των δικών της.

Ένα από τα μεγαλύτερα "πιστεύω", που αναβλύζουν από την καρδιά και την παράδοση της μαιευτικής φροντίδας είναι η ακεραιότητα του ζεύγους "μητέρα-βρέφος". Η παρουσία μαιευτήρα και παιδίατρου στον τοκετό, όπως έχει καθιερωθεί από την κοινωνική ανάπτυξη σε πολλές χώρες, εξαναγκάζει από μια άποψη στο διαχωρισμό της μητέρας από το νεογνό.

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες, κυρίως σε χώρες που ευδοκιμεί η ιδιωτική ιατρική φροντίδα, οι μαιευτήρες έχουν πάρει την ευθύνη του φυσιολογικού τοκετού επιπρόσθετα από την παρακολούθηση των παθολογικών περιστατικών. Σε πολλές χώρες γυναίκες με φυσιολογικές εγκυμοσύνες υποβάλλονται κατά τον τοκετό σε χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών και ωκυτοκίνης. Γυναίκες χωρίς επιπλοκές ενθαρρύνονται να παραμένουν συνδεδεμένες με τον καρδιοτοκογράφο για συνεχή παρακολούθηση του εμβρύου

και να κάνουν επισκληρίδιο αναισθησία. Σε πολλές περιπτώσεις ο τοκετός γίνεται σε ύπτια θέση ή θέση λιθοτομίας και ο τραυματισμός του περινέου είναι συνηθισμένο γεγονός (Johanson R. et al., 2002).

Με την αύξηση της χρήσης της Τεχνολογίας και των παρεμβάσεων κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, έχει αυξηθεί το ποσοστό των καισαρικών τομών. «*In the US one third of all babies are cut out or pulled out*» λέει πολύ εύστοχα ο Teijlingen (1994).

Τα ποσοστά των καισαρικών τομών αυξάνονται με ανησυχητικούς ρυθμούς και οι μαιευτήρες είναι υπόλογοι γι' αυτό. Στη Βραζιλία, όπου το ποσοστό των καισαρικών τομών ανέρχεται στο 63%, οι μαιευτήρες έχουν βρεθεί να συμμετέχουν σ' αυτό ενεργά, χρησιμοποιώντας την πείρα και το κύρος τους στο να πείσουν τις γυναίκες να επιλέξουν την καισαρική τομή ως μέθοδο τοκετού (Johanson R. et al., 2002).

Παρόλο που προκύπτουν σημαντικές διαφορές ως προς τη φιλοσοφία, τον τρόπο σκέψης και εφαρμογής των γνώσεων μεταξύ των δυο μοντέλων, υπάρχει και κοινό έδαφος με σύγκλιση γνώσεων και δεξιοτήτων. Οι μαιές σπουδάζουν και καταρτίζονται επιστημονικά σε πανεπιστημιακές σχολές, μελετούν βιβλία και άρθρα που γράφτηκαν από γυναικολόγους, όπως Ανατομία, Μαιευτική, Γυναικολογία, Νεογνολογία, Ψυχολογία, ασχολούνται με την έρευνα, τη συγγραφή επιστημονικών βιβλίων, διδάσκουν στους φοιτητές της Ιατρικής το φυσικό τοκετό, παρακολουθούν συνέδρια, σεμινάρια, διαλέξεις κ.ά.

Τα τελευταία 15 χρόνια πολλές βελτιωτικές αλλαγές στη Μαιευτική και Γυναικολογία οφείλονται στην υιοθέτηση μεθόδων, που συνδέονται με τη μαιευτική τέχνη. Παράδειγμα προς μίμηση αποτελεί ο μεγάλος Γάλλος μαιευτήρας Michel Odent, θερμός υποστηρικτής του μαιευτικού μοντέλου και του σημαντικού ρόλου των μαιών στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, ο οποίος εργάστηκε επί δεκαετίες για τη βελτίωση της μαιευτικής πράξης.

Σήμερα, κανείς δεν αμφιβάλλει ότι η εξέλιξη τόσο της Ιατρικής όσο και της Τεχνολογίας έχουν συμβάλει στη μείωση των ποσοστών περιγεννητικής θνησιμότητας. Η ευκολότερη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, ο έλεγχος των λοιμώξεων, η μείωση του αριθμού των μελών της οικογένειας, το υψηλό βιοτικό επίπεδο, περιλαμβανομένης και της βελτίωσης της διατροφής, έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ελάττωση των ποσοστών αυτών στις χώρες του Δυτικού Κόσμου (Johanson R. et al., 2002). Η υγεία, λοιπόν, δεν περιορίζεται και δεν εξαρτάται μόνο από βιολογικούς παράγοντες, αλλά απαιτεί

περισσότερο κοινωνική προσέγγιση (Ζαχαριάδου Τ., 2008).

Η ιατρικοποίηση του τοκετού στις μέρες μας και η προστασία του κάτω από τη σκέπη της Τεχνολογίας έχει οδηγήσει τις μαιές σε πολλές χώρες να παρυσύρονται από το σύστημα. Μήπως είναι καιρός να αναλογιστούμε και να επαναπροσδιορίσουμε τους επαγγελματικούς μας στόχους; Ποιός είναι ο ρόλος της μαιάς; Μήπως είναι η πίστη στον άνθρωπο, η στήριξη και η ενδυνάμωση της γυναίκας για να αντεπεξέλθει στις δύσκολες ώρες του τοκετού; Ίσως αυτά είναι όλα που πραγματικά χρειαζόμαστε. Πίστη και ενδυνάμωση των μαιών μέσα από τη μελέτη, τη γνώση, την έρευνα και την τεκμηριωμένη εφαρμογή στον επαγγελματικό χώρο. Αν αφήσουμε για λίγο στην άκρη την Τεχνολογία και επικεντρωθούμε ξανά στις ανθρώπινες σχέσεις, εμπιστευτούμε τη φύση και πιστέψουμε στη δύναμη του ανθρώπινου μυαλού και σώματος, ίσως τότε να νιώσουμε την αγνή αγάπη που πηγάζει από τη γέννηση. Οι μαιές ενδυναμωμένες μπορούν να πετύχουν πολλά.

«*We don't need to wait for the majority to effect change. We just need a critical minority*» (Andrea Robertson, 1998).

Κλείνω την ομιλία μου με τις σκέψεις και τα "πιστεύω" της Αμερικανίδας μαιάς Shafia M. Monroe:

«*My role as a midwife is to help a woman and her partner celebrate her newness and embrace her sensuality.*

To support women-led births we must celebrate the beauty, sacredness and sexuality of pregnancy. Midwifery has taught me that birth is beauty in its most primal and intimate form. During the birth process, with a woman's nudity and the human smell of life emerging, I feel wonder and admiration.

After each birth, I see women transformed as goddesses. But maybe only a midwife can see this».

Fani Gonata: Comparison of the midwifery and the medical model of obstetric health care.

"ELEFTHO", 1:21-24, 2009

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alberts L.L.: Using Evidence-Based Care to Improve Women's Health in Childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 52(3), pp: 181-182, 2007.
- Fletcher M., Fraser D.M., Cooper M.A.: *Myles Textbook for Midwives*. Fourteenth edition. London: Churchill Livingstone, 2007.
- Ζαχαριάδου Τ.: *Σημειώσεις Κοινωνιολογίας της Υγείας*

ας. Αυτοέκδοση, 2008.

Johanson R., Newburn M., Macfarlane A.: Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal*. 324, pp: 892-895, 2002.

Τραγέα Ρ.: Μαιευτική Φροντίδα. Εκδόσεις "Δ. Γιαννακόπουλος". Αθήνα, 1999.

Van Teijlingen E.: A Critical Analysis of the Medical Model as use in the Study of Pregnancy and Childbirth. *Sociological research online*. 10(2), 2005.

Walsh D., Newburn M.: Towards a social model of childbirth: part one. *British Journal of Midwifery*. 10(8), pp: 476-481, 2002.

Walsh D., Newburn M.: Towards a social model of childbirth: part two. *British Journal of Midwifery*. 10(9), pp: 540-549, 2002.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html
2. <http://hubpages.com/hub/Expectant-Mothers-Choose-Midwifery-or-Medical-Models-of-Care>
3. <http://www.ourbodiesourselves.org/book/companion.asp?id=21&compID=121>
4. <http://www.midwiferytoday.com/articles/midwiveshonor.asp>
5. <http://www.midwiferytoday.com/articles/EnduringQualities.asp>

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ



GYNAECOLOGY AND FERTILITY CENTRE

**Ζητούνται Μαίες για την κάλυψη αναγκών
νέας Γυναικολογικής-Μαιευτικής Κλινικής στη Λευκωσία Κύπρου**

Προσόντα

- Απόφοιτες ΤΕΙ ή άλλης ισότιμης Σχολής
- Προϋπηρεσία απαραίτητη

Ωφελήματα

- Μηνιαίες απολαβές 2.100 € (μέχρι 38 ώρες την εβδομάδα)
- Μηνιαίες απολαβές 3.000 € (μέχρι 57 ώρες την εβδομάδα)
- 13ος μισθός
- Ετήσια άδεια 24 εργάσιμες ημέρες

Για πληροφορίες και αποστολή βιογραφικών

Τηλ: 00357 22 255000, Fax: 00357 22 257000, E-mail: info@isisclinic.com

Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία

Αγγελική Αργέντου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα ζωής είναι έννοια υποκειμενική και ασαφής. Με τον τρόπο που χρησιμοποιείται προσφέρει συνήθως ελπίδα και νόημα, αλλά στερείται επικέντρωσης και ακρίβειας. Στις κλινικές έρευνες υπάρχει περιορισμένη αντίληψη για την ποιότητα ζωής. Δεν εννοούμε την ευτυχία, την ικανοποίηση, τις συνθήκες διαβίωσης, τις κλιματολογικές συνθήκες ή το περιβάλλον. Μιλάμε για την υγεία, που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, για τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, που σχετίζονται με την υγεία.

Λέξεις-κλειδιά: ποιότητα ζωής, υγεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διάσταση της υγείας αποτελεί για τους επιδημιολόγους, τους δημογράφους, τους βιοστατιστικούς, τους ψυχολόγους και τους οικονομολόγους ένα από τα πιο σημαντικά θέματα προς διερεύνηση. Διαφορετικές προσεγγίσεις έχουν διερευνηθεί ώστε να διατυπώσουν την έννοια της υγείας, καθώς επίσης και να αναλύσουν τους τομείς της υγείας που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής (Yfantopoulos J., 2001).

Ορισμός της υγείας

Ένα από τα πολυπλοκότερα και αντιφατικότερα ζητήματα στη μελέτη της υγείας είναι ο ορισμός της υγείας. Αν αναζητήσουμε στη βιβλιογραφία τον ορισμό της υγείας θα βρούμε όχι μια, αλλά πολλές εκδοχές και ορισμένες μάλιστα αρκετά διαφορετικές μεταξύ τους (Τούντας Γ., 2001). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας: «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (World Health Organisation, 1984).

Όμως, παρά την ύπαρξη της επίσημης αυτής εκδοχής στην πλειοψηφία του ο ιατρικός κόσμος συνεχίζει να ταυτίζει την υγεία με την απουσία της αρρώστιας, ενώ οι κοινωνικοί επιστήμονες δίνουν με διαφορετικές συχνά προσεγγίσεις ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ευεξίας. Η υγεία είναι σύνθετο φαινόμενο που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, οι περισσότεροι από τους οποίους σχετίζονται με τη βιολογία, τη συμπεριφορά και το περιβάλλον. Συνεπώς, ο ορισμός της υγείας υπόκειται επίσης σε αναρίθμητες υποκειμενικές διαφοροποιήσεις, αφού κάθε άνθρωπος αποτελεί ξεχωριστή οντότητα, με διαφορετική συνείδηση της

* Μαΐα, MSc & Diploma Reproductive and Sexual Health Research, University of London. MSc Προληπτική και Κοινωνική Ιατρική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Γ.Ν. Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Α' Μ/Γ Κθινική, Εργαστηριακή Συνεργάτης ΤΕΙ Αθηνών, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Μαιευτικής.

ύπαρξής του και τελείως ιδιαίτερη βιολογική και ψυχική ιδιοσυγκρασία (Τούντας Γ., 2001).

Η έννοια της ευεξίας, που εισήγαγε ο ΠΟΥ, αποτέλεσε το υπόβαθρο για να αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια πλούσιος προβληματισμός σχετικά με την έννοια της θετικής υγείας. Η θετική υγεία δεν ταυτίστηκε μόνο με τη σωματική υγεία, αλλά και με την ψυχική υγεία και την κοινωνική ευεξία. Σύγχρονοι Άγγλοι γιατροί, όπως ο J. Aston και ο H. Seymour, όρισαν την υγεία ως «*υγιή ψυχή σε υγιές σώμα*».

Μια διαφορετική προσέγγιση είναι αυτή που ορίζει τη θετική υγεία «*ως την κατάσταση εκείνη κατά την οποία το άτομο είναι σε θέση να επιδιώξει την εκπλήρωση των ρεαλιστικών του επιλογών σε αντιστοιχία με τη βιολογική του δυνατότητα*».

Όλες αυτές οι απόπειρες ορισμού της θετικής υγείας θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες: στην πρώτη κατηγορία, που σύμφωνα με τον ΠΟΥ και τους J. Aston και H. Seymour θα αφορά τη νοηματική προσέγγιση της θετικής υγείας (perceptual), και στη δεύτερη κατηγορία που θα αφορά τη λειτουργική προσέγγιση της θετικής υγείας (Τούντας Γ., 2001, Breslow L.A., 1972, Williams R., 1983).

Θέλοντας ο ΠΟΥ να δώσει σάρκα και οστά στην έννοια της θετικής υγείας, το 1986 διατύπωσε τη γνωστή στρατηγική: "Υγεία για όλους 2000" (Health for All 2000), στην οποία εκτός από το στόχο «*περισσότερα χρόνια ζωής*», πρόσθεσε για πρώτη φορά και το στόχο «*περισσότερη υγεία στα χρόνια ζωής*». Ωστόσο, για τη μέτρηση της θετικής υγείας ερευνητές έχουν διαμορφώσει μεθοδολογικές προσεγγίσεις προς δυο κυρίως κατευθύνσεις. Πρώτα επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στις μετρήσεις των επιπτώσεων της νόσου, έτσι όπως αυτές επηρεάζουν την ποιότητα της καθημερινής ζωής, άρα και την ευεξία, και στη συνέχεια επεκτείνονται στις μετρήσεις της θετικής υγείας, που περιλαμβάνει την αξιολόγηση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (Kemmler J.R., 1993).

Η έννοια της ποιότητας ζωής

Ποιότητα ζωής (quality of life) ή ευημερία (well being) ή καλή ζωή (good life) είναι όροι, που διαχρονικά βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος. Συζήτηση για την ποιότητας ζωής έγινε από την εποχή του Αριστοτέλη. Όμως, η μελέτη της ποιότητας ζωής ξεκίνησε τη δεκαετία του '70 με σκοπό να αποτυπώσει τις επιδράσεις που έχουν στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων οι διαφορετικές καταστάσεις, που βιώνουν. Έκτοτε, ο πολυπαραγοντικός χαρακτήρας της ποιότητας ζωής παρακολουθείται

και αναλύεται συστηματικά και αποτελεί αντικείμενο μελέτης και συνεργασίας πολλών ειδικοτήτων, όπως των Κοινωνικών Επιστημών, της Δημογραφίας, της Επιδημιολογίας κ.ά. (Τούντας Γ., 2001).

Η σημασία της ποιότητας ζωής για τον άνθρωπο αναγνωρίζεται και προωθείται από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) μέσα από τις διάφορες διακηρύξεις και συμβάσεις. Η "Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων" του ΟΗΕ, που καταρτίστηκε το 1948, μολονότι δεν περιέχει τον όρο «*ποιότητα ζωής*», εντούτοις καλύπτει την έννοιά του κυρίως στα άρθρα 3 και 25, που αφορούν αντίστοιχα: «*ζωή, ελευθερία, ασφάλεια...*» και «*...επίπεδο ζωής, που εξασφαλίζει υγεία και ευεξία...*» (Νάκου Σ., 2001).

Το 1946 ο ΠΟΥ με το Σύνταγμα του τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας και ορίζει την υγεία ως «*φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας*». Στη συνέχεια η τροποποιημένη δήλωση του ΠΟΥ που εκδόθηκε το 1991, συμπεριλαμβάνει συγκεκριμένη αναφορά στην ποιότητα ζωής: «*... όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό της υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά*» (WHO-EURO, 1991). Ενώ το 1995 ο ΠΟΥ τονίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής δίνοντας μεγαλύτερο βάρος στην υποκειμενική διάστασή της και στις θετικές σκέψεις, εισάγει την πολιτισμική διάστασή της που τροποποιεί τις ατομικές αντιδράσεις στην αρρώστια, τονίζοντας «*την υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο των πολιτιστικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους*» (The WHOQOL GROUP, 1995).

Κάτω απ' αυτή την ευρύτερη έννοια της "καλής ζωής" κάθε επιστήμη προσεγγίζει την έννοια της ποιότητας ζωής από διαφορετική οπτική γωνία. Ποικίλες προσεγγίσεις έχουν αναπτυχθεί από διαφορετικούς κλάδους όπως της Επιδημιολογίας, της Δημογραφίας, της Κοινωνιολογίας, της Ψυχολογίας και της Οικονομίας, για την αξιολόγηση των διαφορετικών διαστάσεων της "καλής ζωής". Οι βασικές προσεγγίσεις είναι τέσσερις:

- Η πρώτη είναι η **επιδημιολογική** ή **βιοϊατρική**, η οποία επικεντρώνεται στην κατηγοριοποίηση των ασθενών σύμφωνα με τα συμπτώματα της κάθε ασθένειας και εξετάζει τις διαφορετικές περιπτώσεις θεραπείας.
- Η δεύτερη είναι η **λειτουργική** ή **δυσλειτουργική**

γική, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως η προέκταση της βιοϊατρικής προσέγγισης καθώς επικεντρώνεται στη μέτρηση της επίδρασης των βιοϊατρικών συνθηκών ή των δυσλειτουργικών καταστάσεων της υγείας, πάνω στις ικανότητες και τις αισθήσεις των ατόμων όσον αφορά τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

- Η τρίτη είναι η **πολιτιστική**, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως η προέκταση των δυο πρώτων προσεγγίσεων και αφορά το στιγματισμό που υφίστανται από την κοινωνία τα άτομα με αποκλίνουσα συμπεριφορά.

- Η τέταρτη είναι η **οικονομική**, όπου σύμφωνα μ' αυτή την προσέγγιση η θεωρία της ωφελιμότητας είναι θεμελιώδης για τον ορισμό και τη μέτρηση της "καλής ζωής".

Το βέβαιο είναι ότι ο σαφής και ακριβής προσδιορισμός μιας τόσο σύνθετης έννοιας όπως είναι η ποιότητα ζωής, βρίσκεται σε διαδικασία συνεχούς εξέλιξης. Οι διαφορετικές απόψεις που έχουν διατυπωθεί μέχρι σήμερα σχετικά με την έννοια και το περιεχόμενο της ποιότητας ζωής των κοινωνιών, έχουν διαμορφώσει παράλληλα μια σειρά από κοινά αποδεκτές αντιλήψεις για τους παράγοντες εκείνους, που χρειάζονται άμεση προσοχή και παρακολούθηση σε διεθνή κλίμακα. Αυτή η ανάγκη παρακολούθησης των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, οδήγησε σταδιακά στην ανάπτυξη νέων επιστημονικών πεδίων. Στο πλαίσιο αυτής της εξειδικευμένης προσέγγισης εντάσσεται και η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία μελετά την επίδραση που μπορεί να έχει το επίπεδο υγείας του πολίτη στην καθημερινή ζωή του και στην ικανότητά του να λειτουργεί κανονικά. Παραδοσιακά, η υγεία αποτελούσε αντικείμενο μελέτης αποκλειστικά της ιατρικής επιστήμης. Στις σύγχρονες κοινωνίες όμως, η υποκειμενική άποψη του ασθενή για την ιατρική φροντίδα που του παρέχεται, έχει αποκτήσει ειδική βαρύτητα και αναγνωρίζεται ως καθοριστική παράμετρος παρακολούθησης, μέτρησης και αξιολόγησης της ευημερίας του ατόμου.

Ποιά είναι, όμως, η πλέον κατάλληλη φροντίδα υγείας και πώς αξιολογείται; «*Το ιδεώδες αποτέλεσμα μιας ιατρικής παρέμβασης είναι η επιστροφή του ασθενή στην κανονική ή συνήθη ποιότητα ζωής του, δεδομένης της ηλικίας του και της κλινικής του κατάστασης.*» Η προσπάθεια αυτή για την εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, έχει αποδώσει ήδη μια σειρά από διεθνείς

τοποθετήσεις και ορισμούς, όπως: «*Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη υγεία είναι η ανάλυση εκείνη, η οποία μετρά την επίδραση των θεραπευτικών διαδικασιών στην ολιστική προσέγγιση της ζωής του ατόμου.*». Ένας άλλος ορισμός της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία, που υιοθετήθηκε από το χώρο της Δημόσιας Υγείας είναι ο παρακάτω: «*Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι η αξία που αναπτύσσεται στη διάρκεια της ζωής, η οποία τροποποιείται από τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από αρρώστια, τραύμα, θεραπεία ή πολιτική υγείας*» (Bullinger M., 1991).

Είναι σαφές ότι η υγεία δεν πρέπει να μετριέται μόνο μέσω των σωματικών δεικτών, αλλά θα πρέπει να αξιολογούνται ταυτόχρονα κι άλλοι παράγοντες όπως η προσωπική αντίληψη του ατόμου για τη λειτουργικότητά του, η ψυχολογική του κατάσταση και οι κοινωνικές του σχέσεις. Είναι γεγονός ότι η Ιατρική μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη εκείνου του επιπέδου υγείας το οποίο αυξάνει το δυναμικό υγείας των ατόμων, αλλά δεν μπορεί από μόνη της να προσδιορίσει εξολοκλήρου την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Έτσι, στη διαμόρφωση της έννοιας της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, εμπλέκεται μια σειρά παραγόντων όπως η φυσική υγεία και λειτουργικότητα, η κοινωνική ευημερία και η συναισθηματική ικανοποίηση (Bullinger M., 1991, Bullinger M. et al., 1999).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία αφορά τόσο τους ασθενείς όσο και τους υγιείς. Όσον αφορά τους ασθενείς, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μετρά τις επιπτώσεις μιας νόσου εκφράζοντας το βαθμό κατά τον οποίο η συνήθης σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία επηρεάζεται από τη νόσο ή από τη θεραπεία της. Αποτελεί τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη μέθοδο υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας, η οποία αντανακλά αποτελεσματικά την επιβάρυνση της υγείας, ιδιαίτερα στην περίπτωση των χρόνιων παθήσεων ή την επίδραση μιας νέας θεραπευτικής τεχνικής ή φαρμάκου. Έτσι, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία διαμορφώνεται κυρίως από την κατάσταση υγείας, τη λειτουργικότητα, τις γνώσεις για τη νόσο, τις συνήθειες υγείας, τη χρήση των υπηρεσιών, το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα, την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου, την οικονομική του κατάσταση, την ψυχολογική του κατάσταση καθώς και το μορφωτικό του επίπεδο. Όμως όσον αφορά το γενικό πληθυσμό, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής βασίζεται στην εκτίμηση που κάνει το ίδιο το άτομο για την κατάσταση της υγείας

ας του προσλαμβάνοντας φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διαστάσεις (Schuessler K.F. & Fisher G.A., 1985, Fayers P.M. & Sprangers A.G.M., 2002, Wu A.W., Jacobson D., Berson R. et al., 1997).

Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής έχει ως βασικό στόχο την ολιστική αποτίμηση της υγείας ενός ατόμου και ενός πληθυσμού, η οποία δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ειδικότερα, οι κυριότεροι λόγοι που σχετίζονται με τη σκοπιμότητα υλοποίησης μελετών μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε πληθυσμιακό ή ατομικό επίπεδο είναι οι ακόλουθοι (Fitzpatrick R. et al., 1992, Ebrahim S., 1995, The WHOQOL GROUP, 1995, Νάκου Σ., 2001, Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Σκουρολιάκου Μ., 1996, Segovia J., Bartlett R.F., Edwards A.C., 1989):

- εκτίμηση και διαχρονική παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού,
- εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού,
- εντοπισμός ομάδων υψηλού κινδύνου για εμφάνιση χαμηλής ποιότητας ζωής,
- αξιολόγηση της εφαρμοζόμενης πολιτικής υγείας και ιεράρχηση προτεραιοτήτων,
- κατανομή των πόρων στον τομέα της υγείας,
- πληροφόρηση σχετικά με τη διάθεση των πόρων,
- εκτίμηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας,
- υλοποίηση προγραμμάτων,
- ανίχνευση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων,
- εκτίμηση των προσωπικών αναγκών υγείας,
- διάγνωση της έκτασης και της βαρύτητας της αρρώστιας, πρόγνωση,
- αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας,
- αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας,
- εκτίμηση της σχετικής αξίας και της αποτελεσματικότητας διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων,
- εκτίμηση της αντίληψης του ασθενούς για την ποιότητα και τη διαθεσιμότητα της φροντίδας υγείας,
- παρακολούθηση της κατάστασης υγείας ομάδων ασθενών σε διαφορετικές χρονικές περιόδους,
- ανάλυση κόστους – ωφέλειας,

- οικονομικός έλεγχος.

Οι παραπάνω λόγοι μέτρησης της ποιότητας ζωής πραγματοποιούνται με κύριους στόχους:

- την αύξηση της μακροβιότητας,
- τη μείωση της νοσηρότητας,
- την ευεξία των ατόμων ή όπως εκφράζεται στους στόχους του ΠΟΥ: «την προσθήκη χρόνων στη ζωή και ζωής στα χρόνια» (WHO-EURO, 1985).

Τα τελευταία 20 χρόνια έγιναν πολλές ερευνητικές προσπάθειες για τη μέτρηση των διαφορετικών πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία περιλαμβάνει τις παρακάτω διαστάσεις:

α) τη φυσική διάσταση, η οποία περιλαμβάνει την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, την ικανότητα για εργασία και τη φυσική λειτουργία,

β) την ψυχολογική διάσταση, η οποία περιλαμβάνει τους υποκειμενικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής,

γ) την κοινωνική διάσταση, η οποία περιλαμβάνει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή.

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω διαστάσεων είναι η έκφραση της ζωτικότητας του ατόμου, της εσωτερικής ηρεμίας του, των φόβων και των ανησυχιών του, του τρόπου αντιμετώπισης του μέλλοντος και τέλος της αυτοεκτίμησής του.

Κατόπιν σχεδιάστηκαν και σταθμίστηκαν γενικοί και ειδικοί δείκτες μέτρησης, οι οποίοι παρακολουθούν τη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του ατόμου μετά την εμφάνιση μιας ασθένειας, αλλά και το βαθμό στον οποίο το άτομο είναι ικανοποιημένο από το είδος και τον τρόπο με τον οποίο του παρέχεται φροντίδα για την αποκατάσταση της υγείας του.

Οι δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία διακρίνονται σ' εκείνους που μετρούν την αντικειμενική λειτουργικότητα (objective functioning) του ατόμου, την οποία τόσο ο θεράπων ιατρός όσο και ο ασθενής είναι σε θέση να μετρήσουν αντικειμενικά, και σ' εκείνους που μετρούν την υποκειμενική ευημερία (subjective well-being), η οποία αξιολογείται μόνο από τους ίδιους τους ασθενείς, όπως λ.χ. τα επίπεδα του πόνου ή της έντασης που αισθάνονται. Η υποκειμενική μέτρηση της υγείας έχει εφαρμογή σε κάθε περίπτωση όπου εμφανίζονται διλήμματα επιλογής μεταξύ εναλλακτικών παρεμβάσεων και πρέπει να συνεκτιμηθούν παράγοντες που αφορούν την ποιότητα ζωής. Όμως, είναι εξαιρετικά σημαντικό η μέτρηση της ποιότητας ζωής να προσεγγίζεται αμφίπλευρα (Κυριόπουλος Γ. & συν., 2003).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι πρώτες προσπάθειες μέτρησης της ποιότητας ζωής ξεκινούν γύρω στο 1970. Μέχρι τις αρχές του 1990 είχε εμφανιστεί πλήθος εργαλείων, τα οποία είχαν χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη υγεία. Στην πορεία ακολούθησαν έντονες προσπάθειες για την αναβάθμιση της μελέτης της ποιότητας ζωής, δίνοντας έμφαση στην εξακρίβωση των στόχων και των σκοπών των μελετών, στη βελτίωση των εργαλείων ως προς την καταλληλότητά τους, στην αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους, καθώς και στη σωστή επιλογή και χρήση των εργαλείων (Νάκου Σ., 2001, Κυριόπουλος Γ. & συν., 2003).

Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής ανήκουν σε δυο βασικές κατηγορίες:

α) στα εργαλεία γενικής χρήσης (Generic Instruments), τα οποία είναι σχεδιασμένα να μετρούν το επίπεδο της υγείας του γενικού πληθυσμού καθώς και των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών ομάδων, ενώ εφαρμόζονται ευρέως σε διάφορους τύπους ασθενειών, ανικανοτήτων, διαταραχών και ιατρικών θεραπειών,

β) στα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments), τα οποία είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να μετρούν τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας ή τις αλλαγές στα στάδια μιας συγκεκριμένης ασθένειας.

Η τελική επιλογή του κατάλληλου εργαλείου εξαρτάται από τους στόχους των ερευνητών και τη φύση των υποκειμενικών μετρήσεων.

Παρακάτω αναφέρονται ενδεικτικά κάποια από τα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, τα οποία χρησιμοποιούνται τις τελευταίες δεκαετίες (Kielhorn A., 2000):

A. Εργαλεία γενικής χρήσης (Generic Instrument)

- Επισκόπηση υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey) (Ware J.E., 1993),
- Ερωτηματολόγιο Euro-quality of life (Euro-qol),
- Ερωτηματολόγιο World Health Organization Quality of Life 100 και η βραχεία μορφή του (Ware J.E., 1993),
- Επισκόπηση υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile) (Hunt S.M. et al., 1981),
- Απεικόνιση των επιπτώσεων της αρρώστιας (Sickness Impact Profile) (Bergner M., Bobbit R., Carter W., Glison B., 1981),
- Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (General Health Questionnaire) (Goldberg D., 1972),
- Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (General

Health Ratings Index).

B. Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments)

- Δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky (Karnofsky Performance Index) (Karnofsky D.A., Burchenal J.H., 1949).
 - Δείκτης λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Performance Status) (World Health Organization, 1979).
 - Δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (Katz Index of Activities of Daily Living) (Katz S.T. et al., 1963).
 - Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής (Spitzer Quality of Life Index) (Spitzer W.O. et al., 1981).
 - Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο (McGill Pain Questionnaire) (Melzack R., Torgerson W.S., 1971).
 - Κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στην αρρώστια (Psychological Adjustment to Illness Scale) (Morrow G.R., Chiarello R.J., Derogatis L.R., 1978).
- Επίσης, συχνά χρησιμοποιούνται και οι ακόλουθοι δείκτες μέτρησης της επίπτωσης της νόσου ή αναπηρίας στο προσδόκιμο ζωής (Ραχιώτης Γ., Μπεχράκης Κ.Π., 2006, Τούντας Γ., 2001).
- Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης (Health Life Expectancy).
 - Ποιοτικώς προσαρμοσμένα χρόνια ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALYS).
 - Χρόνια ζωής απαλλαγμένα από ανικανότητα (Disability Adjusted Life Years – DALY).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ανάπτυξη των δεικτών ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία αποδίδουν στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας κεντρικό ρόλο. Είναι εύλογο, λοιπόν, η υιοθέτηση τέτοιων μετρήσεων και η ενσωμάτωσή τους στα διάφορα υποδείγματα σχεδιασμού υγειονομικών υπηρεσιών να αποτελεί κοινωνική και πολιτική προτεραιότητα στην εποχή μας (Δημολιάτης Γ. και συν., 2002).

ABSTRACT

Angeliki Argentou: Quality of Life related to Health.

"ELEFTHO", 1:25-30, 2009

Quality of life has a subjective and vague meaning. The way that is being used gives hope and significance, but it lacks of precision and central clarification. In clinical trials, there is a limited understanding of quality of life. We don't mean, happiness, satisfac-

tio, state of living, climatic condition or environment. We talk about health that is related to quality of life, we talk about the dimensions of quality of life that are related to health.

Key-words: *quality of life, health.*

ΒΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Yfantopoulos J.:* Quality of life and QUALYs in the measurement of health. Archives of Hellenic medicine, 18(2): 114-130, 2001.
- Τούντας Γ.:* Κοινωνία και Υγεία. 2η Έκδοση. Εκδόσεις "ΟΔΥΣΣΕΑΣ". Αθήνα, 2001.
- World Health Organisation, Annex Constitution of the WHO:* The First Ten Years of WHO. WHO, Geneva, 1984.
- Breslow L.A.:* Quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. International Journal of Epidemiology, 1-4, 1972.
- Williams R.:* Concepts of Health: an analysis of lay logic. Sociology, 1983, 17-19.
- Kemm J.R.:* Towards an epidemiology of positive of health. Health Promotion International, 8: 83-85, 1993.
- Νάκου Σ.:* Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 254-266, 2001.
- WHO-EURO:* Targets for Health for all: the health policy for Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991.
- The WhoQol Group, The World Health Organisation Quality of life Assesment (WHOQOL):* Position Paper from the Health Organisation. Social Science Medicine, 41: 1403-1409, 1995.
- Bullinger M.:* Quality of life: definition, conceptualisation and implications- a methodological view. Theoretical Surgery, 6: 413-148, 1991.
- Bullinger M., Anderson R., Cella D., Aaronson N.:* Instruments from minimum requirements to optimal models. Quality of life Research, 2: 451-459, 1999.
- Schuessler K.F., Fisher G.A.:* Quality of life research and sociology. Annual Review of Sociology, 11: 129-149, 1985.
- Fayers P.M., Sprangers A.G.M.:* Understanding self-rated health. Lancet, 359: 187-188, 2002.
- Wu A.W., Jacobson D., Berson R. et al.:* The effect of mode of administration on medical outcomes study health ratings and EuroQol scores in AIDS. Quality of Life Research, 6: 1, 1997.
- Fitzpatrick R., Fletcher A., Gone S., Jones D., Spiegelhalter D., Cox D.:* Quality of life measures in health care. Applications and issues and assessment. British Medical Journal, 305: 1074-1077, 1992.
- Ebrahim S.:* Clinical and public health perspectives and applications of health related quality of life measurement. Social Science Medicine, 41: 1383-1394, 1995.
- The WHOQOL GROUP, The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL):* Position paper from the Health Organization. Soc Sci Med, 41: 1403-1409, 1995.
- Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Σκουρολιάκου Μ.:* Φαρμακοοικονομία. Αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης. Εκδόσεις «ΕΞΑΝΤΑΣ», Αθήνα, 1996.
- Segovia J., Bartlett R.F., Edwards A.C.:* An empirical analysis of the dimensions of health status measures. Soc Sci Med, 29: 761-768, 1989.
- WHO-EURO:* Targets for Health for all: the health policy for Europe. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1985.
- Κυριόπουλος Γ., Βανδώρου Χ., Γείτονα Μ., Κάβουρα Μ.:* Ποιότητα ζωής. 1η Έκδοση. Ιατρικό Τμήμα Janssen-Cilag. Αθήνα, 2003.
- Kielhorn A., Graf von der Schelenburg J.-M.:* The Health Economics Handbook. Adis: 2000.
- Ware J.E.:* The SF-36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, 1993.
- Hunt S.M. et al.:* The Nottingham health profile: subjective health status and medical consultations. Soc Sci Med, 15: 16-18, 1981.
- Bergner M., Bobbit R., Carter W., Glison B.:* The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. Med Care, 19: 787-805, 1981.
- Goldberg D.:* Detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press. Oxford, 1972.
- Karnofsky D.A., Burchenal J.H.:* The clinical evaluation of chemotherapeutic agents. In: McLeod (ed) Cancer in Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia University Press. New York, 1949.
- World Health Organization:* Handbook for reporting results of cancer treatment. WHO Offset Publ., No 48. Geneva, 1979.
- Katz S.T., Ford A.B., Mosowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W.:* Studies of illness in the aged. JAMA, 185: 914-919, 1963.
- Spitzer W.O., Dobson A.J., Hall J.:* Measuring the quality of life of cancer patients. J Chron Dis, 34: 595-597, 1981.
- Melzack R., Torgerson W.S.:* On the language of pain. Anaesthesiology, 34: 50-59, 1971.
- Morrow G.R., Chiarello R.J., Derogatis L.R.:* A new scale for assessing patients' psychological adjustment to medical illness. Psychol Med, 8: 605-610, 1978.
- Ραχιώτης Γ., Μπεχράκης Κ.Π.:* Ποιότητα ζωής. Ενωσιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα. Ιατρική, 89(2): 184-194. Αθήνα, 2006.
- Δημοσιότητα Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαλήτης Τ.:* Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα. Εκδόσεις "ΘΕΜΕΛΙΟ". Αθήνα, 2002.

Μαιευτική φροντίδα σε γυναίκες Ρομά (Τσιγγάνες)

Μιχαήλ Μώρος*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στα Μαιευτικά Τμήματα των Νοσοκομείων προσέρχονται εγκυμονούσες και επίτοκες γυναίκες, οι οποίες ανήκουν σε διάφορες μειονότητες και ομάδες και καθεμιά απ' αυτές παρουσιάζει ιδιαίτερα κοινωνικά, οικονομικά, θρησκευτικά και μορφωτικά χαρακτηριστικά, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο η κάθε γυναίκα αντιμετωπίζει το γεγονός της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας της. Μια από τις μειονότητες αυτές με την οποία ερχόμαστε καθημερινά σε επαφή είναι οι τσιγγάνοι (Ρομά), μια ομάδα με τις δικές της συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες, που αρκετά συχνά αποτελεί αντικείμενο ρατσιστικής κοινωνικής αντιμετώπισης για λόγους που δεν αποτελούν αντικείμενο μελέτης του άρθρου αυτού.

Στον τομέα της Μαιευτικής που μας αφορά, η καθημερινή πράξη αποδεικνύει ότι δεν είναι λίγες οι φορές που η συνεργασία τσιγγάνων εγκύων, επιτόκων και λεχωίδων με το μαιευτικό προσωπικό καθίσταται προβληματική για διάφορους λόγους. Παρά ταύτα η παροχή ολοκληρωμένης μαιευτικής φροντίδας σε τσιγγάνες γυναίκες είναι πράξη ανθρωπισμού και ενεργού υπηρεσίας στη γυναίκα και στη μητέρα.

Λέξεις-κλειδιά: μειονότητες, τσιγγάνες, ρατσισμός, μαιευτική φροντίδα, υπηρεσίες υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με το "Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη των Ελλήνων Τσιγγάνων" ο πληθυσμός τους στην Ελλάδα υπολογίζεται περίπου στα 250.000-300.000 άτομα. Από τους ανθρώπους αυτούς το 15% περίπου κατοικεί σε αντίσκηνα και παράγκες, ωστόσο το ποσοστό αυτό αφορά μόνο τους Έλληνες πολίτες. Στη μεγάλη τους πλειοψηφία είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι στο θρήσκευμα, ενώ 35.000 περίπου είναι Μουσουλμάνοι και αποτελούν μέλη της επίσημα αναγνωρισμένης μειονότητας, η οποία προστατεύεται από τη Συνθήκη της Λωζάνης.

Οι τσιγγάνοι ακολουθούν το νομαδικό τρόπο ζωής με συνήθως όχι μόνιμη κατοικία, αλλά περιφέρονται στο εσωτερικό της χώρας και στήνουν καταυλισμούς στους οποίους διαβιούν για αόριστο χρονικό διάστημα. Παρά ταύτα υπάρχουν και μόνιμοι καταυλισμοί – κοινότητες τσιγγάνων στην περιοχή της Αθήνας, Θεσσαλονίκης, στα προάστια της

* Μαιευτής, Γραμματέας
Δ.Σ. Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου

Πάτρας, της Λάρισας, του Ηρακλείου, της Καλαμάτας και αλλού. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία οι τσιγγάνοι έχουν δικαίωμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όμως, παρόλα αυτά η ένταξή τους στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παραμένει εξαιρετικά χαμηλή και στις περισσότερες περιπτώσεις οι ίδιοι αγνοούν τα δικαιώματα που έχουν στον τομέα της περίθαλψης.

Προβλήματα που σχετίζονται με την παροχή μαιευτικής φροντίδας

Με τις συχνές μετακινήσεις λόγω του νομαδικού τρόπου ζωής των τσιγγάνων, αλλά και της ιδιαίτερης νοοτροπίας τους που χαρακτηρίζεται από εσωστρέφεια, οι έγκυες δεν προσέρχονται για τον καθιερωμένο έλεγχο της πορείας της εγκυμοσύνης, ο οποίος τις περισσότερες φορές απέχει ακόμη και από το να χαρακτηριστεί ως στοιχειώδης.

Σε σχετική έρευνα που βασίστηκε σε συνεντεύξεις με τσιγγάνες, ποσοστό 46% δήλωσαν ότι παρακολουθούσαν από νοσοκομειακούς γιατρούς, 20% από ιδιώτη γιατρό, ενώ ποσοστό 32% δήλωσαν πως δεν είχαν καμιά παρακολούθηση. Αυτό από μόνο του αποτελεί σημαντικό πρόβλημα, αλλά μεγιστοποιείται, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι σύμφωνα με σχετικές μελέτες ένα στα δυο άτομα των νοικοκυριών τσιγγάνων, στα οποία διεξήχθη η έρευνα, έπασχαν από χρόνιες ασθένειες, ενώ σε άλλη έρευνα του 1995, που διεξήχθη στην περιοχή της Αθήνας, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός των δεικτών μόλυνσης από ηπατίτιδες τύπου Α και Β ήταν πολύ υψηλός σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό της χώρας.

Ιδιαίτερο πρόβλημα αποτελεί η ηπατίτιδα Β για την οποία η έγκυος και ο σύντροφος θα πρέπει να υποβληθούν σε λεπτομερέστερο έλεγχο μετά την ανίχνευση του αυστραλιανού αντιγόνου και σε θεραπεία αργότερα, ενώ μετά τον τοκετό θα πρέπει να γίνει εμβολιασμός και χορήγηση φαρμάκου στο νεογνό. Σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία, βρέθηκε πως η συχνότητα εμφάνισης της ηπατίτιδας Β σε έγκυες τσιγγάνες ήταν έως και 8 φορές μεγαλύτερη από το γενικό πληθυσμό (Cruz M., Dieguez A., Fos E., Hierro F., 1988).

Η ελλιπής παρακολούθηση και η απουσία προγεννητικού ελέγχου στις έγκυες τσιγγάνες δυσχεραίνουν την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων, που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη ή επιπλέκονται εξαιτίας της, όπως λ.χ. καρδιοπάθειες, άσθμα, νευρολογικές (κυρίως επιληψία σε ποσοστό 6,8%) και ψυχιατρικές (κατάθλιψη σε ποσοστό 12,1%) διαταραχές, ενώ ποσοστό 70% παρουσιάζει οδοντιατρικά προβλήματα, τα οποία λόγω

της κακής διατροφής επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Καψάλης Α., 2003).

Συνηθισμένο είναι το φαινόμενο να προσέρχονται οι έγκυες τσιγγάνες στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων ή να υποβάλλονται σε εργαστηριακό έλεγχο κατά τη διάρκεια του τοκετού και τότε πλέον να διαπιστώνεται η ύπαρξη σοβαρού βαθμού αναιμίας, στίγματος μεσογειακής αναιμίας, το οποίο χρίζει διερεύνησης και από την πλευρά του πατέρα που συνήθως δεν την πραγματοποιεί, καθώς και η ύπαρξη διαφόρων λοιμώξεων, που σχετίζονται με τις κακές συνθήκες διαβίωσης και την έλλειψη υγιεινής στους πρόχειρους καταυλισμούς.

Επίσης, έχει διαπιστωθεί η αυξημένη συχνότητα έλλειψης σε βιταμίνες, κυρίως Α και C, η οποία αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην κακή διατροφή και στην αυξημένη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού ανάμεσα στις τσιγγάνες γυναίκες, συνθήκες που κατά κανόνα δεν διακόπτονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Parry G., Van Cleemput P. et al., 2002, Dejmek J., Ginter E. et al., 1998). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό νεογνών χαμηλού βάρους γέννησης, όπως δείχνει μια έρευνα από τη Μεγάλη Βρετανία (Bobak M., Dejmek J. et al., 2000).

Παρά ταύτα, πιθανώς λόγω κοινωνικών χαρακτηριστικών φαίνεται ότι οι τσιγγάνες γυναίκες, πρωτόκες και πολυτόκες, προτιμούν το μητρικό θηλασμό, ξεκινούν νωρίτερα από τις υπόλοιπες γυναίκες και θηλάζουν συχνότερα και περισσότερο (De Amici D., Gasparoni A. et al., 1988), αν και η προσωπική μου εμπειρία δείχνει το αντίθετο.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα είναι ότι οι περισσότερες τσιγγάνες συλλαμβάνουν το πρώτο τους παιδί στο τέλος της πρώιμης (11-14 ετών) και της μέσης εφηβικής ηλικίας (15-17 ετών), δηλαδή σε μια περίοδο που και οι ίδιες βρίσκονται σε φάση σωματικής και ψυχικής ανάπτυξης, καθοριστικής για τη μετέπειτα πορεία τους. Βιβλιογραφικά είναι γνωστό ότι η κύηση σε τέτοιες ηλικίες σχετίζεται με αυξημένη περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, ενώ οι σοβαρότερες μαιευτικές επιπλοκές είναι η αναιμία (σε ποσοστό 24%), η προεκλαμψία (12,5-29%), το υπολειπόμενο βάρος νεογνού και οι μαιευτικές επιπλοκές.

Όπως προκύπτει από έρευνες του Ευρωπαϊκού Δικτύου "Sastipen", οι τσιγγάνοι τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζονται «επιρρεπείς στην εξάρτηση από αλκοόλ και ναρκωτικές ουσίες και η γενικευμένη έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης τους καθιστά ευάλωτους στις μολύνσεις από τον ιό HIV». Δυστυχώς, αυτή είναι μια

θλιβερή παράμετρος με πολυδιάστατες συνέπειες, τις οποίες έχουμε αντιμετωπίσει συχνά στην καθημερινή εξάσκηση της μαιευτικής επιστήμης.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Βουλγαρία, μια χώρα με μεγάλη κοινότητα τσιγγάνων, διαπιστώθηκε πως το 33% από αυτές είχαν ήδη πραγματοποιήσει περισσότερο από 3 φορές τεχνητή διακοπή της κύησης, ενώ ο μέσος όρος των εκτρώσεων κατά γυναίκα ήταν 2,41. Στην έρευνα αυτή καταδείχθηκε, επίσης, η έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, η υψηλή πολυτοκία στις κοινότητες αυτές και η πρώτη εγκυμοσύνη σε πολύ νεαρές ηλικίες (Semerdjieva M., Mateva N. et al., 1992).

Στην ίδια χώρα μόλις το 12% των τσιγγάνων γυναικών γνωρίζουν πώς να προστατευτούν από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, το 55% δεν γνωρίζουν ότι είναι έγκυες, το 57,3% γεννούν στην ηλικία των 15 έως 17 ετών, το 78,1% δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη, ενώ το 3,6% χρησιμοποιούν επικίνδυνες αντισυλληπτικές μεθόδους (Poron I., Khristova I., Stoikov S., 1998).

Τέλος, συχνά είναι και τα φαινόμενα οικογενειακής βίας, σεξουαλικής κακοποίησης και τυχαίων ή μη τραυματισμών ανάμεσα σε έγκυες και μη έγκυες τσιγγάνες, που μαζί με την ελλιπή παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, την απουσία οικογενειακού προγραμματισμού (υψηλό ποσοστό εφηβικών κυήσεων και τεχνητών διακοπών της κύησης) και πολλές φορές τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης, καθιστούν την ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας ιδιαίτερα δυσχερή στην ξεχωριστή αυτή κοινότητα.

Γενικότερα προβλήματα που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας

Η επαρκής ενημέρωση (προφορική και γραπτή) σχετικά με τα ζητήματα υγείας, καθίσταται πολλές φορές δυσχερής εξαιτίας του αναλφαβητισμού που μαστιάζει τις κοινότητες των τσιγγάνων, αλλά και της ιδιωματικής γλώσσας που χρησιμοποιούν. Επιπλέον, η έλλειψη παιδείας και το αίσθημα κοινωνικού αποκλεισμού που νιώθουν, τους κάνουν κοινωνικά εσωστρεφείς και πολλές φορές αρκετά δύσπιστους ως προς την παρεχόμενη φροντίδα, που ενδέχεται να έρχεται σε σύγκρουση με τα ατομικά τους "πιστεύω", τις συνήθειες και τα έθιμά τους.

Η από μέρους τους αδυναμία τακτοποίησης της αστικής και δημοτικής τους κατάστασης οδηγεί με τη σειρά της σε αδυναμία απόδειξης των προσωπικών τους στοιχείων, των συγγενικών τους σχέσεων και του γάμου, γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα προβληματική τη συμπλήρωση των ιατρικών ατομικών εγγράφων, του ιστορικού και της ληξιαρχικής

πράξης γέννησης του νεογνού. Είναι γνωστό, ότι ειδικά η ληξιαρχική πράξη γέννησης του νεογνού είναι εξαιρετικά σημαντικό να φέρει ακριβείς πληροφορίες, αλλά η γενικευμένη αυτή κατάσταση που διαιωνίζεται, δημιουργεί πολλά αλυσιδωτά προβλήματα, τόσο στο χώρο της υγείας όσο και σε άλλες υπηρεσίες όπως η Κοινωνική Πρόνοια.

Επίσης, η σχετική εμπειρία για το συχνό φαινόμενο της αδυναμίας δήλωσης του νεογνού στο όνομα του βιολογικού του πατέρα, εξαιτίας της αποτυχίας πιστοποίησης των σχετικών στοιχείων από μέρους των τσιγγάνων είναι ένα υπαρκτό φαινόμενο. Στην ίδια περίπτωση η ανυπαρξία νομικά αποδεκτού γάμου (θρησκευτικού – πολιτικού), καθώς και το ανώριμο της ηλικίας των βιολογικών γονέων οξύνουν το πρόβλημα. Επιπρόσθετα, τα προαναφερθέντα προβλήματα εθισμού σε ναρκωτικές ουσίες και σε αλκοόλ και η γενικά αυξημένη παραβατικότητα, που σε αρκετές αν όχι σ' όλες τις περιπτώσεις έχουν καταγραφεί, αποτελούν αιτίες περαιτέρω προβλημάτων στο μαιευτικό και γενικότερο υγειονομικό προσωπικό με το οποίο συχνά οι τσιγγάνοι έχουν αμοιβαία δυσπιστία.

Η κοινότητα των τσιγγάνων φαίνεται πως έχει τις δικές της αντιλήψεις περί ασθένειας, καθαριότητας και αγνότητας, οι οποίες διαφέρουν σε αρκετά σημεία από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Για παράδειγμα, η ασθένεια θεωρείται αποτέλεσμα "κακής τύχης", ενώ τα νοσηλευτικά ιδρύματα χώροι όπου κανείς δεν γιατρεύεται αλλά αρρωσταίνει (Sutherland A., 1998). Συχνά, επίσης, αναφέρονται και περιπτώσεις ρατσιστικής αντιμετώπισης των τσιγγάνων. Σύμφωνα με στοιχεία της "Ένωσης για τα Δικαιώματα των Ρομά", σε Μαιευτήρια της Ουγγαρίας διαπιστώθηκαν 44 περιπτώσεις "δωματίων για τσιγγάνες", 30 περιπτώσεις αποδεδειγμένης αμέλειας των επαγγελματιών υγείας, καθώς και 22 περιπτώσεις φραστικών επιθέσεων σε τσιγγάνες γυναίκες (Izsak R., 2004).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι τσιγγάνοι αποτελούν κλειστή κοινωνία με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ήθη, έθιμα και αντιλήψεις, τα οποία επηρεάζουν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την περίθαλψη. Η Ελληνική Πολιτεία αλλά και η Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν θεσπίσει νόμους και διατάξεις βάσει των οποίων εξασφαλίζεται το δικαίωμα των τσιγγάνων γυναικών στην περίθαλψη, χωρίς τις εις βάρος τους κοινωνικές διακρίσεις.

Στις γυναίκες τσιγγάνες αναγνωρίζεται το αναφαίρετο δικαίωμά τους στη μητρότητα, ο σεβασμός στην αξιοπρέπειά τους και η προώθηση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησής τους εκμέρους των

εμπλεκόμενων φορέων. Επίσης, από κρατικής πλευράς επιβάλλεται η ενίσχυση όλων των πρωτοβουλιών που στοχεύουν στη βελτίωση των συνθηκών ζωής τους και η άμεση διερεύνηση οποιασδήποτε καταγγελίας για ρατσιστική εις βάρος τους συμπεριφορά.

Παρά τις όποιες αντιξοότητες η παροχή ολοκληρωμένης μαιευτικής φροντίδας σε τσιγγάνες εγκύους αποτελεί πραγματική πρόκληση για όλους τους επαγγελματίες υγείας, που ασχολούνται με την υγεία της γυναίκας. Ειδικά οι Μαίες, λόγω της στενότερης σχέσης που αποκτούν με τις γυναίκες μπορούν μέσα από την κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων, που χαρακτηρίζουν αυτή την τόσο ευπαθή ομάδα του πληθυσμού, να προσφέρουν τα μέγιστα στην παροχή μαιευτικής φροντίδας και στην εγκατάσταση σχέσεων εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τις τσιγγάνες γυναίκες.

ABSTRACT

Michalis Moros: Midwifery care of Roma women (Gipsy).

"ELEFTHO", 1:31-34, 2009

Many women of different minorities groups, either pregnant or in labour, arrive at Hospitals Obstetric Departments. Each group is characterized by special social, economical, religious and cultural characteristics which, in many cases, affect the way that every woman deals with her pregnancy, labour and puerperium. One of the groups which very often visit the Out Patients Department, are the Roma women. Roma women is a group of people, which has special characteristics that are often encountered with racist prejudices. These characteristics will not be examined in this article. In Obstetrics, daily practice proves that the cooperation between Roma women and obstetric stuff, quite often lacks of communication. Nevertheless, the provision of a complemented obstetric care is an action of humanism as well as, is proved to be a complete health care for women and mothers.

Key-words: minorities, roma women, racism, obstetric care, health service.

ΒΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Izsák R.: "Gypsy Rooms" and Other Discriminatory Treatment Against Romani Women in Hungarian Hospitals. Roma Rights Quarterly (Roma Rights Quarterly), issue: 34, pp.: 711, 2004.
Sutherland A.: Gypsies and health care. West J Med,

157(3): 276-80, Sep, 1992.

- Parry G., Van Cleemput P., Peters J., Walters S., Thomas K., Cooper C.: Health status of Gypsies and Travelers in England. Int J Vitam Nutr Res. 72(3): 183-90, May, 2002.
Dejmek J., Ginter E., Solansky I., Podrazilova K., Stavkova Z., Benes I. et al.: Vitamin C, E and A levels in maternal and fetal blood for Czech and Gypsy ethnic groups in the Czech Republic. Eur J Epidemiol. 14(4): 413-5, Jun, 1998.
De Amici D., Gasparoni A., Chirico G., Bogliolo O.: The influence of race on breast feeding. Eur J Epidemiol. 4(3): 314-7, Sep, 1988.
Cruz M., Dieguez A., Fos E., Hierro F.: Epidemiologic survey on hepatitis B in Gypsy women. Rev Fr Gynecol Obstet. 80(10): 679-87, Oct, 1985.
Adrai J., Ruf H., Blanc B., Papahadji M., Dupont S., Conte M. et al.: Pregnancy and childbirth in Gypsies. Rev Fr Gynecol Obstet. 80(10): 679-87, Oct, 1985.
Bobak M., Dejmek J., Solansky I., Sram R.J.: Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study. J. Epidemiol. Community Health, 54(11): 864-9, Nov, 2000.
Hajioff S., McKee M.: The health of the Roma people: a review of the published literature. Akush Ginekol (Sofia). 38(4): 25-7, 1999.
Popov I., Khristova I., Stoikov S.: Sex behavior and contraception among the population of Romany origin. Folia Med, 40(3B Suppl 3): 72-5, 1998.
Καψάλης Α.: Εθνική Έκθεση για την Ελλάδα. Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε Θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών, 2003.
Τσάφου Μ.: Οι δυσκολίες πρόσβασης των Ρομά στις υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας. 6η Εθνική Στρογγυλή Τράπεζα: Προβλήματα διακρίσεων στους τομείς της αγοράς εργασίας και της πρόσβασης στην Υγεία και την Κοινωνική Πρόνοια, 2007.
Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου: Διεθνής Σύμβαση Για την Εξάλειψη όλων των Μορφών Διάκρισης κατά των Γυναικών.
Οικοκοινωνία: Πρωτοβουλία Πολιτών για την Κοινωνική Κατοικία και την Υποστήριξη της Κοινωνικής Ένταξης των Τσιγγάνων Πολιτών.
The health status of Roma in Greece: Efxini Poli-Sastipen Network Health Information, Initial Report. Athens, 2003.
Πανελλαδική απογραφική μελέτη διερεύνησης κοινωνικών, οικιστικών συνθηκών και αναγκών των Ελλήνων τσιγγάνων πολιτών: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Πανελλαδικό διαδημοτικό δίκτυο για την υποστήριξη των Ελλήνων τσιγγάνων. Δεκέμβριος 2000.
Ντούσας Δ.: Rom και φυλετικές διακρίσεις. Εκδόσεις "GUTENBERG", σελ. 167-170. Αθήνα 1997.
Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την κατάσταση των γυναικών Ρομά στην Ευρωπαϊκή Ένωση: (2005/2164 (INI).

Ανοιχτή επιστολή Μαιών Κ.Υ. Αλεξάνδρειας Ν. Ημαθίας

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας παρακαλούμε πολύ να δημοσιεύσετε την παρακάτω επιστολή μας στο περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ".

Ευχαριστούμε

Μαίες Κ.Υ. Αλεξάνδρειας Ν. Ημαθίας

Προς τους
Συλλόγους Μαιών–Μαιευτών Ελλάδας

16/12/2008

Συχνά διαβάζουμε σε άρθρα του περιοδικού "ΕΛΕΥΘΩ" την αναγκαιότητα και την υποχρέωση των Μαιών–Μαιευτών για την υπεράσπιση των επαγγελματικών τους δικαιωμάτων.

Σας κάνουμε λοιπόν γνωστό, τι αντιμετωπίζουν οι Μαίες του Κέντρου Υγείας Αλεξάνδρειας Ν. Ημαθίας αγωνιζόμενες για τα επαγγελματικά δικαιώματά τους.

- **Φθινόπωρο 2006:** Ξεκινά προσπάθεια των Νοσηλευτριών του Κέντρου Υγείας Αλεξάνδρειας, υποστηριζόμενη εγγράφως από την ΠΑΣΥΝΟ–ΕΣΥ, για ένταξη των Μαιών στο κυκλικό ωράριο, σε συναφή καθήκοντα.
- **Δεκέμβριος 2006:** Από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου Βέροιας τίθεται "δίλημμα": «ή αποδοχή νοσηλευτικών καθηκόντων ή μετακίνηση των Μαιών στο Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας».
- **Φεβρουάριος 2007:** Με προφορική εντολή γίνεται ανάθεση νοσηλευτικών καθηκόντων μέσω του Εβδομαδιαίου Προγράμματος. Μετά από παρέμβαση του Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης, που δεν είχε αποτέλεσμα, τον Ιούλιο του 2007 κατατίθεται κατά της Διοίκησης αγωγή με "προσωρινή" έκδοση απαλλαγής από τα νοσηλευτικά καθήκοντα.
- **Νοέμβριος 2007:** Εκδίδεται απόφαση υπέρ των Μαιών στην "Αίτηση Αναστολής Διοικητικής Πράξης".
- **Αύγουστος 2007 – Σεπτέμβριος 2008:** Ξεκινούν οι μετακινήσεις των Μαιών από το Κέντρο Υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, ανά μια (1) ή δυο (2) Μαίες για διάστημα από ένα μήνα έως δυο μήνες εναλλάξ.
- **Σεπτέμβριος 2008:** Με προσφυγή μας και πάλι στη Δικαιοσύνη και με παρέμβαση της ΠΟΕΔΗΝ σταματούν οι μετακινήσεις μας στο Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας.
- **Σεπτέμβριος 2008:** Μετά τη λήξη των μετακινήσεων και με απόφαση της Διοίκησης στο Κέντρο Υγείας ακολουθούμε μέσω του Εβδομαδιαίου Προγράμματος κυκλικό ωράριο για την αντιμετώπιση των επειγόντων μαιευτικών–γυναικολογικών περιστατικών, χωρίς να υπάρχει Γυναικολόγος. Η σύνταξη του Εβδομαδιαίου Προγράμματος Μαιών γίνεται κατά την κρίση της υπεύθυνης του νοσηλευτικού προσωπικού.
- **Δεκέμβριος 2008:** Με απόφαση της υπεύθυνης Νοσηλεύτριας (16 έτη υπηρεσίας), στο σύνολό τους οι Μαίες του Κέντρου Υγείας εργάζονται Χριστούγεννα και Πρωτοχρονιά. Η αρχαιότερη δε των Μαιών (21 έτη υπηρεσίας) εργάζεται την 1η και 2η ημέρα των Χριστουγέννων και την Πρωτοχρονιά!!!

Τα συμπεράσματα δικά σας!

Μαίες Κ.Υ. Αλεξάνδρειας Ν. Ημαθίας

Επιστολή προς το Σ.Ε.Μ.Α.

ΔΙΕΚΔΙΚΟΥΜΕ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Αόρατοι! Αποκομμένοι από τα στοιχειώδη δικαιώματα, ωσάν εξόριστοι του όποιου εναπομείναντος καθεστώτος κοινωνικής φροντίδας στη χώρα μας. Ο λόγος για τους πολλούς χιλιάδες Έλληνες (δεν υπάρχει σαφής προσδιορισμός του αριθμού), που έχουν γεννηθεί με σπάνιο νόσημα. Ένα από τα νοσήματα που αποκαλούνται και “ορφανά”. Ως τέτοια ορίζονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση όσα συναντώνται σε κλάσμα πληθυσμού μικρότερου του 1/2.000. Ανά κατηγορία μπορεί να είναι νοσήματα μεταβολικά, αυτοάνοσα, νευροεκφυλιστικά, μυοσκελετικά, αιματολογικά, ογκολογικά. Κάποια από αυτά είναι τόσο σπάνια, που μπορεί να αφορούν έως και μεμονωμένες ανά χώρα περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα η τριμεθυλαμιουρία, μια και μοναδική διάγνωση στη χώρα μας, που αφορά νεαρή κοπέλα, φοιτήτρια της Ιατρικής Σχολής Ηρακλείου Κρήτης.

Αυξανόμενη της σπανιότητας αυξάνεται και η άγνοια, γεγονός που πρακτικά σημαίνει για τα πλέον σπάνια μεταξύ των σπανίων νοσημάτων παντελή στέρηση δικαιωμάτων, τόσο ιατρικής υφής (έγκαιρη διάγνωση, εξατομικευμένη θεραπεία), όσο και ευρέος κοινωνικού – προστατευτικού χαρακτήρα (επιδόματα, προστατευμένη εργασία, εισαγωγή σε ΑΕΙ κλπ.). Δηλαδή με μια κουβέντα: για τα σπανιότερα μεταξύ των σπανίων νοσημάτων η έννοια του “αόρατου” δεν έχει το παραμικρό στοιχείο ρητορικής υπερβολής. Είναι κυριολεκτική!

Δύο είναι τα “κρίσιμα” βήματα, που απαιτούνται ώστε οι πάσχοντες να πάψουν –επιτέλους– να στερούνται τα στοιχειώδη για όλους τους πολίτες δικαιώματα. Το πρώτο βήμα είναι η καταγραφή των σπανίων νοσημάτων στη σχετική ελληνική νομοθεσία, ώστε τα δικαιώματα να αποκτήσουν νομική υπόσταση. Το δεύτερο βήμα είναι η σταδιακή “αποκάλυψη” των συμπολιτών μας με σπάνιο νόσημα (πολλοί είναι οι πάσχοντες που δεν γνωρίζουν το νόσημά τους), προαπαιτούμενο για την ύπαρξη της ορθής ιατρικής τους αντιμετώπισης.

Τα παραπάνω δύο “κρίσιμα” βήματα συνδέονται άμεσα με το λόγο ύπαρξης του “ΠΑΣΥΦΑΣΜΕΝ” (Πανελλήνιος Σύλλογος Φίλων και Ασθενών με Σπάνια Μεταβολικά και Ενδοκρινικά Νοσήματα), που συστάθηκε στις 5 Μαΐου του 2006. Ήδη η σχετική νομική προσθήκη (πρώτο βήμα) έχει αρμοδίως συνταχθεί και επιδοθεί στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ώστε να ενταχθεί στο νομοθετικό οπλοστάσιο και να καταστήσει νομικώς “ορατά” τα δικαιώματα των πολιτών με σπάνιο νόσημα. Σε ό,τι αφορά το δεύτερο βήμα προϋποθέτει καμπάνια ενημέρωσης, που οφείλει να καλύψει στο μέτρο του δυνατού το τεράστιο στη χώρα μας υφιστάμενο κενό. Πρόκειται για δύσκολο και επίπονο βήμα. Ο “ΠΑΣΥΦΑΣΜΕΝ” ζητάει τη μέγιστη δυνατή αρωγή κάθε ευαισθητοποιημένου φορέα, ώστε να “περπατήσει” με τον πλέον ολοκληρωμένο και αποτελεσματικό τρόπο.

Αυτό είναι και το βαθύτερο μήνυμα του παρούσας επιστολής, που απευθύνεται στο Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών–Μαιευτών Αθηνών, έναν από τους πιο ευαισθητοποιημένους φορείς της χώρας μας, αποδεδειγμένου αρωγού κάθε προσπάθειας ανοίγματος προοδευτικών δρόμων. Επίσης, ενημερώνουμε το Σ.Ε.Μ.Α. ότι έχει προγραμματιστεί Ημερίδα για τις 20 Ιουνίου 2009, ημέρα Σάββατο και ώρα 9.00-14.00, στην Αίθουσα Εκδηλώσεων της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Λεωφ. Αλεξάνδρας 196) με θέμα: **“Σπάνια Νοσήματα και Εθνικό Σύστημα Υγείας”**.

Για τον “ΠΑΣΥΦΑΣΜΕΝ”

Η Πρόεδρος

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΚΑΡΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ–ΠΕΤΡΟΥΤΣΟΥ, Μαία

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφθείτε την ιστοσελίδα του Συλλόγου μας: www.pasyfasmen.gr

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Οι παρακάτω οδηγίες αποτελούν προϋπόθεση για την ομοιομορφία στη διάταξη και συγγραφή των άρθρων του περιοδικού “ΕΛΕΥΘΩ” και θα πρέπει να εφαρμόζονται από τους συγγραφείς που υποβάλλουν άρθρα προς δημοσίευση. Σε αντίθετη περίπτωση τα άρθρα θα επιστρέφονται στους συγγραφείς, χωρίς να έχουν αξιολογηθεί. Όλα τα άρθρα που υποβάλλονται για δημοσίευση υπόκεινται σε αξιολόγηση από δυο ανεξάρτητους κριτές και τελικά δημοσιεύονται κατόπιν απόφασης του Διευθυντή Σύνταξης.

Το περιοδικό “ΕΛΕΥΘΩ” δημοσιεύει:

- 1. Άρθρα Σύνταξης.** Σύντομα άρθρα ανασκόπησης, που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα και γράφονται από τη Συντακτική Επιτροπή ή με προτροπή της Συντακτικής Επιτροπής.
- 2. Ανασκοπήσεις.** Ενημερωτικά άρθρα που αφορούν μαιευτικά θέματα ή θέματα συναφή με τη Μαιευτική επιστήμη. Γίνονται δεκτές ανασκοπήσεις που έχουν γραφτεί από έναν ή δυο συγγραφείς.
- 3. Βιβλιοκρισία-Βιβλιοπαρουσίαση.** Η παρουσίαση και η κριτική επιλεγμένων βιβλίων γίνεται από τη Συντακτική Επιτροπή ή από πρόσωπα που έχουν προσκληθεί από τη Συντακτική Επιτροπή.
- 4. Γενικά άρθρα.** Άρθρα που σχετίζονται με τις επιστήμες Υγείας και συμπεριλαμβάνουν απόψεις για την θεωρία και πρακτική της Μαιευτικής.
- 5. Ερευνητικές εργασίες.** Προοπτικές ή αναδρομικές εργασίες που πραγματοποιήθηκαν βάσει ερευνητικού πρωτοκόλλου, το οποίο θα περιγράφεται στη μεθοδολογία της εργασίας.
- 6. Επίκαιρα θέματα.** Άρθρα που κάνουν σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένα ζητήματα.
- 7. Επιστολές προς τη Σύνταξη.** Επιστολές που περιλαμβάνουν σχόλια και κρίσεις όσον αφορά τις ήδη δημοσιευμένες εργασίες και τα αποτελέσματα ερευνών, κρίσεις ή προτάσεις για το περιοδικό και παρατηρήσεις για ανεπιθύμητες ενέργειες. Δημοσιεύονται ενυπόγραφα και δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 500 λέξεις.
- 8. Περιγραφές ενδιαφερόντων περιστατικών.**
- 9. Σεμινάρια, στρογγυλά τραπέζια και διαλέξεις.**

Υποβολή εργασιών

Η υποβολή των εργασιών γίνεται προς τη Συντακτική Επιτροπή στην παρακάτω διεύθυνση:

Προς το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών/τών Αθήνας
Υπόψη Συντακτικής Επιτροπής
Αριστ. Παππά 2, 115 21 Αθήνα,
ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
E-mail: sema-icm@otenet.gr

Τηλέφωνα επικοινωνίας:
210.6465691 (Fax) και 210.6429675

Οι εργασίες υποβάλλονται στην ελληνική γλώσσα, στο πρωτότυπο και σε τέσσερα φωτοαντίγραφα (και σε μια δισκέτα ή δίσκο Η/Υ). Η υποβολή μπορεί να γίνει και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο e-mail του Συλλόγου. Η εργασία πρέπει να είναι γραμμένη στη δημοτική γλώσσα και με μονοτονικό σύστημα. Όλο το άρθρο πρέπει να είναι πληκτρολογημένο στη μια όψη του φύλλου, σε λευκό χαρτί Α4, σε διπλό διάστιχο, με μέγεθος γραμματοσειράς 12 και σε πλήρη στοίχιση. Τα περιθώρια της σελίδας θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 2,5 εκ. Στην άνω δεξιά πλευρά της πρώτης σελίδας θα πρέπει να αναφέρεται ο τύπος του άρθρου (π.χ. Ανασκόπηση, Ερευνητική Εργασία).

Σε όλες τις περιπτώσεις υποβολής των άρθρων θα πρέπει να υπάρχει μια συνοδευτική επιστολή, που θα αναφέρει τα στοιχεία επικοινωνίας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία με το περιοδικό.

Διάταξη της ύλης

Όλες οι σελίδες αριθμούνται στην κάτω δεξιά γωνία αρχίζοντας από τη σελίδα του τίτλου. Κάθε άρθρο θα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής επιμέρους τμήματα: σελίδα τίτλου, ελληνική περίληψη, αγγλική περίληψη, κείμενο, ευχαριστίες, κατάλογο με τις βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, εικόνες, λεζάντες των εικόνων. Η Συντακτική Επιτροπή μπορεί να κάνει φραστικές μετατροπές και διορθώσεις.

Σελίδα τίτλου

Περιλαμβάνει τον τίτλο του άρθρου. Ο τίτλος θα πρέπει να είναι σύντομος και περιεκτικός. Ακολουθεί το πλήρες όνομα των συγγραφέων, με τη σειρά που εμφανίζονται στο άρθρο. Τα ονόματα των συγγραφέων χωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα. Οι ακαδημαϊκοί τίτλοι των συγγραφέων και το ίδρυμα ή η κλινική (Νοσοκομείο, Εργαστήριο, Ίδρυμα, Σχολή) από το οποίο προέρχεται το άρθρο θα πρέπει να αναφέρονται.

Ελληνική Περίληψη

Στη δεύτερη σελίδα γράφεται η ελληνική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 250 λέξεις. Στην πε-

ρίληψη της εργασίας ανακεφαλαιώνονται τα κύρια μέρη της εργασίας και αναφέρονται τα εξής: α) Σκοπός, β) Μεθοδολογία, γ) Αποτελέσματα, δ) Συμπεράσματα. Στο τέλος της περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται 3-10 λέξεις κλειδιά.

Αγγλική Περίληψη (Abstract)

Στην τρίτη σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 200 λέξεις. Στην αρχή της αγγλικής περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται στα αγγλικά ο τίτλος του άρθρου, τα ονόματα των συγγραφέων και το Ίδρυμα ή η Κλινική (Νοσοκομείο, Εργαστήριο, Ίδρυμα, Σχολή) από το οποίο προέρχεται το άρθρο. Η αγγλική περίληψη ανακεφαλαιώνει τα κύρια μέρη της εργασίας και αναφέρει τα εξής: α) Objective, β) Design, γ) Results, δ) Conclusions. Στο τέλος της περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται 3-10 λέξεις κλειδιά (Key words) στα αγγλικά. Η σύνταξη του περιοδικού έχει το δικαίωμα να κάνει τις απαραίτητες διορθώσεις σύμφωνα με τις υποδείξεις των φιλολόγων-κριτών.

Το κείμενο

Το κείμενο χωρίζεται σε κεφάλαια. Για τις ερευνητικές εργασίες θα πρέπει να αναφέρονται τα εξής κεφάλαια: Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση και Συμπεράσματα. Όσα αποτελέσματα παρατίθενται σε πίνακες δεν επαναλαμβάνονται στο κείμενο. Για τις ανασκοπήσεις θα πρέπει να αναφέρονται τα εξής κεφάλαια: Εισαγωγή, Αποτελέσματα, Συμπεράσματα. Για τις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις θα αναφέρονται τα εξής: Εισαγωγή, Περιγραφή Περίπτωσης, Σχόλιο.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Η βιβλιογραφία και οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο πρέπει να τοποθετούνται κατά το σύστημα "Harvard" στο τέλος της πρότασης. Το επώνυμο του συγγραφέα και το έτος που έγινε η δημοσίευση θα πρέπει να τοποθετούνται μέσα σε παρένθεση. Σε περίπτωση που οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από δύο, τότε θα πρέπει να τοποθετείται το επώνυμο του πρώτου συγγραφέα ακολουθούμενο από τη λέξη "και συνεργάτες" και το έτος της δημοσίευσης. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο (και μόνο αυτές) καταχωρούνται στο βιβλιογραφικό κατάλογο, που αρχίζει σε ιδιαίτερη σελίδα μετά το κείμενο και τις ευχαριστίες. Για τη σύνταξη του βιβλιογραφικού καταλόγου αναφέρονται παρακάτω παραδείγματα, τα οποία είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές του Index Medicus.

Αρχικά προηγούνται τα ονόματα των συγγραφέων (επώνυμο και αρχικό γράμμα ονόματος, ακολουθεί τελεία και κόμμα, το επώνυμο και το όνομα του επόμενου συγγραφέα κ.ο.κ.). Ακολουθεί ο τίτλος της εργα-

σίας, το περιοδικό, το έτος δημοσίευσης, ο τόμος του περιοδικού, άνω και κάτω τελείες και οι σελίδες του άρθρου.

Τυπικό άρθρο περιοδικού

Αναφέρονται τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων όλων των συγγραφέων, μέχρι έξι. (Όταν οι συγγραφείς είναι περισσότεροι, ακολουθεί η ένδειξη "et al". Σε ελληνικά άρθρα ακολουθεί η ένδειξη "και συν."). Charlier C., Albert A., Herman P., Hamoir E., Gaspard U., Meurisse M., et al.: Breast cancer and serum organochlorine residues. *Occup Environ Med* 2003; 60: 348-351.

Συλλογικό άρθρο περιοδικού (από μεγάλη ομάδα συγγραφέων)

The Endogenous Hormones and Breast Cancer Collaborative Group. Endogenous sex hormones and breast cancer in post-menopausal women: reanalysis of nine prospective studies. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94: 606-616.

Βιβλία

Fraser D. and Cooper M. *Myles Textbook of Midwives*, 14th edition. Churchill Livingstone (Publisher), London, 2003: 360-367.

Κεφάλαια σε βιβλία

Spratt J., Donegan W., Sigdestad C.: Epidemiology and etiology. In: *Cancer of the breast* (Donegan W., Spratt J., eds). 4th edition. Philadelphia: WB Sanders Company, 1995.

Σε περίπτωση που οι συγγραφείς αναφέρονται σε προσωπικές επικοινωνίες με άλλους ερευνητές, αυτό θα αναγράφεται στο κείμενο σε παρένθεση (K. Fraser, προσωπική επικοινωνία). Η παραπομπή δεν θα αναφέρεται στον κατάλογο των βιβλιογραφικών παραπομπών.

Πίνακες και Εικόνες

Τα αποτελέσματα της εργασίας που περιέχονται σε πίνακες δεν πρέπει να επαναλαμβάνονται στο κείμενο, στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων. Όλοι οι πίνακες και οι εικόνες πρέπει να βρίσκονται σε ξεχωριστή σελίδα και να αριθμούνται με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο με αραβικούς αριθμούς. Οι λεζάντες των εικόνων θα πρέπει να είναι επεξηγηματικές όπως και οι πίνακες. Επίσης, οι εικόνες, είτε πρόκειται για φωτογραφίες είτε για διαγράμματα, θα πρέπει να έχουν απόλυτη καθαρότητα και ευκρίνεια.

Διορθώσεις κειμένου

Το κείμενο θα στέλνεται στο συγγραφέα κάθε άρθρου για διορθώσεις.

Επιστολή του Σ.Ε.Μ. Λάρισας

Προς το
Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών
Αρ. Παππά 2, 115 21 ΑΘΗΝΑ

Λάρισα, 2/2/2009

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Για την καινούργια χρονιά σας ευχόμαστε “Χρόνια Πολλά”, “Καλή Χρονιά” γεμάτη υγεία, ευτυχία, τελεσφόρηση των στόχων σας σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο. Και επειδή εργαζόμαστε σ’ ένα χώρο με καθαρά ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, ευχόμαστε γαλήνη και ψυχική υγεία για την τέλεση των καθηκόντων μας. Σας στέλνουμε την παρακάτω φωτογραφία από την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας του Σ.Ε.Μ. Λάρισας, που έγινε στις 23/1/2009 στο χορευτικό κέντρο “ΒΕΡΣΑΛΙΕΣ” παρουσία μελών του Συλλόγου μας, πλήθους κόσμου του ιατρικού χώρου και πολλών φίλων. Το γλέντι διήρκεσε μέχρι τις πρώτες πρωινές ώρες. Σας παρακαλώ πολύ εάν μπορείτε να βάλετε τη φωτογραφία στο περιοδικό “ΕΛΕΥΘΩ”.

Σας ευχαριστώ

ΕΛ. ΤΣΟΥΜΑΝΗ

Πρόεδρος Σ.Ε.Μ. Λάρισας



Πρόσκληση του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Ναύπλιο, 27 Φεβρουαρίου 2009

Στο πλαίσιο του εορτασμού της “Παγκόσμιας Ημέρας της Μαίας” ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Ναυπλίου διοργανώνει την Κυριακή, 3 Μαΐου 2009 και ώρα 11:00 εκδήλωση στην αίθουσα της Παλαιάς Βουλής με θέμα:

“Φυσικός Τοκετός – Μητρικός Θηλασμός: ο ρόλος της Μαίας και του Μαιευτή”

Προσκεκλημένες ομιλήτριες είναι οι Μαίες κ. Ελευθερία Δημοπούλου και κ. Ρεβέκκα Τραγέα από το Σύλλογο “ΕΥΤΟΚΙΑ”. Η συμμετοχή θα είναι ελεύθερη. Οι συνάδελφοι που επιθυμούν να παραβρεθούν, μπορούν να απευθυνθούν για περισσότερες πληροφορίες στο τηλ.: 6948 240832 (κ. Μώρος).

Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου

5η Μαΐου: Παγκόσμια Ημέρα της Μαίας Αφιέρωμα στη Μαία



Η ΜΑΙΑ λόγω της ιδιότητάς της έχει το εξαιρετικό προνόμιο να είναι παρούσα την ιερή στιγμή που η γυναίκα μεταμορφώνεται σε μητέρα, την ώρα που ξεδιπλώνεται μπροστά της το θαύμα της ζωής.

Ως αυτόπτης μάρτυρας βλέπει στα μάτια της γυναίκας την προσδοκία της να συλλάβει όταν έχει δυσκολίες, τη λαχτάρα της περιμένοντας να έρθει στον κόσμο το παιδί της, την αγωνία της να το κρατήσει όταν κινδυνεύει, την απελπισία και τη βαθιά της θλίψη και απόγνωση όταν το χάνει, την ψυχική της ένταση όλους αυτούς τους μήνες που προσμένει το θαύμα, τον αγώνα της να φέρει σε πέρας τη μεγαλειώδη αποστολή της. Είναι παρούσα, όταν μέσα από τους πόνους της γέννας φέρνει η γυναίκα στον κόσμο το σπλάχνο της, ζει τη μεγάλη επιθυμία της να το σφίξει στην αγκαλιά της, να το θηλάσει, να του χαρίσει όλο της το είναι. Είναι παρούσα στην ανατολή της μητρότητας.

Η ΜΑΙΑ, μάνα πολλές φορές η ίδια, στέκεται δίπλα στη μάνα. Είναι η κατεξοχήν συμπαραστάτης της. Της αξίζει, λοιπόν, σήμερα που γιορτάζει (5 Μαΐου) ένα μεγάλο ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ.

ΕΥΤΥΧΙΑ ΛΑΜΠΡΙΑΝΙΔΟΥ

Μαία, Προϊσταμένη Μ/Γ Κλινικής Γ.Ν.Νάουσας

Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΕΦΕΤΕΙΟΥ ΝΑΥΠΛΙΟΥ

Γ.Ν. Ναυπλίου, Τ.Κ. 211 00

Τηλ: 27520 98151

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Περιφέρειας Εφετείου Ναυπλίου εκφράζει τη θλίψη του για το θάνατο της Μαίας Σταματίνας Δαγρέ, που απεβίωσε πλήρης ημερών και κηδεύτηκε στο Ναύπλιο. Η Σταματίνα Δαγρέ υπήρξε ιδρυτικό μέλος του Συλλόγου μας με πολυετή προσφορά στην έγκυο γυναίκα, την οικογένεια και τη μαιευτική επιστήμη. Εκφράζουμε τα θερμά μας συλλυπητήρια στους οικείους της.

Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου

Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Κρήτης

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΒΙΒΛΙΟΥ

Την Πέμπτη, 12 Ιουνίου 2008, στο ξενοδοχείο "ΑΤΛΑΝΤΙΣ" στο Ηράκλειο της Κρήτης έγινε η παρουσίαση του βιβλίου:

"Η γυναίκα και το νεογνό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας"

Στο επόμενο τεύχος του "ΕΛΕΥΘΩ" θα επανέλθουμε με περισσότερα στοιχεία από την παρουσίαση του βιβλίου.

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Κρήτης

Η Πρόεδρος
ΕΥΑ ΒΑΣΙΛΑΚΗ

Η Γραμματέας
ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΝΤΑΓΚΑ

Ανακοινώσεις του Συλλόγου "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ"

Ο Σύλλογος "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ" κέρδισε Τιμητικό Δίπλωμα και το Χρυσό Μετάλλιο της "WABA World Breastfeeding Week Marathon Events".

Τα Μέλη του Συλλόγου "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ" είναι περήφανα για την ιδιαίτερη τιμή και την παγκόσμια αναγνώριση. Αισθάνονται υπεύθυνα για τη μελλοντική τους δράση και υποσχονται να συνεχίσουν τις προσπάθειές τους για την προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού.

Η Πρόεδρος του Δ.Σ.
ΘΕΜΙΣ ΖΑΧΟΥ



Το Τιμητικό Δίπλωμα



Οι δυο όψεις του Χρυσού Μεταλλίου

ΣΥΛΛΟΓΟΣ
«ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ»
«THE FRIENDS OF BREASTFEEDING» NGO



**5η Ετήσια Ημερίδα
για το Μητρικό Θηλασμό**

5th Annual Breastfeeding Conference

**Με Διεθνή Συμμετοχή
With International Participation**

Αθήνα, 4 Δεκεμβρίου 2009

**ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**Αμφιθέατρο "Ιωάννης Δρακόπουλος"
Πανεπιστημίου 30 (ΠΡΟΠΥΛΑΙΑ), Αθήνα**

**Athens, December 4, 2009
NATIONAL & KAPODISTRIAKO UNIVERSITY OF ATHENS**

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
UNDER THE AUSPICES OF THE GREEK MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών θα πραγματοποιηθεί από τις 5 έως 8 Νοεμβρίου 2009 στη Θεσσαλονίκη, στο ξενοδοχείο "GRANT HOTEL PALACE". Το Συνέδριό μας θα έχει κύριο θέμα:

"Μαιευτική Φροντίδα – Έμφαση στην Ποιότητα"

Οι θεματικές ενότητες που θα περιλαμβάνει το πρόγραμμα είναι οι ακόλουθες:

- Φυσιολογικός τοκετός
- Τοκετός στο νερό
- Τοκετός στο σπίτι
- Ψυχοσωματική προετοιμασία
- Επείγουσα Μαιευτική
- Βλαστικά κύτταρα
- Καισαρική τομή
- Μητρικός Θηλασμός
- Νεογνολογικά θέματα
- Παιδική και Εφηβική Γυναικολογία
- HPV – Καρκίνος τραχήλου της μήτρας – Εμβόλιο
- Παθήσεις μαστού
- Ουρογυναικολογία – Παθήσεις πυελικού εδάφους
- Υπογονιμότητα
- Προγεννητικός Έλεγχος
- Εκπαίδευση
- Νομοθεσία Επαγγέλματος
- Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Για όσους επιθυμούν να λάβουν μέρος με εργασία η ημερομηνία υποβολής είναι μέχρι τις 30 Ιουλίου 2009. Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφθείτε την ιστοσελίδα: www.praxicon.gr ή επικοινωνήστε με το γραφείο οργάνωσης του Συνεδρίου στα τηλ.: 2310 460682, 2310 460652, e-mail: info@praxicon.gr

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Θ.

Η Πρόεδρος
ΒΙΚΤΩΡΙΑ ΜΟΣΧΑΚΗ

Η Γραμματέας
ΓΑΡΥΦΑΛΛΙΑ ΜΙΧΑΛΑΚΗ

Ημερίδα του Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας ανακοινώνουμε ότι ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Θεσσαλονίκης και το Τμήμα Μαιευτικής του ΑΤΕΙΘ συνδιοργάνωσαν Ημερίδα με θέμα: "Η Μαία, ο HPV και το Εμβόλιο". Η Ημερίδα πραγματοποιήθηκε στις 23/2/2009 στο ξενοδοχείο "CAPSIS" της Θεσσαλονίκης. Σας αποστέλλουμε φωτογραφίες για δημοσίευση στο "ΕΛΕΥΘΩ".





ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΜΑΙΩΝ-ΤΩΝ



Μαιευτική Φροντίδα
Έμφαση στην Ποιότητα

5-8 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2009
Grand Hotel Palace
Θεσσαλονίκη

Οργάνωση – Γραμματεία Συνεδρίου

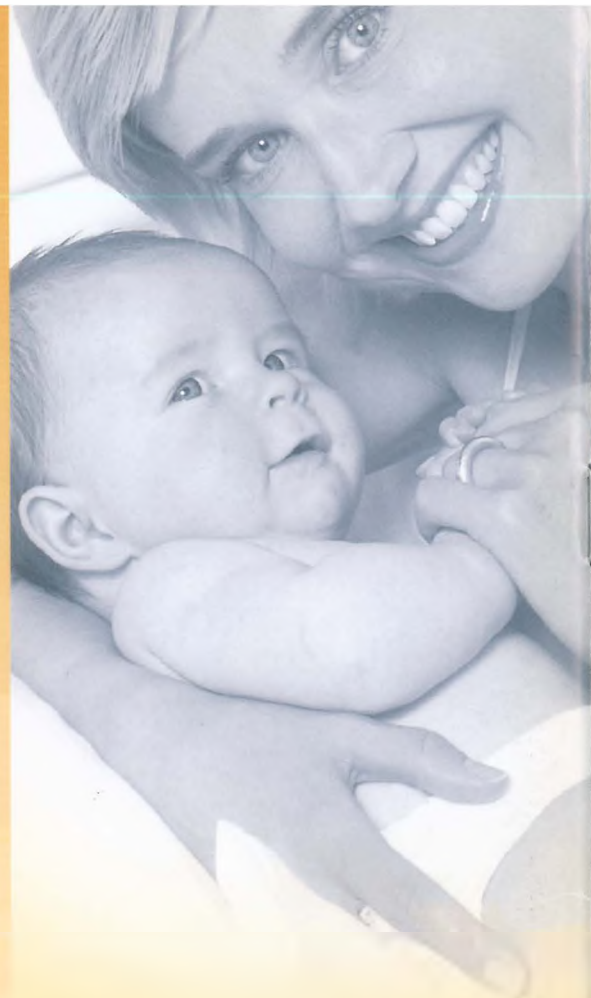
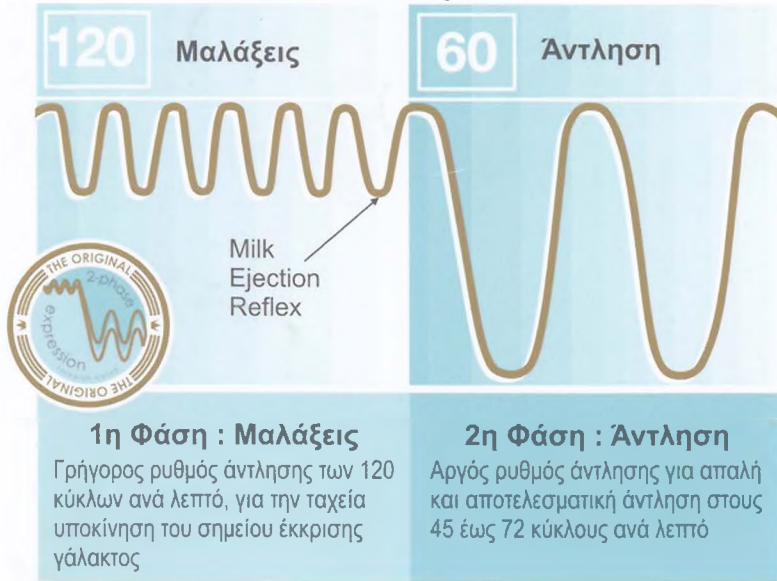
PRAXICON
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Εθν. Αντιστάσεως 101, Τ.Κ. 55134
Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη

Τηλ. 2310 460 682, 2310 460 652 – Fax. 2310 435 064
E-mail: info@praxicon.gr • Website: www.praxicon.gr

Νέα γενιά θηλάστρων άντλησης 2 - φάσεων

2-Phase Expression® - The Original



Symphony®



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού με άντληση Expression 2 - φάσεων, κατάλληλη για νοσοκομειακή χρήση και ιδανική για μακροπρόθεσμες και συχνές ανάγκες άντλησης

- Μονής ή διπλής άντλησης
- Αθόρυβη λειτουργία
- Τροχήλατη βάση στήριξης

Harmony®



Χειροκίνητη αντλία θηλασμού 2 - φάσεων με εργονομική λαβή

- Θήλαστρο Σιλικονούχας Χοάνης
- Θήκη μεταφοράς διαθέσιμη

PureLan™ 100



Ανακουφίζει ευαίσθητες ή ξηρές θηλές και την ξηρότητα του δέρματος

- Φυσική Λανολίνη
- Δεν χρειάζεται απομάκρυνση πριν τον θηλασμό

Nipple Formers



Διαμορφωτές Θηλών

- επιφάνεια μαλακής σιλικόνης για αναπαιτική προσαρμογή
- Ειδικά σχεδιασμένη επιφάνεια για την καλύτερη κυκλοφορία του αέρα

Pump In Style® Advanced **Νέο**



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού 2 - φάσεων, ιδανική για εργαζόμενες μητέρες

- Μονής ή διπλής άντλησης
- Αποσπώμενο μοτέρ και θήκη μεταφοράς
- Τροφοδοσία ρεύματος / μπαταρίας

Swing™ **Νέο**



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού, πρακτική και ιδανική για καθημερινή χρήση

- Τροφοδοσία ρεύματος / μπαταρίας
- Θήκη μεταφοράς διαθέσιμη
- Θήλαστρο Σιλικονούχας Χοάνης

Supplemental Nursing System



Σύστημα Συμπληρωματικής Διατροφής (SNS)

- Ρυθμιζόμενο σύστημα ροής
- Χρωματικά κωδικοποιημένοι σωλήνες για διαφορετικά ποσοστά σίτισης
- Κλιμακωτό δοχείο - δεξαμενή

klinikum
ιατρικά μηχανήματα & εργαλεία

ΚΕΝΤΡΙΚΟ: Νάτσια 25 & Νεμέας, 542 49 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 316.011, 2310 317.115, 2310 321.101 (Fax)
E-mail: klinikum@otenet.gr - www.medela.ch
ΥΠΟΚ/ΜΑ: Ασρ. Παπαναστασίου 6, Ζωγράφου - 157 73 Αθήνα
Τηλ. & fax: 210 74.85.752, 210 74.70.418