



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»**



Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

**«ΚΥΗΣΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ –ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΗΝ
ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

*Μεταπτυχιακή εργασία
Λουκά Φανίτσα*

**Γ΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο «Αττικόν»
Διευθυντής: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου**



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

Γ' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Π. Γ. Ν «Αττικόν»

Διευθυντής: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

**«ΚΥΗΣΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ –ΕΛΕΓΧΟΣ
ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

*Μεταπτυχιακή εργασία
Λουκά Φανίτσα*

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

ΑΘΗΝΑ 2014

Αφιέρωση

**Στους γονείς μου
Στο σύζυγό μου
Και στα παιδιά μου
Για την υποστήριξή τους**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ.....σελ 5

Ευχαριστίες.....σελ11

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγήσελ15

ΚΕΦ.1 1.1. ΚΥΗΣΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

1.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....σελ16

1.1.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗσελ.16

1.1.3 Διάγνωση.....σελ.18

1.1.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑσελ19

1.1.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗσελ20

1.1.6 ΠΡΟΛΗΨΗσελ21

Κεφάλαιο 2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

2.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

2.1.1 Ορισμός -Ιστορική αναδρομήσελ23

2.1.2.Οι πρώτες προσπάθειες θέσπισης υγειονομικών σταθμών.....σελ24

2.1.3. Η εφαρμογή του θεσμού με το Ν. 1397/1983.....σελ25

2.1.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο σύστημα υγείας.....σελ29

2.1.5 Τα οφέλη για τον ευρύτερο χώρο της υγείας.....σελ32

Σκοπός – υλικόσελ39

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....σελ41

ΚΕΦ1 .

1.1.1 Μητρική θνησιμότητα.....σελ43

1.1.2 Ιατρικοποίηση του τοκετού.....σελ57

1.2.1 Ο ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΑΘΗΝΑ.....σελ58

1.2.2 Ιστορική αναδρομή της μαιευτικής φροντίδας στην νεότερη Ελλάδα.....σελ59

ΚΕΦ2

2.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.....σελ63

2.1.2 Οικογενειακός προγραμματισμός & ελληνική πραγματικότητα..... σελ.64

2.1.3 Γενικοί στόχοι.....σελ69

2.1.4 Ειδικοί στόχοι.....σελ70

2.2 Τι είναι Τηλεϊατρική.....σελ70

2.2.1 Σχεδιασμός υπηρεσιών τηλεϊατρικής-μητρότητας και υλοποίησησελ72

2.2.2 ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΕΣ «ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ»σελ75

2.2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....σελ.76

2.3.1 Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης.....σελ81

2.3.2 ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΕ ΑΜΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗσελ82

2.3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντεςσελ85

2.3.4 Οικογένειασελ85

2.3.5 Σχολείο – Εκπαίδευση.....σελ86

2.3.5 Σεξουαλική Συμπεριφορά - Αντισύλληψη Εκπαίδευσησελ87

2.3.6 Παράγοντες που συντελούν στη μείωση επίπτωσης της εφηβικής εγκυμοσύνηςσελ88

2.3.7 Επιπτώσεις της εφηβικής εγκυμοσύνης. βιολογικές- ψυχοκοινωνικές.....σελ89

2.3.8 ΣΥΖΗΤΗΣΗσελ90

Κεφάλαιο 3

3.1.1 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.....σελ.92

3.1.2 ΥΓΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	σελ92
3.1.3 Εκπαιδευτικά αντικείμενα.....	σελ93
3.1 .4 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΥΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ	σελ96
3.1 .5 ΠΛΑΙΣΙΟ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ	σελ.99
3.1 .6 ΚΥΗΣΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ –ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	σελ100
3.2 ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ Π.Φ.Υ-ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	σελ 101
3.3 .1 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ	σελ123
3.3.2 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ... ..	σελ124
3.4. Πρωτοβάθμια Φροντίδα σε Ελλάδα .	
3.4.1 Δημόσια υγεία και Πρωτοβάθμια Φροντίδα: οι αδύνατοι κρίκοι του συστήματος. ..	σελ.125
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	σελ.129
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ133
Πίνακες.....	σελ137
Βιβλιογραφία.....	σελ 141
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ149
SUMMARY	σελ.151

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Προσωπικά στοιχεία :

1. Όνομα: Φανίτσα
2. Επώνυμο: Λουκά
3. Ημερομηνία Γέννησης:17/09/64
4. Τόπος γέννησης: Πετρωτό Τρικάλων
5. Διεύθυνση: Βουλγαροκτόνου 11 Χαϊδάρη-Αθήνα
6. Τηλ:6972213474
7. E-mail: lookafunny@yahoo.gr

Εκπαίδευση:

- I. Τίτλος: ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ Εκπ. Ίδρυμα: Τ.Ε.Ι ΑΘΗΝΑΣ –Θέμα Πτυχιακής Εργασίας: Σχολική υγιεινή και ο ρόλος της επισκέπτριας υγείας.
- II. Πτυχιούχος του Πανεπιστημίου Πειραιά, του Τμήματος Διεθνών και Ευρωπαϊκών Σπουδών της σχολής Οικονομικών Επιχειρηματικών και Διεθνών Σπουδών

Ξένες Γλώσσες:

Αγγλικά

Γαλλικά

Γνώσεις Η/Υ

Σπουδές στο ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ: EXCEL ,ACCESS,Θεωρία και εφαρμογές επαγωγικής στατιστικής-οικονομικά πακέτα. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ(SPSS) ,WORD, POWER POINT

Υπηρεσιακή κατάσταση

- Προϊσταμένη Πυρηνικής Ιατρική του Π.Γ.Ν « ΑΤΙΚΟΝ» από 2009 έως σήμερα.
- Από 2005-2/2009 Προϊσταμένη Αλλεργιολογικής Μονάδας (ΑΤΤΙΚΟΝ)
- 2003-2005 Προϊσταμένη των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΑΤΤΙΚΟΝ)
- 2002-2003 Υπεύθυνη Γ΄Στάσης Τ.Ε.Ι
- 1998-2002 Αναπληρώτρια προϊσταμένη Α΄ Παθολογικής κλινικής του Γ.Ν.Δ.Α <<ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ>>
- 1993-1998 αποσπασμένη στον υγειονομικό σταθμό Λειψών-Δωδεκάνησα εκτελώντας καθήκοντα νοσηλεύτριας –κοινοτική νοσηλευτική –πρόληψη –εμβολιασμοί- εκπαίδευση για θέματα υγείας στα σχολεία και σε ομάδες- τηλεϊατρικής- Τ.Ε.Π
- 1991-1993 Υπεύθυνη παθολογικής κλινικής- και ταυτόχρονα Μ.Ε.Μ.Φ στο Νοσοκομείο του Ναυπλίου
- 1986-1991 Υπεύθυνη Α΄ Ορθοπαιδικής Κλινικής και ταυτόχρονα 1988-1991 μονάδα AIDS ΤΟΥ Γ.Ν.Α <<ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ>>
- Πρακτική 6μηνη άσκηση στο τμήμα υγιεινής Τρικάλων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της Νομαρχίας Τρικάλων.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ

1. (Κ.Ε.Κ)<<ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ>> συνολικής διάρκειας 120 ωρών (70 ώρες θεωρία και 50 ώρες πρακτική άσκηση) Διοργανωτής: Ψ.Ν.Α
2. Πρόγραμμα με θέμα <<ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟ>> συνολικής διάρκειας 15 ωρών Διοργανωτής: Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ από την εταιρεία ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ Α.Ε
3. Πρόγραμμα με θέμα <<ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΠΕΛΑΤΩΝ >> συνολικής διάρκειας 20 ωρών Διοργανωτής: Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ από την εταιρεία ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ Α.Ε
4. Πρόγραμμα με θέμα<< ΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ>> συνολικής διάρκειας 20ωρών στο Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ Διοργανωτής: Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ σε συνεργασία με την εταιρεία ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ Α.Ε

5. Πρόγραμμα με θέμα < <ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ>> συνολικής διάρκειας 40ωρών(5-8/11/1986) . Διοργανωτής: από την Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Ιατρικής
6. Πρόγραμμα με θέμα << ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ>> συνολικής διάρκειας 20ωρών Διοργανωτής: Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ
7. Πρόγραμμα με θέμα <<Καταπολέμηση των διακρίσεων στην απασχόληση και αντιμετώπιση της σεξουαλικής παρενόχλησης στους χώρους εργασίας>> συνολικής διάρκειας 20ωρών Διοργανωτής: Ο Σύνδεσμος για τα δικαιώματα τις Γυναίκας.
8. Πρόγραμμα με θέμα :<<ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΝ ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΤΩΝ Ms WORD XP ΚΑΙ Ms EXCEL XP >>συνολικής διάρκειας 20ωρών Διοργανωτής: Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ σε συνεργασία με τη SYSTEM Συμβουλευτική Α.Ε(11/7/2006)

Σεμινάρια ή συνέδρια

1. Διήμερο επιστημονικό συμπόσιο με θέμα <<AIDS>>28-29 Νοεμβρίου 2002 στην Αθήνα από το κέντρο λοιμώξεων
2. Διήμερο με θέμα <<Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ 21^ο αι :θέσεις και προτεραιότητες στη νοσηλευτική>> του τομέα κοινοτικής νοσηλευτικής –Π.Φ.Υ ΤΟΥ Ε.Σ.Ν.Ε
3. Ημερίδα με θέμα << ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑ >>στα Τ.Ε.Ι ΑΘΗΝΑΣ 2001
4. Ημερίδα με θέμα: <<Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ >.από τον Ε.Ν.Σ και την Ελληνική εταιρεία διοίκησης επιχειρήσεων και τον όμιλο Ιατρικού Αθηνών το 2001
5. στο Γ.Π.Ν.Θ. Παπαγεωργίου με θέμα <<εντατική νοσηλευτική φροντίδα>>2003
6. στο Π.Γ.Ν.<<ΑΤΤΙΚΟΝ>>2004 με θέμα <<ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ>>
7. στο Γ.Ν.Δ.Α 2000 με θέμα<< ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β>>.
8. Το ετήσιο Μονοθεματικό συμπόσιο στην Αθήνα 2001 με θέμα << ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β-21^ος αι.>>
9. 12 και 13/1993 στο ΛΑΪΚΟ νοσοκομείο με θέμα <<Σακχαρώδης διαβήτης στην πράξη>>.
10. στο Π.Γ.Ν. <<ΑΤΤΙΚΟΝ>>2003 Αθήνα με θέμα :<<Ιογενείς Ηπατίτιδες Β΄ και C΄>>
11. στο Π.Γ.Ν. <<ΑΤΤΙΚΟΝ>>17/12/2004 με θέμα :<<επικοινωνία επαγγελματία υγείας και ασθενή : η συνάντηση δύο κόσμων >> από την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική

12. Ημερίδα με θέμα <<Η ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΩΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ>> ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ Π.Γ.Ν «ΑΤΤΙΚΟΝ »

13. ΤΗΝ 4^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ Ε.Ε.Ε.Λ 19/11/2004

14.

σ

εμινάριο με θέμα :<<Επίκαιρες Απόψεις –τεχνικές χειρουργικές Αποκατάστασης Ενδοαρθρικών Βλαβών του γόνατος >>30-31 Μαρτίου 2007 στο Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ της Α΄Π. ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ

15. ΤΟ 1^ο ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ EUROPEAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTHCARE(ESQH) στο αμφιθέατρο του Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ <<Π.&Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ>>23/6/2006 . Προκειμένου να υποστηρίξει την ανακοίνωση της εθνικής στρατηγικής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για <<την ποιότητα, την ασφάλεια και την ηλεκτρονική υγεία>>

16. Το 6^ο ετήσιο συμπόσιο της Γ΄ Μαιευτικής και Γυναικολογίας ΚΛΙΝΙΚΗΣ με θέμα <<Ενδοκρινολογικά Θέματα στη Μαιευτική και Γυναικολογία >> που πραγματοποιήθηκε στο Π.Γ.Ν <<ΑΤΤΙΚΟΝ>> στις 14 /11/09

17. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΔΙΟΡΓΑΝΩΘΗΚΕ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ 4/5/2012 ΜΕ ΘΕΜΑ <<ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ>>

Επιστημονική δραστηριότητα

Συμμετοχή σε επιστημονικές εργασίες :

1. Με θέμα <<Η ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ Ο ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ >> παρουσιάστηκε ΣΤΟ ΕΚΕΦΕ ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ.

2. Με θέμα << ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ-ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ Ε.Ι>> ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΗ ΡΟΔΟ

3. Προεδρεύων στο 8^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ <<Σε ελεύθερες ανακοινώσεις>>

4. Προεδρεύων στο 9^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ <<Σε ελεύθερες ανακοινώσεις>>

5. Προεδρεύων στο 10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ <<Σε ελεύθερες ανακοινώσεις>> 18-20/2/10

Επαγγελματική δραστηριότητα

- Ως πρόεδρος σε διενέργεια Ε.Δ.Ε
- Μέλος σε διενέργεια Ε.Δ.Ε στη Β΄ΥΠΕ
- Μέλος στην επιτροπή Ενστάσεων στο Π.Γ.Ν.<<ΑΤΤΙΚΟΝ>> και στη Β΄ΥΠΕ
- Μέλος στην Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας στο Π.Γ.Ν.<<ΑΤΤΙΚΟΝ>>
- Μέλος επιτροπών για τα εξωσυμβατικά είδη του νοσοκομείου
- Εκπρόσωπος εργαζομένων στο υπηρεσιακό συμβούλιο του νοσοκομείου από το Δεκέμβριο του 2004-έως 6/2013.
- Αναπληρωματικό μέλος στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου 2009-11
- Αναπληρωματικό μέλος στο επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου 2004-2005
- Πρόεδρος σωματείου εργαζομένων του Αττικού Νοσοκομείου από το 2007-2009
- Εκπρόσωπος των εργαζομένων του Π.Γ.Ν <<ΑΤΤΙΚΟΝ>> στην ΠΟΕΔΗΝ από 2007-έως σήμερα
- Μέλος του σωματείου εργαζομένων από το Μάρτιο 2004-έως 2012
- Μέλος της διοικούσας επιτροπής του Π.Γ.Ν <<ΑΤΤΙΚΟΝ>>2002-2004.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς επιτροπής και της αξιολόγησης της Διπλωματικής Εργασίας: τον κο Σαλαμαλέκη Εμμανουήλ Καθηγητή Μαιευτικής Γυναικολογίας, τον κο Κασσάνο Δημήτριο Καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας και διευθυντή του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών, τον κο Παπαντωνίου Νικόλαο Καθηγητή και Διευθυντή της Γ' Μαιευτικής-Γυναικολογίας και τον κο Χρέλια Χαράλαμπο Επίκουρο Καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας. Αισθάνομαι την ανάγκη να τους εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Ευχαριστώ ειδικά τον κο Γραμματικάκη Ιωάννη, Δρ. Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών-Επιμελητής Α' ΕΣΥ, της Γ' Μαιευτικής-Γυναικολογικής, Π.Γ.Ν «Αττικών» και την Γραμματέα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Αγγελική Τσιπούρα για την πολύτιμη βοήθεια τους

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να προβεί σε μια συγκριτική ανάλυση στο επίπεδο της υγειονομικής επαρχίας μέσα από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας έναντι των νοσοκομειακών υπηρεσιών με στόχο τον αποτελεσματικό συντονισμό της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

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

Η εργασία αποτελείται από τρία μέρη

Το πρώτο είναι το γενικό μέρος όπου αναλύονται οι ορισμοί: α) της κύηση υψηλού κινδύνου ποιοι είναι οι κίνδυνοι που την καθιστούν ως Κ.Υ.Κ και β) της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, παρουσιάζοντας το σύστημα υγείας και οι νόμοι που δημιουργήθηκαν κατά την ιστορική ανασκόπηση από την αναδιοργάνωση του Ελληνικού Κράτους έως σήμερα. Τα οφέλη από τον ευρύτερο χώρο της υγείας και τέλος τη σύγχρονη φροντίδα υγείας και τις σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία.

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στο σκοπό για τον οποίο πραγματοποιείται η παρούσα εργασία και το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για τη δημιουργία της.

Το τρίτο είναι το ειδικό μέρος όπου γίνεται αναφορά στη μητρική θνησιμότητα και στους επιβαρυντικούς παράγοντες που αναπτύσσονται μέσα στο περιβάλλον της κοινότητας με αποτέλεσμα να καθιστούν μια κύηση σε κύηση υψηλού κινδύνου. Αναλύει τη μεθοδολογία και τον τρόπο λειτουργίας των κέντρων Π.Φ.Υ και επί το πλείστον των κέντρων οικογενειακού Προγραμματισμού πως μπορούν να ελέγξουν και να βοηθήσουν σε μια Κ.Υ.Κ., Γίνεται αναφορά για τις ικανότητες τις οποίες πρέπει να διαθέτουν και πώς να επικοινωνούν με την έγκυο γυναίκα, τις δυνατότητες της τηλεϊατρικής για καλύτερα αποτελέσματα, στην οποία στηρίχθηκε η διεξαγωγή της παρούσας εργασίας, με σκοπό την έρευνα.

Στο τέλος της εργασίας παρατίθενται τα τελικά μας συμπεράσματα

ΚΕΦ.1

1.1. ΚΥΗΣΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

1.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως κύηση υψηλού κινδύνου εννοούνται εκείνες οι εγκυμοσύνες, στις οποίες είτε η μητέρα είτε το έμβρυο βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι στις εγκυμοσύνες, με φυσιολογική εξέλιξη, καθώς και στις κυήσεις εκείνες που έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παιδιού, το οποίο θα εμφανίσει κάποιο πρόβλημα, που βρίσκεται σε άμεση σχέση με την κύηση ή τον τοκετό.<http://www.care.gr/post/727/kyisi-ypsilou-kindynou>

Η κύηση υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζεται από κάποια κατάσταση η οποία υποβάλλει την επίτοκο, το αναπτυσσόμενο έμβρυο ή και τους δύο σε κίνδυνο υψηλότερο του φυσιολογικού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της λοχείας.

1.1.4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Μία εγκυμοσύνη μπορεί να χαρακτηριστεί ως «υψηλού κινδύνου» για πολλούς και ποικίλους λόγους, οι οποίοι διακρίνονται σε μητρικής και εμβρυϊκής προέλευσης.

Στους μητρικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται:

1. η ηλικία της επιτόκου (μικρότερη των 15 ετών η μεγαλύτερη των 35)
2. το αυξημένο σωματικό βάρος της επιτόκου
3. το ιστορικό επιπλοκών σε προηγούμενη κύηση (πρόωρος τοκετός, προεκλαμψία ή εκλαμψία, έμβρυο υπολειπόμενης ανάπτυξης ή θάνατος εμβρύου)
4. η πολυτοκία (περισσότερες από 5 κυήσεις)
5. οι αιμορραγίες στο Γ' τρίμηνο
6. οι ανωμαλίες του γεννητικού συστήματος (δίκερος μήτρα, ευμέγεθες ινομύωμα μήτρας)
7. η υπέρταση κυήσεως
8. ο σακχαρώδης διαβήτης

9. η ευαισθητοποίηση στον παράγοντα ρέζους (Rh)
10. οι λοιμώξεις στον κόλπο/τράχηλο ή στους νεφρούς
11. ο πυρετός
12. η οξεία χειρουργική κοιλία (οξεία σκωληκοειδίτις, χολοκυστίτις, απόφραξη του εντέρου)
13. η χρόνια νόσος (αυτοάνοσο νόσημα, άσθμα, δρεπανοκυτταρική αναιμία, καρδιακή νόσος, νεφρική νόσος, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα του εντέρου, AIDS και άλλα)
14. Έγκυες με προηγούμενες καισαρικές τομές ή άλλες εγχειρήσεις στη μήτρα
15. Έγκυες με ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου της μήτρας
16. Έγκυες με οικογενειακό ιστορικό γενετικών παθήσεων
17. Έγκυες με μακροχρόνια στείρωση
18. Έγκυες μετά από πρόκληση ωοθυλακυορρηξίας
19. Έγκυες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
20. Έγκυες, που κατά τη διάρκεια της κύησης είχαν ανεπαρκή ιατρική παρακολούθηση, δηλαδή λιγότερους από τρεις ιατρικούς ελέγχους
21. Παρατεταμένος προηγούμενος τοκετός, ή προηγούμενος τοκετός με μαιευτική επέμβαση

Στους εμβρυϊκούς παράγοντες περιλαμβάνονται:

1. οι ιογενείς λοιμώξεις (έρπης, ιλαρά, ερυθρά, ανεμοβλογιά, λοίμωξη από ιούς Coxsackie)
2. οι βακτηριακές ή παρασιτικές λοιμώξεις (σύφιλης, τοξοπλάσμωση)
3. Τα βλαβερά για το έμβρυο φάρμακα (φαινιτοΐνη, ανταγωνιστές του φυλικού οξέος, λίθιο, στρεπτομυκίνη, τετρακυκλίνη, θαλιδομίδη, βαρφαρίνη)
4. Η έκθεση σε εθιστικές ουσίες (καπνός, αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες)

Μία κύηση θεωρείται υψηλού κινδύνου όταν διαπιστώνεται κάποιο σοβαρό πρόβλημα στο έμβρυο στις εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου, όπως είναι οι ανωμαλίες στην καρδιά του εμβρύου. Σε αυτές τις περιπτώσεις η μητέρα υποβάλλεται σε επιπλέον εξετάσεις μέχρι τον τοκετό.

Οι παραπάνω καταστάσεις εμφανίζονται σε ένα ποσοστό της τάξεως του 14% στο σύνολο των εγκύων, αλλά ευθύνονται για το 50% της μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας και για το 60% των καισαρικών τομών, που γίνονται για πρώτη φορά σε μία έγκυο γυναίκα. Η δράση τους μπορεί να είναι άμεση, όπως συμβαίνει με τις αιμορραγίες ή

έμμεση, στο δε έμβρυο συνήθως επεμβαίνουν άμεσα σε αυτό και τον πλακούντα επιφέροντας αυτόματη αποβολή, πρόωρο τοκετό, ενδομήτριο θάνατο, λιποβαρές ή υπέρβαρο έμβρυο, λοιμώξεις του εμβρύου, διαπλαστικές ανωμαλίες, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του νεογέννητου.<http://www.care.gr/post/727/kyisi-ypsilon-kindynou>

1.1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η επίτοκος υψηλού κινδύνου χρίζει εντατικότερης παρακολούθησης σε σχέση με την απλή εγκυμοσύνη, και πρέπει να υποβάλλεται σε συχνές ιατρικές επισκέψεις και επιπλέον εργαστηριακές εξετάσεις. Σε πολλές περιπτώσεις επιβάλλεται ο τακτικός έλεγχος του εμβρύου με σειρά υπερηχογραφημάτων, καθώς και επεμβατικές εξετάσεις όπως η αμνιοπαρακέντησης και η λήψη του εμβρυϊκού αίματος.

Οι εξετάσεις αυτές στοχεύουν στην ανίχνευση και διάγνωση του προβλήματος, στην παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου, και στην λήψη αποφάσεων σχετικά με τον προγραμματισμό του τοκετού. <http://www.care.gr/post/727/kyisi-ypsilon-kindynou>

Στις περιπτώσεις ΚΥΚ απαιτείται η έγκαιρη διάγνωσή της, προκειμένου να ακολουθηθεί κατά το δυνατό συντομότερα η προβλεπόμενη θεραπευτική αγωγή, η οποία σε συνδυασμό με την κατάλληλη μαιευτική διεύθετηση της κατάστασης, μειώνουν σημαντικά τις ενδεχόμενες επιπλοκές. Για το σκοπό αυτό μάλιστα υπάρχουν σε ορισμένες περιοχές και τα λεγόμενα Κέντρα Εντατικής Παρακολούθησης των ΚΥΚ (ΚΕΠΚΥΚ), τα οποία διαθέτουν το κατάλληλο ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνολογικό εξοπλισμό για τον διενέργεια των απαιτούμενων εξετάσεων με σκοπό τον περιορισμό της περιγεννητικής και μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.<http://www.care.gr/post/727/kyisi-ypsilon-kindynou>

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι, που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και χαρακτηρισμό μίας κήσεως ως ΚΥΚ. Αυτές είναι:

1. Οι βιοχημικές εξετάσεις για τον προσδιορισμό ορισμένων ουσιών, όπως της οιστρίολης, της οιστρετρόλης, του πλακουντιακού γαλακτογόνου, των πρωτεϊνικών ορμονών και για τον προσδιορισμό ορισμένων παραμέτρων στο αμνιακό υγρό. Η σημασία αυτών των εξετάσεων είναι πλέον δευτερεύουσα λόγω της ανάπτυξης διαφόρων βιοφυσικών μεθόδων, που έχουν περισσότερα και ασφαλέστερα αποτελέσματα.

2. Οι βιοφυσικές μέθοδοι παρακολούθησης της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας. Με τις μεθόδους αυτές αποσκοπείτε η παρακολούθηση και εκτίμηση της λειτουργίας και της κατάστασης του εμβρύου. Αυτή η παρακολούθηση γίνεται

- a) με την καρδιοτοκογραφική δοκιμασία, δηλαδή την καταγραφή του βασικού εμβρυικού καρδιακού ρυθμού σε συνδυασμό με τη δραστηριότητα του μυομητρίου, είτε σε κατάσταση ηρεμίας είτε μετά από διέγερση του μυομητρίου
- b) Με τη μελέτη των εμβρυικών σκιρτημάτων και κινήσεων. Οι κινήσεις του εμβρύου φαίνεται να αυξάνονται από τον ήχο, το φως, τον μηχανικό ερεθισμό, ακόμα και από τους υπερήχους. Για το λόγο αυτό έχουν επινοηθεί ορισμένοι μέθοδοι, όπως η υπερηχογραφική και η ηλεκτρομαγνητική, οι οποίες χρησιμεύουν για την καταγραφή των κινήσεων αυτών, καθώς η καταγραφή των εμβρυικών κινήσεων θεωρείται ότι παρουσιάζει σημαντική στατιστική συσχέτιση με την περιγεννητική έκβαση
- c) Με τη μέθοδο Doppler, η οποία αποτελεί μία πολύ σημαντική μέθοδο αξιολόγησης, καθώς μετρά τις αντιστάσεις στην κυκλοφορία του εμβρύου ή της μητέρας, σε διάφορες αρτηρίες
- d) Με τη μέθοδο της υπερηχογραφίας, της οποίας η συνδρομή είναι πλέον καθολικά αποδεκτή
- e) Σημαντικό παράγοντα αποτελεί και το βιοφυσικό προφίλ, του εμβρύου, καθώς πλέον με την εφαρμογή της υπερηχογραφίας υπάρχει η δυνατότητα αξιολόγησης των λειτουργιών του εμβρύου, που αφορούν στις αναπνευστικές κινήσεις του, στο μυϊκό τόνο, στις κινήσεις του σώματος και των άκρων στην αξιολόγηση του αμνιακού υγρού.

Σε κάθε περίπτωση για την καλύτερη διευθέτηση των περιπτώσεων ΚΥΚ είναι σκόπιμο να λαμβάνονται υπόψη τα αποτελέσματα και οι μετρήσεις όσο το δυνατό περισσότερων παραμέτρων και μεθόδων <http://www.care.gr/post/727/kyisi-ypsilon-kindynou>

1.1.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία ποικίλει σημαντικά και εξαρτάται από το είδος της υποκείμενης νόσου που καθιστά την κύηση ως «υψηλού κινδύνου», τις επιδράσεις της κύησης στη νόσο και αντίστροφα, τις επιδράσεις της νόσου στην κύηση. Γενικότερα οι περισσότερες παθήσεις δεν προκαλούν επιπλοκές στην κύηση. Οι συχνές ιατρικές επισκέψεις και η καλή παρακολούθηση των επιτόκων με ιατρικό πρόβλημα, συνήθως οδηγεί στο ευτυχές αποτέλεσμα μιας επιτυχημένης εγκυμοσύνης.

1.1.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την υποκείμενη νόσο. Κάποια νοσήματα είτε προκαλούν δυσκολίες στο να μείνει μία γυναίκα έγκυος είτε αυξάνουν τους κινδύνους για το έμβρυο στην κύηση. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι οι διαταραχές του **θυρεοειδούς αδένου** ο οποίος παράγει τη θυρορμόνη. Παθολογικά επίπεδα των ορμονών του θυρεοειδούς πιθανώς να προκαλέσουν προβλήματα στην κύηση και να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εμβρύου. Η θυρεοειδική νόσος ελέγχεται με φαρμακευτική θεραπεία, και εφόσον τα επίπεδα των ορμονών συντηρούνται σε φυσιολογικά επίπεδα, η κύηση διεξάγεται με ασφάλεια για τη μητέρα και το παιδί.

Κάποια άλλα νοσήματα συνήθως δεν επιδρούν στην κύηση, εντούτοις η εγκυμοσύνη μπορεί να έχει επιδράσεις σε αυτά. Σε αυτά περιλαμβάνονται το **άσθμα**, η **επιληψία** και οι **φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου** (ελκώδης κολίτιδα, νόσος Crohn). Η εγκυμοσύνη συχνότερα βελτιώνει τα συμπτώματα σε γυναίκες με άσθμα ή ελκώδη κολίτιδα, εντούτοις σε κάποιες περιπτώσεις τα συμπτώματα επιδεινώνονται ή δεν μεταβάλλονται. Η επίδραση της κύησης είναι ανεξήγητη αλλά και απρόβλεπτη σε αυτά τα χρόνια νοσήματα, συνεπώς η τακτική παρακολούθηση είναι επιβεβλημένη. Τα φάρμακα που δίνονται στην επιληψία δεν είναι συμβατά με την κύηση, και παρόλο που πολλές περιπτώσεις εξελίσσονται ομαλά δίχως φαρμακευτική αγωγή η θεραπεία και παρακολούθηση στο συγκεκριμένο πρόβλημα εξατομικεύεται με τη περίπτωση.

Μία άλλη ομάδα παθήσεων έχει σοβαρές επιδράσεις στην κύηση. Γυναίκες με νοσήματα του **κολλαγόνου** (συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο) ή με υποκείμενη **νεφρική ή καρδιακή νόσο**, αντιμετωπίζουν σοβαρούς κινδύνους στην κύηση η οποία μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση της κατάστασης τους.

Η μη σωστή θρέψη και ανάπτυξη του εμβρύου εξαιτίας κάποιας υποκείμενης νόσου της μητέρας, μπορεί να προκαλέσει την ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη (IUGR – intrauterine growth restriction) του εμβρύου, στην οποία ο κίνδυνος αποβολής είναι αυξημένος.

Ο **σακχαρώδης διαβήτης** είναι μία διαταραχή η οποία επιδρά αλλά και επηρεάζεται από την εγκυμοσύνη. Ο διαβήτης μπορεί να προκαλέσει αποβολή, ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου και πρόωρο τοκετό. Όταν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα της επιτόκου ελέγχονται στα φυσιολογικά επίπεδα οι κίνδυνοι μειώνονται σημαντικά,

εντούτοις ο έλεγχος των επιπέδων της γλυκόζης στην εγκυμοσύνη είναι δυσχερέστερος. Γενικά οι ανάγκες ινσουλίνης αυξάνονται κατά τη διάρκεια της κύησης.

1.1.6 ΠΡΟΛΗΨΗ

Μία γυναίκα με χρόνια νόσημα δε θα ήταν σφάλμα να δεχθεί ιατρική συμβουλή ακόμα και πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης. Η μέλλουσα μητέρα θα πρέπει να γνωρίζει τις επιδράσεις της εγκυμοσύνης στο πρόβλημα της, καθώς και τους κινδύνους στους οποίους μπορεί να υποβληθεί η ίδια και το μωρό της εξαιτίας της κατάστασης της υγείας της. Ορισμένες φορές επιβάλλεται η τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής σε κάποια μη βλαπτική για το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει αγωγή συμβατή με την εγκυμοσύνη (π.χ επιληψία) οι κίνδυνοι της επίδρασης της στο έμβρυο πρέπει να συγκρίνονται με αυτούς για τη μητέρα που διακόπτει τα φάρμακα.

Εάν μία γυναίκα με πρόβλημα υγείας δεν έχει πάρει ιατρική συμβουλή, θα πρέπει να τη ζητήσει αμέσως μόλις συνειδητοποιήσει ότι είναι έγκυος, και να μην περιμένει λίγες εβδομάδες όπως στις φυσιολογικές κυήσεις, διότι ορισμένες παθήσεις συνδέονται με αυξημένες πιθανότητες αποβολής.

Για να πετύχουμε μείωση της μητρικής και εμβρυϊκής νοσηρότητας και θνησιμότητας, θα πρέπει:

- Παθήσεις όπως καρδιοπάθειες, φλεγμονές και νεφροπάθειες να αντιμετωπίζονται προ του τοκετού.
- Σε περίπτωση ανεπάρκειας τραχήλου θα πρέπει να γίνεται συρραφή του.
- Σε σακχαρώδη διαβήτη και υπέρταση θα πρέπει να λαμβάνεται η κατάλληλη αγωγή.

Μεγάλη σημασία έχει να πειστεί η έγκυος να συνεργαστεί με τη νοσηλευτική ομάδα και να ακολουθήσει την ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή, η οποία μερικές φορές είναι μακροχρόνια και μπορεί να χρειαστεί η γυναίκα να μείνει στο κρεβάτι ακόμη και σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σε ύπαρξη υπερτασικής νόσου μετά από προδιαθεσικούς παράγοντες, έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφορα εμπειρικά μέτρα ή μέτρα που στηρίζονται στην “επιστημονική λογική”. Η ανάλατη δίαιτα αποτελεί μέτρο που εφαρμόστηκε και καθιερώθηκε εδώ και πολλές δεκαετίες, αν και η χρησιμότητα της αμφισβητήθηκε. Προτείνεται επίσης διατροφή πλούσια σε λευκώματα, μαζί με ακόρεστα λιπαρά οξέα και συμπληρωματική χορήγηση μαγνησίου, ασβεστίου και ψευδαργύρου. Η καθημερινή χορήγηση ασπιρίνης (έως 100 mg ημερησίως), από τα μέσα του δεύτερου τριμήνου, αποτελεί “κλασική” σύσταση που δεν αφορά μόνο την πρόληψη της προεκλαμψίας. Η ασπιρίνη παρεμποδίζει κυρίως τη σύνθεση της θρομβοξάνης που, όπως αναφέρθηκε, φαίνεται να εμπλέκεται στην αιτιολογία της νόσου. Τελευταία, πάντως,

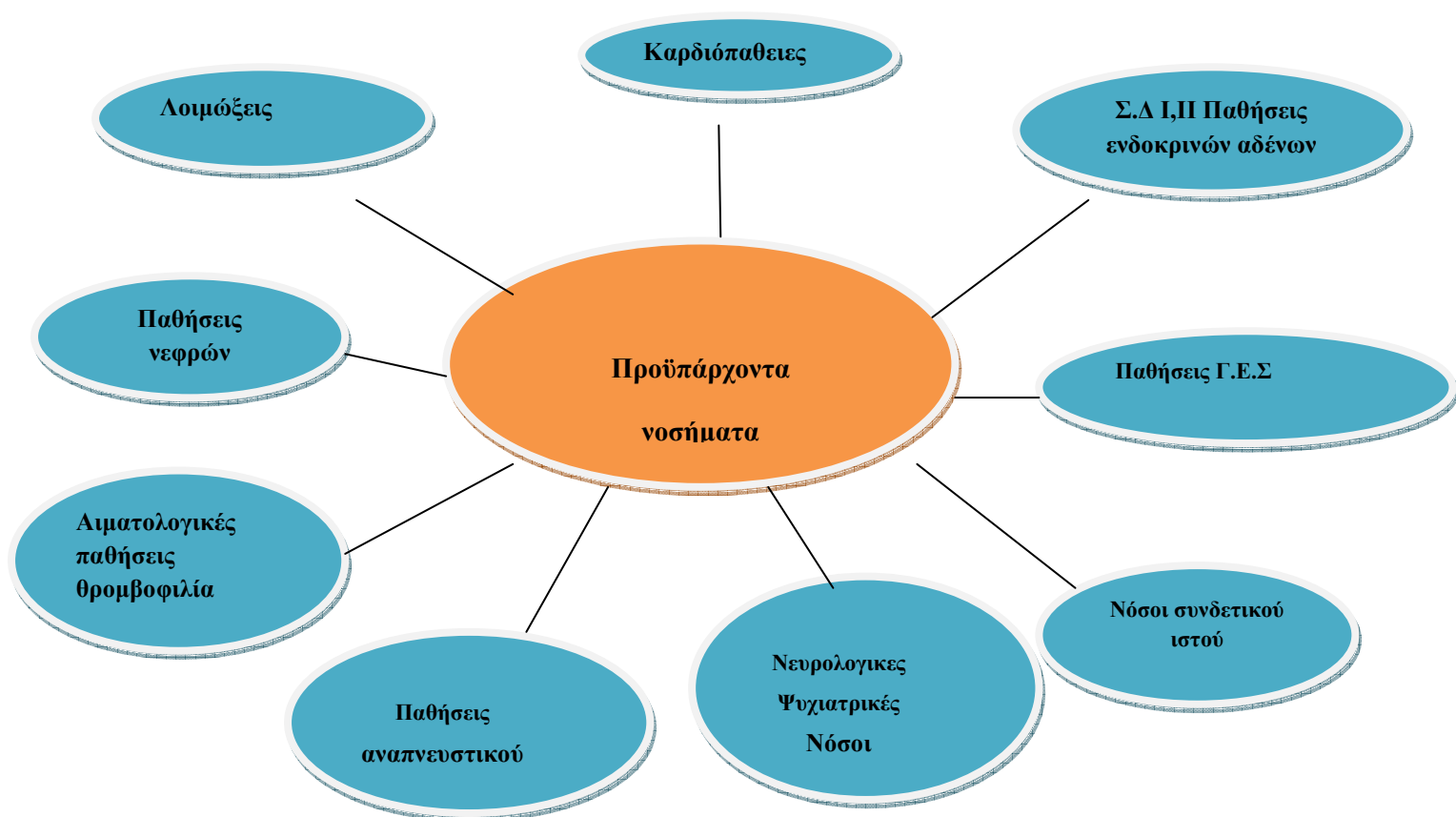
η χορήγηση ασπιρίνης στην πρόληψη της προεκλαμψίας στη διάρκεια της κύησης αμφισβητήθηκε έντονα (Ιατράκης, 2004).

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Σακχαρώδης διαβήτης της κύησης – Ο διαβήτης της κύησης οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα της επιτόκου. Ο διαβήτης της κύησης υποχωρεί έπειτα από τον τοκετό αλλά είναι πιθανό να εμφανιστεί σε επόμενη κύηση. Αντιμετωπίζεται με ειδική διατροφή και ινσουλίνη σε κάποιες περιπτώσεις.

Προεκλαμψία — Νόσος που εμφανίζεται μόνο στην εγκυμοσύνη και χαρακτηρίζεται από αυξημένη αρτηριακή πίεση, οιδήματα στα άκρα και παθολογικά αποτελέσματα στις εξετάσεις ούρων και αίματος.

Πρώωρος τοκετός — έναρξη του τοκετού πριν την 36η εβδομάδα της κύησης μετρώντας από την τελευταία περίοδο.



Εικ.http://www.gaiamaternity.gr/Salamalekis_thewrisi.pdf

Κεφάλαιο 2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

2.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

2.1.1 Ορισμός -Ιστορική αναδρομή

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο θεσμός της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* αποτελεί σήμερα για τον Έλληνα πολίτη, έτσι όπως τον οραματίστηκε και τον θεσμοθέτησε ο Νομοθέτης, το μέσον για την παροχή σε πρώτο βαθμό των βασικών υπηρεσιών υγείας. χρειάζεται να γίνουν από τη πλευρά της Πολιτείας σημαντικά ακόμη βήματα, έτσι ώστε ο θεσμός αυτός να αποκτήσει την δέουσα δομή, σύμφωνα πάντα και με την επιταγή του Συνταγματικού Νομοθέτη.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ένα από τα προβλήματα που απασχολούσαν έντονα τον πρώτο κυβερνήτη, Ιωάννη Καποδίστρια, ήταν η οργάνωση του Τομέα Υγείας για την παροχή της περίθαλψης στον ελληνικό πληθυσμό. Πράγματι, το ενδιαφέρον του ήταν έντονο για δυο κυρίως λόγους: α. διότι στις πρώτες προτεραιότητες του ήταν η οργάνωση του Κράτους και β. ότι ήταν Ιατρός. Όμως το όραμα του μεγάλου αυτού πολιτικού παρέμεινε όραμα και δεν υλοποιήθηκε, αφού έφυγε από τη ζωή πρόωρα και με βίαιο τρόπο.

Στη συνέχεια το απολυταρχικό καθεστώς του Όθωνα κάνει υποτυπώδεις κινήσεις στο χώρο της Υγείας. Έτσι, με το Νόμο του 1834 η υγειονομική προστασία του πληθυσμού ανατίθεται στη τοπική αυτοδιοίκηση ως ένα φορέα που βρίσκεται πολύ κοντά στον Έλληνα πολίτη και θεωρητικά δύναται να γνωρίζει τα προβλήματα του.

Ένα βήμα κοντά στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα γίνεται το 1852 με τη θέσπιση του θεσμού των Επαρχιακών Γιατρών, πλην όμως το μέτρο αυτό δεν κάλυπτε ούτε τις στοιχειώδεις ανάγκες του πληθυσμού. Ενώ στις αστικές περιοχές η περίθαλψη (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια) παρέχεται σε υποτυπώδη μορφή μέσα από τα πρώτα εν τω μεταξύ ιδρυθέντα Νοσοκομεία της χώρας, όπως το Δημοτικό Νοσοκομείο Αθηνών “Η Ελπίς”, το Βαρδάκειο και Πρώιο Νοσοκομείο Σύρου κ.α.

Επίσης, πρωτοβάθμια περίθαλψη όμως τη περίοδο αυτή προσφέρουν και τα μοναστήρια. Η εκκλησία την περίοδο αυτή δραστηριοποιείται και ενισχύει οικονομικά αυτά, έτσι ώστε να

μπορούν να ανταποκριθούν στην αποστολή τους όχι μόνο ως χώρες άσκησης και προσευχής, αλλά και ως μικρές μονάδες υγείας στελεχωμένες είτε με λιγοστούς γιατρούς είτε με πρακτικούς, οι οποίοι προσπαθούσαν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας κατά παράβαση των κανόνων της Ιατρικής Επιστήμης. Αυτό όμως είχε σαν συνέπεια την δημιουργία ανασφάλειας στον πληθυσμό και την έναρξη προστριβών με τους επιστήμονες ιατρούς, που είναι τη περίοδο αυτή λιγοστοί σε αριθμό και έτσι δεν ήταν δυνατό να καλύψουν ούτε τις βασικές υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

Παράλληλα, έχουμε και την ίδρυση δυο Περιφερειακών Ιατρείων, γεγονός που σημαίνει ότι άρχισαν να γίνονται προσπάθειες οργάνωσης του Τομέα Υγείας στην ύπαιθρο. Τα Ιατρεία αυτά ήταν στελεχωμένα με ένα ιατρό, ένα φαρμακοποιό και ένα χειρουργό, οι οποίοι είχαν αποστολή την παροχή δωρεάν περίθαλψης στον αγροτικό πληθυσμό.

Από το έτος 1864 αρχίζει μια περίοδος στασιμότητας στο χώρο της Υγείας η οποία διαρκεί περίπου μισό αιώνα, παρά την ίδρυση διάφορων Νοσοκομείων Ιδιωτικών, Δημοτικών και Κρατικών και παρά την αύξηση του αριθμού των Ιατρών σε 2500 σε όλη τη χώρα.

Το 1903 ιδρύεται η πρώτη Πολυκλινική Αθηνών, η οποία παρέχει για την εποχή εκείνη σημαντικό έργο στο χώρο της Υγείας.

Όμως μετά το τέλος του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου και υπό τη πίεση των ασφυκτικών υγειονομικών αναγκών, γίνονται τα πρώτα βήματα για την οργάνωση Ιατρικών υπηρεσιών στην ύπαιθρο. Αυτές οι υπηρεσίες αποτελούσαν μια μορφή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρ' όλη όμως την βούληση και την προσπάθεια αυτή δεν καρποφόρησε.

Το 1915 με το Ν. 582 ιδρύεται στη Θεσσαλονίκη το γραφείο Δημόσιας Υγείας με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος των επιδημιών στη Μακεδονία. Η έλευση όμως των προσφύγων από τη Μ. Ασία το 1922 οδηγεί την τότε ελληνική κυβέρνηση στη λήψη δραστικών μέτρων στο τομέα Υγείας. Έτσι ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής και αναλαμβάνει συντονισμένη προσπάθεια οργάνωσης της υπαίθρου για την παροχή υπηρεσιών Υγείας χωρίς βέβαια να κατορθώσει να θεσπίσει ένα οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης αφού τόσο τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετώπιζε η χώρα, όσο και το προσφυγικό ζήτημα δεν άφηναν πολλά περιθώρια για το ζήτημα αυτό.¹

2.1.2.Οι πρώτες προσπάθειες θέσπισης υγειονομικών σταθμών

Το 1937 με το ΑΝ 965 γίνεται η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση στο υγειονομικό πρόβλημα της χώρας. Για πρώτη φορά η χώρα αποκτά τα πρώτα πολυιατρεία στις πόλεις και υγειονομικούς σταθμούς στις αγροτικές κοινότητες. Συνεπώς γίνεται για πρώτη φορά μια

σημαντική προσπάθεια οργάνωσης ενός συστήματος παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον πληθυσμό.

Η έλλειψη όμως οικονομικών πόρων την περίοδο αυτή οδήγησε σε μαρασμό τον θεσμό αυτό. Η ίδρυση των αγροτικών ιατρείων σε αγροτικές περιοχές συνέβαλε δραστικά στην τόνωση του αγροτικού πληθυσμού και έδειξε ότι πρόκειται για μια πρώτη επιτυχημένη προσπάθεια με τις όποιες ελλείψεις είχε αυτή. Παρ' όλα αυτά η προσπάθεια του Υπουργείου Υγιεινής να επεκτείνει τον θεσμό αυτό σε όλη την επικράτεια απέτυχε εξ' αιτίας της σημαντικής έλλειψης οικονομικών πόρων, της έλλειψης κρατικής οργάνωσης καθώς και της απουσίας οργανωμένης πολιτικής υγείας στη χώρα (έτος 1940-1950). Στην τριετία 1951-1953 λειτούργησαν τριάντα τρία (33) Υγειονομικά Κέντρα.²

Μια άλλη σημαντική νομοθετική προσπάθεια γίνεται με το ΝΔ 2592/1953 για την οργάνωση της ιατρικής αντίληψης. Με το νομοθέτημα αυτό προβλέπεται η διαίρεση της χώρας σε δεκατρείς (13) Υγειονομικές Περιφέρειες, η σύσταση υγειονομικών συμβουλίων και φυσικά η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την δημιουργία Υγειονομικών σταθμών στις αγροτικές περιοχές.

Επίσης με το Ν 3487/1955 προβλέπεται η σύσταση ενός ικανού αριθμού αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών της υπαίθρου, ενώ με το ΝΔ 67/68 θεσπίζεται για τους απόφοιτους των Ιατρικών Σχολών η υποχρεωτική ενιαύσια υπηρεσία υπαίθρου. Με το θεσμό αυτό υπάρχει η πεποίθηση ότι θα καλυφθούν οι βασικές ανάγκες του θεσμού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και θα στελεχωθούν τα αγροτικά ιατρεία.³

Συνεπώς, με τη λήξη της δεκαετίας του 1970 έχει ολοκληρωθεί μια σημαντική προσπάθεια για την οργάνωση ενός δικτύου παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου.⁴

2.1. 3. Η εφαρμογή του θεσμού με το Ν. 1397/1983

Το 1983 με το Ν. 1397 γίνεται η μεγάλη ανατροπή στο σύστημα υγείας της χώρας. Για πρώτη φορά η χώρα αποκτά ένα οργανωμένο Σύστημα Υγείας, στο οποίο έχουν όλοι οι Έλληνες πολίτες πρόσβαση με ίσο τρόπο, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν. Όμως μια από τις καινοτομίες του Νόμου αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη και για πρώτη φορά θεσπίζεται ένα οργανωμένο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας στο λαό της υπαίθρου δια μέσου των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Υπηρεσιών.⁵

Έτσι σε κάθε Νομό συνιστώνται Κέντρα Υγείας ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων του Νομού και Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων

Υγείας. Ενώ παράλληλα, ορίζεται η έδρα και η περιοχή ευθύνης του κάθε Κέντρου Υγείας και Περιφερειακού Ιατρείου, με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής.⁶

Σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλο το πληθυσμό της περιοχής τους (μόνιμο και μη), η νοσηλεία και η παρακολούθηση ασθενών οι οποίοι τελούν στο στάδιο της ανάρρωσης, η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως την διακομιδή τους στο Νοσοκομείο. Επιπλέον, ανάμεσα στα άλλα καθήκοντα των Κέντρων Υγείας είναι και η οδοντιατρική περίθαλψη, η άσκηση προληπτικής ιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού, η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής, η ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας κ.λπ. (άρθρο 15)⁷

Ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνει τα *Κέντρα Υγείας Αστικών και μη Αστικών* περιοχών. Τα πρώτα στελεχώνονται με *ιατρούς ειδικοτήτων* των αντίστοιχων τομέων των Νοσοκομείων καθώς και με *οικογενειακούς ιατρούς* που ανήκουν στο Παθολογικό τομέα του Νοσοκομείου. Τα Κέντρα Υγείας της κατηγορίας αυτής όμως παρά την αρχική πρόβλεψη του Νομοθέτη δεν συστάθηκαν για να επιτελέσουν την αποστολή τους.⁸ Όσον αφορά τα δεύτερα αυτά είναι στελεχωμένα με ιατρούς ειδικότητας γενικής ιατρικής και λοιπών ειδικοτήτων που είναι καθορισμένες. Τέλος, τα Κέντρα Υγείας μη αστικών περιοχών καλύπτονται και με επισκέπτες ιατρούς ειδικοτήτων με τις οποίες δεν είναι στελεχωμένο το Κέντρο Υγείας και οι οποίοι ανήκουν στο Νοσοκομείο που είναι ενταγμένο το Κέντρο Υγείας. Παράλληλα, τα Κέντρα Υγείας βρίσκονται σε επιστημονική διασύνδεση με το Νοσοκομείο τους. (άρθρα 17-19)⁹

Όμως η επελθούσα πολιτική αλλαγή και η ψήφιση του Ν 2071/1992 (άρθρα 12-15) επέφερε βασικές αλλαγές στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τόσο με την καθιέρωση της ιδιωτικής Π.Φ.Υ., όσο και με την αλλαγή της δομής των μονάδων αυτής, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων. Βέβαια, αυτή η αλλαγή δεν κατέστη δυνατόν να εφαρμοσθεί αφού η ψήφιση του Ν 2194/ 1994 και 2519/ 1997 επανέφερε ορισμένες διατάξεις του Ν 1397/ 1983 σε ισχύ, αλλά η αλλαγή του χαρακτήρα και της φιλοσοφίας του δημοσίου συστήματος Π.Φ.Υ. δεν αποκαταστάθηκε.

Η αλλαγή της δομής του Ε.Σ.Υ. η οποία επήλθε με το Ν 2889/2001 δεν επηρέασε ουσιαστικά το σύστημα της Π.Φ.Υ., αφού οι βασικές αρχές αυτής παρέμειναν αμετάβλητες, εκτός της υπαγωγής της διοίκησης των μονάδων της στα Π.Ε.Σ.Υ.Π. της χώρας.

Αντίθετα ο Ν 3235/2004 τοποθετεί σε νέα πλαίσια την Π.Φ.Υ. και καθορίζει εκ νέου τις αρχές και τις μονάδες μέσω των οποίων παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας στο πολίτη. Ενώ για πρώτη φορά προβλέπεται η ενοποίηση όλων των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ.

και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) και την διοίκηση των Π.Ε.Σ.Υ.Π. και σήμερα των .Υ.Π.Ε.

Τέλος, επαναπροσδιορίζεται το ζήτημα του οικογενειακού ιατρού ή αλλιώς του προσωπικού ιατρού του πολίτη ως και οι παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες.¹⁰ Όμως και ο Νόμος αυτός παρέμεινε ανεφάρμοστος και συνεπώς η Π.Φ.Υ. συνεχίζει να λειτουργεί με ένα νομοθετικό καθεστώς του οποίου οι διατάξεις κατά τα δυο τρίτα παραμένουν ανεφάρμοστες.

Η μη υποστήριξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η εξέλιξη του θεσμού της Π.Φ.Υ. έμελλε να μην είναι αυτή την οποία είχε προδιαγράψει ο νομοθέτης μέσα από το Ν 1397/ 1983, αλλά και από τις διατάξεις άλλων μεταγενέστερων νομοθετημάτων των δεκαετιών τ/υ 1990 με 2000. Οι λόγοι ήταν αρκετοί. Εμείς επισημαίνουμε ορισμένους εξ' αυτών, όπως:

- a) Η έλλειψη της υλικοτεχνικής υποδομής των Κέντρων Υγείας μη αστικών περιοχών και των Περιφερειακών Ιατρείων. Οι αποκεντρωμένες αυτές μονάδες των Νοσοκομείων δυστυχώς από τη σύσταση τους και μέχρι σήμερα λειτούργησαν με βασικές ελλείψεις τόσο από πλευράς εγκαταστάσεων όσο και εξοπλισμού. Το αποτέλεσμα ήταν αρκετοί από τους στόχους της Π.Φ.Υ. να είναι ανενεργοί.
- b) Η μη στελέχωση των μονάδων αυτών με το αναγκαίο προσωπικό (ιατρικό και λοιπό). Ακόμη ο προβλεπόμενος από το Ν 1397/ 1983 θεσμός του επισκέπτη ιατρού εκείνων των ειδικοτήτων που το Κέντρο Υγείας στερείται λόγω οργανωτικής δομής δεν λειτούργησε στο βαθμό που θα έπρεπε να λειτουργήσει και σε άλλες περιπτώσεις δεν λειτούργησε καθόλου.
- c) Η έλλειψη οικονομικών πόρων, ένα πρόβλημα γενικότερα για τον τομέα Υγείας.
- d) Οι αλληπάλληλες νομοθετικές αλλαγές που έγιναν την τελευταία τριακονταετία δηλαδή από το Ν 1397/1983, προκάλεσαν όπως ήταν αναμενόμενο μια νομοθετική σύγχυση και αβεβαιότητα στο χώρο της Υγείας σχετικά με την οριστική εφαρμογή και ανάπτυξη του θεσμού της Π.Φ.Υ. Παράλληλα, και η αλλαγή πολιτικής εκ μέρους των διάφορων, αλλά και των ίδιων κυβερνήσεων στον πολύπαθο αυτόν τομέα της Υγείας, οδήγησε την κατάσταση σε τέλμα. Συγκεκριμένα , ενώ ο Ν 1397/1983 προέβλεπε την απαγόρευση της ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα Υγείας με τη δημιουργία νέων μονάδων αυτού, μεταγενέστερα οι επελθούσες πολιτικές αλλαγές στη χώρα και η μεταβολή του νομικού πλαισίου σε καίρια ζητήματα του Ε.Σ.Υ., μεταξύ των οποίων και η Π.Φ.Υ. και η ανάπτυξη του Ιδιωτικού Τομέα Υγείας, καθώς και το δικαίωμα επιλογής του Ιατρού εκ μέρους των ασθενών, αποδυνάμωσαν επικίνδυνα τις διατάξεις του θεμελιώδους Ν 1397/1983. Αποτέλεσμα όλης αυτής της κατάστασης ήταν η μη υλοποίηση του θεσμού

των Κέντρων Υγείας αστικών περιοχών, αλλά και τη μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, διατάξεις οι οποίες αποτελούσαν και αποτελούν τη βάση της Π.Φ.Υ.

ε) Η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, οι οποίες θα αποτελέσει τη βάση της ανάπτυξης και λειτουργίας ενός υγιούς και δυναμικού συστήματος Π.Φ.Υ., έτσι όπως το είχε προδιαγράψει αρχικά ο νομοθέτης στο Ν 1397/1983.

φ) Η μη υλοποίηση του προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε ότι αφορά την δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας όπως προβλέπονταν αρχικά στη δεκαετία του 1980, με αποτέλεσμα σήμερα να λειτουργούν μόνο 183 Κέντρα Υγείας σε μη αστικές περιοχές και 4 Κέντρα Υγείας αστικών περιοχών.

γ) Η μη εφαρμογή του δικτύου των Κέντρων Υγείας αστικών περιοχών της χώρας, η οποία εφ' όσον πραγματοποιούνταν θα ανακούφιζε κατ' αρχήν τα Νοσοκομεία από ένα μεγάλο αριθμό ασθενών οι οποίοι θα απολάμβαναν των αναγκαίων υπηρεσιών στα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου. Με αυτόν τον τρόπο δεν θα επιβαρύνονταν περαιτέρω τα Νοσοκομεία, τα οποία σημειωτέον θα μπορούσαν να λειτουργήσουν επιτέλους ως μονάδες δευτεροβάθμιας και σε αρκετές περιπτώσεις τριτοβάθμιας περίθαλψης.

η) Η μη πλήρης ένταξη των εξωτερικών ιατρείων όλων των ασφαλιστικών φορέων σε ένα υγιές σύστημα Π.Φ.Υ. μέσα στο οποίο θα λειτουργούσαν και τα Κέντρα Υγείας αστικών και μη αστικών περιοχών καθώς και τα Περιφερειακά Ιατρεία αυτών.

ι) Η ανάπτυξη του Ιδιωτικού Τομέα Υγείας τόσο στη Π.Φ.Υ. όσο και στη Δευτεροβάθμια περίθαλψη με τη δημιουργία πολυδύναμων Κέντρων Υγείας και Ιδιωτικών Νοσοκομείων, η οποία λειτουργεί ανταγωνιστικά έναντι του Δημοσίου Τομέα, καλύπτει αρκετές φορές τις αδυναμίες και τα κενά τ/υ Ε.Σ.Υ.

Συμπερασματικά, η έλλειψη ενός υγιούς και καλά οργανωμένου και οικονομικά ενισχυμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο οποίο θα εντάσσονταν όλα τα Κέντρα Υγείας της χώρας (αστικών και μη αστικών περιοχών), τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Επικουρικά τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων, οδήγησε σε μαρasmus τις ανωτέρω μονάδες της Π.Φ.Υ. και δημιούργησε πολλαπλά προβλήματα στα Νοσοκομεία. Πιστεύουμε πως η συνέχιση της κατάστασης της απαξίωσης του θεσμού της Π.Φ.Υ. από όλους τους συντελεστές της θα έχει ως αποτέλεσμα τη πλήρη αποδυνάμωση του Ε.Σ.Υ. Οι συνέπειες αυτής της κατάστασης βαρύνουν τον Έλληνα πολίτη, ο οποίος δεν θα απολαμβάνει του κοινωνικού αγαθού, της Υγείας, έτσι όπως το οριοθέτησε ο Συνταγματικός Νομοθέτης στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος.

Παρόλα' αυτά, στην Ελλάδα η προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας θεωρούνται ως πολύ σημαντικά ζητήματα για το έθνος και, κατά την αναθεώρηση του Ελληνικού Συντάγματος του 1927, στο άρθρο 21 έγινε ιδιαίτερη μνεία στο συγκεκριμένο θέμα: «Η οικογένεια ως θεμέλιον της συντηρήσεως και προαγωγής του Έθνους, ως και ο γάμος, η μητρότης και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του Κράτους». Από τότε, όλα τα αναθεωρημένα ελληνικά συντάγματα αφιερώνουν το άρθρο 21 σε αυτό το θέμα.

Εντούτοις, στην πράξη, οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας και προστασίας της μητρότητας στην Ελλάδα έχουν ακόμα πολύ δρόμο να διανύσουν πριν γίνουν μια καρποφόρα πραγματικότητα, παρά το γεγονός ότι αρκετή πρόοδος έχει παρατηρηθεί στον τομέα της προστασίας των παιδιών, των μητέρων και των εγκύων γυναικών τις τελευταίες δεκαετίες.

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

Η γυναίκα που εγκυμονεί έχει ανάγκη προετοιμασίας, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις αλλαγές στο σώμα της και τις λειτουργίες του κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και για να αναλάβει το ρόλο της μητρότητας (Kozier et al, 1993). Η διαθέσιμη βιβλιογραφία σχετικά με την προστασία της μητρότητας στην Ελλάδα είναι περιορισμένη πριν από τη δεκαετία του '70, εντούτοις υπάρχει μια γενική θεώρηση ότι μέχρι τη δεκαετία του '60 οι περισσότεροι τοκετοί στις αγροτικές περιοχές πραγματοποιούνταν κυρίως από πρακτικές μαίες, ενώ στις αστικές περιοχές μια παρόμοια κατάσταση ίσχυε μέχρι τη δεκαετία του '50. Το 1951 έγινε ένα βήμα προς τα εμπρός, δεδομένου ότι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ένα από τα μεγαλύτερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, με την εισαγωγή του νόμου 1846/5122 εγκαινίασε την παροχή υπηρεσιών στον ασφαλισμένο πληθυσμό από τις πολυκλινικές του, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών μητρότητας.

Εντούτοις, για μια κατεξοχήν γεωργική χώρα, όπως ήταν τότε η Ελλάδα, η μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού παρέμενε ανασφάλιστη. Τη δεκαετία του '60, με το νόμο 4053/61 που ακολουθήθηκε από το νομοθετικό διάταγμα 67/68 όλες οι νοσηλεύτριες- επισκέπτριες, οι μαίες, και οι γιατροί, αμέσως μετά τη λήψη του διπλώματος ή του πτυχίου τους, είχαν

υποχρέωση να υπηρετήσουν για ένα τουλάχιστον έτος σε αγροτικά ιατρεία ή κέντρα υγείας σε αγροτικές περιοχές.

Βαθμιαία από τότε οι έγκυες γυναίκες άρχισαν να εξετάζονται από εκπαιδευμένες 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 (Τσιάντης, 1993). Η καθαρά ιατρική παρακολούθηση αφορά στην κλινική εξέταση της εγκύου και τη διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων, που πραγματοποιούνται σε εργαστήρια νοσοκομείων ή ιδρυμάτων (ΙΚΑ, ΠΙΚΠΑ) ή σε άλλα εργαστήρια συμβεβλημένα με αυτά, καθώς και σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια συμβεβλημένα με τον ασφαλιστικό φορέα της εγκύου (Στεργίου, 1989). Προληπτικές υπηρεσίες μητρότητας προσφέρονται από τους σταθμούς Προστασίας Μητέρας και Παιδιού του ΙΚΑ, τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα του Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Προστασίας και Αντιλήψεως (ΠΙΚΠΑ), τα Κέντρα Υγείας και τα Εξωτερικά Γυναικολογικά-Μαιευτικά Ιατρεία των Μαιευτηρίων και Νοσοκομείων, καθώς και από ιδιώτες γιατρούς.

2.1.4 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο σύστημα υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναγνωρίζεται γενικά ως ένα κρίσιμο πεδίο για την αποτελεσματική πρόληψη της ασθένειας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές και επιστημονικές μεθόδους, η οποία είναι προσιτή σε όλα τα άτομα, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και με κόστος που η χώρα μπορεί να διασφαλίσει.

Επηρεάζει θεμελιωδώς τις παραμέτρους του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία, αφού συνιστά το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων με το εθνικό σύστημα υγείας.

Ο όρος Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ χρησιμοποιείται ευρύτατα, κυρίως κατά τις τελευταίες δεκαετίες, εντούτοις συχνά αναφέρεται με παρανοήσεις ή συγχύσεις σχετικά με το εννοιολογικό του περιεχόμενο. Η σύγχυση προέρχεται κατά βάση όταν ο όρος πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χρησιμοποιείται για να αναφερθεί κανείς στη πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας. Η εννοιολογική αποσαφήνιση των όρων είναι αναγκαία και επιβεβλημένη καθώς οι δύο αυτοί

όροι έχουν διαφορετικό περιεχόμενο και επιδρούν καθοριστικά στη μορφή και στο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας όπως και στο σύστημα υγείας συνολικά.

Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά τα συμπτώματα της νόσου. Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη αποτελεί απλά ένα υποσύστημα μόνο των υπηρεσιών υγείας και από μόνη της δεν είναι επαρκής να αντιμετωπίσει το ζήτημα της διατήρησης και προαγωγής της υγείας.

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

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

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

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

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι μόνο μια στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση σε ορισμένους τομείς του συστήματος υγείας όσον αφορά την πρόληψη και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προβάλλει ταυτόχρονα στοιχεία που μεταβάλλουν την παραδοσιακή αντίληψη για το κράτος πρόνοιας. Τροποποιεί την καθιερωμένη αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια, την άσκηση αυτής καθ' εαυτής της ιατρικής, την οργάνωση και λειτουργία ολόκληρου του συστήματος υγείας με ευρύτερες πολιτισμικές και πολιτικές επιπτώσεις. Η στρατηγική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπερβαίνει κατά πολύ τα ζητήματα οργάνωσης του εξωνοσοκομειακού τομέα ενός συστήματος υγείας, επιδρά στον γενικότερο σχεδιασμό της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης μιας χώρας, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η βιομηχανία, η γεωργία, το περιβάλλον κ.α. (Μωραΐτης, 1985). Ένα εθνικό σύστημα υγείας θα πρέπει να ορίζει δυο βασικούς στόχους, που υποστηρίζονται άμεσα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αυτοί είναι οι παρακάτω (Λιαρόπουλος, 1989):

Η ικανοποίηση των αναγκών όλου του πληθυσμού με τρόπο αποτελεσματικό και σε κόστος που η κοινωνία επιλέγει ή αντέχει να πληρώσει.

Η διασφάλιση ότι, σε ατομικό επίπεδο, όλοι θα έχουν τις αναγκαίες υπηρεσίες όταν τις χρειάζονται, ανεξάρτητα από το κόστος, και στην ανώτερη δυνατή ποιότητα που η επιστήμη εξασφαλίζει

2.1.5 Τα οφέλη για τον ευρύτερο χώρο της υγείας.

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

1. Αντιπροσωπεύει τα κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και βασίζεται στην έρευνα των υπηρεσιών υγείας και στην εμπειρία της δημόσιας υγείας.

2. Δίνει λύσεις στα κύρια προβλήματα υγείας, παρέχοντας υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

3. Εξασφαλίζει σημαντικά στοιχεία, όπως εκπαίδευση αναφορικά με ποικίλα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης αυτών, προαγωγή κατάλληλης διατροφής, παροχή πόσιμου νερού, βασική υγιεινή, οικογενειακό προγραμματισμό, εμβολιασμό, παροχή φαρμάκων κτλ.

4. Συντονίζει ενέργειες σε διάφορους τομείς της ανάπτυξης μιας χώρας, όπως τομείς αγροτικών καλλιεργειών, κτηνοτροφίας, τροφίμων, βιομηχανίας, εκπαίδευσης, κατοικίας, δημοσίων έργων, επικοινωνίας κλπ.

5. Χρησιμοποιεί όλους τους διαθέσιμους τοπικούς, εθνικούς ή άλλους πόρους για τον σχεδιασμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο της φροντίδας της υγείας.

6. Βασίζεται στους λειτουργούς υγείας, που έχουν κατάλληλα εκπαιδευτεί σε τεχνικές και κοινωνικές δεξιότητες για να λειτουργούν ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της εκάστοτε κοινότητας.

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

Συνάμα, όλες οι χώρες πρέπει να συνεργάζονται για τη διασφάλιση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για όλους τους ανθρώπους. Στο πλαίσιο αυτό η κοινή διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και της UNICEF πραγματοποιούνται μόνο σε συγκεκριμένες συνθήκες, όταν συντρέχουν ειδικοί παράγοντες κινδύνου.

Σκοπός των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι η βελτίωση και η προαγωγή της υγείας των πολιτών, δίνοντάς τους τις απαραίτητες πληροφορίες, ενδυναμώνοντάς τους να παραμείνουν υγιείς, κάνοντας την καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Επιπλέον, σκοπός των υπηρεσιών υγείας είναι να χαράζουν στρατηγική (μέτρα πρόληψης, νομοθεσία) που θα πρέπει να ακολουθηθεί, ώστε να εξασφαλιστεί το μέγιστο επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού. Για το λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαίος ο προσανατολισμός των συστημάτων Δημόσιας Υγείας στην πραγματική έννοια της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας και της ποιότητας ζωής. Η αξία μιας τόσο πλατιάς θεώρησης έγκειται στην κινητοποίηση όλων των μέσων για την εξουδετέρωση των κινδύνων που

απειλούν την υγεία και για την εξάλειψη των γενικότερων επιπτώσεων που απορρέουν από τις βλάβες της, και προϋποθέτει ολοκληρωμένο σχεδιασμό Εθνικής Πολιτικής Δημόσιας Υγείας που θα στοχεύει σε συγκεκριμένες επιδιώξεις. Επιδιώξεις, οι οποίες δεν θα προγραμματίζονται απλώς, αλλά θα ελέγχονται για την εφαρμογή τους και, πολύ περισσότερο, θα αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Η πιο συχνή ένδειξη για προγεννητικό έλεγχο είναι η προχωρημένη ηλικία της μητέρας. Είναι γνωστό ότι τα ωοθυλάκια καταβάλλονται στην ενδομήτρια περίοδο της ζωής και έτσι εκείνα που ωριμάζουν και απελευθερώνουν ωάρια σε προχωρημένη ηλικία θεωρούνται

γηρασμένα και εκφυλισμένα με αποτέλεσμα η συχνότητα εμφάνισης συνδρόμου Down σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερες από 35 χρόνια να αυξάνει σημαντικά.

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

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

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

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

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

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

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

Σκοπός-υλικό

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας είναι να γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση σε ότι αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας και τις κήσεις υψηλού κινδύνου. Γίνεται λεπτομερής αναφορά στα γενικότερα προβλήματα της εφηβικής ηλικίας μιας κήσης, πως αναπτύσσεται στο περιβάλλον μιας κοινότητας και πως αντιμετωπίζεται μέσα από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις υπηρεσίες αυτές.

Γίνεται αναφορά στις δεξιότητες και τις επιμέρους εκπαιδεύσεις πρέπει αυτοί να κατέχουν ώστε να εργάζονται στην κοινότητα και πως μπορούν να βοηθήσουν την έγκυο γυναίκα και το βρέφος ώστε να υπάρχει επιτυχές αποτέλεσμα της κήσης,

Σκοπός της εργασίας είναι να γνωρίζουν οι επαγγελματίες Υγείας τα σημεία και τα συμπτώματα των παθολογικών καταστάσεων στην κήση και τον τοκετό ώστε σε συνεργασία με το Μαιευτήρα να συμβάλουν στην έγκαιρη πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών για τη μητέρα και το έμβρυο στην κοινότητα. Να εφαρμόζουν ολοκληρωμένη μαιευτική νοσηλευτική φροντίδα και να παρέχουν ψυχολογική στήριξη σε εγκύους υψηλού κινδύνου.

Υλικό

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε στηρίχθηκε σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως pub-med, goggle-scholar. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως : maternity care, primary maternity, primary health care, perceptions of health, maternity care in Europe, maternal mortality, εφηβεία, εγκυμοσύνη, εφηβική κήση, οικογενειακός προγραμματισμός. Επίσης βασίστηκε σε επιστημονικά συγγράμματα και παρουσιάσεις άρθρων σε επιστημονικά περιοδικά

Από την ανασκόπηση προέκυψαν είκοσι επτά ελληνικά συγγράμματα (4 ενδοκρινολογικά ,δεκατέσσερα μαιευτικής-γυναικολογίας, έξι δίκαια της υγείας τρία οικονομία-στατιστικής, τέσσερα επιστημονικά περιοδικά και σαράντα ξενόγλωσσα συγγράμματα .

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ1

1.1.1 ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ. ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

ΟΡΙΣΜΟΙ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως μητρική θνησιμότητα ορίζεται ο αριθμός των μητρικών θανάτων σε 100.000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών.

ΑΙΤΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Αίτια της μητρικής θνησιμότητας μπορεί να είναι:

α) «Άμεσα» μαιευτικά αίτια: Στις περιπτώσεις αυτές ο μητρικός θάνατος, προέρχεται από μαιευτικές παθήσεις και επιπλοκές, που έχουν σχέση με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, όπως είναι η έκτρωση, αιμορραγία, εκλαμψία ή από επιπλοκές, που οφείλονται σε παρεμβάσεις, παραλήψεις ή λαθεμένη θεραπεία.

β) «Εμμεσα» μαιευτικά αίτια: Στις περιπτώσεις αυτές ο μητρικός θάνατος προέρχεται από προϋπάρχουσα νόσο ή νόσο που αναπτύχθηκε και επιδεινώθηκε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως π.χ. καρδιοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, ναρκωτικά.

γ) Μη μαιευτικά αίτια: Συμπτωματικός θάνατος, που προέρχεται από μη σχετιζόμενες με την κύηση αιτίες (Καθηγητής Β. Καραγιάννης θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας, τ-3, 2010)

Η ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Τα αίτια του μητρικού θανάτου ποικίλλουν από χώρα σε χώρα και μεταβάλλονται ανάλογα με το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι σχετικές με τη μητρική θνησιμότητα έρευνες άρχισαν ήδη από το 1901 στη Βοστώνη, ΗΠΑ από την Miss Williams, ενώ η Εμπιστευτική Έρευνα για τη μητρική θνησιμότητα (CEMD-Confidential Enquires into Maternal Deaths), άρχισε στην Αγγλία το 1952 και σε κάθε νέα τριετία εκτιμάται η εφαρμογή των προηγούμενων προτεινόμενων οδηγιών. Η CEMD θεωρείται ως η πιο τεκμηριωμένη και αξιόπιστη έρευνα στον τομέα αυτό και αποτελεί σήμερα πρότυπο για την συγκριτική αξιολόγηση των διεθνών αναφορών. Στην Ελλάδα οι πρώτες αναφορές της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας καταγράφονται από το 1962. (Καθηγητής Β. Καραγιάννης θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας, τ-3, 2010)

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι στόχοι της έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

- Να καθορίσει τις κυριότερες αιτίες των μητρικών θανάτων
- Να μειώσει περαιτέρω τη μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα (συμπεριλαμβανομένων και περιπτώσεων με ανεπαρκή φροντίδα)
- Να αναγνωρίσει γεγονότα που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί
- Να ενημερώσει όλους τους επαγγελματίες υγείας
- Να συστήσει βελτιώσεις στην κλινική πρακτική και την παροχή υπηρεσιών
- Να προτείνει θέματα μελλοντικής έρευνας και εσωτερικού ελέγχου

(Καθηγητής Β. Καραγιάννης θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας, τ-3, 2010)

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ

Ο αριθμός των μητρικών θανάτων ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών έχει ελαττωθεί αξιοσημείωτα κατά το τελευταίο μισό του 20ου αιώνα. Στις Η.Π.Α. π.χ. το 1935, ο μέσος όρος μητρικής θνησιμότητας ήταν 582,1 ανά 100.000 γεννήσεις, και το 1985 έπεσε στο 7,8. Η μητρική θνησιμότητα έχει εμφανίσει και στην Αγγλία κλιμακωτή ελάττωση κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Οι θάνατοι ανά 100.000 γεννήσεις ήταν 98,9 το 1951, 41,7 το 1961, 21,1 το 1971 και 8,9 το 1981.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε. (Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος), ήταν 33 θάνατοι ανά 100.000 γεννήσεις για την τριετία 1967-1969 και έπεσε στους 11,3 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις στη δεκαετία του 80 και τους 5 στη δεκαετία του 1990. (Καθηγητής Β. Καραγιάννης θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας, τ-3, 2010)

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΜΗΤΡΙΚΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ

Ως κυριότερα από τα αίτια μητρικού θανάτου αναφέρονται στις σχετικές έρευνες η υπερτασική νόσος της εγκυμοσύνης, η αναισθησία και οι αιμορραγίες από τη μήτρα και η εξωμήτριος εγκυμοσύνη.

Η υπέρταση που αναπτύσσεται για πρώτη φορά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή προϋπάρχει και επιδεινώνεται από την εγκυμοσύνη, αποτελεί ένα από τα κυριότερα «άμεσα» αίτια μητρικού θανάτου. Η υπερτασική νόσος εμφανίζεται σε αναλογία περίπου 6-7% στο σύνολο των κήσεων και αποτελεί συνεπώς μια από τις συνηθέστερες επιπλοκές της εγκυμοσύνης.

Η μαιευτική αναισθησία συμπεριλαμβανόταν παλαιότερα στα κυριότερα «άμεσα» αίτια μητρικών θανάτων, αλλά από το 1980 θεωρείται ως ανεξάρτητη αιτία μητρικών θανάτων, σύμφωνα με την 9^η Κλινική Αναθεώρηση της Διεθνούς

Ταξινόμησης Νόσων (ICD:9-International Classification of Diseases: 9th Revision). Ο θάνατος οφείλεται κυρίως σε αδυναμία διατήρησης ανοικτών αεροφόρων οδών, ή σε χορήγηση των αναισθητικών, αναλγητικών και κατασταλτικών του τοκετού φαρμάκων ή από τρώση της σκληρής μήνιγγας στην περιοχική επισκληρίδιο κυρίως αναισθησία. Φαίνεται όμως ότι η περιοχική αναισθησία συνδέεται με σημαντικά μικρότερο αριθμό μητρικών θανάτων σε σύγκριση με τη γενική αναισθησία και εφαρμόζεται σήμερα ευρύτατα στο φυσιολογικό τοκετό και στην καισαρική τομή. Ο θάνατος στην εξωμήτρια εγκυμοσύνη οφείλεται κυρίως σε ενδοκοιλιακή αιμορραγία.

Στις επιπλοκές που συνδέονται με αιμορραγίες κατά την κύηση και τον τοκετό περιλαμβάνονται, εκτός από την εξωμήτρια εγκυμοσύνη, οι εκτρώσεις, ο προδρομικός πλακούντας, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και η ρήξη της μήτρας. Οι αιμορραγίες αυτές εμφανίζονται με αυξημένη μητρική θνησιμότητα, επειδή συχνά καθιστούν αναγκαία την αποπεράτωση του τοκετού με μαιευτικές επεμβάσεις και κυρίως με καισαρική τομή.

Οι θάνατοι από πνευμονική εμβολή έχουν ελαττωθεί σημαντικά κατά την τελευταία δεκαετία. Η προεκλαμψία και η εκλαμψία εξακολουθούν να αποτελούν τις πιο επικίνδυνες καταστάσεις στη μαιευτική, παρά το γεγονός ότι η μητρική θνησιμότητα στις περιπτώσεις αυτές έχει ελαττωθεί σχεδόν στο 1/3 κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Σήμερα η μητρική θνησιμότητα από εκλαμψία κυμαίνεται από χώρα σε χώρα μεταξύ του 0,5 και του 5%. Στην

Ελλάδα ο μέσος όρος θνησιμότητας από «τοξιναιμία» (προεκλαμψία και εκλαμψία) κατά τη διάρκεια του 1978-1988 ήταν 188/100.000 γεννήσεις (0,19%), ενώ η αναλογία των περιπτώσεων τοξιναιμίας, στο σύνολο των τοκετών ήταν 0,6% κατά το ίδιο χρονικό διάστημα. Οι αιμορραγίες στην προχωρημένη κύηση και τον τοκετό (σε προδρομικό πλακούντα, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και ρήξη της μήτρας) αποτελούσαν παλαιότερα μαζί με τη σηψαιμία τα κυριότερα αίτια του μητρικού θανάτου. Κατά την τελευταία όμως δεκαετία σημειώθηκε σημαντική προς τα κάτω απόκλιση της μητρικής θνησιμότητας από τα αίτια αυτά.

Στην Ελλάδα ο μέσος όρος μητρικής θνησιμότητας από αιμορραγίες ήταν 35/100.000 γεννήσεις ή 0,035% στη δεκαετία του 70, αλλά ελαττώθηκε σημαντικά στη δεκαετία του 80 (19/100.000 γεννήσεις ή 0,019%). Εντυπωσιακά χαμηλή εμφανίζεται επίσης η θνησιμότητα από λοιμώξεις κατά την τελευταία δεκαετία, αφού στο διάστημα αυτό ήταν 29/100.000 γεννήσεις ή 0,29%. Η μητρική θνησιμότητα από καισαρική τομή δεν είναι εύκολο να προσδιορισθεί στον Ελλαδικό χώρο, επειδή παρόμοια στοιχεία δεν καταχωρούνται στην Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. Στα δυτικά κράτη η σχετική μητρική θνησιμότητα είναι μικρότερη από 1%. Οι κίνδυνοι από καισαρική τομή αυξάνουν τις σηπτικές επιπλοκές και τα Θρομβοεμβολικά επεισόδια. Θεωρείται επομένως λογικό το συμπέρασμα ότι σημαντική ελάττωση της μητρικής θνησιμότητας μπορεί να επιτευχθεί, εάν ελαττωθεί η συχνότητα των καισαρικών τομών, χωρίς βέβαια να τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του εμβρύου.

Σε πολλές περιπτώσεις η μητρική θνησιμότητα συνδέεται μερικώς τουλάχιστον με ορισμένα παθολογικά αίτια, όπως είναι οι καρδιοπάθειες και ο σακχαρώδης διαβήτης (έμμεσος μαιευτικός θάνατος). Στο σακχαρώδη διαβήτη η μητρική θνησιμότητα αυξάνει στο τριπλάσιο λόγω των συνοδών επιπλοκών, όπως είναι η κετοξέωση, η υπέρταση, η προεκλαμψία και η πυελονεφρίτιδα.

Στην Αγγλία η υπέρτασική νόσος της εγκυμοσύνης, η πνευμονική εμβολή (θρομβοεμβολική νόσος) και τα καρδιακά νοσήματα μαζί με τις αυτοκτονίες και την αναισθησία αποτελούν τα κυριότερα αίτια μητρικού θανάτου. • Κυριότερες αιτίες μητρικών θανάτων (1997-1999)

- Υπέρτασική νόσος της εγκυμοσύνης
- Πνευμονική εμβολή
- Αναισθησία
- Εξωμήτρια εγκυμοσύνη

- Εμβολή αμνιακού υγρού
- Αιμορραγίες από τη μήτρα
- Σηψαιμία
- Έκτρωση
- Αυτοκτονίες

(⁸⁴.CEMD)

Στην Ελλάδα προηγείται η αιμορραγία κατά την κύηση και τον τοκετό και έπονται οι θάνατοι από θρομβοεμβολικά επεισόδια, από καρδιακά νοσήματα, από υπέρταση και ρήξη της μήτρας. Τα αίτια αυτά ευθύνονται για το 90% των μητρικών θανάτων στην Ελλάδα. (Καθηγητής Β. Καραγιάννης θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας, τ-3, 2010)

Σκοπός της Εμπιστευτικής Έρευνας (CEMD)

Ο σκοπός της Εμπιστευτικής Έρευνας στην Αγγλία, η οποία κάνει αναφορά ανά τριετία, είναι η διασφάλιση της καλύτερης δυνατής περίθαλψης σε όλες τις έγκυες γυναίκες και σε αυτές που έχουν γεννήσει πρόσφατα καθώς και η διασφάλιση περίθαλψης σε κέντρα τα οποία δίνουν προτεραιότητα στις ιδιαίτερες ανάγκες της κάθε γυναίκας.

Σύμφωνα με τις έρευνες της CEMD στην Αγγλία, το ποσοστό της ανεπαρκούς περίθαλψης σε σχέση με το είδος του μητρικού θανάτου για το 1997-99 ήταν 90% για τον άμεσο μητρικό θάνατο, 17% για τον έμμεσο, 10% για το συμπτωματικό και 10% για τον όψιμο μητρικό θάνατο. (Καθηγητής Β. Καραγιάννης θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας, τ-3, 2010)

ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Ως ανεπαρκής περίθαλψη στην πρόληψη του μητρικού θανάτου θεωρείται:

- Η αδυναμία του μη έμπειρου προσωπικού να παραπέμψει σε πιο έμπειρο προσωπικό ή νοσοκομείο.
- Η αδυναμία των έμπειρων ιατρών να παραστούν (ακατάλληλη ανάθεση έργου).
- Οι ασαφείς ή μη πλήρεις οδηγίες για την αντιμετώπιση της μαζικής αιμορραγίας, της εκλαμψίας και της πνευμονικής εμβολής.

- Η έλλειψη ομαδικότητας.
- Η αδυναμία του κλινικού προσωπικού να αναγνωρίσει καταστάσεις που δεν άπτονται της ειδικότητάς του ή να αναζητήσει συμβουλή έγκαιρα.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου που πρέπει να αξιολογούνται κατά τη διάρκεια της περιθαλψής της εγκύου γυναίκας είναι:

- Πολύ νεαρή ηλικία/ κάτω των 18 ετών
- Κοινωνική περιθωριοποίηση
- Υπό επίβλεψη κοινωνικών λειτουργών
- Παχυσαρκία
- Ηλικία
- Τόκος
- Οικιακή βία
- Πολύδυμη κύηση
- Εξωσωματική γονιμοποίηση

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Θεωρείται απαραίτητη η διαδικασία της συστηματικής ενημέρωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και η παροχή σημαντικών οδηγιών για ορισμένα νοσήματα, όπως είναι:

- Η φλεβοθρόμβωση
- Η υπερτασική νόσος της εγκυμοσύνης
- Η αιμορραγία σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- Η καρδιακή νόσος
- Η σηψαιμία

ΕΜΦΑΣΗ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΣΗΜΕΙΑ

Είναι χρήσιμη η ευαισθητοποίηση όλων των εμπλεκομένων στη νοσηλευτική διαδικασία ατόμων σε συγκεκριμένα σημεία όπως είναι:

- Η νοητική ασθένεια
- Η οικιακή βία
- Η δύσκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Τα κατεστημένα πρότυπα συμπεριφοράς
- Η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων για την παροχή φροντίδας και
- Η συνεργασία ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών

ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΒΗΜΑ

Για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σύμφωνα με τη CEMD γίνονται σεβαστές οι ακόλουθες οδηγίες:

- Τακτική ανανέωση των κατευθυντηρίων οδηγιών με τη συμμετοχή επαγγελματιών από πολλές ειδικότητες.
- Αντιμετώπιση των περιστατικών ως ομάδα.
- Δημιουργία επίσημων ομάδων συνεργασίας από έμπειρους μαιευτήρες, εντατικολόγους, αναισθησιολόγους και αγγειοχειρουργούς.
- Στελέχωση των μαιευτικών Κλινικών από υψηλής στάθμης ειδικούς.
- Προγράμματα συνεχούς και ευρείας εκπαίδευσης του προσωπικού για την επαρκέστερη αντιμετώπιση των επιπλοκών της κύησης.

Σύμφωνα με δημοσιευμένη μελέτη με τίτλο “Healthy pregnant woman effect” στο κεφ. 20 Why Mothers Die 2000-02, πρέπει να τονισθεί ότι η εγκυμοσύνη προστατεύεται με ποικίλους ρυθμιστικούς μηχανισμούς και ότι:

Μόνο το 1/3 όλων των θανάτων των γυναικών ηλικίας 15-44 ετών είναι μητρικοί θάνατοι και

Ο κίνδυνος θανάτου στις εγκυμονούσες και στις λεχωίδες από μαιευτικά αίτια είναι 5 φορές μικρότερος, σε σύγκριση με τους θανάτους των μη εγκύων γυναικών από ποικίλα άλλα αίτια.

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

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

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

Η μητρική και η περιγεννητική θνησιμότητα και συννοσηρότητα αυξάνουν στις κήσεις που συνοδεύονται από παθολογικές καταστάσεις και ονομάζονται κήσεις υψηλού κινδύνου. Εδώ περιλαμβάνονται οι κήσεις στις οποίες η μητέρα έχει ιστορικό με παθήσεις ή δέχεται εξωγενείς επιδράσεις από παράγοντες που δημιουργούν αυξημένους κινδύνους για την ίδια και το έμβρυο.

Είναι γνωστό ότι σε ορισμένες παθήσεις της μητέρας επηρεάζεται σαφώς η περιγεννητική θνησιμότητα και το έμβρυο στις κήσεις αυτές έχει στατιστικά πολύ περισσότερες πιθανότητες για αυτόματη έκτρωση, πρόωρο τοκετό, εμβρυϊκό και νεογνικό θάνατο. Για παράδειγμα, το έμβρυο μιας διαβητικής μητέρας, το έμβρυο μιας υπερτασικής μητέρας και το έμβρυο μιας πολύ αναιμικής μητέρας έχουν ορισμένα κοινά ή διαφορετικά προβλήματα, που ανεβάζουν τελικά την περιγεννητική θνησιμότητα. Η περιγεννητική θνησιμότητα στις κήσεις υψηλού κινδύνου μπορεί να βελτιωθεί με σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση των παραγόντων που θα προσδιοριστούν έγκαιρα με τη βοήθεια διαγνωστικών μεθόδων. Αυτό βέβαια απαιτεί βαθιά θεωρητική γνώση των καταστάσεων που σχετίζονται με τις κήσεις υψηλού κινδύνου και συστηματική παρακολούθηση της ασθενούς.

Τα προηγούμενα δεν σημαίνουν ότι δεν υπάρχει μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα σε κήσεις που είχαν θεωρηθεί «ασφαλείς».

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

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

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

- Υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου (και υπολειπόμενου βάρους γέννησης νεογνά). Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη από διπλάσια σε σχέση με τα κανονικού βάρους νεογνά.
- Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων (κάτω από την 36η εβδομάδα της κύησης)
- Πρόωρος τοκετός. Ο πρόωρος τοκετός είναι η κύρια αιτία περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας στις ΗΠΑ.
- Μικρό βάρος γέννησης

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

Η υπέρταση μπορεί να προϋπάρχει πριν από την εγκυμοσύνη, ή μπορεί να εντοπιστεί για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, σε μερικές γυναίκες, η υπέρταση μπορεί να γίνει εμφανής μόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού ή κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό. Για κλινικούς λόγους, οι γυναίκες με υπέρταση μπορούν να ταξινομηθούν σε μια από τρεις κατηγορίες (Πίνακας 1) (Sibai, 1996).

Πίνακας 1: Έκβαση Εγκυμοσύνης σε Γυναίκες με Ήπια Υπέρταση Κύησης

	KNUIST ET AL. N = 396	HAUTH ET AL. N = 715	BARTON ET AL. N = 405	SIBAI ET AL. N = 186
Κύηση κατά την γέννα (wk) ^[*]	N/R	39.7	37.4 ^[†]	39.1
<37 wk (%)	5.3	7.0	17.3	5.9
<34 wk (%)	1.3	1.0	4.9	1.6
Βάρος κατά τη γέννα (g) ^[*]	N/R	3303	3038	3217
SGA (%)	1.5 ^[‡]	6.9	13.8	7.0
<2,500 g (%)	7.1	7.7	23.5	N/R
Αποκόλληση πλακούντα	0.5	0.3	0.5	0.5
Περιγεννητικοί θάνατοι	0.8	0.5	0	0
N/R: δεν αναφέρθηκε· SGA: Μικρό για την ηλικία κύησης. * Μέσες τιμές † Οι γυναίκες που εμφάνισαν υπέρταση σε 24-35 εβδομάδες. ‡ <3 ^ο εκατοστημόριο.				

Πηγή: Sibai BM., *Διάγνωση και αντιμετώπιση της υπέρτασης κύησης και της προεκλαμψίας.* Obstet Gynecol 102:181, 2003.

Υπέρταση κύησης είναι η ανάπτυξη μιας αυξημένης αρτηριακής πίεσης (BP) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή στις πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό χωρίς άλλα σημάδια ή συμπτώματα προεκλαμψίας ή προϋπάρχουσας υπέρτασης. Η αρτηριακή πίεση πρέπει να επιστρέψει στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε 6 εβδομάδες μετά από τον τοκετό. Υπέρταση ορίζεται ως η αρτηριακή πίεση μεγαλύτερη ή ίση με 140 mm Hg συστολικά ή 90 mm Hg διαστολικά (Πίνακας 2). Η υπέρταση πρέπει να εμφανίζεται σε τουλάχιστον δύο περιπτώσεις, τουλάχιστον 4 ώρες ξεχωριστά, αλλά εντός ενός μεγίστου περιόδου μιας εβδομάδας (Hath et al., 2000).

Πίνακας 2: Κριτήρια για Ήπια Υπέρταση Κύησης σε Υγιείς Έγκυες Γυναίκες

Συστολική αρτηριακή πίεση <160 mm Hg και διαστολική αρτηριακή πίεση <110 mm Hg
Πρωτεϊνουρία < 300 mg/24 ώρες
Αριθμός αιμοπεταλίων > 100.000/mm ³
Φυσιολογικά ένζυμα ήπατος
Απώντα μητρικά συμπτώματα
Απώντα IUGR και ολιγουδράμνια με υπερήχους

IUGR: Περιορισμός ενδομήτριας ανάπτυξης. **Πηγή:** Sibai BM: Gabbe: Μαιευτική: Φυσιολογικές και Προβληματικές Εγκυμοσύνες, 5th ed. Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier, 2007

Η υπέρταση κύησης είναι η συχνότερη αιτία της υπέρτασης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η συχνότητα της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 6 και 17 τοις εκατό σε άτοκες γυναίκες και μεταξύ 2 και 4 τοις εκατό στις πολύτοκες γυναίκες. Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται εμφανώς σε ασθενείς με πολλαπλή κύηση. Σε γενικές γραμμές, η πλειονότητα των περιπτώσεων της υπέρτασης κύησης αναπτύσσεται σε ή πέρα από τις 37 εβδομάδες κύησης, και ως εκ τούτου, η συνολική έκβαση της εγκυμοσύνης είναι συνήθως παρόμοια ή ακόμα και ανώτερη από αυτήν που παρατηρήθηκε σε γυναίκες με φυσιολογική αρτηριακή πίεση κατά την εγκυμοσύνη (Πίνακας 3). Τόσο η ηλικία κύησης κατά τον τοκετό όσο και το βάρος γέννησης σε αυτές τις εγκυμοσύνες είναι σημαντικά υψηλότερα από ότι στις φυσιολογικές εγκυμοσύνες. Ωστόσο, οι γυναίκες με ήπια υπέρταση κύησης έχουν υψηλότερα ποσοστά έναρξης τοκετού και, υψηλότερα ποσοστά καισαρικής τομής κατά την γέννα σε σύγκριση με γυναίκες οι οποίες έχουν φυσιολογική αρτηριακή πίεση κύησης (Hauth et al., 2000, Knuist et al, 1998, Sibai, 2003).

- **Μεγάλη αναιμία.** Αναιμία στην κύηση ορίζεται συνήθως η ύπαρξη επιπέδων αιμοσφαιρίνης <11 gr/dL και ως μεγάλη αναιμία θεωρείται όταν η αιμοσφαιρίνη είναι <9 gr/dL. Η μεγάλη αναιμία συνεπάγεται αυξημένο ποσοστό ενδομήτριων θανάτων και νεογνών με υπολειπόμενο βάρος ενώ η μητέρα παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο μαιευτικών λοιμώξεων.

- **Θρομβοεμβολικά επεισόδια**

- Θρομβοπενία, με περιγεννητική θνησιμότητα 20%. Η μητέρα παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο (ποσοστό >20%) αιμορραγιών της πρώιμης λοχείας

- Μέτρια ως βαριά νεφρική νόσος, περιλαμβάνοντας την οξεία ή χρόνια πυελονεφρίτιδα. Η οξεία πυελονεφρίτιδα ευθύνεται για αυξημένο ποσοστό (20%) πρόωρων τοκετών.

- Παθήσεις από το ήπαρ και το γαστρεντερικό σύστημα με αντιπροσωπευτική τη σκωληκοειδίτιδα, που όταν είναι εντοπισμένη καταλήγει σε εμβρυική απώλεια στο 10% ενώ σε περιτονίτιδα, η εμβρυϊκή

απώλεια υπερτριπλασιάζεται.

- Λοιμώξεις. Ακόμα και σε αναπτυγμένες χώρες, όπως είναι η Ολλανδία, αναφέρεται μητρική θνησιμότητα >0.7 σε κάθε 100.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών λόγω σήψης. Από αυτές, σε >40% ευθύνεται η λοίμωξη από στρεπτόκοκκο της ομάδας A (Kramer et al, 2009). Κάποιες περιγεννητικές λοιμώξεις εμφανίζουν αυξημένη θνησιμότητα κατά τη νεογνική ηλικία. Για παράδειγμα, η προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος του εμβρύου-νεογνού από έρπητα εμφανίζει θνησιμότητα 15%, ενώ σε διάχυτη ερπητική λοίμωξη η θνησιμότητα είναι 57% (Chan et al, 2002).

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

Στην ελάττωση της περιγεννητικής θνησιμότητας κάποιων από αυτές τις καταστάσεις, μεγάλο ρόλο παίζει η θεραπευτική παρέμβαση. Για παράδειγμα, η χορήγηση κορτικοστεροειδών για τη βελτίωση της πνευμονικής ωριμότητας του εμβρύου ελαττώνει την περιγεννητική θνησιμότητα. Οι δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα είναι:

- Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των γονέων με κακή διατροφή, κατάχρηση οινόπνευματος, κάπνισμα, κακή φυσική κατάσταση και χαμηλό ύψος της εγκύου. Η χώρα προέλευσης, η φυλή και το φύλο παίζουν επίσης ρόλο στην περιγεννητική θνησιμότητα. Σε χώρες που μαστίζονται από επιδημίες, η περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα αναμένονται αυξημένες και διάφορα μέτρα είναι απαραίτητα για την ελάττωσή τους. Για παράδειγμα, σε έγκυες φορείς του HIV, η χορήγηση βιταμίνης A μπορεί να ελαττώσει τη μητρική θνησιμότητα και να βελτιώσει το περιγεννητικό αποτέλεσμα. Η

ανύπαντρη μητέρα και το ανεπιθύμητο παιδί αποτελούν πρόσθετους επιβαρυντικούς παράγοντες. Με αυξημένη μητρική θνησιμότητα έχουν συνδεθεί επίσης η ανεργία, ο μικρός αριθμός προγεννητικών επισκέψεων και η αρχική επίσκεψη σε μονάδα προγεννητικής φροντίδας μετά τον τέταρτο μήνα της κύησης. Οι σωστά εκπαιδευμένες μαίες μπορούν να παίξουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ελάττωση της μητρικής θνησιμότητας.

- Ηλικία της μητέρας (κάτω από τα 15 ή πάνω από τα 35 χρόνια). Αν και υπάρχουν μελέτες που δείχνουν αυξημένη μητρική θνησιμότητα σε ηλικίες κάτω από τα 15 σε επίπεδο μη στατιστικά σημαντικό, η νεογνική θνησιμότητα σε αυτές τις ηλικίες είναι σαφώς μεγαλύτερη. Σε γυναίκες μετά την ηλικία των 40 ετών, υπάρχει αυξημένη μητρική θνησιμότητα, αυξημένο ποσοστό αυτόματων εκτρώσεων και εμβρυϊκών ανωμαλιών και αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα. Στις μεγάλες ηλικίες, η αυξημένη περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα οφείλονται κυρίως σε συνυπάρχουσες παθήσεις, όπως υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη.

Η μητρική θνησιμότητα αυξάνει και σε καταστάσεις που συνδέονται με κάποιους από τους παραπάνω παράγοντες όπως π.χ. στο σύνδρομο HELLP, που μπορεί να συνδέεται με προεκλαμψία-εκλαμψία. Αναφέρεται τέλος, ότι η μητρική θνησιμότητα είναι γενικά αυξημένη σε καισαρική τομή σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό. Επομένως, η ελάττωση του ποσοστού των καισαρικών τομών θα μπορούσε να ελαττώσει τη μητρική θνησιμότητα. Οι παράγοντες από το γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό που μπορεί να σχετίζονται με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα αλλά και μητρική θνησιμότητα ή νοσηρότητα είναι (Ιατράκης, 2009).



1.1.2 Ιατρικοποίηση του τοκετού

Σε πολλές χώρες, οι κοινοτικοί νοσηλευτές και οι επισκέπτες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υγιεινομική περίθαλψη που παρέχεται στις έγκυες γυναίκες, ενώ οι μαιές παρακολουθούν τις γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και τις βοηθούν στον τοκετό (Venvilainen-Julkunen, 1995).

Εντούτοις, σε μερικές χώρες η διενέργεια τοκετών από μαιές έχει σχεδόν εκλείψει. Τα πιο κραυγαλέα παραδείγματα είναι οι ΗΠΑ και ο Καναδάς, ενώ ένα παρόμοιο φαινόμενο παρατηρείται επίσης στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες.

Η μείωση της πραγματοποίησης τοκετών από μαιές στις ΗΠΑ και στον Καναδά βασίστηκε σε ισχυρισμούς επισφαλούς πρακτικής, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν στοιχεία που να τεκμηριώνουν αυτούς τους ισχυρισμούς.

Στη σύγχρονη Ελλάδα, όλοι σχεδόν οι τοκετοί πραγματοποιούνται σε δημόσιες ή ιδιωτικές κλινικές υπό την επίβλεψη μαιευτήρα-γυναικολόγου ιατρού.

Εντούτοις, από αυτή την πρακτική η χώρα άρχισε να αντιμετωπίζει νέα προβλήματα (Καθημερινή, 2004). Από το 1996, οι Skalkidis et al προειδοποιούσαν ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 13 ετών τα ποσοστά καισαρικών τομών είχαν αυξηθεί στην Ελλάδα σχεδόν κατά 50% και ότι οι καισαρικές τομές εκτελούνταν δύο φορές πιο συχνά στα δημόσια

εκπαιδευτικά νοσοκομεία, στοιχείο που κατά τους συγγραφείς αποτελούσε ένδειξη ότι υπεισέρχονταν και κοινωνικοί παράγοντες στην εφαρμογή της μεθόδου. Οι Tampakoudis et al, σε σχετική έρευνα τους, ανέφεραν ότι σε 34.575 τοκετούς που καταγράφηκαν μεταξύ 1997 και 2000 το γενικό ποσοστό καισαρικών τομών αυξήθηκε σταδιακά από 13,8% (1977-1983) σε 29,9% (1994-2000).

Μια νέα έκθεση, που έγινε το 2004 από την Ένωση Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος, προειδοποίησε ότι το 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 (Καθημερινή, 2004).

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

1.2.1 Ιστορική αναδρομή της μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα

.Ο ΤΟΚΕΤΟΣ ΑΡΧΑΙΑ ΑΘΗΝΑ



Ο τοκετός στην αρχαία Ελλάδα ήταν μια διαδικασία επικίνδυνη για τη μητέρα και για το βρέφος. Οι πιθανότητες θανάτου ήταν αυξημένες και για τους δύο και δεν ήταν λίγες οι

περιπτώσεις που η μητέρα έχανε την ζωή της στη γέννα. Η πρόοδος της Ιατρικής βοήθησε τη διαδικασία αυτή. Ο Ιπποκράτης τον 5^ο π.χ. αιώνα συγγράφει ειδικά για τα γυναικολογικά και τον 2^ο αιώνα μΧ. ο Έλληνας Σωρανός ο Εφέσιος ξεχωρίζει ως ο διασημότερος γυναικολόγος στη Ρώμη. Για μια κανονική γέννα θα έπρεπε να έχουν ετοιμάσει: ελαιόλαδο, χλιαρό νερό, χλιαρά επιθέματα (θερμάσματα), μαλακούς σπόγγους, κομμάτια μαλλί, επιδέσμους, ένα μαξιλάρι, πράγματα για να μυρίσει η επίτοκος, το σκαμνί ή την καρέκλα της μαίας, δύο κρεβάτια και ένα κατάλληλο δωμάτιο.

Το λάδι χρειάζεται για να εγχυθεί και να επαλειφθεί. Το χλιαρό νερό για να ξεπλυθούν τα διάφορα μέρη. Τα θερμάματα για να ανακουφιστούν οι πόνοι. και το μαλλί για να σκεπαστούν τα μέρη της γυναίκας. Το μαξιλάρι για να τοποθετηθεί εκεί το μωρό κάτω από την γυναίκα μέχρι να τελειώσει ο τοκετός. Πράγματα για να μυρίσει η γυναίκα και να συνέλθει, όπως μέντα, κριθάρι, μήλο, κ.α.

Ο τοκετός θεωρούνταν διαδικασία που προκαλούσε πνευματική μόλυνση. Για το λόγο αυτό απαγορευόταν να πραγματοποιείται σε ιερά. Η νέα μητέρα θεωρούνταν μολυσμένη τουλάχιστον για τις δέκα πρώτες ημέρες μετά τη γέννα. Στο διάστημα αυτό ήταν περιορισμένη στο σπίτι και με ελάχιστους ανθρώπους ερχόταν σε επαφή.

Το μίasma δεν περιοριζόταν μόνο σε αυτή, αλλά σε οποιονδήποτε βοήθησε στον τοκετό ή βρισκόταν στο σπίτι την ώρα του τοκετού.

Όσοι εκτέθηκαν στην μόλυνση δεν επιτρεπόταν να εισέρχονται σε ιερά ή να ασκούν τη λατρεία. Αυτή η απομόνωση των δέκα πρώτων ημερών είχε χαρακτήρα θρησκευτικό, επιπλέον όμως κάλυπτε και πρακτικές ανάγκες: τον αποκλεισμό της γυναίκας από τις δουλειές της καθημερινής ζωής και τη βιολογική προστασία της μητέρας και του βρέφους από τους κινδύνους που ελλόχευε η έκθεσή τους στον έξω κόσμο τις πρώτες αυτές κρίσιμες ημέρες.

Στην Αθήνα, αμέσως μετά τη γέννηση ενός παιδιού οι γυναίκες του σπιτιού που είχαν βοηθήσει στη διαδικασία του τοκετού έπλεναν το νεογνό με καθαρό, κρύο νερό, το σπαργάνωναν και στη συνέχεια το παρουσίαζαν στον πατέρα.

1.2.2 Ιστορική αναδρομή της μαιευτικής φροντίδας στην νεότερη Ελλάδα

Στην Ελλάδα, στο νεοϊδρυθέν, μετά την Ελληνική επανάσταση ενάντια στην Οθωμανική αυτοκρατορία, κράτος ήταν προφανής η έλλειψη οποιουδήποτε οργανωμένου συστήματος

υγειονομικής περίθαλψης και μια παντελής έλλειψη εκπαιδευμένων νοσοκόμων και μαιών (Λανάρα Β., 1978).

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

Διερευνώντας διάφορες πηγές για την διασταύρωση των ως άνω στοιχείων, βρέθηκε ότι μόλις το 1838 δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος το υπ'αρ.9, 16/03/1838 διάταγμα «Περί συστάσεως σχολής διά τας μαιίας» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, αρ.9).

Παρόλ' αυτά, δεν κατορθώθηκε να διασταυρωθεί το κατά πόσο αυτή η σχολή λειτούργησε πραγματικά ή έμεινε μόνο στα χαρτιά ούτε και για το αν αναφερόταν σε μια νέα σχολή ή αν το διάταγμα αυτό αφορούσε στην επισημοποίηση της λειτουργίας του Φροντιστηρίου Μαιευτικής που λειτουργούσε υπό το Ν. Κωστή. Είκοσι δύο χρόνια αργότερα, με το νόμο ΤΝΖ/1856 «Περί του Μαιευτικού Σχολείου», αρχίζει επίσημα στο Ελληνικό κράτος η εκπαίδευση μαιών. Σημειωτέον ότι το «Μαιευτικό Σχολείο» είναι η πρώτη σχολή εκπαίδευσης γυναικών στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα.

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

Η δεύτερη δεκαετία του 20ού αιώνα ήταν μια πολιτικά ασταθής περίοδος για την Ελλάδα, καθώς για πολλά έτη η χώρα βρισκόταν σε πόλεμο με την Τουρκία. Το 1922 η Ελλάδα έχασε τον πόλεμο, ένας μεγάλος αριθμός Ελλήνων που για αιώνες ζούσαν στη Μικρά Ασία και στα παράλια της Μαύρης Θάλασσας ήρθαν στην Ελλάδα ως πρόσφυγες, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός μόνο της Αθήνας να διπλασιαστεί μεταξύ του 1922 και του 1928 (Venieris D. 1997). Μετά από αυτή την αξιοσημείωτη αύξηση του πληθυσμού, η ανάγκη για αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης της χώρας ήταν προφανής. Το 1922,

με το νομοθετικό διάταγμα Δ/23•9•1925, μεταξύ άλλων, ρυθμίστηκε και το θέμα της δημιουργίας ειδικού τμήματος για την προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας στο «Υπουργείο Περιθάλψεως», το οποίο με τον ίδιο νόμο μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως» (Μαστρογιάννης Ι.,1960).

Το 1926 στην Αθήνα, πρωτεύουσα της Ελλάδας, μια πόλη με 400.000 κατοίκους, ήταν διαθέσιμα περίπου 100 μαιευτικά κρεβάτια και οι περισσότεροι τοκετοί πραγματοποιούνταν από, πρακτικές κυρίως, μαίες κατ' οίκον. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από τον Venieris, (1997), «... τα νοσοκομεία συγκεντρώθηκαν στις αστικές περιοχές το 1929, μισά από τα διαθέσιμα κρεβάτια και 40% των γιατρών συναθροίστηκαν σε μια απόσταση 200 χιλιομέτρων γύρω από την Αθήνα, σε μια περιοχή όπου ζούσε μόνο το ένα έκτο περίπου του συνολικού πληθυσμού...». Επιπλέον, οι στατιστικές για το έτος 1928 έδειχναν ότι το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας ανερχόταν στο 93/1000.

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

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

Παρόλ' αυτά, στην Ελλάδα η προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας θεωρούνται ως πολύ σημαντικά ζητήματα για το έθνος και, κατά την αναθεώρηση του Ελληνικού Συντάγματος του 1927, στο άρθρο 21 έγινε ιδιαίτερη μνεία στο συγκεκριμένο θέμα: «Η οικογένεια ως θεμέλιον της συντηρήσεως και προαγωγής του Έθνους, ως και ο γάμος, η μητρότης και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του Κράτους». Από τότε, όλα τα αναθεωρημένα ελληνικά συντάγματα αφιερώνουν το άρθρο 21 σε αυτό το θέμα.

Εντούτοις, στην πράξη, οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας και προστασίας της μητρότητας στην Ελλάδα έχουν ακόμα πολύ δρόμο να διανύσουν πριν γίνουν μια καρποφόρα

πραγματικότητα, παρά το γεγονός ότι αρκετή πρόοδος έχει παρατηρηθεί στον τομέα της προστασίας των παιδιών, των μητέρων και των εγκύων γυναικών τις τελευταίες δεκαετίες.

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

Η γυναίκα που εγκυμονεί έχει ανάγκη προετοιμασίας, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις αλλαγές στο σώμα της και τις λειτουργίες του κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και για να αναλάβει το ρόλο της μητρότητας (Kozier et al, 1993). Η διαθέσιμη βιβλιογραφία σχετικά με την προστασία της μητρότητας στην Ελλάδα είναι περιορισμένη πριν από τη δεκαετία του '70, εντούτοις υπάρχει μια γενική θεώρηση ότι μέχρι τη δεκαετία του '60 οι περισσότεροι τοκετοί στις αγροτικές περιοχές πραγματοποιούνταν κυρίως από πρακτικές μαίες, ενώ στις αστικές περιοχές μια παρόμοια κατάσταση ίσχυε μέχρι τη δεκαετία του '50. Το 1951 έγινε ένα βήμα προς τα εμπρός, δεδομένου ότι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ένα από τα μεγαλύτερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, με την εισαγωγή του νόμου 1846/5122 εγκαινίασε την παροχή υπηρεσιών στον ασφαλισμένο πληθυσμό από τις πολυκλινικές του, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών μητρότητας.

Εντούτοις, για μια κατεξοχήν γεωργική χώρα, όπως ήταν τότε η Ελλάδα, η μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού παρέμενε ανασφάλιστη. Τη δεκαετία του '60, με το νόμο 4053/61 που ακολουθήθηκε από το νομοθετικό διάταγμα 67/68 όλες οι επισκέπτριες-νοσηλεύτριες, οι μαίες και οι γιατροί, αμέσως μετά τη λήψη του διπλώματος ή του πτυχίου τους, είχαν υποχρέωση να υπηρετήσουν για ένα τουλάχιστον έτος σε αγροτικά ιατρεία ή κέντρα υγείας σε αγροτικές περιοχές.

Βαθμιαία από τότε οι έγκυες γυναίκες άρχισαν να εξετάζονται από εκπαιδευμένες μαίες ή γιατρούς και οι τοκετοί σταδιακά άρχισαν να πραγματοποιούνται στα νοσοκομεία ή στα αγροτικά κέντρα υγείας.

Η παρακολούθηση της εγκύου στη χώρα μας, όπως και σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, συνιστάται να γίνεται από επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως μαίες, επισκέπτες υγείας, κοινοτικούς νοσηλευτές και μαιευτήρες-γυναικολόγους ιατρούς (Τσιάντης, 1993). Η καθαρά ιατρική παρακολούθηση αφορά στην κλινική εξέταση της εγκύου και τη

διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων, που πραγματοποιούνται σε εργαστήρια νοσοκομείων ή ιδρυμάτων (ΙΚΑ, ΠΙΚΠΑ) ή σε άλλα εργαστήρια συμβεβλημένα με αυτά, καθώς και σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια συμβεβλημένα με τον ασφαλιστικό φορέα της εγκύου (Στεργίου, 1989). Προληπτικές υπηρεσίες μητρότητας προσφέρονται από τους Σταθμούς Προστασίας Μητέρας και Παιδιού του ΙΚΑ, τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα του Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Προστασίας και Αντιλήψεως (ΠΙΚΠΑ), τα Κέντρα Υγείας και τα Εξωτερικά Γυναικολογικά-Μαιευτικά Ιατρεία των Μαιευτηρίων και Νοσοκομείων, καθώς και από ιδιώτες γιατρούς.

ΚΕΦ2

2.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει αναγνωρισθεί σ όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα σημαντικός στον τομέα της προληπτικής ιατρικής και στην προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων. Η βασική επιδίωξη του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να καταστήσει την αναπαραγωγή υπεύθυνη και συνειδητή, έτσι ώστε να δημιουργήσει άτομα ισορροπημένα και υγιή.

Η αντικειμενική και υπεύθυνη ενημέρωση, μέσω των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού, σε θέματα αναπαραγωγής καθώς και σε θέματα υγείας, αποσκοπεί στην επίτευξη της αναφερόμενης επιδίωξης. Παρακάτω θα αναφερθούν οι κυριότερες επιδιώξεις που προσπαθεί να επιτύχει ο οικογενειακός προγραμματισμός:

1. Θεμελιώδης προϋπόθεση του, είναι η ενημέρωση, η διάδοση και η σωστή εξατομικευμένη χρήση των μεθόδων αντισύλληψης.
2. Η αποφυγή των γεννήσεων, οι οποίες είναι επίφοβες στην μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς μιας κληρονομικής νόσου.
3. Η διατήρηση της καλής σωματικής κατάστασης των γυναικών, μέσα από τον προγραμματισμό των επόμενων κυήσεων και στην αναβολή τους, για χρονικό διάστημα το οποίο θεωρείται απαραίτητο για κάθε περίπτωση.
4. Στην μείωση της μητρικής θνησιμότητας.

Επιπλέον, ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί:

- I. Στη μείωση του αριθμού των αμβλώσεων, οι οποίες αποτελούν κίνδυνο, τόσο για την υγεία της γυναίκας, όσο και για την μελλοντική της εγκυμοσύνη.
- II. Στη ρύθμιση της ανεξέλεγκτης γονιμότητας.
- III. Στην πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων.
- IV. Στην απόκτηση απαραίτητων γνώσεων για την προστασία της γονιμότητας του άνδρα και της γυναίκας.
- V. Στην ενημέρωση για τη σεξουαλική ζωή και των δύο φύλων, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες καταστάσεις και την ατομικότητα αυτού στον οποίο απευθύνεται.
- VI. Στην παροχή συμβουλευτικής σε ζευγάρια που θέλουν να αποκτήσουν παιδιά και αντίστοιχα σε ζευγάρια που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην απόκτηση απογόνων.
- VII. Τέλος, παρέχει συμβουλευτική ως προς την αντιμετώπιση προβλημάτων ευγονικής, εφαρμόζοντας τον προγεννητικό έλεγχο.

2.1.2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ & ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η θεσμοθέτηση του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα, έγινε το 1980 με το νόμο 1036/ 80 (Μαργαριτίδου- Μεσθenaίου,1991). Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι αν και η νομοθεσία εξέφραζε την κοινωνική χρησιμότητα του οικογενειακού προγραμματισμού, δεν στάθηκε δυνατή η ευρεία εφαρμογή του. Η ιδέα του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα, εμφανίστηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1960. Η ευγονική ήταν το βασικό του περιεχόμενο και ο κυριότερος προσανατολισμός. Το 1973, όταν το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό των αμβλώσεων, έπαιρνε διαστάσεις εθνικού ιατρικού- κοινωνικού προβλήματος, ιδρύθηκε η Ελληνική εταιρία οικογενειακού προγραμματισμού, με καθαρά επιστημονικό χαρακτήρα..

Ωστόσο, χρονολογία σταθμός στην ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού προγραμματισμού, είναι το 1976 όπου ιδρύθηκε η εταιρεία του οικογενειακού προγραμματισμού, ΕΟΠ, από διαφορετικούς κοινωνικούς και πολιτικούς χώρους.

Σκοπός ίδρυσής της, ήταν η παροχή συμβουλευτικού έργου στο άμεσο μέλλον και η ευαισθητοποίηση, τόσο της πολιτικής ηγεσίας, όσο και της ευρύτερης κοινωνίας, πάνω στις αρχές και τη σημασία του οικογενειακού προγραμματισμού. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα γυναικεία σωματεία, έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στην αναφερόμενη εξέλιξη. Καθώς, το πρόβλημα των συνεχώς αυξανόμενων αμβλώσεων ήταν πλέον εμφανές και με αφορμή το

Διεθνές έτος γυναίκας, το 1975, τα γυναικεία σωματεία πρότειναν την νομιμοποίηση των αμβλώσεων αλλά κυρίως, οργάνωσαν για πρώτη φορά στο Ελληνικό γίνεσθαι, έκθεση αντισυλληπτικών μέσων.

Σ αυτό το σημείο, πρέπει να σημειωθεί, ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και στις υπόλοιπες χώρες, όπου είχε αρχίσει να εμφανίζεται, είχε αρχικά ταυτιστεί με τον έλεγχο των γεννήσεων που εφαρμόστηκε σε χώρες με προβλήματα υπερπληθυσμού. Η ταύτιση αυτή είναι πλήρως λανθασμένη. Η πληροφόρηση που παρέχει σε θέματα αναπαραγωγικότητας δεν αποσκοπεί, υποχρεωτικά, στην αύξηση ή την μείωση των γεννήσεων.

Στόχος του είναι, η παροχή πληροφοριών, λαμβάνοντας υπόψη τις επιθυμίες και τις δυνατότητες του κάθε ατόμου. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα, όπου είναι εδραιωμένη η χαμηλή αναπαραγωγικότητα, η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού, δεν συντελεί στην περαιτέρω μείωση της γεννητικότητας, αλλά αντίθετα μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίηση της, σε παραδεκτά όρια.

ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σ' αυτό το σημείο, πρέπει να αναφερθεί το ζήτημα των αμβλώσεων, το οποίο πριν από κάποιες δεκαετίες στην χώρα μας, είχε δημιουργήσει σημαντικό πρόβλημα. Στα χρόνια της δεκαετίας του 1960, η αναλογία των αμβλώσεων ήταν τρεις για κάθε γέννηση. Η άμβλωση χρησιμοποιούταν ως μέσο αντισύλληψης από τα τότε ζευγάρια. Ο έλεγχος και η αποφυγή των γεννήσεων των ανεπιθύμητων παιδιών, γίνονταν με μέσο την άμβλωση.

Στην πρώτη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1965, διαπιστώθηκε ότι το 1/3 περίπου των παντρεμένων γυναικών, ανέφεραν μια ή και περισσότερες προκλητές αμβλώσεις, με αντιστοιχία 75 προκλητών αμβλώσεων επί 100 παντρεμένων γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας.

Επιπλέον, η μια στις δύο γυναίκες που προέβαιναν σε άμβλωση ήταν άγαμη και ηλικιακά, σε ποσοστό 27%, νεότερη των 20 χρόνων (ΜαργαριτίδουΜεσθεναίου,1991).

Νομικά η άμβλωση ως ελεύθερη επιλογή της γυναίκας, θεσμοθετήθηκε το 1987 ενώ από το 1978, επιτρεπόταν μόνο για λόγους ευγονικής και επί προβλημάτων ψυχικής υγείας, της μέλλουσας μητέρας. Η Πουλοπούλου (1994) αναφέρει ότι ένας από τους βασικούς στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση των αμβλώσεων. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η άμβλωση δεν πρέπει να αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά την τελευταία

επιλογή όταν μια εγκυμοσύνη δεν είναι επιθυμητή. Ως συνέπεια, ο αριθμός των αμβλώσεων φανερώνει και το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού στις χώρες που εφαρμόζονται τα προγράμματα αυτού.

Σ' αυτό το σημείο είναι απαραίτητο να αναφερθούν στοιχεία για τις αμβλώσεις στον Ελληνικό χώρο, ώστε να γίνει κατανοητό το μέγεθος του προβλήματος, το οποίο κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό πριν από κάποια χρόνια στη χώρα μας. Στην Ευρώπη το 1993, οι αμβλώσεις ήταν νομικά επιτρεπτές, ενώ η διεθνής εμπειρία απέδειξε ότι από τον χρόνο που αίρεται η απαγόρευση τους, τείνουν να ελαττώνονται αρκετά.

Το βασικό επιχείρημα για τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων στην Ελλάδα, ήταν ότι εφόσον νομιμοποιηθούν, θα γίνονται σε Δημόσια νοσοκομεία με κάλυψη των νοσηλίων από τα Ασφαλιστικά ταμεία, αλλά κυρίως με σίγουρη ενημέρωση προς την μητέρα ώστε να μην αναγκαστεί να προβεί ξανά σε άμβλωση. Οι γυναίκες έπεφταν θύματα εκμετάλλευσης από μια μερίδα γιατρών, ενώ επιπλέον αισθάνονταν ένοχες εφόσον προέβαιναν σε μια παράνομη πράξη. Στα τέλη της δεκαετίας του 1970, το 1/3 των γυναικών στην Ελλάδα, προσέφευγαν σε άμβλωση, μια ή και περισσότερες φορές κατά μέσο όρο. Η Ελλάδα εκείνη την περίοδο κατείχε το ρεκόρ των παρανόμως ενεργούμενων και μη κατασταλλόμενων αμβλώσεων. Επιπλέον, έχει υπολογιστεί ότι την αναφερθείσα περίοδο οι γιατροί εισέπρατταν από τις γυναίκες, υψηλές αμοιβές, οι οποίες ανέρχονταν συνολικά στα 500 εκατομμύρια δραχμές ετησίως. Υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών οι οποίες έχουν κάνει 7 αμβλώσεις στον ίδιο γιατρό.

Σύμφωνα με στοιχεία από έρευνες του Κέντρου Βιομετρικών μελετών, στη δεκαετία 1956-1965 υπολογίστηκε ότι ο αριθμός των αμβλώσεων έγγαμων γυναικών ετησίως, έφτανε τις 52.500. Επίσης, έχει αποδειχτεί ότι το 1965 το 35-40% των Ελληνίδων είχε κάνει τουλάχιστον μία άμβλωση. Πρέπει να αναφερθεί ότι την αναφερθείσα περίοδο, η διακεκομμένη συνουσία ήταν η βασική αντισυλληπτική μέθοδος, ενώ οι αμβλώσεις θεωρούνταν ως η μόνη σίγουρη μέθοδος κατά της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Επιπλέον, όταν το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας, είχε υλοποιηθεί, η άμβλωση αποτελούσε το βασικότερο μέσο ελέγχου των γεννήσεων, όπως και τον έλεγχο στην χρονική τους κατανομή. Εξάλλου, ένα μεγάλο ποσοστό των αμβλώσεων (ΕΚΚΕ 1983-84, Πουλοπούλου), πραγματοποιούταν μετά την γέννηση και του δεύτερου παιδιού ή στο χρονικό διάστημα, μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης γέννησης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, στην ίδια κοινωνιολογική έρευνα, με ποσοστά 54.3% και 55%, ανδρών και γυναικών αντίστοιχα, έδειξε ότι εάν η γέννηση άλλου παιδιού δεν ήταν επιθυμητή, συμφωνούσαν να

γίνει άμβλωση. Είναι προφανές, από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, ότι στην Ελλάδα η άμβλωση χρησιμοποιούταν για δύο βασικούς λόγους. Αρχικά, ως ριζικό μέσο στα προχωρημένα στάδια της κύησης και ως καταφύγιο των συζύγων, οι οποίοι είχαν αποκτήσει τον επιθυμητό αριθμό απογόνων.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί η άποψη ότι ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού και η νομιμοποίηση των αμβλώσεων, αποτελούν αιτίες της υπογεννητικότητας που αντιμετωπίζει η χώρα μας. Ωστόσο, η συγκεκριμένη άποψη δεν ευσταθεί, καθώς, τόσο τα αντισυλληπτικά, όσο και οι αμβλώσεις αποτελούν μέσα και όχι αίτια μείωσης των γεννήσεων. Επιπλέον, ένας από τους βασικότερους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των αμβλώσεων. Οι αμβλώσεις, μπορούν να έχουν πολλές και συχνά επικίνδυνες επιπτώσεις για την σωματική και ψυχική υγεία μιας γυναίκας. Οι σημαντικότερες αυτών είναι η δημιουργία προβλημάτων στις επόμενες κυήσεις και επομένως στην γεννητικότητα. Επιπλέον, πριν τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων ένας σημαντικός αριθμός τους, κυρίως στην επαρχία, γινόταν από ερασιτέχνες με οδυνηρές, πρωτόγονες και επικίνδυνες μεθόδους, ως αποτέλεσμα των οποίων, πολλές γυναίκες να μείνουν στείρες, καθώς δεν είχαν τις απαιτούμενες συνθήκες μιας χειρουργικής επέμβασης από εξειδικευμένο, ιατρικό προσωπικό. Αντίθετα, από την παραπάνω αναφερθείσα άποψη, βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού, είναι ο περιορισμός των αμβλώσεων, συμβάλλοντας έτσι στην διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας της γυναίκας

Η προαγωγή της υγείας της μητέρας και του παιδιού και η πρόληψη των σχετικών ασθενειών περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία και ευεξία της μητέρας, τον οικογενειακό προγραμματισμό και την ανάπτυξη του παιδιού στα διάφορα στάδια, από τη βρεφική έως την εφηβική ηλικία. Ως εκ τούτου, υπάρχει ένα μεγάλο εύρος παρεμβάσεων που στόχο έχουν την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών της μητέρας και του παιδιού. Σε πολλές χώρες, οι γενικοί ιατροί είναι υπεύθυνοι για παρεμβάσεις που σχετίζονται με την αντισύλληψη, την ασφαλή ερωτική πρακτική, την πρόληψη της υπογονιμότητας, το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα προγράμματα εμβολιασμών, την επιτήρηση του παιδιού και πολλές άλλες. Όχι μόνον οι ιατροί μα και οι νοσηλεύτριες, οι επισκέπτες Υγείας και άλλοι επαγγελματίες της υγείας εμπλέκονται όλοι στην παροχή υπηρεσιών και παρεμβάσεων που σχετίζονται με την υγεία της μητέρας και του παιδιού. Στις χώρες της Ευρώπης παρατηρούνται διαφορές σχετικά με την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και την ποσότητα των πόρων που δαπανώνται ετησίως για τη φροντίδα της μητέρας και του παιδιού.

Παρόλα αυτά, οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα που σχετίζονται με τη φροντίδα της μητέρας και του παιδιού (όπως επί παραδείγματι η παχυσαρκία, η σιδηροπενία και η αναιμία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μη ασφαλής ερωτική πρακτική, προβλήματα γονιμότητας ή διάφορα προβλήματα που σχετίζονται με την υγιή ανάπτυξη του παιδιού). Πολλά από αυτά τα προβλήματα μπορούν να αποφευχθούν μέσω δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών, που μπορούν να ξεκινήσουν ή και να αναλάβουν εξ ολοκλήρου οι γενικοί ιατροί.

Για παράδειγμα, υπάρχει μία αναπτυσσόμενη επιδημία παχυσαρκίας στις έγκυες γυναίκες αλλά και στα παιδιά.

Επίσης, παρατηρείται σημαντική προοδευτική αύξηση στην επίπτωση και τον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης.

Άλλο ένα πρόβλημα που σχετίζεται με την υγεία της μητέρας και του παιδιού, και το οποίο μπορεί να αποφευχθεί μέσω των κατάλληλων δράσεων, είναι η κατάχρηση ουσιών από τις εγκύους και τις μητέρες μικρών παιδιών.

Αν και ορισμένα από τα ζητήματα που αναφέρονται παραπάνω μπορούν να αποφευχθούν απλώς και μόνο μέσω της παροχής της κατάλληλης πληροφόρησης στις γυναίκες, τα παιδιά και τις οικογένειές τους, κάποια άλλα προβλήματα (π.χ. η κατάχρηση ουσιών) απαιτούν πιο εξειδικευμένη φροντίδα.

Συνεπώς, είναι απαραίτητο για τους γενικούς ιατρούς να συνεχίσουν την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους, των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους στο πεδίο της υγείας της μητέρας και του παιδιού. Επιπλέον, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, όσον αφορά στην προαγωγή της υγείας της μητέρας και του παιδιού, οι ιατροί βρίσκουν υποστήριξη από διάφορες ομάδες επαγγελματιών. Παρακάτω ακολουθούν παραδείγματα από το Ηνωμένο Βασίλειο, σχετικά με υπηρεσίες προαγωγής της υγείας μητέρας και παιδιού, όπου εμπλέκονται γιατροί αλλά και άλλοι επαγγελματίες:

Ο Οικογενειακός προγραμματισμός:

I Παρέχει συμβουλές και βοήθεια σχετικά με:

- έλεγχο των γεννήσεων (πότε να κάνει κανείς παιδιά)
- μεθόδους αντισύλληψης

- πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός παρέχεται από ιατρούς και νοσηλεύτριες που εργάζονται σε Οργανισμούς Γενικής Ιατρικής.:

A. Βρεφονηπιακά κέντρα (well-baby clinics): η υπηρεσία αυτή δημιουργήθηκε ώστε να προάγει την υγεία και την ευεξία βρεφών και νηπίων μέχρι την ηλικία των πέντε ετών. Τα κέντρα αυτά προσφέρουν τη δυνατότητα για μη προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις όπου οι μητέρες, οι επισκέπτες υγείας, οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί μπορούν να ελέγξουν την ανάπτυξη του παιδιού καθώς και να παράσχουν συμβουλές σχετικά με ζητήματα υγείας, εμβολιασμό, κ.λπ.

Οι κλινικές αυτές λειτουργούν με επισκέπτες υγείας, νοσηλεύτριες και γιατρούς.

B. Προγράμματα εμβολιασμών: περιλαμβάνουν σειρά εμβολιασμών κατά των παρακάτω ασθενειών: διφθερίτιδα, τέτανος, κοκκύτης, πολιομυελίτιδα, αιμόφιλο ινφλουέντζας τύπου B, πνευμονιόκοκκο, μηνιγγίτιδα, ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά και προσβολή από τον ιό HPV. Τα προγράμματα εμβολιασμών παρέχονται από γιατρούς και επισκέπτες υγείας

C. Προγράμματα παρακολούθησης παιδιών, εφήβων και εγκύων: τα προγράμματα παρακολούθησης έχουν ως στόχο την πρόληψη των ασθενειών και προβλημάτων ψυχικής υγείας. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν επίσης υποστήριξη και για γυναίκες και παιδιά που είναι θύματα κακοποίησης ή βίας.

Τα προγράμματα αυτά διοργανώνονται με βάση την κοινότητα και εμπλέκονται πολλοί φορείς και πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις όσον αφορά στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών και τη συνολική ευεξία.

Τα προγράμματα παρακολούθησης λειτουργούν υπό την επίβλεψη επισκεπτών υγείας, ιατρών, νοσηλευτριών, κοινωνικών λειτουργών και κατάλληλα καταρτισμένων εθελοντών που βοηθούν την κοινότητα.

2.1.3 Γενικοί στόχοι:

Η κατανόηση των κυρίων ζητημάτων που επηρεάζουν την υγεία της μητέρας και του παιδιού. Η κατανόηση των προοπτικών πρόληψης, από πλευράς κλινικής και δημόσιας υγείας, όσον αφορά στην υγεία της μητέρας και του παιδιού. Τη γνώση των υπηρεσιών

που θα πρέπει να παρέχονται στη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της βρεφικής ηλικίας.

2.1.4 Ειδικοί στόχοι:

Κατανόηση των φυσιολογικών σταδίων ανάπτυξης του παιδιού και της οικογένειας σε όλη τη διάρκεια της ζωής καθώς και κατανόηση των χαρακτηριστικών των αποτελεσματικών συστημάτων υγείας, τα οποία είναι προσβάσιμα και ταυτόχρονα ευαίσθητα στις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους.

Γνώση των καθοριστικών παραγόντων υγείας και ασθένειας καθώς και της πιθανής επίδρασης βιολογικών, συμπεριφορικών, κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών παραγόντων.

Κατανόηση της σημασίας των διεπαγγελματικών δεξιοτήτων και της αποτελεσματικής επικοινωνίας στα ζητήματα υγείας μητέρας και παιδιού.

Ικανότητα σχεδιασμού της συνέχειας της φροντίδας προς τη γυναίκα και το βρέφος.

Ικανότητα διασφάλισης της ύπαρξης ασφαλών και αποτελεσματικών μηχανισμών και διαδικασιών που διευκολύνουν την παραπομπή σε ανώτερα επίπεδα ιατρικών υπηρεσιών για κυήσεις με επιπλοκές.

Κατανόηση των πολιτισμικών διαφορών και των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών των μητέρων, των παιδιών και των οικογενειών.

Παροχή προγραμμάτων προαγωγής της υγείας τα οποία θα είναι κατάλληλα για την προγεννητική και περιγεννητική περίοδο, την πρώιμη και την όψιμη παιδική ηλικία. Παροχή πηγών σχετικών με διατροφικές συμβουλές, ψυχική υγεία και διακοπή του καπνίσματος.

1.2 Τι είναι η τηλεϊατρική;

"Τηλεϊατρική είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών ακόμα και σε περιπτώσεις όπου παρεμβάλλεται απόσταση μεταξύ ασθενούς, ιατρού και άλλων εξειδικευμένων πληροφοριών και γνώσεων".

Στο ορισμό αυτό δίνεται έμφαση στις υπηρεσίες μια και αυτό ενδιαφέρει τους περισσότερους. Στο παρελθόν ο όρος Τηλεϊατρική χρησιμοποιήθηκε με αρκετή ελευθερία και κάλυπτε πολλές δραστηριότητες όπως ερευνητικές, εκπαιδευτικές, επιχειρηματικές.

Ο όρος Τηλεϊατρική είναι σύνθετος από την Ελληνική λέξη "τήλε" που σημαίνει εξ αποστάσεως και τη λέξη ιατρική. Στα Αγγλικά ο ίδιος όρος είναι "Telemedicine".

Η Τηλεϊατρική χρησιμοποιεί τηλεματικές τεχνολογίες δηλαδή το συνδυασμό υπολογιστών και επικοινωνιών προκειμένου να υποστηριχθούν οι ιατρικές υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας, επί το γενικότερο. Η Τηλεϊατρική είναι ουσιαστικά «υποβοηθούμενες τεχνολογίες» και όχι νέος κλάδος της ιατρικής, τότε μπορούμε εύκολα να δεχτούμε ότι η οργάνωση και παροχή για παράδειγμα κατ' οίκον νοσηλείας,

Εύκολα συνάγει κανείς ότι πρόκειται για υποβοηθούμενες τεχνολογίες και δεν πρόκειται για νέα μορφή ιατρικής. Ασφαλώς όμως η υιοθέτηση των τεχνολογιών αυτών έχει ως αποτέλεσμα την ανάγκη διαμορφώσεως νέων προτύπων οργάνωσης και παροχής των ιατρικών υπηρεσιών. Υπό την έννοια αυτή η Τηλεϊατρική μπορεί να θεωρηθεί και ως νέες διεργασίες στον χώρο της ιατρικής ή της υγείας..(Σωτηρίου Δημήτριος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών 1/1/2006)

Στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Ερευνητικού Προγράμματος HERMES (Telematic Healthcare Remoteness And Mobility Factors In Common European Scenarios), του 4th Framework Programme της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, σχεδιάστηκε μια πλατφόρμα για την ανάπτυξη ποιοτικών Υπηρεσιών Τηλεϊατρικής, στο χώρο και τη στιγμή που παρίσταται ανάγκη. Για τις ανάγκες της αξιολόγησης της πλατφόρμας αυτής σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής-Μητρότητας μεταξύ των Κέντρων Υγείας των νήσων Νάξου και Μυκόνου και του Αρεταίειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, στην Αθήνα.

Η παροχή Υπηρεσιών Μητρότητας στα νησιά του Αιγαίου, αποκτά μεγάλη αξία, κυρίως λόγω της απομόνωσης των νησιών αυτών, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του χειμώνα. Παραδοσιακά, οι υπηρεσίες μητρότητας στα νησιά παρέχονται από Κέντρα Υγείας ή Περιφερειακά Ιατρεία, καθώς επίσης και από ιδιώτες ιατρούς ειδικοτήτων. Η μεγάλη πλειοψηφία των Κέντρων Υγείας είναι στελεχωμένη από ιατρούς και νέους (μή ειδικευμένους) αγροτικούς ιατρούς. Η έλλειψη γυναικολόγων και μαιευτών, αλλά και η περιορισμένη εμπειρία του ιατρικού προσωπικού σε γυναικολογικά θέματα, καθιστούν δύσκολη την τακτική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών. Οι ιδιώτες ιατροί, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν διαθέτουν κατάλληλο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών.

Ως συνέπεια της υφιστάμενης κατάστασης, οι γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης προτιμούν να κάνουν τις απαραίτητες εξετάσεις, στα μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας ή άλλης ηπειρωτικής πόλης. Επιπλέον, η πλειοψηφία τους σήμερα, επιλέγει ιδιωτικά, παρά δημόσια νοσοκομεία. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αναγκάζονται να ταξιδεύουν στη Αθήνα πολλές φορές. Το κόστος, το οποίο περιλαμβάνει έξοδα ταξιδιού, παραμονής, κόστος εξετάσεων και νοσήλια, βαραίνει, στις περισσότερες περιπτώσεις, τις ίδιες. Τα επείγοντα περιστατικά, διακομίζονται σε νοσοκομεία της ηπειρωτικής χώρας, είτε με πλοίο είτε με αεροπλάνο, ανάλογα βέβαια με την κρισιμότητα του περιστατικού και τις επικρατούσες καιρικές συνθήκες. Παρατηρείται δέ, αρκετά συχνά το φαινόμενο, ιδιαίτερα τους χειμερινούς μήνες, τα νησιά αυτά να παραμένουν αποκλεισμένα, λόγω καιρού για διαστήματα που φτάνουν και τη μία εβδομάδα. Για παράδειγμα, ο αποκλεισμός από θαλάσσης, των νησιών Νάξου και Μυκόνου, κατά τους χειμερινούς μήνες φτάνει κατά μέσο όρο τις 24 ημέρες[70].

Οι Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής Μητρότητας, που εισάγονται σε αυτό το πρόγραμμα, έχουν σαν στόχο την παροχή βοήθειας στους τοπικούς ιατρούς, για να αντιμετωπιστούν δύσκολα στη διάγνωση ή επείγοντα περιστατικά, καθώς και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών παρακολούθησης και εξετάσεων στο τοπικό πληθυσμό.

2.2.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ-ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

Οι υπηρεσίες Τηλεϊατρικής-Μητρότητας σχεδιάστηκαν σύμφωνα με μεθοδολογία, που ανέπτυξε το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα HERMES [70]. Όλες οι κατηγορίες των χρηστών που μετείχαν (ιατροί, μαιευτές, τεχνικοί, αντιπρόσωποι των τοπικών φορέων), είχαν ενεργό ρόλο καθ' όλη τη διάρκεια του σχεδιασμού. Οι απόψεις των χρηστών της υπηρεσίας, συλλέχτηκαν με συστηματικό τρόπο, με τη βοήθεια του “Συνόλου Ερωτήσεων HERMES” [3]. Οι υπηρεσίες ακολούθησαν ως πρότυπο, τις υπηρεσιών που προσφέρονται στην περιοχή Lothian της Σκωτίας, από το Royal Infirmary του Εδιμβούργου[71].

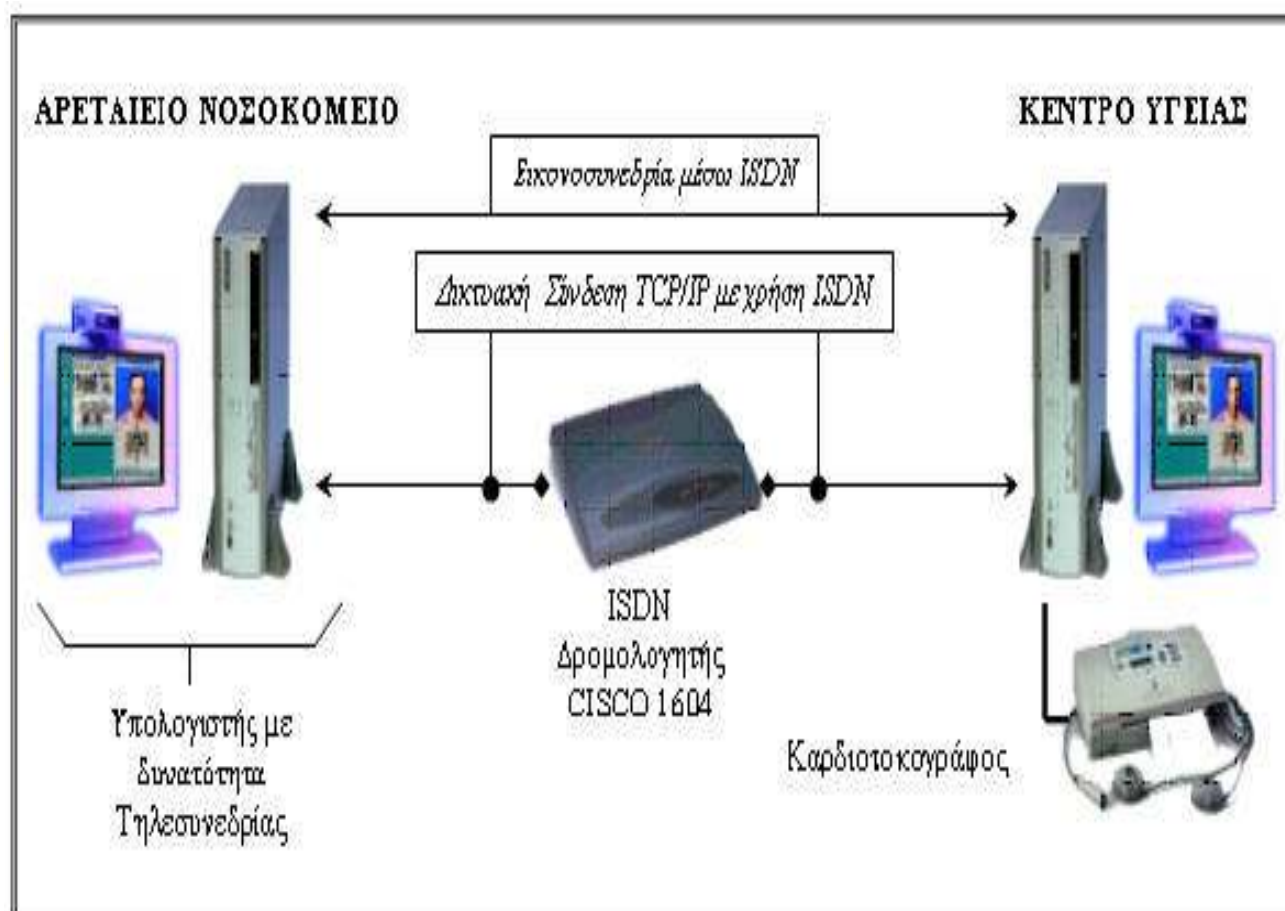
Οι συμμετέχοντες Ιατροί και Μαιευτές, μελέτησαν τις Οδηγίες Παροχής Υπηρεσιών Μητρότητας (Guidelines for Antenatal Care) [71], οι οποίες χρησιμοποιούνται στην περιοχή του Εδιμβούργου και συμφώνησαν από κοινού, στην εφαρμογή τους στον Ελλαδικό χώρο.

Οι εξετάσεις ρουτίνας για τις εγκυμονούσες γυναίκες περιλαμβάνουν φυσιολογικές εξετάσεις, όπως καταγραφή της αρτηριακής πίεσης, ανάλυση ούρων, καθώς και μετρήσεις

του μεγέθους της μήτρας. Η κατάσταση της υγείας του βρέφους, εκτιμάται από τις κινήσεις του εμβρύου (κλοτσήματα), αλλά και με την καταγραφή του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου, τα οποία λαμβάνονται με τη χρήση συσκευής Καρδιοτοκογράφου. Τα Καρδιοτοκογραφήματα λαμβάνονται πολύ εύκολα και χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πρακτική, αφού δεν εμπεριέχουν κανέναν απολύτως κίνδυνο για τη μητέρα και το έμβρυο, ενώ παρέχουν πολύ σημαντικές πληροφορίες για δυναμική εξέλιξη του εμβρύου.

Υλικό και Λογισμικό

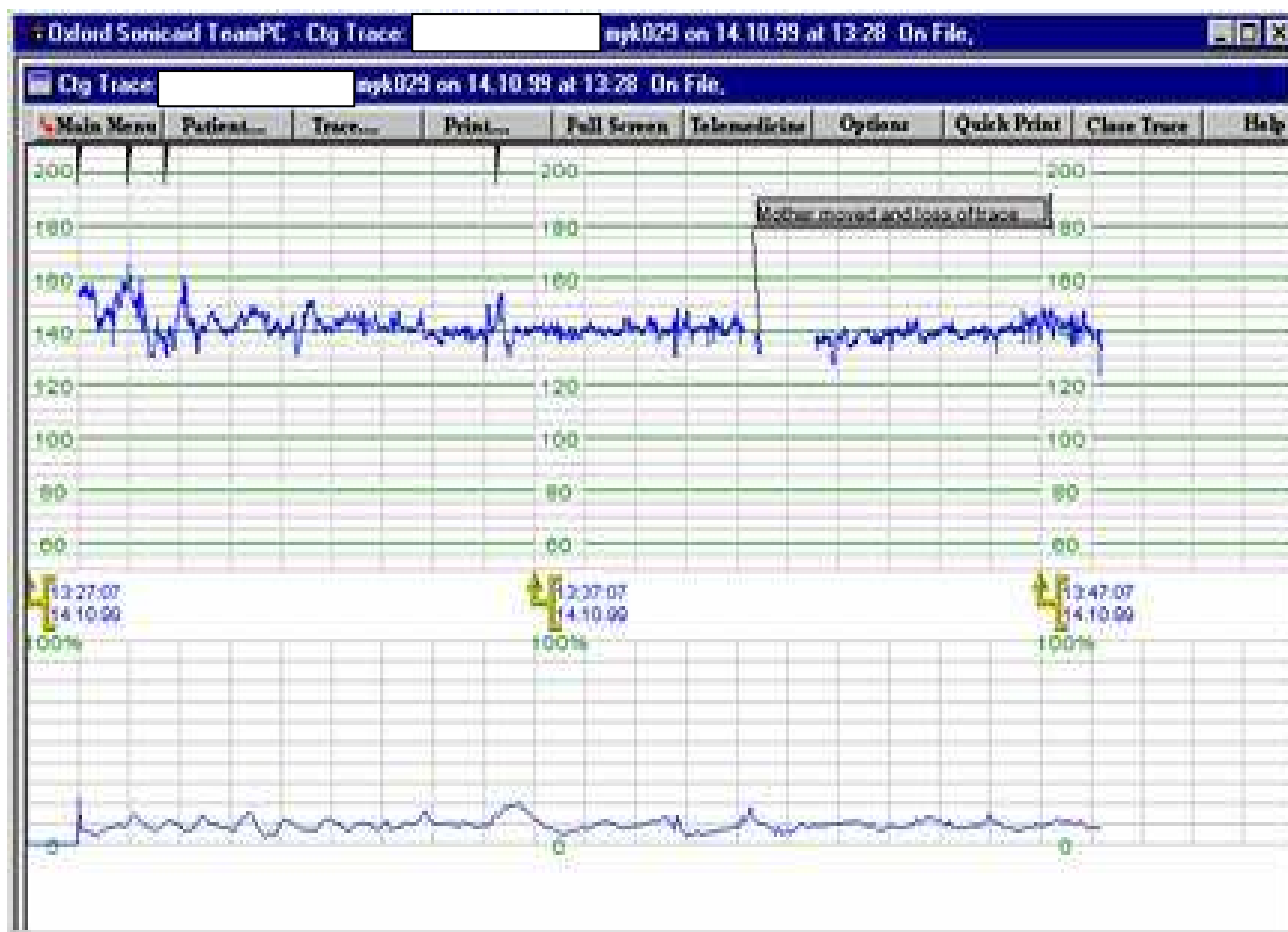
Η υποδομή σε υλικό και λογισμικό των ιατρικών μονάδων περιλαμβάνει έναν προσωπικό υπολογιστή με επεξεργαστή Intel Pentium, ο οποίος είναι εφοδιασμένος με 32 MB μνήμη και «τρέχει» το λειτουργικό σύστημα Windows NT Workstation, έκδοση 4.0 της Microsoft. Ο υπολογιστής μπορεί να συμμετάσχει σε εικονοσυνεδρία μέσω ψηφιακών γραμμών ISDN, με τη χρήση του συστήματος Intel Business Conferencing System, που είναι εγκατεστημένο στο σταθμό εργασίας κάθε μονάδας. Ο ISDN προσαρμογέας (adapter) που περιλαμβάνεται στο παραπάνω σύστημα, χρησιμοποιείται επίσης για την δικτυακή (TCP/IP) σύνδεση των ιατρικών μονάδων μεταξύ τους, προς αποστολή και ανάκληση των ηλεκτρονικών Φακέλων Υγείας. Οι συνδέσεις πραγματοποιούνται μέσω του ISDN δρομολογητή (Router) 1604 της εταιρείας CISCO, που είναι εγκατεστημένος στο Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής (ΕΙΦ)



Διάγραμμα: Τηλεματική Υποδομή Ιατρικών Μενίδων

Στην πιλοτική φάση, τα καρδιοτοκογραφήματα καταγράφονται με τη βοήθεια του ψηφιακού καρδιοτοκογράφου Baby Doppler 400 της Huntleigh Diagnostics και αποθηκεύονται σε βάση δεδομένων του σταθμού εργασίας με τη χρήση του λογισμικού Ηλεκτρονικών Φακέλων Υγείας, Teamview της Oxford Instruments, το οποίο συνεργάζεται με τη συσκευή καρδιοτοκογράφου. Το λογισμικό βρίσκεται εγκατεστημένο και στο Νοσοκομείο υποστήριξης και χρησιμοποιείται για την ανάκληση των Φακέλων Υγείας και την εμφάνιση των συνημμένων Καρδιοτοκογραφημάτων (βλέπε εικόνα).

Οθόνη Καταγραφής και Εμφάνισης Καρδιοτοκογραφημάτων



<http://asclepion.mpl.uoa.gr/pubASPIS/%1>

2.2.2 ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΕΣ «ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ»

Η διαδικασία παροχής υπηρεσιών τηλεϊατρικής-μητρότητας, ενεργοποιείται από τον Ιατρό ή/ και τον μαιευτή/μαία του Κέντρου Υγείας, κατά την αντιμετώπιση ενός επείγοντος περιστατικού ή όταν κριθεί ότι απαιτείται η συμβουλή ενός ειδικού ιατρού κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης μιας εξέτασης ρουτίνας της κυοφορούσας. Οι ενέργειες που τυπικά γίνονται και έχουν πάντα την έγκριση της ασθενούς, περιλαμβάνουν:

Δημιουργία (ή ενημέρωση) του Φακέλου Υγείας της ασθενούς με διαχειριστικές και ιατρικές πληροφορίες.

Καταγραφή Καρδιοτοκογραφήματος και εισαγωγή του στο Φάκελο Υγείας. Ο ιατρός ή ο μαιευτής του Κέντρου Υγείας μπορεί να πληκτρολογήσει σχόλιο ή σχετικό ερώτημα που απευθύνεται στον ειδικό γυναικολόγο του Νοσοκομείου. Το ερώτημα συμπεριλαμβάνεται ως αναφορά στο Φάκελο Υγείας.

Αποστολή του Φακέλου Υγείας στον Εξυπηρετητή Υπηρεσιών Μητρότητας που βρίσκεται εγκατεστημένος στο ΕΙΦ. Στον Εξυπηρετητή Υπηρεσιών Μητρότητας, αποθηκεύονται όλοι οι Φάκελοι Υγείας που αποστέλλονται από τα Κέντρα Υγείας]

Ειδοποίηση του Νοσοκομείου. Ανάλογα με την επικινδυνότητα του περιστατικού, η ειδοποίηση μπορεί να γίνει τηλεφωνικά, με ηλεκτρονικό μήνυμα (email) ή με τη χρήση του συστήματος εικονοσυνεδρίας.

Ο ειδικευμένος μαιευτήρας-γυναικολόγος του Νοσοκομείου ανακαλεί τον Φάκελο από τον Εξυπηρετητή Υπηρεσιών Μητρότητας και καταγράφει την άποψή του, ως αναφορά στο Φάκελο. Ο ενημερωμένος Φάκελος αποθηκεύεται στον Εξυπηρετητή Υπηρεσιών Μητρότητας στο ΕΙΦ.

Αν το περιστατικό δεν είναι επείγον, ο Ιατρός του ΚΥ μπορεί απλά να μελετήσει τα σχόλια του ειδικευμένου ιατρού, από τον Φάκελο που είναι αποθηκευμένος στον Εξυπηρετητή.

Σε επείγοντα περιστατικά ο ιατρός του Κέντρου Υγείας ή/και ο ειδικευμένος ιατρός, μπορούν να συζητήσουν το περιστατικό τηλεφωνικά ή με τη χρήση της εικονοσυνεδρίας.

Ο ιατρός του Κέντρου Υγείας προχωρεί στην αντιμετώπιση του περιστατικού σύμφωνα με τις υποδείξεις του ειδικευμένου ιατρού. Αν κριθεί απαραίτητο, οργανώνεται η μεταφορά της ασθενούς στο Νοσοκομείο.

2.2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά τη διάρκεια της πιλοτικής φάσης, αξιολογήθηκαν τόσο οι κλινικές όσο και οι τεχνικές συνιστώσες του προγράμματος. Η αξιολόγηση του Φακέλου Υγείας, της εικονοσυνεδρίας και των μονάδων καταγραφής και επεξεργασίας των καρδιοτοκογραφημάτων, έγινε βάση κριτηρίων αξιοπιστίας, φιλικότητας προς το χρήστη και διαθεσιμότητας. Η αξιολόγηση της δικτυακής υποδομής έγινε με κριτήρια αξιοπιστίας, διαθεσιμότητας και ταχύτητας, εκφρασμένης με όρους που φανερώνουν τον απαιτούμενο χρόνο εκπλήρωσης βασικών λειτουργιών. Στην αξιολόγηση των κλινικών παραμέτρων, δόθηκε έμφαση στο ποσοστό που οι μεταδιδόμενες πληροφορίες είναι επαρκείς για την εξασφάλιση ασφαλούς διάγνωσης, στις περιπτώσεις που η ασθενής και ο ειδικευμένος ιατρός βρίσκονται σε απόσταση.

Κατά τη διάρκεια της πιλοτικής φάσης (Αύγουστος 1998 – Ιανουάριος 2000), πραγματοποιήθηκαν 40 «συνεδρίες» μεταξύ της 2ης Γυναικολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του Αρεταίειου Νοσοκομείου και του Κέντρου Υγείας Μυκόνου και επιπλέον 10 με το Κέντρο Υγείας Νάξου.

Σε όλες τις περιπτώσεις η επίτευξη της σύνδεσης με τη βάση δεδομένων του Εξυπηρετητή Μητρότητας του ΕΙΦ, ήταν άμεση και δεν χρειάστηκε σε καμία περίπτωση επανάληψη της προσπάθειας λόγω αποτυχίας. Ο συνολικός χρόνος μεταφοράς του Φακέλου Υγείας στον εξυπηρετητή Υπηρεσιών Μητρότητας δεν ξεπέρασε ποτέ τα 15 δευτερόλεπτα. Σε όλη τη διάρκεια της προαναφερόμενης περιόδου δεν αντιμετωπίστηκε κανένα πρόβλημα δικτυακής επικοινωνίας

Σε όσες περιπτώσεις κρίθηκε απαραίτητο από το ειδικευμένο προσωπικό της κλινικής ή τον ιατρό/ μαιευτή του Κέντρου Υγείας, πραγματοποιήθηκε εικονοσυνεδρία για τη συζήτηση του περιστατικού και την περαιτέρω αντιμετώπισή του. Και στις περιπτώσεις εικονοσυνεδρίας η «ζεύξεις» ήσαν άμεσες, χωρίς προβλήματα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Τα τμήματα διαχείρισης και καρδιοτοκογραφήματων του λογισμικού επέδειξαν αξιοπιστία χωρίς να παρουσιαστούν προβλήματα. Η διαθεσιμότητάς τους, όπως αναμενόταν ήταν υψηλή. Την ίδια «συμπεριφορά» επέδειξε και ο Εξυπηρετητής Υπηρεσιών Μητρότητας, όπου αποθηκεύονται όλοι οι Φάκελοι Υγείας.

Όλα τα τμήματα του λογισμικού αποδείχτηκαν πολύ φιλικά στο χρήστη. Οι συμμετέχοντες ιατροί μπορούν εύκολα να κάνουν χρήση όλων των λειτουργιών μετά από εκπαίδευση μιας ημέρας.

Ο μέσος όρος μελέτης και ενημέρωσης ενός υπάρχοντος Φακέλου Υγείας είναι περίπου πέντε (5) λεπτά, ενώ ο χρόνος δημιουργίας ενός νέου Φακέλου, περίπου δέκα (10) λεπτά. Ο χρόνος καταγραφής ενός καρδιοτοκογραφήματος και η εισαγωγή του στον Φάκελο Υγείας, απαιτεί περίπου εικοσιπέντε (25) λεπτά.

Το τελευταίο είναι σε συμφωνία με τις Οδηγίες Μητρότητας οι οποίες απαιτούν διάρκεια καταγραφής καρδιοτοκογραφήματος τουλάχιστον είκοσι (20) λεπτών. Ο συνολικός, λοιπόν, χρόνος δημιουργία και ενημέρωσης Φακέλου Υγείας ενός νέου ασθενή (με την προσθήκη ενός καρδιοτοκογραφήματος), είναι τριανταπέντε (35) λεπτά, χρόνος που χαρακτηρίζεται «αποδεκτός» από όλους.

Οι εξετάσεις σε όλα τα περιστατικά, εκτός ενός, κρίθηκαν από τους ειδικούς γυναικολόγους της Κλινικής ως φυσιολογικές. Σε μια κατ' εξαίρεση περίπτωση, η έγκυος παρουσίασε μια πολύπλοκη κλινική κατάσταση, η οποία οδηγούσε σε πρόωρο τοκετό λόγω αποκόλλησης του πλακούντα (placenta praevia). Η ασθενής, με τη συμβουλή του ειδικού, διακομίστηκε επειγόντως στο Αρεταίειο Νοσοκομείο.

Συνολικά, οι ιατρικές πληροφορίες που περιέχονται στο Φάκελο Υγείας μαζί με το καρδιοτοκογράφημα, ήταν επαρκείς για την εξαγωγή ασφαλούς διάγνωσης σε όλες τις περιπτώσεις.

Οι Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής-Μητρότητας, αποδείχτηκαν σημαντικό βοήθημα για τα Κέντρα Υγείας, που δεν έχουν άμεση πρόσβαση σε ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Με τη δυνατότητα που δίδεται στους ιατρούς της πρωτοβάθμιας μονάδας, να έχουν πρόσβαση στη γνώμη του ειδικού την ώρα που χρειάζεται, βελτιώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών που δύναται να προσφέρουν στο περιβάλλον της Πρωτοβάθμιας Μονάδας Υγείας.

Πλέον, περιορίζονται, οι περιπτώσεις διακομιδών στα περιστατικά εκείνα όπου πράγματι είναι απαραίτητη. Χάρης στην συχνή επικοινωνία μεταξύ των ειδικευμένων Γυναικολόγων και των ιατρών των Κέντρων Υγείας και τη συζήτηση των περιστατικών, επιτυγχάνεται η συνεχής εκπαίδευση. Η δημιουργία Φακέλων Υγείας για όλες τις εγκύους μπορεί να υιοθετηθεί πλέον στην καθημερινή πρακτική.

Για παράδειγμα, στο Κέντρο Υγείας Μυκόνου, εξετάζονται μηνιαία, περίπου 25 έγκυες γυναίκες[72]. Ως αποτέλεσμα έχει ήδη δημιουργηθεί μια μεγάλη βάση δεδομένων που περιλαμβάνει περί τους 300 Φακέλους Υγείας, η οποία αποτελεί μια πολύτιμη παρακαταθήκη ιατρικών ιστορικών.

Οι υπηρεσίες μητρότητας μπορούν να εξασφαλίσουν στους ασθενείς ποιοτικές εξετάσεις ρουτίνας και να μειώσουν στο ελάχιστο δυνατό τις μετακινήσεις τους στα νοσοκομεία της ηπειρωτικής χώρας. Λόγω του σημαντικού αριθμού των τοκετών στα νησιά αυτά (περίπου 50 το χρόνο), το κόστος της οργάνωσης της υπηρεσίας μπορεί να καλυφθεί σχεδόν σε ένα χρόνο [73].

Τα αποτελέσματα του προγράμματος τηλεϊατρικής-μητρότητας παρουσιάστηκαν με επιτυχία στο διεθνές συνέδριο τηλεϊατρικής 22-24 Μαρτίου 2000 στην Τουλούζη της Γαλλίας [74] και στο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής στην Αθήνα, τον Ιούνιο του 2000.

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών τηλεϊατρικής αποδεικνύεται για μια ακόμα φορά αποτελεσματική και αξιόπιστη. Η περαιτέρω ανάπτυξη υπηρεσιών δεν πρέπει να βραδύνει περισσότερο αν η χώρα μας επιθυμεί να συγκαταλέγεται στις αναπτυγμένες χώρες

Παράδειγμα κύησης υψηλού κινδύνου στην κοινότητα

Γέννα στο σπίτι I

Η γέννα στο σπίτι, δεν αποτελεί συνήθη επιλογή των γυναικών, καθώς ο φόβος τυχόν επιπλοκών, τις ωθεί στην επιλογή του μαιευτηρίου. Κάθε υγιής γυναίκα που διανύει μια φυσιολογική εγκυμοσύνη, μπορεί να πάρει την απόφαση να γεννήσει στο σπίτι της, πάντα έπειτα από πολλή σκέψη και συζήτηση με το γιατρό που την παρακολουθεί. Η διαδικασία της γέννας στο σπίτι, πραγματοποιείται συνήθως από δυο μαίες, οι οποίες είναι σε συνεχή επικοινωνία με τον μαιευτήρα.

Περιπτώσεις στις οποίες απαγορεύεται η γέννα στο σπίτι:

- I. Όταν η κύηση αντιμετωπίζει προβλήματα και υπάρχει κίνδυνος επιπλοκών.
- II. Όταν έχουν προηγηθεί τοκετοί που παρουσίασαν επιπλοκές.
- III. Όταν το μωρό δεν έχει γυρίσει με το κεφάλι προς τα κάτω.
- IV. Όταν δεν υπάρχει σε κοντινή απόσταση νοσοκομείο ή κλινική, ώστε να μπορεί άμεσα να μεταβεί η έγκυος σε περίπτωση εμφάνισης επιπλοκών.
- V. Όταν το σπίτι βρίσκεται σε περιοχή που το ασθενοφόρο είναι δύσκολο να μεταβεί, για να παραλάβει την επίτοκο, αν δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα.
- VI. Όταν η κύηση έχει προκύψει από εξωσωματική γονιμοποίηση.
- VII. Όταν η κύηση είναι πολύδυμη.

Αντίθετα, ο τοκετός στο σπίτι επιτρέπεται σε γυναίκες που :

1. Έχουν μια φυσιολογική εγκυμοσύνη, η οποία δεν παρουσιάζει πιθανότητα επιπλοκών.
2. Προβλέπεται ότι θα έχουν ένα φυσιολογικό τοκετό.
3. Είναι υγιείς.
4. Η απόφαση για τον τοκετό στο σπίτι έχει παρθεί από κοινού με τον σύντροφο τους.
5. Το μωρό έχει γυρίσει με το κεφάλι προς τα κάτω.
6. Δεν έχει παραταθεί η εγκυμοσύνη, δηλαδή δεν διανύουν κύηση μεγαλύτερη των 42 εβδομάδων.
7. Έχουν τη βοήθεια ειδικών που γνωρίζουν τη διαδικασία και έχουν εμπειρία πάνω στη γέννηση μωρών στο σπίτι.

Σημαντική προϋπόθεση για να πραγματοποιηθεί η γέννα στο σπίτι, είναι η σωστή προετοιμασία του χώρου. Όλα τα εργαλεία που χρειάζονται για τον τοκετό, θα τα φέρουν μαζί τους οι μαίες. Ωστόσο, το σπίτι πρέπει απαραίτητως να είναι ζεστό και να πληροί τους βασικούς κανόνες υγιεινής. Επιπλέον, πρέπει να είναι εξοπλισμένο με καθαρά και σιδερωμένα σεντόνια, καθαρά και σιδερωμένα ρούχα για το νεογέννητο, προστατευτικό για το κρεβάτι και το πάτωμα, οινόπνευμα, σακούλες για σκουπίδια, πάνες, πετσέτες και λεκάνες.

Οι γυναίκες που επέλεξαν τη γέννα στο σπίτι, πιθανότατα να θελήσουν να το επαναλάβουν, εξαιτίας των πολλών πλεονεκτημάτων της :

- a. Αρχικά, η εμπειρία είναι μοναδική, αφού η γυναίκα ζει στο έπακρο το θαύμα του ερχομού του μωρού της.
- b. Ο τοκετός γίνεται σε έναν οικείο χώρο ,όπου η επίτοκος περιβάλλεται από ανθρώπους που η ίδια έχει επιλέξει και οι οποίοι την κάνουν να αισθάνεται ασφαλής και χαλαρή.
- c. Δε χρειάζεται να αγκωθεί επειδή πρέπει να πάει στο μαιευτήριο. Οι μαίες είναι σε ετοιμότητα και θα έρθουν αμέσως μόλις τις καλέσει.
- d. Όταν γεννηθεί το νεογέννητο, θα το πάρει πρώτη στην αγκαλιά της και αν επιθυμεί μπορεί να το θηλάσει.

Για να επιλέξει μια γυναίκα τη γέννα στο σπίτι, πρέπει να της το επιτρέψει ο γιατρός της, να είναι σίγουρη για την απόφαση της και έπειτα πρέπει να έχει απόλυτη εμπιστοσύνη στα άτομα που θα πραγματοποιήσουν τη διαδικασία. Παρόλο που οι έρευνες δείχνουν πως η γέννα στο σπίτι ,υπό ιδανικές συνθήκες, είναι απόλυτα ασφαλής , οι περισσότερες γυναίκες στη χώρα μας, δε δείχνουν να την προτιμούν.

ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ II

Τα τελευταία χρόνια σε ορισμένες χώρες ο τοκετός στο σπίτι αποτελεί μια εναλλακτική επιλογή για μικρό αριθμό γυναικών. Ιδιαίτερα η Αγγλία και η Ολλανδία είναι χώρες με μεγάλη εμπειρία στη διεξαγωγή τοκετού στο σπίτι. Παρατηρείται βέβαια και σε αυτές το τελευταίο διάστημα μια μειούμενη τάση μετά τον αρχικό ενθουσιασμό. Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι πρόσφατες μελέτες απέδειξαν τριπλάσιο κίνδυνο θανάτου του νεογνού στο σπίτι σε σχέση με τον τοκετό σε νοσοκομείο [78], με αποτέλεσμα να αναθεωρηθεί δραματικά η πρακτική αυτή. Υπάρχουν πλέον ιδιαίτερα αυστηρές συστάσεις να επιλέγονται κυήσεις χαρακτηριζόμενες ως «χαμηλού κινδύνου» και απαραίτητως σε πολύτοκες γυναίκες και όχι σε πρωτοτόκες [70-80]. Επιπλέον αποτελεί κοινή γνώση ότι μια εγκυμοσύνη χωρίς παράγοντες κινδύνου και ένας τοκετός που εξελίσσεται ομαλά μπορούν ανά πάσα στιγμή να παρουσιάσουν βαρύτατες και πολλές φορές θανατηφόρες επιπλοκές, όπως βαριά αιμορραγία της μητέρας, δυστοκία ώμων του εμβρύου, καρδιοαναπνευστική ανάνηψη του νεογνού. Αυτές οι επιπλοκές επιβάλλεται να αντιμετωπισθούν άμεσα σε ένα οργανωμένο χώρο με αυστηρές προδιαγραφές, από πολυμελείς και άρτια εκπαιδευμένες ομάδες με δυνατότητα αντιμετώπισης κάθε περιστατικού που επιδεινώνεται ταχέως. Κομβικής σημασίας είναι επίσης η επιλογή των περιπτώσεων που θα χαρακτηρισθούν ως «χαμηλού κινδύνου». Αυτό δε μπορεί να

πραγματοποιηθεί με μια επιπόλαιη και επιφανειακή προσέγγιση, αλλά με μια ολοκληρωμένη θεώρηση από ένα κατάλληλα εκπαιδευμένο Μαιευτήρα - Γυναικολόγο. Η αναγκαιότητα της άμεσης διακομιδής επισημαίνεται σε όλες τις χώρες με εμπειρία σε τοκετούς στο σπίτι [81], όπου είναι αυτονόητο ότι η λειτουργία του συστήματος υγείας εξασφαλίζει άμεσα την ταχύτατη και ασφαλή μεταφορά σε ένα οργανωμένο νοσοκομείο. Τίθεται λοιπόν το ερώτημα πόσο εφικτή είναι η άμεση μεταφορά (εντός λίγης ώρας) σε μια οργανωμένη μονάδα και υπό ποιες συνθήκες στον ελληνικό χώρο.

Θεωρούμε ότι μέχρι στιγμής στην Ελλάδα βρισκόμαστε σε ένα ιδιαίτερα πρώιμο στάδιο στο συγκεκριμένο θέμα και επιβάλλεται να καθορισθεί με σαφήνεια η εκπαίδευση, η κατάρτιση και οι γνώσεις όσων θα λάβουν μέρος σε αυτό το εγχείρημα. Επιπλέον, χρήζει περαιτέρω διευκρίνισης ο καθορισμός του νομικού πλαισίου χορήγησης των πιστοποιητικών γέννησης στις περιπτώσεις τοκετών στο σπίτι και της τεκμηρίωσης της ταυτότητας των γονέων-τέκνου. Η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει επίσης και για την καθιέρωση επιπλέον νομοθετικού πλαισίου που αφορά την προστασία των γυναικών και τον καταλογισμό ευθυνών. Πράγματι κάθε γυναίκα δικαιούται να τοποθετείται για τον τρόπο και τον τόπο του τοκετού μετά από λεπτομερή και τεκμηριωμένη ενημέρωση από το μαιευτήρα, για τους κινδύνους και τις επιπλοκές με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική, σε μια απόφαση από την οποία εξαρτώνται δύο ζωές: της ίδιας και του νεογνού της. Εν κατακλείδι νοιώθουμε την ανάγκη να αναφέρουμε την εξαιρετικά υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Ελληνικά Μαιευτήρια (δημόσια και ιδιωτικά), με τα χαμηλότερα πανευρωπαϊκά ποσοστά επιπλοκών, γεγονός που επισημάνθηκε πολλές φορές και στο διεθνή τύπο χαρακτηρίζοντας την Ελλάδα την πλέον ασφαλή χώρα για τοκετό (από ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ Μέλος της FIGO & του EBCOG).

2.3.1 Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης

Από τα συχνότερα κρούσματα που θα συναντήσουμε στην κοινότητα είναι η σεξουαλική κακοποίηση γυναικών και πιο συχνά από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Αποτέλεσμα του οποίου θα είναι μια κύηση που συνήθως αποκρύπτεται, για λόγους ευνόητους

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί παγκοσμίως ένα ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, με πολλές επιπτώσεις και προεκτάσεις τόσο σωματικές όσο ψυχολογικές και κοινωνικές^{21,22,23}. Ανάμεσα στις χώρες του Δυτικού κόσμου με τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης είναι η Αμερική, ενώ από τις χώρες της Ευρώπης, την πρώτη θέση φαίνεται να κατέχει η Μ. Βρετανία²⁴ και παρόλο το γεγονός ότι το 2004 υπήρξε μείωση των εφηβικών κυήσεων σε

σχέση με παλαιότερα έτη, το ποσοστό αυτό εξακολουθεί να παραμένει το υψηλότερο από τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Η εφηβική εγκυμοσύνη μπορεί να καταλήξει ανάλογα, σε γέννηση, αποβολή ή άμβλωση.²³

Στην Ελλάδα, η αρμόδια επιτροπή για τη μείωση των διακρίσεων κατά των Γυναικών, εξέφρασε την ανησυχία της για το υψηλό ποσοστό των εκτρώσεων στη χώρα μας και ειδικότερα για τις εκτρώσεις εκείνες που αφορούν τις έφηβες, επισημαίνοντας δε, ότι το γεγονός αυτό είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς χρήσης αντισύλληψης, αλλά και της απουσίας σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στους έφηβους.²⁷ Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αμβλώσεων στην Ευρώπη και παράλληλα ένα πολύ χαμηλό ποσοστό χρήσης αντισύλληψης, εξαιρουμένων της χρήσεως προφυλακτικού και της απόσυρσης. Το 2001 σύμφωνα με στοιχεία μελέτης που διεξήχθη στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι μια στις δέκα γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών είχε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληξε σε άμβλωση. Γίνεται εμφανής λοιπόν η μεγάλη έλλειψη από πολιτικές πρόληψης στον συγκεκριμένο τομέα, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να θεωρούν την άμβλωση ως ελεγκτικό μηχανισμό των γεννήσεων²⁸

Οι λόγοι και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της εφηβικής εγκυμοσύνης είναι πολλοί και ποικίλλουν ανάλογα. Ωστόσο οφείλουμε να επισημάνουμε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, η κύηση στην εφηβεία αποτελεί επιλογή από την έφηβη και αυτό σχετίζεται άμεσα με στοιχεία κουλτούρας και πολιτισμικής κληρονομιάς, τα οποία διέπουν κάποιες κοινωνίες ή κάποιες κοινωνικές ομάδες.^{29,30}

2.3.2 ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΕ ΑΜΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

Από στοιχεία μελέτης που έγινε σε 28 χώρες του αναπτυγμένου κόσμου, προκύπτει ότι το λιγότερο 1,25 εκατομμύρια έφηβες μένουν έγκυες κάθε χρόνο, και από αυτές μισό εκατομμύριο περίπου θα οδηγηθούν σε έκτρωση, ενώ γύρω στις 750.000 θα γίνουν τελικώς έφηβες μητέρες²⁴ Οι ΗΠΑ εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης από όλες τις αναπτυγμένες χώρες και η Μ. Βρετανία παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη.^{32,25}

ΑΜΕΡΙΚΗ

Στοιχεία από αναφορά της Unicef το 2001, δείχνουν ότι στην Αμερική, το ποσοστό των εφηβικών γεννήσεων αγγίζει το 52.1% και είναι τέσσερις φορές πιο πάνω από το αντίστοιχο ποσοστό που αφορά τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.²⁴ Το 2002 σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από το National Center for Health Statistics των ΗΠΑ, συνέβησαν 757.000

κυήσεις σε έφηβες ηλικίας 15-18 ετών και παρόλο, που τα ποσοστά εφηβικής κύησης εμφάνισαν πτώση σε σχέση με τα προηγούμενα έτη, τα ήδη υπάρχοντα ποσοστά παραμένουν και θεωρούνται ακόμη υψηλά. Από τις παραπάνω κυήσεις, οι 425.000 κατέληξαν σε άμβλωση και οι 117.000 σε αποβολή. Το 82% των εφηβικών κυήσεων που προκύπτουν τα τελευταία δύο χρόνια, όπως αναφέρεται από την ίδια πηγή, είναι κυήσεις απρόσμενες.

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη στις έφηβες σήμερα, υπερβαίνει σε αριθμό τις 800.000 ετησίως ενώ το ένα τρίτο από αυτές τις κυήσεις καταλήγουν σε άμβλωση.

Όσον αφορά τις γεννήσεις στην εφηβεία, η πρόσφατη αναφορά από το National Vital Statistics Number δείχνει ότι το 2006, το ποσοστό γεννήσεων από μικρότερες έφηβες ηλικίας 10-14 ετών έπεσε στους 0.6 τοκετούς/1000 έφηβες, σε σχέση με το 0.7/1000 το 2005 και είναι η μοναδική ηλικιακή ομάδα, στην οποία καταγράφεται έστω και αυτή η μικρή πτώση. Αντίθετα το ποσοστό των γεννήσεων από έφηβες ηλικίας 15-17 ετών, αυξήθηκε από 21.4/1000 έφηβες το 2005 σε 22 το 2006, ενώ το ποσοστό των γεννήσεων από έφηβες ηλικίας 18-19 ετών αυξήθηκε 4% το 2006.³⁵

ΕΥΡΩΠΗ

Η Μ. Βρετανία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη²⁵ και σε αντίθεση με την πτώση του ποσοστού εφηβικής εγκυμοσύνης, που καταγράφεται στις υπόλοιπες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, στη Μ. Βρετανία το αντίστοιχο ποσοστό παραμένει σχετικά σταθερό, ειδικά στις εφήβους ηλικίας από 16 ετών και κάτω^{36,37}

Το 2002 ο αριθμός των εφηβικών κυήσεων στη Μ. Βρετανία ήταν 46.745 από τις οποίες 50% κατέληξε στη γέννηση ενός παιδιού, προκαλώντας έτσι το γεγονός η Μ. Βρετανία να έχει ένα ποσοστό εφηβικών γεννήσεων, διπλάσιο από εκείνο της Γερμανίας, τριπλάσιο από της Γαλλίας και έξι φορές περισσότερο από τις Σκανδιναβικές χώρες³⁸

Το 2004 το ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στη Μ. Βρετανία ήταν της τάξης του 41.5/1000 έφηβες ηλικίας 15-17 ετών και παρόλο, που καταγράφεται μια πτώση 11.1% σε σχέση με το 1998, το ποσοστό εφηβικών κυήσεων παραμένει ακόμα το υψηλότερο στη Δυτική Ευρώπη.²⁷ Χαρακτηριστικό, είναι επίσης το γεγονός, ότι το 2008 στη Μ. Βρετανία σε σύνολο 195.296 εκτρώσεων στο γενικό πληθυσμό, οι 19.387 αφορούσαν έφηβες κάτω των 18 ετών, (ποσοστό 19% του συνολικού αριθμού αμβλώσεων), και από αυτές 4.113 αμβλώσεις, ήταν σε ηλικία κάτω των 16 ετών, (ποσοστό 4%), ενώ από το 2006 έως το 2008, οι εκτρώσεις εφήβων κοριτσιών κάτω των 16 ετών ήταν 12.479.³⁹

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι το διάστημα 1997-2007 ο αριθμός των συλλήψεων στις έφηβες 16 ετών παρουσιάζει μείωση όπως επίσης και ο αριθμός των κυήσεων που καταλήγουν σε τοκετό.. Αντίθετα όσο αυξάνεται η ηλικία το σύνολο των συλλήψεων παρουσιάζει ελάχιστη

μεταβολή και το ίδιο παρατηρείται και στον αριθμό των κυήσεων που καταλήγουν σε τοκετό (Πίνακας 1). (Σελ.131 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1)

Σε άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως στη Σουηδία και στη Γαλλία, τα ποσοστά της εφηβικής εγκυμοσύνης εμφανίζονται πολύ χαμηλότερα, σε σχέση με αυτά της Μ. Βρετανίας και των Η.Π.Α.

ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα το 2007 σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, είχαμε 3.129 γεννήσεις από έφηβες ηλικίας κάτω των 18 ετών, με 76 από αυτές τις γεννήσεις, να αφορούν έφηβες κάτω των 15 ετών, αριθμός που καλύπτει μέρος μόνο του συνόλου των εφηβικών κυήσεων, αφού δεν περιλαμβάνει τις αποβολές ή τις αμβλώσεις στην εφηβική ηλικία. Ουσιαστικά το χρονικό διάστημα 2000-2007, παρατηρείται μικρή αύξηση στις γεννήσεις από έφηβες κάτω των 15 ετών (n=47 έναντι n=76). Ο αριθμός των καταγεγραμμένων γεννήσεων σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα το έτος 2003 σχεδόν διπλασιάζεται, ανέρχεται στις 92 γεννήσεις, ενώ το έτος 2007 παρουσιάζει μια μικρή μείωση, παρόλα αυτά όμως παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Η αμέσως επόμενη ηλικιακή ομάδα είναι αυτή μεταξύ 15-19 ετών και εκεί όπως αναμένεται εμφανίζεται αυξημένος αριθμός γεννήσεων που ετησίως για το ίδιο χρονικό διάστημα 2000-2007 φτάνει περίπου τις 3.500 χιλιάδες με πολύ μικρή διαφοροποίηση ανά έτος. Ο πραγματικός αριθμός όμως, υπολογίζεται να είναι πολλαπλάσιος, δεδομένου του ότι, με βάση τα παραπάνω στοιχεία, στη χώρα μας έχουμε συστηματική καταγραφή μόνο των γεννήσεων και δεν περιλαμβάνονται σε αυτήν οι αμβλώσεις και οι αποβολές (Πίνακας 2).σελ132

Στοιχεία της Β' Γυναικολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών δείχνουν ότι το 30-40% των κοριτσιών ηλικίας 16-18 ετών έχουν ξεκινήσει σεξουαλική δραστηριότητα. Από το παραπάνω ποσοστό, ένα 30% δεν χρησιμοποιεί καμία μέθοδο αντισύλληψης και ένα άλλο 30% χρησιμοποιεί αναποτελεσματικές μεθόδους, όπως η απόσυρση. Η συχνότητα των εφηβικών γεννήσεων έχει βέβαια μειωθεί την τελευταία εικοσαετία (από 9% το 1985 σε 5.2% το 2003), γεγονός που μάλλον συνδέεται με την αύξηση των αμβλώσεων κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (1980: 28.8%, 2003: 50%).⁴²

2.3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει ουσιαστικά την επίπτωση της εγκυμοσύνης στην εφηβεία. Τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης παρατηρούνται κυρίως στις κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερες τάξεις και σε περιοχές με υλική και κοινωνική στέρηση^{33,34}. Έφηβες προερχόμενες από την εργατική κοινωνική τάξη έχουν δέκα φορές περισσότερο κίνδυνο να γίνουν έφηβες μητέρες, σε σχέση με τις έφηβες που προέρχονται από την ανώτερη κοινωνική τάξη.³⁸

Σε μελέτη που έγινε στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι περισσότερες νεαρές έγκυες προέρχονταν από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι αυτές οι ομάδες πληθυσμού έχουν ελλιπή γνώση, σε σχέση με την φυσιολογία της αναπαραγωγής καθώς και με την χρήση αντισυλληπτικών.⁴⁵

Η πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για μια κύηση την εφηβεία και μπορεί να σχετίζεται και με κοινωνικοοικονομικά κριτήρια όπως προκύπτει από μια μελέτη που έγινε στη Μ. Βρετανία. Βρέθηκε λοιπόν ότι, οι έφηβες που προέρχονται από τις εργατικές τάξεις ξεκινούν νωρίτερα τις σεξουαλικές τους επαφές με το άλλο φύλλο, με αποτέλεσμα να εκτίθενται έτσι περισσότερο στον κίνδυνο μιας κύησης στην εφηβεία.⁴⁶

Επίσης από μια άλλη μελέτη στη Μ. Βρετανία που αφορά έφηβες από διαφορετικά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα, διαπιστώθηκε ότι, ενώ αρχικά οι περισσότερες από αυτές έβλεπαν την μητρότητα στην εφηβεία κυρίως αρνητικά, εκείνες οι κοπέλες που προέρχονταν από τις οικονομικά ασθενέστερες περιοχές, φαίνεται ότι είχαν τις περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν την εγκυμοσύνη τους, όταν εκείνη προέκυπτε, σε σχέση με αυτές από τις πιο προνομιούχες οικονομικά περιοχές, οι οποίες τείνουν συχνότερα να υποβάλλονται σε άμβλωση.⁴⁷

Σύμφωνα τέλος με άλλες συναφείς μελέτες, οι συνθήκες που συμβάλλουν στη στέρηση υλικών αγαθών, αποτελούν έναν από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία.⁴⁸

2.3.4 Οικογένεια

Η οικογένεια είναι ένας παράγοντας με σημαντική επιρροή στην απόφαση της εφήβου είτε να οδηγηθεί συνειδητά σε μια εφηβική εγκυμοσύνη, είτε να προβεί νωρίς στην έναρξη της σεξουαλικής της ζωής. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι νεαρά κορίτσια που ζούσαν χωρίς την οικογένειά τους, υπό την προστασία της πολιτείας, βίωναν συναισθήματα μοναξιάς, απόρριψης

και έλλειψης εμπιστοσύνης. Αυτά τα συναισθήματα, φαίνεται ότι ασκούσαν σοβαρή επιρροή στην απόφαση τους να επιλέξουν να συνεχίσουν μια κύηση και να γίνουν οι ίδιοι γονείς, προσπαθώντας έτσι μέσα από μια υγιή οικογενειακή σχέση να συμπληρώσουν τα κενά τα οποία ένιωθαν. Η γέννηση ενός μωρού ουσιαστικά καλύπτει με αυτόν τον τρόπο τις συναισθηματικές ανάγκες της έφηβης, τις οποίες έχει στερηθεί η ίδια.⁴⁹

Επίσης, έφηβες που έχουν βιώσει την απουσία του πατέρα στην οικογένεια, επηρεάζονται από το γεγονός αυτό και εμφανίζονται πιο επιρρεπείς στο να αρχίσουν νωρίτερα τις σεξουαλικές τους επαφές και πολλές φορές αυτό τείνει να καταλήξει σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.⁵⁰ Τέλος, οι έφηβες που ήταν και οι ίδιες παιδιά έφηβων γονέων, παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώσουν μια κύηση στην εφηβεία και να γίνουν και οι ίδιες έφηβες μητέρες, σε σχέση με τις έφηβες που οι γονείς τους τεκνοποίησαν κατά την ενήλικη ζωή τους.⁵¹

Στο ρόλο που παίζει η οικογένεια αλλά και το σχολείο, αναφέρεται και μια παρόμοια μελέτη από τη Μ. Βρετανία.⁴⁶ Σημαντικό εύρημα της μελέτης αυτής είναι η συμβολή της μονογονεϊκής οικογένειας στην επίπτωση της εφηβικής εγκυμοσύνης. Αναφέρεται λοιπόν ότι, το ποσοστό της πρώτης σεξουαλικής επαφής εφήβων ηλικίας κάτω των 16 ετών και μη χρήσης αντισύλληψης, ήταν υψηλότερο σε κορίτσια και αγόρια που ζούσαν με έναν από τους δύο γονείς και αυτά τα άτομα φαίνεται ότι εγκαταλείπουν και το σχολείο νωρίτερα από την ηλικία των 16 ετών.⁴⁶

2.5.5 Σχολείο - Εκπαίδευση

Στη στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε έφηβες, οι οποίες εγκαταλείπουν το σχολείο και στην επίπτωση της εφηβικής εγκυμοσύνης, αναφέρεται μια μελέτη που επισημαίνει ότι ένα ποσοστό 29% από έφηβες που είναι σεξουαλικά ενεργείς και που εγκαταλείπουν το σχολείο στα 16 τους χρόνια, έχουν ένα παιδί στην ηλικία των 17 χρόνων.⁴⁶ Έφηβες που εγκαταλείπουν το σχολείο, είτε διότι δεν το συμπαθούν, είτε έχουν χαμηλή επίδοση σε αυτό, ανήκουν σε ομάδα υψηλού κίνδυνου για να βιώσουν μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία,^{38,48} η εγκατάλειψη της εκπαίδευσης και η αδυναμία ως εκ τούτου, απόκτησης ουσιαστικών προσόντων για μια καλή επαγγελματική αποκατάσταση, τεκμηριώνεται ως παράγοντας κινδύνου απόκτησης μιας εφηβικής εγκυμοσύνης και από άλλη παρόμοια μελέτη, που αναφέρεται σε νέους που βρίσκονταν υπό τη φροντίδα της πολιτείας και όχι της οικογένειάς τους. Σημαντικός παράγοντας επίσης, σε αυτή την ομάδα νέων, ήταν η διακοπή της σχολικής εκπαίδευσης λόγω εγκατάλειψης του σχολείου και η ως εκ τούτου έλλειψη σχολικής σεξουαλικής τους διαπαιδαγώγησης.⁴⁹

Από μελέτη που έγινε σε έγκυες έφηβες από ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και αφορά την επιθυμία τους για μια εγκυμοσύνη, βρέθηκε ότι, οι έφηβες εκείνες που εγκατέλειψαν το σχολείο, είχαν διπλάσια την επιθυμία για εγκυμοσύνη σε σχέση με τις έφηβες που συνέχιζαν την εκπαίδευσή τους.⁵²

2.3.5 Σεξουαλική Συμπεριφορά - Αντισύλληψη

Οι έφηβοι φαίνεται ότι προτιμούν συνήθως λιγότερο αξιόπιστες μεθόδους αντισύλληψης και δίνουν λιγότερη προσοχή στην αναπαραγωγική τους υγεία. Τα πρώτα βήματα στη σεξουαλική τους ζωή είναι συνήθως ανασφαλής και χαρακτηρίζονται από έλλειψη εμπειρίας.⁴⁶ Η μέση ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής και για τα δύο φύλλα είναι αυτή των 16 ετών σύμφωνα με έρευνα στη Μ. Βρετανία⁴⁶. Επίσης, το όριο έναρξης της εμμηνου ρύσεως έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν και χαρακτηρίζεται από την πρόωμη έναρξη της περιόδου στα κορίτσια, ένα γεγονός που σχετίζεται και αυτό με την επίσης πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων. Αυτή η σεξουαλική δραστηριότητα συχνά επιφέρει πολλά απρόοπτα γεγονότα, όπως η εγκυμοσύνη και η άμβλωση.^{46,54,55}

Η πλειοψηφία των εφήβων που έχουν για πρώτη φορά σεξουαλική επαφή, είναι συνήθως χωρίς τη λήψη προφύλαξης, χωρίς αντισύλληψη ή με ανασφαλής μέτρα αντισύλληψης. Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων στον τομέα της αντισύλληψης, προκύπτει τόσο από την έλλειψη σχολικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, όσο και από τη φτωχή επικοινωνία με την οικογένεια και εξηγεί τη συμπεριφορά αυτή των εφήβων σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Ουγγαρία.⁵³ Από τη μελέτη αυτή συμπεραίνεται επίσης ότι, οι έφηβοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη καθοδήγησης, για τη βελτίωση της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς, και ότι για να προληφθεί η ανεπιθύμητη εφηβική εγκυμοσύνη και η έκτρωση, η οικογένεια, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το σχολείο και οι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να βελτιώσουν περισσότερο τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την πληροφόρηση που προσφέρουν στους εφήβους.⁵³

Στην Ελλάδα η φτωχή διαπαιδαγώγηση σε θέματα αντισύλληψης, συμβάλλει στο αυξανόμενο ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων άρα και των άμβλώσεων.²⁸ Σε έρευνα που έγινε στον Ελλαδικό χώρο, σε 1500 άτομα ηλικίας 16-45 ετών και αφορούσε τη διερεύνηση της γνώσης σε θέματα αντισύλληψης, βρέθηκε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό, 30,6% γυναικών και 14,7% των ανδρών απάντησαν σωστά στο 50% των ερωτήσεων που αφορούσαν βασικά θέματα αντισύλληψης.⁵⁶ Πηγές πληροφόρησής τους σε τέτοια θέματα αποτελούσαν οι παρέες, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και λιγότερο η οικογένεια. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι η ανάγκη για διαπαιδαγώγηση σε σχετικά θέματα, είναι εμφανής, ειδικά στους νέους.⁵⁶

2.3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η καλή αναπαραγωγική υγεία, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από το επίπεδο ενημέρωσης των ατόμων, σχετικά με τα μέτρα αντισύλληψης. Η λήψη των αποφάσεών τους, όσον αφορά τη σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά, προϋποθέτει σαφώς ορθή και έγκαιρη πληροφόρηση.^{56,57} Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των μαθητών στα σχολεία, αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες στρατηγικής, που πρέπει να υιοθετήσει η πολιτεία για την μείωση της επίπτωσης της εφηβικής εγκυμοσύνης και την προαγωγή της υγείας των εφήβων.

Η Μ. Βρετανία, έχοντας τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης στη Ευρώπη, έθεσε το 1999 σε εφαρμογή προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και ενημέρωσης, με δύο βασικούς στόχους: α) να μειώσει τα ποσοστά της εφηβικής εγκυμοσύνης έως το 2010 και β) να αυξήσει στο 60% τουλάχιστον το ποσοστό των έφηβων γονέων, ειδικότερα της ηλικιακής ομάδας 16- 19 ετών.⁵⁸ Αυτό το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο το οποίο εφαρμόστηκε αρχικά το 1999, περιελάμβανε τέσσερα βασικά στοιχεία:

α) Καλύτερη πρόληψη των αιτιών της εφηβικής εγκυμοσύνης, μέσα από τη βελτίωση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και στην κοινότητα και την εξασφάλιση ευκολότερης πρόσβασης των νέων στην αντισύλληψη.

β) Εθνική καμπάνια από την πολιτεία που σκοπό είχε, να βοηθήσει τους νέους να αντισταθούν στη πίεση της πρώιμης έναρξης σεξουαλικών επαφών, καθώς και να ευαισθητοποιήσει τους νέους σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα τέλος να ενθαρρύνει τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων.

γ) Προώθηση δομών για το συντονισμό των δράσεων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο και εξασφάλιση της εφαρμογής των προαναφερθέντων δράσεων.

δ) Έμπρακτη υποστήριξη των εφήβων εγκύων και των έφηβων γονέων, η οποία θα περιλαμβάνει την πρόληψη μιας δεύτερης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, επιστροφή στην εκπαίδευση μέσω της βοήθειας που παρέχεται για τη φύλαξη του παιδιού των έφηβων γονέων και προγράμματα που παρέχουν ενίσχυση για τους γονείς και τα παιδιά.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή αυτών των δράσεων μετά το πέρας τεσσάρων ετών, έδειξαν αισθητή μείωση του ποσοστού των εφηβικών κυήσεων κατά 3,2% και των γεννήσεων από έφηβες κατά 10,6%. Η μείωση αυτή εμφανίζεται μεγαλύτερη στις περιοχές στις οποίες το πρόγραμμα εφαρμόστηκε καλύτερα. Ωστόσο, αντίθετα με τα παραπάνω θετικά αποτελέσματα,

αρνητικό θεωρείται το γεγονός ότι το ποσοστό των αμβλώσεων αυξήθηκε κατά 7,5%. Αυτά τα στοιχεία σύμφωνα με επιστήμονες, δείχνουν ένα θετικό αποτέλεσμα της εθνικής στρατηγικής που εφαρμόστηκε, παρόλο που επισημαίνουν ότι περισσότερες βελτιώσεις στη στρατηγική αυτή θα πρέπει να γίνουν στο μέλλον.⁴³

Σε άλλες χώρες επίσης, όπως η Σουηδία και η Γαλλία, με χαμηλά ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης, έχουν εισαχθεί στα σχολεία σύγχρονα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και υπάρχει επίσης εύκολη πρόσβαση των νέων στις υπηρεσίες πληροφόρησης σχετικά με την αντισύλληψη.⁴⁰ Στις χώρες αυτές επίσης, σημαντικό εκτός των άλλων είναι το γεγονός ότι η πολιτεία υιοθετεί μια θετική στάση και προσδοκία απέναντι στη σεξουαλικότητα των νέων, η οποία εκφράζεται θετικά και με ένδειξη εμπιστοσύνης προς αυτούς. Στηρίζεται η θέση ότι οι έφηβοι μπορούν να πάρουν σωστές αποφάσεις σε σχέση με τη σεξουαλική τους υγεία και την πρόληψη μιας εγκυμοσύνης, έχοντας λάβει τις γνώσεις μέσα από σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Αυτού του είδους η κοινωνική αποδοχή της εφηβικής σεξουαλικότητας εκφράζεται από την πολιτεία με το να προσφέρει στους έφηβους μια σύγχρονη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία και μια εύκολη πρόσβαση των νέων σε υπηρεσίες αντισύλληψης.⁴⁰ Χώρες όπως, η Σουηδία, η Ολλανδία, η Δανία, η Φιλανδία και η Γαλλία, φαίνεται να έχουν ξεφύγει από τις παραδοσιακές ηθικές αξίες άλλων κοινωνιών, πιο συντηρητικών, και έτσι να έχουν προβεί σε επιτυχημένες προσπάθειες προετοιμασίας των νέων ώστε να αντιμετωπίζουν καλύτερα μια περισσότερο «σεξιστική» κοινωνία.³³

Βλέπε Παράρτημα1 σελ.129

2.3.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις ένα ανεπιθύμητο γεγονός και μπορεί να καταλήξει σε άμβλωση, αποβολή ή τη γέννηση ενός παιδιού.²⁴ Σε οποιαδήποτε περίπτωση όμως και όποια και αν είναι η έκβασή της, οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν είναι σημαντικοί, τόσο για την υγεία της ίδιας της μητέρας, όσο και του παιδιού.²⁴ Έχει βρεθεί ότι οι έφηβες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αναιμία κατά την κύηση, ενώ η προωρότητα και τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά είναι μερικά από τα βασικότερα προβλήματα που εμφανίζονται στα βρέφη των εφήβων.^{59,60}

Σε ψυχολογικό επίπεδο επίσης, ο κίνδυνος που απορρέει από μια κύηση στην εφηβεία είναι η διακοπή ή μερικές φορές η αναστολή των εξελικτικών στόχων της εφήβου.⁵⁹ Οι έφηβες

μητέρες παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό αυτοεκτίμησης, πράγμα που τις δυσκολεύει ακόμη περισσότερο στο να αντεπεξέλθουν στον ρόλο τους, ενώ υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στις έφηβες από ότι στις ενήλικες μητέρες.⁶¹

Σε κοινωνικό επίπεδο, οι έφηβες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ζουν σε πιο στερημένα οικονομικά συνθήκες και ως εκ τούτου, να μην συνεχίζουν ούτε την εκπαίδευση τους στο σχολείο.⁶³ Μεγάλο ποσοστό από αυτές τις μητέρες, ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες ή άνεργες και ως εκ τούτου βρίσκονται σε μια σημαντικά μειονεκτική οικονομική κατάσταση.^{49,62} Τέλος, η πιθανότητα μιας δεύτερης εγκυμοσύνης στη εφηβεία είναι μεγαλύτερη σε έφηβες που έχουν γίνει ήδη μητέρες, και αυτό μπορεί να οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση τους και στη μη χρήση σωστών αντισυλληπτικών μέτρων για την αποφυγή μιας δεύτερης εγκυμοσύνης

2.3.8 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η οικογένεια με προβλήματα όπως η απουσία πατέρα, οι έφηβοι γονείς, αλλά και η διακοπή του σχολείου από την έφηβη ή η χαμηλή επίδοσή της σε αυτό, αποτελούν κάποιους από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην εμφάνιση της εφηβικής εγκυμοσύνης. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η υιοθέτηση από τους εφήβους συμπεριφορών επικίνδυνων, που μπορεί να οδηγήσουν σε εφηβική εγκυμοσύνη, όπως είναι η μη χρήση αντισύλληψης στις επαφές τους, αλλά και η πρόωμη έναρξη επαφών με το άλλο φύλλο, που είναι συνήθως χωρίς προστασία. Το όριο ηλικίας έναρξης των σεξουαλικών επαφών των εφήβων έχει μετατοπισθεί προς τα κάτω, (>16 ετών) και σε συνδυασμό με τη μη χρήση αντισύλληψης, κάνει επιτακτική την ανάγκη για λήψη ουσιαστικών μέτρων πρόληψης και παρέμβασης από την πολιτεία.

Η πρόληψη θα βοηθήσει ώστε να μειωθούν οι συνέπειες που έχει η εφηβική εγκυμοσύνη τόσο στην υγεία όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η έμφαση πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση των εφήβων και τη σωστή ενημέρωση μέσα από προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία.^{54,55} Οι εκπαιδευτικοί, οι σχολικοί νοσηλευτές οι μαίες/τες αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συνεργάζονται αποτελεσματικά και να ενημερώνουν τους γονείς για το περιεχόμενο της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που πρόκειται να εφαρμόσουν.⁶⁴

Σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία, όπου έχουν εφαρμοσθεί προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στους έφηβους, τα αποτελέσματα ήταν θετικά και φάνηκε ότι μειώθηκε αισθητά το ποσοστό των εφηβικών κυήσεων, ειδικά σε περιοχές που η εφαρμογή των

προγραμμάτων ενημέρωσης ήταν ουσιαστική και μεθοδευμένη.^{46,62,43} Στην υπόλοιπη Ευρώπη και κυρίως στη Σουηδία και τη Γαλλία, όπου έχουμε χαμηλά ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης, η υιοθέτηση από την πολιτεία μιας θετικής στάσης απέναντι στη σεξουαλικότητα των νέων, εκφράζεται μέσα από την θέσπιση και εφαρμογή πολιτικών που προσφέρουν στους έφηβους σύγχρονα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες αντισύλληψης.⁴⁰

Αξίζει να σημειώσουμε ότι σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας μελέτης που έγινε στην Αυστραλία και έδειξε ότι η επίσκεψη κοινοτικών νοσηλευτριών και μαιών σε έφηβες μητέρες κατά τη διάρκεια της λοχείας, καθώς και η συμβουλευτική για αντισύλληψη που τους προσέφεραν, βοήθησε τις έφηβες να εφαρμόσουν στο μέλλον αντισυλληπτικά μέτρα και να αποφύγουν έτσι μια δεύτερη εγκυμοσύνη.²³ Χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής των παραπάνω προγραμμάτων πρόληψης στην Ευρώπη, αποτελεί το γεγονός ότι στη Σουηδία βασικό στοιχείο της πρόληψης αυτής, αποτελεί η επίσκεψη μαιών στο σπίτι των έφηβων μητέρων, μεταξύ της 8^{ης} και της 16^{ης} εβδομάδας και η παροχή συμβουλευτικής για τις μεθόδους αντισύλληψης.

Στην Ελλάδα, αυτό που ουσιαστικά είναι σημαντικό να επισημάνει κανείς, είναι η έλλειψη της εφαρμογής προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, ένα κομμάτι ζωτικής σημασίας, αλλά και μέρος της πολιτικής για την αγωγή υγείας, η οποία όπως είδαμε έχει αναπτυχθεί αρκετά σε πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Σε μια μελέτη που αφορά την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των μαθητών στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, προκύπτει ότι ενώ η Ελληνική Κυβέρνηση έχει εισάγει από το 2001 στην εκπαίδευση διδασκαλία για τη γενετήσια αγωγή, τα εγχειρίδια που υπάρχουν γι αυτό το σκοπό είναι ελάχιστα και η παροχή γνώσης περιορισμένη και μονοδιάστατη. Η ελαχιστοποίηση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στις εκπαιδευτικές βαθμίδες, μπορεί να αποδοθεί στον κοινωνικό συντηρητισμό αλλά και στην ελλιπή ενημέρωση εκπαιδευτικών και κοινωνίας γενικότερα.³⁶ Αποτέλεσμα αυτής της αδράνειας είναι οι έφηβοι στην Ελλάδα να μην έχουν σχεδόν καμία παροχή ενημέρωσης μέσα από την εκπαίδευσή τους και να βιώνουν την εφηβεία τους χωρίς να εφοδιάζονται με τις απαραίτητες γνώσεις για τη σεξουαλική τους υγεία και προστασία.

Κεφάλαιο 3

3.1.1 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Το κράτος έχει την ευθύνη της δημιουργίας ενός κοινωνικά δίκαιο, αποτελεσματικότερου και αποδοτικότερου Συστήματος υγείας.

Προϋποθέσεις:

Οργάνωση, ορθολογισμός, προσδιορισμός και εκτίμηση κοινωνικών αναγκών, γνώση αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας πόρων υγείας που δεν «παρέχονται» αλλά κατανέμονται με βάση τις κοινωνικές ανάγκες

Από τη διεύρυνση των συστημάτων υγείας προκύπτουν ορισμένα προβλήματα που αναφέρονται:

- Στον έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας
- Στην καλύτερη διαχείριση των νοσοκομείων
- Στην παραγωγική αξιοποίηση των πόρων
- Στην κοινωνικά δίκαιη διανομή των υπηρεσιών και των αγαθών του συστήματος υγείας

3.1.2 ΥΓΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ_ Malcolm Whitfield, Katarzyna

Machaczek, Mubarak Ismail

Γενική άποψη

Η προαγωγή της υγείας της μητέρας και του παιδιού και η πρόληψη των σχετικών ασθενειών περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία και ευεξία της μητέρας, τον οικογενειακό προγραμματισμό και την ανάπτυξη του παιδιού στα διάφορα στάδια, από τη βρεφική έως την εφηβική ηλικία. ως εκ τούτου, υπάρχει ένα μεγάλο εύρος παρεμβάσεων που στόχο έχουν την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών της μητέρας και του παιδιού.

Σε πολλές χώρες, οι γενικοί ιατροί είναι υπεύθυνοι για παρεμβάσεις που σχετίζονται με την αντισύλληψη, την ασφαλή ερωτική πρακτική, την πρόληψη της υπογονιμότητας, το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα προγράμματα εμβολιασμών, την επιτήρηση του παιδιού και πολλές άλλες. Όχι μόνον οι ιατροί μα και οι νοσηλεύτριες, οι επισκέπτες υγείας και άλλοι επαγγελματίες

της υγείας εμπλέκονται όλοι στην παροχή υπηρεσιών και παρεμβάσεων που σχετίζονται με την υγεία της μητέρας και του παιδιού.

Στις χώρες της Ευρώπης παρατηρούνται διαφορές σχετικά με την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και την ποσότητα των πόρων που δαπανώνται ετησίως για τη φροντίδα της μητέρας και του παιδιού.

Παρόλα αυτά, οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα που σχετίζονται με τη φροντίδα της μητέρας και του παιδιού (όπως επί παραδείγματι η παχυσαρκία, η σιδηροπενία και η αναιμία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μη ασφαλής ερωτική πρακτική, προβλήματα γονιμότητας ή διάφορα προβλήματα που σχετίζονται με την υγιή ανάπτυξη του παιδιού). Πολλά από αυτά τα προβλήματα μπορούν να αποφευχθούν μέσω δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών, που μπορούν να ξεκινήσουν ή και να αναλάβουν εξ ολοκλήρου οι γενικοί ιατροί.

Για παράδειγμα, υπάρχει μία αναπτυσσόμενη επιδημία παχυσαρκίας στις έγκυες γυναίκες αλλά και στα παιδιά. Επίσης, παρατηρείται σημαντική προοδευτική αύξηση στην επίπτωση και τον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης. Άλλο ένα πρόβλημα που σχετίζεται με την υγεία της μητέρας και του παιδιού, και το οποίο μπορεί να αποφευχθεί μέσω των κατάλληλων δράσεων, είναι η κατάχρηση ουσιών από τις εγκύους και τις μητέρες μικρών παιδιών.

Αν και ορισμένα από τα ζητήματα που αναφέρονται παραπάνω μπορούν να αποφευχθούν απλώς και μόνο μέσω της παροχής της κατάλληλης πληροφόρησης στις γυναίκες, τα παιδιά και τις οικογένειές τους, κάποια άλλα προβλήματα (π.χ. η κατάχρηση ουσιών) απαιτούν πιο εξειδικευμένη φροντίδα.

Συνεπώς, είναι απαραίτητο για τους επαγγελματίες Π.Φ.Υ να συνεχίσουν την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους, των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους στο πεδίο της υγείας της μητέρας και του παιδιού

Επιπλέον, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, όσον αφορά στην προαγωγή της υγείας της μητέρας και του παιδιού, οι ιατροί βρίσκουν υποστήριξη από διάφορες ομάδες επαγγελματιών.

3.1.3 Εκπαιδευτικά αντικείμενα

Το κεφάλαιο αυτό σκοπό έχει την ανάπτυξη των απαραίτητων ικανοτήτων, γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτείται να διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την Π.Φ.Υ ώστε να βελτιώσουν την παροχή προληπτικής φροντίδας υγείας της μητέρας και του παιδιού. Με την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος, θα πρέπει να έχουν επιτύχει τα παρακάτω εκπαιδευτικά αντικείμενα:

Γενικοί στόχοι:

Η κατανόηση των κυρίων ζητημάτων που επηρεάζουν την υγεία της μητέρας και του παιδιού κατανόηση των προοπτικών πρόληψης, από πλευράς κλινικής και δημόσιας υγείας, όσον αφορά στην υγεία της μητέρας και του παιδιού. Τη γνώση των υπηρεσιών που θα πρέπει να παρέχονται στη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της βρεφικής ηλικίας.

Ειδικοί στόχοι:

Κατανόηση των φυσιολογικών σταδίων ανάπτυξης του παιδιού και της οικογένειας σε όλη τη διάρκεια της ζωής καθώς και κατανόηση των χαρακτηριστικών των αποτελεσματικών συστημάτων υγείας, τα οποία είναι προσβάσιμα και ταυτόχρονα ευαίσθητα στις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους.

Γνώση των καθοριστικών παραγόντων υγείας και ασθένειας καθώς και της πιθανής επίδρασης βιολογικών, συμπεριφορικών, κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών παραγόντων.

- Κατανόηση της σημασίας των διεπαγγελματικών δεξιοτήτων και της αποτελεσματικής επικοινωνίας στα ζητήματα υγείας μητέρας και παιδιού.
- Ικανότητα σχεδιασμού της συνέχειας της φροντίδας προς τη γυναίκα και το βρέφος.
- Ικανότητα διασφάλισης της ύπαρξης ασφαλών και αποτελεσματικών

μηχανισμών και διαδικασιών που διευκολύνουν την παραπομπή σε ανώτερα επίπεδα ιατρικών υπηρεσιών για κύσεις με επιπλοκές.

- Κατανόηση των πολιτισμικών διαφορών και των κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών των μητέρων, των παιδιών και των οικογενειών.
- Παροχή προγραμμάτων προαγωγής της υγείας τα οποία θα είναι κατάλληλα για την προγεννητική και περιγεννητική περίοδο, την πρώιμη και την όψιμη παιδική ηλικία. Παροχή πηγών σχετικών με διατροφικές συμβουλές, ψυχική υγεία και διακοπή του καπνίσματος.

Περιεχόμενα/θέματα

Τα παρακάτω θέματα συστήνεται να συμπεριληφθούν στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται σχετικά με τη φροντίδα της υγείας της μητέρας και του παιδιού:

- Επιδημιολογικοί παράγοντες στην μητρική, περιγεννητική και νεογνική φροντίδα
- Διάγνωση κύσεως
- Φυσιολογική κύηση
- Τακτική προγεννητική φροντίδα
- Κύηση υψηλού κινδύνου
- Οικογενειακός προγραμματισμός
- Διατροφή μητέρας και βρέφους

- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Υπογονιμότητα
- Θηλασμός
- Επιλόχεια κατάθλιψη και ψύχωση
- Κατάχρηση ουσιών και κάπνισμα στη διάρκεια της κύησης
- Εμβολιασμοί

Βρεφονηπιακά κέντρα

- Προγράμματα παρακολούθησης
- Κακοποίηση παιδιού
- Ψυχικά και συναισθηματικά προβλήματα.

Εκπαιδευτικές μέθοδοι

Η χρήση πολλών εκπαιδευτικών μεθόδων μπορεί να βελτιώσει την κλινική απόδοση και τα αποτελέσματα στους ασθενείς, αλλάζοντας τη συμπεριφορά των ιατρών. Οι πλέον αποτελεσματικές από αυτές είναι όσες σχετίζονται με την κλινική πρακτική, όπως για παράδειγμα η παρέμβαση στην κοινότητα (outreach) συν συστήματα υπενθύμισης (reminders). Επιπλέον, μπορούν να εφαρμοσθούν και άλλες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, όπως οι παρακάτω:

- Μελέτη περιστατικών
- Εργαστήρια
- Διαδραστική μάθηση
- Συζητήσεις
- Μάθηση βασισμένη σε σενάριο
- Μάθηση βασισμένη στο πρόβλημα - Διαλέξεις.

Συνθήκες

Η εκπαίδευση θα πρέπει να λαμβάνει χώρα στις καθημερινές συνθήκες των ιατρών, ή εναλλακτικά, στην περίπτωση που υπάρχουν μεγαλύτερες ομάδες, σε αίθουσες σεμιναρίων ή διαλέξεων.

Επιπλέον, για να ενισχυθεί η μαθησιακή εμπειρία των ιατρών, οι εκπαιδευόμενοι θα πρέπει να επισκεφθούν διάφορους χώρους όπως πτέρυγες νοσοκομείων (π.χ. μαιευτικές-γυναικολογικές κλινικές ή υπηρεσίες αντιμετώπισης κατάχρησης ουσιών) ώστε να δουν τις πιθανές επιπτώσεις από τη έλλειψη καταλλήλων προληπτικών παρεμβάσεων και προσεγγίσεων όσον αφορά στην υγεία της μητέρας και του παιδιού. Με την επίσκεψή τους σε υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών, οι ιατροί θα αποκτήσουν τις κατάλληλες γνώσεις

και δεξιότητες που απαιτούνται για την αναγνώριση των ασθενών που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα.

Οι συνεδρίες που αφορούν στην περίθαλψη της μητέρας και του παιδιού λαμβάνουν χώρα σε χώρους εκπαίδευσης όπως αίθουσες διαλέξεων με κατάλληλο οπτικοακουστικό και τεχνολογικό εξοπλισμό, ώστε να μπορέσουν οι ιατροί να εμπλακούν σε "παιχνίδι ρόλων" που αφορούν στην παροχή φροντίδας σε εγκυμονούσες γυναίκες.

Μέθοδοι/εργαλεία αξιολόγησης

Για την αξιολόγηση των ικανοτήτων των γενικών ιατρών στο πεδίο της υγείας της μητέρας και του παιδιού, χρησιμοποιούνται διάφορα αποτελεσματικά εργαλεία και μέθοδοι.

Αυτά είναι:

1. Δημιουργία εκπαιδευτικού ή στοχαστικού χαρτοφυλακίου
2. Μέθοδος αυτοαξιολόγησης
3. Αξιολόγηση από τους συναδέλφους (peer group)
4. Εξειδικευμένα περιστατικά
5. Μέθοδος παρατήρησης, άμεση
6. Μέθοδος παρατήρησης, έμμεση
7. Μέθοδος MCQ–MEQ (Ερωτηματολόγιο Πολλαπλών Επιλογών).
8. Ερωτηματολόγιο Τροποποιημένης Ανάπτυξης Θέματος – δίνεται περιορισμένος αριθμός στοιχείων π.χ. μίας περίπτωσης ασθενούς και ζητείται η ανάπτυξη του θέματος, π.χ. περιγραφή της στρατηγικής προσέγγισης του προβλήματος)
9. Μέθοδος ανάπτυξης θέματος.

3.1.4 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΥΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ

Οι ανθρώπινες σχέσεις βασίζονται στο πεδίο της επικοινωνίας. Οι κοινωνίες, οι ομάδες, οι οικογένειες, τα άτομα διατηρούνται και αναμορφώνονται με την επικοινωνία. Αποτελεί κοινή γνώμη, ότι όλες οι μορφές εκπαίδευσης καθώς και οι αλλαγές της συμπεριφοράς, των πεποιθήσεων και των αξιών επιτυγχάνονται με διαπροσωπικές επικοινωνίες διαφόρων τύπων.

Η επικοινωνία ικανοποιεί εσωτερικές μας ανάγκες, τη φυσική και την κοινωνική μας επιβίωση. Μέσα από την επικοινωνία προσπαθούμε να αισθανθούμε ασφαλείς, να έχουμε αξία για τους άλλους, να σχετιστούμε, να δώσουμε και να πάρουμε πληροφορίες, να εκφραστούμε, να κατανοήσουμε τον κόσμο. Κάθε επικοινωνία περιλαμβάνει έναν αποστολέα, ένα ή πολλά μηνύματα, ένα διαβιβαστικό μέσο, ένα λήπτη και την ανατροφοδότηση την πληροφόρηση του αποστολέα για την επίδραση του μηνύματος του.

Η επικοινωνία δεν είναι μια απλή μεταβίβαση πληροφοριών ή νοημάτων. Είναι επίσης διαδικασία επαφής, αλληλοκατανόησης και αλληλοεπηρεασμού μεταξύ των ανθρώπων ή ομάδων, διαδικασία που την καθιστά ζωτικής σημασίας για τους οργανισμούς. Η επικοινωνία επιδρά σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο με σκοπό την επίτευξη συντονισμένης δράσης, τη διανομή της πληροφορίας και την έκφραση συναισθημάτων.

Απαιτείται εκπαίδευση των συμμετεχόντων της ομάδας σε διαπροσωπικές δεξιότητες, συμβουλευτικές δεξιότητες και δεξιότητες προσέγγισης. Η British Association of Counseling ορίζει ότι: <<Σκοπός της συμβουλευτικής είναι να δώσει στον πελάτη μια ευκαιρία να διερευνήσει, να ανακαλύψει και να αποσαφηνίσει τρόπους που θα τον βοηθήσουν να ζει πιο ικανοποιητικά και πιο αποτελεσματικά>>.

Στοιχεία κλειδιά της συμπεριφοριστικής παρέμβασης είναι:

1. Το εξατομικευμένο πρόγραμμα.
2. Η αμφίδρομη σχέση επικοινωνίας ιατρού και ασθενούς.
3. Η υποστήριξη στην πρώιμη φάση.
4. Οι ρεαλιστικοί στόχοι για τον κάθε ασθενή.
5. Οι αλλαγές της συμπεριφοράς.
6. Η ενθάρρυνση του ασθενούς.
7. Η ψυχολογική υποστήριξη.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου των εγκύων γυναικών, να παρέμβουν να προσπαθήσουν να τους τροποποιήσουν και να εκτιμήσουν τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες κάθε κοινότητας ώστε και να εφαρμόσουν τα ενδεικνυόμενα προγράμματα πρόληψης.

Επαφή και συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας, συμμετοχή-δέσμευση του ασθενή, προσχεδιασμένος τρόπος δράσης και συνεχιζόμενη εκπαίδευση ασθενών και ομάδας υγείας, απαιτούνται ώστε να επιτευχθεί η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας.

Η κατάλληλη προσέγγιση του ασθενούς και της οικογένειάς του και η χρήση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, μπορούν να οδηγήσουν σε πιο αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση, προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες οργανικές και συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου και των προ-τεραιοτήτων που εκείνο θέτει στη ζωή του.

Η χρήση προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας μπορεί να μεταφράσει γνώσεις σε ουσιαστικές παρεμβάσεις και στρατηγικές με στόχο τη βελτίωση της υγείας, την πρόληψη της νόσου και την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων.

Στην έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του έτους 2008, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Τώρα Περισσότερο Από Ποτέ) ενστερνίζεται μία ολιστική άποψη για την υγεία η οποία υπερβαίνει κατά πολύ το στενό ιατρικό μοντέλο. Αναγνωρίζει ότι πολλές βασικές αιτίες ασθενειών και γενικώς προβλημάτων υγείας, βρίσκονται πέρα από τον έλεγχο του συστήματος υγείας, και ως εκ τούτου, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με μία ευρύτερη προσέγγιση που περιλαμβάνει ολόκληρη την κοινωνία. Η συμβατική φροντίδα εστιάζει στην ασθένεια και περιορίζεται στην επεισοδιακή θεραπευτική φροντίδα. Η διάδραση με την έγκυο ολοκληρώνεται τη στιγμή που αυτή φεύγει από την κλινική.

Τα διαφορετικά προγράμματα ελέγχου των ασθενειών έχουν ένα ευρύτερο φάσμα επιρροής, αλλά και πάλι εστιάζουν σε συγκεκριμένες ομάδες και μόνο στη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος.

Η ανθρωποκεντρική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που σχετίζεται με τις δύο αυτές περιοχές και βασίζεται στην ενεργό συνεργασία τους, **προχωράει πολύ παραπέρα**. Η πολυπλοκότητα της φροντίδας που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ καθώς και η δυνατή, συνεχής τους σχέση με τους ασθενείς τους αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων μέσω των δραστηριοτήτων στα πεδία της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), έχουν ενεργό ρόλο στην προαγωγή της υγείας και στα τρία επίπεδα προληπτικών δραστηριοτήτων.

- Μπορούν να προάγουν τη υγεία μέσω της διαδικασίας της επίσκεψης και να προλάβουν τις ασθένειες επηρεάζοντας τη συμπεριφορά των ασθενών αλλά και προβλέποντας τις ανάγκες τους, υπενθυμίζοντας και ενεργοποιώντας τα άτομα υψηλού κινδύνου, τα οποία ενδεχομένως να μην αναζητήσουν ιατρική φροντίδα.
- Χάρη στον προσωπικό χαρακτήρα της φροντίδας που βασίζεται στη συνεχή σχέση με τον ασθενή, μπορούν να προάγουν αποτελεσματικά τη συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου που αποσκοπούν στον έγκαιρο εντοπισμό της ασθένειας.

- Μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς στην πρόληψη των επιπλοκών και, ως εκ τούτου, να μειώσουν τυχόν βλάβες ή αναπηρίες που μπορεί να προκύψουν από προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας.
- Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών Π.Φ.Υ και των εγκύων τους είναι ιδιαίτερα σημαντική, στο πλαίσιο της νοσοεπιβάρυνσης των χρόνιων ασθενειών και του επιπολασμού των συννοσηροτήτων, τα οποία αποτελούν αμφότερα σημαντικά ζητήματα στην καθημερινή πρακτική τους .
- Η σημασία του ρόλου του γενικού ή του οικογενειακού ιατρού στο πεδίο της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών έχει τονισθεί σε πολλές δημοσιεύσεις και αποτελεί το επίκεντρο δραστηριοτήτων πολλών ομάδων εργασίας σε όλο τον κόσμο.

Ένα παράδειγμα αποτελεί η ομάδα εργασίας της Wonca που δημιουργήθηκε το 1996 με την ονομασία European Review Group on Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUROPREV).

Στόχοι της ομάδας είναι η προώθηση των δραστηριοτήτων πρόληψης στη γενική ιατρική και η ανάπτυξη και ανάλυση των συστάσεων περί προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών, που μπορούν να εφαρμοσθούν στην οικογενειακή ιατρική.

3.1.5 ΠΛΑΙΣΙΟ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ_

Η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας στην Π.Φ.Υ στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών σε διαφορετικά επίπεδα και διαστάσεις μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αλλά και να συνεισφέρει στο στόχο περιορισμού των εξόδων του συστήματος υγείας. Υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη όχι μόνο για την ανάπτυξη αυτών των ικανοτήτων αλλά επίσης και για προσπάθειες που θα αποσκοπούν στην εναρμόνισή τους σε ευρωπαϊκό επίπεδο, και συνεπώς στην ελαχιστοποίηση των ανισοτήτων μεταξύ των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη.

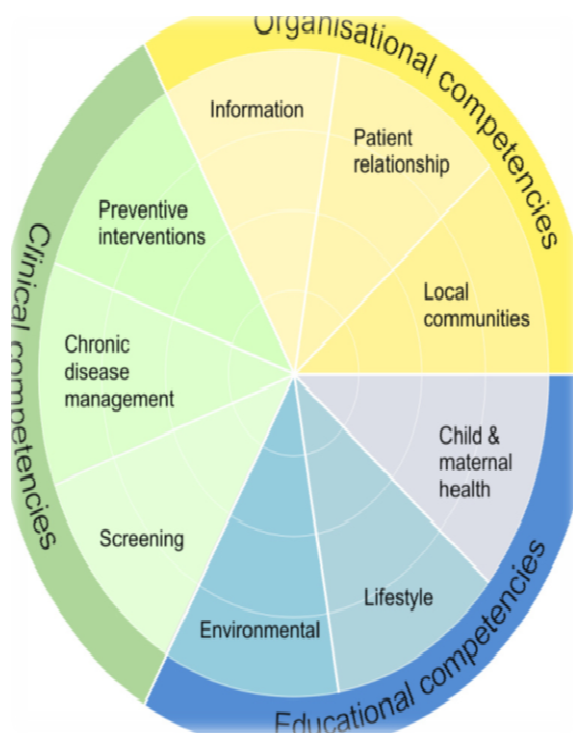
Οι ικανότητες αυτές μπορούν να οριστούν ως ένας συνδυασμός γνώσης, δεξιοτήτων και συμπεριφορών. Αυτός ακριβώς ο συνδυασμός αυτών των τριών πλευρών είναι που συνεισφέρει στην πολυπλοκότητα και στον ολοκληρωμένο χαρακτήρα των ικανοτήτων. Για να είναι κανείς ικανός ή επαρκής να φέρει εις πέρας ένα συγκεκριμένο έργο σημαίνει να γνωρίζει

τι πρέπει να κάνει (γνώση), πώς να το κάνει (ικανότητα) και να διαθέτει και τη εσωτερική κινητοποίηση που προκύπτει από τα πιστεύω και τα αισθήματά του (συμπεριφορά).

Εκπαιδευτικές ικανότητες - η ικανότητα να επηρεάζει την συμπεριφορά του ασθενή ώστε να προάγει έναν υγιεινό τρόπο ζωής και να ενθαρρύνει δραστηριότητες για την προαγωγή της υγείας

Κλινικές ικανότητες η ικανότητα να διαχειρίζεται παθήσεις που μπορούν να αποφευχθούν σε όλα τα επίπεδα πρόληψης των ασθενειών

Οργανωτικές ικανότητες η ικανότητα να οργανώνει το ιατρείο του και να συνεργάζεται με άλλους με στόχο την αποτελεσματική εκτέλεση των δραστηριοτήτων για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών



Οι περιοχές αυτές μπορούν να περιγραφούν ως εξής:

Γράφημα Νο 1. Πλαίσιο των ικανοτήτων στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών.

Λεζάντα

Προϊόν του Προγράμματος Leonardo da Vinci Project: Bridging the gap of general practitioners' competence on the European Market – Γεφυρώνοντας το χάσμα της επάρκειας των γενικών ιατρών στην ευρωπαϊκή αγορά (Project n° 2008-1-PL1-LEO05-02080)

3.1.6 ΚΥΗΣΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ –ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στις χώρες της Ευρώπης παρατηρούνται διαφορές σχετικά με την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και την ποσότητα των πόρων που δαπανώνται ετησίως για τη φροντίδα της μητέρας και του παιδιού. Παρόλα αυτά, οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα που σχετίζονται με τη φροντίδα της μητέρας και του

παιδιού (όπως επί παραδείγματι η παχυσαρκία, η σιδηροπενία και η αναιμία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μη ασφαλής ερωτική πρακτική, προβλήματα γονιμότητας ή διάφορα προβλήματα που σχετίζονται με την υγιή ανάπτυξη του παιδιού). Πολλά από αυτά τα προβλήματα μπορούν να αποφευχθούν μέσω δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών, που μπορούν να ξεκινήσουν ή και να αναλάβουν εξ ολοκλήρου οι γενικοί ιατροί. Για παράδειγμα, υπάρχει μία αναπτυσσόμενη επιδημία παχυσαρκίας στις έγκυες γυναίκες αλλά και στα παιδιά. Επίσης, παρατηρείται σημαντική προοδευτική αύξηση στην επίπτωση και τον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης. Άλλο ένα πρόβλημα που σχετίζεται με την υγεία της μητέρας και του παιδιού, και το οποίο μπορεί να αποφευχθεί μέσω των κατάλληλων δράσεων, είναι η κατάχρηση ουσιών από τις εγκύους και τις μητέρες μικρών παιδιών.

Αν και ορισμένα από τα ζητήματα που αναφέρονται παραπάνω μπορούν να αποφευχθούν απλώς και μόνο μέσω της παροχής της κατάλληλης πληροφόρησης στις γυναίκες, τα παιδιά και τις οικογένειές τους, κάποια άλλα προβλήματα (π.χ. η κατάχρηση ουσιών) απαιτούν πιο εξειδικευμένη φροντίδα. Συνεπώς, είναι απαραίτητο για τους γενικούς ιατρούς να συνεχίσουν την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους, των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους στο πεδίο της υγείας της μητέρας και του παιδιού.

Επιπλέον, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, όσον αφορά στην προαγωγή της υγείας της μητέρας και του παιδιού, οι ιατροί βρίσκουν υποστήριξη από διάφορες ομάδες επαγγελματιών.

3.2 ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ Π.Φ.Υ-ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι φυσιολογικές καταστάσεις άμεσα συνδεδεμένες με την προσδοκία της γέννησης ενός φυσιολογικού νεογνού. Οι επιπλοκές είναι σπάνιες. Μπορεί να εμφανιστούν ξαφνικά, χωρίς προειδοποιητικά σημεία και να απειλήσουν σοβαρά τη ζωή της μητέρας και του εμβρύου. Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αποτελούν την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας για τις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η κολπική αιμορραγία σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης, είναι δυσμενές προγνωστικό σημείο και θα πρέπει να θεωρείται ως επείγον περιστατικό, μέχρι αποδείξεως του αντιθέτου. Η

μητρική θνησιμότητα από αιμορραγία περιορίστηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια, παρόλα αυτά, στους 100 μητρικούς θανάτους, οι 30 οφείλονται σε αιμορραγία.

Οι αιμορραγίες διακρίνονται σε αιμορραγίες της αρχόμενης κύησης και της προχωρημένης εγκυμοσύνης. Στις πρώτες ανήκουν οι αιμορραγίες που προέρχονται από εκτρώσεις, έκτοπη κύηση και τροφοβλαστική νόσο. Στις δεύτερες ανήκουν οι αιμορραγίες που προέρχονται από προδρομικό πλακούντα, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, ρήξη επιχείλιου φλεβικού κόλπου, ρήξη πρόδρομων ομφαλικών αγγείων και από υμενώδη πρόσφυση του ομφαλίου λώρου.

Αιμορραγίες αρχόμενης κύησης

Αυτόματη έκτρωση θεωρείται η αποβολή που συμβαίνει μέχρι την 24^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Διακρίνονται 6 κατηγορίες αυτόματων εκτρώσεων.

2. **Επαπειλούμενη έκτρωση:** Το μόνο σύμπτωμα είναι συνήθως η κοιλιακή αιμορραγία, χωρίς να συνοδεύεται από πόνο και οφείλεται στη μερική αποκόλληση του κυήματος. Το έμβryo έχει καρδιακή λειτουργία. Η παρουσία σκουρόχρωμου αίματος υποδηλώνει μη πρόσφατη αιμορραγία. Κατά τη γυναικολογική εξέταση ανευρίσκονται τα σημεία της κύησης, ενώ το τραχηλικό στόμιο παραμένει κλειστό.
3. **Αναπόφευκτη έκτρωση:** Λόγω εκτεταμένης αποκόλλησης του κυήματος, η αιμορραγία είναι ενίοτε ικανού βαθμού και παρατεταμένη. Η παρουσία περιοδικού άλγους στο υπογάστριο και την οσφυϊκή χώρα συνοδεύει την αιμορραγία. Κλινικά, διαπιστώνεται διαστολή του τραχήλου της μήτρας.
4. **Ατελής έκτρωση:** Μέρος του κυήματος εξέρχεται της μήτρας από το τραχηλικό στόμιο και παραμένει στον κόλπο ή αποπίπτει. Η αιμορραγία συνεχίζεται, όπως και τα περιοδικά άλγη, ενώ το μέγεθος της μήτρας είναι μικρότερο του αναμενόμενου για την ηλικία της κύησης.
5. **Τέλεια έκτρωση:** Υπάρχει έξοδος από τη μήτρα όλων των στοιχείων της κύησης. Κατά τη γυναικολογική εξέταση η μήτρα ανευρίσκεται φυσιολογικού μεγέθους και το τραχηλικό στόμιο κλειστό. Τα σημεία της κύησης δεν ανευρίσκονται.

6. Παλίνδρομη κύηση: Το έμβρυο νεκρώνεται και κατακρατείται εντός της μήτρας. Τα συμπτώματα της κύησης υποχωρούν και η μήτρα έχει μέγεθος μικρότερο από το αναμενόμενο για την ηλικία της κύησης. Μπορεί να συνυπάρχει αιμορραγία σκουρόχρωμου αίματος.

7. Σηπτική έκτρωση: Συνδυάζεται με επιμολύνσεις της ενδομήτριας κοιλότητας. Τα συμπτώματα είναι υψηλός πυρετός που όταν πέσει κάτω από το φυσιολογικό αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο, μικρή ή μεγάλη αιμορραγία, υπογαστρικό άλγος. Αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα με αντιβιοτική αγωγή, εμφανίζεται σηψαιμία και σημεία σηπτικού shock, αιμόλυση, ενδαγγειακή πήξη και εμβολή από θρόμβο ή αμνιακό υγρό.

Ανεξάρτητα του τύπου της έκτρωσης, οι βασικές αρχές για την αρχική αντιμετώπιση είναι οι ακόλουθες:

- εκτίμηση των ζωτικών σημείων της εγκύου
- εκτίμηση του απολεσθέντος αίματος από το ιστορικό
- χορήγηση οξυγόνου
- τοποθέτηση φλεβικής οδού για χορήγηση κρυσταλλοειδών και συνθετικών κολλοειδών διαλυμάτων
- μεταφορά στο πλησιέστερο νοσοκομείο και ενημέρωση της αιμοδοσίας, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης, για τις περιπτώσεις που πιθανόν να απαιτηθεί μετάγγιση

Εκτός από την περίπτωση της επαπειλούμενης έκτρωσης, όπου μπορούν να δοθούν φαρμακευτικά σκευάσματα για υποστήριξη της εγκυμοσύνης, συνήθως προγεστερόνη, στους άλλους τύπους η οριστική αντιμετώπιση γίνεται με θεραπευτική απόξεση της ενδομητρικής κοιλότητας και πλήρη κένωση της μήτρας από τα προϊόντα της κύησης. Η ασθενής μετά την απόξεση λαμβάνει αντιβιοτική αγωγή για πρόληψη ενδομητρίτιδας και ενδομητρικών συμφύσεων, καθώς και μητροσυσπαστικά φάρμακα.

Εξωμήτριος κύηση είναι η εγκατάσταση του γονιμοποιηθέντος ωαρίου σε περιοχή εκτός της ενδομητρικής κοιλότητας. Η συχνότητά της είναι 1.4% επί του συνόλου των κυήσεων. Είναι μια κατάσταση συχνά απειλητική για τη ζωή της εγκύου και ευθύνεται για το 6 – 12% των μητρικών θανάτων στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες με προβλήματα υπογονιμότητας, χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, σε γυναίκες που είχαν προηγούμενα εξωμήτρια κύηση και σε γυναίκες με σαλπινγίτιδα ή που έχουν υποστεί επέμβαση στις σάλπιγγες και στην ελάσσονα πύελο γενικότερα. Η εξωσωματική γονιμοποίηση συνδυάζεται επίσης, με αυξημένη συχνότητα εξωμήτριων κυήσεων.

Η πιο συχνή εντόπιση της εξωμήτριου κύησης είναι η σάλπιγγα, σε ποσοστό που φτάνει το 95% και ειδικά στον κώδωνα. Άλλες θέσεις εντόπισης της εξωμητρίου είναι τα κέρατα της μήτρας (διάμεσος εξωμήτριος κύηση), η ωοθήκη, ο τράχηλος και η περιτοναϊκή κοιλότητα.

Καθώς το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται στη σάλπιγγα, αρχίζει να αναπτύσσεται και παράγει ορμόνες, όπως και το ενδομήτριο κύημα. Αυτές οι ορμόνες επιφέρουν τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στην κύηση, όπως αμηνόρροια, διέγερση του ενδομητρίου, αύξηση του μεγέθους και της τάσης των μαστών. Η σάλπιγγα έχει μικρές δυνατότητες διάστασης και έτσι το αναπτυσσόμενο έμβρυο αρχίζει να εξέρχεται από αυτήν.

Έτσι, συνήθως μετά την 5^η με 6^η εβδομάδα μετά την τελευταία εμμηνορρυσία, το έμβρυο πιέζει τα τοιχώματα της σάλπιγγας και προκαλεί ετερόπλευρο υπογαστρικό άλγος. Με τη συνεχιζόμενη ανάπτυξη του εμβρύου, προκαλείται ρήξη του τοιχώματος της σάλπιγγας που συνοδεύεται από οξύ υπογαστρικό άλγος, σοβαρή ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία και shock. Κολπική αιμορραγία παρατηρείται σε ποσοστό που φτάνει το 6.5% και οφείλεται στην ανώμαλη παραγωγή χοριακής γοναδοτροπίνης, στην ανεπαρκή ωχρινική υποστήριξη, στη νέκρωση της εξωμήτριου και την απόπτωση του φθαρτού. Άλγος στην ωμοπλάτη, ως συνέπεια του αιμοπεριτόναιου και ερεθισμού του φρενικού νεύρου, μπορεί επίσης να εμφανιστεί.

Στην κλινική εξέταση, το μέγεθος της μήτρας είναι μικρότερο από το αναμενόμενο, βάση της τελευταίας εμμηνορρυσίας και υπάρχει επώδυνη διόγκωση στην περιοχή του εξαρτήματος, όπου βρίσκεται η εξωμήτριος κύηση. Κατά τη ρήξη, παρατηρούνται τα σημεία του περιτοναϊκού ερεθισμού, όπως παλίνδρομος ευαισθησία και σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Στην πρώιμη διάγνωση συμβάλλουν η μέτρηση της β - HCG , η κολπική υπερηχογραφία και η διαγνωστική λαπαροσκόπηση. Τα υπερηχογραφικά ευρήματα είναι κενή μήτρα και προϊόντα σύλληψης εκτός μήτρας, πεπαχυσμένο ενδομήτριο, σάκος κύησης ή και έμβρυο στη σάλπιγγα και υγρό στο δουλγασσειο

. Στην εξωμήτριο κύηση δε θα πρέπει να ξεχνάμε την κλασική τριάδα των συμπτωμάτων: κοιλιακός πόνος, κολπική αιμορραγία και αμηνόρροια. Χαρακτηριστικό είναι ότι η αιμορραγία εμφανίζεται μετά την έναρξη του πόνου.

Τα πρώτα βήματα στην αντιμετώπιση της εξωμήτριας κύησης περιλαμβάνουν:

- Έλεγχο των ζωτικών σημείων και χορήγηση οξυγόνου
- Τοποθέτηση φλεβικών γραμμών
- Χορήγηση κρυσταλλοειδών και συνθετικών κολλοειδών διαλυμάτων
- Διασταύρωση και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.

Η οριστική θεραπεία για εξωμήτριο κύηση, σήμερα, είναι η λαπαροσκόπηση, με την οποία έχουν αναπτυχθεί διάφορες τεχνικές για τη διατήρηση της γονιμότητας της ασθενούς. Η λαπαροτομία πρέπει να εφαρμοστεί σε περιπτώσεις μη ελεγχόμενης αιμορραγίας, αιμοπεριτόναιο > 200ml και σημεία επερχόμενου shock. Η συντηρητική αντιμετώπιση της εξωμήτριας κύησης περιορίζεται είτε στα αρχικά στάδια της με τιμή β – HCG <400 m/U/ml ή ως επικουρική θεραπεία στη λαπαροσκόπηση. Τα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται είναι η μεθοτρεξάτη, το RU486 και το KCl.

Τροφοβλαστική νόσος της κύησης

Η τροφοβλαστική νόσος αποτελεί φάσμα διαταραχών που εκδηλώνεται με τις παρακάτω μορφές:

- Μύλη κύηση: παρατηρείται υδατική εκφύλιση των λαχνών, μερική ή ολική, και υπερπλασία της τροφοβλάστης.

- Διθητική μύλη: παρατηρούνται υδατικά εκφυλισμένες λάχνες και μεγάλη υπερπλασία της τροφοβλάστης, η οποία διηθεί το μυομήτριο.

- Χοριοκαρκίνωμα: απουσιάζουν οι λάχνες και η τροφοβλάστη εμφανίζει χαρακτηριστικά νεοπλασίας, έχει κακοηθέστατη πορεία και προκαλεί μεταστάσεις, συνήθως, με αιματογενή διασπορά.

Υποψία της νόσου τίθεται σε γυναίκες με αιμορραγία στο πρώτο μισό της κύησης, υπερέμεση της κύησης ή εκλαμψία πριν τις 24 εβδομάδες. Η μήτρα είναι μεγαλύτερη από το αναμενόμενο για την ηλικία της κύησης, ιδιαίτερα μαλακή και υπάρχει απουσία εμβρυϊκών καρδιακών παλμών. Το επίπεδο της β – HCG στον ορό είναι πολύ μεγαλύτερο από τις φυσιολογικές τιμές για την ηλικία της κύησης. Η διαγνωστική μέθοδος εκλογής είναι η υπερηχογραφία.

Όταν η διάγνωση γίνεται έγκαιρα και αντιμετωπίζεται σε οργανωμένα νοσοκομεία, η έκβαση είναι συνήθως καλή. Επιπλοκές όπως αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος, υπερθυρεοειδισμός, καρδιακή ανεπάρκεια, εμβολή από τροφοβλαστικό ιστό, αιμορραγία και σηψαιμία, είναι συνεχείς απειλές, οι οποίες αυξάνουν όσο η κύηση προχωράει. Μια ακόμη απειλητική για τη ζωή της εγκύου επιπλοκή της μύλης κύησης, είναι το σύνδρομο οξείας πνευμονικής ανεπάρκειας που χαρακτηρίζεται από ξαφνική δύσπνοια και μερικές φορές κυάνωση. Συμβαίνει μετά την εκκένωση της μήτρας και οφείλεται στη μεγάλη μεταφορά τροφοβλαστικού ιστού στην πνευμονική κυκλοφορία μέσω των αγγείων.

Η αντιμετώπιση της μύλης κύησης συνίσταται στην εκκένωση της μήτρας, είτε με αναρρόφηση, ή με υστεροτομία για προχωρημένες εγκυμοσύνες, ενώ η παρακολούθηση της ασθενούς πρέπει να γίνεται με προσδιορισμό της β – HCG στον ορό, μέχρι και 2 χρόνια,

κατόπιν της αρχικής αντιμετώπισης. Σε περίπτωση επιμονής αυξημένου τίτλου της β – HCG, χορηγούνται χημειοθεραπευτικά σκευάσματα (ακτινομυκίνη D, μεθοτρεξάτη). Γίνεται σύσταση αποφυγής της εγκυμοσύνης για 6 μήνες έως 2 χρόνια, ανάλογα με το χρόνο πτώσης των τιμών της β – HCG. Οι περιπτώσεις διεισδυτικής μύλης και χοριοκαρκινώματος αντιμετωπίζονται με υστερεκτομία και χορήγηση χημειοθεραπευτικών σκευασμάτων.

Αιμορραγίες προχωρημένης κύησης

Η κολπική αιμορραγία όπως αναφέρθηκε, είναι δυσμενές σημείο σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης και αν εμφανιστεί, αλλά είναι πραγματικά ανησυχητικό, όταν εμφανίζεται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, καθώς μπορεί να είναι απειλητική και για τη ζωή της εγκύου. Τρεις είναι οι κύριες αιτίες σημαντικής αιμορραγίας στο τρίτο τρίμηνο της κύησης:

- Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα

Πρόωρη λέγεται η αποκόλληση του πλακούντα, ο οποίος ευρίσκεται εμφυτευμένος φυσιολογικά στον πυθμένα της μήτρας, όταν συμβαίνει πριν τον τοκετό του εμβρύου. Η συχνότητά της είναι μία περίπτωση σε κάθε 400 κύσεις. Είναι πιο συχνή σε γυναίκες με υπέρταση κατά τη διάρκεια της κύησης, σε γυναίκες με ιστορικό αποκόλλησης σε προηγούμενη κύηση και σε πολύτοκες γυναίκες.

Η πρόωρη αποκόλληση εκδηλώνεται κλινικά με δυο μορφές, την κεντρική και την περιφερική. Κεντρική αποκόλληση έχουμε, όταν ο πλακούντας αποκολληθεί στην κεντρική μοίρα του, σχηματίζοντας οπισθοπλακούντιακό αιμάτωμα. Περιφερική αποκόλληση έχουμε, όταν ο πλακούντας αποκολληθεί στην περιφέρειά του. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από τη μορφή της αποκόλλησης. Έτσι, στην κεντρική αποκόλληση, η έγκυος αισθάνεται συνεχόμενο πόνο στο υπογάστριο ή στην οσφύ λόγω του αιματώματος, το οποίο παράλληλα ερεθίζει τη μήτρα και προκαλεί συσπάσεις. Η κολπική αιμόρροια είναι συνήθως μικρή. Αντίθετα, στην περιφερική αποκόλληση κύριο σύμπτωμα είναι η αιμορραγία και ο πόνος ηπιότερος. Το χρώμα του αίματος είναι συνήθως σκούρο. Σχεδόν πάντα παρατηρούνται αλλοιώσεις των εμβρυϊκών παλμών και πολλές φορές δεν μπορούμε να τους ακούσουμε, λόγω της αυξημένης τονικότητας της μήτρας. Σε σοβαρές περιπτώσεις παρατηρούνται σημεία εμβρυϊκής δυσχέρειας ή ενδομήτριος θάνατος, τετανική σύσπαση της μήτρας, ολιγαιμικό shock ή διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητη η ανεύρεση καλής φλεβικής οδού, για τη χορήγηση υγρών ή και αίματος, καθώς και αιματολογικός έλεγχος της ασθενούς, όπως και έλεγχος της πήκτικότητας. Άμεση διασταύρωση, τουλάχιστον τεσσάρων μονάδων αίματος, για πιθανή μετάγγιση, είναι απαραίτητη.

Σε περιπτώσεις μικρής αποκόλλησης, η αντιμετώπιση θα εξαρτηθεί από την ποσότητα του αίματος που χάθηκε, καθώς και από την ωριμότητα του εμβρύου. Σε πρόωρες κυήσεις, εφόσον η αιμορραγία έχει σταματήσει, είναι φρόνιμο να περιμένουμε, κερδίζοντας χρόνο, για καλύτερη νεογνική πρόγνωση.

Σε άλλες περιπτώσεις, προχωράμε σε τεχνητή ρήξη του θυλακίου και τοκετό, εφόσον δεν απειλείται η ζωή της μητέρας, ή και σε καισαρική τομή, όταν η αιμορραγία είναι σημαντική και έχουμε σημεία ολιγαϊμικού shock, διαταραχών πηκτικότητας, νεφρικής ανεπάρκειας ή και μητροπλακουντιακής αποπληξίας. Πάντως, σε κάθε περίπτωση πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα, η ασθενής θα πρέπει μετά την ανεύρεση της κατάλληλης φλεβικής οδού για χορήγηση υγρών, να μεταφέρεται σε νοσοκομείο.

Στις περιπτώσεις σοβαρής, απειλητικής για τη ζωή, αιμορραγίας, που η μεταφορά σε νοσοκομείο καθυστερεί και αν έχει με απόλυτη βεβαιότητα αποκλεισθεί η πιθανότητα προδρομικού πλακούντα, θα πρέπει να εκτελείται ρήξη του θυλακίου για επιτάχυνση του τοκετού και περιορισμό της αιμορραγίας.

• Προδρομικός πλακούντας

Ο πλακούντας καλείται προδρομικός, όταν εμφυτεύεται χαμηλά στη μήτρα, έτσι, ώστε να καλύπτει πλήρως ή μερικώς, το έσω τραχηλικό στόμιο. Ο προδρομικός πλακούντας παρατηρείται σε 1:200 κυήσεις και είναι συχνότερος σε πολύτοκες μεγάλης ηλικίας έγκυες, προηγηθείσες καισαρικές τομές ή άλλες επεμβάσεις στη μήτρα, καθώς και τεχνητές εκτρώσεις. Η ελλιπής αγγείωση του ενδομητρίου, αποτέλεσμα ουλών ή και φλεγμονών, θεωρείται ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας.

Το κύριο σύμπτωμα είναι η αιμορραγία ζοηρού κόκκινου αίματος στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, χωρίς εμφάνιση πόνου. Πολλές φορές, η γυναίκα «ξυπνά μέσα στο αίμα». Λόγω της αδυναμίας σύσπασης του κατώτερου τμήματος της μήτρας, η αιμορραγία μπορεί να συνεχισθεί και μετά την υστεροτοκία και να είναι τόσο έντονη, ώστε να απαιτείται ολική υστερεκτομία για την αντιμετώπισή της.

Σε κάθε περίπτωση προδρομικού πλακούντα, απαγορεύεται η κοιλική εξέταση της εγκύου, εξαιτίας του κινδύνου πρόκλησης μαζικής αιμορραγίας. Η διαφορική διάγνωση από την αποκόλληση του πλακούντα, ιδίως την περιφερική, δεν είναι συχνά εύκολη. Θα στηριχθεί στο χρώμα του αίματος, το οποίο στην αποκόλληση είναι σκούρο κόκκινο, στην απουσία πόνου και στο ότι στον προδρομικό πλακούντα ακούγονται οι παλμοί του εμβρύου. Επίσης, στην ήπια ψηλάφηση, η μήτρα είναι μαλακή και όχι συνεσπασμένη, όπως στην αποκόλληση.

Οι παράγοντες που θα καθορίσουν την αντιμετώπιση είναι η σοβαρότητα της αιμορραγίας και η προωρότητα του εμβρύου.

Η άμεση αντιμετώπιση περιλαμβάνει την ανεύρεση καλής φλεβικής οδού, τη διασταύρωση αίματος και τον έλεγχο των ζωτικών σημείων της εγκύου και των καρδιακών παλμών του εμβρύου. Η καισαρική τομή επιλέγεται ως τρόπος τοκετού σε περιπτώσεις, όπου το τραχηλικό στόμιο είναι πλήρως αποφραγμένο από τον πλακούντα (επιπωματικός). Η πιθανότητα κολπικού τοκετού εξετάζεται, σε περιπτώσεις χαμηλής πρόσφυσης ή παραχείλιου προδρομικού πλακούντα.

• Ρήξη της μήτρας

Ρήξη της μήτρας είναι η λύση της συνέχειας του μυομητρίου, που επέρχεται είτε αυτόματα, είτε ύστερα από μαιευτική επέμβαση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού. Οι πολύτοκες γυναίκες είναι σε αυξημένο κίνδυνο, όπως και αυτές με ουλή στη μήτρα από προηγούμενη επέμβαση, συνήθως καισαρική τομή. Σε τυπικές περιπτώσεις η γυναίκα βρίσκεται στη φάση εξώθησης του τοκετού και παραπονείται για αδυναμία, ζαλάδα και δίψα. Αναφέρει ότι αρχικά είχε πολύ ισχυρές και επώδυνες συσπάσεις, ενώ ακολούθησε πόνος οξύς «σαν μαχαιριά». Στη φυσική εξέταση σε σοβαρές περιπτώσεις, υπάρχουν σημεία shock, ιδρώτας, ταχυκαρδία, πτώση της αρτηριακής πίεσης. Κολπική αιμόρροια είναι δυνατό να εμφανιστεί.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τον έλεγχο των ζωτικών σημείων (κρυσταλλοειδή διαλύματα, κολλοειδή διαλύματα, αίμα), καθώς επίσης και τη διακοπή της ωδινοποιητικής αγωγής και τον τοκετό του εμβρύου με καισαρική τομή.

• Άλλες αιτίες αιμορραγίας

Άλλες σπανιότερες αιτίες αιμορραγίας στο τρίτο τρίμηνο της κύησης είναι ο μεμβρανώδης πλακούντας, όπου όλη η επιφάνεια των εμβρυϊκών υμένων καλύπτεται από λάχνες και ο πλακούντας αναπτύσσεται καταλαμβάνοντας ολόκληρη την περιφέρεια του χορίου και η υμενώδης πρόσφυση της ομφαλίδος, όπου τα ομφαλικά αγγεία διαχωρίζονται κατά την πορεία τους πάνω στους υμένες πριν φτάσουν στην περιφέρεια του πλακούντα, στην οποία φτάνουν περιβαλλόμενα μόνο από άμνιο. Και οι δυο περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή αιμορραγία, θέτοντας σε κίνδυνο πιτρεσσίνη. Ταυτόχρονα, μειώνεται ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης, αυξάνονται η διαπερατότητα των τριχοειδών του σπειράματος και η κατακράτηση νατρίου.

Αποτέλεσμα αυτών είναι η εμφάνιση της κλασικής τριάδας των εκδηλώσεων: υπέρταση, λευκωματουρία και οίδημα. Οι πολύπλοκες ορμονικές αλληλεπιδράσεις που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της προεκλαμψίας, προκαλούν γενικευμένη σύσπαση των αρτηριολίων, κατακράτηση ύδατος και νατρίου και διαταραχή του μηχανισμού πήξης, που αποτελούν και τις κύριες παθοφυσιολογικές μεταβολές σε όλα τα οργανικά συστήματα της εγκύου.

Παθοφυσιολογικές διαταραχές στα οργανικά συστήματα

Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: η απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης προκαλεί απώλεια της αυτορρυθμιστικής ικανότητας του εγκεφάλου και δημιουργία ιδανικών συνθηκών για την ανάπτυξη υπερτασικής εγκεφαλοπάθειας. Τα νευρολογικά συμπτώματα ποικίλουν και είναι τα εξής: κεφαλαλγία, διέγερση, αύξηση των αντανακλαστικών, διαταραχές της όρασης, λήθαργος ή κόμα. Οι σπασμοί πολλές φορές μπορεί να εμφανιστούν χωρίς πρόδρομα σημεία. Η εμφάνιση τονικοκλονικών σπασμών μαζί με τα συμπτώματα της προεκλαμψίας, είναι μια σοβαρή κατάσταση που θέτει τη ζωή της εγκύου σε κίνδυνο και χαρακτηρίζεται με τον όρο εκλαμψία. Το ποσοστό θνησιμότητας φτάνει το 5 – 15%. Σε βαριές καταστάσεις, έχουν παρατηρηθεί αιμορραγικές πετέχειες, μικρά έμφρακτα του φλοιού και υποφλοιώδη αιματώματα.

Καρδιαγγειακό σύστημα: οι κύριες παθοφυσιολογικές διαταραχές είναι η αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης και η μείωση της καρδιακής παροχής. Μια σειρά από μελέτες, χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές, έδειξαν ότι σε γυναίκες με προεκλαμψία παρατηρείται ελάττωση του κυκλοφορούντος πλάσματος, η οποία πιθανώς να είναι αποτέλεσμα της ανακατανομής του εξωκυττάριου υγρού στο διάμεσο χώρο, λόγω αυξημένης διαβατότητας των τριχοειδών αγγείων. Η πίεση ενσφήνωσης της πνευμονικής αρτηρίας (PCWP), είναι συνήθως χαμηλή ή φυσιολογική. Στη βαριά μορφή της νόσου, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κεντρικής φλεβικής πίεσης (CVP) και της PCWP.

Αναπνευστικό Σύστημα: παρατηρείται οίδημα του λάρυγγα και των αεροφόρων οδών, εξαιτίας της κατακράτησης ύδατος και νατρίου. Μπορεί να εκδηλωθεί πνευμονικό οίδημα με πιθανούς μηχανισμούς πρόκλησης τη μεταβολή των υδροστατικών πιέσεων, την ελάττωση της κολλοειδωσμοτικής πίεσης και την αύξηση της διαπερατότητας των πνευμονικών τριχοειδών.

Διαταραχές πήξης: σε γυναίκες με προεκλαμψία, έχει παρατηρηθεί μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων.

Για να διαφυλάξουμε τη ζωή της εγκύου και του εμβρύου αναγκαζόμαστε να καταφύγουμε σε επείγουσα καισαρική τομή.

Αντιμετώπιση στην κοινότητα

Αποβολή: τα πρώτα σημεία είναι συνήθως η αιμορραγία που ακολουθείται από κράμπες στην κάτω περιοχή της κοιλιάς. Σε περίπτωση που συμβούν αυτά, πρέπει να ειδοποιηθεί άμεσα ο γιατρός της εγκύου. Μέχρι την άφιξή του, η γυναίκα θα πρέπει να παραμένει ξαπλωμένη και οποιοδήποτε υλικό περάσει από τον κόλπο (ιστός, θρόμβος), θα πρέπει να φυλαχτεί για περαιτέρω ιατρική εξέταση.

ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Το 7 – 10% των εγκύων γυναικών εμφανίζουν υπέρταση, η οποία παρά τις προόδους στην ιατρική φροντίδα συσχετίζεται ακόμα με αυξημένη μητρική και εμβρυϊκή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η υπέρταση στην κύηση μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις κατηγορίες:

1. Προϋπάρχουσα υπέρταση
2. Υπέρταση που παρουσιάζεται στην κύηση, χωρίς συνύπαρξη πρωτεϊνουρίας
3. Προεκλαμψία

Η διεθνής εταιρία μελέτης της υπέρτασης χαρακτηρίζει σαν υπέρταση της κύησης την αρτηριακή πίεση άνω των 140/90 mmHg σε μια γυναίκα μετά την 20^η εβδομάδα της κύησης, η οποία είχε φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

Η υπέρταση, που παρουσιάζεται στην κύηση χωρίς τη συνύπαρξη λευκωματουρίας αποτελεί συχνό εύρημα, χωρίς όμως να αποτελεί σοβαρό ιατρικό πρόβλημα. Αντίθετα, η προεκλαμψία είναι μια από τις κυριότερες αιτίες μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σαν προεκλαμψία ορίζεται η υπέρταση που εμφανίζεται στην κύηση και συνοδεύεται από σημαντική πρωτεϊνουρία απουσίας ουρολοίμωξης (0,3 g/l σε συλλογή ούρων 24ώρου. Η εμφάνιση επιληπτοειδών σπασμών σε ασθενή με προεκλαμψία χωρίς συνυπάρχουσα νευρολογική νόσο, χαρακτηρίζεται ως εκλαμψία. Η συχνότητα εμφάνισης προεκλαμψίας είναι περίπου 5%, ενώ της εκλαμψίας 0,05%.

Αιτιολογία

Ο σαφής μηχανισμός εκδήλωσης της νόσου εξακολουθεί να παραμένει άγνωστος, έχει όμως παρατηρηθεί μια οικογενής προδιάθεση στην προεκλαμψία. Ο σχετικός κίνδυνος για προεκλαμψία είναι 4 όταν μια συγγενής πρώτου βαθμού έχει εμφανίσει τη νόσο και αυξάνεται στο 8–10 όταν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν προσβληθεί. Η προεκλαμψία θεωρείται σήμερα σαν νόσος των ενδοθηλιακών κυττάρων. Στη φυσιολογική κύηση παρατηρείται διείσδυση του τροφοβλαστικού ιστού στο ενδομήτριο. Σε γυναίκες, οι οποίες αργότερα θα εμφανίσουν προεκλαμψία, φαίνεται ότι η διείσδυση αυτή είναι ατελής.

Παθοφυσιολογία

Η έναρξη της βλάβης εστιάζεται στο ενδοθήλιο των αγγείων, ως ανοσοβιολογική αντίδραση του μητρικού οργανισμού στο κύημα. Η βλάβη του ενδοθηλίου μπορεί να αναστείλει την έκλυση ενδοθηλίνης και ινοσυνεκτίνης, ενώ παρατηρείται αύξηση των ελευθέρων ριζών οξυγόνου, ελάττωση της δραστηριότητας των προσταγλαδινών των ιστών, με παράλληλη αύξηση της δραστηριότητας της θρομβοξάνης A₂. Εξαιτίας αυτών, παρουσιάζεται αυξημένη τάση συγκόλλησης των αιμοπεταλίων και αύξηση της ευαισθησίας των αγγείων στις αγγειοσυσπαστικές ουσίες αγγειοτενσίνη II, νορεπινεφρίνη και πιτρεσσίνη. Ταυτόχρονα, μειώνεται ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης, αυξάνονται η διαπερατότητα των τριχοειδών του σπειράματος και η κατακράτηση νατρίου.

Αποτέλεσμα αυτών είναι η εμφάνιση της κλασικής τριάδας των εκδηλώσεων: υπέρταση, λευκωματουρία και οίδημα. Οι πολύπλοκες ορμονικές αλληλεπιδράσεις που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της προεκλαμψίας, προκαλούν γενικευμένη σύσπαση των αρτηριολίων, κατακράτηση ύδατος και νατρίου και διαταραχή του μηχανισμού πήξης, που αποτελούν και τις κύριες παθοφυσιολογικές μεταβολές σε όλα τα οργανικά συστήματα της εγκύου.

Παθοφυσιολογικές διαταραχές στα οργανικά συστήματα

- **Κεντρικό Νευρικό Σύστημα:** η απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης προκαλεί απώλεια της αυτορρυθμιστικής ικανότητας του εγκεφάλου και δημιουργία ιδανικών συνθηκών για την ανάπτυξη υπερτασικής εγκεφαλοπάθειας. Τα νευρολογικά συμπτώματα ποικίλουν και είναι τα εξής: κεφαλαλγία, διέγερση, αύξηση των αντανακλαστικών, διαταραχές της όρασης, λήθαργος ή κώμα. Οι σπασμοί πολλές φορές μπορεί να εμφανιστούν χωρίς πρόδρομα σημεία. Η εμφάνιση τονικοκλονικών σπασμών μαζί με τα συμπτώματα της προεκλαμψίας, είναι μια σοβαρή κατάσταση που θέτει τη ζωή της εγκύου σε κίνδυνο και χαρακτηρίζεται με τον όρο

εκλαμψία. Το ποσοστό θνησιμότητας φτάνει το 5 – 15%. Σε βαριές καταστάσεις, έχουν παρατηρηθεί αιμορραγικές πετέχειες, μικρά έμφρακτα του φλοιού και υποφλοιώδη αιματώματα.

ο **Καρδιαγγειακό σύστημα:** οι κύριες παθοφυσιολογικές διαταραχές είναι η αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης και η μείωση της καρδιακής παροχής. Μια σειρά από μελέτες, χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές, έδειξαν ότι σε γυναίκες με προεκλαμψία παρατηρείται ελάττωση του κυκλοφορούντος πλάσματος, η οποία πιθανώς να είναι αποτέλεσμα της ανακατανομής του εξωκυττάριου υγρού στο διάμεσο χώρο, λόγω αυξημένης διαβατότητας των τριχοειδών αγγείων. Η πίεση ενσφήνωσης της πνευμονικής αρτηρίας (PCWP), είναι συνήθως χαμηλή ή φυσιολογική. Στη βαριά μορφή της νόσου, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κεντρικής φλεβικής πίεσης (CVP) και της PCWP.

ο **Αναπνευστικό Σύστημα:** παρατηρείται οίδημα του λάρυγγα και των αεροφόρων οδών, εξαιτίας της κατακράτησης ύδατος και νατρίου. Μπορεί να εκδηλωθεί πνευμονικό οίδημα με πιθανούς μηχανισμούς πρόκλησης τη μεταβολή των υδροστατικών πιέσεων, την ελάττωση της κολλοειδωσμοτικής πίεσης και την αύξηση της διαπερατότητας των πνευμονικών τριχοειδών.

ο **Διαταραχές πήξης:** σε γυναίκες με προεκλαμψία, έχει παρατηρηθεί μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων.

Παράλληλα, υπάρχει αύξηση των ενεργών μορφών αιμοπεταλίων, η οποία εμφανίζεται νωρίς, στην παθοφυσιολογία της νόσου. Αυτή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της δράσης ενδοθηλιακών παραγόντων στα αιμοπετάλια ή κυτταροπλασματικών αλλαγών των αιμοπεταλίων σε γυναίκες με προεκλαμψία. Οι μεταβολές αυτές καθώς και η αύξηση του παράγοντα VIII, της δραστηριότητας των παραγόντων II, V, X, XII και η ενεργοποίηση του ινωδολυτικού μηχανισμού, η οποία εμφανίζεται με μείωση του ινωδογόνου και πλασμονογόνου, οδηγούν, σε ακραίες περιπτώσεις, σε διάχυτη ενδαγγειακή πήξη.

• **Ήπαρ:** Στο ήπαρ εμφανίζεται εναπόθεση ινώδους, αιμορραγία και ηπατοκυτταρικές νεκρώσεις, κυρίως γύρω από τις πύλες. Η εμφάνιση αιμόλυσης, αύξησης ηπατικών ενζύμων και θρομβοπενίας, ονομάστηκε από τον Weinstein το 1982, «σύνδρομο HELLP» και μπορεί να εκδηλωθεί και σε περιπτώσεις χωρίς σοβαρή πρωτεϊνουρία και υπέρταση. Εξαιτίας αυτού, είναι δυνατόν να υπάρχει καθυστέρηση στη διάγνωσή του. Συνδυάζεται με αυξημένη μητρική και περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα, οπότε πρέπει να είμαστε σε επιφυλακή, ιδιαίτερα σε υπερτασική έγκυο με ασαφή συμπτώματα. Ο επιγαστρικός πόνος οφείλεται σε οίδημα, ισχαιμική ηπατική νέκρωση ή διάταση της ηπατικής κάψας από υποκάψιο αιμάτωμα. Απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης, σε έγκυο με βαριά προεκλαμψία, μπορεί να οδηγήσει στην υπόνοια αυτόματης ρήξης του ήπατος.

- **Νεφροί:** η γενικευμένη αγγειοσύσπαση που εμφανίζεται σε γυναίκες με προεκλαμψία, επηρεάζει ιδιαίτερα την αιματική παροχή στους νεφρούς, οι οποίοι χάνουν τις ρυθμιστικές ικανότητές τους για την έκκριση νατρίου και την ισορροπία άλατος στο σώμα. Ως αποτέλεσμα αυτού, έχουμε την εκδήλωση οίδηματος, σε γυναίκες με προεκλαμψία.

Συμπτωματολογία – Διάγνωση

Διακρίνουμε την ήπια και σοβαρή μορφή προεκλαμψίας. Στην κλινική εξέταση, η ασθενής εμφανίζεται ωχρή, με οίδηματώδες πρόσωπο και χέρια. Η ασθενής μπορεί να παραπονείται για φωτοφοβία, θόλωση της όρασης, κεφαλαλγία και επιγαστρικό άλγος. Τα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά είναι αυξημένα και εκτεταμένα, ενώ παρουσιάζεται επίσης αυξημένος ο μυϊκός κλώνος. Η βυθοσκόπηση των οφθαλμών μπορεί να αναδείξει οίδημα της οπτικής θηλής, εξίδρωση, αιμορραγία και σημεία αγγειοσύσπασης των αρτηριολίων. Στα αρχικά στάδια της νόσου, μπορεί να μην υπάρχουν καθόλου συμπτώματα και η διάγνωση να είναι εφικτή κατόπιν εργαστηριακών εξετάσεων, σε γυναίκες με αυξημένη προδιάθεση να αναπτύξουν τη νόσο.

Στην ήπια μορφή της νόσου, η αρτηριακή πίεση είναι μεγαλύτερη των 140/90 mmHg, ενώ στη σοβαρή μορφή της άνω των 160/110 mmHg.

Αντιμετώπιση

Βασικός στόχος της θεραπείας είναι ο πρώιμος τοκετός του εμβρύου μετά τη σταθεροποίηση της γενικής κατάστασης της μητέρας. Στόχος μας είναι η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, η πρόληψη και ο έλεγχος των σπασμών και η υποστήριξη της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων.

- Τοποθέτηση της ασθενούς σε αριστερή πλάγια θέση, προς αποφυγή του συνδρόμου της κάτω κοίλης φλέβας, σε ήσυχο και σκοτεινό δωμάτιο.

- Χορήγηση οξυγόνου

- Έναρξη χορήγησης υγρών, πριν από την εφαρμογή αντιυπερτασικής αγωγής (ηλεκτρολύτες και κolloειδή διαλύματα). Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων.

- Πρόληψη και αντιμετώπιση των σπασμών, με τη χορήγηση αντισπασμωδικών φαρμάκων. Το φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση και την πρόληψη των σπασμών, είναι το θειικό μαγνήσιο. Χορηγείται ενδοφλέβια σε δοσολογία 6 g μέσα σε 20 min. Ακολουθεί συνεχής χορήγηση 2 – 3 g/h. Τα θεραπευτικά επίπεδα του φαρμάκου είναι 4 – 5 mEq/l. Σε υψηλότερα επίπεδα μπορεί να εμφανιστεί 1^ο βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός, κατάργηση των εν τω βάθει τενόντιων αντανακλαστικών (10 mEq/l), αναπνευστική καταστολή και καρδιακή ανακοπή (25 mEq/l). Η χορήγησή του πρέπει να συνοδεύεται από έλεγχο των αναπνοών και των αντανακλαστικών της εγκύου. Σε περίπτωση κατάργησης των

αντανακλαστικών, συνιστάται η άμεση διακοπή του φαρμάκου και η χορήγηση γλυκονικού ασβεστίου (1 γραμμάριο 10% ενδοφλέβια). Άλλοι αντισπασμωδικοί παράγοντες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν, είναι η διαζεπάμη σε δοσολογία 5 – 10 mg αργά ενδοφλέβια και η φαινυτοΐνη σε αρχική δοσολογία 10 mg/ kg .

- Ρύθμιση αρτηριακής πίεσης με σταδιακή ελάττωση της διαστολικής πίεσης μέχρι του επιπέδου των 90 mm Hg. Φάρμακο πρώτης εκλογής αποτελεί η υδραλαζίνη. Προκαλεί περιφερική αγγειοδιαστολή σε επίπεδο αρτηριολίων, πτώση των περιφερικών αντιστάσεων και αύξηση της καρδιακής παροχής, της νεφρικής και μητροπλακούντιας κυκλοφορίας. Χορηγείται σε υπερτασικές κρίσεις, ενδοφλέβια, σε δόση 5 – 10 mg που επαναλαμβάνεται κάθε 30 λεπτά, ανάλογα με το ύψος της πίεσης. Μπορεί να χορηγηθεί και σε συνεχή ενδοφλέβια έγχυση με ρυθμό 2 – 5 mg την ώρα. Σε περίπτωση αντιδραστικής ταχυκαρδίας συνιστάται η χορήγηση ενός β – αποκλειστή.

Παράλληλα με την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της εγκύου, γίνεται εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου με υπερηχογραφία, Doppler, non stress test και της ποσότητας του αμνιακού υγρού.

Η παρακολούθηση και η θεραπεία ασθενών με σοβαρή προεκλαμψία / εκλαμψία, πρέπει να γίνεται σε μονάδες εντατικής θεραπείας και κάτω από συνθήκες επεμβατικών μεθόδων παρακολούθησης.

ΤΡΑΥΜΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Οι τρεις κύριες αιτίες τραυμάτων είναι τα τροχαία ατυχήματα, οι πτώσεις και οι κακώσεις από διατιτραίνοντα αντικείμενα. Το τραύμα στην εγκυμοσύνη είναι διπλό πρόβλημα καθώς προσβάλλονται δύο άτομα , η γυναίκα και το έμβρυο. Και οι δύο οργανισμοί είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στο τραύμα, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της κύησης.

Οι προτεραιότητες στην αντιμετώπιση της εγκύου παραμένουν ίδιες, όπως και στην μη εγκυμονούσα πάσχουσα. Όμως, η αναζωογόνηση όπως και η σταθεροποίηση, πρέπει να προσαρμοσθούν στις μοναδικές φυσιολογικές και ανατομικές μεταβολές της εγκυμοσύνης.

Ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές επί εγκυμοσύνης

Η εγκυμοσύνη επιφέρει σημαντικές μεταβολές στην ανατομία και τη φυσιολογία της γυναίκας, μερικές από τις οποίες την εκθέτουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο βλάβης, ενώ άλλες μπορεί να επιφέρουν σύγχυση στα σημεία και συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται ο τραυματισμός.

Ανατομικές μεταβολές

Καθώς η εγκυμοσύνη φτάνει στο τέρμα της, τα κοιλιακά σπλάχνα κάτω από την πίεση της ογκούμενης μήτρας συμπιέζονται, στην άνω κοιλιά και το διάφραγμα ανυψώνεται περίπου 4 εκατοστά, έτσι ώστε υπάρχει αυξημένη πιθανότητα βλάβης κοιλιακών οργάνων κατόπιν τραυματισμού στην περιοχή του στέρνου. Καθώς υπάρχει μεγάλη διάταση του περιτοναίου, είναι δυνατό κοιλιακό τραύμα να εμφανίζεται χωρίς σημεία περιτοναϊσμού.

Από το δεύτερο τρίμηνο και έπειτα, η ουροδόχος κύστη ωθείται προς τα άνω και εμπρός, ώστε να βρίσκεται εκτός πυέλου και να υπόκειται σε αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού. Η ίδια μήτρα, η οποία μεγαλώνει με την πρόοδο της κύησης, μπορεί να τραυματισθεί ευκολότερα και να προκληθεί ρήξη της ή αποκόλληση του πλακούντα.

Μεταβολές της φυσιολογίας

- Όγκος αίματος και σύσταση

Ο όγκος πλάσματος της εγκύου είναι αυξημένος μέχρι και 50% τους πρώτους 6 μήνες της κύησης, ενώ ο όγκος των ερυθρών αιμοσφαιρίων αυξάνεται σε μικρότερο βαθμό, γεγονός που προκαλεί μια ελάττωση του αιματοκρίτη. Στην προχωρημένη εγκυμοσύνη ένας αιματοκρίτης 31 – 35% είναι φυσιολογικός.

Σε περίπτωση ολιγαιμίας, μια πτώση της αρτηριακής πίεσης μπορεί να μην εκδηλωθεί έως ότου η έγκυος χάσει το 35% του συνολικού όγκου αίματος. Έτσι, μια έγκυος πρέπει να χάσει μεγάλη ποσότητα αίματος για να εκδηλώσει σημεία shock. Σημειώνεται ότι στις εγκυμονούσες υπάρχει μια ανακατανομή της ποσότητας του αίματος στα πυελικά όργανα. Έτσι, αν μια έγκυος αναφέρει κάκωση στην περιοχή της πυέλου, ο κίνδυνος μαζικής αιμορραγίας είναι πολύ μεγαλύτερος από μια μη έγκυο γυναίκα με την ίδια βλάβη.

- Καρδιακή παροχή

Η αυξημένη ποσότητα αίματος που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχει αφενός ως αποτέλεσμα την αύξηση του κλάσματος εξώθησης και αφετέρου την αύξηση της καρδιακής παροχής και της καρδιακής συχνότητας. Έτσι, μια καρδιακή συχνότητα 100 παλμών ανά λεπτό είναι φυσιολογική για την έγκυο στο δεύτερο τρίμηνο και μπορεί να καλύψει την εκδήλωση μιας ταχυκαρδίας, συνέπεια τραυματισμού.

- Αναπνευστικό σύστημα

Οι ανατομικές αλλαγές στη θωρακική κοιλότητα ευθύνονται για τη μείωση του υπολειπόμενου όγκου. Αυτό σχετίζεται άμεσα με την άνοδο του διαφράγματος, λόγω του

αυξημένου μεγέθους της μήτρας. Ο κατά λεπτό όγκος αερισμού, αυξάνεται πρωταρχικά ως αποτέλεσμα μιας αύξησης του αναπνεόμενου όγκου. Αυτό αποδίδεται στην αύξηση της προγεστερόνης που δρα ερεθιστικά στο αναπνευστικό κέντρο. Για αυτό η υποκαπνία στην προχωρημένη εγκυμοσύνη είναι συχνή. Η κατανάλωση οξυγόνου κατά την εγκυμοσύνη συνήθως αυξάνεται, γεγονός που επιβάλλει την εξασφάλιση επαρκούς αρτηριακής οξυγόνωσης κατά την αναζωογόνηση της τραυματισμένης εγκύου.

Όσον αφορά το έμβρυο, προστατεύεται σε ικανοποιητικό βαθμό από το μυϊκό τοίχωμα της μήτρας και το αμνιακό υγρό, αυτό όμως δεν το κάνει απρόσβλητο σε τραυματισμούς. Αν και η συνηθέστερη αιτία εμβρυικού θανάτου είναι ο θάνατος της μητέρας, ο εμβρυϊκός θάνατος μπορεί να είναι αποτέλεσμα αποκόλλησης του πλακούντα ή ρήξης της μήτρας.

Επιπλέον, κάθε βλάβη που προκαλεί σοβαρή αιμορραγία της μητέρας, θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του εμβρύου, διότι καθώς η μητέρα αιμορραγεί, το αίμα απομακρύνεται από την μητροπλακουντιακή αιμορραγία με σκοπό να διατηρήσει επαρκή αιμάτωση σε ζωτικά όργανα της εγκύου και να σταθεροποιήσει την πίεσή της. Όταν η μητέρα εμφανίζει κλινικά σημεία shock, η εμβρυϊκή κυκλοφορία έχει μειωθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε η εμβρυϊκή θνησιμότητα φτάνει το 70 – 80 %.

Ο καλύτερος τρόπος παρακολούθησης του εμβρύου είναι ο καρδιακός ρυθμός του, όπου φυσιολογικά κυμαίνεται μεταξύ 120 – 160 παλμών το λεπτό. Ένας ρυθμός μικρότερος των 120 παλμών το λεπτό, σημαίνει εμβρυϊκή δυσφορία και κίνδυνο για το έμβρυο.

Γενικές αρχές αντιμετώπισης του τραύματος στην κύηση

Παρόλο που ο τραυματισμός στην κύηση αφορά δύο ασθενείς, οι φροντίδες μας θα πρέπει να στραφούν στη θεραπεία του ενός: της μητέρας. Καθετί που βελτιώνει την αιμοδυναμική κατάσταση της μητέρας, βελτιώνει άμεσα και την αιματική παροχή στο έμβρυο.

Οι βασικές αρχές αντιμετώπισης είναι:

a) Τοποθέτηση της ασθενούς στο αριστερό πλάγιο για να αποφευχθεί το σύνδρομο της κάτω κοίλης φλέβας που μπορεί να επιδεινώσει δραματικά την αιμοδυναμική κατάσταση της εγκύου. Η θέση αυτή αποφεύγεται σε περίπτωση υποψίας κάκωσης της σπονδυλικής στήλης. Στην περίπτωση αυτή, η πάσχουσα παραμένει σε ύπτια θέση, για την αποφυγή του συνδρόμου όμως της κάτω κοίλης, ανασηκώνεται το δεξιό ισχίο με ένα μαξιλάρι και η μήτρα μετατοπίζεται με το χέρι προς τα αριστερά.

b) Εξασφάλιση βατότητας του αεραγωγού και επαρκούς αερισμού. Σε έγκυο με απώλεια συνείδησης γίνεται ενδοτραχειακή διασωλήνωση και υποβοηθούμενη / ελεγχόμενη υποστήριξη της αναπνοής με μεγαλύτερο ποσοστό χορήγησης οξυγόνου και μέτριο υπεραερισμό.

c) Τοποθέτηση τουλάχιστον δύο φλεβικών γραμμών μεγάλου εύρους και χορήγηση υγρών (κρυσταλλοειδή, κολλοειδή διαλύματα ή και αίμα). Απαιτούνται μεγαλύτερες ποσότητες από ότι σε μη έγκυο γυναίκα.

d) Αιτιολογική αντιμετώπιση τραύματος ανάλογα με τη θέση και την έκτασή του.

Κάθε έγκυος γυναίκα που έχει τραυματιστεί, πρέπει να εκτιμάται σε Νοσοκομείο ακόμα και αν ο τραυματισμός της φαίνεται επιπόλαιος. Αυτό γιατί μπορεί να έχει προκληθεί σοβαρή βλάβη του εμβρύου, παρότι οι κακώσεις της μητέρας φαίνονται ασήμαντες.

ΤΟΚΕΤΟΣ

Ο τοκετός είναι η διαδικασία με την οποία τα προϊόντα της σύλληψης, το έμβρυο και ο πλακούντας, εξέρχονται από τη μήτρα. Ο τοκετός διακρίνεται σε 3 καλά καθορισμένα στάδια, η διάρκεια των οποίων εξαρτάται από το αν η μητέρα είναι πρωτότοκος ή πολύτοκος.

Το πρώτο στάδιο του τοκετού αρχίζει με την έναρξη διαστολής του τραχηλικού στομίου και τελειώνει με την τέλεια διαστολή αυτού. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ρυθμικών συσπάσεων της μήτρας κάθε 5 με 15 λεπτά, τις οποίες η μητέρα τις αντιλαμβάνεται ως υπογαστρικό άλγος, σύγχρονο με τη σύσπαση της μήτρας, αντανακλώμενο στην οσφυϊκή χώρα. Η διάρκεια του σταδίου αυτού είναι περίπου 12 ώρες στην πρωτότοκο και μέχρι 8 ώρες στην πολύτοκο μητέρα.

Το δεύτερο στάδιο (εξώθησης), αρχίζει με την τέλεια διαστολή του τραχήλου της μήτρας και τελειώνει με την έξοδο του εμβρύου. Οι συσπάσεις της μήτρας καθίστανται συχνότερες κάθε 2 – 3 λεπτά και εντονότερες. Η επίτοκος αισθάνεται έντονα πίεση προς τα κάτω, έχει αίσθημα αφόδευσης λόγω της πίεσης της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου προς το ορθό και θέλει να σφίχτεί σε κάθε σύσπαση της μήτρας. Συχνά εμφανίζει επίσης ταχυκαρδία και ιδρώτα στο πρόσωπό της. Το δεύτερο στάδιο διαρκεί 1 ώρα στην πρωτότοκο και 20 με 30 λεπτά σε πολύτοκο γυναίκα.

Το τρίτο στάδιο του τοκετού (υστεροτοκίας), αρχίζει μετά την έξοδο του εμβρύου και τελειώνει με την έξοδο του πλακούντα. Εμφανίζονται συσπάσεις της μήτρας για την αποβολή του πλακούντα και για τη σύσπαση των μικρών φλεβικών στελεχών, που υπάρχουν στο σημείο όπου ήταν προσκολλημένος ο πλακούντας στη μήτρα.

Παραλαβή και αντιμετώπιση επιτόκου

Η προσέλευση της εγκύου για τοκετό υποχρεώνει το γιατρό που θα την παραλάβει, να απαντήσει σε δύο κύρια ερωτήματα:

1. Πρόκειται για αληθή έναρξη τοκετού;
2. Ποιες πιθανές επιπλοκές θα αντιμετωπίσει στη διάρκεια αυτού του τοκετού;

Για την απάντηση το πρώτου ερωτήματος σημασία έχουν τα παρακάτω:

- Αν η γυναίκα είναι πρωτότοκος ή πολύτοκος
- Εκτίμηση των συσπάσεων της μήτρας και διαφοροποίηση από ωδίνες. Οι ωδίνες γίνονται προοδευτικά εντονότερες και συχνότερες, ενώ εμφανιζόμενες ανά 2 λεπτά, αποτελούν ένδειξη έναρξης του δεύτερου σταδίου τοκετού.

Εφόσον υπάρχει χρόνος για την σωστή προετοιμασία της επιτόκου, θα πρέπει να γίνουν οι εξής ενέργειες:

1. Λήψη ατομικού αναμνηστικού: εκτός από τα ατομικά στοιχεία και το προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό, ενδιαφέρον έχουν και η παρουσία καρδιοπάθειας, προσφάτων λοιμώξεων, φυματίωσης, υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη, αν πάσχει από μεταδοτικό νόσημα, γνωστή ευαισθησία σε φάρμακα, κλπ. Απαραίτητη είναι και η επισκόπηση της περιοχής του αιδοίου για κισσούς, έρπη, βαρθολινίτιδα, κλπ.

2. Λήψη ζωτικών σημείων, αρτηριακής πίεσης και θερμοκρασίας

3. Ψηλάφηση της κοιλιάς με τους χειρισμούς του Leopold για τον καθορισμό της ηλικίας της εγκυμοσύνης, του σχήματος, της προβολής και της εμπέδωσης της μοίρας του εμβρύου που προβάλλει.

4. Ακρόαση εμβρυϊκών καρδιακών παλμών. Σε περιπτώσεις εμβρυϊκής βραδυκαρδίας, δηλαδή όταν οι εμβρυϊκοί παλμοί είναι λιγότεροι από 120 ανά λεπτό, θα πρέπει να τοποθετήσουμε την επίτοκο σε αριστερή πλάγια θέση, για να μην έχουμε το σύνδρομο της κάτω κοίλης φλέβας και να χορηγηθεί οξυγόνο. Εάν η κατάσταση δεν αντιρροπείται πρέπει να γίνει επίσπευση του τοκετού και να ειδοποιηθούν νεογνολόγοι. Εφόσον η επίτοκος λαμβάνει ωδινοποιητική αγωγή, γίνεται διακοπή της.

5. Εκτίμηση κολπικής αιμορραγίας, που αν είναι μικρή, οφείλεται σε διαστολή του τραχήλου και αν είναι μεγαλύτερη, σε ανώμαλη πρόσφυση ή αποκόλληση του πλακούντα.

6. Εκτίμηση της διαστολής του τραχήλου της μήτρας για να καθοριστεί το μέγεθος, η ύπαρξη ή όχι θυλακίου και ο ακριβής προσδιορισμός του ύψους της προβάλλουσας μοίρας, η προβολή και η θέση της προβολής.

7. Έλεγχος παρουσία ή όχι θυλακίου. Εάν το θυλάκιο έχει ραγεί ενδιαφέρει ο χρόνος που συνέβη αυτό, καθώς αυξάνονται οι κίνδυνοι εμβρυϊκής λοίμωξης. Πρέπει σε τέτοια περίπτωση

να γίνεται χορήγηση αντιβιοτικών. Προτιμάται η χορήγηση αμικικιλίνης ή αμοξυκιλλίνης σε δόση 2 g ενδοφλέβια και στη συνέχεια 500 mg επί 4. Θα πρέπει επίσης, να γίνεται εκτίμηση του αμνιακού υγρού, καθώς το κεχρωσμένο αμνιακό υγρό υποδηλώνει έναρξη εμβρυϊκής δυσφορίας.

8. Ευπρεπισμός εξωτερικών γεννητικών οργάνων.

9. Υποκλυσμός της επιτόκου και κένωση της ουροδόχου κύστης για καλύτερη εξέλιξη του τοκετού.

Λιαδικασία του τοκετού

Ο τοκετός είναι μια φυσιολογική λειτουργία της επιτόκου, ο οποίος μπορεί να εξελιχθεί αυτόματα. Παρόλα αυτά είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε ορισμένους χειρισμούς, προκειμένου να ελαττώσουμε την επίπτωση τραυματικών κακώσεων των γεννητικών οργάνων της επιτόκου, αλλά και να διευκολύνουμε την εξέλιξή του.

- Τοποθέτηση της γυναίκας σε γυναικολογική θέση στο μαιευτικό κρεβάτι.

- Τέλεση περινεοτομίας κατά την 5^η ή 7^η ώρα για αποφυγή επέκτασης της ρήξης προς τον σφιγκτήρα

- Αναχαίτιση της κεφαλής του εμβρύου για αποφυγή ταχείας καθόδου και πρόκλησης τήξεων επί του περινέου.

- Υποστήριξη του περινέου και τοκετός της κεφαλής του εμβρύου.

- Τοκετός ώμων. Ήπια έλξη προς τα κάτω για έξοδο του πρόσθιου ώμου και αντίθετη έλξη για τον τοκετό του οπίσθιου ώμου.

Εφόσον εξέλθουν οι ώμοι εκ της αιδοϊκής σχισμής, ο τοκετός του εμβρύου εξελίσσεται άμεσα και πρέπει να προετοιμαστούμε για να πιάσουμε το νεογνό, να κόψουμε τον ομφάλιο λώρο και να σκουπίσουμε το στόμα του νεογνού για να μη γίνει εισρόφηση αμνιακού υγρού και άλλων εκκρίσεων κατά την πρώτη αναπνοή του νεογνού.

- Έξοδος του πλακούντα. Υπάρχουν αρκετά σημεία που δηλώνουν την αποκόλληση του πλακούντα από το τοίχωμα της μήτρας. Η γυναίκα αναφέρει την έναρξη και πάλι συσπάσεων, η μήτρα στην ψηλάφηση είναι σκληρή, το άκρο του ομφάλιου λώρου κατέρχεται περισσότερο εκ της αιδοϊκής σχισμής και συχνά εξέρχεται ποσότητα αίματος από τον κόλπο. Η διάρκεια της υστεροτοκίας είναι μέχρι μια ώρα.

Δεν θα πρέπει να ασκηθεί έλξη του ομφάλιου λώρου για την έξοδο του πλακούντα μέχρι να εμφανιστούν τα σημεία της αποκόλλησης. Όταν βεβαιωθούμε ότι ο πλακούντας έχει αποκολληθεί, ζητάμε από τη μητέρα να σφιχτεί ελαφρά προς τα κάτω καθώς έλκουμε ήπια τον ομφάλιο λώρο και με το άλλο χέρι ασκούμε ήπιες μαλάξεις επί της μήτρας που βοηθούν στην αποκόλληση. Κατά την έξοδο του πλακούντα εκ της αιδοϊκής σχισμής, τον στρέφουμε ελαφρά

ώστε να αποκολληθούν και οι εμβρυϊκοί υμένες και να καλύψουν τη μάζα του πλακούντα. Η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας διεγείρει τις συσπάσεις της μήτρας και βοηθά στον έλεγχο της αιμορραγίας.

- Χορήγηση μητροσύσπασης για σύσπαση της μήτρας και έλεγχο της αιμορραγίας. Μπορεί να δοθούν 10 μονάδες οξυτοκίνης ενδοφλέβια.

Παθολογικά συμβάντα στον τοκετό.

• Δυστοκία από ισχιακή προβολή

Είναι η δυστοκία που προκαλείται, όταν ο πόλος του εμβρύου που προβάλλει είναι τα ισχία του. Η συχνότητα της ισχιακής προβολής είναι το 4% των τελειόμηνων νεογνών και αυξάνεται μέχρι και 25% σε περιπτώσεις πρόωρου τοκετού, πριν την 30^η εβδομάδα. Η ισχιακή προβολή διακρίνεται σε δύο τύπους: α) την ομαλή ισχιακή, όταν το έμβρυο προβάλλει με τους γλουτούς και τα πέλματα και β) την ανώμαλη ισχιακή, με τους γλουτούς, τα γόνατα ή τα πόδια, ανάλογα με το ποια είναι η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου. Η διάγνωση της προβολής γίνεται με τους χειρισμούς του Leopold και τη γυναικολογική εξέταση. Μερικές βασικές αρχές για τον τοκετό σε ισχιακή προβολή είναι :

- Δεν προβαίνουμε σε τεχνητή ρήξη του θυλακίου, γιατί υπάρχει αυξημένος κίνδυνος πρόπτωσης ομφαλίδας.

- Αποφεύγουμε τη χορήγηση ωδινοποιητικής αγωγής στο στάδιο της διαστολής.

- Ποτέ δεν τραβάμε το έμβρυο να εξέλθει, απλώς υποστηρίζουμε το σώμα του μετά την έξοδο από την αιδοϊκή σχισμή.

- Προβαίνουμε σε αγκύλη του ομφάλιου λώρου, ήπια έλξη του, ώστε να αποφευχθεί η συμπίεσή του μεταξύ κοιλικών τοιχωμάτων και μελών του εμβρύου.

- Για τον τοκετό της κεφαλής υποστηρίζουμε το σώμα του εμβρύου με την παλάμη του χεριού μας και στρέφουμε το σώμα του προς την κοιλιά της μητέρας. Συνήθως ένας βοηθός ασκεί πίεση επί της ηβικής σύμφυσης.

Αν και σε περιπτώσεις ισχιακής προβολής απαιτείται χειρισμός με υπομονή και αποφυγή περιττών κινήσεων, ο τρόπος τοκετού που επιλέγεται τελικά είναι η καισαρική τομή.

• Εγκάρσιο σχήμα

Στη δυστοκία αυτή ο κάθετος άξονας του εμβρύου διασταυρώνεται με τον κάθετο άξονα της μήτρας και το έμβρυο προβάλλει με τη ράχη ή το στήθος. Συχνή σε περιπτώσεις εγκάρσιου σχήματος είναι η πρόπτωση άκρου χειρός. Στις περιπτώσεις αυτές ο φυσιολογικός τοκετός είναι αδύνατος και εκτελείται καισαρική τομή.

• Άλλες θέσεις

Άλλες θέσεις του εμβρύου που προκαλούν δυστοκία και καθυστερούν την εξέλιξη του τοκετού, είναι οι οπίσθιες θέσεις της ινιακής προβολής, η πρόσθια προσωπική ή η πρόσθια μετωπική και η βρεγματική προβολή (ασυγκλιτισμός). Αντίθετα, απόλυτη δυσαναλογία και ένδειξη για καισαρική τομή, προκαλούν οι οπίσθιες θέσεις της προσωπικής προβολής.

• Πρόπτωση ομφαλίδας

Πρόπτωση του ομφαλίου λώρου είναι η ολίσθησή του ανάμεσα στη μοίρα του εμβρύου που προβάλλει και στα τοιχώματα του πυελογεννητικού σωλήνα. Συμβαίνει με συχνότητα 2.5% και περικλείει σοβαρούς κινδύνους για το έμβρυο, γιατί περιορίζει την κυκλοφορία του αίματός του.

Τα αίτια που την προκαλούν είναι συνήθως τα ανώμαλα σχήματα και προβολή του εμβρύου, η προωρότητα, το πολυάμνιο, η πολύδυμη εγκυμοσύνη, η πολυτοκία, η πρόωρη ρήξη των υμένων ή η τεχνητή ρήξη τους, εφόσον η προβάλλουσα μοίρα δεν έχει εμπεδωθεί, οι όγκοι της πυέλου και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.

Εφόσον συμβεί η πρόπτωση σε επίτοκο εκτός νοσοκομείου, την ξαπλώνουμε με το κεφάλι χαμηλότερα, τοποθετούμε ένα μαξιλάρι στη μέση της, προστατεύουμε τον ομφαλίο λώρο με βρεγμένη πετσέτα και προσπαθούμε να πιέσουμε τον κάτω πόλο του εμβρύου, όχι την ομφαλίδα, προς τα πάνω, τοποθετώντας το δεξί χέρι μέσα στον κόλπο της επιτόκου και κρατώντας το σταθερά εκεί, μέχρι να φτάσουμε στο νοσοκομείο. Στο νοσοκομείο, αν η διαστολή της επιτόκου είναι τέλεια, δοκιμάζουμε την ανάταξη του λώρου, δηλαδή να απωθήσουμε τη μοίρα του λώρου που προβάλλει πάνω από την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου και να τοποθετήσουμε την επίτοκο σε θέση Trendelenburg. Ακολουθεί τοκετός του εμβρύου με εμβρυουλκία ή σικουσκία, εφόσον υπάρχει τελεία διαστολή του τραχήλου. Πάντως, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, εφόσον το έμβρυο κριθεί βιώσιμο, ο τρόπος τοκετού που επιλέγεται είναι η καισαρική τομή.

• Αιμορραγία στο στάδιο της υστεροτοκίας.

Η συνήθης ποσότητα αίματος που χάνεται σε έναν φυσιολογικό τοκετό, φτάνει τα 250 ml. Αιμορραγία θεωρείται, όταν η ποσότητα του αίματος που χάνεται από τη μήτρα ξεπερνά σε ποσότητα τα 500 – 600 ml. Η αιμορραγία του τρίτου σταδίου αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου και η συχνότητά της φτάνει στο 7 – 8 % επί του συνόλου των τοκετών. Συνήθως οφείλεται σε τραύματα γεννητικού σωλήνα, δηλαδή της μήτρας, του τραχήλου και του κόλπου και σε αδυναμία σύσπασης της μήτρας. Οι καταστάσεις οι οποίες προδιαθέτουν αιμορραγίες είναι:

- 1) Οξύς ή μακράς διάρκειας τοκετός.

2) Κατακράτηση πλακούντα και υμένων, όταν η υστεροτοκία δεν εκτελεστεί σωστά ή σε περιπτώσεις στιφρού πλακούντα ή παραπλακούντα.

3) Υπερδιάταση της μήτρας λόγω πολυαμνίου, πολύδυμης κύησης, υπέρβαρου εμβρύου, κλπ.

4) Αλόγιστη ωδινοποιητική αγωγή.

5) Υπερπολυτοκία

6) Προδρομικός πλακούντας, γιατί οι μύες στο κατώτερο τμήμα της μήτρας που προσφύεται ο πλακούντας δεν συσπώνται επαρκώς.

Σε περιπτώσεις αιμορραγίας στο στάδιο της υστεροτοκίας, εφόσον ελέγξουμε την αιμορραγία από τραυματισμούς του κόλπου και του περινέου, κύριο μέλημά μας είναι να εξασφαλίσουμε τη σύσπαση της μήτρας. Αυτό μπορούμε να το επιτύχουμε με τους παρακάτω τρόπους:

- Μαλάξεις επί του πυθμένα της μήτρας

- Τοποθέτηση παγοκύστης επί της μήτρας

- Χορήγηση οξυτοκίνης ενδοφλέβια

- Κένωση της μήτρας από υπολείμματα κυήσεως σε περιπτώσεις κατακράτησης πλακούντα και ήπια μαιευτική απόξεση

- Συμπίεση της μήτρας μεταξύ των χεριών μας: το ένα τοποθετείται στα κοιλιακά τοιχώματα και το άλλο στον πρόσθιο κοιλιακό θόλο.

- Τοπική έγχυση προσταγλαδινών στη μήτρα

Όπως και σε κάθε περίπτωση αιμορραγίας, θα πρέπει να εξασφαλίσουμε μεγάλες φλεβικές οδούς για χορήγηση κρυσταλλικών διαλυμάτων ή και αίματος. Εφόσον η αιμορραγία δεν σταματά μόνη της, επιλογή είναι η υστερεκτομία ή η απολίνωση των έσω λαγονίων αρτηριών.

• Εκτροφή μήτρας

Εκτροφή μήτρας λέγεται η επιπλοκή στην οποία ο πυθμένας της μήτρας εκστρέφεται και περνώντας μέσω του τραχηλικού στομίου, εξέρχεται των γεννητικών οργάνων προς τα έξω. Τα κυριότερα αίτια είναι η βίαιη προσπάθεια εξόδου του πλακούντα, πριν αυτός αποκολληθεί, ο στιφρός πλακούντας και προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως ο οξύς τοκετός, η πολυτοκία και η υπερδιάταση της μήτρας. Εκτός από την αιμορραγία που προκαλεί και το αίσθημα αφόδευσης, είναι δυνατόν να εκδηλωθεί από την αρχή με συμπτώματα shock.

Στην κοιλιακή εξέταση διαπιστώνεται η παρουσία όγκου που αιμορραγεί και που γύρω του ο τράχηλος σχηματίζει δακτύλιο. Η αντιμετώπιση γίνεται υπό γενική αναισθησία. Προσπαθούμε να ανατάξουμε τη μήτρα με το χέρι και ύστερα αποκολλάμε τον πλακούντα, αν αυτός δεν έχει αποκολληθεί. Ζητάμε τη βοήθεια κάποιου, ο οποίος θα κρατά το σώμα της μήτρας από τα

κοιλιακά τοιχώματα, ώστε να μη συμβεί και πάλι εκτροπή με την απόσυρση του χεριού μας και χορηγούμε μητροσυσπαστικά.

• **Πνευμονική εμβολή και εμβολή από αμνιακό υγρό**

Η ξαφνική εμφάνιση δύσπνοιας, ταχυκαρδίας ή και υπότασης στη μητέρα μετά τον τοκετό, αποτελούν σημεία πνευμονικής εμβολής, μία από τις πιο συχνές αιτίες μητρικού θανάτου. Η πνευμονική εμβολή είναι συχνότερα αποτέλεσμα θρόμβου αίματος από την πυελική κυκλοφορία. Υπάρχει πιθανότητα όμως, κατά τη διάρκεια του τοκετού, ποσότητα αμνιακού υγρού να εισέλθει στη μητρική κυκλοφορία και να προκαλέσει κλινική εικόνα πνευμονικής εμβολής. Η ασθενής παραπονείται για ξαφνικό πόνο στο στήθος. Η κλινική εικόνα μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα εμφανής, εκτός από σημεία ταχυκαρδίας, ταχύπνοιας και υπότασης. Για την αντιμετώπισή της πρέπει να εξασφαλίσουμε επαρκή αερισμό στην ασθενή, να χορηγήσουμε οξυγόνο σε υψηλές συγκεντρώσεις και να γίνεται συνεχής καταγραφή των ζωτικών σημείων και του καρδιακού ρυθμού της γυναίκας. Στη συνέχεια γίνεται χορήγηση ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων ή και αίματος για να αποφευχθεί η καταπληξία και το shock και αρχίζει αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη.

Ως εμβολή αμνιακού υγρού ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία η είσοδος αμνιακού υγρού στη μητρική κυκλοφορία προκαλεί αρχικά οξεία καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια και στη συνέχεια διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, με αποτέλεσμα πολλές φορές το θάνατο της γυναίκας. Η συχνότητά της κυμαίνεται μεταξύ 1 : 8.000 και 1 : 80.000 κηύσεις. Ο πολύωρος και εργώδης τοκετός και η αλόγιστη ωδινοποιητική αγωγή παρέχουν τις πιο ιδανικές συνθήκες για ενεργητική μεταφορά του αμνιακού υγρού στη μητρική κυκλοφορία. Στην τυπική περίπτωση η επίτοκος εμφανίζει αναπνευστική δυσχέρεια, συνοδευόμενη από αγγειακό collapsus. Αν επιζήσει από αυτό το οξύ επεισόδιο παρουσιάζεται στη συνέχεια μεγάλη αιμορραγία με διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος. Η θνησιμότητα σε περιπτώσεις εμβολής αμνιακού υγρού φτάνει το 80%. Απαιτείται άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση, που συνίσταται στο μηχανικό αερισμό και στη μετάγγιση αίματος.

3.3.1 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Το κράτος έχει την ευθύνη της δημιουργίας ενός κοινωνικά δίκαιου, αποτελεσματικότερου και αποδοτικότερου Συστήματος υγείας.

Προϋποθέσεις:

Οργάνωση , ορθολογισμός ,προσδιορισμός και εκτίμηση κοινωνικών αναγκών, γνώση αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας πόρων υγείας που δεν «παρέχονται» αλλά κατανέμονται με βάση τις κοινωνικές ανάγκες

Από τη διεύρυνση των συστημάτων υγείας προκύπτουν ορισμένα προβλήματα που αναφέρονται:

- Στον έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας
- Στην καλύτερη διαχείριση των νοσοκομείων
- Στην παραγωγική αξιοποίηση των πόρων
- Στην κοινωνικά δίκαιη διανομή των υπηρεσιών και των αγαθών του συστήματος υγείας

3.3.2 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Μετατοπίζοντας μέρος των δαπανών στην πλευρά του καταναλωτή είτε με την μορφή της συμμετοχής στις δαπάνες, είτε με τον περιορισμό των παροχών στις πλέον αναγκαίες είτε με την αύξηση του συμπληρωματικού ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης.

Αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών με διάφορες στρατηγικές όπως αποκεντρωμένες μορφές διοίκησης, η πληρωμή με βάση την απόδοση, η αναδιοργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, η ανάπτυξη του κινήματος για τεκμηριωμένη ιατρική περίθαλψη και κυρίως η ανάπτυξη της ΠΦΥ.

Τα γενικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του υγειονομικού τομέα της χώρας. Ο υγειονομικός τομέας απορροφά το 8% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού της χώρας. Εάν εξετάσουμε το σύστημα υγείας από άποψη οργάνωσης και

λειτουργίας μπορούμε να καταγράψουμε μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ιδιομορφίες και αδυναμίες. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά τα οποία συγκεντρώνει είναι τα ακόλουθα (Αλεξιάδης, 2000):

Μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες.

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

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

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

3.4. Πρωτοβάθμια Φροντίδα σε Ελλάδα .

3.4.1 Δημόσια υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα: οι αδύνατοι κρίκοι του συστήματος

Το όλο σύστημα εμφανίζει σοβαρές αδυναμίες στην ανάπτυξη-οργάνωση και κατά συνέπεια στην ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών δημόσιας και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε Ελλάδα και Ευρώπη. Οι υποδομές, η στελέχωση, η χρηματοδότηση, η οργάνωση και η λειτουργία των τομέων αυτών δεν είναι σήμερα επαρκείς (Κυριόπουλος & Νιάκας, 2002).

Όσον αφορά τη δημόσια υγεία, έχει διαπιστωθεί μεγάλη έλλειψη σε εργαστήρια αλλά και σε εξειδικευμένους γιατρούς. Ο ρόλος των τελευταίων καθορίζεται με βάση ξεπερασμένες

αντιλήψεις για τη δημόσια υγεία και έχει περισσότερο γραφειοκρατικό χαρακτήρα, παρά ουσιαστικό επιχειρησιακό περιεχόμενο.

Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα, η κατάσταση στις αγροτικές περιοχές βελτιώθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια με τη λειτουργία των κέντρων υγείας. Στις αστικές και ημιαστικές περιοχές, αντίθετα, παρουσιάζονται σημαντικές ελλείψεις, πολυκερματισμός και διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις.

Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η απουσία οικογενειακού γιατρού, με αποτέλεσμα αφενός να υπερφορτώνονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αφετέρου το περιεχόμενο της φροντίδας συχνά να συρρικνώνεται σε στοιχειώδη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ή -ακόμη χειρότερα- σε απλή συνταγογραφία. Ιατροπροληπτικές υπηρεσίες (εμβολιασμοί, παιδική υγιεινή, υγειονομική διαφώτιση, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας κ.λπ.) και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας συνήθως δεν αποτελούν μέρος της καθιερωμένης δέσμης των παρεχόμενων φροντίδων (Κυριόπουλος & Νιάκας, 2002).

Κτίρια και τεχνολογία

Όσον αφορά την κτιριακή και τεχνολογική υποδομή, η κατάσταση βελτιώθηκε σημαντικά με την ολοκλήρωση της εκτέλεσης του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης στην υγεία. Προστέθηκαν στο δυναμικό της νοσοκομειακής περίθαλψης περίπου 5.000 νέες κλίνες (ανέγερση 16 νέων νοσοκομείων και επέκταση άλλων 22 ήδη λειτουργούντων), ανεγέρθησαν κτίρια για 6 Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, για το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, κτίρια του ΕΚΑΒ σε 6 μεγάλες πόλεις κ.λπ. Ελλείψεις παρατηρούνται κυρίως σε ειδικές κλίνες, όπως, για παράδειγμα, αυτές της εντατικής θεραπείας, της φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, που αποτέλεσαν προτεραιότητα για το Υπουργείο, ενόψει και της διεξαγωγής των Ολυμπιακών Αγώνων στην Αθήνα το 2004. Για τη σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία, από την άποψη του βαρέως εξοπλισμού και των εξειδικευμένων κέντρων, το σύστημα παρουσιάζει σημαντική βελτίωση (Κυριόπουλος & Νιάκας, 2002).

Πληθωρισμός γιατρών και ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό

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

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

Επισημαίνουμε απλώς τις σημαντικές ελλείψεις σε ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και την απουσία ειδικών επιστημόνων στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Χαμηλή παραγωγικότητα, αντιοικονομική λειτουργία, ανυπαρξία κινήτρων

Η παραγωγικότητα του προσωπικού χαρακτηρίζεται χαμηλή και η λειτουργία των περισσότερων μονάδων υγείας του ΕΣΥ κρίνεται αντιοικονομική, αφού πολλά νοσοκομεία έχουν μέση ετήσια κάλυψη κλινών μικρότερη του 50%.

Επιπλέον δεν προσφέρονται κίνητρα στο προσωπικό για τη βελτίωση της παραγωγικότητας και την αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (Κυριόπουλος & Νιάκας, 2002).

Απουσία αξιόπιστων χρηματοδοτικών μηχανισμών και μεγάλη παραοικονομία

Η χρηματοδότηση του συστήματος παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα, αφού απουσιάζουν τόσο οι θεσμοθετημένοι κανόνες και οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί, όσο και μέτρα ελέγχου του κόστους. Καταρχήν η σταδιακή μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία στον κρατικό προϋπολογισμό εντείνει τον άδικο κοινωνικά τρόπο χρηματοδότησης λόγω του αντιστρόφως προοδευτικού χαρακτήρα του φορολογικού μας συστήματος, που γίνεται ακόμη περισσότερο άδικος λόγω της παραοικονομίας. Η έντονη και ανορθόδοξη παρουσία του κράτους, ιδιαίτερα όσον αφορά τον καθορισμό πολύ χαμηλών τιμών και νοσηλείων για τις υπηρεσίες υγείας, δεν επιτρέπει την άσκηση πολιτικής ούτε από τα ασφαλιστικά ταμεία ούτε από τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ. Επιπλέον, οι ανεπάρκειες και ελλείψεις του δημόσιου τομέα υγείας, η υπερπροσφορά γιατρών, η ανεξέλεγκτη εγκατάσταση τεχνολογίας υψηλού κόστους και η λειτουργία ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης, αυξάνουν τις δαπάνες υγείας και ευνοούν την

παραοικονομία. Η διαδικασία της Μεταρρύθμισης του Συστήματος Υγείας και η διαδικασία αποκέντρωσης με την εισαγωγή του θεσμού των ΠεΣΥ, των Υ.ΠΕ όπως τις γνωρίζουμε σήμερα, διαιρεμένες στις αντίστοιχες διοικητικές περιφέρειες μετά και την πρόσφατη διοικητική μεταρρύθμιση του Καλλικράτη, φιλοδοξεί να ελέγξει την κατάσταση αυτή (Ρομπόλης & Χλέτσος, 2002).

Συγκεντρωτισμός και γραφειοκρατία

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

Ο χρήστης / ασθενής δεν έχει λόγο και συμμετοχή στο σύστημα

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

Το προσδόκιμο επιβίωσης αποτελεί έναν εύχρηστο δείκτη υγείας που εκφράζει το μέσο αριθμό των ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος από το χρόνο της γέννησής του. Η μέτρηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση έχει το πλεονέκτημα ότι περιγράφει τη συνολική θνησιμότητα του πληθυσμού συνοπτικότερα σε σχέση με τους δείκτες θνησιμότητας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο σύγχρονος άνθρωπος αναγκαστικά λόγω των δύσκολων συνθηκών διαβίωσης των μεγαλουπόλεων, αντιμετωπίζει επικίνδυνες καταστάσεις. Έτσι, οι πιθανότητες να του συμβεί ένα ατύχημα είτε κατά την ώρα της μετάβασής του στην εργασία του, είτε κατά το χρονικό διάστημα που εργάζεται, είτε κατά την παραμονή του στο σπίτι, είτε τέλος, κατά τη διάρκεια της ενασχόλησής του με αθλητικές δραστηριότητες, είναι μεγάλες.

Για την αντιμετώπιση μιας εγκύου που έχει υποστεί ένα ατύχημα, υπάρχουν βέβαια οργανωμένα κέντρα με ειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, που προσφέρουν πάντα σημαντική βοήθεια.

Παρόλα αυτά, από τη στιγμή που πραγματοποιείται ένα ατύχημα, μεσολαβεί ένα χρονικό διάστημα άλλοτε μικρό και άλλοτε μεγάλο, μέχρι να μεταφερθεί το άτομο που χρειάζεται βοήθεια σε ειδικό κέντρο για την παροχή των Πρώτων Βοηθειών. Το χρονικό αυτό διάστημα είναι τις περισσότερες φορές κρίσιμο για την περαιτέρω πορεία της υγείας του ασθενούς.

Γι' αυτό είναι απαραίτητο όλοι να γνωρίζουν τι ακριβώς ενέργειες πρέπει να κάνουν, ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια σε μια έγκυο που αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση, είτε λόγω ατυχήματος, είτε λόγω εμφάνισης αιφνίδιας παθολογικής κατάστασης.

Ο επαγγελματίας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί έναν αυτοδύναμο επιστήμονα, άρτια εκπαιδευμένο να χειρίζεται καταστάσεις από τις οποίες εξαρτάται η ακεραιότητα μιας ζωής. Ο χώρος εργασίας του δεν περιορίζεται στο β' και γ' βάθμιο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνεται και πρακτικά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Πλέον είναι αναμενόμενο από τον κοινό πολίτη και άκρως απαραίτητο, να κατέχει έναν ενεργό ρόλο για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του και την παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένων συμβουλών, στο πλαίσιο της κοινότητας.

Επειδή όμως οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν αρκούν για μια δραστική μεταρρύθμιση που θα αλλάξει τον τρόπο ζωής και το σύστημα υγείας, θα πρέπει η Πολιτεία να λάβει μέτρα ώστε να ενδυναμώσει την ατομική πρωτοβουλία για μια πιο ενεργή συμμετοχή του κοινωνικού συνόλου σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να «δημιουργηθούν» ενεργοί πολίτες και έτοιμοι θεωρητικά και πρακτικά να χειριστούν δύσκολες καταστάσεις παρέχοντας τις Πρώτες Βοήθειες ακίνδυνα, σωστά και με ασφάλεια.

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.

Μια σύγχρονη και αναγκαία μεταρρύθμιση στον χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας απαιτεί μια συνολικότερη προσέγγιση, που θα υπακούει στον σωστό σχεδιασμό, θα υποστηρίζεται επιστημονικά και οικονομικά, θα είναι προϊόν διαλόγου που θα εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη δυνατή συναίνεση, θα προβλέπει μηχανισμούς πρόληψης και θα εμπεριέχει διαδικασίες μέτρησης ποιοτικών και οικονομικών αποτελεσμάτων. Ακόμη μια προϋπόθεση για την επιτυχή υλοποίηση της είναι και η ενεργή συμμετοχή

ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΛΕΙΨΩΝ



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παλαιά χαριτολογώντας, έλεγαν ότι οι γυναίκες γεννάνε την ώρα που μαζεύουν τις ελιές και την επόμενη μέρα πάνε πάλι στα χωράφια. Φυσικά αυτό άλλαξε και πλέον όλες οι γυναίκες γεννούν σε μαιευτήρια, δημόσια ή ιδιωτικά. Τα τελευταία χρόνια κυρίως στις ΗΠΑ, έχει γίνει μόδα, οι γυναίκες να γεννούν στο σπίτι τους. Μια μόδα που πέρασε και στην Ευρώπη και την Ελλάδα και μάλιστα με τα νέα μέτρα του ΕΟΠΠΥ πολλές γυναίκες θα υποχρεωθούν, χωρίς να το επιλέξουν, να βιώσουν την εμπειρία του τοκετού στο σπίτι.

Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία θεωρούνταν φυσιολογικές καταστάσεις που χρειάζονταν πρακτική, ψυχολογική και κυρίως κοινωνική υποστήριξη για να ευοδωθούν. Παρόλο που δεν διέθεταν επιστημονική ιατρική γνώση και εξοπλισμό, οι γυναίκες κατάφερναν να πετύχουν πολλά χάρη στην εμπειρία, την πίστη και την αλληλεγγύη που τις διέκρινε.

Σήμερα η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία σπάνια αντιμετωπίζονται ως περίοδοι και γεγονότα στη ζωή της γυναίκας και του παιδιού της, που έχουν μια συνέχεια και συνέπεια μεταξύ τους, φυσιολογική και ψυχολογική. Ο ερχομός ενός παιδιού στον κόσμο είναι, στη σημερινή ελληνική κοινωνία, ένα ατομικό γεγονός στο οποίο η κοινότητα έχει μικρή συμμετοχή, ο τοκετός χαρακτηρίζεται από παθητικότητα της εγκύου σε ένα νοσοκομειακό και ιατροκοιμημένο περιβάλλον, ενώ η λοχεία είναι συχνά μια εναγώνια, μοναχική προσπάθεια της γυναίκας να «επανέλθει» σωματικά και ψυχολογικά, έτσι ώστε να μπορεί να αναλάβει τις κοινωνικές της υποχρεώσεις. Με όλη την αίσθηση του κινδύνου και του φόβου που αποπνέουν οι αντιλήψεις και οι τελετουργίες της γέννησης στο παρελθόν, εκφράζουν συγχρόνως τη σφαιρική αντιμετώπιση και τη συλλογική φροντίδα σε θέματα υγείας και αρρώστιας – πολύτιμα διδάγματα για τη σημερινή κοινωνία.

Η πολιτεία είναι δεδομένο, ότι θα πρέπει να προβεί σε ενεργοποίηση και εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και στις πρωτοβάθμιες δομές της υγείας. Οι νέοι πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση στην πληροφόρηση, η οποία πρέπει να χαρακτηρίζεται από εγκυρότητα. Η πληροφόρηση πρέπει να δίδεται από ειδικά εκπαιδευμένους επιστήμονες, μέσα σε ένα ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον. Η υιοθέτηση επίσης, μιας σύγχρονης αντίληψης απέναντι στη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων, πρέπει να εκφράζεται από την πολιτεία συνδυαστικά, τόσο μέσα από τη θέσπιση προγραμμάτων

σύγχρονης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, όσο και με την προσέγγιση των νέων μέσα από την οικογένεια και τους φορείς υγείας. Η συνεργασία δε, των υπηρεσιών υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τους φορείς της εκπαίδευσης και τους γονείς, αποτελεί σημαντικό βήμα μιας στρατηγικής για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας των εφήβων και την πρόληψη της εφηβικής εγκυμοσύνης.

Στην έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του έτους 2008 – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Τώρα Περισσότερο Από Ποτέ). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ενστερνίζεται μία ολιστική άποψη για την υγεία η οποία υπερβαίνει κατά πολύ το στενό ιατρικό μοντέλο. Αναγνωρίζει ότι πολλές βασικές αιτίες ασθενειών και γενικώς προβλημάτων υγείας, βρίσκονται πέρα από τον έλεγχο του συστήματος υγείας, και ως εκ τούτου, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με μία ευρύτερη προσέγγιση που περιλαμβάνει ολόκληρη την κοινωνία. Η συμβατική φροντίδα εστιάζει στην ασθένεια και περιορίζεται στην επεισοδική θεραπευτική φροντίδα. Η διάδραση με τον ασθενή ολοκληρώνεται τη στιγμή που αυτός φεύγει από την κλινική. Τα διαφορετικά προγράμματα ελέγχου των ασθενειών έχουν ένα ευρύτερο φάσμα επιρροής, αλλά και πάλι εστιάζουν σε συγκεκριμένες ομάδες και μόνο στη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος. Η ανθρωποκεντρική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που σχετίζεται με τις δύο αυτές περιοχές και βασίζεται στην ενεργό συνεργασία τους, προχωράει πολύ παραπέρα. Η πολυπλοκότητα της φροντίδας που παρέχεται από τους επαγγελματίες της Π.Φ.Υ είναι η δυνατή, συνεχής σχέση με τους ασθενείς. Αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων μέσω των δραστηριοτήτων στα πεδία της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1

Πίνακας 1: Στατιστικά στοιχεία εγκομοσύνης και άμβλωσης από Μ.Βρετανία-2008

ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΕΤΟΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΛΛΗΨΕΩΝ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΤΟΚΕΤΟ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΤΟΚΕΤΟ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΤΟΚΕΤΟ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΤΟΚΕΤΟ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΤΟΚΕΤΟ
16						
1997	14.058	8.364	5.694	44,5	26,5	18,0
1998	13.802	8.078	5.724	44,5	26,1	18,5
1999	13.334	7.489	5.845	43,0	24,2	18,9
2000	13.153	7.299	5.854	42,3	23,5	18,8
2001	13.103	7.106	5.997	40,4	21,9	18,5
2002	13.475	7.283	6.192	41,6	22,5	19,1
2003	13.303	7.210	6.093	40,3	21,8	18,4
2004	13.636	7.415	6.221	40,0	21,8	18,2
2005	13.335	7.150	6.185	39,4	21,1	18,3
2006	13.107	6.721	6.386	38,6	19,8	18,8
2007	13.573	6.712	6.861	39,4	19,5	19,9
17						
1997	21.029	13.242	7.787	66,1	41,6	24,5
1998	21.865	13.503	8.362	69,1	42,7	26,4
1999	20.749	12.686	8.063	66,8	40,9	26,0
2000	20.081	12.061	8.020	65,0	39,0	26,0
2001	19.984	11.652	8.332	63,8	37,2	26,6
2002	20.601	12.162	8.439	63,4	37,4	26,0
2003	20.835	12.284	8.551	63,9	37,7	26,2
2004	20.947	12.289	8.658	62,8	36,8	26,0
2005	21.060	12.155	8.905	61,1	35,3	25,8
2006	20.835	11.663	9.172	61,3	34,3	27,0
2007	21.215	11.635	9.580	62,0	34,0	28,0
18						
1997	25.618	16.828	8.790	84,2	55,3	28,9
1998	27.939	17.969	9.970	88,3	56,8	31,5
1999	26.627	16.990	9.637	84,6	54,0	30,6
2000	26.180	16.529	9.651	85,9	54,2	31,6
2001	25.746	16.069	9.677	83,6	52,2	31,4
2002	25910	16.314	9.596	82,4	51,9	30,5
2003	26.610	16.569	10.041	80,9	50,4	30,5
2004	27.373	17.031	10.342	82,6	51,4	31,2
2005	28.044	17.551	10.493	82,5	51,6	30,9
2006	28.494	17.353	11.141	82,1	50,0	32,1
2007	28.960	17.545	11.415	84,0	50,9	33,1

	ΕΤΟΣ 2000	ΕΤΟΣ 2001	ΕΤΟΣ 2002	ΕΤΟΣ 2003	ΕΤΟΣ 2004	ΕΤΟΣ 2005	ΕΤΟΣ 2006	ΕΤΟΣ 2007
Ηλικία μητέρας	Σύνολο γεννήσεων							
Σύνολο <των 15 ετών	103.274	102.282	103.569	104.420	105.655	107.545	112.042	111.926
15-19	3.034	3.724	3.495	3.416	3.302	3.031	3.231	3.129
20-24	17.502	17.850	17.319	16.840	15.616	14.969	15.274	14.592
25-29	34.267	34.421	34.330	33.953	34.019	33.532	33.884	33.216
30-34	32.817	31.656	32.580	32.926	33.943	35.891	38.161	38.254
35-39	12.810	12.123	13.144	14.430	15.677	16.940	17.844	18.731
40-44	2.511	2.169	2.376	2.495	2.745	2.825	3.196	3.515
45-49	221	186	206	235	237	263	335	361
50	63	70	26	33	41	34	37	52

Παράρτημα 2

Πίνακας 2: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία 2008 –Στοιχεία γεννήσεων ανά ηλικιακή ομάδα 2000-2007

Παράρτημα 3

Πίνακας 3: Συνιστώμενα Κριτήρια για Διάγνωση Προεκλαμψίας σε Γυναίκες με Προϋπάρχουσες Ιατρικές παθήσεις

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΗ	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ
Υπέρταση μόνο	Πρωτεϊνουρία \geq 500 mg/24 ώρες ή θρομβοπενία
Πρωτεϊνουρία μόνο	Εμφάνιση-έναρξη υπέρτασης συν συμπτώματα ή θρομβοπενία ή αυξημένα ηπατικά ένζυμα
Υπέρταση συν πρωτεϊνουρία (νεφρική νόσος ή διαβήτη τάξης ΣΤ)	Επιδείνωση σοβαρή υπέρταση και, είτε νέα εμφάνιση των συμπτωμάτων, Θρομβοπενία, ή αυξημένα ηπατικά ένζυμα

Πηγή: Sibai BM: Gabbe: Μαιευτική: Φυσιολογικές και Προβληματικές Εγκυμοσύνες, 5th ed. Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier, 2007

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ	
1.	Αρτηριακή πίεση \geq 160 mm Hg συστολική ή διαστολική \geq 110 mm Hg, καταγράφονται σε τουλάχιστον δύο περιπτώσεις τουλάχιστον 6 ωρών ανάπαυσης του ασθενή στο κρεβάτι
2.	Πρωτεϊνουρία \geq 5 g σε 24 ώρες
3.	Ολιγουρία (\leq 400 ml σε 24 ώρες)
4.	Εγκεφαλικές διαταραχές της όρασης
5.	Επιγαστρικό άλγος, ναυτία, και έμετος
6.	Πνευμονικό οίδημα
7.	Ασαφή αιτιολογία διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας
8.	Θρομβοπενία

Πηγή: Sibai BM: Gabbe: Μαιευτική: Φυσιολογικές και Προβληματικές Εγκυμοσύνες, 5th ed. Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier, 2007

Πίνακας 4: Σημεία και συμπτώματα σε γυναίκες με σύνδρομο HELLP

	WEINSTEIN n = 57 (%)	SIBAI ET AL. n = 509 (%)	MARTIN ET AL. n = 501 (%)	RATH ET AL. n = 50 (%)
RUQ/επιγαστρικός πόνος	86	63	40	90
Ναυτία/έμετος	84	36	29	52
Πονοκέφαλος	N/R	33	61	N/R
Υπέρταση	N/R	85	82	88
Πρωτεϊνουρία	96	87	86	100
Πηγή: Sibai BM., Διάγνωση, συζητήσεις και αντιμετώπιση του συνδρόμου HELLP. <i>Obstet Gynecol</i> 103:981, 2004.				
HELLP, Αιμόλυση, αυξημένα ηπατικά ένζυμα, ή σύνδρομο χαμηλών αιμοπεταλίων· N/R, δεν αναφέρθηκε· RUQ, πάνω δεξιά τεταρτημόριο.				

Πηγή: Sibai BM: Gabbe: Μαιευτική: Φυσιολογικές και Προβληματικές Εγκυμοσύνες, 5th ed. Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier, 2007

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΣΥΓΧΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ HELLP
Οξύ λιπαρό ήπαρ της κύησης
Σκωληκοειδίτιδα
Σακχαρώδης διαβήτης
Νόσος Χοληδόχου κύστης
Γαστρεντερίτιδα
Σπειραματονεφρίτιδα
Αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο
Ηπατική εγκεφαλοπάθεια
Ιδιοπαθή θρομβοπενία
Έλκος
Πυελονεφρίτιδα Συστηματικός ερυθματώδης λύκος
Θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα
Ιογενής ηπατίτιδα
HELLP, Αιμόλυση, αυξημένα ηπατικά ένζυμα, ή σύνδρομο χαμηλών αιμοπεταλίων.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Χ. Ζηλίδη, Η αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού πληθυσμού, Αθήνα 1988, Εκδόσεις ΑΤΕ, σ. 121 & επ.
2. Χ. Ζηλίδη, Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Θεσσαλονίκη 1995, Εκδόσεις University Studio Press, σ. 16-17.
3. Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλη, Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, Αθήνα 1996, σ.260-262
4. Α. Δ. Αλεξιάδη, Εισαγωγή στο Δίκαιο Υγείας, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Μ. Δημόπουλου, σ. 28 & επ.
5. Α. Δ. Αλεξιάδη και Αν. Χαμαλίδου, Το νομοθετικό και οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Περιοδικό Διοικητική Μεταρρύθμιση, Τεύχος 47-48, 1991, σ. 101.
6. Ν. Δρακωνάκη, Μ. Μπαθιανάκη, Ε. Ροβίθη και Λιονή, Οργάνωση των Υπηρεσιών στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-Κάνοντας την Π.Φ.Υ. αποτελεσματική στη καθημερινή πράξη, Ηράκλειο Κρήτης 2002, σ.25 & επ.
7. Α. Δ. Αλεξιάδη, Το ΕΣΥ στην αρχή του 21ου αιώνα. Η προσπάθεια του Ν 2889/2001, Θεσσαλονίκη 2003, Εκδόσεις Μ. Δημόπουλου, σ.11 & επ.
8. Α. Μπένου, Π.Φ.Υ. Προϋπόθεση, στόχος για τον επαναπροσδιορισμό των Υπηρεσιών Υγείας και ταυτόχρονα ρεαλιστική πρόταση για την υπέρβαση της κρίσης του Υγειονομικού Τομέα. Πρακτικά Ημερίδας “Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα”, Θεσσαλονίκη Μάρτιος 1996, σ. 43 & επ.
9. Ειρ. Αναπλιώτου-Βαζαίου, ΕΣΥ Τροποποιήσεις Δίκαιο της ΕΟΚ, Αθήνα 1990, σ.19 & επ.
10. Α. Δ. Αλεξιάδη, Τα αποκεντρωτικό Σύστημα της Π.Φ.Υ., Ε.Δ.Δ.Δ.Δ., Τεύχος 1, Τόμος 49, 2005, σ. 35 & επ
11. “High-Risk Pregnancies.” In *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, edited by Mark H. Beers, et al. Rahway, NJ: Merck Research Laboratories, 1999
12. Qiu C, Frederick IO, Zhang C, Sorensen TK, Enquobahrie DA, Williams MA. Risk of gestational diabetes mellitus in relation to maternal egg and cholesterol intake. *Am J Epidemiol.* 2011 Mar 15;173(6):649-58.

13. Schneider S, Hoeft B, Freerksen N, Fischer B, Roehrig S, Yamamoto S, Maul H. Neonatal complications and risk factors among women with gestational diabetes mellitus. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010 Nov 16
14. Bui Q. Management options for early incomplete miscarriage. *Am Fam Physician.* 2011 Feb 1;83(3):258-60
15. Bramham K, Briley AL, Seed PT, Poston L, Shennan AH, Chappell LC. Pregnancy Outcome in Women with Chronic Kidney Disease: A Prospective Cohort Study. *Reprod Sci.* 2011 Feb 1.
16. McLintock C. Anticoagulant therapy in pregnant women with mechanical prosthetic heart valves: no easy option. *Thromb Res.* 2011 Feb;127 Suppl 3:S56-60
17. Retnakaran R, Austin PC, Shah BR. Effect of subsequent pregnancies on the risk of developing diabetes following a first pregnancy complicated by gestational diabetes: a population-based study. *Diabet Med.* 2011 Mar;28(3):287-92.
18. Qiu C, Frederick IO, Zhang C, Sorensen TK, Enquobahrie DA, Williams MA Risk of gestational diabetes mellitus in relation to maternal egg and cholesterol intake. *Am J Epidemiol.* 2011 Mar 15;173(6):649-58.
19. Ohana O, Holcberg G, Sergienko R, Sheiner E. Risk factors for intrauterine fetal death (1988-2009) *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011 Feb 11
20. The role of primary care midwives in the Netherlands. Evaluation of midwifery care in the Dutch maternity care system: a descriptive study M. P. Amelink – Verburg
21. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries *BMJ.* 2004; 328 (7449):1152.
22. Quinlivan JA, Box H, Sharon SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomized controlled trial. *Lancet.* 2003; 361(9361):893-900.
23. Creatas G, Elsheikh A. Adolescent pregnancy and its consequences. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2002; 7(3):167-72.
24. UNICEF. Innocenti Research Centre. A League Table of Teenage Births in Rich Nations. Innocenti Report Card Issue No. 3. Florence: UNICEF; 2001 Available at: [www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/download_insert.sql?ProductID=328]. .
25. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage Pregnancies: Obstetric characteristics and e. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008; 137(2):165-71.
26. Horgan PR, Kenny LC. Management of teenage pregnancy. *The Obstetrician and Gynaecologist.* 2007; 9 (3):153-158.

27. ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

28. Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitrakis E. Adolescence and Abortion in Greece: Women's Profile and Perceptions J. Pediatric Adolescence Gynecol. 2004; 17:321-326.

29. Ioannidi- Kapolou E. Use of contraception and abortion in Greece: a review Reprod. Health Matters 2004; 12(24):174-181.

30. Kokkalis P., Papatheodorou D., Georgogiannis N. Tsavez N., Papadimitriou A. Teenage Pregnancy. Adolescence Gynecology Reprod Menop 2005; 17(4): 252-257.

31. Arai L. Peer and neighbourhood influences on teenage pregnancy and fertility: qualitative findings from research in English communities Health and Place 2007; 13 :(1):87-98.

32. Kmietowicz Zosia. US and UK are top in teenage pregnancy rates. BMJ 2002; 324: (7350):1354.

33. National Center for Health Statistics. Pregnancy trends in Teenage Pregnancy in the United States. Department of Health ND Human Services, Centers for Disease Control and Prevention 2006. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/teenpreg1990-2002/teenpreg1990-2002>.

34. Dragoman M, Davis A. Abortion care for adolescents. Clin Obstet Gynecology 2008; 51(2): 281-9.

35. National Center for Health Statistics. National Vital Statistics Reports. 2009; 54(4). Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58-0.4pdf>

36. Krishnamoorthy N, Simpson CD, Townend J, Helms PJ, McLay JS. Adolescent females and hormonal contraception: a retrospective study in primary care. Journal of Adolescent Health 2008;42(1) :97-101.

37. Lawlor DA, Shaw M. Teenage pregnancy rates: high compared with where and when? Journal of The Royal Society of Medicine. 2004; 97(3): 121-123.

38. Bailey P. Teenage pregnancies: is the high rate of teenage pregnancy and parenthood in the UK a public health problem? J Fam Plann Reprod Health Care 2005; 31 (4) :315-319.

39. Department of Health. Abortion statistics England and Wales 2008. Available at: <http://www.dh.gov.uk/en/Publications Statistics/DH-099285>.

40. Danielsson M, Rogala C, Sundstöm K. Few teenage pregnancies in Sweden a comparison between five Western industrialized countries. Support from and attitudes in the society explain the differences. Lakartidningen. 2003;100(23):2063-6.

41. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. 2008. Available at: <http://statistics.gr/portal/>
42. Tsitsika A., Chrousos G. Adolescent Health: a major priority of the health care system in recent years. *Ann Clin Paediatr* 2005; 52(4):370-375.
43. Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet* 2006; 368 (9550) :1879-1886.
44. McLeod A. Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *BMJ*. 2001; 323 (7306):199-203.
45. Papatthanasiou I. Lahana. Adolescence Sexuality and Sexual Education. *Health Science Journal*. 2007;1(1):1-8.
46. Wellings K, Nanchahal K, Mac Dowall W, McManus S, Erens B, Mercer CH, et al. Sexual behaviour in Britain; early heterosexual experience. *Lancet*. 2001; 358(9296):1843-50.
47. Turner K. Young women's views on teenage motherhood: a possible explanation for the relationship between socio-economic background and teenage pregnancy outcome? *Journal of Youth Studies* 2004; 7(2):221-238, Pub: Routledge, part of the Taylor & Francis Group.
48. Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ*. 2009; 339:4254.
49. Knight A, Chase E, Aggleton P. 'Someone of Your Own to Love': Experiences of Being Looked After as Influences on Teenage Pregnancy. *Children & Society* 2006; 20(5):391-403.
50. Ellis BJ, Bates JE, Dodge KA, Fergusson DM, Horwood LJ, Pettit GS, et al. Does Father Absence Place Daughters at Special Risk for Early Sexual Activity and Teenage Pregnancy? *Child Development*. 2003; 74(3):801-821.
51. Eifenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin North Am*. 2003; 50(4):781-800.
52. Heavey EJ, Moysich KB, Hyland A, Druschel CM, Sill MW. Differences in Pregnancy Desire among Pregnant Female Adolescents at a State-Funded Family Planning Clinic. *Journal of Midwifery & Womens Health*. 2008; 53(2):130-137.
53. Kozinszky Z, Bártai G. Contraceptive behaviour of teenagers requesting abortion *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;112(1):80-3
54. Viner R, Booy R. Epidemiology of health and illness. *BMJ*. 2005 330(7488):411-414.
55. Tripp J. Viner R. Sexual health, contraception and teenage pregnancy. *BMJ*. 2005;330(7491):590-593

56. Tountas Y, Creatsas G, Dimitrakaki C, Antoniou A, Boulamatsis D. Information sources and level of knowledge of contraception issues among Greek women and men in the reproductive age: a country-wide survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004; 9(1):1-10.
57. Gerouki M. Sexuality and relationships education in the Greek primary schools - see no evil, hear no evil, speak no evil. *Sex Education*: 2007; 7(1): 81-100.
58. Galavotti C, Green DC. England's national Teenage Strategy. *Lancet*.2006; 368(9550)1846-1848.
59. Thato S, Rachukul S, Sopajaree C. Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*.2007; 44(7):1158-1164.
60. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefte M, Giray H, Karakus N, Gunay T. Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. *Journal of Pediatric and Adolescence Gynecology* 2007; 20(1):19-24.
61. Wahn EH, Nissen E. Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. *Scand J Public Health*. 2008;36(4):415-23.
62. French R., Mercer C., Kane R., Kingori P., et al .What Impact Has England's Teenage Pregnancy Strategy Had on Young People's Knowledge of and Acces to Contraceptive Services? *Journal of Adolescent Healt* .2007: 41:594-601.
63. Falk G, Ostlund I, Magnuson A, Schollin J, Nilsson K .Teenage mothers-a high-risk group for new unintended pregnancies.*Contraception*. 2006; 74(6):471-5.
64. Lynch E. Let's talk about sex. *Nursing Standard* .2004;18(43):16
65. www.vima-asklipiou.
66. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Τα οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και πολιτική. Τυπωθήτω Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα, 2003 .
67. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ. Συστήματα Υγείας Παπαζήσης, Αθήνα, 2001
68. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον Υγειονομικό τομέα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1993
69. Γείτονα Μ. <<Ο χάρτης της νοσοκομειακής περιθαλψης στην Ελλάδα-περιφερειακές ανισότητες στην υγεία>>
70. Ιστορία του Ελληνικού Έθνους. Εκδοτική Αθηνών

71. The HERMES 7 Step Methodology, HERMES Deliverable 9.3, ‘Functional Specifications and Report on HERMES Future Work / Business Plans, for Harmonisation. Demonstration and Uptake of “A Global 24 Hours TMS Platform of Urgent Response Services Delivered to the Point of Need”, January 1999
72. K. Boddy et al., Guidelines for Antenatal Care, Royal Infirmary of Edinburgh, December 1986. Περισσότερες πληροφορίες μπορούν να αντληθούν από τον Παγκόσμιο Ιστό, στη διεύθυνση <http://www.telemedicine.ed.ac.uk/maternity/default.htm>
73. The HERMES Question Set, HERMES Deliverable 2.1 “Pilot Site Analysis of User Requirements including Functional Marketing Specification and Electronic Service Description Tool”, August 1996
74. HERMES Deliverable 7.3, “Report on Proto-cycling of Services at the Major Validation Sites”, October 1998
75. “Maternity Telemedicine Services in the Aegean Islands”, M. Gatzonis, S. Deftereos, P. Vasiliou, F. Dimitriou, G. Creatsas, D. Sotiriou, K. Boddy. World Conference on Telemedicine – Global Information Society, Toulouse – France – March 22nd to 24th 2000.
76. K. Boddy, P. Karpp, D. Sotiriou, ‘Telemedicine and Telecare for the New Information Age’, Financial Times Report, November 26,
77. 1999 Ιατράκης Γεώργιος, Βιβλίο Μαιευτικής, Εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα 2004.
78. Kirby, R.S. and J. Frost, Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol, 2011. 204(4): p. e16; author reply e18-20, discussion e20.
79. Brocklehurst, P., et al., Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ, 2011. 343: p. d7400.
80. Buekens, P. and M.J. Keirse, In the literature: home birth: safe enough, but not for the first baby. Birth, 2012. 39(2): p. 165-7.
81. Rowe, R.E., et al., Transfers of women planning birth in midwifery units: data from the birthplace prospective cohort study. BJOG, 2012. 119(9): p. 1081-90.
82. CEMD: Confidential Enquires into Maternal Deaths in the United Kingdom. Why mothers die: 2000-2002 report. London RCOG Press
83. Cunningham FG, MacDonald PG, Gant NF. Williams Obstetrics Prentice Hall International Inc, 1989.

84. Α. Καλογερόπουλος. Μαιευτική. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1992; 285-289.
85. Β. Καραγιάννης: Στατιστική μελέτη των αιτίων του καλούμενου «Μαιευτικού θανάτου» και Συμβολή κατ' αυτήν της νεκροτομής. Διατριβή επί διδακτορία, Θεσσαλονίκη 1981.
86. Δ. Λώλης. Γυναικολογία και Μαιευτική. Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγορίου Παρισιάνου», 1998; 23-24.
87. Στρίντζη-Πασχαλάκη Νίκη. Μητρική θνησιμότητα στην Αναισθησιολογία. Ελληνική Αναισθησιολογία, Τόμ. 25, 2(83-89).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας αποτελεί η ανάπτυξη ενός συστήματος φροντίδας από τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ στην έγκυο γυναίκα κατά τη διάρκεια του τοκετού και της λοχείας με αποτέλεσμα το έμβρυο που θα φέρει στο κόσμο να είναι υγιές .

Σκοπός της παρούσης εργασίας, είναι να αναζητήσει τους παράγοντες κινδύνου **μητρικούς** και βρεφικούς, που συντελούν σε μια κύηση η οποία αναπτύσσεται μέσα στο περιβάλλον της κοινότητας και την καταστούν υψηλού κινδύνου ώστε οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να λάβουν ενεργό ρόλο για την επιβίωση της εγκύου και του βρέφους. Την παρουσίαση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Για το σκοπό αυτόν, παρουσιάζεται η δομή και η οργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας, όπως αυτή έχει διαμορφωθεί μέσα από τις βασικότερες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις. Κάθε υγειονομικό σύστημα τείνει να απεικονίσει τη γενική κοινωνική και οικονομική κατάσταση μιας χώρας ,δεδομένων των αναγκών που παρουσιάζονται στην έγκυο γυναίκα η οποία αδυνατεί να έχει πρόσβαση στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα η παρούσα ανάλυση αναφέρεται στην κατάσταση υγείας του ελληνικού πληθυσμού, μέσα από τη διαχρονική εξέλιξη των αντιπροσωπευτικότερων δεικτών υγείας.(προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, χαμένα χρόνια επιβίωσης, βρεφική θνησιμότητα, ολική θνησιμότητα, αριθμός γιατρών, και άλλων . επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

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

Αποτελέσματα: Στην Ελλάδα η παροχή Πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει μελετηθεί κυρίως από ιατρική και επιδημιολογική σκοπιά(Dimitrakakis et al.2001, Katamis et al.1981, Mavrou et al.1998, Longueras et al.1988, Hassan et al.1999,Salakos et al.2004).Ομως, η διαθέσιμη βιβλιογραφία που εξετάζει την παροχή φροντίδας, καθώς επίσης και την εμπειρία των πελατών,είναι σπάνια. Δυστυχώς, πολύτιμα στοιχεία για τη συμβολή των επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων καθώς επίσης 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 η μη ενασχόληση της γενιάς αυτής των επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων καθώς και των μαιών με τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων. Ίσως αυτή να ήταν μια <<παράδοση>> που συνδεόταν άμεσα με την επιστημονική υπόσταση των επαγγελματιών αυτών στην ελληνική πραγματικότητα την εποχή εκείνη

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

SUMMARY

Introduction: The purpose of this study is to develop a system of care services for pregnant women during labor and childbirth to ensure the health of the developing embryo.

The purpose of this paper is to explore the maternal and infant risk factors contributing to a pregnancy that is developing in the community and which presents such a high risk that the primary health care services have to take an active role in ensuring the survival of both the pregnant woman and infant. For this purpose, the structure and organization of the Greek health system, as it has been developed through basic health reforms, is presented. Each health system tends to reflect the general social and economic condition of a country given the needs of a pregnant woman who cannot have access to tertiary health care. More specifically, the present analysis refers to the health of the Greek population, through the evolution of the most representative indicators of health. (Life expectancy at birth, reduced life expectancy due to other factors, infant mortality, total mortality, number of doctors, and other healthcare professionals working in Primary Health Care (PHC))

Methods: Bibliography search was conducted on the Internet, electronic databases Pubmed and Scopus through the search engine Google Scholar, for the period 1989 - 2010 with the following keywords: «maternity care, primary maternity, primary health care, perceptions of health, maternity care in Europe, maternal mortality ».

Results: In Greece the provision of primary care, has been studied mainly from a medical and epidemiological perspective (Dimitrakakis et al.2001, Katamis et al.1981, Mavrou et al.1998, Longueras et al.1988, Hassan et al.1999, Salakos et al .2004). However, the available literature dealing with the care, and patient experience, is rare. Unfortunately, valuable information on the contribution of district nurses as well as midwives, who worked from the early 50's in maternity care services with home visits and monitoring pregnant women and mothers, are not available. The main reason for this is that in the years that followed, record-keeping practices, including monitoring cards, where little data was reported, have not survived. Another reason is the non-involvement of this generation of district nurses, health visitors and midwives with the publication of results.. Maybe this was a 'tradition' directly related to the low status of these professions in Greece at that time.

Conclusion: the need for research to examine the provision of protective maternity services by health visitors, community nurses and midwives is evident. Moreover, a survey on patient satisfaction with services is an area that requires investigation.

