

# ΕΛΕΥΘΕΡΑ

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



ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ  
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ  
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ  
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ  
ΜΑΡΤΙΟΣ  
ΜΑΡΤΙΟΣ

**2012**

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 17ος / Τεύχος 1ο

## Τώρα έχετε 3 επιπλέον λόγους για να επιλέξετε Libero!

Νέες πάνες Libero Baby Soft, πάντα απορροφητικές, απαλές, άνετες και τώρα:

- **Χωρίς lotion**
- **Με πρωτοποριακό κόψιμο** στα μεγέθη 1 & 2 για να αναπνέει ο αφαλός του μωρού σας
- Με το σκανδιναβικό **οικολογικό σήμα του Κύκνου** που σας διαβεβαιώνει ότι τα προϊόντα Libero πληρούν αυστηρά οικολογικά κριτήρια

# Libero®

Τηλεφωνήστε χωρίς χρέωση στο **800 11 542376**  
ή μπειτε στο site [www.liberoclub.gr](http://www.liberoclub.gr)  
και γίνετε μέλος του πιο τρυφερού club



Άνεση και εφαρμογή

# 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 17ος, Τεύχος 1ο, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2012**

ISSN 1106 - 6822

Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701



### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

<i>Πρόεδρος:</i>	<b>ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ</b>
<i>Αντιπρόεδρος:</i>	<b>ΦΑΝΗ ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ</b>
<i>Γεν. Γραμματέας:</i>	<b>ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΟΒΑΝΗ</b>
<i>Αναπληρ. Γεν. Γραμματέας:</i>	<b>ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ ΜΠΑΡΟΥΤΑ</b>
<i>Ταμίας:</i>	<b>ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ</b>
<i>Αναπλ. Ταμίας:</i>	<b>ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΛΑΖΟΠΟΥΛΟΣ</b>
<i>Μέλη:</i>	<b>ΜΑΡΙΑ ΤΙΓΚΑ</b>
	<b>ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΑΡΕΛΛΑ</b>
<i>Αναπληρ. Μέλη:</i>	<b>ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΒΑΤΙΣΤΑΣ</b>
	<b>ΟΥΡΑΝΙΑ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ</b>
	<b>ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ</b>

### ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

<i>Μέλη:</i>	<b>ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ</b>
	<b>ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΚΑΒΑΣ</b>
<i>Αναπληρ. Μέλος:</i>	<b>ΣΟΦΙΑ ΓΕΩΡΓΑΝΤΖΗ</b>

#### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

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

**Υπεύθυνη σύμφωνα με το νόμο:**  
ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.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: 210.8812940  
E-mail: akida123@otenet.gr

**Εκτύπωση – Βιβλιοδεσία:**  
ΔΙΟΝΥΣΗΣ ΔΕΣΠΟΤΟΠΟΥΛΟΣ – Γραφικές Τέχνες  
Αντιγόνης 76 – 104 42 Αθήνα  
Τηλ.: 210.5151233 – Fax: 210.5148062

Η SCA Hygiene Products A.E. (Libero) ΕΙΝΑΙ ΚΥΡΙΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΛΕΥΘΩ (17) 1/2012

# ΕΛΕΥΘΩ

# ELEFTHO

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

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL  
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY  
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

Β' Περίοδος – Τόμος 17ος, Τεύχος 1ο  
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 2012

2nd Period – Volume 17, Number 1  
JANUARY – FEBRUARY – MARCH 2012



**Επιστημονικοί Σύμβουλοι**  
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ  
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

**Scientific Advisors**  
PAPANIKOLAOU NIKOLAOS  
IATRAKIS GEORGE

**Διευθύντρια Σύνταξης**  
ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ ΦΑΝΗ

**Editor in Chief**  
PECHLIVANI FANI

**Συντακτική Επιτροπή**  
Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ.Α.  
ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ  
ΛΥΜΠΕΡΗ ΡΑΛΛΟΥ  
ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ  
ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ  
ΧΑΔΛΑ ΒΙΒΗ

**Editorial Board**  
E.C. of Hellenic Midwives Association  
ANTONAKOU ANGELIKI  
KARAMITROS DIMITRIOS  
LYMPERI RALLOU  
MANIATELLI ELISAVET  
TOUFIDOU ANTONIA  
CHADLA VIVI

**Επιστημονικές εργασίες – Αλληλογραφία**  
Αριστ. Παππά 2 – 115 21 Αθήνα  
Τηλ.: 210.6465691 (Fax), 210.6429675  
E-mail: [sema-icm@otenet.gr](mailto:sema-icm@otenet.gr)  
Website: [www.semme.gr](http://www.semme.gr) • [www.smme.gr](http://www.smme.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](mailto:sema-icm@otenet.gr)  
Website: [www.semme.gr](http://www.semme.gr) • [www.smme.gr](http://www.smme.gr)

# ΕΛΕΥΘΩ

Β' Περίοδος – Τόμος 17ος, Τεύχος 1ο  
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 2012

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας σε Δημόσιο Μαιευτήριο</b>	6
<i>Αλεξάνδρα Τζώρτζη, Καλλιόπη Δριτσάκου</i>	
<b>Μητρικός Θηλασμός και οικονομική κρίση</b>	25
<i>Μαρία Πανταζή</i>	
<b>Θεώρηση της σεξουαλικής υγείας: έννοια και περιεχόμενο</b>	32
<i>Αντωνία Τουφίδου</i>	
• Βιβλιοπαρουσίαση στη Θεσσαλονίκη	38
• Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ.Μ. Κρήτης	38
• Ανακοινώσεις του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου	39
• Οδηγίες για τους Συγγραφείς	39
<b>Αποχαιρετώντας αγαπημένους φίλους και συνεργάτες</b>	41

# ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period – Volume 17, Number 1  
JANUARY – FEBRUARY – MARCH 2012

## CONTENTS

<b>Hospital services evaluation in a Public Maternity Hospital</b>	6
<i>Alexandra Tzortzi, Kalliopi Dritsakou</i>	
<b>Breastfeeding and economic crisis</b>	25
<i>Maria Pantazi</i>	
<b>Conceptualizing sexual health: concept and scope</b>	32
<i>Antonia Toufidou</i>	
• Book presentation in Thessaloniki	38
• Announcement of S.E.M.M. of Crete	38
• Announcements of S.E.M.M. of Nafplio	39
• Directives for Writers	39
<b>A farewell to beloved friends and colleagues</b>	41

## Αξιοθώρηση υπηρεσιών υγείας σε Δημόσιο Μαιευτήριο

Αλεξάνδρα Τζώρτζη<sup>1</sup>  
Καλλιόπη Δρισσάκου<sup>2</sup>

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας αποτελεί εδώ και πολλές δεκαετίες αντικείμενο έρευνας αφού συνδέεται άμεσα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μέτρηση και η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όπως αυτές προσφέρονται σε εξωτερικούς και εσωτερικούς χρήστες υγείας σε νοσοκομειακό επίπεδο.

### ΥΛΙΚΟ

Στη μελέτη που διεξήχθη σε Δημόσιο Μαιευτήριο των Αθηνών, δύναμης 420 κλινών, ανταποκρίθηκαν συνολικά 1.040 χρήστες.

### ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα ερωτηματολόγια ικανοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών χρηστών. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από 377 χρήστες που νοσηλεύτηκαν κατά τη χρονική περίοδο της μελέτης, που διήρκεσε τρεις μήνες (Οκτώβριος έως Δεκέμβριος 2011), το 75,3% δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένο από τη νοσηλευτική φροντίδα και το 63,9% αντίστοιχα από την ιατρική περίθαλψη. Το περιβάλλον του Νοσοκομείου (καθαριότητα, ησυχία, προσβασιμότητα) επιδέχεται βελτιώσεις αφού η ικανοποίηση άγγιξε μόλις το 57,3%. Το 69,8 % των νοσηλευόμενων δήλωσε ότι θα σύστηνε σίγουρα το Νοσοκομείο σε άλλους φίλους ή συγγενείς, ενώ ο μέσος βαθμός αξιολόγησης ήταν  $8,42 \pm 1,4$  (9;5-10). Αντιθέτως, από τους 663 χρήστες που επισκέφτηκαν τα Εξωτερικά Ιατρεία, το 70,4% δήλωσε ότι οι συνθήκες υποδοχής και αντιμετώπισης στα Εξωτερικά Ιατρεία ήταν καλές. Μόλις το 53,8% δήλωσε ότι έχει καλές εντυπώσεις από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, ενώ το 77,2% αξιολόγησε ως καλές την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Πάνω από το 65% δηλώνει ότι θα ξαναχρησιμοποιήσει τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, ενώ ο μέσος βαθμός αξιολόγησης είναι  $6,8 \pm 2,3$  (7;0-10).

<sup>1</sup> Μαία, Νοσηλεύτρια Πε, MSc, Υπεύθυνη Επιτροπής Ποιότητας, Γραφείο Εκπαίδευσης & Ψυχοπροφυλακτικής, Γ.Ν.-Μαιευτήριο "ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ".

<sup>2</sup> Μαία, Νοσηλεύτρια Πε, MSc, Γραφείο Εκπαίδευσης & Ψυχοπροφυλακτικής, Γ.Ν.-Μαιευτήριο "ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ".

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

*Η διαρκής αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη λειτουργία του Νοσοκομείου και συμβάλλει στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας. Κρίνεται απαραίτητη η συνέχιση ανάλογων μελετών, που θα συμβάλουν στην εξιδανίκευση των συνθηκών νοσηλείας αλλά και στη διαμόρφωση πρότυπων ιατρονοσηλευτικών πρακτικών.*

**Λέξεις-κλειδιά:** ικανοποίηση ασθενούς, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ιατρική, νοσηλευτική φροντίδα, ταχύτητα εξυπηρέτησης, προσβασιμότητα, εξυπηρέτηση.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διασφάλιση της ποιότητας ως επέκταση του ποιοτικού ελέγχου ήταν το θεμέλιο του κινήματος της ποιότητας στο χώρο της υγείας μέχρι τις αρχές του '90 και επικεντρώθηκε στον καθορισμό και την αξιολόγηση δεικτών, που αντικατοπτρίζουν τα πρότυπα της περίθαλψης (Crow R. et al., 2003). Οι αλλαγές στο χώρο της αγοράς έφεραν στην επιφάνεια προβληματισμούς σχετικά με το αυξημένο κόστος που αντιστοιχεί στον τομέα της υγείας, και αναφορικά ως προς τη δυσαρέσκεια του πληθυσμού αλλά και τα προκύπτοντα οφέλη.

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και συνδέεται άρρηκτα με την πλήρωση των γενικών και των ειδικών αναγκών υγείας (Robert J. et al., 2001).

Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης ασθενούς αποτελεί έναν από τους παράγοντες που πιστοποιούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η αξιολόγησή της έγκειται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, που σχετίζονται μεταξύ άλλων με έννοιες όπως προσβασιμότητα, αποτελεσματικότητα και διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος (Harpole L. et al., 1996). Αναλυτικότερα, η πληροφόρηση του χρήστη υπηρεσιών υγείας για την πορεία της υγείας του, ο χρόνος αναμονής για τη διεκπεραίωση μιας διαδικασίας-εξέτασης, η διαθεσιμότητα έμπειρου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η άρτια τεχνολογική υποστήριξη των διαγνωστικών μηχανημάτων και η υψηλή διαγνωστική

επιτυχία αποτελούν παραμέτρους, που συνυπολογίζονται στη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς (Khayat K. et al., 1994).

Οι ασθενείς ως μη ειδικοί δεν είναι σε θέση να κρίνουν επαρκώς και με αξιοπιστία την αποτελεσματικότητα της τεχνικής πλευράς της ιατρικής παρέμβασης (Ross C. et al., 1994). Αντίθετα, έχουν την ικανότητα και είναι προφανώς οι καταλληλότεροι να κρίνουν τις διαπροσωπικές πλευρές της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και περίθαλψης, την ευγένεια, το ενδιαφέρον, τη φροντίδα, την ανταποκρισιμότητα του προσωπικού του οργανισμού υγείας, την καθαριότητα και τη διαμόρφωση των χώρων των Νοσοκομείων, την ποιότητα και τη διαθεσιμότητα του ξενοδοχειακού εξοπλισμού, τις συνθήκες νοσηλείας (ησυχία, αερισμός, θερμοκρασία, άνεση), την ποιότητα του φαγητού, τη συμπεριφορά και την εμφάνιση του ιατρικού, του νοσηλευτικού και του διοικητικού προσωπικού, το σεβασμό της προσωπικότητάς τους, τη διασφάλιση του απορρήτου και την παροχή κατάλληλων και εξειδικευμένων υπηρεσιών (Drummond M.F. et al., 1997).

Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται από τρεις παραμέτρους: α) τις προσδοκίες του χρήστη από την προσφερόμενη υπηρεσία, β) το κοινωνικοοικονομικό προφίλ του χρήστη και γ) την επίδραση των σύγχρονων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Gold M.R. et al., 1996).

Οι προσδοκίες του χρήστη αποτιμώνται ως το μέγεθος των υπηρεσιών, που περιμένει να λάβει ο χρήστης σε σύγκριση με αυτό που ουσιαστικά λαμβάνει. Το φύλο, η μόρφωση και η ηλικία είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του χρήστη, αλλά και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες προκαλούν μετατροπή του μεγέθους της ικανοποίησης. Πολλοί είναι οι ασθενείς που δείχνουν αδιαφορία για τη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, αφού πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους. Ενώ, αντίθετα, δεν είναι λίγοι και εκείνοι, που παρουσιάζουν μια καλή αξιολόγηση ελπίζοντας να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Sloan F.A., 1996, Zaslavsky A.M. et al., 2005). Για τη διεκπεραίωση μιας διαδικασίας αξιολόγησης επιβάλλεται η χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία πρέπει να περιέχουν ποιοτική και ποσοτική εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και ανοικτές ερωτήσεις. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται κατά προτίμηση ανώνυμα, είτε με την άμεση διανομή και συλλογή τους εντός του Νοσοκομείου, είτε με προσωπικές συνεντεύξεις, είτε τηλεφωνικά, είτε τέλος ηλεκτρονικά. Οι δυο πρώτες επιλογές επιφέρουν αυξημένα

ποσοστά ανταπόκρισης και η ανωνυμία συμβάλλει τα μέγιστα στην αξιόπιστη καταγραφή της γνώμης του ασθενούς.

Στην Ελλάδα γίνονται ελάχιστες μελέτες μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, παρότι οι Έλληνες χρήστες παραπονούνται για χαμηλό βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες άλλων κρατών (Gene-Badia J. et al., 2001, Jaipra ul C.K. et al., 2003).

Οι νεότερες μεθοδολογικές προσεγγίσεις, που βασίζονται στη συμμετοχή των ίδιων των ασθενών στην εκτίμηση υπηρεσιών υγείας, συνεκτιμούν την ιατρική αποτελεσματικότητα, τις διαπροσωπικές παραμέτρους της περίθαλψης, την ανθρωπιά, την ευγένεια και το ενδιαφέρον του προσωπικού, την προσβασιμότητα, την ταχύτητα διεκπεραίωσης, το κόστος και τη διαχείριση των ψυχολογικών και των κοινωνικών προβλημάτων των ασθενών, παραμέτρους που αποτελούν και το βασικό κορμό των ερωτηματολογίων (Cho S.H. et al., 2007).

## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μέτρηση και η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όπως αυτές προσφέρονται σε εξωτερικούς και εσωτερικούς χρήστες υγείας σε νοσοκομειακό επίπεδο.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη διεξήχθη σε Δημόσιο Μαιευτήριο των Αθηνών, δύναμης 420 κλινών. Το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε στο 70%. Στη μελέτη ανταποκρίθηκαν συνολικά 1.040 άτομα: 377 χρήστες υγείας που νοσηλεύτηκαν και 663 χρήστες που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία κατά τη χρονική περίοδο της μελέτης. Η έρευνα απευθυνόταν προς τους ίδιους τους χρήστες υγείας, αλλά και τους συνοδούς τους. Το μελετώμενο δείγμα αποτέλεσαν λεχώιδες, κυοφορούσες και χειρουργημένες γυναίκες από γυναικολογικές επεμβάσεις.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας σχεδιάστηκαν σύνθετα δομημένα ερωτηματολόγια (ερωτηματολόγιο εσωτερικών και ερωτηματολόγιο εξωτερικών ασθενών), τα οποία περιλάμβαναν τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές μεταβλητές, που συνδέονται με τη χρήση των υπηρεσιών και την αξιολόγησή τους. Οι ερωτήσεις κατηγοριοποιήθηκαν στις ακόλουθες ενότητες:

1. Χαρακτηριστικά δείγματος.
2. Αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών ανά κατηγορία υπηρεσίας.

3. Αξιολόγηση των δομών και του χώρου του Νοσοκομείου.

4. Γενικές απόψεις των χρηστών για τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

Η αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών αφορούσε καταρχήν την ποιότητα των διαδικασιών στο Νοσοκομείο και στη συνέχεια το προσωπικό του Νοσοκομείου (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό). Η αξιολόγηση των παραπάνω τομέων έγινε ως επί το πλείστον με χρήση πενταβάθμιας κλίμακας τύπου "Likert", η οποία περιλάμβανε τις εξής βαθμίδες: «ποτέ», «μερικές φορές», «συνήθως», «πάντα» και «δεν απαντώ». Εναλλακτικά, η διαβάθμιση των απαντήσεων όταν αφορούσε την παροχή υπηρεσιών ήταν η ακόλουθη: «πολύ κακές», «μάλλον κακές», «ούτε καλές ούτε κακές», «μάλλον καλές» και «πολύ καλές».

Η ποσοτική αποτίμηση έγινε με την αριθμητική κλίμακα από 1-10. Όσον αφορά την καταγραφή της γενικής άποψης των ερωτηθέντων για το Νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε με την υποβολή ανοικτών ερωτήσεων στις οποίες ο χρήστης είχε τη δυνατότητα να αναφέρει ο,τιδήποτε θα συνεισέφερε –κατά την άποψή του– στη βελτίωση. Προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, αρχικά διεξήχθη πιλοτική εφαρμογή του και στη συνέχεια διατυπώθηκαν και πάλι οι ερωτήσεις, που παρουσίαζαν πρόβλημα από πλευράς κατανόησης. Μετά από την ολοκλήρωση της διαδικασίας δόμησης του ερωτηματολογίου, οι διανομείς των ερωτηματολογίων με ειδική άδεια του Νοσοκομείου κάλυπταν σε καθημερινή βάση, για διάρκεια 3 μηνών (Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2011), συγκεκριμένους τομείς του Νοσοκομείου, ώστε τελικά να αποκτηθεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα χρηστών του Νοσοκομείου. Τέλος, για την επεξεργασία των ερωτηματολογίων σχεδιάστηκε ειδική βάση δεδομένων με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 18.0, στην οποία εισήχθησαν τα δεδομένα προκειμένου να πραγματοποιηθεί στατιστική επεξεργασία και ανάλυσή τους.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των 377 εσωτερικών χρηστών υπηρεσιών υγείας, που ανταποκρίθηκαν στη μελέτη με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εσωτερικών ασθενών, το 72,7% ήταν  $\leq 40$  χρόνων (βλέπε Πίνακα 1).

Το 100% του δείγματος ήταν γυναίκες. Το 90,7% των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκαν από τις ίδιες τις νοσηλεύόμενες και μόλις το 9,3 % από τους συνοδούς τους. Η μέση ηλικία των νοσηλευ-



ομένων ήταν  $38,65 \pm 13,24$  (34;21-79) (βλέπε Πίνακα 2, Σχήμα 1).

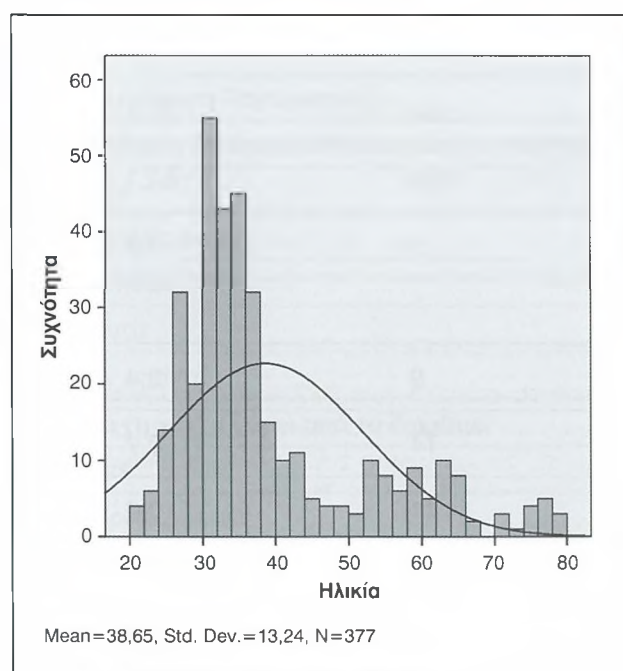
**Πίνακας 1:** Κατηγοριοποίηση Νοσηλευομένων Ασθενών με Κριτήριο την Ηλικία.

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό %
≤40	274	72,7
>41	103	27,3
Σύνολο	377	100,0

**Πίνακας 2:** Μέση Ηλικία Νοσηλευομένων Ασθενών.

	Ηλικία	
Μέση Τιμή	38,65	
Διάμεσος	34,00	
Τυπική Απόκλιση	13,240	
Διακύμανση	175,307	
Εύρος	58	
Ελάχιστη Τιμή	21	
Μέγιστη Τιμή	79	
	25	30,00
Εκατοστιαίες Θέσεις	50	34,00
	75	42,00

**Σχήμα 1:** Ιστόγραμμα με την Ηλικιακή Κατανομή των Νοσηλευομένων Ασθενών.



Το 93,9% των νοσηλευομένων είχαν ασφαλιστική κάλυψη. Το μεγαλύτερο ποσοστό (59,7%) ασφαλιζονταν στο ΙΚΑ (βλέπε Πίνακα 3).

**Πίνακας 3:** Ασφαλιστική Κάλυψη Νοσηλευομένων Ασθενών.

Αξιολογούμενη Παράμετρος	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>Ασφαλιστική Κάλυψη</b>		
•Ναι	354	93,9
•Όχι	23	6,1
<b>Είδος Ασφαλιστικής Κάλυψης</b>		
•ΙΚΑ	225	59,7
•ΔΗΜΟΣΙΟ	100	26,5
•ΤΕΒΕ	21	5,6
•ΟΓΑ	21	5,6
•ΑΠΟΡΟΙ	10	2,7

Το 75,3% των νοσηλευομένων δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένο από το νοσηλευτικό προσωπικό και συγκεκριμένα από την ευγένεια και το σεβασμό που επιδεικνύει στη συμπεριφορά του. Σε ποσοστό 65,3% οι μαίες και οι νοσηλεύτριες ακούν πάντα με προσοχή τους ασθενείς και απαντούν πάντα στην κλήση των κουμπιών ανάγκης κατά δήλωση των ασθενών σε ποσοστό 71,1% (βλέπε Πίνακα 4).

Το 63,9% των νοσηλευομένων δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένο από το ιατρικό προσωπικό και συγκεκριμένα από την ευγένεια και το σεβασμό προς τους νοσηλευόμενους. Σε ποσοστό 75,9% οι γιατροί ακούν πάντα με προσοχή τους ασθενείς και εξηγούν πάντα τα πράγματα με κατανοητό τρόπο σε ποσοστό 60,2% (βλέπε Πίνακα 5).

Το υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης από το περιβάλλον του Μαιευτηρίου (57,3%) σημειώθηκε στην αξιολόγηση της ησυχίας, που επικρατούσε τη νύχτα γύρω από το δωμάτιο καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους (βλέπε Πίνακα 6).

**Πίνακας 4:** Αξιολόγηση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας από το Νοσηλευτικό Προσωπικό.

<b>Αξιολογούμενη Παράμετρος</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>		
<b>Σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό</b>		
• Ποτέ	2	0,5
• Μερικές φορές	15	4,0
• Συνήθως	72	19,1
• Πάντα	284	75,3
• Δεν απαντώ	4	1,1
<b>Σας άκουσαν με προσοχή</b>		
• Ποτέ	3	0,8
• Μερικές φορές	20	5,3
• Συνήθως	104	27,6
• Πάντα	246	65,3
• Δεν απαντώ	4	1,1
<b>Σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο</b>		
• Ποτέ	–	–
• Μερικές φορές	34	9,0
• Συνήθως	104	27,6
• Πάντα	234	62,1
• Δεν απαντώ	5	1,3
<b>Πόσο συχνά απάντησαν στο κουμπί κλήσης</b>		
• Ποτέ	9	2,4
• Μερικές φορές	14	3,7
• Συνήθως	41	10,9
• Πάντα	268	71,1
• Δεν απαντώ	45	11,9

**Πίνακας 5:** Αξιολόγηση Παροχής Υπηρεσιών Υγείας από το Ιατρικό Προσωπικό.

Αξιολογούμενη Παράμετρος	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>Ιατρικό Προσωπικό</b>		
Σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό		
• Ποτέ	–	–
• Μερικές φορές	26	6,9
• Συνήθως	104	27,6
• Πάντα	241	63,9
• Δεν απαντώ	5	1,3
Σας άκουσαν με προσοχή		
• Ποτέ	–	–
• Μερικές φορές	16	4,2
• Συνήθως	70	18,6
• Πάντα	286	75,9
• Δεν απαντώ	5	1,3
Σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο		
• Ποτέ	3	0,8
• Μερικές φορές	25	6,6
• Συνήθως	116	30,8
• Πάντα	227	60,2
• Δεν απαντώ	6	1,6

**Πίνακας 6:** Αξιολόγηση Περιβάλλοντος Νοσοκομείου.

Αξιολογούμενη Παράμετρος	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>Καθαριότητα Λουτρού-Μπάνιου κατά τη Νοσηλεία</b>		
• Ποτέ	9	2,4
• Μερικές φορές	33	8,8
• Συνήθως	115	30,6
• Πάντα	215	56,9
• Δεν απαντώ	5	1,3
<b>Ησυχία τη νύχτα γύρω από το δωμάτιο</b>		
• Ποτέ	4	1,1
• Μερικές φορές	33	8,8
• Συνήθως	114	30,2
• Πάντα	216	57,3
• Δεν απαντώ	10	2,7

Στον Πίνακα 7 βλέπουμε ότι μόλις το 35,5% των ερωτηθέντων είχε ανάγκη για παυσίπονο κατά τη νοσηλεία του και στο 59,4% χορηγήθηκε ένα νέο φάρμακο, που δεν είχε ξαναπάρει στο παρελθόν. Μόνο το 37,9% των νοσηλευομένων αξιολογεί ότι πάντα, σ' όλες τις περιπτώσεις, το προσωπικό έκανε όλες τις απαραίτητες παρεμβάσεις εκτός χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7:** Αξιολόγηση Εμπειριών Νοσηλείας από το Νοσοκομείο.

<b>Αξιολογούμενη Παράμετρος</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Χρειάστηκε να σας βοηθήσαν οι νοσηλεύτριες να πάτε στην τουαλέτα</b>		
•Ναι	315	83,6
•Όχι	62	16,4
<b>Πόσο συχνά σας βοήθησαν να πάτε στην τουαλέτα</b>		
•Ποτέ	-	-
•Μερικές φορές	30	7,9
•Συνήθως	120	31,8
•Πάντα	165	43,7
•Δεν απαντώ	-	-
•Δε χρειάστηκε	62	16,4
<b>Χρειαστήκατε αναλγητικό κατά την παραμονή σας</b>		
•Ναι	134	35,5
•Όχι	243	64,5
<b>Πόσο συχνά ελέγχονταν ο πόνος με αναλγητικό</b>		
•Ποτέ	-	-
•Μερικές φορές	-	-
•Συνήθως	4	1,00
•Πάντα	130	34,5
•Δεν απαντώ	-	-
•Δε χρειάστηκε	243	64,5
<b>Πόσο συχνά έκανε παρεμβάσεις το προσωπικό για τον πόνο</b>		
•Ποτέ	4	1,1
•Μερικές φορές	31	8,2
•Συνήθως	86	22,8
•Πάντα	143	37,9
•Δεν απαντώ	113	29,9
<b>Σας χορηγήθηκαν φάρμακα που δεν είχατε πάρει στο παρελθόν</b>		
•Ναι	224	59,4
•Όχι	153	40,6
<b>Πόσο συχνά σας ενημέρωσαν για το νέο φάρμακο που σας έδωσαν (παρενέργειες)</b>		
•Ποτέ	5	1,3
•Μερικές φορές	57	15,1
•Συνήθως	51	13,5
•Πάντα	111	29,4
•Δεν απαντώ	-	-
•Δε χρειάστηκε	153	40,6

Το 95,2% των νοσηλευομένων μετά την έξοδο από το Μαιευτήριο πήγε στο σπίτι του, αλλά μόλις το 42,7% έλαβε οδηγίες και συμβουλές από το προσωπικό για τη φροντίδα του μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8:** Αξιολόγηση Εμπειριών Νοσηλείας από το Νοσοκομείο.

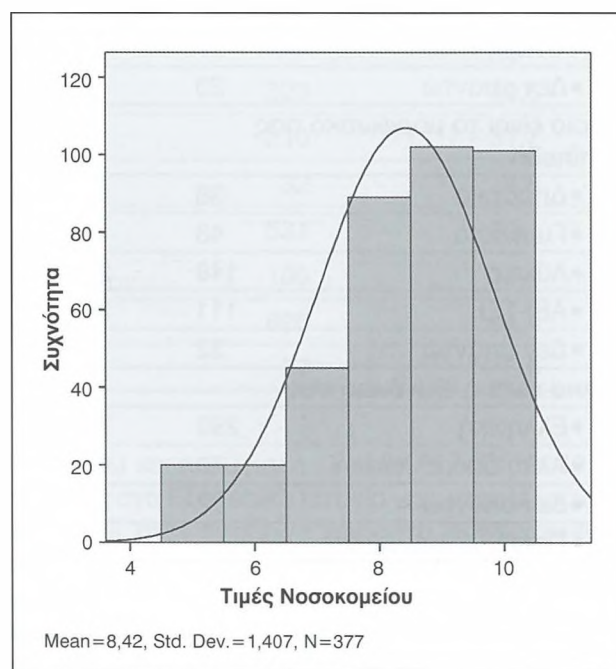
Αξιολογούμενη Παράμετρος	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>Πού θα πάτε μετά από την έξοδο από το Νοσοκομείο</b>		
• Δικό μου σπίτι	359	95,2
• Σπίτι γνωστού/φίλου/συγγενή	16	4,2
• Υγειονομική Μονάδα	2	0,5
<b>Συζήτηση με το προσωπικό για βοήθεια στο σπίτι μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο</b>		
• Όχι	151	40,1
• Ναι	178	47,2
• Δεν απαντώ	48	12,7
<b>Σας δόθηκαν οδηγίες και συμβουλές για την έξοδό σας</b>		
• Όχι	172	45,6
• Ναι	161	42,7
• Δεν απαντώ	44	11,6

Η μέση τιμή βαθμολογικής κατάταξης του Μαιευτηρίου ήταν  $8,42 \pm 1,4$  (9;5-10). Το 77,5% των νοσηλευομένων αξιολόγησε με τιμές από 8 έως 10 στη βαθμολογική κλίμακα το Μαιευτήριο (Πίνακας 9, Σχήμα 2), ενώ το 69,8% θα το σύστηνε σίγουρα σε άλλους φίλους, συγγενείς, γνωστούς (βλέπε Πίνακα 10).

**Πίνακας 9:** Μέση Τιμή Αξιολόγησης Νοσοκομείου.

	Τιμές	
Μέση Τιμή	8,42	
Διάμεσος	9,00	
Τυπική Απόκλιση	1,407	
Διακύμανση	1,979	
Εύρος	5	
Ελάχιστη Τιμή	5	
Μέγιστη Τιμή	10	
	25	8,00
Εκατοστιαίες Θέσεις	50	9,00
	75	10,00

**Σχήμα 2:** Ιστογράμμα με τη Βαθμολογική Κατάταξη του Νοσοκομείου.



**Πίνακας 10:** Συνολική Βαθμολογική Κατάταξη του Νοσοκομείου.

Αξιολογούμενη Παράμετρος	Συχνότητα	Ποσοστό %
Θα συστήνατε το Νοσοκομείο		
•Σίγουρα όχι	1	0,3
•Πιθανά όχι	10	2,7
•Πιθανά ναι	95	25,2
•Σίγουρα ναι	263	69,8
•Δεν απαντώ	8	2,1

Τέλος, από τον Πίνακα 11 βλέπουμε ότι το 39,8% των νοσηλευομένων αξιολογεί ως πολύ καλή την κατάσταση υγείας του και το 78,2% μιλάει την ελληνική γλώσσα (Πίνακας 11).

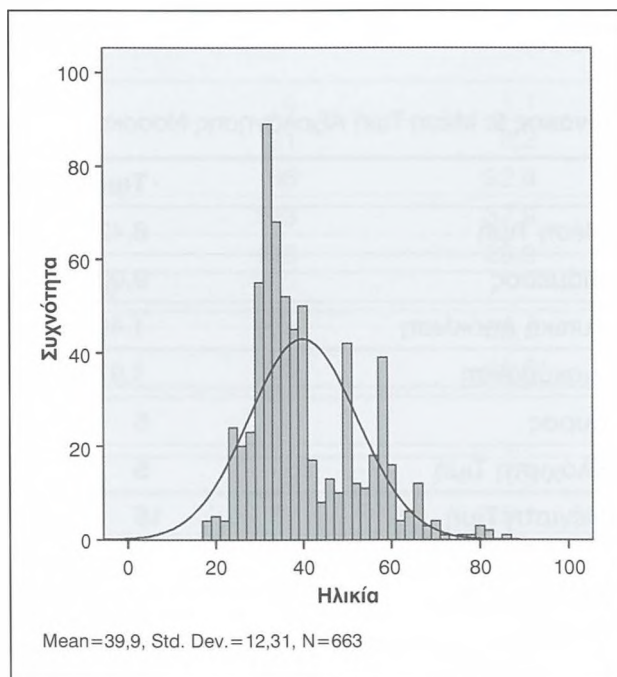
**Πίνακας 11:** Προσωπικά Στοιχεία Νοσηλευομένων Ασθενών.

Αξιολογούμενη Παράμετρος	Συχνότητα	Ποσοστό %
Πώς αξιολογείτε την υγείας σας		
•Εξαιρετική	38	10,1
•Πολύ καλή	150	39,8
•Καλή	97	25,7
•Ικανοποιητική	52	13,8
•Φτωχή	17	4,5
•Δεν απαντώ	23	6,1
Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο		
•Δημοτικό	38	10,1
•Γυμνάσιο	48	12,7
•Λύκειο	148	39,3
•ΑΕΙ-ΤΕΙ	111	29,4
•Δεν απαντώ	32	8,5
Ποια είναι η ιθαγένειά σας		
•Ελληνική	280	74,3
•Άλλη από Ελληνική	70	18,6
•Δεν απαντώ	27	7,2
•Ποια γλώσσα μιλάτε		
•Ελληνική	295	78,2
•Άλλη από Ελληνική	50	13,3
•Δεν απαντώ	32	8,5

Η μέση ηλικία των 663 εξωτερικών ασθενών που επισκέφτηκαν τα Εξωτερικά Ιατρεία και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, ήταν  $39,90 \pm 12,31$  (36; 18-85) (Πίνακας 12, Σχήμα 3).

**Πίνακας 12:** Μέση Ηλικία Εξωτερικών Ασθενών.

Ηλικία	
Μέση Τιμή	39,90
Διάμεσος	36,00
Τυπική Απόκλιση	12,310
Διακύμανση	151,524
Εύρος	67
Ελάχιστη Τιμή	18
Μέγιστη Τιμή	85
Εκατοστιαίες Θέσεις	
25	31,00
50	36,00
75	50,00

**Σχήμα 3:** Ιστόγραμμα με την Ηλικιακή Κατανομή των Εξωτερικών Ασθενών.

Το 97% των εξωτερικών ασθενών είχαν ασφαλιστική κάλυψη και το μεγαλύτερο ποσοστό ασφαλιζόταν στο ΙΚΑ (68,6%) (Πίνακας 13).

**Πίνακας 13:** Ασφαλιστική Κάλυψη  
Εξωτερικών Ασθενών.

Αξιολογούμενη Παράμετρος	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>Ασφαλιστική Κάλυψη</b>		
• Ναι	643	97,0
• Όχι	20	3,0
<b>Είδος Ασφαλιστικής Κάλυψης</b>		
• ΙΚΑ	455	68,6
• ΔΗΜΟΣΙΟ	133	20,1
• ΤΕΒΕ	35	5,3
• ΟΓΑ	13	2,0
• ΤΣΑΥ	20	3,1
• ΑΠΟΡΟΙ	7	1,1

Στον Πίνακα 14 βλέπουμε ότι το 87,8% του δείγματος των εξωτερικών ασθενών είχαν ελληνική ιθαγένεια, το 49,6% είχαν τελειώσει έως και το Λύκειο, ενώ το 80,1% προσήλθαν στα τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία για παρακολούθηση και εξέταση (Πίνακας 14).

**Πίνακας 14:** Δημογραφικά Στοιχεία Εξωτερικών Ασθενών.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ιθαγένεια – Ελληνική	582	87,8
Άλλη από Ελληνική	81	12,2
Εκπαίδευση – Γυμνάσιο	124	18,7
Λύκειο	329	49,6
ΑΕΙ/ΤΕΙ	210	31,7
Σημείο Προσέλευσης Ασθενών – Εφημερία	32	4,8
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	531	80,1
Τακτικά Ιατρεία Ολοήμερης Εφημερίας	100	15,1
Άτομο που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο – Ίδιος ασθενής	626	94,4
Συγγενής/Συνοδός	37	5,6

Η τηλεφωνική εξυπηρέτηση αποτιμήθηκε ως μάλλον καλή (36%) και πολύ καλή (34,4%), δηλαδή το 70,4% δήλωσε ότι οι συνθήκες τηλεφωνικής υποδοχής και αντιμετώπισης στα Εξωτερικά Ιατρεία –που αποτελούν και την πρώτη εικόνα του Νοσοκομείου προς τα έξω– ήταν καλές, ενώ, στον αντίποδα, ποσοστό 25,5% των ερωτηθέντων βρίσκει πολύ κακή τη συμπεριφορά του προσωπικού υποδοχής, όταν φτάνει μέσα στο Νοσοκομείο σε επίπεδο Εξωτερικού Ιατρείου. Η παροχή πληροφοριών χαρακτηρίστηκε ως μάλλον καλή (33,2%) και πολύ καλή (37%). Εξίσου, η ύπαρξη πινακίδων κατεύθυνσης στους χώρους του Νοσοκομείου αξιολογήθηκε ως μάλλον καλή (38,9%) και πολύ καλή (36,7%) από το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (βλέπε Πίνακα 15).

**Πίνακας 15:** Αξιολόγηση Παροχής Υπηρεσιών σε επίπεδο Εξωτερικού Ιατρού.

<b>Αξιολογούμενη Παράμετρος</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Τηλεφωνική Εξυπηρέτηση</b>		
• Πολύ κακή	21	3,2
• Μάλλον κακή	40	6,0
• Ούτε καλή ούτε κακή	135	20,4
• Μάλλον καλή	239	36,0
• Πολύ καλή	228	34,4
<b>Συμπεριφορά Προσωπικού Υποδοχής</b>		
• Πολύ κακή	169	25,5
• Μάλλον κακή	62	9,4
• Ούτε καλή ούτε κακή	64	9,7
• Μάλλον καλή	135	20,4
• Πολύ καλή	233	35,1
<b>Χρόνος Αναμονής έως την Επίσκεψη</b>		
• Πολύ κακή	74	11,1
• Μάλλον κακή	77	11,6
• Ούτε καλή ούτε κακή	122	18,4
• Μάλλον καλή	202	30,5
• Πολύ καλή	188	28,4
<b>Παροχή Πληροφοριών</b>		
• Πολύ κακή	29	4,4
• Μάλλον κακή	31	4,7
• Ούτε καλή ούτε κακή	138	20,8
• Μάλλον καλή	220	33,2
• Πολύ καλή	245	37,0
<b>Ύπαρξη Πινακίδων στα Τμήματα</b>		
• Πολύ κακή	11	1,7
• Μάλλον κακή	25	3,8
• Ούτε καλή ούτε κακή	126	19,0
• Μάλλον καλή	258	38,9
• Πολύ καλή	243	36,7



Η καθαριότητα και η λειτουργικότητα των χώρων ήταν μάλλον καλή (43%) και πολύ καλή (36,7%) όπως δήλωσαν οι προσερχόμενοι στα Εξωτερικά Ιατρεία. Επιπροσθέτως, η θερμοκρασία των χώρων εκτιμήθηκε ως μάλλον καλή (39,1%) και πολύ καλή (36%) στο μεγαλύτερο ποσοστό της (βλέπε Πίνακα 16).

**Πίνακας 16:** Αξιολόγηση Παροχής Υπηρεσιών σε επίπεδο Εξωτερικού Ιατρείου.

<b>Αξιολογούμενη Παράμετρος</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Καθαριότητα – Λειτουργικότητα Χώρων</b>		
• Πολύ κακή	12	1,8
• Μάλλον κακή	23	3,5
• Ούτε καλή ούτε κακή	100	15,1
• Μάλλον καλή	285	43,0
• Πολύ καλή	243	36,7
<b>Ύπαρξη Ελεύθερων Καθισμάτων</b>		
• Πολύ κακή	24	3,6
• Μάλλον κακή	36	5,4
• Ούτε καλή ούτε κακή	103	15,5
• Μάλλον καλή	251	37,9
• Πολύ καλή	249	37,6
<b>Θερμοκρασία των Χώρων</b>		
• Πολύ κακή	27	4,1
• Μάλλον κακή	23	3,5
• Ούτε καλή ούτε κακή	115	17,3
• Μάλλον καλή	259	39,1
• Πολύ καλή	239	36,0
<b>Ησυχία</b>		
• Πολύ κακή	7	1,1
• Μάλλον κακή	50	7,5
• Ούτε καλή ούτε κακή	107	16,1
• Μάλλον καλή	246	37,1
• Πολύ καλή	253	38,2
<b>Καθαριότητα Βοηθητικών Χώρων</b>		
• Πολύ κακή	31	4,7
• Μάλλον κακή	47	7,1
• Ούτε καλή ούτε κακή	145	21,9
• Μάλλον καλή	261	39,4
• Πολύ καλή	179	27,0

Η πρόσβαση σε ανάπηρα άτομα αξιολογήθηκε ως μάλλον καλή (38,5%) και πολύ καλή (30,5%). Ο χρόνος αναμονής για την έκδοση των αποτελεσμάτων, όπως απάντησαν οι χρήστες υπηρεσιών υγείας, ήταν μάλλον καλός (37,6%) και πολύ καλός (24,9%). Αντίθετα, η εντύπωση για το χρόνο αναμονής για το ραντεβού ήταν ούτε καλή ούτε κακή (23,8%) και μάλλον καλή (32,4%) (Πίνακας 17).

**Πίνακας 17:** Αξιολόγηση Παροχής Υπηρεσιών σε επίπεδο Εξωτερικού Ιατρείου.

<b>Αξιολογούμενη Παράμετρος</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Πρόσβαση σε Ανάπηρα Άτομα</b>		
• Πολύ κακή	26	3,9
• Μάλλον κακή	33	5,0
• Ούτε καλή ούτε κακή	147	22,2
• Μάλλον καλή	255	38,5
• Πολύ καλή	202	30,5
<b>Χρόνος Αναμονής για το Ραντεβού</b>		
• Πολύ κακή	55	8,3
• Μάλλον κακή	93	14,0
• Ούτε καλή ούτε κακή	158	23,8
• Μάλλον καλή	215	32,4
• Πολύ καλή	142	21,4
<b>Τήρηση της Προγραμματισμένης Ώρας του Ραντεβού</b>		
• Πολύ κακή	82	12,4
• Μάλλον κακή	109	16,4
• Ούτε καλή ούτε κακή	143	21,6
• Μάλλον καλή	190	28,7
• Πολύ καλή	139	21,0
<b>Χρόνος Αναμονής για Εξετάσεις</b>		
• Πολύ κακή	49	7,4
• Μάλλον κακή	93	14,0
• Ούτε καλή ούτε κακή	158	23,8
• Μάλλον καλή	222	33,5
• Πολύ καλή	141	21,3
<b>Χρόνος Έκδοσης των Αποτελεσμάτων</b>		
• Πολύ κακή	29	4,4
• Μάλλον κακή	87	13,1
• Ούτε καλή ούτε κακή	133	20,1
• Μάλλον καλή	249	37,6
• Πολύ καλή	165	24,9

Η συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διενέργεια εξετάσεων χαρακτηρίστηκε ως μάλλον καλή (35%) και πολύ καλή (44,3%), καθώς και ο σεβασμός της προσωπικότητας των εξεταζομένων αξιολογήθηκαν ως μάλλον καλά (34,4%) και πολύ καλά (44,6%) στο μεγαλύτερο ποσοστό (βλέπε Πίνακα 18).

**Πίνακας 18:** Αξιολόγηση Παροχής Υπηρεσιών σε επίπεδο Εξωτερικού Ιατρείου.

Αξιολογούμενη Παράμετρος	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>Συμπεριφορά Προσωπικού κατά τις Εξετάσεις</b>		
• Πολύ κακή	19	2,9
• Μάλλον κακή	29	4,4
• Ούτε καλή ούτε κακή	89	13,4
• Μάλλον καλή	232	35,0
• Πολύ καλή	294	44,3
<b>Σεβασμός Προσωπικότητας Εξεταζομένου</b>		
• Πολύ κακή	24	3,6
• Μάλλον κακή	9	1,4
• Ούτε καλή ούτε κακή	106	16,0
• Μάλλον καλή	228	34,4
• Πολύ καλή	296	44,6

Η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας αποτιμήθηκε ως μάλλον καλή και πολύ καλή σ' ένα συνολικό ποσοστό 77,2%.

Υψηλά παρουσιάζονται τα ποσοστά ικανοποίησης από την ιατρική συμπεριφορά και ενημέρωση, αφού οι ιατρικές υπηρεσίες αποτιμώνται ως μάλλον και πολύ καλές σε ποσοστά άνω του 74% έως και 82% (βλέπε Πίνακα 19).

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αποτιμήθηκε ως μάλλον καλή και πολύ καλή σ' ένα συνολικό ποσοστό 77,2%.

Υψηλά παρουσιάζονται τα ποσοστά ικανοποίησης από τη νοσηλευτική συμπεριφορά, αφού οι υπηρεσίες αποτιμώνται ως μάλλον καλές και πολύ καλές σε ποσοστά άνω του 76% έως και 79% (βλέπε Πίνακα 20).

**Πίνακας 19:** Αξιολόγηση Παροχής Υπηρεσιών από το Ιατρικό Προσωπικό.

<b>Αξιολογούμενη Παράμετρος</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Ποιότητα Ιατρικής Φροντίδας</b>		
• Πολύ κακή	19	2,9
• Μάλλον κακή	8	1,2
• Ούτε καλή ούτε κακή	124	18,7
• Μάλλον καλή	251	37,9
• Πολύ καλή	261	39,3
<b>Συμπεριφορά Ιατρικού Προσωπικού</b>		
• Πολύ κακή	10	1,5
• Μάλλον κακή	9	1,4
• Ούτε καλή ούτε κακή	103	15,5
• Μάλλον καλή	253	38,2
• Πολύ καλή	288	43,4
<b>Ψυχολογική Υποστήριξη από τους Ιατρούς</b>		
• Πολύ κακή	8	1,2
• Μάλλον κακή	24	3,6
• Ούτε καλή ούτε κακή	138	20,8
• Μάλλον καλή	240	36,2
• Πολύ καλή	253	38,2
<b>Ενημέρωση από τους Ιατρούς</b>		
• Πολύ κακή	10	1,5
• Μάλλον κακή	20	3,0
• Ούτε καλή ούτε κακή	123	18,6
• Μάλλον καλή	249	37,6
• Πολύ καλή	261	39,4
<b>Συμπεριφορά Ιατρών κατά τη Διενέργεια Εξετάσεων</b>		
• Πολύ κακή	9	1,4
• Μάλλον κακή	11	1,7
• Ούτε καλή ούτε κακή	138	20,8
• Μάλλον καλή	241	36,3
• Πολύ καλή	264	39,8

**Πίνακας 20:** Αξιολόγηση Παροχής Υπηρεσιών από το Νοσηλευτικό Προσωπικό.

Αξιολογούμενη Παράμετρος	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>		
• Πολύ κακή	7	1,1
• Μάλλον κακή	9	1,4
• Ούτε καλή ούτε κακή	135	20,4
• Μάλλον καλή	268	40,4
• Πολύ καλή	244	36,8
<b>Συμπεριφορά Νοσηλευτικού Προσωπικού</b>		
• Πολύ κακή	5	0,8
• Μάλλον κακή	11	1,7
• Ούτε καλή ούτε κακή	118	17,8
• Μάλλον καλή	257	38,8
• Πολύ καλή	272	41,0
<b>Ψυχολογική Υποστήριξη από τους Νοσηλευτές</b>		
• Πολύ κακή	6	0,9
• Μάλλον κακή	12	1,8
• Ούτε καλή ούτε κακή	139	21,0
• Μάλλον καλή	240	36,2
• Πολύ καλή	266	40,1

Μόλις το 53,8% δήλωσε ότι έχει μάλλον καλές και πολύ καλές εντυπώσεις από την ταχύτητα εξυπηρέτησης και διεκπεραίωσης των εξετάσεων.

Το 94,1% των χρηστών θα συστήσουν σε τρίτους να χρησιμοποιήσουν τις ίδιες υπηρεσίες υγείας, στο ίδιο Μαιευτήριο, και πάνω από το 65% (με απάντηση σίγουρα "ΝΑΙ") δηλώνει απόλυτα σίγουρο ότι θα ξαναχρησιμοποιήσει τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου.

Ο μέσος βαθμός αξιολόγησης των εξωτερικών χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι  $6.8 \pm 2.3$  (7;0-10), σαφώς χαμηλότερος από αυτόν των εσωτερικών χρηστών υγείας (βλέπε Πίνακες 21, 22 & 23).

**Πίνακας 21:** Αξιολόγηση Παροχής Υπηρεσιών από το Διοικητικό Προσωπικό.

Αξιολογούμενη Παράμετρος	Συχνότητα	Ποσοστό %
<b>Συμπεριφορά Διοικητικού Προσωπικού</b>		
• Πολύ κακή	19	2,9
• Μάλλον κακή	50	7,5
• Ούτε καλή ούτε κακή	161	24,3
• Μάλλον καλή	208	31,4
• Πολύ καλή	225	33,9
<b>Ταχύτητα Διεκπεραίωσης Εξετάσεων</b>		
• Πολύ κακή	27	4,1
• Μάλλον κακή	125	18,7
• Ούτε καλή ούτε κακή	155	23,4
• Μάλλον καλή	265	40,0
• Πολύ καλή	91	13,8
<b>Αντιμετώπιση Επισκεπτών</b>		
• Πολύ κακή	9	1,4
• Μάλλον κακή	19	2,9
• Ούτε καλή ούτε κακή	155	23,4
• Μάλλον καλή	270	40,7
• Πολύ καλή	210	31,7
<b>Εμπιστευτικότητα</b>		
• Πολύ κακή	10	1,5
• Μάλλον κακή	15	2,3
• Ούτε καλή ούτε κακή	137	20,7
• Μάλλον καλή	260	39,2
• Πολύ καλή	241	36,3

**Πίνακας 22:** Σύσταση του Νοσοκομείου προς τρίτους.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Σίγουρα όχι	16	2,4
Μάλλον όχι	23	3,5
Μάλλον ναι	284	42,8
Σίγουρα ναι	340	51,3
Σύνολο	663	100,0

**Πίνακας 23:** Χρήση των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου στο μέλλον.

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Σίγουρα όχι	5	0,7
Μάλλον όχι	28	4,2
Μάλλον ναι	194	29,2
Σίγουρα ναι	436	65,8
Σύνολο	663	100,0

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η απεικόνιση της άποψης των χρηστών υπηρεσιών υγείας μπορεί σε συνδυασμό με άλλες κλινικές μελέτες να προσφέρει ασφαλή συμπεράσματα για την επιτυχή λειτουργία ενός Μαιευτηρίου. Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτής της μελέτης, οι υπηρεσίες του εν λόγω Μαιευτηρίου αφήνουν ικανοποιημένο σ' ένα αρκετά υψηλό ποσοστό το σύνολο των εξωτερικών και εσωτερικών χρηστών υπηρεσιών. Παρά ταύτα, όπως ήταν αναμενόμενο, διαπιστώθηκαν συγκεκριμένοι τομείς οι οποίοι χρήζουν ποιοτικής βελτίωσης. Χαρακτηριστικό είναι ότι όσον αφορά τις ιατρικές υπηρεσίες, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας αξιολόγησαν με παρόμοιο βαθμό όλες τις παραμέτρους που αφορούν την ιατρική φροντίδα.

Η σχέση ιατρού-ασθενούς, είτε αφορά την ενημέρωση για την πορεία της νόσου είτε για μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενούς, έχει αναδειχθεί ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες, που επηρεάζουν την τελική ικανοποίηση του χρήστη. Είναι γεγονός ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στην ενημέρωση και εξέταση του ασθενούς, τόσο αυξάνεται παράλληλα και η ικανοποίηση του τελευταίου. Αυτό που οι εξεταζόμενοι χαρακτηρίζουν ως μη ανεκτό από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι ο χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων και η καθυστέρηση πραγματοποίησης των προγραμματισμένων ραντεβού για παρακλινικές εξετάσεις, γεγονός που οφείλεται στην έλλειψη επαρκούς αριθμού ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και τεχνολογικού εξοπλισμού για τη διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων.

Σχετικά με τις νοσηλευτικές υπηρεσίες οι ασθενείς παρουσιάστηκαν πολύ ικανοποιημένοι και η αξιολόγηση των εν λόγω μαιευτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν εφάμιλλη με τις αντίστοιχες ιατρικές. Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από την καλή σχέση και τριβή που αναπτύσσει το νοσηλευτικό προσωπικό με τους ασθενείς, παρότι, πολλές φορές, η κόπωση και η εξάντληση που παρουσιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό, επιδρούν αρνητικά στην ικανοποίηση του ασθενούς. Κάνοντας αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών οι εξεταζόμενοι έμειναν αρκετά ικανοποιημένοι από την ευγένεια του διοικητικού προσωπικού και την κατανόηση, αλλά δεν ικανοποιήθηκαν από την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διοικητικών εργασιών. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν

σημαντικά περιθώρια βελτίωσης στον τομέα της εξυπηρέτησης, καθώς οι χρήστες δείχνουν χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης από την υποδοχή τους όταν προσέρχονται στα Εξωτερικά Ιατρεία.

Είναι προφανές ότι υπάρχει κάποιο έλλειμμα τόσο στην προσέγγιση των χρηστών του Νοσοκομείου κατά την είσοδό τους σ' αυτό, όσο και στην επικοινωνιακή πολιτική του Νοσοκομείου στην κοινωνία γενικότερα. Η συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου αποδεικνύει ότι οι ασθενείς έμειναν τελικά περισσότερο ικανοποιημένοι από τις συνθήκες νοσηλείας, παρά από την παροχή εξωτερικών υπηρεσιών υγείας. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εντούτοις αξιολογείται με αρκετά υψηλό βαθμό από τους χρήστες των υπηρεσιών, γεγονός που τελικά βελτιώνει τη συνολική εικόνα του Νοσοκομείου. Αντίθετα, οι υποδομές του Νοσοκομείου αξιολογούνται αρνητικά, αφού η καθαριότητα και η ησυχία δεν φαίνεται να ικανοποιεί ιδιαίτερα τους ασθενείς.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε εν κατακλείδι, ότι οι χρήστες του Νοσοκομείου μένουν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του, γεγονός που επιβεβαιώνεται από το ότι θα συνέστηναν το Νοσοκομείο σε κάποιο δικό τους άνθρωπο για τις παροχές του σε μαιευτικό επίπεδο, αλλά και για παρόμοιο πρόβλημα υγείας και ότι θα ξαναχρησιμοποιήσουν σε υψηλό ποσοστό και στη συντριπτική τους πλειοψηφία το Μαιευτήριο ως εσωτερική και εξωτερική δομή. Η διαρκής αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη λειτουργία του Νοσοκομείου και συμβάλλει στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας. Κρίνεται απαραίτητη η συνέχιση ανάλογων μελετών, που θα συμβάλουν στην εξιδανίκευση των συνθηκών νοσηλείας, αλλά και στη διαμόρφωση πρότυπων ιατρονοσηλευτικών πρακτικών.

## ABSTRACT

*Alexandra Tzortzi, Kalliopi Dritsakou: Hospital services evaluation in a Public Maternity Hospital.*

"ELEFTHO", 1: 6-24, 2012

## INTRODUCTION

*Evaluation of patient's satisfaction from hospital services, has been a research field for many years*

since it is directly associated with the quality of hospital services.

### AIM

The aim of this study was to rate and evaluate the quality of hospital services as they are offered to external and internal healthcare consumers in a maternity hospital.

### MATERIALS

In this study, conducted in a public maternity hospital of Athens which has 420 beds, the number of participating patients was 1.040.

### METHODS

In order to conduct this study questionnaires were used, different for external and for internal healthcare consumers. Statistical analysis was conducted with the SPSS 18.0. statistical analysis programme.

### RESULTS

Between 377 hospitalized healthcare consumers during the study period, that lasted three months (October to December 2011), 75,3% of them were absolutely satisfied by midwives' and nurses' care and 63,9% respectively by medical care. Hospital Environment (cleanliness, quietness, accessibility) could be improved since the rate of patients' satisfaction was barely 57,3%. About 69,8 % of hospitalized patients declared that they would certainly recommend this maternity hospital to other people, while the mean appraisal grade was  $8,42 \pm 1,4(9;5-10)$ . On the contrary from 663 of the healthcare consumers that visited outpatient departments, 70,4% of them declared that reception condition in outpatient departments was appropriate. Barely 53,8% had good impression from services' speed while 77,2% evaluated medical and nursing care to be good. Over 65% declared that they would certainly reuse the same outpatient departments services while the mean appraisal grade was  $6,8 \pm 2,3(7;0-10)$ .

### CONCLUSION

Constant evaluation of healthcare services provides important information about hospital's function and operation and contributes to continuous improvement of quality in hospital services. Conducting same researches is necessary and will

contribute to idealize hospitalization conditions and to formulate standard medical and nursing practices.

**Key-words:** patient satisfaction, quality of health-care services, medical, nursing care, accessibility, healthcare consumers.

### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Cho S.H., Kim C.Y.: Trends in patient satisfaction from 1989-2003: Adjusted for patient characteristics. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 37:171-178, 2007.
- Crow R., Cage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L. et al.: The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme, Southampton, UK, 13, 2003.
- Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G.L., Torrance G.W.: *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press, 1997.
- Gene-Badia J., Jodar-Sola G., Peguero-Rodriguez E., Contel-Segura J.C., Moliner-Molins C.: The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. *Fam Pract*, 18: 407-409, 2001.
- Gold M.R., Siegel J.E., Russell L.B., Weinstein M.C.: *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. Oxford University Press, 1996.
- Harpole L., Orav E., Hickey M., Posther K., Brennan T.: Patient satisfaction in the ambulatory setting. *J Gen Intern Med*, 11:431-434, 1996.
- Jaipal C.K., Rosenthal G.E.: Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med*, 18: 23-30, 2003.
- Khayat K., Salter B.: Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *Br J Gen Pract*, 44: 215-219, 1994.
- Robert J., Minaj K., Benson J.: The public versus the World Health Organization on health system performance, *Health Affairs*, vol 20, no 3, May-June 2001. Eurobarometer 52.1 (1999); US and Canada data from Harvard School of Public Health (2000).
- Ross C., Frommelt G., Hazelwood L., Chang R.: The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed) *Health care marketing: A foundation for managed quality*. Gaithersburg, MD, Aspen, 1994: 55-69.
- Sloan F.A.: *Valuing Health Care: Costs, Benefits and Effectiveness of Pharmaceuticals and Other Medical Technologies*, Cambridge University Press, 1996.
- Zaslavsky A.M., Epstein A.M.: How patients' sociodemographic characteristics affect comparisons of competing health plans in California on HEDIS quality measures. *Int J Qual Health Care*, 7: 67-74, 2005.



## Μητρικός θηλασμός και οικονομική κρίση

Μαρία Πανταζή\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο μητρικός θηλασμός είναι αναμφισβήτητα ο ιδανικός τρόπος διατροφής ενός βρέφους. Η διατροφή με υποκατάστατα γάλακτος, πέρα από τα σοβαρά προβλήματα υγείας που μπορεί να επιφέρει στο βρέφος, επιβαρύνει σημαντικά τον οικογενειακό προϋπολογισμό, έχει αντίκτυπο στην οικονομία της χώρας, στο εθνικό σύστημα υγείας, στους εργοδότες και στους εργαζόμενους, στο περιβάλλον και γενικά στην ποιότητα ζωής ολόκληρης της κοινωνίας. Στην Ελλάδα, σήμερα, το ετήσιο κόστος αγοράς υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και των εξόδων που το συνοδεύουν, αντιστοιχεί περίπου στα 1.500-2.500 ευρώ.

Μελέτες σε διάφορες χώρες του κόσμου, αναπτυγμένες και μη, όπου προγράμματα προαγωγής μητρικού θηλασμού εφαρμόζονται πολλές δεκαετίες, καταδεικνύουν τα μακροχρόνια οικονομικά οφέλη, κυρίως από τη μειωμένη νοσηρότητα των βρεφών και των μητέρων τους, την εξοικονόμηση εθνικών πόρων από τη μείωση των εισαγωγών βρεφικών γαλάτων, την αύξηση της παραγωγικότητας και τη μείωση των ημερών απουσίας από την εργασία των μητέρων που θηλάζουν και τη διατήρηση καθαρότερου περιβάλλοντος. Αποτελεί επιτακτική ανάγκη στις ημέρες μας η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς της πολιτείας, ώστε να γίνει αντιληπτό το τεράστιο όφελος για την εθνική οικονομία.

**Λέξεις-κλειδιά:** μητρικός θηλασμός, οικονομική κρίση, υποκατάστατα μητρικού γάλακτος.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιλογή της κοινωνίας μας να απαρνηθεί τα αμέτρητα οφέλη του μητρικού θηλασμού, κοστίζει ακριβά σε όλους και συγκεκριμένα στα βρέφη και τις οικογένειές τους, στην οικονομία της χώρας, στο εθνικό σύστημα υγείας, στους εργοδότες και τους εργαζόμενους, στο περιβάλλον και την ποιότητα ζωής που θέλουμε να προσφέρουμε στις μελλοντικές γενιές. Η λεγόμενη "αποτυχία" της μητέρας να θηλάσει το νεογέννητο βρέφος της, ιδίως όταν το επιθυμεί πάρα πολύ, μπορεί να της προκαλέσει κατάθλιψη, αγωνία και ενοχές, με αποτέλεσμα να τραυματίζεται η τόσο εύθραυστη αρχική σχέση μητέρας-παιδιού.

Τα οικονομικά οφέλη από το μητρικό θηλασμό για τον οικογενειακό προϋπολογισμό, για την υγεία ενός έθνους, αλλά και για την κοινωνία γενικότερα, σπάνια αποτέλεσαν ή αποτελούν αντικείμενο ευρείας συζήτησης σε πολιτικό επίπεδο. Έτσι, δυστυχώς, φτάσαμε στο σημείο να αναζητούμε στα αυτόνομα –όπως είναι το δικαίωμα κάθε μητέρας να θηλάσει απεριόριστα το βρέφος– τρόπους και λύσεις για την εξοικονόμηση χρημάτων σε όφελος του οικογενειακού προϋπολογισμού, αλλά και της ταλαιπώρης εθνικής μας

\* Βρεφονηπιαγωγός, Καθηγήτρια Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, MSc in Mother and Child Health.

οικονομίας. Με δεδομένο ότι η Ελλάδα θεωρείται μια “αναπτυγμένη χώρα” και ζούμε σε μια καταναλωτική κοινωνία με πληθώρα επιλογών για εμάς και τα παιδιά μας, θεωρήσαμε ότι ο μητρικός θηλασμός ήταν συνήθεια των γιαγιάδων μας και όχι μια μοντέρνα πρακτική της σύγχρονης πολυάσχολης Ελληνίδας.

Η τέχνη του μητρικού θηλασμού χάθηκε μέσα στον τελευταίο αιώνα ως φόρος τιμής στο όνομα της ιατροτεχνολογικής εξέλιξης. Ευτυχώς, πολλοί επιστήμονες δεν σταμάτησαν ποτέ να ερευνούν τα αμέτρητα οφέλη του μητρικού γάλακτος και να ασπάζονται τη ρήση του Αριστοτέλη, πως «για καθετί που υπάρχει στη φύση, πίσω του κρύβεται κάποιος λόγος».

Η διατροφή του βρέφους αποτελεί αντικείμενο εκατοντάδων κλινικών μελετών, ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες και έχουν ξοδευτεί αμέτρητες ώρες και χρήματα στα εργαστήρια προκειμένου να παρασκευαστεί το τέλειο υποκατάστατο του μητρικού γάλακτος.

Το ενδιαφέρον της βιομηχανίας να επενδύσει αμύθητα ποσά για την τελειοποίηση της ποιότητας του τεχνητού γάλακτος και η συμβολή της νέας τεχνολογίας στην ανάλυση των στοιχείων όλων των ερευνών παγκοσμίως, έχει ως αποτέλεσμα να παρουσιάζονται καθημερινά στην αγορά όλο και πιο εξελιγμένα τεχνητά γάλατα, που έχουν ως βάση τους κυρίως το αγελαδινό γάλα, εμπλουτισμένα ή τροποποιημένα με πλήθος άλλων στοιχείων, βιταμινών, ενζύμων, λιπιδίων, για να μοιάζουν όσο γίνεται περισσότερο με τη σύσταση του ανθρώπινου γάλακτος.

Το 1998 η “Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού” είχε ως θέμα της «Μητρικός Θηλασμός – Η Καλύτερη Επένδυση» και οι σκοποί της ήταν οι εξής:

- Να πληροφορηθεί η παγκόσμια κοινότητα για την οικονομική σημασία του Μητρικού Θηλασμού και το μεγάλο κόστος της τεχνητής διατροφής.
- Να προβληθούν με στοιχεία από έρευνες τα οικονομικά οφέλη από το Μητρικό Θηλασμό.
- Να εκτιμήσουν οι κυβερνήσεις αυτά τα οφέλη και να αναγνωρίσουν την ανάγκη να συμπεριλάβουν την προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στα εθνικά χρηματοδοτικά προγράμματα για την υγεία (WABA, World Breastfeeding Week, 1998).

Έχοντας ως αφετηρία τους παραπάνω σκοπούς και με βάση τα σημερινά πλέον δεδομένα, που δυστυχώς έχουν υποστεί δραματική αλλαγή λόγω της οικονομικής κρίσης, θα αναλύσουμε τα στοιχεία που μας δίνει η ελληνική και η διεθνής βιβλιογραφία ώστε να καταλήξουμε σε συμπεράσματα και προτάσεις που μπορούμε να ακολουθήσουμε.

### **Ετήσιο κόστος αγοράς υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και άλλων εξόδων, που αφορούν την παρασκευή και την κατανάλωσή του.**

Η διαμάχη μεταξύ μητρικού θηλασμού και τεχνητής διατροφής κρατάει πολλές δεκαετίες. Οι υπέρμαχοι και των δυο πλευρών υποστηρίζουν ως πλεονέκτημα τη λεγόμενη “ευκολία”. Ευκολία για τη μητέρα που θηλάζει όπου και όποτε το ζητάει το βρέφος, ευκολία και για τη μητέρα που δεν θηλάζει και κάποιος άλλος αναλαμβάνει τη διαδικασία της σίτισης. Κανείς, όμως, δεν μπορεί να αμφισβητήσει το κέρδος στον οικογενειακό προϋπολογισμό όσων μητέρων θηλάζουν αποκλειστικά, υπό το πρίσμα μάλιστα της οικονομικής κρίσης που διανύουμε.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τη WABA (Παγκόσμια Συμμαχία Δράσης για το Μητρικό Θηλασμό), ένα υγιές βρέφος χρειάζεται περίπου 22 κιλιά γάλα σκόνη τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του. Πιο συγκεκριμένα:

- 2,5 κιλιά τον 1ο μήνα
- 3,2 κιλιά το 2ο μήνα
- 4 κιλιά από τον 3ο μήνα και ως το τέλος του 1ου χρόνου (WHO/UNICEF, 1993).

Στη συνέχεια υπολογίστηκε πως ένα βρέφος χρειάζεται συνολικά το χρόνο περίπου 45,7 κιλιά κονιοποιημένο γάλα, δηλαδή γύρω στα 115 κουτιά των 400 γραμμαρίων. Η ποσότητα αυτή, δηλαδή τα 46 κιλιά γάλα σκόνη, αφορά το μέσο όρο των αναγκών ενός υγιούς βρέφους και είναι αρκετά πλασματική, γιατί συνήθως το βρέφος καταναλώνει μόνο το 70-80% του γάλακτος που του ετοιμάζουμε και το υπόλοιπο αχρηστεύεται, συνεπώς οι γονείς αγοράζουν πολύ περισσότερα από 115 κουτιά το χρόνο!

Εκτός από το γάλα απαραίτητα είναι τουλάχιστον 12 μπιμπερό και τετραπλάσιος αριθμός θηλών το χρόνο, ένας αποστειρωτής ή άλλη ειδική συσκευή, βούρτσες και σκεύη καθαρισμού, νερό και απορρυπαντικά για το πλύσιμο όλων αυτών και, φυσικά, κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος για την αποστείρωση και την παρασκευή των γευμάτων. Οι συνήθεις σημερινές τιμές ενός κουτιού γάλακτος σε ένα φαρμακείο κυμαίνονται από 8-15 € περίπου (κουτί 400 gr), το δε “βιολογικό γάλα” από 15-19 € περίπου (κουτί 600 gr).

Κάθε εταιρεία προωθεί επίσης διάφορα “ειδικά” γάλατα, όπως για την πρόληψη των κολικών ή της διάρροιας, ελεύθερα λακτόζης, γάλα σόγιας κ.λπ., που οι τιμές τους κυμαίνονται από 10-19 € περίπου το κουτί. Επίσης, κυκλοφορούν και ποικίλα υποαλλεργικά γάλατα, μερικά από τα οποία συνταγογραφούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία και η τιμή τους είναι γύρω στα 28 €. Ένας επιεικής υπολογισμός του κόστους διατροφής ενός βρέφους για 12 μήνες θα μπορούσε να είναι:

Είδος	Ποσότητα (κουτιά)	Ετήσιο κόστος
Γάλα σκόνη	115	8 - 15 € = 920 - 1725 €
Μπιμπερό (γυάλινα ή πλαστικά)	12	5 - 15 € = 60 - 180 €
Θηλές	48	3 - 6 € = 144 - 288 €
Αποστειρωτής	1	30 - 135 €
Βούρτσες καθαρισμού	2	10 - 20 €
Θερμός	1	20 €
Στεγνωτήρας Μπιμπερό	1	18 €
Θερμαντήρας γάλακτος	1	50 €
Μίξερ για βρεφικό γάλα	1	13 €
Απορρυπαντικά		50 €
ΔΕΗ - ΝΕΡΟ		150 €
<b>Σύνολο</b>		<b>1465 - 2649 €</b>

Συμπεραίνουμε ότι μια ελληνική οικογένεια καλείται να καταβάλει περίπου 1.500-2.500 € ετησίως για τη διατροφή του βρέφους με γάλα σκόνη, δηλαδή αν υπολογίσουμε ετήσιο εισόδημα μιας εργαζόμενης μητέρας τα 12.000 €, αποτελεί το 12-21% του μισθού της!

Είναι αυταπόδεικτο πως αν στην οικογένεια υπάρχουν δίδυμα ή άλλα μικρά παιδιά, πρόωρα βρέφη που τρέφονται με ειδικό γάλα ή βρέφη με αλλεργία στο αγελαδινό γάλα, το κόστος υπερδιπλασιάζεται και συνεπώς δαπανάται σημαντικότερο μέρος του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος.

#### **Αίτια υψηλού κόστους υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στην Ελλάδα**

Ο σημαντικότερος λόγος για το υψηλό κόστος των προϊόντων βρεφικής διατροφής στην Ελλάδα είναι το γεγονός, ότι στη χώρα μας δεν παράγεται κανένα βρεφικό γάλα (από τα γάλατα 1ης και 2ης βρεφικής ηλικίας), είναι όλα εισαγόμενα, κυρίως από την Ε.Ε. (Γερμανία, Ολλανδία, Ελβετία, Δανία) και την Αμερική. Από το Φεβρουάριο του 2012, σύμφωνα με απόφαση της Επιτροπής Ανταγωνισμού και του Υπουργείου Ανάπτυξης "απελευθερώνεται" η αγορά βρεφικών γαλάτων, δηλαδή μπορούν να πωλούνται και στα σούπερ μάρκετ, όχι μόνο στα φαρμακεία. Το επιχείρημα της κίνησης αυτής είναι ότι η πώλησή τους στα σούπερ μάρκετ θα ενισχύσει τον ανταγωνισμό και θα επιφέρει μειωμένες τιμές (ΦΕΚ 12/Β/10-01-2012, <http://www.mindev.gov.gr/?p=6321>). Βέβαια, ουδείς γνωρίζει κατά πόσο οι υπεύθυνοι των Υπουργείων έπραξαν σκεπτόμενοι πως μια τέτοια απόφαση αντιβαίνει στις αρχές του "Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος" και πως το βρεφικό γάλα δεν είναι καταναλω-

τικό προϊόν, αλλά πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως ένα φάρμακο και να **συνταγογραφείται**, όταν ο παιδίατρος με δική του ευθύνη το κρίνει απολύτως απαραίτητο, αναφέροντας ρητά τον ιατρικό λόγο για τον οποίο απορρίπτεται ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός του συγκεκριμένου βρέφους (WHO, International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, 1981).

Σε έρευνα που δημοσιεύτηκε το 1999 έγινε σύγκριση του ποσοστού του κατώτατου μισθού σε US \$, που ξοδεύεται σε διάφορες χώρες του κόσμου για τη διατροφή ενός βρέφους 3 μηνών με υποκατάστατα γάλακτος (Gupta A. & Khanna K., 1999).

Παρατηρούμε ότι στις αναπτυγμένες χώρες (Γερμανία, Ν. Ζηλανδία), που είναι και γαλακτοπαραγωγικές χώρες, το ποσοστό του μισθού που ξοδεύεται σε μηνιαία βάση για την αγορά υποκατάστατων μητρικού γάλακτος δεν ξεπερνά το 5-6%. Αντίθετα, σε χώρες όπου το βιοτικό επίπεδο είναι αρκετά χαμηλό και ο μισθός είναι μερικά δολάρια το μήνα, το κόστος είναι πολύ υψηλό και φτάνει μέχρι και το μισό μηνιαίο εισόδημα. Ένα άλλο πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι της Αργεντινής, μιας χώρας με παραδοσιακά πολύ πλούσια κτηνοτροφία, αλλά λόγω των συγκυριών με εξαιρετικά οικονομικά προβλήματα την περασμένη δεκαετία, μια οικογένεια ξόδευε περίπου 50 \$ το μήνα για την αγορά βρεφικού γάλακτος. Με τα ίδια χρήματα ένας Αργεντινός θα μπορούσε να αγοράσει 15 κιλά κρέας, 75 κιλά πορτοκάλια ή 50 κιλά λαχανικά για να τραφούν όλα τα μέλη της οικογένειάς του! Βέβαια, σήμερα η οικονομία της Αργεντινής παρουσιάζει σημαντική βελτίωση, όμως ο κατώτατος μηνιαίος μισθός ενός εργάτη εξακολουθεί να μην ξεπερνά τα 242 ευρώ! (<http://www.minimum-wage.org/international/en/Argentina>).

Χώρα	Κόστος σκόνης γάλακτος ανά kg	Μηνιαίο κόστος	Κατώτατος μισθός	% του μισθού για αγορά γάλακτος μηνιαίως
N. Ζηλανδία	\$ 8,78	\$ 36,00	\$ 764	5%
Γερμανία	\$ 16,40	\$ 67,24	\$ 1149	6%
Μαλαισία	\$ 7,42	\$ 30,42	\$ 143	21%
Φιλιππίνες	\$ 11,00	\$ 45,10	\$ 119	26%
Πολωνία	\$ 24,51	\$ 100,49	\$ 394	26%
Σλοβακία	\$ 8,33	\$ 34,15	\$ 79	43%
Ινδονησία	\$ 6,73	\$ 27,60	\$ 55	50%

Επομένως, το κόστος της αγοράς και της παρασκευής γάλακτος εμπορίου για ένα βρέφος, που μεγαλώνει σε μια χώρα του Δυτικού Κόσμου, μπορεί να μην είναι ακόμη απαγορευτικό για μια μέση αστική οικογένεια, όπου συνήθως εργάζονται και οι δυο γονείς. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες το κόστος του βρεφικού γάλακτος είναι πολύ συχνά δυσβάσταχτο για το πενιχρό εισόδημα των οικογενειών, πολλές φορές δε η οικονομική ένδεια τους οδηγεί να υποσιτίζουν τα βρέφη, να αρρωσταίνουν από τις ελλείψεις συνθήκες υγιεινής και να πεθαίνουν πριν κλείσουν το πρώτο έτος.

### Κόστος μητρικού γάλακτος

Το ανθρώπινο γάλα σπάνια θεωρείται ως "εθνικός πόρος" μιας χώρας. Στη Νορβηγία όμως, μια χώρα που έχει από τα υψηλότερα ποσοστά μητρικού θηλασμού στην Ευρώπη –80% θηλάζουν έως τον 6ο μήνα– ερευνητές υπολόγισαν ότι το 1992 παρήχθησαν 8.200.000 τόνοι μητρικού γάλακτος. Η αξία του τότε υπολογίστηκε στα 410.000.000 \$, που αντιστοιχεί με 50 \$ το λίτρο, βασιζόμενοι στην τιμή που δίνουν τα Νορβηγικά Νοσοκομεία για να το αγοράσουν. Έκτοτε η Νορβηγία έχει περιλάβει το ανθρώπινο γάλα στους πίνακες των εθνικών προϊόντων–τροφίμων της χώρας (Oshaug A. & Botten G. 1994).

### Οικονομία στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας

Είναι γεγονός, ότι μια χώρα που έχει υγιείς πολίτες γλιτώνει πολλές χιλιάδες ή και εκατομμύρια ευρώ στα ασφαλιστικά της ταμεία από ιατρικές επισκέψεις, νοσήλια, ιατρικές εξετάσεις, φάρμακα, αναρρωτικές άδειες και κάθε είδους ψυχικό και σωματικό κόστος που συνεπάγονται όλες οι ασθένειες.

### Οφέλη που συνδέονται με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του βρεφών

Όλες σχεδόν οι έρευνες τα τελευταία χρόνια συγκλίνουν στο ίδιο συμπέρασμα. Τα βρέφη που θηλά-

ζουν αποκλειστικά τους 6 πρώτους μήνες, στατιστικά αρρωσταίνουν 20-50% λιγότερο από εκείνα που τρέφονται μόνο με γάλα εμπορίου, ενώ ήδη από το 1986 γνωρίζουμε από έρευνα του Cunningham ότι τα βρέφη που τρέφονται με τεχνητή διατροφή έχουν 10-15 φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν εισαγωγή στο νοσοκομείο αν αρρωστήσουν (Cunningham A., 1986)

Αξίζει να σταθούμε στις πρακτικές που εφαρμόστηκαν εδώ και πολλά χρόνια σε διάφορες χώρες του κόσμου και τα κέρδη που αποκόμισαν.

- Το Νοσοκομείο "JOZE FABELLA" των Φιλιππίνων (ένα από τα πρώτα "BABY FRIENDLY HOSPITALS" στον κόσμο) εξοικονόμησε περισσότερα από 100.000 δολάρια, δηλαδή το 8% του ετήσιου προϋπολογισμού του, προωθώντας και εφαρμόζοντας αποκλειστικά το μητρικό θηλασμό (Gonzales R., 1990). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει υπολογίσει, ότι το 2003 στις Φιλιππίνες σημειώθηκαν 16.000 θάνατοι παιδιών κάτω των 5 ετών από κακή διατροφή, πολλοί από αυτούς οφείλονταν στο γάλα σκόνη. Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός διαρκεί κατά μέσο όρο 24 ημέρες, ενώ το 31% των μητέρων δεν θηλάζουν καθόλου γιατί πιστεύουν ότι δεν έχουν γάλα ([http://www.unicef.org/philippines/children/breastfeeding\\_2.html](http://www.unicef.org/philippines/children/breastfeeding_2.html)).

- Οι υπεύθυνοι του Νοσοκομείου "ACARI", στη Βραζιλία, εκτιμούν ότι πάνω από 20.000 δολάρια εξοικονομήθηκαν σε λιγότερο από δυο χρόνια με την αποκλειστική εφαρμογή του μητρικού θηλασμού ([http://www.unicef.org/publications/files/pub\\_brochure\\_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/pub_brochure_en.pdf)).

- Έρευνα του Πανεπιστημίου του Άμστερνταμ, στην Ολλανδία, απέδειξε ότι μια αύξηση του ποσοστού του μητρικού θηλασμού κατά 5% είναι δυνατό να εξοικονομήσει το ποσό των 850.000 δολαρίων ετησίως.

- Στο Μεξικό εφαρμόστηκε πρόγραμμα προαγωγής μητρικού θηλασμού σε ένα Παιδιατρικό Νοσοκομείο και υπολογίστηκε πως κόστισε μόλις 4 δολάρια η κάθε ανθρώπινη ζωή που διασώθηκε, δηλαδή το κό-

στος ήταν λιγότερο απ' ό,τι ένα εμβόλιο ιλαράς ή μια θεραπεία ενυδάτωσης από το στόμα.

- Το 1995 το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας υπολόγισε πως το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης για γαστρεντερίτιδα σε παιδιά που δεν θήλασαν ήταν 35.000.000 λίρες (Department of Health, 1995).

- Στην Αυστραλία, όπου τα ποσοστά μητρικού θηλασμού θεωρούνται αρκετά υψηλά, υπολόγισαν ότι θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν επιπλέον 115.000.000 δολάρια ετησίως από τη θεραπεία κοινών βρεφικών ασθενειών (π.χ. ωτίτιδα, γαστρεντερίτιδα, έκζεμα), αν τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού αυξάνονταν στους 3 μήνες από 60% σε 80% (Drane D., 1997). Επίσης, μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2005 στο Εθνικό Πανεπιστήμιο της Αυστραλίας, χαρακτήρισε το μητρικό γάλα ως τεράστιο εθνικό πόρο αφού τα 34.000.000 λίτρα, που υπολογίστηκε πως παράγονται ετησίως από τις θηλάζουσες μητέρες, αντιστοιχούν με 1.600.000 δολάρια ΗΠΑ (Smith J., 2005).

- Το 1995, στο Κεμπέκ του Καναδά, η κυβέρνηση αποφάσισε να επιδοτήσει όσες μητέρες με χαμηλά εισοδήματα θήλαζαν τα βρέφη τους, αναγνωρίζοντας ότι το σύστημα υγείας θα επωφεληθεί υπερδιπλάσια από το μειωμένο κόστος νοσηλείας αυτών των παιδιών (J.F.L., 1995).

- Έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2010 στο περιοδικό "Pediatrics" εκτίμησε ότι εάν το 90% των αμερικανικών οικογενειών ακολουθούσαν τις συστάσεις για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό 6 μηνών, οι Ηνωμένες Πολιτείες θα αποταμίευαν 13 δις δολάρια το χρόνο από μειωμένα ιατρικά και άλλα έξοδα και θα προλαμβάνονταν 911 θάνατοι βρεφών ετησίως (Bartick M. & Reinhold A., 2009).

- Το 2011 το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ εξέδωσε ανακοίνωση για τους στόχους του νέου προγράμματος «Healthy People 2020», που αφορούν την αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού σε εθνικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα θέτει ως στόχο το 82% των βρεφών να έχουν θηλάσει έστω και λίγο (από 74% ), το 61% να έχουν θηλάσει για 6 μήνες (από 43,5% ) και το 34% για 12 μήνες (από 23%) (<http://www.surgeongeneral.gov/topics/breastfeeding/calltoactiontosupportbreastfeeding.pdf>).

- Στην Ελλάδα, παρόλη την οικονομική κρίση που ζούμε, δεν έχει γίνει καμιά τεκμηριωμένη μελέτη σχετικά με τα οικονομικά οφέλη, που θα είχε το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας μας από την αύξηση των ποσοστών μητρικού θηλασμού. Ο Διευθυντής της Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Ξάνθης, Δημ. Αδαμίδης, αναφέρει: «Το μητρικό γάλα προστατεύει από οξεία γαστρεντερίτιδα κατά 53%, από αλλεργία στο γάλα 79%, από πνευμονία 27%. Το 8% των βρεφών εμ-

φανίζει αλλεργία και το θεραπευτικό γάλα είναι πολύ ακριβό. Εκτιμώ, ότι μόνο γι' αυτές τις τρεις αιτίες εάν οι μητέρες θήλαζαν, το σύστημα υγείας θα μπορούσε να εξοικονομήσει 2.000 ευρώ ανά βρέφος».

### **Μακροχρόνια οικονομικά οφέλη του μητρικού θηλασμού στα παιδιά και τους εφήβους**

#### **• Βρέφη που θήλασαν είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν παχύσαρκα**

Μια συγκριτική μελέτη, που δημοσιεύτηκε το 2007 στην Αγγλία από τους Singhal A. & Lanigan J., για τη σημασία που έχει ο τρόπος διατροφής του βρέφους τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του και αν υπάρχει σχέση με τη παχυσαρκία, είχε ως συμπέρασμα ότι όσο περισσότερους μήνες θηλάσει ένα βρέφος, τόσο περιορίζεται ο κίνδυνος να εξελιχθεί σ' ένα παχύσαρκο παιδί κι ακόμη περισσότερο σε έναν παχύσαρκο ενήλικα (Singhal A., Lanigan J. 2007).

Το συγκλονιστικό που απέδειξε άλλη έρευνα είναι, πως η απότομη αύξηση βάρους ενός νεογνού τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του μπορεί να είναι καθοριστική, αφού τα περισσότερα ευτραφή βρέφη εξελίσσονται σε παιδιά και εφήβους με μεγάλο δείκτη μάζας σώματος (Armstrong J. et al., 2002).

Η Ελλάδα, δυστυχώς, κατέχει ως σήμερα την πρωτιά με τα πιο παχύσαρκα παιδιά στην Ευρώπη και ενώ η αντίληψη των γιαγιάδων μας, που θεωρούσε το παχουλό βρέφος ως καλό δείγμα υγείας έχει καταρριφθεί από σοβαρές επιστημονικές μελέτες, πολλοί επαγγελματίες υγείας εξακολουθούν να συμβουλεύουν λανθασμένα τις θηλάζουσες μητέρες να δίνουν "συμπλήρωμα" στο βρέφος τους, χωρίς να υπάρχει άλλος σοβαρός ιατρικός λόγος παρά μόνο τα επιπλέον γραμμάρια βάρους, που υποτίθεται ότι του λείπουν.

#### **• Οδοντιατρικά προβλήματα**

Στα οφέλη του μητρικού θηλασμού πολλές φορές ξεχνάμε να αναφέρουμε, ότι τα παιδιά που θήλασαν έχουν στατιστικά μικρότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν τερηδόνα και γενικότερα προβλήματα ορθοδοντικής (Degano M.P. & Degano R.A., 1993), μιας και οι θηλές αλλά και το ίδιο το γάλα, το οποίο περιέχει διάφορες γλυκαντικές ουσίες ώστε να είναι εύγευστο, συμβάλλουν στην απόκτηση και των δυο αυτών προβλημάτων (Oulis C.J. et al., 1999). Αναμφίβολα αξίζει τον κόπο τα παιδιά να αποκτούν ένα αστραφτερό χαμόγελο και μια υγιή οδοντοστοιχία, χωρίς να ταλαιπωρούνται με μακρόχρονες θεραπείες, που εκτός των άλλων κοστίζουν πανάκριβα.

#### **• Ευφυή παιδιά, καλύτεροι μαθητές, χρήσιμοι πολίτες**

Τέλος, ως μη θεωρηθεί μηδαμινής σημασίας το γεγονός, ότι εκτός από υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης

τα παιδιά που θήλασαν πάνω από 9 μήνες, έχουν καλύτερη γλωσσική ανάπτυξη, καλύτερη επίδοση στην ανάγνωση και στα μαθηματικά κατά τη σχολική ηλικία και λιγότερα προβλήματα λόγου, με αποτέλεσμα να μη χρειάζεται η παρακολούθησή τους από ειδικούς λογοθεραπευτές, ψυχοπαιδαγωγούς κ.λπ. (Neiva F.C.B. et al., 2003, Horwood J. & Fergusson D., 1998).

#### **Οφέλη που συνδέονται με την υγεία της μητέρας**

- **Οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μειωμένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, του ενδομητρίου και των ωοθηκών.**

Στη χώρα μας ο καρκίνος του μαστού είναι η πρώτη αιτία θανάτου στις ηλικίες μεταξύ 30 και 59 ετών (<http://www.bestrong.org.gr/el/learn/cancer/statistics/cancer/greece/>). Οποιαδήποτε μορφή καρκίνου συνεπάγεται εκτός από ιατρικά έξοδα, ακριβά φάρμακα, χημειοθεραπείες, πλαστικές εγχειρήσεις αποκατάστασης, βαθιά ψυχολογικά τραύματα και διαρκή αγωνία, που δεν εκτιμώνται σε χρήματα.

- **Πρόληψη βαριάς αναιμίας και μείωση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό λόγω της αμηνόρροιας.**
- **Ευκολότερη αποκατάσταση της μήτρας χωρίς λήψη φαρμάκων.**
- **Λιγότερα και μικρότερης διάρκειας επεισόδια κατάθλιψης στη λοχεία.**
- **Γρηγορότερη απώλεια των περιττών κιλών της εγκυμοσύνης.**
- **Δωρεάν οικογενειακός προγραμματισμός.**

#### **Οικονομία στους εργοδότες και στο κράτος**

Για τους εργοδότες όσο και για τους εργαζόμενους, καλύτερη βρεφική υγεία μεταφράζεται σε λιγότερο κόστος ιατρικής ασφάλισης, λιγότερες ημέρες απουσίας του εργαζόμενου από τη δουλειά του, εξαιτίας ασθένειας των παιδιών, και υψηλότερη παραγωγικότητα (Kaiser Permanente, 1995).

Στην Ελλάδα, μόλις πρόσφατα αποκτήσαμε τα δυο πρώτα "ΦΙΛΙΚΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ". Στην Αμερική, στην Αυστραλία και αλλού, έχουν προχωρήσει εδώ και χρόνια σε προγράμματα δημιουργίας "ΦΙΛΙΚΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ ΧΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ" και "ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΦΙΛΙΚΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ" (<http://www.babiesatwork.org/companies.html>, <http://www.breastfeedingfriendly.com.au/>).

Μάλιστα, από έρευνες που έγιναν διαπιστώθηκε, ότι το κόστος ιατρικής περίθαλψης για νεογνήνητα και βρέφη των μητέρων οι οποίες εργάζονται σε εταιρείες που συμμετέχουν σε πρόγραμμα μητρότητας και γαλουχίας, είναι 3 φορές μικρότερο! Οι δε μητέρες απουσίαζαν από την εργασία τους κατά 27% λιγό-

τερο σε σύγκριση με πριν (Solveig F. et al., 2000).

Το Μάιο του 2011 ψηφίστηκε στην Αυστραλία ένας νόμος, σύμφωνα με τον οποίο οποιοσδήποτε κάνει διάκριση ενάντια σε θηλάζουσα μητέρα θα βρίσκεται αντιμέτωπος με το νόμο. Π.χ. θα είναι διάκριση για έναν εργοδότη να αρνηθεί να προσλάβει μια γυναίκα που θηλάζει, ή για ένα εστιατόριο να αρνηθεί να εξυπηρετήσει μια πελάτισσα που θηλάζει. Στο μέλλον η κυβέρνηση της Αυστραλίας προανατολίζεται στη δια νόμου θέσπιση διαλείμμάτων για τη γαλουχία κατά την εργασία, δηλαδή τακτικών ωρών που μια εργαζόμενη μητέρα μπορεί να θηλάσει το παιδί της κατά τη διάρκεια του ωραρίου της ή να αντλήσει το γάλα της με θήλαστρο. Τέτοια διαλείμματα θα υπάρχουν σε όλους τους εργασιακούς χώρους, ιδιωτικούς και δημόσιους.

Δυστυχώς, οποιαδήποτε σύγκριση με τη σημερινή ελληνική πραγματικότητα είναι απογοητευτική, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Πολλές νέες μητέρες, που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, αναγκάζονται κάτω από το φόβο της ανεργίας να επιστρέψουν πολύ γρήγορα στην εργασία τους, ενώ στο δημόσιο τομέα η άδεια μητρότητας των 9 μηνών είναι η πιο ευνοϊκή ρύθμιση που έγινε τα τελευταία χρόνια για την προστασία της μητρότητας.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο μητρικός θηλασμός είναι προς όφελος της κοινωνίας και της οικονομικής ευμάρειας ενός έθνους σε πολλά επίπεδα.

- Παγκοσμίως έχει υπολογιστεί, ότι το κόστος μιας οικογένειας να σιτίσει με ιδανικές συνθήκες ένα βρέφος με τεχνητή διατροφή, είναι τριπλάσιο απ' ό,τι να θηλάσει. Εκτός του υψηλού κόστους αγοράς οι οικογένειες γλιτώνουν έξοδα από φάρμακα, υπηρεσίες υγείας και Νοσοκομεία, αφού τα βρέφη που θηλάζουν αρρωσταίνουν στατιστικά λιγότερο. Έχουν έμμεσα κέρδη σε λογαριασμούς ρεύματος, νερού, μεταφορικών, αντισυλληπτικών μεθόδων και απώλειας εισοδήματος από χαμένες εργατοώρες.

- Οι εργοδότες επωφελούνται από την υψηλότερη παραγωγικότητα και τις λιγότερες απουσίες των νέων γονέων.

- Τα "Φιλικά προς το Βρέφος Νοσοκομεία" εξοικονομούν χρήματα σε διάφορους τομείς: λιγότερο κόστος για την αγορά, αποθήκευση και προετοιμασία βρεφικών γευμάτων με υποκατάστατα γάλακτος, λιγότερο προσωπικό από την εφαρμογή του rooming-in, λιγότερες δαπάνες σε φάρμακα για τα άρρωστα νεογνά.

- Οι κυβερνήσεις εξοικονομούν χρήματα από τις μειωμένες εισαγωγές βρεφικών γαλάτων. Επιπλέον, κερδίζουν από τα μειωμένα έξοδα για την υγεία έχοντας ένα πιο υγιές έθνος.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### Τι μπορούν να κάνουν οι οικογένειες;

- Να μην παρασύρονται από παραπλανητικές διαφημίσεις και να ακολουθούν πιστά τις συμβουλές των ειδικών.

### Τι μπορούν να κάνουν οι εργοδότες;

- Να παρέχουν καθαρούς χώρους για τις εργαζόμενες μητέρες να θηλάσουν ή να αντλούν το γάλα τους, κι αν είναι εφικτό να ξεκινήσουν ένα πρόγραμμα υποστήριξης της γαλουχίας για τις εργαζόμενες τους.

### Τι μπορούν να κάνουν οι πολιτικοί ηγέτες και το κράτος;

- Να δοθούν από την πολιτεία επιπλέον κίνητρα (οικονομικά, εργασιακά κ.ά.) στις νέες μητέρες, ώστε να αυξηθούν σημαντικά και στη χώρα μας τα ποσοστά μητρικού θηλασμού.
- Να υποστηριχθούν εμπράκτως όλοι οι φορείς – κυβερνητικοί και μη – που προωθούν και υποστηρίζουν το μητρικό θηλασμό μέσα από εκπαιδευτικά και επιμορφωτικά σεμινάρια.
- Να θεσπιστούν πιο αυστηρές κυρώσεις για όσους παραβαίνουν τη νομοθεσία που αφορά το “Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος”.
- Να διεξαχθούν σε πανελλήνιο επίπεδο σοβαρές μελέτες σχετικά με το μητρικό θηλασμό, ώστε η πολιτεία και οι εμπλεκόμενοι φορείς να αντιληφθούν το τεράστιο οικονομικό όφελος, που μπορεί να προκύψει στην εθνική οικονομία.

Τέλος, ας έχουμε πάντα στο νου μας μια σπουδαία ρήση του Βίλχελμ Ράιχ: «Ο πολιτισμός θα αρχίσει την ημέρα που η ευημερία των νεογέννητων θα αποτελέσει τη σημαντικότερη προτεραιότητα της ανθρωπότητας».

## ABSTRACT

*Maria Pantazi: Breastfeeding and economic crisis.*

“ELEFTHO”, 1: 25-31, 2012

*Breastfeeding is undoubtedly the ideal way of feeding a baby. Breast milk substitutes may cause serious health problems to the infant, burdens the family budget, has an impact on the national economy and on the national health system and also it affects employers and workers, the environment and the quality of life in society as a whole. In Greece today the annual cost of purchasing milk substitutes and accompanying expenses, corresponds roughly to 1.500-2.500 euro. Studies in various countries, where breastfeeding promotion programs exist for decades, demonstrate the long-term economic benefits from reduced neonatal and maternal morbidity, the savings of national resources from*

*reduced imports of infant formula, fewer absences from work of breastfeeding mothers and higher productivity of breastfeeding parents, cleaner environment etc. Breastfeeding must be given the required attention by the Policy makers, in order to realize the enormous economic interests that may arise in the national economy.*

**Key-words:** *breastfeeding, economic crisis, cost of milk substitutes.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Armstrong J. et al.:* Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2002, 349: 2003-4.
- Bartick M., Reinhold A.:* The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis *Pediatrics* <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2010/04/05/peds.2009-1616.full.pdf+html>
- Cunningham A.S.:* Breastfeeding, Bottle-feeding and Illness: An Annotated Bibliography 1986. Lactation Resource Center: Nursing Mother' Association of Australia.
- Department of Health, Breastfeeding:* Good practice guidance to the NHS. Department of Health, 1995.
- Degano M.P., Degano R.A.:* Breastfeeding and oral health. A primer for the dental practitioner, *NY State Dent J* 1993; 59: 30-2.
- Drane D.:* Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeed Rev* 1997; 5: 7-15.
- Gonzales R.:* Cost Analysis of Maintaining a Newborn Nursery at Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, Manila. (Presented in meeting in Manila, Philippines), 1990.
- Gupta A., Khanna K.:* Economic value of breastfeeding in India. *The National Medical Journal of India* 1999, Vol. 12, No 3, p125.
- Horwood J. & Fergusson D.:* Breastfeeding and Later Cognitive and Academic Outcomes. *Jan 1998, Pediatrics* Vol. 101, No 1.
- J.F.L.:* Quebec To Pay Mothers To Breast-Feed *Pediatrics*, Vol. 95, No. 3, March 1, 1995 pp. A37.
- Kaiser Permanente:* Internal research to determine benefits of sponsoring an official lactation program – (1995).
- Neiva F.C.B. et al.:* Early weaning: implications to oral motor development. *J Pediatr (Rio J)*, 2003; 79(1): 07-12.
- Oulis C.J., Berdouses E.D., Vadiakas G., Lygidakis N.A.:* Feeding practices of Greek children with and without nursing caries. *Pediatr Dent*. 1999, Nov-Dec; 21(7): 409-16.
- Oshaug A., Botten G.:* Human milk in food supply statistics. *Food Policy*. 1994, Vol. 19, Issue 5, Pages 479-482.
- Singhal A., Lanigan J.:* Breastfeeding, early growth and later obesity. *Obes Rev*. 2007, Mar; 8, Suppl 1: 51-4.
- Smith J.P., Ingham L.H.:* Mothers' milk and measures of economic output. *Feminist Economics*, Vol. 11 No. 1, March 2005, pp.43-64.
- Solveig F., Mulford C., James S., Schellenberg P.:* The Milk of Human Kindness. Crossroads Books (2000).

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- <http://worldbreastfeedingweek.net/webpages/1998.html>
- [http://www.mindev.gov.gr/?p=6321\\_ΦΕΚ\\_12/Β/10-01-2012](http://www.mindev.gov.gr/?p=6321_ΦΕΚ_12/Β/10-01-2012)
- <http://www.waba.org.my>
- <http://www.bestrong.org.gr/el/learn/cancer/statistics/cancer/greece/>
- [http://www.unicef.org/philippines/children/breastfeeding\\_2.html](http://www.unicef.org/philippines/children/breastfeeding_2.html)
- [http://www.unicef.org/publications/files/pub\\_brochure\\_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/pub_brochure_en.pdf)
- <http://www.surgeongeneral.gov/topics/breastfeeding/calltoactiontosupportbreastfeeding.pdf>
- <http://www.babiesatwork.org/companies.html>
- <http://www.breastfeedingfriendly.com.au/>

## Θεώρηση της σεξουαλικής υγείας: έννοια και περιεχόμενο

Αντωνία Τουφίδου\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες έχουν περιγραφεί δραματικές αλλαγές στην κατανόηση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας και της σεξουαλικής συμπεριφοράς, ενώ ο όρος "σεξουαλική υγεία" αναπτύχθηκε με ενδιαφέροντες τρόπους. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 παρουσιάζεται στη διεθνή βιβλιογραφία αυξητική τάση αναφορών στη σεξουαλική υγεία, που αποδίδεται στην επιδημία του HIV/AIDS, αλλά και στα νεότερα επιτεύγματα αντιμετώπισης της στυτικής δυσλειτουργίας.

Ο πρώτος επίσημος ορισμός για τη σεξουαλική υγεία δημοσιεύεται το 1975 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Ο αρχικός ορισμός τροποποιείται και επαναδημοσιεύεται το 2002, ενώ έχουν ήδη πραγματοποιηθεί σημαντικές προσπάθειες για τον προσδιορισμό της σεξουαλικότητας, της αναπαραγωγικής υγείας και άλλων τεχνικών όρων. Η έννοια και το περιεχόμενο της σεξουαλικής υγείας αποτελεί σημείο αντιπαράθεσης και διατυπώνονται κριτικές για τον ορισμό της σεξουαλικής υγείας.

**Λέξεις-κλειδιά:** σεξουαλική υγεία, σεξουαλικότητα, αναπαραγωγική υγεία.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες έχουν περιγραφεί δραματικές αλλαγές στην κατανόηση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας και της σεξουαλικής συμπεριφοράς (WHO, 2006), ενώ ο όρος "σεξουαλική υγεία" αναπτύχθηκε με ενδιαφέροντες τρόπους (Edwards W.M. & Coleman E., 2004). Η κατανόηση της σεξουαλικής υγείας σχηματίστηκε εν μέρει με πολιτικά, κοινωνικά και ιστορικά γεγονότα, όπως τα επακόλουθα της σεξουαλικής επανάστασης του 1960, ο συνεχής αγώνας για τα αναπαραγωγικά δικαιώματα και τις εκτρώσεις, η ωρίμαση του κινήματος για τα δικαιώματα των ομοφυλοφίλων, το ζήτημα του υπερπληθυσμού και ο καταστροφικός διεθνής αντίκτυπος του HIV/AIDS (Edwards W.M. & Coleman E., 2004).

Επαρκώς έχει τεκμηριωθεί και τονιστεί σε εθνικές και διεθνείς μελέτες, ο σημαντικός ρόλος που διαδραμάτισε η πανδημία του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), όπως επίσης και η έκταση των απωλειών στην υγεία από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανεπιθύμητες κυήσεις, μη ασφαλείς εκτρώσεις, υπογονιμότητα, έμφυλη βία<sup>1</sup>, σεξουαλική δυσλειτουργία και διακρίσεις στη βάση του σεξουαλικού προσανατολισμού (WHO, 2006).

1. Έμφυλη βία (gender-based violence): βία κατά των γυναικών: καθορίζεται κάθε πράξη βίας, που κατευθύνεται κατά των γυναικών και που προκαλεί ή μπορεί να προκαλέσει ζημία ή σωματικές, σεξουαλικές ή ψυχολογικές δοκιμασίες, συμπεριλαμβανομένων των σχετικών απειλών, του καταναγκασμού ή της αυθαίρετης στέρησης της ελευθερίας, ανεξαρτήτως εάν αυτό συμβαίνει στη δημόσια ή στην ιδιωτική ζωή (United Nations, 1993, άρθρο 1).

\* Μαία, Γ.Ν.Α΄ Παράρτημα Πο-  
λυκλινικής, Μεταπτυχιακή  
Φοιτήτρια ΜΠΣ "Προαγωγής &  
Αγωγής Υγείας", Ιατρική Σχολή  
Πανεπιστημίου Αθηνών.



Αντίστοιχα με την αναγνώριση της έκτασης αυτών των προβλημάτων υπήρξαν και τεράστιες προόδους στον τομέα της γνώσης σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και συμπεριφορά, τη σχέση τους με τις άλλες πτυχές της υγείας, όπως η ψυχική και γενικότερη υγεία, η ευεξία και η ωρίμαση (WHO, 2006). Αυτές οι προόδους μαζί με τη χρήση νεότερων αντισυλληπτικών τεχνικών, φαρμάκων για τη σεξουαλική δυσλειτουργία και περισσότερο ολιστικές προσεγγίσεις στην παροχή οικογενειακού προγραμματισμού και άλλων υπηρεσιών φροντίδας αναπαραγωγικής υγείας, έχουν δημιουργήσει την απαίτηση για επαναπροσδιορισμό των προσεγγίσεων της ανθρώπινης σεξουαλικότητας (WHO, 2006).

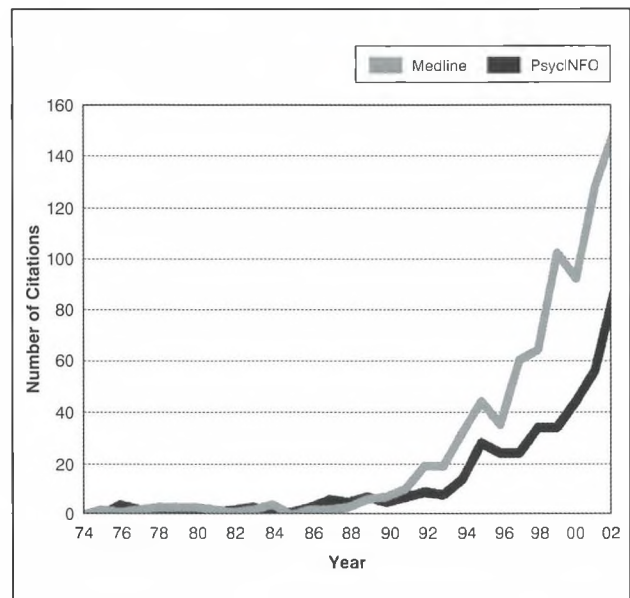
Η σεξουαλική υγεία είναι θεμελιώδης για τη σωματική και συναισθηματική υγεία, για την ευεξία των ατόμων, των ζευγαριών και των οικογενειών, καθώς και της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης των κοινωνιών και των κρατών. Όταν προβάλλεται θετικά η σεξουαλική υγεία χαρακτηρίζεται ως το δικαίωμα όλων των ανθρώπων να έχουν τη γνώση και τις ευκαιρίες να συνεχίσουν μια ασφαλή και ευχάριστη σεξουαλική ζωή. Παρόλα αυτά, η ικανότητα των ανδρών και των γυναικών να επιτύχουν σεξουαλική υγεία και ευεξία εξαρτάται από την πρόσβασή τους σε ολοκληρωμένη πληροφόρηση σχετικά με τη σεξουαλικότητα, στις γνώσεις σχετικά με τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν, στην ευαλωτότητά τους στις δυσμενείς συνέπειες της σεξουαλικής δραστηριότητας, στην πρόσβασή τους σε καλής ποιότητας υπηρεσίες φροντίδας σεξουαλικής υγείας, και ενός περιβάλλοντος που διατηρεί και προάγει τη σεξουαλική υγεία γενικά (WHO, 2010).

### **Σεξουαλική Υγεία: μια πρόσφατα αναδυόμενη έννοια**

Τις τελευταίες δεκαετίες διαπιστώνεται σε επιστημονικά δημοσιεύματα μια αυξανόμενη χρήση της έννοιας της σεξουαλικής υγείας. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από τα αποτελέσματα αναζήτησης βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline και PsycINFO, με τη χρήση του όρου "σεξουαλική υγεία" στις λέξεις ευρετηριασμού. Συγκεκριμένα, ιδιαίτερα από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, με λιγότερες από 20 αναφορές ανά έτος, παρατηρείται μέχρι το 2002 σημαντική αύξηση με περισσότερες από 80 αναφορές στο PsycINFO και 150 στο Medline (βλέπε Σχήμα 1).

Αν λάβουμε υπόψη ότι ο συνολικός αριθμός των αναφορών που περιλαμβάνονται στις δυο βάσεις δεδομένων, έχει αυξηθεί σημαντικά, παρόλο που οι αναφορές και στις δυο πηγές είναι επικαλυπτόμενες, η σε-

**Σχήμα 1.** Αριθμός αναφορών για τη σεξουαλική υγεία στο Medline και PsycINFO για τα έτη 1974-2002 (Sandfort T.G. & Ehrhardt A.A., 2004).



ξουαλική υγεία λαμβάνει περισσότερη προσοχή στα ιατρικά περιοδικά από τις εκδόσεις που αφορούν την ψυχολογία (Sandfort T.G. & Ehrhardt A.A., 2004). Μέχρι σήμερα, μόνο στο Medline καταγράφονται 2.453 αναφορές για τη σεξουαλική υγεία σε όλα τα πεδία (Medline, Received 30 March 2012).

Είναι προφανές, επίσης, ότι η σημαντική αύξηση στα άρθρα για τη σεξουαλική υγεία τα τελευταία 10 χρόνια μπορεί να αποδοθεί στην επιδημία HIV/AIDS και στην ανακάλυψη της φαρμακευτικής αντιμετώπισης για τη στυτική δυσλειτουργία (Σιλντεναφίλη [Viagra]). Αν και η έννοια της σεξουαλικής υγείας σπάνια ορίζεται στα άρθρα αυτά, φαίνεται να καλύπτει ένα συγκρινόμενο εύρος εννοιών από την παράθεση των πηγών τους (ΕΟΦ, 2007, Sandfort T.G. & Ehrhardt A.A., 2004).

Η πρόσφατα αναδυόμενη έννοια της σεξουαλικής υγείας δεν σημαίνει ότι έχει υλοποιηθεί ένα εντελώς νέο πεδίο πρακτικής και έρευνας. Στον τομέα της Δημόσιας Υγείας η σεξουαλικότητα αποτέλεσε θέμα ενδιαφέροντος για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (Finer L.B., 2007) και είχε αντιμετωπιστεί όσον αφορά την κοινωνική ή σεξουαλική υγιεινή (Am J Public Hygiene, 1908, Frank J.P., 1779) και τη σεξουαλική μεταρρύθμιση, πριν ο όρος "σεξουαλική υγεία" να γίνει της μόδας (Sandfort T.G. & Ehrhardt A.A., 2004).

Οι Edwards W.M. και Coleman E. (2004) σε ανασκόπηση 150 άρθρων από τα περίπου 2.000 που προέκυψαν ως αποτέλεσμα αναζήτησής τους στο

PsychINFO, Social Science Abstracts και Medline με κριτήριο επιλογής την αναφορά της σεξουαλικής υγείας στη συζήτηση, εντόπισαν 8 κύριους ορισμούς της με συγκεκριμένη συνεισφορά στην ανάπτυξη και κατανόηση της σεξουαλικής υγείας. Η ιστορική εξέλιξη, που σημειώθηκε, αφορά μέχρι σήμερα κυρίως τέσσερις επίσημους ορισμούς από διεθνείς οργανισμούς και οργανώσεις.

### **Ο ορισμός της σεξουαλικής υγείας – Ιστορική αναδρομή**

Προσπάθειες για τον καθορισμό της σεξουαλικής υγείας έχουν σημαντικά επηρεαστεί από τον ορισμό της υγείας ως «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία ασθένειας ή της αναπηρίας», που υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 1948 (WHO, 2010).

Το 1975 ο ΠΟΥ δημοσίευσε τον πρώτο βασικό ορισμό της σεξουαλικής υγείας σε έκθεσή του για την εκπαίδευση και θεραπεία της ανθρώπινης σεξουαλικότητας, ένα ιστορικό έγγραφο που αφορούσε την παροχή απαραίτητης κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας:

*«Σεξουαλική υγεία είναι η πληρότητα των σωματικών, συναισθηματικών, πνευματικών και κοινωνικών θεμάτων της σεξουαλικής ύπαρξης, με τρόπους που εμπλουτίζουν θετικά και ενισχύουν την προσωπικότητα, την επικοινωνία και την αγάπη» (WHO, 1975).*

Ο ορισμός αυτός ήταν πρωτοποριακός για διάφορους λόγους. Η σεξουαλική υγεία όχι μόνο δεν αναγνωρίστηκε ως κάτι περισσότερο από την απλή απουσία της ασθένειας, αλλά παρουσιάστηκε ως ολιστική έννοια που ενσωματώνει τη σωματική, συναισθηματική, πνευματική και τις κοινωνικές πτυχές της σεξουαλικής ύπαρξης. Στην ίδια έκθεση αναγνωρίζεται επίσης από τους συγγραφείς, αν και δεν αποτελεί μέρος του ορισμού, μια νέα έννοια, ότι το δικαίωμα στην απόλαυση είναι θεμελιώδους σημασίας για τη σεξουαλική υγεία (Coleman E., 2011).

Το 1994, στη Διάσκεψη του Καΐρου για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη (International Conference on Population and Development [ICPD]), 179 χώρες κατέληξαν σε συναίνεση για μια διευρυμένη έννοια της αναπαραγωγικής υγείας, που ενσωματώνει ευκρινώς τη σεξουαλική υγεία, και τονίστηκε η σημασία της πρόσβασης για όλους σε υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (WHO, 2010).

*«Αναπαραγωγική υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, σε όλα τα θέματα που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύ-*

*στημα και τις λειτουργίες του. Επομένως, η αναπαραγωγική υγεία συνεπάγεται ότι οι άνθρωποι είναι σε θέση να έχουν μια ικανοποιητική και ασφαλή σεξουαλική ζωή, και ότι έχουν την ικανότητα να αναπαράγονται και την ελευθερία να αποφασίζουν εάν, πότε και πόσο συχνά να το πράξουν. Αυτονόητο σ' αυτή την τελευταία προϋπόθεση είναι το δικαίωμα των ανδρών και των γυναικών να ενημερώνονται και να έχουν πρόσβαση σε ασφαλείς, αποτελεσματικές, προσιτές και αποδεκτές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού της επιλογής τους, καθώς και άλλες μεθόδους της επιλογής τους για τη ρύθμιση της γονιμότητας, που δεν είναι αντίθετη προς το νόμο, καθώς και το δικαίωμα της πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, που θα επιτρέπουν στις γυναίκες να διέλθουν με ασφάλεια την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και παρέχουν στα ζευγάρια τις καλύτερες πιθανότητες να αποκτήσουν ένα υγιές βρέφος. Επίσης, περιλαμβάνει την σεξουαλική υγεία, σκοπός της οποίας είναι η βελτίωση της ζωής και των προσωπικών σχέσεων και όχι απλώς συμβουλευτική και φροντίδα, που σχετίζεται με την αναπαραγωγή και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα» (United Nations, 1995, παρ. 7.2)*

Τα τελευταία χρόνια ο ορισμός της ICPD για τη σεξουαλική υγεία, ως συνιστώσα της αναπαραγωγικής υγείας έχει αμφισβητηθεί, καθώς έχει αναγνωριστεί ευρέως ότι η σεξουαλική υγεία αντί να είναι ένα συστατικό της, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη της αναπαραγωγικής υγείας (WHO, 2010).

Η σεξουαλική υγεία περιλαμβάνει την αναπαραγωγική υγεία, αλλά επεκτείνεται πέρα από τις ιατρικές καταστάσεις εξακολουθώντας να ισχύει σε όλη την διάρκεια της ζωής, καθώς η αναπαραγωγική υγεία συχνά επικεντρώνεται στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας (γενικά θεωρείται να είναι μεταξύ των ηλικιών 15-44 έτη ή 15-49 έτη). Ωστόσο, για αρκετούς ανθρώπους προβλήματα υγείας όπως ο καρκίνος του στήθους, που επηρεάζει τα αναπαραγωγικά όργανα, αλλά συνήθως συμβαίνει μετά την εμμηνόπαυση, εξακολουθεί να αποτελεί τμήμα της αναπαραγωγικής υγείας (WHO, 2012).

Το 2000 ο Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας (Pan American Health Organization [PAHO]) και ο ΠΟΥ συγκάλεσαν μια σειρά από διαβουλεύσεις με εμπειρογνώμονες προκειμένου να αναθεωρήσουν την ορολογία και να προσδιορίσουν εναλλακτικές δυνατότητες προγραμμάτων για τη σεξουαλική υγεία. Σε επόμενη Συνεδρίαση, το 2001, ο PAHO σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Σύλλογο Σεξολογίας (World Association for Sexology [WAS]) εξέτασαν μια σειρά θεμάτων σεξουαλικής υγείας όσον αφορά τη σωματική ακεραιότητα,

τη σεξουαλική ασφάλεια, τον ερωτισμό, το κοινωνικό φύλο (γένος)<sup>2</sup>, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τη συναισθηματική πρόσδεση και την αναπαραγωγή. Το ίδιο έτος ο US Surgeon General δημοσιεύει ένα κάλεσμα δράσης για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας και υπεύθυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, όπου υιοθέτησε ουσιαστικά τους προηγούμενες ορισμούς που παρέχονταν από τον ΠΟΥ, και αποτέλεσε μια ευρύτερη στρατηγική για την προώθηση της σεξουαλικής υγείας, που παρουσιάστηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Το 2002 ο ΠΟΥ δημοσίευσε στον ιστότοπο του οργανισμού μια βελτιωμένη και τροποποιημένη έκδοση του ορισμού της σεξουαλικής υγείας, ενώ το 2006 δημοσιεύεται η έκθεση τεχνικής διαβούλευσης στη σεξουαλική υγεία, όπου ορίζεται:

*«Σεξουαλική υγεία είναι μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας σε σχέση με τη σεξουαλικότητα, και δεν είναι μόνο η απουσία ασθένειας, δυσλειτουργίας ή αναπηρίας. Η σεξουαλική υγεία απαιτεί μια θετική και γεμάτη σεβασμό προσέγγιση στη σεξουαλικότητα και τις σεξουαλικές σχέσεις, καθώς και την ύπαρξη ευχάριστων και ασφαλών σεξουαλικών εμπειριών, ελεύθερη από εξαναγκασμούς, διακρίσεις και βία. Για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί η σεξουαλική υγεία, τα σεξουαλικά δικαιώματα όλων των ανθρώπων πρέπει να είναι σεβαστά, να προστατεύονται και να ασκούνται.»* (WHO, 2006).

Η σεξουαλική υγεία όπως διαφαίνεται και από τον ορισμό της, δεν μπορεί να εξηγηθεί, να κατανοηθεί ή να καταστεί λειτουργική χωρίς την ευρεία αναγνώριση της σεξουαλικότητας, η οποία είναι υποκείμενη της σεξουαλικής υγείας σε σημαντικές συμπεριφορές και αποτελέσματα σχετιζόμενα με αυτήν. Στην ίδια έκθεση του ΠΟΥ ορίζεται ως:

*«Η σεξουαλικότητα αποτελεί κεντρική πτυχή της ανθρώπινης ύπαρξης στη διάρκεια της ζωής και περιλαμβάνει το φύλο<sup>3</sup>, την ταυτότητα και το ρόλο του κοινωνικού φύλου, το σεξουαλικό προσανατολισμό<sup>4</sup>,*

*τον ερωτισμό, την απόλαυση, την εγγύτητα και την αναπαραγωγή. Βιώνεται ή εκφράζεται με σκέψεις, φαντασιώσεις, επιθυμίες, πεποιθήσεις, στάσεις ζωής, αξίες, δραστηριότητες, πρακτικές, ρόλους, σχέσεις. Η σεξουαλικότητα μπορεί να περιλαμβάνει όλες τις προηγούμενες διαστάσεις, οι οποίες δυνατό να μην εκφράζονται ή να μη βιώνονται πάντα. Η σεξουαλικότητα είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικοοικονομικών, πολιτισμικών, ηθικών και θρησκευτικών/πνευματικών παραγόντων»* (WHO, 2006).

Τα βασικά εννοιολογικά στοιχεία της σεξουαλικής υγείας, που προκύπτουν από τον ορισμό της όταν ειπωθεί θετικά και ολιστικά, είναι τα παρακάτω:

- Αφορά την ευεξία και όχι απλά την απουσία της ασθένειας.
- Περιλαμβάνει το σεβασμό, την ασφάλεια και ελευθερία από διακρίσεις και βία.
- Εξαρτάται από την άσκηση ορισμένων ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- Σχετίζεται με όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, όχι μόνο για τις αναπαραγωγικές ηλικίες, αλλά και για τους νέους και τους ηλικιωμένους.
- Εκφράζεται μέσα από διάφορες μορφές σεξουαλικότητας και σεξουαλικής έκφρασης.
- Επηρεάζεται καθοριστικά από τα κοινωνικά πρότυπα του φύλου, ρόλους, προσδοκίες και σχέσεις εξουσίας.
- Χρειάζεται να κατανοηθεί εντός συγκεκριμένου κοινωνικού, οικονομικού, και πολιτικού πλαισίου (WHO, 2010).

### **Κριτική θεώρηση του ορισμού της σεξουαλικής υγείας**

Η συστηματική χρήση του όρου της σεξουαλικής υγείας, ως αυτονόητη και προφανής, δεν σημαίνει ότι η έννοια είναι ομοιόμορφα κατανοητή και ότι η διεκδίκηση της εφαρμογής της μπορεί να έχει καθολική ισχύ σε όλα τα κοινωνικοπολιτισμικά και οικονομικά περιβάλλοντα (Coleman E., 2002, Sandfort T.G. & Ehrhardt A.A., 2004) και σε όλες τις περιόδους της ιστορίας. Αξίες και κανόνες σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την υγεία προέρχονται από διάφορες πηγές, όπως τις κοινωνικές και θρησκευτικές απόψεις, την επιστήμη, την ιατρική και την ατομική εμπειρία. Κανένας ορισμός της σεξουαλικής υγείας δεν αντιπροσωπεύει πλήρως την παραπάνω διάσταση (Public Health Agency of Canada, 2008), ενώ σύμφωνα με τους Sandfort T.G. & Ehrhardt A.A. (2004) δεν υπάρχει ένας ενιαίος καθολικός ορισμός για τη σεξουαλική υγεία. Είναι γεγονός ότι σε βιβλιογραφική ανασκό-

2. Κοινωνικό φύλο (γένος) (gender): το σύνολο των κοινωνικών αξιών, κοινωνικών στάσεων, ρόλων και χαρακτηριστικών, που βασίζονται στο φύλο (PAHO & WHO, 2000).

3. Φύλο (sex): αναφέρεται στο σύνολο των βιολογικών χαρακτηριστικών, που προσδιορίζει τους ανθρώπους ως αρρενες και θήλειες (PAHO & WHO, 2000).

4. Σεξουαλικός προσανατολισμός (sexual orientation): είναι ο ερωτισμός και/ή συναισθηματική πρόσδεση (attachment) σε σχέση με το φύλο και την κοινωνική ταυτότητα του συντρόφου, που προτιμά στη σεξουαλική δραστηριότητα (PAHO & WHO, 2000).

πηση για την εμφάνιση της έννοιας της σεξουαλικής υγείας, διαπιστώνεται ότι «δεν υπάρχει διεθνής συναίνεση σχετικά με την έννοια της σεξουαλικής υγείας και την εφαρμογή της σε πολιτικές δημόσιας υγείας» (Giarni A., 2002).

Επιπρόσθετα, η σεξουαλική υγεία εξαρτάται από τις εθνικές και πολιτικές προτεραιότητες (Giarni A., 2002, 2004). Για παράδειγμα, η σεξουαλική χειραφέτηση ήταν ένας βασικός παράγοντας στον αγώνα για την ισότητα των γυναικών στις δυτικές κοινωνίες, ενώ για πολλές φεμινίστριες ήταν θέμα πολιτικής. Δεν είναι σαφές αν η ίδια διατύπωση ισχύει και σε ποιο βαθμό για περιοχές με διαφορετική ιστορία. Σε ορισμένα μέρη του κόσμου όπου το σεξ επιτρέπεται μόνο μεταξύ παντρεμένων ζευγαριών, μια δημόσια συζήτηση σχετικά με άλλες εκφράσεις της σεξουαλικότητας μπορούν να εμφανιστούν ως παράλογο, και στη χειρότερη περίπτωση ως αδικαιολόγητη επέμβαση σε ιδιωτικά θέματα. Ακόμη, μια τέτοια συζήτηση μπορεί να εμφανιστεί ως μια πολιτικά υποκινούμενη προσπάθεια για να υπονομευθούν κορυφαίες αξίες (Obermeyer C.M., 1999).

Ο ορισμός της σεξουαλικής υγείας από τον ΠΟΥ (2002) έχει κριτικά αντιμετωπιστεί εγείροντας ερωτηματικά, και μια διεξοδική ανάλυση του περιεχομένου του ίσως ήταν αναγκαία. Κοινό σημείο συμφωνίας πολλών μελετητών είναι η ουτοπικότητα του ορισμού. Ποιος μπορεί να θεωρηθεί "σεξουαλικά υγιής" σύμφωνα με τον προσδιορισμό, «ως η κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας σε σχέση με τη σεξουαλικότητα»; Με δεδομένο την παγκόσμια επικράτηση σεξουαλικής προκατάληψης, οι περισσότερες, αν όχι όλες οι σεξουαλικές μειονότητες δεν θα πληρούν τα κριτήρια. Φαινόμενα όπως η σεξουαλική βία, η επιβολή πορνείας και διακίνησης ανθρώπων με σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευση (Trafficking) και γενικότερα στερεότυπα για τις γυναίκες ως σεξουαλικά παθητικές (Tolman D.L., Strieler M.I. & Harmon T., 2003), αποτελούν σοβαρούς περιορισμούς για τη σεξουαλική υγεία των γυναικών (Amaro H., Raj A. & Reed E., 2001).

Είναι προφανές ότι η σεξουαλική υγεία, όπως ορίστηκε από τον ΠΟΥ, είναι περισσότερο ένας αξιολογικός στόχος που πρέπει να επιτευχθεί, παρά μια επαρκής εκπροσώπηση της τρέχουσας κατάστασης των περισσότερων ανθρώπων. Η σεξουαλική υγεία σε έναν πιο περιορισμένο ορισμό, θα μπορούσε να ενταχθεί ως προϋπόθεση για (σεξουαλική) ποιότητα στη ζωή των ανθρώπων (Sandfort T.G. & Ehrhardt A.A., 2004).

Ένα δεύτερο σημείο, που τονίζεται, είναι ότι η σεξουαλική υγεία ορίζεται ως ατομική δυνατότητα

(ατομικιστική προοπτική). Παρόλα αυτά υπονοείται από τον ίδιο τον ορισμό, ότι ένα περιβάλλον μπορεί άλλοτε να είναι υποστηρικτικό και άλλοτε να εμποδίζει τη σεξουαλική υγεία του ατόμου. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι θα ήταν εφικτή μια διάρθρωση για τη σεξουαλική υγεία σε μακροεπίπεδο. Τότε, λοιπόν, η σεξουαλική υγεία θα ήταν μια κατάσταση του ατομικού, διαπροσωπικού ή του κοινοτικού επιπέδου σύμφωνα με το οικολογικό μοντέλο<sup>5</sup> (Mc Leroy K. et al., 1988), που διευκολύνει τη σεξουαλική συμπεριφορά με ποικίλα θετικά αποτελέσματα (Sandfort T.G. & Ehrhardt A.A., 2004).

Καταλήγοντας, άλλα σημεία επίκρισης του ορισμού περιγράφουν ότι συνεπάγεται κοινωνικά και ψυχολογικά πρότυπα έκφρασης της σεξουαλικότητας, με κανόνες που σχετίζονται σαφώς με τις αξίες (ποιανού τις αξίες;), ωστόσο η παγκόσμια υιοθέτησή του θα εξαρτηθεί από τις συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες κάθε περιοχής, συμπεριλαμβανομένων των θρησκευτικών και πολιτιστικών αξιών, καθώς και την κατηγορία των ανθρώπων όσον αφορά την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, τον προσανατολισμό κ.λπ. και τις διασταυρώσεις τους (Giarni A., 2002, Sandfort T.G. & Ehrhardt A.A., 2004).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σεξουαλική υγεία αποτελεί βασική πτυχή της ανθρώπινης ύπαρξης, που επηρεάζει τα άτομα σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Η αναγνώριση της σημαντικότητάς της αποτέλεσε τις τελευταίες δεκαετίες έναυσμα για να ασχοληθούν με το θέμα η επιστημονική κοινότητα, οι διεθνείς οργανισμοί και οι οργανώσεις. Απαραίτητο εργαλείο στην κατανόησή της αποτελούν ορισμοί και εννοιολογικά στοιχεία προκειμένου να αποτελέσουν σημείο επικοινωνίας όσων σχετίζονται με υπηρεσίες υγείας. Όταν αναφερόμαστε σε θέματα σεξουαλικής υγείας, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι όροι και έννοιες μπορεί να έχουν διαφορετικές και ενίοτε αντικρουόμενες σημασίες για διαφορετικές ομάδες και άτομα. Το παρόν άρθρο αποτελεί μια ελάχιστη εισαγωγική προσπάθεια στους τεχνικούς όρους, με δεδομένο το γεγονός ότι έννοιες και ορισμοί θα συνεχίσουν να εξελίσσονται και να διαμορφώνονται από ιστορικά γεγονότα.

5. Σύμφωνα με την οικολογική προσέγγιση αναγνωρίζεται ότι οι παράγοντες και η σχετιζόμενη με την υγεία συμπεριφορά επηρεάζεται από πέντε επίπεδα επιρροής/παράγοντες: ενδοπροσωπικούς ή ατομικούς, διαπροσωπικούς, θεσμικούς ή οργανωτικούς, κοινοτικούς και δημόσιας πολιτικής ( Mc Leroy K. et al., 1988).

## ABSTRACT

Antonia Toufidou: **Conceptualizing sexual health: concept and scope.**

"ELEFTHO", 1: 32-37, 2012

The past three decades have seen dramatic changes in understanding of human sexuality and sexual behavior, while the term "sexual health" has evolved in interesting ways. There was an increasing trend of references to sexual health in the international literature, especially in the 1990's, which can be attributed to the HIV/AIDS epidemic and the latest advances for the erectile dysfunction. The first official definition of sexual health was published in 1975, by the World Health Organization. The earliest definition was modified and republished in 2002, while there have been important efforts to define sexuality, reproductive health and other technical terms. The concept and scope of sexual health raised controversy and developed criticism for its definition.

**Key-words:** sexual health, reproductive health, sexuality.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Amaro H., Raj A., Reed E.: Women's sexual health: The need for feminist analyses in public health in the Decade of Behaviour. *Psychology of Women Quarterly*, 2001; 25: 324-334.
- Am J Public Hygiene*: August, 1908; 18(3): 335-339. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2543430/>
- Coleman E.: Promoting sexual health and responsible sexual behaviour: An introduction. *Journal of Sex Research*, 2002; 39: 3-6.
- Coleman E.: What is Sexual Health? Articulating a Sexual Health Approach to HIV Prevention for Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*, 2011; 15(1): 18-24.
- Edwards W.M., Coleman E.: Defining Sexual Health: A Descriptive Overview, *Archives of Sexual Behavior*, 2004; 33(3): 189-195.
- Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων: Εθνικό Συνταγολόγιο 2007. Retrieved from: [www.yyka.gov.gr/articles/newspaper/.../194-isxyoysa-nomothesia?fd](http://www.yyka.gov.gr/articles/newspaper/.../194-isxyoysa-nomothesia?fd)
- Finer L.B.: Trends in Premarital Sex in the United States, 1954-2003. *Public Health Rep.*, Jan-Feb 2007; 122(1): 73-78.
- Frank J.P.: A complete System of medical policy. 1779. Retrieved from: [http://www.ihph.de/documente/Hygiene\\_Pioneers\\_1.pdf](http://www.ihph.de/documente/Hygiene_Pioneers_1.pdf), [http://en.wikipedia.org/wiki/Johann\\_Peter\\_Frank](http://en.wikipedia.org/wiki/Johann_Peter_Frank)
- Giambi A.: Sexual Health: The emergence, development, and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research*, 2002; 13: 1-35.
- Giambi A.: Sexuality and public health. The concept of sexual health. *European Journal of Sexology, Sexologies*, 2004; 13(47): 13-17.
- McLeroy K., Bibeau D., Steckler A., Glanz K.: An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ.Q.*, 1988; 15: 351-377.
- Obermeyer C. M.: The Cultural Context of Reproductive Health: Implications for Monitoring the Cairo Agenda, 1999. Retrieved from: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25s5099.htm>
- PAHO & WHO.: Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action. 2000 Retrieved from: <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>
- Public Health Agency of Canada: Canadian guidelines for Sexual Health Education, 2008. Revised Edition of the 2003 Canadian Guidelines for Sexual Health Education. Retrieved from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines-eng.pdf>
- Sandfort T.G., Ehrhardt A.A.: Sexual Health: A Useful Public Health Paradigm or a Moral Imperative? *Archives of Sexual Behaviour*, 2004; 33: 181-187.
- Tolman D.L., Strieppe M.I., Harmon T.: Gender matters: Constructing a model of adolescent sexual health. *Journal of Sex Research*, 2003; 40: 4-12.
- United Nations: General Assembly Resolution 48/104. Declaration on the Elimination of Violence against Women. 20 December 1993, Article 1.
- United Nations: Report of the International Conference on Population and Development. 1995. Retrieved from: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf)
- U.S. Department of Health and Human Services: The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behaviour. 2001. Retrieved from: <http://www.surgeongeneral.gov/library/sexualhealth/call.html>
- WHO: Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Technical report series Nr. 572, 1975. Retrieved from: <http://www2.huberlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/WHOR.HTM>
- WHO: Developing sexual health programmes. A framework for action. 2010. Retrieved from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf)
- WHO: Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva, 2006. Retrieved from: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexualhealth.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexualhealth.pdf)
- WHO: Social science methods for research on sexual and reproductive health. 2012. Retrieved from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503112\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503112_eng.pdf)

## Βιβλιοπαρουσίαση στη Θεσσαλονίκη

Στις 16/12/2011 πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία στο ξενοδοχείο "CAPSIS", στη Θεσσαλονίκη, η επίσημη παρουσίαση του βιβλίου με τίτλο "Τεκμηριωμένη φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό" από την Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας "ΜΑΙΕΥΣΗ" και από μέλη της συγγραφικής ομάδας του βιβλίου.

Το βιβλίο παρουσίασαν και προλόγισαν ο κ. Ι. Τζαφέτας, Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, η κ. Μ-Α. Μαλλιάρου, Παιδίατρος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ. Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου Παίδων "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ" και η Τομεάρχης Μαία κ. Β. Τσόγκα. Την εκδήλωση χαιρέτησε ο Πρόεδρος του Α.Τ.Ε.Ι.Θ. κ. Π. Καρακολτσίδης και παραβρέθηκαν Μαίες, Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι, ιατροί άλλων ειδικοτήτων και μέλλουσες μητέρες. Παραθέτουμε φωτογραφικό υλικό από την εκδήλωση.

Η Διοικούσα Επιτροπή  
της Επιστημονικής Εταιρείας Μαιών Ελλάδας "ΜΑΙΕΥΣΗ"



Άποψη του χώρου που πραγματοποιήθηκε η εκδήλωση στο ξενοδοχείο "CAPSIS".



Στο πάνελ της παρουσίασης ο κ. Ι. Τζαφέτας, Ομότιμος Καθηγητής Μ/Γ, η κ. Μ-Α. Μαλλιάρου, Παιδίατρος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ. Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου Παίδων "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ", η κ. Β. Τσόγκα, Μαία, η κ. Α. Θεοδοσιάδου, Πρόεδρος της Διοικούσας Επιτροπής, και η κ. Ο. Αρβαντίδου, Μέλος της Διοικούσας Επιτροπής.



Η κ. Α-Μ. Μαλλιάρου, Παιδίατρος προλογίζει το βιβλίο.



Μέλη της συγγραφικής ομάδας του βιβλίου με την κ. Μ.-Α. Μαλλιάρου στη δεξίωση που ακολούθησε.

## Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ.Μ. Κρήτης

**12<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών: "Η Μαία στην καθ' ημέρα πράξη"**

**Ηράκλειο Κρήτης, 17-20 Οκτωβρίου 2012 • Ξενοδοχείο "Creta Maris Beach Resort"**

- Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το κόστος εγγραφής, την υποβολή εργασιών και τα πακέτα φιλοξενίας, μπορείτε να ενημερωθείτε από την ιστοσελίδα: [www.maies2012.gr](http://www.maies2012.gr)
- Τελευταία ημερομηνία υποβολής Περιλήψεων των Εργασιών: 20 Ιουνίου 2012

Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ. Κρήτης

## Ανακοινώσεις του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου

### ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 1η

Το Σάββατο, 3 Μαρτίου 2012, πραγματοποιήθηκε στην Τρίπολη η “1η Ημερίδα Ψυχικής Υγείας στην Περιγεννητική Περίοδο” υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Την Ημερίδα διοργάνωσε ο Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου σε συνεργασία με το Τμήμα Μαιευτικής του Τ.Ε.Ι. Αθήνας και το Σ.Ε.Μ.Μ. Αθηνών.

Για ακόμη μια φορά εκφράζουμε την ευχαρίστησή μας για τη συμμετοχή –που κυμάνθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα φτάνοντας τους 70 σύνεδρους– και τη στήριξη των Μαιών και Μαιευτών του Συλλόγου μας, ειδικά αυτούς τους δύσκολους καιρούς, που δοκιμάζεται η υπομονή και οι αντοχές όλων μας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλονται στους συνδιοργανωτές, στην Καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι. Αθήνας κ. Αικ. Λυκερίδου, στην Πρόεδρο του Σ.Ε.Μ.Μ. Αθήνας κ. Π. Παναγή και προσωπικά σε κάθε ένα από τα Μέλη του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ. Αθήνας, που βοήθησαν σημαντικά στη διοργάνωση και έχουν μερίδιο στην επιτυχία της. Επίσης, στους προσκεκλημένους ομιλητές και εκπροσώπους, στις Μαίες, στους Ιατρούς, στους Ψυχολόγους, στο κοινό που ήρθε κοντά μας για να υποστηρίξει την εκδήλωσή μας, αλλά και στο Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, ιδίως στις κ. Π. Ντεβέ και Γ. Αγγέλαινα, Γραμματέα και Ταμία του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου αντίστοιχα, καθώς και στη συνάδελφο κ. Α. Μπαρδού, που ανέλαβαν ένα μεγάλο μέρος της διοργάνωσης. Παράλληλα, στο πλαίσιο της Ημερίδας πραγματοποιήθηκε η κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας μας και ακολούθησε πρωινό και απονομή συγγραμμάτων σχετικών με τη Μαιευτική στους τυχερούς που πέτυχαν τα φλουριά. Τα βιβλία ήταν προσφορά του Συλλόγου μας, της κ. Λυκερίδου και του Σ.Ε.Μ.Μ. Αθήνας. Ευχόμαστε σε όλους τους συναδέλφους υγεία και καλή δύναμη και ελπίζουμε στο μέλλον να μας δοθεί η δυνατότητα να διοργανώσουμε παρόμοιες επιστημονικές εκδηλώσεις.

### ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ 2η

Ο Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου σε μια προσπάθεια οργάνωσης του Αρχείου του με στόχο την καλύτερη επικοινωνία του με τα Μέλη του, εφόσον το επιθυμούν, αλλά και την αξιοποίησή τους σε μελλοντικές επιστημονικές εκδηλώσεις και διάφορες δράσεις, παρακαλεί τα Μέλη που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακών διπλωμάτων ή υποψήφιοι διδάκτορες ή κάτοχοι δευτέρου πτυχίου να επικοινωνήσουν με τη Γραμματέα του Δ.Σ. του Συλλόγου κ. Παρασκευή Ντεβέ στο τηλέφωνο 6941.615460 προκειμένου να το δηλώσουν. Ομοίως, παρακαλούνται τα Μέλη να δηλώσουν την κατοχή πτυχίων ξένων γλωσσών και την οποιαδήποτε αλλαγή των στοιχείων επικοινωνίας τους (διευθύνσεις, τηλέφωνα κλπ).

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου

**ΜΙΧΑΛΗΣ ΜΩΡΟΣ**

## 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

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

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

#### Αγγλική Περίληψη (Abstract)

Στην 3η σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 200 λέξεις. Στην αρχή της αγγλικής περιλήψης 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 περιλήψης 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 Περιπτώσεως, 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 δυο, 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 εργασίας, 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 6. (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.

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

Προς το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθήνας  
Υπόψη Συντακτικής Επιτροπής  
Αριστ. Παππά 2, 115 21 Αθήνα  
ή στην ηλεκτρονική δ/ση: E-mail: sema-icm@otenet.gr  
Τηλέφωνα επικοινωνίας  
210.6465691 (Fax) & 210.6429675



## Αποχαιρετώντας αγαπημένους φίλους και συνεργάτες

Λυπούμεθα πολύ που έφυγαν από τη ζωή δυο υπέροχες φίλες και συνεργάτιδες: το Δεκέμβριο του 2011, η Συνάδελφος Μαρία Λουλιά-Τσιτσιλώνη και το Φεβρουάριο του 2012, η Παιδιάτρου-Νεογνολόγος Θέμις Ζάχου. Θα τις θυμόμαστε πάντα, γιατί αφιέρωσαν το μεγαλύτερο κομμάτι της επαγγελματικής τους ζωής στη Μάνα, το Παιδί, την Οικογένεια, το Μητρικό Θηλασμό.

Αποχαιρετώντας τις μέσα από τις σελίδες του περιοδικού μας "ΕΛΕΥΘΩ", στο οποίο πολλές φορές κατά το παρελθόν είδαμε συνεργασίες τους και διαβάσαμε άρθρα τους, αποτίουμε φόρο τιμής δημοσιεύοντας τα Βιογραφικά τους Σημειώματα, για να γνωρίσουν και οι νεότεροι Συνάδελφοι το δημιουργικό τους έργο και την κοινωνική τους προσφορά, που χαρακτηρίζονται από την αγάπη και την ανιδιοτέλεια προς το Συνάνθρωπο.

Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

### Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα Μαρίας Λουλιά-Τσιτσιλώνη

Τελείωσε τις γυμνασιακές σπουδές της στο Πυθαγόρειο Γυμνάσιο της Σάμου. Φοίτησε στη Σχολή Μαιών «Βιργινία Σκυλίτση» του Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη» και μετά από τέσσερα χρόνια σπουδών πήρε το Δίπλωμα της Μαίας. Εργάστηκε ως διπλωματούχος Μαία στο Μαιευτήριο και στη Σχολή τρία χρόνια. Στη συνέχεια η Δ/νουσα του Μαιευτηρίου και της Σχολής Χαρά Βαγιατζάκη την πρότεινε για την υποτροφία που είχε στείλει το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιών της Μ. Βρετανίας. Στα τρία χρόνια των σπουδών της στη Μ. Βρετανία πήρε το δίπλωμα της Αγγλίδας Μαίας (που αναγνωρίζεται από όλα τα κράτη) και δίπλωμα με εξειδίκευση στην περίθαλψη προώρων νεογνών. Αφού απέκτησε τα διπλώματα αυτά φοίτησε στο Κολλέγιο Διδασκουσών Μαιών του «Kingston» στο Λονδίνο, απ' όπου και πήρε κατόπιν αυστηρών εξετάσεων το δίπλωμα της Διδάσκουσας Μαίας (το δίπλωμα αυτό είναι η ανώτερη διάκριση της Μαίας). Επιστρέφοντας από τη Μ. Βρετανία εργάστηκε ως Διδάσκουσα στη Σχολή Μαιών «Βιργινία Σκυλίτση» του Μαιευτηρίου «Μ.Μ.Η.».

Μετά το γάμο της με τον Μαιευτήρα Ηλία Τσιτσιλώνη λόγοι υγείας και οικογενειακές υποχρεώσεις δεν της επέτρεψαν να συνεχίσει την εργασία της. Απέκτησε δύο παιδιά. Η κόρη της είναι απόφοιτος της Βιολογίας και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Διδάκτωρ της Βιολογίας. Ο γιος της είναι πτυχιούχος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Το 1977 η Δ/νουσα του «Μ.Μ.Η.» της πρότεινε να αναλάβει και πάλι τα καθήκοντα Διδάσκουσας στη Σχολή. Οι οικογενειακές της υποχρεώσεις όμως δεν της επέτρεψαν να ασχοληθεί επαγγελματικά με καθορισμένο ωράριο εργασίας. Προσέφερε εθελοντική Διδασκαλία τρεις φορές την εβδομάδα από τέσσερις ώρες για επτά χρόνια. Δίδαξε «Ιστορία Νοσηλείας», «Μαιευτική Νοσηλευτική» και «Δεοντολογία της Μαίας».

Έγραψε για τις Σπουδάστριες Μαίες σημειώσεις «Ιστορία Νοσηλείας» και «Μαιευτική Νοσηλευτική». Δημοσίευσε άρθρα στο περιοδικό των Μαιών «Ελευθώ». Εξέδωσε δύο βιβλία «Μητρικός Θηλασμός» και «Η θεραπεία τα παλιά χρόνια». Έχει παρακολουθήσει πάρα πολλά συνέδρια σχετικά με την εκπαίδευση και το έργο της Μαίας. Σε μερικά από αυτά εκπροσώπησε τις Ελληνίδες Μαίες. Υπήρξε τακτικό μέλος του Βασιλικού Κολλεγίου Μαιών Αγγλίας. (Ο μεγαλύτερος επιστημονικός και επαγγελματικός σύλλογος των Μαιών παγκοσμίως). Στο Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών Αθηνών ήταν τακτικό μέλος από την ίδρυσή του.

Στόχος της ήταν πάντα: η εξύψωση της εκπαίδευσης και του έργου της Μαίας και η εδραίωση της καλής φήμης και υπολήψεως του Συλλόγου των Μαιών και των συναδέλφων μου.

(Βιογραφικό σημείωμα της ίδιας)

Μ. Τσιτσιλώνη

20/1/1993

## ΘΕΜΙΣ ΖΑΧΟΥ

### Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

Γεννήθηκε και μεγάλωσε στη Θεσσαλονίκη από γονείς εκπαιδευτικούς. Σπούδασε Αγγλική Φιλολογία και Ιατρική στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Την ειδικότητα της Παιδιατρικής και το Διδακτορικό δίπλωμα στην Ιατρική πήρε από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μετεκπαιδεύτηκε στη Νεογνολογία στην Αγγλία, University of London και Oxford University, καθώς και στην Αμερική, University of California, San Diego. Εξακολούθησε την εκπαίδευσή της στη διατροφή του νεογέννητου και βρέφους, και ιδιαίτερα στο Μητρικό Θηλασμό, στην Dun Nutrition Unit, University of Cambridge, στο Center for International Child Health at the Institute of Child Health, University of London, στο National Capital Lactation Center, Community Human Milk Bank, στο Georgetown University Hospital Washington, DC, U.S.A., στο Wake Medical Center, Raleigh, North Carolina U.S.A.

Υπηρέτησε στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη», σημερινό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου», σαν Παιδιάτρος-Νεογνολόγος σε όλες τις βαθμίδες του Νεογνολογικού Τμήματος: βοηθός, επιμελήτης, διευθυντής.

Κατά τη θητεία της, το 1985, πρωτοστάτησε στην ίδρυση της «Μονάδας Φυσιολογικών Νεογέννητων Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού», μοναδική στον Ελλαδικό χώρο, και στην αναδιοργάνωση με σύγχρονες προδιαγραφές της λειτουργίας της Τράπεζας Ανθρώπινου Γάλακτος, που ιδρύθηκε στο Μαιευτήριο το 1947.

Χιλιάδες νεογέννητα φροντίστηκαν και θήλασαν, τόνοι Ανθρώπινου Γάλακτος συγκεντρώθηκαν και χορηγήθηκαν σε πρόωρα και προβληματικά παιδιά.

Επίσης, καθιέρωσε εκπαιδευτικά σεμινάρια Μητρικού Θηλασμού για Επαγγελματίες Υγείας απ' όλη την Ελλάδα, που συνεχίζονται με επιτυχία.

Σαν μέλος της Πρώτης Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού το 1993, με Πρόεδρο τον Ακαδημαϊκό, Καθηγητή Παιδιατρικής, Νικόλαο Ματσανιώτη, συνετέλεσε δυναμικά στη λήψη αποφάσεων για την Προστασία, Υποστήριξη και Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στη χώρα μας, που καρποφορούν σήμερα.

Αντιπροσώπευε την Ελλάδα σε πολυκεντρικές έρευνες της Ευρώπης για τη διατροφή του βρέφους και του μικρού παιδιού, καθώς και σε συνέδρια στην Ευρώπη, Αμερική, Ασία, Αφρική.

Πραγματοποίησε αξιόλογο διδακτικό, εκπαιδευτικό, συγγραφικό έργο. Ίδρυσε με εκλεκτούς συνεργάτες της το 2004 το Σύλλογο «Οι Φίλοι του Μητρικού Θηλασμού», με σκοπό την καθιέρωση εκπαιδευτικών και πολιτιστικών εκδηλώσεων για την υποστήριξη και καθολική αποδοχή του Μητρικού Θηλασμού στη χώρα μας και τη δημιουργία φιλικής προς αυτόν κοινωνίας.

Για τη σημαντική της συμβολή στην πρόοδο της Νεογνολογίας, στην προσπάθεια της Επιστροφής στο Μητρικό Θηλασμό στη Χώρα μας και Παγκόσμια, και την κοινωνική της προσφορά τιμήθηκε από:

- 2011: Διοικητικό Συμβούλιο Μαιευτηρίου ΙΑΣΩ.
- 2010-2009-2008: WABA, World Alliance for Breastfeeding Action.  
Παγκόσμια Συμμαχία Δράσης για το Μητρικό Θηλασμό.
- 2007: Ελληνική Νεογνολογική Εταιρεία.
- 2007: †Αρχιεπίσκοπο Αθηνών και Πάσης Ελλάδος Χριστόδουλο.
- 2007: Εθνικό Συμβούλιο Ελληνίδων.
- 2006: Βραβείο Ακαδημίας Αθηνών για τη συμβολή της στην Υποστήριξη και Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στη Χώρα μας, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον.
- 2003: Πανελλήνιο Σύλλογο Μαιών-Μαιευτών Ελλάδος.
- 2001: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών.  
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής.
- 1999: Ελληνική Εταιρεία Περιγεννητικής Ιατρικής.
- 1998: Λέσχη Λάϊονς Ζωγράφου – Σωκράτης.

Χαρακτηριστικό της πορείας της, Αγάπη για το Παιδί και αθόρυβη ανιδιοτελής δημιουργία.

## Μωρομάντηλα Libero με νέο άρωμα τόσο απαλό όσο το χάδι σας!

- Με αλόη και χαμομήλι
- Χωρίς αλκοόλ και παραβένες
- Δερματολογικά ελεγμένα

**Libero**<sup>®</sup>

Τηλεφωνήστε χωρίς χρέωση στο **800 11 542376**  
ή μπείτε στο site [www.liberoclub.gr](http://www.liberoclub.gr)  
και γίνετε μέλος του πιο τρυφερού club

LIBERO



# Μητρική Αμβροσία...

τίποτε καλύτερο  
από το μητρικό γάλα.



No. 1 choice  
of hospitals  
& mothers



## Η αντλία στήθους **Symphony** διατίθεται για **Ενοικίαση**

Η Medela θέλοντας να κατανοήσει την επιστήμη του θηλασμού των βρεφών, διεξάγει συνεχώς επιστημονικές έρευνες σε συνεργασία με τους επιστήμονες της Ερευνητικής Ομάδας για τον Μητρικό Θηλασμό, του Πανεπιστημίου της Δυτικής Αυστραλίας (UWA). Βασισμένη σε αυτές τις επιστημονικές έρευνες η Medela βελτιώνει συνεχώς τα προϊόντα της, με πιο σημαντικό αποτέλεσμα, τη δημιουργία αντλιών στήθους νέας γενιάς - τεχνολογίας 2-Φάσεων, της ενεργοποίησης και της άντλησης. Αποδεδειγμένα αντλείται περισσότερη ποσότητα μητρικού γάλακτος σε λιγότερο χρόνο.



## Calma - Επαναστατική Καινοτομία!

Τώρα η Medela κάνει τη διαφορά με το νέο ειδικό μπιμπερό Calma, τη βέλπστη λύση για τη σίτιση των βρεφών μόνο με μητρικό γάλα. Με το Calma δίνεται στο βρέφος η δυνατότητα να τρέφεται, να κάνει παύσεις και να αναπνέει όπως και στον φυσικό μητρικό θηλασμό, χωρίς να δημιουργείται σύγχυση θηλών μεταξύ στήθους και μπιμπερό, ώστε να μπορεί να συνεχίσει εύκολα και να επιστρέψει χωρίς πρόβλημα στο στήθος της μητέρας του, απολαμβάνοντας τον μοναδικό δεσμό του θηλασμού για περισσότερο χρόνο. Εμπιστευθείτε τη φύση, εμπιστευθείτε τη Medela.