

Φροντίδα μητρότητας στην Ελλάδα

Δέσποινα Σαπουντζή-Κρέπια

*BSc, MSc, PhD, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,
Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Επιστήμης,
Πανεπιστήμιο του Κιορίο, Φινλανδία*

Katri Vehviläinen-Julkunen

*BSc, MSc, PhD, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Επιστήμης,
Πανεπιστήμιο του Κιορίο, Φινλανδία, Επικεφαλής της Εθνικής
Μεταπτυχιακής Σχολής στη Νοσηλευτική Επιστήμη, Φινλανδία*

**Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό
Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Στις αρχές του 19ου αιώνα δημιουργήθηκε το σύγχρονο Ελληνικό κράτος, μετά την επιτυχή επανάσταση των Ελλήνων ενάντια στην Οθωμανική αυτοκρατορία. Από τα τέλη του 19ου αιώνα έγιναν προσπάθειες για τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών μητρότητας, με πρώτο βήμα την έκδοση διατάγματος «Περί συστάσεως σχολής διά τας μαιάς», τη δεκαετία του 1830. Στις αρχές του 20ού αιώνα εισήχθησαν στην εργατική νομοθεσία ρυθμίσεις που αφορούσαν την προστασία των εργαζόμενων μητέρων, ενώ από το 1927, με το άρθρο 21 του Συντάγματος, η μητρότητα στην Ελλάδα προστατεύεται συνταγματικά. Η σύγχρονη Ελλάδα, τις τελευταίες δεκαετίες, έχει κατορθώσει να μειώσει τη βρεφική και μητρική θνησιμότητα στα διεθνώς παραδεκτά επίπεδα, η αντισύλληψη και η άμβλωση όμως χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, καθώς οι σύγχρονες αντισυλληπτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται περιορισμένα από τις Ελληνίδες και η άμβλωση συνεχίζει να αποτελεί την κύρια μορφή ελέγχου των γεννήσεων. Η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης έχει βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, απαιτεί όμως περαιτέρω ανάπτυξη, ενώ ο τοκετός έχει πλήρως ιατρικοποιηθεί. Αν και το γεγονός αυτό συνδέεται με τη χαμηλή βρεφική και μητρική θνησιμότητα που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, συνδέεται επίσης και με την αύξηση του ποσοστού των καισαρικών

Maternity care in Greece

Despina Sapountzi-Krepia

*BSc, MSc, PhD, Professor, Nursing Department, Technological
Educational Institute of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece,
Postdoctoral Research Fellow, Department of Nursing Science,
University of Kuopio, Finland*

Katri Vehviläinen-Julkunen

*BSc, MSc, PhD, Professor, Department of Nursing Science,
University of Kuopio, Finland, Head of the National Postgraduate
School in Nursing Science, Finland*

**Nursing Department, Alexandrio Technological
Educational Institute of Thessaloniki**

ABSTRACT The 19th century was an important point in Greek history. In the 3rd decade the state of Greece was created after the Greek revolution against the Ottoman Empire and the Greek state made efforts for improving the maternity services provided to the population. The legislative decree targeting to the foundation of a School of Midwives in the early '30s was the first one of that. At the beginning of the 20th century a special legislation concerned with the protection of working mothers was introduced, while constitutionally motherhood is protected from 1927 (article 21). In the last two decades of the 20th century, Greece reached the internationally accepted levels in both infant and maternal mortality. However, on contraception and induced abortion it still remains room for improvement, as the modern contraceptive methods are not widely used in Greece and abortion continues constituting one of the forms of birth control in the country. The participation in programs of prenatal care has considerably improved in the last decades, while deliveries have been completely medicalised; and although this fact is associated with low infant and maternal mortality, is also associated with an increase of caesarian sections to 30-40% of the deliveries. Furthermore, the vast majority of the deliveries are tak-

τομών, οι οποίες ανέρχονται σήμερα περίπου στο 30–40%. Η πλειοψηφία των γυναικών στην Ελλάδα γεννά σε ιδιωτικές κλινικές και όχι στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), στοιχείο που κρούει τον κώδωνα για την αναζήτηση των αιτιών αυτού του φαινομένου, που παρατηρείται παρά το γεγονός ότι οι οικογένειες με αυτή τους την επιλογή αναλαμβάνουν μια σημαντική οικονομική επιβάρυνση. Η παροχή υπηρεσιών προστασίας της μητρότητας στην Ελλάδα έχει μελετηθεί, κυρίως όμως από ιατρική και επιδημιολογική σκοπιά, ενώ η διαθέσιμη βιβλιογραφία που εξετάζει την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, τη φροντίδα από μαιές, καθώς επίσης και τις προσδοκίες, τις ανάγκες και την εμπειρία των πελατών, είναι σπάνια.

Λέξεις-κλειδιά:

• Μητρότητα • Φροντίδα • Ελλάδα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Δέσποινα Σαπουντζή-Κρέπια

Τμήμα Νοσηλευτικής,

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

Τ.Θ. 1456, Τ.Κ. 541 01 Θεσσαλονίκη

Τηλ. 2310-791 539

E-mail: desapoun@yahoo.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έναρξη του γονεϊκού ρόλου είναι μια σημαντική περίοδος στην προσωπική ζωή του ατόμου, δεδομένου ότι απαιτεί μια αναδιοργάνωση της προσωπικής του ζωής και μια ωριμότερη στάση απέναντι στη ζωή. Αν και η παροχή υπηρεσιών υγείας στις γυναίκες πριν από την εγκυμοσύνη και κατά τη διάρκεια αυτής έχει βελτιωθεί τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα, απαιτείται περαιτέρω ανάπτυξη.

Η σύγχρονη Ελλάδα κατέχει μια από τις υψηλότερες θέσεις μεταξύ των Ευρωπαϊκών κρατών ως προς το προσδόκιμο επιβίωσης, ενώ η βρεφική θνησιμότητα ανέρχεται στο 6,5 ανά 1000 γεννήσεις. Η μείωση που σημειώθηκε στη βρεφική θνησιμότητα είναι σημαντική, καθώς το 1983 αυτή ανέρχόταν στο 18/1000 και το 1991 στο 9/1000. Η συνολική όμως γονιμότητα του πληθυσμού μειώθηκε σημαντικά, ανέρχεται σήμερα μόλις στο 1,3 παιδιά ανά οικογένεια και συνιστά ένα μείζον δημογραφικό πρόβλημα για τη χώρα.¹⁻³

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο 19ος αιώνας αποτέλεσε ένα σημαντικό σταθμό στην ελληνική ιστορία, καθώς τότε δημιουργήθηκε το σύγχρο-

ing place in private maternity clinics and not in the hospitals of the Greek National Health System (ESY). That has to be a warning signal to explore the reasons underlying to the phenomenon, which constitutes a common practice for most of the Greek families despite the fact that this practice is also connected with an economic burden. The provision of maternity services in Greece has been studied from medical and epidemiological perspectives, however the available literature regarding the provision of nursing and midwifery care as well as regarding the clients' experience from the provided services is limited.

Key words:

• Maternity • Care • Greece

Corresponding author

Despina Sapountzi-Krepia

Nursing Department,

Technological Educational Institute of Thessaloniki

P.O. Box 1456, GR-541 01 Thessaloniki, Greece

Tel. +30 2310-791 539

E-mail: desapoun@yahoo.com

νο Ελληνικό κράτος. Στο νεοϊδρυθέν, μετά την Ελληνική επανάσταση ενάντια στην Οθωμανική αυτοκρατορία, κράτος ήταν προφανής η έλλειψη οποιουδήποτε οργανωμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και μια παντελής έλλειψη εκπαιδευμένων νοσοκόμων και μαιών.⁴

Η πρώτη σχολή προετοιμασίας γυναικών επαγγελματιών υγείας ήταν η σχολή μαιών. Υπάρχουν πολλές απόψεις για το έτος ίδρυσής της, καθώς, σύμφωνα με τον ιστοχώρο του Τμήματος Μαιευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης,⁵ η μνημονευόμενη ως σχολή μαιών άρχισε να λειτουργεί ως Φροντιστήριο Μαιευτικής το 1833 από το Ν. Κωστή, καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών, ή, σύμφωνα με τον ιστοχώρο του ΤΕΙ Αθήνας, λειτούργησε ένα χρόνο αργότερα, το 1934.⁶

Διερευνώντας διάφορες πηγές για τη διασταύρωση των ως άνω στοιχείων, βρέθηκε ότι μόλις το 1838 δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος το υπ' αρ. 9, 16/03/1838 διάταγμα «Περί συστάσεως σχολής διά τας μαιάς».⁷ Παρόλ' αυτά, δεν κατορθώθηκε να διασταυρωθεί το κατά πόσο αυτή η σχολή λειτούργησε πραγματικά ή έμεινε μόνο στα χαρτιά ούτε και για το αν αναφερόταν σε μια νέα σχολή ή αν το διάταγμα αυτό αφορούσε στην επισημοποίη-

ση της λειτουργίας του Φροντιστηρίου Μαιευτικής, που λειτουργούσε υπό το Ν. Κωστή. Εικοσιδύο χρόνια αργότερα, με το νόμο ΤΝΖ/1856⁸ «Περί του Μαιευτικού Σχολείου», αρχίζει επίσημα στο Ελληνικό κράτος η εκπαίδευση μαιών. Σημειωτέον ότι το «Μαιευτικό Σχολείο» είναι η πρώτη σχολή εκπαίδευσης γυναικών στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα.

Ο Venieris⁹ ισχυρίζεται ότι ο πρώτος ελληνικός νόμος που αφορά στην προστασία μητρότητας εκδόθηκε το 1922 ως τμήμα της νομοθεσίας κοινωνικής ασφάλισης, όμως ο νόμος 2274/1920, που αφορά στην 3η σύμβαση για την απασχόληση των μητέρων, εκδόθηκε δύο χρόνια νωρίτερα και δεν κατέστη δυνατό να βρεθεί κατά πόσο το Ελληνικό κράτος είχε κυρώσει νομοθετικά και τις προηγούμενες συμβάσεις, 1η και 2η.

Η δεύτερη δεκαετία του 20ού αιώνα ήταν μια πολιτικά ασταθής περίοδος για την Ελλάδα, καθώς για πολλά έτη η χώρα βρισκόταν σε πόλεμο με την Τουρκία. Το 1922 η Ελλάδα έχασε τον πόλεμο, ένας μεγάλος αριθμός Ελλήνων που για αιώνες ζούσαν στη Μικρά Ασία και στα παράλια της Μαύρης Θάλασσας ήρθαν στην Ελλάδα ως πρόσφυγες, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός μόνο της Αθήνας να διπλασιαστεί μεταξύ του 1922 και του 1928.⁹ Μετά από αυτή την αξιοσημείωτη αύξηση του πληθυσμού, η ανάγκη για αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης της χώρας ήταν προφανής. Το 1922, με το νομοθετικό διάταγμα Δ/23·9·1925, μεταξύ άλλων, ρυθμίστηκε και το θέμα της δημιουργίας ειδικού τμήματος για την προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας στο «Υπουργείο Περιθάλψεως», το οποίο με τον ίδιο νόμο μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως».¹⁰

Το 1926 στην Αθήνα, πρωτεύουσα της Ελλάδας, μια πόλη με 400.000 κατοίκους, ήταν διαθέσιμα περίπου 100 μαιευτικά κρεβάτια¹¹ και οι περισσότεροι τοκετοί πραγματοποιούνταν από πρακτικές κυρίως μαιές κατ' οίκον. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από τον Venieris⁹ (1997), «... τα νοσοκομεία συγκεντρώθηκαν στις αστικές περιοχές το 1929, μισά από τα διαθέσιμα κρεβάτια και 40% των γιατρών συναθροίστηκαν σε μια απόσταση 200 χιλιομέτρων γύρω από την Αθήνα, σε μια περιοχή όπου ζούσε μόνο το ένα έκτο περίπου του συνολικού πληθυσμού...». Επιπλέον, οι στατιστικές για το έτος 1928 έδειχναν ότι το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας ανερχόταν στο 93/1000.⁹ Ενώ επικρατούσαν

αυτές οι συνθήκες, το Ελληνικό κράτος με το νόμο 3714/28¹² (άρθρο 1) μερίμνησε για την υγιεινή των μητέρων και των πρώτων παιδικών ηλικιών. Τον επόμενο χρόνο ψηφίστηκε ο νόμος 3928/29,¹³ με βάση τον οποίο ιδρύθηκαν τα Λαϊκά Ιατρεία, στα οποία προβλεπόταν μέριμνα για τη μητέρα και το παιδί, ενώ τον ίδιο χρόνο με το νόμο 3930/29¹⁴ κατοχυρώθηκε η προστασία του θηλάζοντος βρέφους.

Τον Αύγουστο του 1929, μια διεθνής επιτροπή εμπειρογνομόνων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) κλήθηκε για να προετοιμάσει ένα σχέδιο για τη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περιθαλψης στην Ελλάδα. Η σχετική έκθεση των εμπειρογνομόνων προκάλεσε ντροπή, δεδομένου ότι αναφερόταν σε αυτήν ότι οι Έλληνες γιατροί ήταν ανεπαρκείς, ενώ τονίστηκε επίσης ότι οι περισσότερες από τις νοσοκόμες και τις μαιές στην Ελλάδα ήταν ανεκπαιδευτες και στερούνταν επαγγελματικής και κοινωνικής καταξίωσης.¹⁵

Παρόλ' αυτά, στην Ελλάδα η προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας θεωρούνται ως πολύ σημαντικά ζητήματα για το έθνος και, κατά την αναθεώρηση του Ελληνικού Συντάγματος του 1927, στο άρθρο 21 έγινε ιδιαίτερη μνεία στο συγκεκριμένο θέμα: «Η οικογένεια ως θεμέλιον της συντηρήσεως και προαγωγής του Έθνους, ως και ο γάμος, η μητρότης και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του Κράτους». Από τότε, όλα τα αναθεωρημένα ελληνικά συντάγματα αφιερώνουν το άρθρο 21 σε αυτό το θέμα.¹⁶ Εντούτοις, στην πράξη, οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας και προστασίας της μητρότητας στην Ελλάδα έχουν ακόμα πολύ δρόμο να διανύσουν πριν γίνουν μια καρποφόρα πραγματικότητα, παρά το γεγονός ότι αρκετή πρόοδος έχει παρατηρηθεί στον τομέα της προστασίας των παιδιών, των μητέρων και των εγκύων γυναικών τις τελευταίες δεκαετίες.

Από πολλούς συγγραφείς υποστηρίζεται ακόμα ότι η μέριμνα του κράτους για τη μητέρα μπορεί να περιορίσει την αρνητική επίδραση της εργασίας των γυναικών στην τεκνοποίηση, δίνοντάς τους τα απαραίτητα κίνητρα, ενώ η προστασία της μητρότητας και η παρακολούθηση της εγκύου έχουν ευεργετική επίδραση στην υγεία της μητέρας, μειώνουν την εμβρυϊκή και νεογνική θνησιμότητα και διασφαλίζουν την προστασία της υγείας του παιδιού.¹⁷⁻²⁰ Η γυναίκα που εγκυμονεί έχει ανάγκη προετοιμασίας, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις αλλαγές στο σώμα της και τις

λειτουργίες του κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και για να αναλάβει το ρόλο της μητρότητας.²¹ Η διαθέσιμη βιβλιογραφία σχετικά με την προστασία της μητρότητας στην Ελλάδα είναι περιορισμένη πριν από τη δεκαετία του '70, εντούτοις υπάρχει μια γενική θεώρηση ότι μέχρι τη δεκαετία του '60 οι περισσότεροι τοκετοί στις αγροτικές περιοχές πραγματοποιούνταν κυρίως από πρακτικές μαιές, ενώ στις αστικές περιοχές μια παρόμοια κατάσταση ίσχυε μέχρι τη δεκαετία του '50. Το 1951 έγινε ένα βήμα προς τα εμπρός, δεδομένου ότι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ένα από τα μεγαλύτερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, με την εισαγωγή του νόμου 1846/51²² εγκαινίασε την παροχή υπηρεσιών στον ασφαλισμένο πληθυσμό από τις πολυκλινικές του, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών μητρότητας. Εντούτοις, για μια κατεξοχήν γεωργική χώρα, όπως ήταν τότε η Ελλάδα, η μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού παρέμενε ανασφάλιστη. Τη δεκαετία του '60, με το νόμο 4053/61,²³ που ακολουθήθηκε από το νομοθετικό διάταγμα 67/68,²⁴ όλες οι νοσηλεύτριες, οι μαιές και οι γιατροί, αμέσως μετά τη λήψη του διπλώματος ή του πτυχίου τους, είχαν υποχρέωση να υπηρετήσουν για ένα τουλάχιστον έτος σε αγροτικά ιατρεία ή κέντρα υγείας σε αγροτικές περιοχές. Βαθμιαία από τότε οι έγκυες γυναίκες άρχισαν να εξετάζονται από εκπαιδευμένες μαιές ή γιατρούς και οι τοκετοί σταδιακά άρχισαν να πραγματοποιούνται στα νοσοκομεία ή στα αγροτικά κέντρα υγείας.

Η παρακολούθηση της εγκύου στη χώρα μας, όπως και σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, συνιστάται να γίνεται από επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως μαιές, επισκέπτες υγείας, κοινοτικούς νοσηλευτές και μαιευτήρες-γυναικολόγους ιατρούς.^{17-20,25} Η καθαρά ιατρική παρακολούθηση αφορά στην κλινική εξέταση της εγκύου και τη διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων, που πραγματοποιούνται σε εργαστήρια νοσοκομείων ή ιδρυμάτων (ΙΚΑ, ΠΙΚΠΑ) ή σε άλλα εργαστήρια συμβεβλημένα με αυτά, καθώς και σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια συμβεβλημένα με τον ασφαλιστικό φορέα της εγκύου.¹⁷ Προληπτικές υπηρεσίες μητρότητας προσφέρονται από τους Σταθμούς Προστασίας Μητέρας και Παιδιού του ΙΚΑ, τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα του Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Προστασίας και Αντιλήψεως (ΠΙΚΠΑ), τα Κέντρα Υγείας και τα Εξωτερικά Γυναικολογικά-Μαι-

ευτικά Ιατρεία των Μαιευτηρίων και Νοσοκομείων, καθώς και από ιδιώτες ιατρούς.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Όπως έχει ήδη τονιστεί, η παρακολούθηση των γυναικών από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της κύησης βοηθά στην καλύτερη έκβαση της εγκυμοσύνης. Όμως, φαίνεται ότι πολιτισμικοί παράγοντες και μακροχρόνιες παραδόσεις σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό επηρεάζουν σε ένα βαθμό την αναζήτηση παροχής υπηρεσιών υγείας εκ μέρους των Ελληνίδων εγκύων γυναικών. Οι Delvaux & Buekens²⁶ αναφέρουν ότι, σύμφωνα με τα στοιχεία μιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 1983, το ποσοστό της μη παρακολούθησης των εγκύων γυναικών στην Ελλάδα κυμαινόταν μεταξύ 2-3%, ενώ το ποσοστό των εγκύων γυναικών με λιγότερο από τρεις επισκέψεις στις υπηρεσίες μητρότητας, σύμφωνα με τον Buekens,²⁷ ήταν το 1990 2-6%. Επιπλέον, σε μια ευρωπαϊκή μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2001, η Ελλάδα, η Ουγγαρία, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία και η Σκωτία βρέθηκαν για να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά καθυστέρησης στην έναρξη παρακολούθησης της εγκυμοσύνης, που κυμαίνονταν από 17,7-29,2%. Ο συχνότερα αναφερόμενος λόγος για τη μη παρακολούθηση από υπηρεσίες μητρότητας ήταν για τις Ελληνίδες η απουσία ιατρικών προβλημάτων, ενώ η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης υγείας αποτελούσε για τις γυναίκες ξένης υπηκοότητας ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου ανεπαρκούς παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.²⁸ Τα ανωτέρω στοιχεία δείχνουν ότι, παρά το γεγονός ότι η παρακολούθηση των εγκύων γυναικών στην Ελλάδα βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, υπάρχει η ανάγκη για τη λήψη περαιτέρω μέτρων που θα στοχεύουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για καθυστέρηση παρακολούθησης εγκυμοσύνης ή για παντελή έλλειψη παρακολούθησης, όπως είναι οι γυναίκες που προέρχονται από τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα και οι μετανάστριες.

Ο προγεννητικός έλεγχος για χρωμοσωμικές ανωμαλίες δημοσιοποιήθηκε ευρέως στην Ελλάδα μετά το 1976, αν και ένα εθνικό πρόγραμμα διαλογής που στόχευε στη μείωση των προβληματικών γεννήσεων είχε αρχίσει ήδη από το 1974. Το πρόγραμμα αυτό οδήγησε σε μείωση των γεννήσεων παιδιών με θαλασσαιμία στην

Ελλάδα.²⁹⁻³² Επιπλέον, όπως υποστηρίζεται από τους Metaxotou et al,³³ μέχρι το έτος 1990 επικρατούσε μεταξύ των επαγγελματιών υγείας η πεποίθηση ότι σχεδόν όλες οι έγκυες γυναίκες γνώριζαν το πρόγραμμα προγεννητικής διαλογής, καθώς αυτή παρέχόταν δωρεάν σε όλες έγκυες γυναίκες που τη ζητούσαν. Εντούτοις, τα αποτελέσματα μιας έρευνας που δημοσιεύθηκε το 1998 αποκάλυψαν ότι η ενημέρωση του κοινού σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο παρέμεινε περιορισμένη και επικεντρωνόταν κυρίως στην αμνιοκέντηση για τον εντοπισμό χρωμοσωμικών ανωμαλιών.³⁴ Τα τελευταία χρόνια, μετά τη διάλυση της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, που ακολουθήθηκε από τις πολιτικές αλλαγές στα Βαλκάνια, ένα μεταναστευτικό κύμα, αποτελούμενο κυρίως από νέους ανθρώπους, εισέρευσε στη χώρα. Η Ελλάδα πλέον αντιμετωπίζει μια νέα πραγματικότητα σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένου και του τομέα υγείας, καθώς, όπως αναφέρουν οι Manitsa et al,³⁵ παρατηρείται μια αυξητική τάση στις γεννήσεις παιδιών με θαλασσαιμία, η οποία εντοπίζεται στις γεννήσεις από μετανάστες, και η ανάγκη για μια αναδιοργάνωση των παρεχομένων υπηρεσιών με σχεδιασμό ειδικών προγραμμάτων που θα απευθύνονται σε αυτούς ειδικά τους πληθυσμούς είναι προφανής.

ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η μητρική θνησιμότητα ήταν για αιώνες ένας από τους φόβους των γυναικών που περίμεναν παιδί. Στη σύγχρονη εποχή, αν και η μητρική θνησιμότητα έχει παγκοσμίως μειωθεί, εντούτοις θεωρείται ακόμα ως ένα σοβαρό πρόβλημα για τις αναπτυσσόμενες χώρες. Για πολλά χρόνια, τα ποσοστά βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας βρίσκονταν στον πυρήνα του ενδιαφέροντος των επιστημόνων στην Ελλάδα. Σε μια μελέτη της περιόδου 1973-1982 παρατηρήθηκε μια πτώση της μητρικής θνησιμότητας συνολικά, εντούτοις οι τυποποιημένες σύμφωνα με την ηλικία αναλογίες μητρικής θνησιμότητας (SMRs) δύο περιοχών (Θράκη και νησιά του Αιγαίου) παρέμεναν αυξημένες και μόνο στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας είχαν μειωθεί σημαντικά. Στην παραπάνω έρευνα τονίστηκε επίσης ότι οι χαμηλότερες SMRs σημειώθηκαν στις περιοχές με το μεγαλύτερο ποσοστό γεννήσεων σε νοσοκομεία.³⁶

Οι Tzoumaka-Bakoula et al,³⁷ από τα στοιχεία μελέτης τους που διενεργήθηκε το 1983, τόνιζαν ότι η περιγεννητική μητρική θνησιμότητα ήταν κατά πολύ υψηλότερη

στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με τις μεγάλες πόλεις.

Οι Dimitrakakis et al³ αναφέρουν ότι η μητρική θνησιμότητα στην Ελλάδα φαίνεται να μειώνεται σημαντικά με την πάροδο των ετών, καθώς σε σχετική μελέτη τους βρήκαν ότι το 1980 ανερχόταν στο 17,5 και το 1996 έφθασε στο 3,9 (τάσεις: 1980-1985=-1,6, 1986-1996=-0,5, σύνολο: 1980-1996=-0,8). Παρόλ' αυτά, οι συγγραφείς τονίζουν ότι υπάρχει πιθανότητα τα στοιχεία αυτά να είναι επισφαλής, καθώς υπάρχουν βάσιμες υποψίες για ανεπαρκή τήρηση στοιχείων κυρίως στη δεκαετία του '80 και εν μέρει και στη δεκαετία του '90.

Το 1999, οι Hassan & Creatsas,³⁸ σε δημοσίευση αποτελεσμάτων μιας έρευνας τους, υποστήριζαν ότι το ποσοστό αύξησης του πληθυσμού της Ελλάδας μειωνόταν κατά 0,99% κατ' έτος, ενώ η αναλογία μητρικής θνησιμότητας ήταν περίπου 3,6 ανά 100.000 γεννήσεις ζωντανών βρεφών. Επιπλέον, η περιγεννητική και η νηπιακή θνησιμότητα ήταν περίπου 10/1.000 και 16/1.000, αντίστοιχα.

ΑΜΒΛΩΣΗ - ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Ένα άλλο ζήτημα αναδείχθηκε από άρθρο που δημοσιεύθηκε το 1983 από τους Tzoumaka-Bakoula & Lovel,³⁹ όπου τονίζονταν ότι «... αιτία ιδιαίτερης ανησυχίας αποτελεί το γεγονός ότι το 30% των μητέρων που συμπεριλαμβάνονταν στο δείγμα είχαν ιστορικό μίας τουλάχιστον απρόκλητης άμβλωσης, το 5% είχαν γεννήσει χωρίς τη βοήθεια οποιουδήποτε εκπαιδευμένου επαγγελματία υγείας, ενώ οι περισσότερες γυναίκες από εκείνες που είχαν γεννήσει σε πόλη της περιοχής τους (συνήθως οι πιο εύπορες) δεν είχαν καμία παρακολούθηση μετά τον τοκετό....».

Μερικά χρόνια αργότερα, σε νέο τους άρθρο, οι Lovel & Bakoula⁴⁰ επισήμαιναν ότι αν και η ελληνική κυβέρνηση είχε εισαγάγει νομοθεσία για την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού από το 1980, η πρόοδος στον τομέα αυτόν ήταν πολύ αργή και μόνο λίγες υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού λειτουργούσαν σε μερικές από τις μεγάλες πόλεις της χώρας. Έτσι, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το βασικό πρόσωπο για την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού θα μπορούσε να είναι η αγροτική μαία και τόνισαν την ανάγκη για παροχή τέτοιων υπηρεσιών στον πληθυσμό, η οποία θα παρέιχε στους αν-

θρώπους τη δυνατότητα περιορισμού του αριθμού των παιδιών στις οικογένειές τους χωρίς την ανάγκη προφυγής στην άμβλωση.

Επιπλέον, ο Georges,⁴¹ το 1996, σε σχετική δημοσίευση του υποστήριξε ότι η άμβλωση ήταν υπεύθυνη για σχεδόν τη μισή από τη μεταπολεμική μείωση του ποσοστού γεννήσεων στη Ελλάδα. Όμως, ακόμα και το 1999, οι Hassan & Creatsas³⁸ ανέφεραν ότι στην έρευνά τους μόνο το 28–30% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών δήλωσαν τη χρησιμοποίηση της αντισύλληψης και υπολόγισαν ότι οι αμβλώσεις κατ' έτος στην Ελλάδα ανέρχονταν περίπου στις 300.000.

ΕΦΗΒΙΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ένα άλλο ζήτημα προβληματισμού είναι η εφηβική εγκυμοσύνη. Αν και τα ποσοστά της έχουν μειωθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, παραμένει ακόμα ένα σοβαρό πρόβλημα, δεδομένου ότι τα ποσοστά άμβλωσης κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι ακόμα εξαιρετικά υψηλά.^{42,43} Ωστόσο, το προαναφερθέν ζήτημα συνδέεται ιδιαίτερα με τις γνώσεις των εφήβων και των νέων σχετικά με την αντισύλληψη. Μια ομάδα ερευνητών, σε μια προσπάθεια αξιολόγησης του αν η σεξουαλική αγωγή αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των σχολικών προγραμμάτων σπουδών των ελληνικών σχολείων, διαπίστωσε ότι τα σχολικά βιβλία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν διάφορες αναφορές και εικόνες για την ανθρώπινη αναπαραγωγή, αλλά ήταν καταφανώς απύσχα οποιαδήποτε αναφορά στην ανθρώπινη σεξουαλικότητα.⁴⁴ Από τα ευρήματα της ίδιας έρευνας υποστηρίχθηκε ότι τα βιβλία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα είχαν σαφή αλλά περιορισμένα μηνύματα οικογενειακού προγραμματισμού, ενώ η γέννηση και η μητρότητα παρουσιάζονταν μόνο στα πλαίσια του παραδοσιακού γάμου και δεν γινόταν αναφορά στην αντισύλληψη.⁴⁴ Αξιοπρόσεκτο είναι ότι, αρκετά πρόσφατα, οι Kallipolitis et al⁴⁵ ανέφεραν ότι οι μαθητές γυμνασίου και οι φοιτητές βρέθηκαν να έχουν ανεπαρκείς γνώσεις αντισύλληψης, ενώ ως κύρια πηγή των πληροφοριών τους στον τομέα αυτόν αναφέρονταν οι φίλοι.

Επιπλέον, σε μια προγενέστερη μελέτη του Creatsas⁴⁶ σε 11 ευρωπαϊκές χώρες, σχετικά με τα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης και άμβλωσης, διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης έτειναν να παραμένουν σταθερά ή μειώθηκαν ελάχιστα κατά τη δεκαετία του '80. Όπως τονίστηκε από τη Naziri,⁴⁷ καθώς και

από τους Tseperi & Mestheneos,⁴⁸ οι σύγχρονες αντισυλληπτικές μέθοδοι μέχρι τη δεκαετία του '90 χρησιμοποιήθηκαν πολύ περιορισμένα στην Ελλάδα και η άμβλωση αποτελούσε την κύρια μορφή ελέγχου των γεννήσεων.

Τα τελευταία χρόνια, όπως αναφέρουν οι Dimitrakakis et al,³ οι Ελληνίδες γεννούν το πρώτο τους παιδί σε σχετικά μεγάλη ηλικία, ενώ οι γεννήσεις στην ηλικία ≤19 ετών τείνουν να είναι ένα σπάνιο γεγονός.

ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το 1992, ο Matsaganis⁴⁹ ανέφερε ότι οι εγκυμονούσες γυναίκες που ζούσαν στην επαρχία ταξίδευαν συχνά μεγάλες αποστάσεις προκειμένου να γεννήσουν σε μαιευτικές κλινικές που βρίσκονταν στις μεγάλες πόλεις και σύστησε την ανάληψη πρωτοβουλιών πολιτικής υγείας στην επαρχιακή Ελλάδα, που θα στόχευαν στην αύξηση της διαθεσιμότητας των μαιευτικών κλινών, στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και στην αποκατάσταση της εμπιστοσύνης του κοινού στις τοπικά διαθέσιμες υπηρεσίες μητρότητας. Από τα ευρήματα μιας προηγούμενης μελέτης, των Tzoumaka-Bakoula et al³⁹ το 1989, φαίνεται ότι αυτές οι απόψεις είναι ορθές, καθώς το 1983 η μητρική θνησιμότητα των γυναικών που ζούσαν σε μεγάλες πόλεις ήταν χαμηλότερη της αντίστοιχης των γυναικών που γεννούσαν σε άλλες περιοχές της χώρας. Επιπλέον, η εφημερίδα «Καθημερινή»,⁵⁰ σε σχετικό αφιέρωμά της στον τοκετό και τη μητρότητα, ανέφερε ότι 6/10 γυναίκες στην Ελλάδα γεννούν σε ιδιωτικές κλινικές και υπογράμμισε ότι πρέπει να αναζητηθεί γιατί συμβαίνει αυτό και γιατί οι οικογένειες επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα, με αντίστοιχη οικονομική επιβάρυνση, και όχι τα νοσοκομεία ή τις κλινικές του ΕΣΥ για τη γέννηση των παιδιών τους.

ΙΑΤΡΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Σε πολλές χώρες, οι κοινοτικοί νοσηλευτές και οι επισκέπτες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται στις έγκυες γυναίκες, ενώ οι μαίες παρακολουθούν τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τις βοηθούν στον τοκετό.^{51–58} Εντούτοις, σε μερικές χώρες η διενέργεια τοκετών από μαίες έχει σχεδόν εκλείψει. Τα πιο κραυγαλέα παραδείγματα είναι οι ΗΠΑ και ο Καναδάς,^{59,60} ενώ ένα παρόμοιο φαινόμενο παρατηρείται επίσης

στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες. Η μείωση της πραγματοποίησης τοκετών από μαιές στις ΗΠΑ και τον Καναδά βασίστηκε σε ισχυρισμούς επισφαλούς πρακτικής, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν στοιχεία που να τεκμηριώνουν αυτούς τους ισχυρισμούς.⁶¹

Στη σύγχρονη Ελλάδα, όλοι σχεδόν οι τοκετοί πραγματοποιούνται σε δημόσιες ή ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές υπό την επίβλεψη μαιευτήρα-γυναικολόγου ιατρού. Εντούτοις, από αυτή την πρακτική η χώρα άρχισε να αντιμετωπίζει νέα προβλήματα.⁵⁰ Από το 1996, οι Skalkidis et al⁶² προειδοποιούσαν ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 13 ετών τα ποσοστά καισαρικών τομών είχαν αυξηθεί στην Ελλάδα σχεδόν κατά 50% και ότι οι καισαρικές τομές εκτελούνταν δύο φορές πιο συχνά στα δημόσια εκπαιδευτικά νοσοκομεία, στοιχείο που κατά τους συγγραφείς αποτελούσε ένδειξη ότι υπεισέρχονταν και κοινωνικοί παράγοντες στην εφαρμογή της μεθόδου. Οι Tamprakoudis et al,⁶³ σε σχετική έρευνά τους, ανέφεραν ότι σε 34.575 τοκετούς που καταγράφηκαν μεταξύ 1977 και 2000 το γενικό ποσοστό καισαρικών τομών αυξήθηκε σταδιακά από 13,8% (1977–1983) σε 29,9% (1994–2000).

Μια νέα έκθεση, που έγινε το 2004 από τον Πρόεδρο των Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος, προειδοποίησε ότι τα ποσοστά καισαρικών τομών έχουν αυξηθεί εντυπωσιακά και καισαρικές τομές εφαρμόζονται στο 30–35% των τοκετών που πραγματοποιούνται στα ιδιωτικά μαιευτήρια και στο 40% των τοκετών που πραγματοποιούνται σε μαιευτικές κλινικές και μαιευτήρια του δημόσιου τομέα. Ως κύριος λόγος για τα υψηλά αυτά ποσοστά καισαρικών τομών αναφέρθηκε η αύξηση της μέσης ηλικίας των μητέρων κατά τον τοκετό.⁵⁰

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

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

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παροχή υπηρεσιών προστασίας της μητρότητας στην Ελλάδα έχει μελετηθεί κυρίως από ιατρική και επιδημιολογική σκοπιά.^{3,29–34,36–38,64} Όμως, η διαθέσιμη βιβλιογραφία που εξετάζει την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και φροντίδας από μαιές, καθώς επίσης και τις προσδοκίες, τις ανάγκες και την εμπειρία των πελατών, είναι σπάνια. Δυστυχώς, πολύτιμα στοιχεία για τη συμβολή των επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων καθώς και των μαιών, που εργάστηκαν από τη δεκαετία του '50 σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας μητρότητας με κατ' οίκον επισκέψεις και παρακολούθηση εγκύων γυναικών και μητέρων, δεν είναι διαθέσιμα. Ο κύριος λόγος γι' αυτό είναι οι ακολουθούμενες εκείνη την εποχή πρακτικές στην τήρηση στοιχείων, όπως οι κάρτες παρακολούθησης, όπου ελάχιστα στοιχεία αναφέρονταν, οι οποίες είναι αμφίβολο αν έχουν διασωθεί. Ένας άλλος λόγος είναι και η μη ενασχόληση της γενιάς αυτής των επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων καθώς και των μαιών με τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της δουλειάς τους. Ίσως αυτή να ήταν μια «παράδοση» που συνδεόταν άμεσα με την επιστημονική υπόσταση των επαγγελματιών αυτών στην ελληνική πραγματικότητα την εποχή εκείνη. Ωστόσο, κάποιοι επιστήμονες από άλλα επιστημονικά πεδία, όπως γιατροί και ανθρωπολόγοι, είχαν ασχοληθεί με το ζήτημα της γέννησης και τη συμβολή των μαιών στον τοκετό, όμως οι εργασίες αυτές είναι παλιές και, παρά τις προσπάθειες των συγγραφέων, στάθηκε αδύνατο να ανευρεθούν. Ακόμα,

στις περισσότερες από αυτές ελλείπει έστω και μια περίπτωση της δημοσίευσης στο διαδίκτυο.⁶⁵⁻⁶⁹

Υπάρχει μία μόνο μελέτη που εξετάζει τις αντιλήψεις και αντιδράσεις των Ελλήνων πατέρων σχετικά με την παρουσία τους δίπλα στη σύντροφό τους κατά τη διάρκεια του τοκετού, που δημοσιεύθηκε από την Dragonas,⁷⁰ και μια άλλη μελέτη που εξετάζε την οικογενειακή δυναμική στις ελληνικές οικογένειες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία δημοσιεύθηκε το 2001 από τους Likeridou et al.⁷¹

Επομένως, η ανάγκη για την έρευνα που θα εξετάζει την παροχή υπηρεσιών προστασίας μητρότητας από επισκέπτες υγείας, κοινοτικούς νοσηλευτές και μαίες είναι προφανής. Ακόμα, η διεξαγωγή ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών μητρότητας από την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών είναι ένας τομέας στον οποίο επίσης απαιτείται διεξαγωγή έρευνας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Center for Health Services Research. *The State of Health in Greece*. Ministry of Health and Welfare, Athens, 2000
- WHO. *The world health report 2004-changing history*. Geneva, Switzerland, 2004
- Dimitrakakis C, Papadogiannakis J, Sakelaropoulos G, Papazefkos V, Voulgaris Z, Michalas S. Maternal mortality in Greece (1980-1996). *Eur J Obstet Gynaecol* 2001, 99:6-13
- Λανάρα Β. *Τα εκατό χρόνια της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του «Ευαγγελισμού»*, 1875-1975. Αθήνα, 1978
- www.teithe.gr (9-4-2005)
- http://athena.teiath.gr/site/to_tei_ath/istoria_tei/katte.htm (9-4-2005).
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος. Αρ. 9, 16/03/1838 «Περί συστάσεως σχολής διά τας μαίας»
- Νόμος ΤΝΖ/1856 «Περί του Μαιευτικού Σχολείου»
- Venieris D. *The history of health insurance in Greece: The Nettle Governments failed to grasp*. Discussion Paper No 9, LSE Health, London, 1997
- Μαστρογιάννης Ι. *Ιστορία της κοινωνικής προνοίας της νεωτέρας Ελλάδος*. Αθήνα, 1960
- <http://www.hospital-elena.gr/istoria/epjskemme'no> (9-4-2005)
- Νόμος 3714/28
- Νόμος 3928/29
- Νόμος 3930/29
- Λιάκος Α. Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών. Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας, Αθήνα, 1993
- Ελληνικό Σύνταγμα 2001, άρθρο 21
- Στεργίου ΣΑ. *Η προστασία της μητρότητας στο δίκαιο κοινωνικών ασφαλίσεων*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκουλα, 1989:92-108, 173-179, 230-240
- Κογκίδου Δ. *Μονογονεϊκές οικογένειες: πραγματικότητα-προοπτικές και κοινωνική πολιτική*. Αθήνα, Εκδόσεις Νέα Σύνορα, 1995:408-467
- Σκουλικά Α. Συνεργασία εγκύων γυναικών και μητέρων βρεφών με τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Στο: Δραγώνα Θ, Τσιάντης Γ (Συντ.) *Μωρά και μητέρες: ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία τα πρώτα χρόνια της ζωής*. Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, 1999:129-144
- Δραγώνα Θ. Η πρόληψη αρχίζει από το μαιευτήριο. Στο: Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε (Επιμέλεια έκδοσης) *Παιδική προστασία και κοινωνική πολιτική*. Αθήνα, 1993:231-240
- Kozier B, Erb G, Olivieri R. *Fundamentals of nursing, concepts, process and practice*. 4th ed. Addison-Wesley, Redwood City, California, 1991
- Νόμος 1846/51
- Νόμος 4053/61
- Νομοθετικό Διάταγμα 67/68
- Τσιάντης Γ. *Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας*. Τεύχος Πρώτο. Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, 1993
- Delvaux T, Buekens P. *Disparity in prenatal care in Europe*. A European study group on barriers and incentives to prenatal care in Europe. *J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999, 83:185-190
- Buekens P. Variations in provision and uptake of prenatal care. *Bailliere's Clin Obstet Gynaecol* 1990, 4:187-205
- Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med* 2001, 21:52-59
- Katamis C, Mallias A, Metaxotou-Mavromati A, Matsaniotis N. *Screening for beta-thalassaemias*. *Lancet* 1981, ii:930
- Loukopoulos D, Kaltsoya-Tassiopoulou A, Fessas P. Prevention of thalassaemia. *Schweiz Med Wochenschr* 1983, 113:1419-1427
- Fessas P. Prevention of thalassaemia and haemoglobin S syndromes in Greece. *Acta Haematol* 1987, 78:168-172
- Kanavakis E, Traeger-Synodinos J, Vrettou C, Maragoudaki E, Tzetzis M, Kattamis C. Prenatal diagnosis of the thalassaemia syndromes by rapid DNA analytical methods. *Mol Hum Reprod* 1997, 3:523-528
- Metaxotou C, Mavrou A, Antsaklis A. Prenatal diagnosis services in Greece. *Eur J Hum Genet* 1997, 5(Suppl 1): 39-41
- Mavrou A, Metaxotou C, Trichopoulos D. Awareness and use of prenatal diagnosis among Greek women: a national survey. *Prenat Diagn* 1998, 18:349-355
- Manitsa A, Theodoridou S, Stamna K, Alemayehou M. Incidence of heterozygous carriers of haemoglobinopathies among immigrants in Northern Greece. *Haema* 2002, 5:115-117

36. Longueras SS, Kogevinas M, Roman E. Regional differences in maternal mortality in Greece, 1973–1982. *Int J Epidemiol* 1988, 17:574–578
37. Tzoumaka-Bakoula C, Lekea-Karanika V, Matsaniotis NS, Shenton T, Golding J. Are there gaps in the provision of perinatal care in Greece? *J Epidemiol Commun Health* 1989, 43:319–323
38. Hassan E, Creatsas G. Reproductive health issues in Greece. *Ceska Gynecol* 1999, 64:205–208
39. Tzoumaka-Bakoula CG, Lovel HJ. A household study of the pattern of utilization of mother and child health services in rural Greece and variation by socioeconomic status. *Child Care Health Dev* 1983, 9:85–95
40. Lovel H, Bakoula C. Lack of family planning leading to induced abortion in rural Greece. *IPPF Med Bull* 1985, 19:1
41. Georges E. Abortion policy and practice in Greece. *Soc Sci Med* 1996, 42:509–519
42. Creatsas G, Elsheikh A. Adolescent pregnancy and its consequences. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002, 7:167–172
43. Deligeorgiou E, Christopoulos P, Creatsas G. Pregnancy and abortion in Greek adolescent gynecologic clinics. *Akush Ginekol (Sofia)* 2004, 43(Suppl 4):37–40
44. Frisiras S, Lagiou A, Sourtzi P, Vidalaki M. Sex education and family planning messages in Greek school books. *Plan Parent Eur* 1991, 20:16–17
45. Kallipolitis G, Stefanidis K, Loutradis D, Siskos K, Milingos S, Michalas S. Knowledge, attitude, and behavior of female students concerning contraception in Athens, Greece. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003, 24:145–151
46. Creatsas GC. Adolescent pregnancy in Europe. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995, 40(Suppl 2):80–84
47. Naziri D. The triviality of abortion in Greece. *Plan Parent Eur* 1991, 20:12–14
48. Tseperi P, Mestheneos E. Paradoxes in the costs of family planning in Greece. *Plan Parent Eur* 1994, 23:14
49. Matsaganis M. Maternal mobility and infant mortality in Greece: a regional analysis. *Soc Sci Med* 1992, 34:317–323
50. «Καθημερινή», Ημερήσια Εφημερίδα, Παρασκευή 30 Ιανουαρίου 2004
51. Vehviläinen-Julkunen K. Family training: supporting mothers and fathers in the transition to parenthood. *J Adv Nurs* 1995, 22:731–737
52. Vehviläinen-Julkunen K, Liukkonen A. Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery* 1998, 14:10–17
53. Stahl K, Hundley V. Risk and risk assessment in pregnancy—do we scare because we care? *Midwifery* 2003, 19:298–309
54. Begley CM, Devane D. The rebirth of midwifery-led care in Ireland (2). *Pract Midwife* 2003, 6:26–29
55. Rooney J. Maternity care in the Maltese archipelago. *RCM Midwives* 2004, 7:514–517
56. Lavender T, Chapple J. An exploration of midwives' views of the current system of maternity care in England. *Midwifery* 2004, 20:324–334
57. Dormandy E, Marteau TM. Uptake of a prenatal screening test: the role of healthcare professionals' attitudes towards the test. *Prenat Diagn* 2004, 24:864–868
58. Hogberg U. The decline in maternal mortality in Sweden: the role of community midwifery. *Am J Public Health* 2004, 94:1312–1320
59. Shroff FM (ed). *The new midwifery: reflections on renaissance and regulation*. Toronto, Women's Press, 1997
60. Gaskin IM. Midwifery re-invented. In: Kitlinger S (ed) *The midwife challenge*. London, Pandora Press, 1998
61. De Brouwere V, Derveeuw M, Van Damme W, Van Lerberghe W, Litt V. Safe motherhood. *Lancet* 1999, 354:2085
62. Skalkidis Y, Petridou E, Papatoma E, Revinthi K, Tong D, Trichopoulos D. Are operative delivery procedures in Greece socially conditioned? *Int J Qual Health Care* 1996, 8:159–165
63. Tampakoudis P, Assimakopoulos E, Grimbizis G, Zafarakas M, Tampakoudis G, Mantalenakis S et al. Cesarean section rates and indications in Greece: data from a 24-year period in a teaching hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2004, 31:289–292
64. Salakos N, Roupa Z, Sotiropoulou P, Grigoriou O. Family planning and psychosocial support for infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2004, 9:47–51
65. Argenti P. Childbirth in the Greek island of Chios in the 6th century BC, 1780, and 1914. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1944, 51:344–349
66. Louros N, Kairis NM. Some aspects of midwifery in Greece. *Br Med J* 1951, 4723:110–111
67. Bakoula C. The role of the community based midwife in the Greek village. *J Trop Pediatr* 1983, 29:215–216
68. Lefkarites MP. The sociocultural implications of modernizing childbirth among Greek women on the Island of Rhodes. *Med Anthropol* 1992, 13:385–412
69. Ruzkova M. Birth in Greece: small steps toward change. *Midwifery Today Int Midwife* 1998, 49:69–70
70. Dragonas TG. Greek fathers' participation in labour and care of the infant. *Scand J Caring Sci* 1992, 6:151–159
71. Likeridou K, Hyrkäs K, Paunonen M, Lehti K. Family dynamics of child-bearing families in Athens, Greece: A pilot study. *Int J Nurs Pract* 2001, 7:30–37

Υποβλήθηκε: 5/7/2005

Επανυποβλήθηκε: 27/4/2006

Εγκρίθηκε: 2/5/2006