



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ**

Η Ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Πρωτοβάθμιων Μαιευτικών Υπηρεσιών και η  
Αξιοποίηση του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  
και ο Ρόλος των Υπηρεσιών Μαιευτικής Φροντίδας στην προάσπιση της  
Δημόσιας Υγείας

Της

**Ζαχαρούλας Καραγιάννη**

Επιβλέπων Καθηγητής:

Διαμαντόπουλος Βασίλειος

## Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί την διπλωματική εργασία του τμήματος Δημόσιας και Ενιαίας Υγείας. Πριν την παρουσίαση της εργασίας αισθάνομαι την ανάγκη και την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση της.

Πρώτο από όλους θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, κ.Διαμαντόπουλο Βασίλειο. Χωρίς την πολύτιμη καθοδήγηση, την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε δεν θα είχε αρχίσει αλλά ούτε θα είχε ολοκληρωθεί το εγχείρημα αυτό.

Επίσης, ευχαριστώ την οικογένεια μου για την κατανόησή της, την υπομονή της και την ηθική της συμπαράσταση της προσπάθειάς μου.

## Πίνακας Περιεχομένων

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Εισαγωγή</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</b> .....                                       | <b>7</b>  |
| 1.1 Εννοιολογικό Πλαίσιο και Σημασία της ΠΦΥ .....                                | 7         |
| 1.2 Ρόλος και Οφέλη της ΠΦΥ.....  | 10        |
| 1.3 Αξιοποίηση Ανθρώπινου Δυναμικού στην ΠΦΥ .....                                | 11        |
| 1.4 Ολοκληρωμένα Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.....                            | 12        |
| <b>2. Μαιευτικές Υπηρεσίες</b> .....  | <b>16</b> |
| 2.1 Εννοιολογικό Πλαίσιο και Σημασία των ΜΥ.....                                  | 16        |
| 2.2 Ρόλος και Οφέλη των ΜΥ.....   | 18        |
| 2.3 Μαιευτικό Μοντέλο Φροντίδας.....  | 19        |
| 2.4 Ολοκληρωμένη Μαιευτική Φροντίδα.....  | 20        |
| <b>3. Δημόσια Υγεία και Μαιευτική Φροντίδα</b> .....                              | <b>23</b> |
| 3.1 Δημόσια Υγεία και Ευρωπαϊκή Ένωση.....  | 23        |
| 3.2 Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα.....  | 24        |
| 3.3 Μαιευτική Φροντίδα στην Ελλάδα.....   | 25        |
| 3.3.1 Μαιευτική Φροντίδα και Πρόσφυγες.....                                       | 27        |
| 3.3.2 Αξιολόγηση Ψυχοκοινωνικών Κινδύνων στις Μαιευτικές Υπηρεσίες.....           | 31        |
| 3.4 Ρυθμίσεις για τη Μαιευτική Περίθαλψη στην Ελλάδα.....                         | 36        |
| <b>4. Στρατηγικές για τη βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Μαιευτικής Φροντίδας</b> ..... | <b>38</b> |
| 4.1. Παροχή κατάλληλης πολιτισμικά εξειδικευμένης φροντίδας μητρότητας.....       | 38        |
| 4.2 Συμμετοχή της Κοινότητας σε διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας.....          | 40        |
| <b>Συμπεράσματα</b> .....   | <b>42</b> |
| <b>Βιβλιογραφία</b> .....   | <b>44</b> |

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι βασικοί στόχοι των υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας στο πρόγραμμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι να διασφαλίσουν ότι κάθε μέλλουσα μητέρα διατηρεί καλή υγεία καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου της μητρότητας.

**Σκοπός:** Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η ανάδειξη Ολοκληρωμένων Πρωτοβάθμιων Μαιευτικών Υπηρεσιών. Ειδικότερα, εξετάζεται και η Αξιοποίηση του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο Ρόλος των Υπηρεσιών Μαιευτικής Φροντίδας στην προάσπιση της Δημόσιας Υγείας.

**Μεθοδολογία:** Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας. Η ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε στις διεθνείς βάσεις δεδομένων PubMed, Science Direct, Cinahl, Scopus, Google Scholar καθώς και στο διαδίκτυο με τη χρήση των λέξεων – κλειδιά: ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα (comprehensive primary care), μαιευτικές υπηρεσίες (obstetric/maternal services, Primary Care Midwifery), ανθρώπινο δυναμικό (human resources), δημόσια υγεία (public health).

**Αποτελέσματα:** Τα εμπόδια στην πρόσβαση στη μαιευτική φροντίδα είναι πολύπλοκα και πολύπλευρα. Ως εκ τούτου, απαιτούν πολυδιάστατες προσεγγίσεις που λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες των παρόχων υπηρεσιών και των χρηστών. Απαιτούνται συνεπώς στρατηγικές ανά χώρα για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που τίθενται. Η Ελλάδα ιδιαίτερα έχοντας να αντιμετωπίσει και την πολυπολιτισμικότητα λόγω της εισόδου πολλών προσφύγων στην χώρα θα πρέπει να ενσωματώσει στρατηγικές που αφορούν στην εξειδικευμένη φροντίδα μητρότητας με έμφαση στην πολιτισμικότητα καθώς και ελέγχους και αξιολογήσεις στις μαιευτικές υπηρεσίες.

**Συμπεράσματα:** Το να εντοπιστούν και να γίνει εκμετάλλευση νέων ευκαιριών των πολιτικών που αφορούν βασικές προοπτικές προσβασιμότητας, διαθεσιμότητας, οικονομικής προσιτότητας και αποδοχής της μαιευτικής φροντίδας θα διασφαλίσει ότι δεν θα παραβλεφθούν σημαντικές απόψεις ή ανησυχίες.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Μαιευτικές Υπηρεσίες, Ανθρώπινο Δυναμικό, Δημόσια Υγεία.

## **Abstract**

**Introduction:** The main objectives of maternity care services in the primary health care program are to ensure that every mother-to-be maintains good health throughout the motherhood cycle.

**Purpose:** The purpose of this work is to highlight Comprehensive Primary Obstetric Services. In particular, the Utilization of Human Resources in Primary Health Care and the Role of Midwifery Care Services in the defense of Public Health are also examined.

**Methodology:** In the context of this research, a review of the international and domestic literature was carried out. The review was carried out in the international databases PubMed, Science Direct, Cinahl, Scopus, Google Scholar as well as on the internet using the keywords: comprehensive primary care, obstetric/maternal services, Primary Care Midwifery, human resources, public health.

**Results:** Barriers to accessing obstetric care are complex and multifaceted. Therefore, they require multidimensional approaches that take into account the needs of service providers and users. Country-specific strategies are therefore needed to address the challenges posed. Greece, in particular, having to deal with multiculturalism due to the entry of many refugees into the country, should integrate strategies related to specialized maternity care with an emphasis on culturalism as well as controls and evaluations in obstetric services.

**Conclusions:** Identifying and exploiting new policy opportunities around key perspectives on accessibility, availability, affordability and acceptability of maternity care will ensure that important views or concerns are not overlooked.

**Keywords:** Primary Health Care, Obstetric (Maternity/Midwife) Services, Human Resources, Public Health.

## Εισαγωγή

Η ολοκληρωμένη περίθαλψη προωθείται όλο και περισσότερο για άτομα με σύνθετες ανάγκες σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψής τους αντιμετωπίζουν ποικίλες αλληλένδετες προκλήσεις, όπως: η αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, κατακερματισμός των υπηρεσιών, μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας, και την αυξανόμενη επιρροή οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών παραγόντων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Με βάση στοιχεία, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής που αντιμετωπίζουν αυτές τις προκλήσεις στρέφονται στην «ολοκληρωμένη φροντίδα» ως τρόπο μείωσης του κόστους, βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης και δημιουργίας καλύτερων αποτελεσμάτων για τους ασθενείς. Η ολοκληρωμένη περίθαλψη προωθείται επίσης όλο και περισσότερο στα ευρωπαϊκά συστήματα μαιευτικής φροντίδας (Boesveld, et al., 2017).

Οι μαιευτικές υπηρεσίες και η νεογνική φροντίδα αναγνωρίζονται παγκοσμίως ως ένα βασικό πακέτο υγείας για τη μείωση της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας που μπορεί να προληφθεί, ιδιαίτερα σε χώρες με επίμονα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Ένας αυξανόμενος όγκος στοιχείων έχει εντοπίσει τον αντίκτυπο και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των μοντέλων μαιευτικής φροντίδας στη βελτίωση της υγείας της μητέρας και του νεογνού. Η σειρά Lancet για τη Μαιευτική υπογράμμισε τον κεντρικό ρόλο των μοντέλων μαιευτικής φροντίδας στην πρόληψη του φαινομένου «too much too soon and too little too late» που επηρεάζει την υγεία της μητέρας και των νεογνών παγκοσμίως, τόσο σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος όσο και σε χώρες με υψηλό (Mizerero, et al., 2021).

Στο πλαίσιο αυτό σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη Ολοκληρωμένων Πρωτοβάθμιων Μαιευτικών Υπηρεσιών. Ειδικότερα, εξετάζεται και η Αξιοποίηση του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο Ρόλος των Υπηρεσιών Μαιευτικής Φροντίδας στην προάσπιση της Δημόσιας Υγείας. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν η **ανασκόπηση της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας**. Η ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε στις διεθνείς βάσεις δεδομένων PubMed, Science Direct, Cinahl, Scopus, Google Scholar καθώς και στο διαδίκτυο με τη χρήση των λέξεων – κλειδιά: ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα (comprehensive primary care), μαιευτικές υπηρεσίες (obstetric/maternal services, Primary Care Midwifery), ανθρώπινο δυναμικό (human resources), δημόσια υγεία (public health). Για την παρούσα εργασία επιλέχθηκαν και παρουσιάζονται τα ευρήματα ερευνών της τελευταίας δεκαετίας.

# 1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

## 1.1 Εννοιολογικό Πλαίσιο και Σημασία της ΠΦΥ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ως έννοια ξεκίνησε επίσημα το 1978 σε μια διάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)/UNICEF στην Άλμα-Άτα, στην πρώην Σοβιετική Ένωση, στην οποία εκπροσωπήθηκαν περίπου 150 κυβερνήσεις. Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 1978) όρισε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως εξής (Agarwal, 2017):

*«Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι βασική υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά έγκυρες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία καθολικά προσβάσιμη σε άτομα και οικογένειες στην κοινότητα μέσω της συμμετοχής τους και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να αντέξουν οικονομικά να διατηρήσουν σε κάθε στάδιο της ζωής τους και ανάπτυξη στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας της χώρας, του οποίου είναι η κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας που φέρνει την υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν πιο κοντά στον τόπο διαμονής και εργασίας των ανθρώπων και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας υγειονομικής περίθαλψης».*

**Πίνακας 1:** Προσδιορισμός ΠΦΥ

| <b>Καθορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας</b>                                |
|--|
| ✓ Καθοδηγούμενη από την αξία: αξιοπρέπεια, ισότητα, αλληλεγγύη και ηθική       |
| ✓ Προστατεύει και προάγει την υγεία  |
| ✓ Επικεντρώνεται στους ανθρώπους αλλά επιτρέπει την αυτοδυναμία                |
| ✓ Εστίαση είναι η ποιότητα συμπεριλαμβανομένης της αποτελεσματικότητας κόστους |
| ✓ Βιώσιμα οικονομικά, που επιτρέπουν καθολική κάλυψη και δίκαιη πρόσβαση       |

Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα προσδιόρισε 10 δραστηριότητες ως βασικά στοιχεία της ΠΦΥ (Πίνακας 1). Όπως φαίνεται, η γενική πρακτική είναι μόνο ένα συστατικό αυτού. Η Διακήρυξη περιέχει σημαντικές κοινωνικοπολιτικές επιπτώσεις που αφορούν όχι μόνο τη θεραπεία ασθενειών, αλλά και τη διασφάλιση δίκαιης πρόσβασης σε μια θετική κατάσταση ευημερίας για όλους τους πολίτες. Αναγνωρίζει τους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και προωθεί τη σημασία της συμμετοχής της κοινότητας.

**Πίνακας 2: Βασικά στοιχεία της ΠΦΥ**

| <b>Βασικά στοιχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας</b>  |
|---|
| ➤ Αγωγή υγείας  |
| ➤ Εντοπισμός και έλεγχος των προβλημάτων υγείας που επικρατούν  |
| ➤ Παροχή τροφής και σωστή διατροφή  |
| ➤ Παροχή ασφαλούς νερού και βασικής υγιεινής  |
| ➤ Φροντίδα για την υγεία της μητέρας και του παιδιού, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού |
| ➤ Εμβολιασμός   |
| ➤ Πρόληψη και έλεγχος ενδημικών νοσημάτων   |
| ➤ Κατάλληλη αντιμετώπιση κοινών ασθενειών και τραυματισμών  |
| ➤ Προαγωγή της ψυχικής υγείας   |
| ➤ Παροχή βασικών φαρμάκων   |

Παρά τις αξιοσημείωτες βελτιώσεις στα αποτελέσματα υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού κατά την εποχή των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά κενά στην ικανότητα των ανθρώπων να επιτύχουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Περίπου το ήμισυ του παγκόσμιου πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες που χρειάζονται και η κακή υγεία επηρεάζει δυσανάλογα όσους αντιμετωπίζουν δυσμενείς κοινωνικούς και άλλους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, οδηγώντας την ανισότητα στην υγεία τόσο εντός όσο και μεταξύ των χωρών (WHO, 2017).

Η υγεία είναι κεντρικός άξονας στην Ατζέντα 2030 για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη, καθώς σχετίζεται με πολλούς από τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης και είναι το επίκεντρο του Στόχου 3 (Διασφάλιση υγιούς ζωής και προώθηση της ευημερίας για όλους σε όλες τις ηλικίες). Η δέσμευση για ισότητα και το να μην μένει κανένας πίσω αποτυπώνεται στον στόχο 3.8 για την επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας. Καθολική κάλυψη υγείας σημαίνει ότι όλα τα άτομα και οι κοινότητες λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται - συμπεριλαμβανομένων προωθητικών, προστατευτικών, προληπτικών, θεραπευτικών, επανορθωτικών και ανακουφιστικών - επαρκούς ποιότητας, χωρίς να αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες (WHO, 2020).

Οι αποδεδειγμένοι δεσμοί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με καλύτερα αποτελέσματα υγείας, βελτιωμένη ισότητα, αυξημένη ασφάλεια υγείας και καλύτερη οικονομική απόδοση καθιστούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας τον ακρογωνιαίο λίθο της ενίσχυσης των συστημάτων υγείας. Τα συστήματα υγείας που βασίζονται στη βάση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι απαραίτητα για την επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας (Agarwal, 2017).

Τα συστήματα υγείας που προσανατολίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απαιτούνται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των τρεχουσών προτεραιοτήτων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας - ΠΟΥ, όπως: Το Δέκατο Τρίτο Γενικό Πρόγραμμα Εργασίας του ΠΟΥ, 2019-2023, με την τριπλή εστίασή του στην προώθηση της υγείας, τη διατήρηση της ασφάλειας του κόσμου και την εξυπηρέτηση των ευάλωτων. το παγκόσμιο σχέδιο δράσης για υγιή ζωή και ευημερία για όλους, συμπεριλαμβανομένου του «επιταχυντή» πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των εταίρων προκειμένου να επιταχυνθεί η πρόοδος σε επίπεδο χώρας όσον αφορά τους σχετικούς με την υγεία στόχους των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης· το πλαίσιο του ΠΟΥ για ολοκληρωμένες ανθρωποκεντρικές υπηρεσίες υγείας· και το πλαίσιο δράσης του ΠΟΥ για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας, με τα έξι δομικά στοιχεία του, στα οποία οι αρχές και οι στρατηγικές δράσης ευθυγραμμίζονται με τη συνολική προσέγγιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τους «μοχλούς» που περιγράφονται στο επιχειρησιακό πλαίσιο (WHO, 2020).

## 1.2 Ρόλος και Οφέλη της ΠΦΥ

Ο κύριος ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η παροχή συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς. Βοηθά επίσης στη διάθεση του ασθενούς με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και δημόσιας υγείας που έχουν ξεκινήσει από τα ενδιαφερόμενα διοικητικά όργανα και άλλους οργανισμούς. Ο άλλος σημαντικός ρόλος ενός κέντρου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών στα μειονεκτούντα στρώματα της κοινωνίας (WHO, 2018).

Ο ιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει μια σειρά από λειτουργίες:

- ✓ να παρέχει συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα
- ✓ να απευθυνθείτε σε ειδικούς ή/και νοσοκομειακές υπηρεσίες
- ✓ να συντονίζει τις υπηρεσίες υγείας για τον ασθενή
- ✓ καθοδήγηση του ασθενούς στο δίκτυο των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας και δημόσιας υγείας
- ✓ να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες υπό το πρίσμα οικονομικών παραγόντων.

Όσον αφορά τα οφέλη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα μέλη μιας κοινότητας, προσφέρει το πρώτο σύνολο επαγγελματικής φροντίδας στους ασθενείς ενσωματώνοντας μια προληπτική προσέγγιση που χρησιμοποιεί διάφορα προληπτικά μέτρα, διαχείριση χρόνιων παθήσεων και προαγωγή της αυτοφροντίδας. Μαζί με αυτό, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχει αυξημένη πρόσβαση σε προηγμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για την κοινότητα, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα εξαιρετικά αποτελέσματα υγείας και πρόληψη καθυστερήσεων (OECD, 2019).

Όλες οι κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιλαμβάνουν μια αφοσιωμένη ομάδα επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν τις καλύτερες ιατρικές υπηρεσίες. Παρέχουν μια συντονισμένη προσέγγιση για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης που διασφαλίζει ότι οι δικαιούχοι λαμβάνουν την καλύτερη φροντίδα από τον κατάλληλο πάροχο υγείας (OECD, 2019).

### **1.3 Αξιοποίηση Ανθρώπινου Δυναμικού στην ΠΦΥ**

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ένα σημαντικό μέτρο για τη βελτίωση της ισότητας στην υγεία, και επίσης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της εθνικής υγείας και στην αποφυγή υπερβολικών αυξήσεων στις εθνικές επενδύσεις στον τομέα της υγείας. Ταυτόχρονα, σε σύγκριση με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με λιγότερους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αυτά που βασίζονται σε ένα ισχυρό εργατικό δυναμικό πρωτοβάθμιας φροντίδας όχι μόνο διασφαλίζουν την ισότητα της υγείας, αλλά επιτυγχάνουν και καλύτερα αποτελέσματα και ποιότητα με χαμηλότερο κόστος (Kumar & Khan, 2013).

Η παρουσία εξειδικευμένου και με κίνητρα Ανθρώπινου Δυναμικού είναι απαραίτητη για την επαρκή παροχή υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, έχει επικεντρωθεί αυξημένη προσοχή στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και πολλές χώρες έχουν εφαρμόσει μια σειρά πολιτικών για την προώθηση της πρόσβασης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως η κατασκευή Μονάδων Οικογενειακής Υγείας στην Πορτογαλία, η εφαρμογή του νόμου για την προσιτή φροντίδα στις Η.Π.Α., και τη δημιουργία Αγροτικών Κέντρων Υγείας στην Ινδία. Στην Κίνα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πραγματοποιείται από ιδρύματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που αποτελούνται κυρίως από κοινοτικά κέντρα υπηρεσιών υγείας και δημοτικά νοσοκομεία που παρέχουν γενική κλινική περίθαλψη και βασικές υπηρεσίες δημόσιας υγείας στους κατοίκους. Λαμβάνοντας υπόψη τις αλλαγές στο φάσμα των ασθενειών και την αύξηση της επιβάρυνσης από ασθένειες που προκαλούνται από τη γήρανση του πληθυσμού, την ταχεία αστικοποίηση και τις αλλαγές συμπεριφοράς, η πρωτοβουλία Healthy China 2030 λαμβάνει την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως εγγύηση για την ισότητα στην υγεία, καθώς και πρωτοβάθμιας υγείας ως λύση στο διπλό βάρος των αυξήσεων των δαπανών και των μη μεταδοτικών ασθενειών. Ωστόσο, αρκετές μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι οι ΠΦΥ αντιμετωπίζουν τεράστιες προκλήσεις, όπως η μη ισορροπημένη γεωγραφική κατανομή των παρόχων ΠΦΥ και οι απώλειες μεταξύ των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Jia, 2021).

## 1.4 Ολοκληρωμένα Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Η πραγματοποίηση μιας ολοκληρωμένης ΠΦΥ αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία και χρειάζονται τόσο η οριζόντια (horizontal) όσο και η κάθετη (vertical) ολοκλήρωση για να αποφεύγεται ο κατακερματισμός και η ασυνέχεια στις εκβάσεις υγείας. Η οριζόντια ολοκλήρωση έχει να κάνει με την πλήρη ολοκλήρωση της ΠΦΥ δηλαδή τη διασύνδεση όμοιων επιπέδων φροντίδας όπως για παράδειγμα οι διεπιστημονικές ομάδες. Από την άλλη, η κάθετη ολοκλήρωση έχει να κάνει με τη στοχευμένη ολοκλήρωση της ΠΦΥ σε περιπτώσεις υψηλής προτεραιότητας που αφορά τη διασύνδεση διαφορετικών επιπέδων φροντίδας όπως για παράδειγμα τη διασύνδεση πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Ιδιαίτερως σημαντική είναι και η απαρτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, θέμα το οποίο συχνά απασχολεί τη διεθνή βιβλιογραφία (Λιόνης, και συν. 2015).

Από τους πιο γενικά αποδεκτούς ορισμούς ο οποίος υιοθετήθηκε και από τον ΠΟΥ αναφορικά με την παροχή μιας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας είναι: *«Η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε τα άτομα να απολαμβάνουν ένα συνεχές προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες τους στη διάρκεια του χρόνου και ανεξαρτήτως επιπέδου του συστήματος υγείας στο οποίο απευθύνονται» (WHO, 2008)*. Μεταξύ των βασικών στόχων μιας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας συγκαταλέγονται η σύνδεση των φορέων της ΠΦΥ, η βελτίωση όσον αφορά την προσβασιμότητα και το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού, η βελτίωση στην κατανομή του υγειονομικού προσωπικού και η ορθότερη επικοινωνία και κατανομή των πόρων (Brown, Oliver-Baxter & Bywood, 2013). Η έρευνα των Valentijn και συν. (2015) αναφέρεται στην ολοκληρωμένη ΠΦΥ που γίνεται κατανοητή ως το πλαίσιο φροντίδας υγείας μέσα στο οποίο ένα δίκτυο διαφόρων/πολλών επαγγελματιών υγείας αλλά και οργανισμών υγείας και κοινωνικής φροντίδας παρέχουν προσβάσιμες, ολοκληρωμένες και συντονισμένες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας σε έναν πληθυσμό.

Η ολοκλήρωση των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας γίνεται κατανοητή στα παρακάτω επίπεδα (Λιόνης, και συν. 2015):

- ✓ *«Λειτουργική ολοκλήρωση σε μακροοικονομικό επίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (χρηματοδότηση και θεσμοθέτηση φροντίδας, θεραπείας,*

*πρόληψης και κοινωνικών υπηρεσιών)».*

- ✓ *«Οργανωσιακή ολοκλήρωση σε μεσοεπίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (στρατηγικές συμμαχίες μεταξύ φορέων υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας)».*
- ✓ *«Επαγγελματική ολοκλήρωση σε μεσοεπίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (στρατηγικές συμμαχίες μεταξύ επαγγελματιών υγείας)».*
- ✓ *«Κλινική ολοκλήρωση σε μικροοικονομικό επίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (συνέχεια, συνεργασία και συνοχή στη διαδικασία παροχής ΠΦΥ)».*

Η ολοκληρωμένη ΠΦΥ αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης παγκοσμίως και έχει έλξη την προσοχή των μέσων ενημέρωσης και των κυβερνητικών φορέων σε παγκόσμιο επίπεδο (περιοχές όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, οι ΗΠΑ και χώρες της Βόρειας Ευρώπης), κάτι όμως που δεν φαίνεται να απασχολεί ιδιαίτερος το ελληνικό υγειονομικό σύστημα (Lionis, et al., 2019). Η συζήτηση για την ολοκληρωμένη φροντίδα εν γένει δεν έχει τύχει της προσοχής ούτε των σχεδιαστών των υπηρεσιών υγείας αλλά ούτε και της προπτυχιακής εκπαίδευσης, και απαιτεί επαγγέλματα υγείας ευαισθητοποιημένα αλλά και εκπαιδευμένα στην άσκησή της. Η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, σε συνδυασμό με την εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα υγείας, έχει απασχολήσει πρόσφατα και τον ΠΟΥ, ο οποίος κυκλοφόρησε δύο σχετικές εκδόσεις (WHO, 2015a, 2015b).

Άρρηκτα δεμένη με την έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας είναι και η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (patient-centered care) (Lionis & Petelos, 2015). Πρόκειται για έναν όρο θεμελιωμένο από παλιά, που όμως επιστρέφει με προσθήκες στις παραδοσιακές αξίες και διαστάσεις που τον συνοδεύουν. Η αναφορά στον ασθενή νοείται με τον ευρύτερο όρο της αναφοράς στον άνθρωπο ή στο άτομο και την οικογένειά του (παρακάτω διατηρήθηκε η πιστή απόδοση του όρου «patient»).

Το Institute of Medicine ορίζει την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα *«ως την παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση όλων των αποφάσεων από αυτές».* Μεταξύ των 6 βασικών χαρακτηριστικών της υψηλής ποιότητας φροντίδας, το Ινστιτούτο συμπεριλαμβάνει, ανάμεσα σε άλλα, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ισότητα και,

φυσικά, την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα.

Είναι αναγνωρισμένο ότι ο ιατρός, αλλά και γενικά ο επαγγελματίας υγείας, δεν αποτελεί το επίκεντρο της σχέσης με τον ασθενή και με τους αποδέκτες φροντίδας υγείας, οι οποίοι διατηρούν το δικαίωμα να απολαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας αντίστοιχες με τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους. Πολλές απόπειρες ορισμού της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας έχουν γίνει σήμερα. Το Picker Institute αναφέρεται στον σεβασμό στις αξίες, στις προτιμήσεις και στις εκφρασμένες ανάγκες του ασθενούς. Το Commonwealth Fund δίνει έμφαση στη συμμετοχή του ασθενούς στη φροντίδα του, στην υποστήριξη και βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και της τεκμηριωμένης εκπαίδευσης, καθώς και στον συντονισμό της φροντίδας, ενώ το Institute for Family-Centered Care κάνει αναφορά στην αξιοπρέπεια και τον σεβασμό μέσω της ενεργού συμμετοχής και της συνεργασίας του ασθενούς και της διάχυσης της πληροφορίας. Το υπόδειγμα που έχει καθιερωθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και συζητείται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια είναι το γνωστό στη βιβλιογραφία ως Patient-Centered Medical Home (PCMH) (Lionis & Petelos, 2015).

Το υπόδειγμα αυτό χαρακτηρίζεται από τις 5 ακόλουθες βασικές αξίες: εστίαση στον ασθενή, άμεση πρόσβαση, ολοκληρωμένη φροντίδα, συντονισμός υπηρεσιών υγείας και δέσμευση στον ασθενή και γενικά σε όλους τους αποδέκτες φροντίδας υγείας για την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το υπόδειγμα αυτό περιλαμβάνει (Brown, Oliver-Baxter & Bywood, 2013):

- ✓ *«Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (στο ίδιο το άτομο, στην οικογένεια και στις προτιμήσεις του)».*
- ✓ *«Ολοκληρωμένη φροντίδα (πρόληψη και προαγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, θεραπεία και αποκατάσταση)».*
- ✓ *«Συντονισμένη φροντίδα (ειδικοί ιατροί, νοσοκομεία, υπηρεσίες κοινότητας)».*
- ✓ *«Προσβασιμότητα στη φροντίδα (ελαχιστοποίηση χρόνου αναμονής, τηλεφωνικής και ηλεκτρονικής επικοινωνίας)».*

Ακόμη, το υπόδειγμα αυτό εστιάζει στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και στην ασφάλεια του ασθενούς (με τον ευρύτερο όρο του ανθρώπου και, φυσικά, του αποδέκτη των

υπηρεσιών φροντίδας υγείας) μέσω της τεκμηριωμένης ή βασισμένης στις αποδείξεις πρακτικής και της από κοινού λήψης κλινικής απόφασης, που θα οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, στη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και στη βελτίωση της πρόσβασης, του χρόνου αναμονής και των εμπειριών των αποδεκτών των υπηρεσιών ΠΦΥ. Το υπόδειγμα αυτό κατανοείται ακόμη και από τις δεσμεύσεις του στις παρακάτω αρχές, που αναφέρονται στον άνθρωπο με την ευρεία έννοια και όχι μόνο στον ασθενή:

- ✓ *«Συνεχής σχέση με προσωπικό ιατρό, εκπαιδευμένο στην πρώτη συνάντησή του με τον ασθενή, και γενικά με όλους τους αποδέκτες φροντίδας υγείας».*
- ✓ *«Παρουσία επαγγελματιών υγείας που εργάζονται ως ομάδα και αναλαμβάνουν την ευθύνη της συνεχιζόμενης φροντίδας».*
- ✓ *«Προσανατολισμός στο σύνολο των αναγκών του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων όλων των σταδίων της ζωής, όπως η άμεση φροντίδα, η χρόνια φροντίδα, η πρόληψη και η φροντίδα στο τέλος της ζωής».*
- ✓ *«Παρουσία συμπονετικής και εύρωστης συνεργασίας μεταξύ γενικών ιατρών/προσωπικών ιατρών, ασθενών και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας και των οικογενειών τους».*
- ✓ *«Ενεργός συμμετοχή των ασθενών και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας τους».*
- ✓ *«Ανατροφοδότηση για τη διασφάλιση της ποιότητας και την ικανοποίηση των προσδοκιών του ασθενούς και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας. Βελτιωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας».*

Μια κριτική προσέγγιση του αμερικάνικου μοντέλου για την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα, ιδωμένη μέσα από την ολοκληρωμένη φροντίδα και την ευρωπαϊκή εμπειρία, είναι υπό δημοσίευση σε βιβλίο που έχει ως γενικό τίτλο Integrated Primary and Behavioral Care (Lionis & Petelos, 2015). Ο όρος *«ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα»* είναι φανερό ότι συνδέεται και με τον όρο *«συμπονετική φροντίδα»* (Lionis & Petelos, 2015), υποδεικνύοντας ότι θα έπρεπε να δοθεί περισσότερη έμφαση εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας που υπηρετούν την ΠΦΥ σε αξίες που δεν σχετίζονται με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του ασθενούς, αλλά με τη διαχείρισή του ως ολοκληρωμένης οντότητας, όπως

αυτή περιγράφεται μέσα από τις ψυχοκοινωνικές επιστήμες

## **2. Μαιευτικές Υπηρεσίες**

### **2.1 Εννοιολογικό Πλαίσιο και Σημασία των ΜΥ**

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι κομβικά γεγονότα στη ζωή μιας γυναίκας, που πλαισιώνονται τόσο από τη συνολική εμπειρία φροντίδας όσο και από το πραγματικό γεγονός τοκετού. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες ενδιαφέρονται για πολλά πράγματα, συμπεριλαμβανομένης της υγιούς ανάπτυξης του μωρού, της εμπειρίας της κύησης και του τοκετού και πώς θα φροντίσουν τον εαυτό τους και τα νεογέννητά τους μετά τον τοκετό (Jonge, et al., 2015).

Οι αλληλεπιδράσεις με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου δημιουργούν ευκαιρίες για την αντιμετώπιση και την εξάλειψη αυτών των ανησυχιών θέτοντας μια ισχυρή βάση για τη διαρκή υγεία της γυναίκας, του μωρού της και της οικογένειάς της στο σύνολό της. Συχνά η προγεννητική φροντίδα, ο τοκετός και ο τοκετός και η φροντίδα μετά τον τοκετό θεωρούνται και παρέχονται ως τρεις διακριτές περιόδους. Ωστόσο, βλέποντάς τα ως τρεις φάσεις μέσα σε ένα επεισόδιο, υπάρχει η δυνατότητα παροχής κινήτρων στους τύπους αλληλεπιδράσεων και παροχής φροντίδας που υποστηρίζουν θετικά αποτελέσματα (Riggs, et al., 2019).

Τα θετικά αποτελέσματα για τη φροντίδα στον τομέα της μαιευτικής μπορούν να οριστούν και να επιτευχθούν με διάφορους τρόπους, όπως (WHO, 2016):

- ✓ Μεγαλύτερο ποσοστό κατάλληλων κοιλικών τοκετών.
- ✓ Μεγαλύτερο ποσοστό τελειόμηνων μωρών που γεννιούνται με υγιή βάρη.
- ✓ Υψηλά επίπεδα ανάρρωσης για τις γυναίκες και
- ✓ Υγιή ξεκινήματα για τα μωρά.

Στόχος των υπηρεσιών μαιευτικής είναι να επιτευχθεί η ασφαλής παροχή φροντίδας για τη μητέρα και το μωρό, όσο το δυνατόν πιο κοντά στο σπίτι. Ωστόσο, αναγνωρίζεται ότι ορισμένες γυναίκες και τα μωρά τους μπορεί να χρειαστεί να ταξιδέψουν εκτός της τοπικής

τους κοινότητας για να έχουν πρόσβαση στην απαραίτητη φροντίδα. Η υγεία μιας γυναίκας και του μωρού της απαιτεί συνεχή αξιολόγηση σε καθένα από τα ακόλουθα στάδια φροντίδας (WHO, 2016):

- κατά την κράτηση
- κατά την εγκυμοσύνη και την προγεννητική περίοδο
- κατά τον τοκετό και τον τοκετό
- κατά τη μεταγεννητική περίοδο.

Η συνεχής αξιολόγηση της υγείας της γυναίκας θα εξασφαλίσει τη φροντίδα της από το κατάλληλο προσωπικό μαιευτικής, την κατάλληλη στιγμή, στο σωστό επίπεδο υπηρεσιών. Για να διευκολυνθεί αυτό, η φροντίδα των μαιευτικών υπηρεσιών επικεντρώνεται στη γυναίκα, παρέχεται σε ένα συνεργατικό πλαίσιο και υποστηρίζεται από διάφορους επαγγελματίες υγείας. Θα πρέπει να παρέχεται φροντίδα με σεβασμό στην αυτονομία της γυναίκας και την εξέταση των καλύτερων αποδεικτικών στοιχείων. Η παροχή υψηλής ποιότητας, ασφαλούς φροντίδας υπηρεσιών μαιευτικής είναι ο πρωταρχικός καταλύτης για μια υγιή κοινωνία (WHO, 2016).

Η υγεία της μητέρας επηρεάζει άμεσα τη σωματική και ψυχολογική υγεία του βρέφους, γεγονός που επηρεάζει την υγεία του κατά την παιδική και ενήλικη ηλικία. Επομένως, οι υπηρεσίες μαιευτικής θα πρέπει να ευθυγραμμίζονται με τις υπηρεσίες νεογνών και να συνδέονται με τις υπηρεσίες παιδιών και ενηλίκων όπου απαιτείται.

Για τις περισσότερες γυναίκες, η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η μεταγεννητική περίοδος είναι όλες πτυχές ενός φυσιολογικού γεγονότος της ζωής. Ωστόσο, όταν η εγκυμοσύνη ή ο τοκετός μιας γυναίκας καθίσταται περίπλοκη και απαιτείται υπηρεσία μαιευτικής υψηλότερου επιπέδου, είναι ζωτικής σημασίας να υπάρχουν αποτελεσματικοί και ασφαλείς μηχανισμοί στο υπάρχον επίπεδο υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβούλευσης ή της παραπομπής σε υπηρεσία υψηλότερου επιπέδου. Η επείγουσα ανάγκη και η κλιμάκωση αυτής της υπηρεσίας πρέπει να είναι σύμφωνη με το επίπεδο κινδύνου της γυναίκας ή/και του μωρού της. Επομένως, η ικανότητα μιας υπηρεσίας μαιευτικής καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά της μητέρας και την πολυπλοκότητα της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της μεταγεννητικής περιόδου (WHO, 2016).

Η συνέχεια της φροντίδας - ιδιαίτερα αυτή της μαιεύσεως - έχει αποδειχθεί σημαντική για

τις γυναίκες και τις οικογένειές τους. Βελτιωμένα αποτελέσματα γέννησης και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης έχουν παρατηρηθεί σε γυναίκες που λαμβάνουν συνέχεια μαιευτικής φροντίδας.

Ως εκ τούτου, οι υπηρεσίες μαιευτικής θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πολιτιστική και κλινική ασφάλεια και, όποτε είναι δυνατόν, να παρέχουν τη συνέχεια της φροντίδας κοντά στα σπίτια των γυναικών. Όπου η συνέχεια του φροντιστή δεν είναι δυνατή, η αποτελεσματική επικοινωνία και η τεκμηρίωση μπορούν να διευκολύνουν την απρόσκοπτη συνέχεια της φροντίδας. Κατά τη διάρκεια του τοκετού, οι γυναίκες πρέπει να έχουν πρόσβαση σε συνεχή υποστήριξη και να έχουν προσωπική φροντίδα από εγγεγραμμένη μαία όταν βρίσκονται σε προγραμματισμένο τοκετό (WHO, 2016; Nove, et al., 2018).

## **2.2 Ρόλος και Οφέλη των ΜΥ**

Η φροντίδα των μαιευτικών υπηρεσιών είναι μια στρατηγική υψηλής ποιότητας, βασισμένη σε στοιχεία για τη βελτίωση της φροντίδας της μητρότητας. Η καθολική φιλοσοφία των μαιών δίνει έμφαση στη φροντίδα που προάγει τη φυσιολογική εγκυμοσύνη και τον τοκετό και υποστηρίζει τη φυσική ικανότητα των γυναικών να βιώνουν τον τοκετό με ελάχιστη ή καθόλου παρέμβαση ρουτίνας. Οι μαίες ασκούν ολιστική φροντίδα με γνώμονα τις ηθικές αρχές της δικαιοσύνης, της ισότητας και του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, και η πρακτική τους βασίζεται στη συνεχή εκπαίδευση και τη χρήση επιστημονικής έρευνας και στοιχείων (Edmonds, et al., 2020).

Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών προσφέρει πρότυπα για αυστηρή εκπαίδευση βασισμένη στις ικανότητες για να διασφαλίσει ότι οι μαίες είναι σε θέση να παρέχουν τη βέλτιστη φροντίδα και, ως εκ τούτου, θεωρούν ότι οι μαίες «είναι οι επαγγελματίες της επιλογής για τις γυναίκες που τεκνοποιούν σε όλες τις περιοχές του κόσμου». Μια πρόσφατη έκθεση του ΠΟΥ περιγράφει ένα σχέδιο δράσης επτά βημάτων για την ενίσχυση της ποιότητας της μαιευτικής εκπαίδευσης σε αυτά τα διεθνή πρότυπα (WHO, 2019). Η διασφάλιση ότι όλες οι μαίες έχουν βασικές ικανότητες για πρακτική είναι απαραίτητη για την υλοποίηση τριών παγκόσμιων πρωτοβουλιών υγείας: την Παγκόσμια Στρατηγική του ΠΟΥ για την Υγεία των Γυναικών, των Παιδιών και των Εφήβων 2016-2030, τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης και την Καθολική Κάλυψη Υγείας μέχρι το 2030 [(The Global Strategy

for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)[.

Υπολογίζεται ότι υπάρχουν 1,1 εκατομμύρια μαίες παγκοσμίως και πολύ περισσότερες που παρέχουν φροντίδα στις γυναίκες και τις οικογένειές τους, αλλά δεν καταμετρώνται επίσημα (International Confederation of Midwives, 2019). Η έλλειψη δεδομένων καθιστά την απαρίθμηση των μαιών και των μοντέλων φροντίδας τους δύσκολη. Ωστόσο, τα συσσωρευμένα στοιχεία καταδεικνύουν ότι η φροντίδα μητρότητας που περιλαμβάνει μια μαία ως κύριο πάροχο φροντίδας οδηγεί σε πολλά θετικά αποτελέσματα χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις τόσο για τις μητέρες όσο και για τα μωρά τους (Sandall, ET AL., 2016). Στην πραγματικότητα, η μαιευτική φροντίδα για γυναίκες χαμηλού κινδύνου για επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με διάφορα οφέλη, όπως αυξημένα ποσοστά μητρικής ικανοποίησης και μείωση των περιττών ιατρικών παρεμβάσεων (Betran, et al., 2018). Αυτή η ισχυρή βάση αποδεικτικών στοιχείων οδήγησε το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Φροντίδας (NICE) να προτείνει μαιευτικές εγκαταστάσεις ως τον ασφαλέστερο τρόπο γέννησης για υγιείς γυναίκες που βιώνουν μη επιπλεγμένες εγκυμοσύνες στο Ηνωμένο Βασίλειο (Nunes, ET AL., 2014).

Εκτός από τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας της μητέρας και του νεογνού, τα στοιχεία δείχνουν ότι η καλύτερη ενσωμάτωση των μαιών στα συστήματα υγείας είναι θεμελιώδης για τη μείωση των ελλείψεων πρωτοβάθμιας φροντίδας και μητρότητας και για την αντιμετώπιση της φυλετικής, εθνικής και γεωγραφικής ανισότητας υγείας (American College of Nurse-Midwives, 2020). Οι μαίες συχνά παρέχουν φροντίδα στις πιο ευάλωτες κοινωνικά και οικονομικά γυναίκες σε εύθραυστα περιβάλλοντα και προσφέρουν κάτι περισσότερο από απλή φροντίδα στον τοκετό. Στην πραγματικότητα, η ποιοτική μαιευτική φροντίδα βελτιώνει πάνω από 50 αποτελέσματα που σχετίζονται με την υγεία σε τομείς όπως ο θηλασμός, η πρόληψη του καρκίνου και των καρδιομεταβολικών ασθενειών, η διακοπή του καπνίσματος, η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία καθώς και η πρόωπη παιδική ανάπτυξη (Renfrew, et al., 2014). Τα αποτελέσματα που επηρεάζονται από τη μαιευτική φροντίδα έχουν θετική επίδραση στους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης (SDGs) και είναι θεμελιώδη για την επίτευξη της Καθολικής Φροντίδας Υγείας.

### **2.3 Μαιευτικό Μοντέλο Φροντίδας**

Πολλοί ερευνητές συμφωνούν ότι η έννοια της κανονικότητας είναι το κρίσιμο χαρακτηριστικό του μαιευτικού μοντέλου φροντίδας, ενώ η προσδοκία ανωμαλίας

χαρακτηρίζει το κυρίαρχο ιατροποιημένο μοντέλο φροντίδας στον τομέα της μαιευτικής. Σε μια ανασκόπηση της θεωρητικής βάσης της μαιευτικής φροντίδας, διαπιστώθηκε συναίνεση μεταξύ των θεωρητικών της μαιευτικής για τρία βασικά χαρακτηριστικά του παραδείγματος της μαιευτικής περίθαλψης: (1) αναγνώριση μιας ολιστικής σύνδεσης μεταξύ του νου και του σώματος και του περιβάλλοντος η τεκνοποιούσα γυναίκα, (2) μια ατομικιστική και γυναικοκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα και (3) διαδικασίες φροντίδας που παρέχουν «προστασία και τροφή του «φυσιολογικού» στον τοκετό (Kristienne McFarland, et al., 2020).

Οι ανασκοπήσεις των Renfrew et al. (2014) και Kennedy et al. (2016) σκιαγραφούν ένα πλαίσιο βασισμένο σε τεκμήρια για ποιοτική φροντίδα για τη μητέρα και το νεογνό και την ανάγκη *«να υποστηριχθεί μια αλλαγή σε επίπεδο συστήματος από τη φροντίδα της μητέρας και του νεογνού με επίκεντρο την ταυτοποίηση και τη θεραπεία της παθολογίας για τη μειονότητα έως την εξειδικευμένη φροντίδα για όλους»* (Renfrew et al., 2014).

Σε αυτό το πλαίσιο, η οργάνωση της περίθαλψης, η φιλοσοφία της περίθαλψης και ο ρόλος των παρόχων φροντίδας υποστηρίζουν τη βέλτιστη φροντίδα - ότι παρέχεται στις γυναίκες εξειδικευμένη φροντίδα και υπηρεσίες που επικεντρώνονται στην κανονικότητα που είναι επίσης σύμφωνες με τη βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική και κοινωνική τους κατάσταση και πολιτιστικές ανάγκες (Kristienne McFarland et al., 2020).

## **2.4 Ολοκληρωμένη Μαιευτική Φροντίδα**

Η ολοκληρωμένη πρακτική ή η διεπαγγελματική συνεργατική φροντίδα μαιευτικής ορίζεται ως *«[ένα] μοντέλο στο οποίο η προγεννητική, η ενδογεννητική και η επιλόχεια φροντίδα παρέχεται από κοινού από μια ολοκληρωμένη ομάδα τύπων παρόχων μαιευτικής φροντίδας που περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα: μαιευτήρες, μητρικές γιατροί εμβρυϊκής ιατρικής, οικογενειακοί ιατροί, μαίες, νοσηλευτές και βοηθοί ιατρών»* (Freytsis et al., 2017). Ένα βασικό χαρακτηριστικό της επιτυχημένης συνεργασίας στην ολοκληρωμένη φροντίδα είναι η υιοθέτηση ενός κοινού νοητικού μοντέλου ή φιλοσοφίας περίθαλψης (Smith, 2015)

Οι μελέτες προτείνουν ότι η αυξανόμενη ιατροποίηση που συμβαίνει στις ολοκληρωμένες πρακτικές μαιευτικής ελαχιστοποιεί τη συμβολή των μαιών και οι συγγραφείς συμβουλεύουν την προσεκτική αποδοχή της συνεργατικής φροντίδας μαιευτικής μέχρι να επιτευχθεί αυτό το κοινό νοητικό μοντέλο (Watkins, 2015). Η επίτευξη ενός κοινού

νοητικού μοντέλου φροντίδας μεταξύ επαγγελματιών με αντίθετες φιλοσοφίες του τοκετού μπορεί να αποδειχθεί δύσκολη. Ενώ οι συνεργατικές πρακτικές μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες των γυναικών που τεκνοποιούν υψηλού κινδύνου με τεχνολογία και προσωπικό άμεσα διαθέσιμο για οξεία φροντίδα, για υγιείς γυναίκες που τεκνοποιούν αυτές οι ρυθμίσεις προωθούν επίπεδα ιατρικής παρέμβασης και πρακτικές αποστροφής κινδύνου που δεν βασίζονται σε στοιχεία και θέτουν σε κίνδυνο τη θετική μητέρα και τα βρεφικά αποτελέσματα που παρατηρούνται τυπικά με ένα μοντέλο φροντίδας που καθοδηγείται από τη μαιευτική (Kennedy et al., 2016; Shaw et al., 2016).

Η ανάγκη για διεπιστημονική φροντίδα μαιευτικής και διεπαγγελματική συνεργασία είναι προφανής, καθώς βοηθά στην επίλυση της έλλειψης παρόχων φροντίδας στο σύστημα μαιευτικής φροντίδας και εγγυάται τη βελτίωση των υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας σε αγροτικές περιοχές. Έρευνα τόνισε ορισμένες βασικές έννοιες στη διεπαγγελματική συνεργασία όπως: κοινή χρήση, εταιρική σχέση, αλληλεξάρτηση και δύναμη. Άλλη έρευνα προσδιορίζει αρκετούς συνταγματικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασία στην πράξη, όπως: η αλληλεξάρτηση, η κοινή ιδιοκτησία των στόχων και η ευελιξία ως προς τη συνεργασία. Μελέτη πρότεινε ότι ο τύπος και η ποικιλομορφία της κλινικής εμπειρογνωμοσύνης που εμπλέκονται στις ομάδες επηρεάζει τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών και την οργανωτική αποτελεσματικότητα. Η συνεργασία, η επίλυση συγκρούσεων, η συμμετοχή και η συνοχή ήταν οι παράγοντες που ήταν πιο πιθανό να επηρεάσουν την ικανοποίηση του προσωπικού και την αντιληπτή αποτελεσματικότητα της ομάδας (Behrui, et al., 2017).

Η διεπαγγελματική συνεργασία απαιτεί ποικίλες δεξιότητες και ικανότητες, καθώς και ποικιλία συνεισφορών από επαγγέλματα και οργανισμούς. Ο απώτερος στόχος της συνεργασίας είναι η ενσωμάτωση των υπηρεσιών στο σημείο παράδοσης. Αυτή η ολοκλήρωση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ατομικό και διαπροσωπικό καθώς και σε οργανωτικό και διαοργανωτικό επίπεδο. Από τη μία πλευρά, μεμονωμένοι παράγοντες όπως οι δεξιότητες, οι ικανότητες και η εργασιακή εμπειρία μπορούν να χρησιμεύσουν για την υποστήριξη διαφόρων διεπαγγελματικών δικτύων και ομαδικής εργασίας. Από την άλλη πλευρά, οι δομές του οργανισμού -για παράδειγμα, ο βαθμός επισημοποίησης, η κατανομή των πόρων, ο ανταγωνισμός, η διαχείριση και η ηγετική διακυβέρνηση - μπορούν επίσης να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη διαοργανωτική δυναμική και στο συνασπισμό (Behrui, et al., 2017).

Η πρακτική της μαιευτικής φροντίδας χαρακτηρίζεται από στενή συνεργασία μεταξύ μαιευτήρων, μαιών, οικογενειακών γιατρών και νοσηλευτών, ωστόσο, έχουν αναφερθεί συγκρούσεις μεταξύ πολλών επαγγελματιών υγείας. Το επίπεδο σύγκρουσης ή συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών στον τομέα της μαιευτικής εξαρτάται από την οργάνωση και την κουλτούρα του εργασιακού περιβάλλοντος. Η συνεργασία με όρους μαιευτικής έχει οριστεί ως: *«η άσκηση προσπάθειας από μαιές και γιατρούς μεταξύ τους για σκοπούς κοινής λειτουργίας, επιβράβευσης και παροχής φροντίδας στις γυναίκες και τις οικογένειές τους»*. Ο όρος συνεργασία χρησιμοποιείται με σχετικούς όρους όπως η συνεργασία και η ομαδική εργασία (Behrushi, et al., 2017).

### **3. Δημόσια Υγεία και Μαιευτική Φροντίδα**

#### **3.1 Δημόσια Υγεία και Ευρωπαϊκή Ένωση**

Η δημόσια υγεία αποτελεί μια από τις βασικές προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με την υγεία καλείται να συμπληρώσει τις εθνικές πολιτικές ώστε να διασφαλιστεί η πρόσβαση κάθε πολίτη σε μια ποιοτική και καθολική υγειονομική περίθαλψη. Οι βασικοί στόχοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια υγεία είναι οι ακόλουθοι (WHO, 2015c):

- Πρόληψη ασθενειών
- Προαγωγή ενός υγιούς τρόπου ζωής
- Προαγωγή ευεξίας
- Προστασία των σοβαρών διασυννοριακών απειλών της υγείας
- Βελτίωση πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη όπου εμπεριέχεται και η διασυννοριακή υγειονομική περίθαλψη
- Προαγωγή ενημέρωσης και εκπαίδευσης σχετικά με ζητήματα υγείας
- Βελτίωσης όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών
- Υποστήριξη των νέων τεχνολογιών με γνώμονα τη δημιουργία δυναμικών συστημάτων υγείας
- Καθορισμός υψηλών προτύπων αναφορικά με την ποιότητα αλλά και την ασφάλεια των οργάνων και των ουσιών τα οποία είναι ανθρώπινης προέλευσης
- Εξασφάλιση της υψηλής ποιότητας, της ασφάλειας, καθώς και της αποτελεσματικότητας σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα όπως επίσης και τον ιατρικό εξοπλισμό.

Παρόλο που η οργάνωση και η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί ευθύνη των επιμέρους χωρών, η Ευρωπαϊκή Ένωση συνεισφέρει επικουρικά αποτελώντας σημαντικό αρωγό για τις χώρες ώστε να καταφέρουν να επιτύχουν τους κοινούς στόχους. Η πολιτικής

της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με την υγεία δύναται να παράσχει οικονομίες κλίμακας με την από κοινού χρήση πόρων και αποτελεί σημαντικό αρωγό των χωρών για την αντιμετώπιση των κοινών προκλήσεων και απειλών ενάντια στην δημόσια υγεία όπως για παράδειγμα οι πανδημίες, οι παράγοντες κινδύνου των χρόνιων παθήσεων είτε ο αντίκτυπος ενός αυξανόμενου προσδόκιμου ζωής για τα συστήματα της υγειονομικής περίθαλψης (WHO, 2015c).

### **3.2 Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα**

Η υγειονομική περίθαλψη της Ελλάδας βασίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), το οποίο ιδρύθηκε για πρώτη φορά με τη σημερινή του μορφή το 1981. Το Ε.Σ.Υ. παρέχει κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού της Ελλάδας βάσει συστήματος υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης. Το Υπουργείο Υγείας είναι αρμόδιο για τη συνολική εθνική στρατηγική για την υγεία και τα θέματα της πολιτικής υγείας. Υπάρχουν δεκαεπτά Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές υπό το Υπουργείο Υγείας σε μια προσπάθεια αποκέντρωσης του συστήματος. Ωστόσο, όλες οι αποφάσεις, τα οικονομικά θέματα και οι διοικητικές διαδικασίες παρέχονται ακόμη από το Υπουργείο Υγείας. Το ΕΣΥ παρέχει τόσο πρωτοβάθμια όσο και δευτεροβάθμια περίθαλψη με επίκεντρο τα νοσοκομεία, τα οποία συμπληρώνονται από τα κέντρα υγείας. Αυτός ο προσανατολισμός γύρω από τα νοσοκομεία έγινε με γνώμονα τη πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία παρείχε κυρίως δημόσια κέντρα υγείας που διαχειρίζεται η ΕΣΥ σε αγροτικές περιοχές και ιατρεία που λειτουργούν από ορισμένα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης στα αστικά κέντρα (ειδικά από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης για υπαλλήλους του ιδιωτικού τομέα - ΙΚΑ). Οι ασθενείς συχνά πρέπει να περιμένουν σε μεγάλες ουρές για ιατρικές εξετάσεις ή διαγνωστικές εξετάσεις, επιλέγοντας συχνά γραφεία ιδιωτικών ιατρών που είτε θα μπορούσαν να ανατεθούν και να αποζημιωθούν από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης τους είτε να πληρωθούν από την τσέπη τους (Kalavrezou & Jin, 2021; Deloitte, 2017).

Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα επηρεάστηκαν σοβαρά από την οικονομική κρίση, οδηγώντας σε μείωση περίπου 40% την περίοδο 2009-2015. Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη μειώνονται κάθε χρόνο από το 2009, φτάνοντας τα 14,1 δισ. ευρώ το 2014, κυρίως λόγω της συρρίκνωσης της κρατικής κάλυψης και της κοινωνικής ασφάλισης. Ωστόσο, αυτή η μείωση στις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη φάνηκε να είναι μικρότερη για τα Νοσοκομεία, τα οποία αποδείχθηκαν πιο ανθεκτικά από άλλους παράγοντες

της αγοράς (π.χ. φαρμακεία, ιδιωτικά ιατρεία κ.λπ.) (Kalavrezou & Jin, 2021; Deloitte, 2017).

Στην Ελλάδα υπάρχουν συνολικά 283 νοσοκομεία, ιδιωτικά και δημόσια, με το σημαντικό μέρος αυτών να βρίσκεται στην περιοχή της Αττικής. Τα νοσοκομεία αυτά λειτουργούν 46.200 κλίνες. Διεθνείς δείκτες αναφοράς υποδηλώνουν ότι υπάρχει 18%-28% υπερπροσφορά κλινών στην Ελλάδα. Μετά από μια σημαντική αύξηση μέχρι το 2009, οι Καθαρές Πωλήσεις των Ιδιωτικών Νοσοκομείων μειώθηκαν έκτοτε, με εξαίρεση το 2012. Η εισαγωγή του μηχανισμού Rebates και Clawback το 2013 ήταν ο κύριος συντελεστής αυτής της μείωσης των εσόδων των νοσοκομείων.

Τα προαναφερθέντα περιστατικά, συνοδευόμενα από αυξανόμενο ανταγωνισμό και απότομα αυξανόμενα κόστη, φαίνεται να έχουν ξεκινήσει μια διαδικασία εξυγίανσης στον τομέα της υγείας. Τα σημάδια αυτά είναι εμφανή στον ιδιωτικό τομέα, καθώς ο αριθμός των νοσοκομείων έχει μειωθεί κατά ~21% και το μέσο μέγεθος έχει αυξηθεί κατά ~5% την περίοδο 2012-2014. Οι πρώτοι μήνες του 2017 παρουσίασαν μια σειρά από ενδιαφέρουσες εξελίξεις, μεταξύ των οποίων οι συζητήσεις για μια νέα νομοθεσία για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τα ανακοινωθέντα στοιχεία για τις στατιστικές υγειονομικής περίθαλψης για το 2015, τα οποία δείχνουν ανάκαμψη των δαπανών στα 14,7 δισ. ευρώ, καθώς και την αποδεδειγμένη όρεξη για επιχειρηματικές συμφωνίες από διεθνείς επενδυτές (Kalavrezou & Jin, 2021; Deloitte, 2017).

### **3.3 Μαιευτική Φροντίδα στην Ελλάδα**

Το ελληνικό σύστημα υγείας ακολουθεί μια προσέγγιση δύο επιπέδων: το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει φροντίδα σε όλους τους εργαζόμενους κατοίκους, ανεξάρτητα από τη διάρκεια παραμονής τους και η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη καλύπτει όλους τους άλλους και βοηθά επίσης τα άτομα κατά την ενδιάμεση περίοδο πριν από τη διεκπεραίωση της εγγραφής τους στη δημόσια υγεία (Kalavrezou & Jin, 2021).

Ακόμη και όσοι είναι επιλέξιμοι για δωρεάν μαιευτική περίθαλψη στο κρατικό σύστημα υγείας συχνά επιλέγουν να συνάψουν ιδιωτική ιατρική ασφάλιση, καθώς αυτό παρέχει ευρύτερο φάσμα επιλογών και τα ιδιωτικά μαιευτήρια σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη έχουν εξαιρετική φήμη σε σύγκριση με τα αντίστοιχα δημόσια.

Στην Ελλάδα υπολογίζονται περίπου 112.000 γεννήσεις ετησίως, εκ των οποίων

σχεδόν το 30% γεννήθηκε με καισαρική τομή. Επιπλέον, το ποσοστό της αυθόρμητης έναρξης τοκετού στην Ελλάδα βρίσκεται στο 47% σε σύγκριση με τη Σουηδία (81%). Αν και τα ποσοστά βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας είναι χαμηλά, ο τοκετός στην Ελλάδα είναι πλήρως ιατρικός, γεγονός που κατέληξε σε αύξηση των καισαρικών τομών. Οι μαιές υποστηρίζουν κυρίως τους μαιευτήρες που πραγματοποιούν τη συντριπτική πλειοψηφία των τοκετών στην Ελλάδα (Antoniou, et al., 2021).

Οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, ο περιορισμένος αριθμός κλινών και η γεωγραφικά άνιση κατανομή τόσο του προσωπικού όσο και των ασθενών είναι μερικά από τα προβλήματα που χαρακτηρίζουν το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Αυτά είναι παρόμοια προβλήματα που επηρεάζουν τις υπηρεσίες στη μαιευτική και γυναικολογία. Οι αγροτικές περιοχές επηρεάζονται περισσότερο από την έλλειψη αρκετών παρόχων εξειδικευμένων σε μαιευτικά θέματα σε σύγκριση με τις μεγάλες πόλεις και αυτό προκαλεί δυσκολίες στις γυναίκες που πρέπει να πάνε στο νοσοκομείο για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και τον τοκετό. Συγκριτική μελέτη τριάντα δύο δημόσιων νοσοκομείων που πραγματοποιήθηκε για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των Ελληνικών Μαιευτικών Μονάδων. Η μελέτη επικεντρώθηκε στη λήψη αποφάσεων και στη βελτιστοποίηση της αποτελεσματικότητας. Στοιχεία που λαμβάνονται από επίσημες δημόσιες πηγές και από την Επετηρίδα Υγείας που δημοσιεύεται από το Υπουργείο Υγείας. Πρόσθετα στοιχεία ελήφθησαν από το ίδιο το νοσοκομείο. Το επίκεντρο της συγκεκριμένης μελέτης ήταν πρωτίστως διαχειριστικό καθώς τα δεδομένα που αποκτήθηκαν αφορούσαν τον αριθμό των κλινών, τον αριθμό του ιατρικού προσωπικού και τις δαπάνες για την παροχή περίθαλψης. Ωστόσο, η μελέτη έδειξε ότι οι διαθέσιμοι πόροι στις αγροτικές περιοχές ήταν περιορισμένοι και για το λόγο αυτό οι γυναίκες έπρεπε να ταξιδέψουν σε μεγαλύτερες πόλεις προκειμένου να λάβουν επαρκή φροντίδα σχετικά με την εγκυμοσύνη τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υπερπλήρη νοσοκομεία και περιορισμένο προσωπικό και κρεβάτια για να φιλοξενήσουν όλες τις γυναίκες και να προσφέρουν επαρκή περίθαλψη (Leontari, 2013).

Οι Sapountzi-Krepia et al (2009) διεξήγαγαν μια μελέτη που είχε ως στόχο να μεταφράσει και να αξιολογήσει το Kuopio Instrument for Mothers (KIM). Το KIM χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στη Φινλανδία και είναι ένα εργαλείο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, τα χαρακτηριστικά απασχόλησης των συμμετεχόντων, τις υπηρεσίες μαιευτικής κλινικής και τη γέννηση. Εκατόν εβδομήντα επτά γυναίκες που είχαν γεννήσει μια εβδομάδα έως έξι μήνες νωρίτερα συμμετείχαν αρχικά στη μελέτη και

κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο (Sapountzi-Krepia et al 2009).

Τους ζητήθηκε επίσης να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο για άλλη μια φορά μία με δύο εβδομάδες αργότερα και να το επιστρέψουν στους ερευνητές. Εβδομήντα επτά γυναίκες επέστρεψαν το πλήρες ερωτηματολόγιο και εκείνες όπου τα αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση δεδομένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειονότητα των γυναικών θα προτιμούσε τον τοκετό στο νοσοκομείο από τον τοκετό στο σπίτι και ότι εμπιστεύονται τον γιατρό τους και θα ακολουθούσαν τις συμβουλές του χωρίς αμφιβολία. Ωστόσο, ο στόχος της μελέτης ήταν διαφορετικός και οι ερευνητές πέτυχαν μια καλή συνολική αξιοπιστία του τεστ-επανεξέτασης και μια καλή κατανόηση από τις Ελληνίδες. Ωστόσο, το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό και ως εκ τούτου δεν ήταν αντιπροσωπευτικό για τον ελληνικό πληθυσμό και ως εκ τούτου απαιτούνται περισσότερες διαχρονικές μελέτες (Sapountzi-Krepia et al 2009).

Στην Ελλάδα, η βιβλιογραφία που εξετάζει τη νοσηλευτική και μαιευτική περίθαλψη (όχι από ιατρική ή επιδημιολογική άποψη) που παρέχεται στις γυναίκες, καθώς και μελέτες για τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις εμπειρίες των χρηστών των υπηρεσιών μητρότητας είναι σχεδόν ανύπαρκτη.

### ***3.3.1 Μαιευτική Φροντίδα και Πρόσφυγες***

Το 2015 και το 2016, 2,68 εκατομμύρια άνθρωποι έφτασαν στην Ευρώπη ως πρόσφυγες. Πάνω από ένα εκατομμύριο άνθρωποι έφτασαν στην Ελλάδα, με το 2015 και το 2016 να σημειώνονται πρωτοφανή επίπεδα ανθρώπων από τη Μέση Ανατολή λόγω πολέμων (WHO, 2016; Kotsiou, et al., 2018). Ο αριθμός των γυναικών προσφύγων που εισήλθαν στην Ευρώπη το 2016 αποτελούσε το 55% του προσφυγικού πληθυσμού (United Nations Refugee Agency UNPF and WRC, 2016). Έγκυες γυναίκες αντιπροσωπεύουν έναν ιδιαίτερα ευάλωτο πληθυσμό αφίξεων μεταναστών και έχουν συγκεκριμένες ανάγκες όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη κατά την άφιξή τους σε καταυλισμούς.

Οι μετανάστες που εγγράφονται για άσυλο στην Ελλάδα δικαιούνται νόμιμα πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων υπηρεσιών μαιευτικής περίθαλψης, αν και αυτό δεν είναι καθόλου απλό (Kousoulis, et al., 2017; Giannakopoulos, 2016).

Η δραστική αύξηση του αριθμού των νέων αφίξεων σημειώθηκε σε μια περίοδο σοβαρής οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και η εισροή νέων ανθρώπων έθεσε σημαντικές προκλήσεις για την Ελληνική Υπηρεσία Υγείας (Kotsiou, et al., 2018).

Αυτό προκάλεσε διεθνή ανταπόκριση, όπου εθνικοί και διεθνείς οργανισμοί κινητοποιήθηκαν για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης παράλληλα με τα ελληνικά εθνικά συστήματα, με την Ανθρωπιστική Επιτροπή των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες [UNHCR] να διευθύνει την απάντηση (Hémono, et al., 2018; United Nations High Commissioner for Refugees, 2017).

Στα στρατόπεδα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται συχνά από στρατιωτικούς γιατρούς και παρόχους ΜΚΟ σε συνδυασμό με κρατικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από την Ελληνική Υπηρεσία Υγείας (de Paoli, 2018). Υπάρχουν πολλές γραφειοκρατικές προκλήσεις στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Amnesty International, 2019), και αν και στη θεραπεία υγειονομικής περίθαλψης στο νοσοκομείο, η πρόσβαση είναι περιορισμένη λόγω επιβαρυνμένης υπηρεσίας και επακόλουθης έλλειψης πόρων (Kotsiou, et al., 2018). Ως αποτέλεσμα, οι τρέχουσες υπηρεσίες είναι γνωστό ότι είναι ανεπαρκείς για να καλύψουν την κλίμακα της προσφυγικής κρίσης, με αποτέλεσμα μια μεγάλη ανεκπλήρωτη ανάγκη για υγεία παροχή φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των αναγκών περίθαλψης αναπαραγωγικής υγείας των μεταναστριών (United Nations Refugee Agency UNPF and WRC, 2016).

Αν και είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί με νέες αφίξεις καθημερινά και πολλά άτομα χωρίς έγγραφα, η Ύπατη Αρμοστεία αναφέρει «υψηλούς αριθμούς» εγκύων μεταναστριών που ζουν στην Ελλάδα (United Nations Refugee Agency UNPF and WRC, 2016). Αναφορές αλλού δείχνουν ότι το 10% των μεταναστριών που διαμένουν στην Ελλάδα είναι έγκυες (Women's Refugee Commission, 2016). Οι μετανάστριες είναι διαπιστώθηκε σταθερά ότι έχουν συγκριτικά χειρότερα αποτελέσματα εγκυμοσύνης από τις γυναίκες από τη χώρα υποδοχής, με αναφορές υψηλότερων ποσοστών μητρικής θνησιμότητας, σοβαρής μητρικής νοσηρότητας και νεογνικής νοσηρότητας. ποιοτική υγειονομική περίθαλψη στη χώρα προέλευσής τους, καθώς και μη βέλτιστη περίθαλψη και μειωμένη πρόσβαση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα προορισμού (Almeida, et al., 2013).

Μια αναφορά από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης στη Μεσόγειο έδειξε ότι το 3,6% των ασθενών τους ήταν έγκυες γυναίκες, πολλές από τις οποίες δεν είχαν κάνει ούτε έναν προγεννητικό έλεγχο (Shortall, et al., 2017). Χωρίς προγεννητική φροντίδα, οι γυναίκες

είναι πιο πιθανό να έχουν μη διαγνωσμένες επιπλοκές στη μητέρα και το έμβρυο. Μετανάστριες που ταξιδεύουν για κάποιο χρονικό διάστημα διατρέχουν επίσης κίνδυνο διατροφικής ανεπάρκειας και βίας λόγω φύλου που βιώνουν στο ταξίδι τους (WHO, 2018).

Δεδομένων των ιδιαίτερων ευπαθειών των μεταναστριών που είναι έγκυες, είναι επιτακτική ανάγκη τόσο οι Έλληνες όσο και οι διεθνείς φορείς χάραξης πολιτικής να κατανοήσουν πιθανούς φραγμούς που ενδέχεται να περιορίσουν την ικανότητα των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης να παρέχουν φροντίδα σε αυτήν την ομάδα κατά την άφιξή τους στην Ευρώπη. Η ανάγκη για μια ειδική για το φύλο προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της μητρικής υγειονομικής περίθαλψης και των «ασφαλών χώρων» των γυναικών, έχει εντοπιστεί σε βασικά έγγραφα πολιτικής που δημοσιεύθηκαν από το Ταμείο Πληθυσμού των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Population Fund, 2015), τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2016), και την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (United Nations Refugee Agency UNPF and WRC, 2016). Ο ασφαλής χώρος είναι ένας ευρύς όρος που ορίζεται ως «ένας επίσημος ή ανεπίσημος χώρος όπου οι γυναίκες και τα κορίτσια αισθάνονται σωματικά και συναισθηματικά ασφαλείς».

Η κατανόηση των τρεχουσών προκλήσεων που αντιμετωπίζουμε στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της ανεκπλήρωτης ανάγκης σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγειονομικής περίθαλψης για έγκυες μετανάστριες που ζουν σε ελληνικούς προσφυγικούς καταυλισμούς.

Στην έρευνά τους οι Scott και Wallis (2021) επιχείρησαν να διερευνήσουν τις προκλήσεις για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας μητρότητας σε ελληνικούς προσφυγικούς καταυλισμούς, όπως τις αντιλαμβάνονται οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης. Πραγματοποιήθηκε μια ποιοτική μελέτη που περιελάμβανε παρατήρηση και ημιδομημένες συνεντεύξεις με παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται με έγκυες πρόσφυγες σε πέντε προσφυγικούς καταυλισμούς τον Μάιο του 2017. Οι συνεντεύξεις μεταγράφηκαν και αναλύθηκαν με θεματική κωδικοποίηση. Είκοσι ένας πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πήραν συνεντεύξεις και λήφθηκαν σημειώσεις πεδίου από μελέτη παρατήρησης των υπηρεσιών σε πέντε προσφυγικούς καταυλισμούς. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης περιγράφουν τη δύσκολη διαπολιτισμική επικοινωνία ως τη μεγαλύτερη πρόκληση για τη φροντίδα των εγκύων προσφύγων. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα ασφαλών χώρων μόνο για γυναίκες αναγνωρίζεται επίσης ως εμπόδιο. Τέλος, το επιβαρυνόμενο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας περιορίζει την ικανότητά τους να παρέχουν περίθαλψη. Υπάρχει περιορισμένη βιβλιογραφία που εξετάζει τον ρόλο του «ασφαλούς χώρου» στους πρόσφυγες

και απαιτείται περαιτέρω έρευνα. Οι ενδιαφερόμενοι φορείς που παρέχουν φροντίδα μητρότητας σε πρόσφυγες θα πρέπει να προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν αυτά τα βασικά ζητήματα καθώς επιδιώκουν να παρέχουν φροντίδα σε αυτόν τον πληθυσμό.

Οι γυναίκες μετανάστριες και πρόσφυγες αντιμετωπίζουν συγκεκριμένους κινδύνους και προκλήσεις για την υγεία κατά την περιγεννητική περίοδο, παρουσιάζοντας περίπλοκα προβλήματα σωματικής, ψυχολογικής και ψυχικής υγείας. Η συμπονετική προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα απαιτείται επειγόντως σε όλη την Ευρώπη, δεδομένου του τρόπου με τον οποίο τα αποτελέσματα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου καθορίζουν την ευημερία της υγείας ενός ατόμου σε όλη τη ζωή. Η μελέτη των Papadakaki και συν. (2021) είχε στόχο να περιγράψει την περιγεννητική υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σε γυναίκες πρόσφυγες και μετανάστριες στην Ελλάδα, καθώς και να εντοπίσει τα εμπόδια στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης σε αυτές τις ομάδες πληθυσμού. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ποιοτικής έρευνας και μέσω ανάλυσης εγγράφων, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας της γκρίζας βιβλιογραφίας. Συγκλήθηκαν δύο ομάδες εστίασης, μία με πέντε μαίες στην Αθήνα (που εκπροσωπούν ΜΚΟ σε προσφυγικούς καταυλισμούς και δημόσια μαιευτήρια) και μία άλλη στην Κρήτη με είκοσι έξι εκπροσώπους βασικών ομάδων ενδιαφερομένων που ασχολούνται με την περιγεννητική φροντίδα προσφύγων και μεταναστριών.

Η έρευνα διεξήχθη με σταδιακά δύο βήματα: (α) μια άσκηση χαρτογράφησης για τον εντοπισμό οργανισμών/ινστιτούτων σχετικών σε όλη την Ελλάδα, δηλαδή φορέων που εμπλέκονται στην παροχή περιγεννητικής υγειονομικής περίθαλψης για πρόσφυγες και μετανάστες. (β) ηλεκτρονική αναζήτηση σε ιστότοπους ιδρυμάτων και στον Παγκόσμιο Ιστό, για βασικά έγγραφα σχετικά με την περιγεννητική φροντίδα γυναικών προσφύγων και μεταναστριών που δημοσιεύθηκαν κατά τη 10ετία πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας και αναφέρονται στην Ελλάδα. Η ανάλυση της επιτραπέζιας έρευνας ακολούθησε τις αρχές της ανάλυσης περιεχομένου και η ανάλυση των δεδομένων της ομάδας εστίασης ακολούθησε τις αρχές μιας επαγωγικής θεματικής ανάλυσης που χρησιμοποιεί τα πραγματικά δεδομένα για να οδηγήσει την ανάλυση δομής. Τα βασικά ευρήματα της τρέχουσας μελέτης υποδεικνύουν ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, το νομικό καθεστώς στη χώρα υποδοχής, καθώς και οι πολιτιστικές ικανότητες, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις και οι επικοινωνιακές προκλήσεις των παρόχων, αποτελούν σήμερα βασικούς φραγμούς για την αποτελεσματικότητα και την πολιτιστική κατάλληλη παροχή περιγεννητικής φροντίδας. Η χαμηλή ικανότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης να

καλύπτει τις ανάγκες των γυναικών σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες στο πλαίσιο της μητρικής φροντίδας σε μια χώρα που έχει υποστεί χρόνια λιτότητας έχει καταγραφεί επαρκώς και προσθέτει περαιτέρω περιορισμούς στο πλαίσιο. Απαιτείται επείγοντως η μεταρρύθμιση της πολιτικής για την επίτευξη πολιτιστικής ικανότητας, για τη βελτίωση της παροχής διαπολιτισμικής φροντίδας σε όλα τα περιβάλλοντα φροντίδας μητρότητας και για τη διασφάλιση βελτιωμένων αποτελεσμάτων για τη μητέρα και τα παιδιά (Papadakaki et al., (2021).

### **3.3.2 Αξιολόγηση Ψυχοκοινωνικών Κινδύνων στις Μαιευτικές Υπηρεσίες**

Η πρόοδος της έρευνας στον τομέα της προγεννητικής ψυχολογίας έχει δείξει ότι πολλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εκτός από ιατρικούς κινδύνους έχουν σοβαρό αντίκτυπο όχι μόνο στη γενική ευημερία της εγκύου αλλά και στο έμβρυο. Η ανάπτυξη του εγκεφάλου αρχίζει να λαμβάνει χώρα τους πρώτους μήνες μετά τη σύλληψη, ενώ τα πρώτα τρία χρόνια της ζωής είναι πολύ σημαντικά σε νευρολογικό επίπεδο. Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου που υπάρχουν κατά την προγεννητική περίοδο αυξάνουν τον κίνδυνο δυσμενών μαιευτικών, νεογνικών και μεταγεννητικών εκβάσεων. Η εμμονή τους στη μεταγεννητική περίοδο θέτει σε κίνδυνο τη θετική αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού και παρουσιάζει περαιτέρω προκλήσεις για το παιδί και τη συναισθηματική, συμπεριφορική και κοινωνική του ανάπτυξη καθώς και τη νευροψυχολογική ανάπτυξη. Ωστόσο, η μεταφορά αυτής της ερευνητικής γνώσης στην πράξη ξεκίνησε μόλις την περασμένη δεκαετία. Σε όλο τον κόσμο, υπάρχουν μόνο λίγες μελέτες που αναφέρουν την ανάπτυξη, αξιολόγηση και εφαρμογή εργαλείων προσυμπτωματικού ελέγχου για παράγοντες ψυχοκοινωνικού κινδύνου σε έγκυες γυναίκες και επακόλουθα προγράμματα παρέμβασης και πρόληψης σε κοινοτικά κέντρα υγείας στις ΗΠΑ, την Αυστραλία και τον Καναδά (Spyridou, et al., 2015).

Η ψυχοπαθολογία, ιδιαίτερα η κατάθλιψη, είναι ένας από τους πιο γνωστούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έχει συσχετιστεί με μια μεγάλη ποικιλία ιατρικών προβλημάτων στη μητέρα, καθώς και με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου όπως το άγχος και η ενδοοικογενειακή βία . Οι καταθλιπτικές έγκυες γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν πρόωρο τοκετό και διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να υποφέρουν από δυσμενή μαιευτικά αποτελέσματα και χαμηλό βάρος γέννησης. Επιπλέον, η κατάθλιψη στις έγκυες γυναίκες είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας της κακής ψυχολογικής ευεξίας και της χαμηλότερης προσκόλλησης μητέρας-

εμβρύου (MFA). Όχι μόνο η κατάθλιψη, αλλά η γενική μητρική ψυχοπαθολογία κατά την προγεννητική περίοδο σχετίζεται με μικρότερη διάρκεια κύησης και μικρότερο μέγεθος του βρέφους κατά τη γέννηση. Τα αναπτυξιακά αποτελέσματα του βρέφους επηρεάζονται αρνητικά από την προγεννητική έκθεση σε αντικαταθλιπτικά και την καταθλιπτική διάθεση της μητέρας στην εγκυμοσύνη (Hanley, et al., 2013).

Εκτός από την ψυχοπαθολογία, το προγεννητικό στρες είναι ένας άλλος κρίσιμος παράγοντας κινδύνου για τις εγκύους. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι το προγεννητικό στρες της μητέρας σχετίζεται με αλλαγές στην κορτιζόλη του πλάσματος της μητέρας και στην κορτιζόλη του αμνιακού υγρού. Αυτές οι αλλαγές μπορεί τελικά να προκαλέσουν αρνητικά αποτελέσματα γέννησης και επιζήμια συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους. Ωστόσο, οι δυσμενείς επιπτώσεις της πρώιμης έκθεσης σε υψηλά επίπεδα γλυκορτικοειδών στη γνωστική ανάπτυξη του βρέφους μπορεί να μετριαστούν από την ποιότητα της προσκόλλησης μητέρας-βρέφους. Οι μακροχρόνιες επιδράσεις του στρες που παρατηρούνται στην εγκυμοσύνη έχει επίσης αποδειχθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο προβλημάτων συμπεριφοράς που συνδέονται με τη μεταβολή της δραστηριότητας του άξονα των επινεφριδίων της υποθαλαμικής υπόφυσης. Οι συσχετίσεις μεταξύ του προγεννητικού στρες και του βάρους γέννησης των απογόνων, της ηλικίας κύησης και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς βρέθηκαν σταθερές σε ζευγάρια μητέρας-απογόνου (Baibazarova, et al., 2013).

Γυναίκες από χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, έφηβες ή πολύ νεαρές μητέρες (<21 ετών), μετανάστριες έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν υψηλότερο επίπεδο αντιληπτού στρες ενώ οι πρόσφυγες από κοινωνίες που έχουν καταρρεύσει από τον πόλεμο συχνά διαγιγνώσκονται με PTSD. Αυτές οι κοινωνικές ομάδες συχνά στερούνται κοινωνικής υποστήριξης, παράγοντα μεσολάβησης στρες, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα IPV, κατάχρησης ναρκωτικών παιδικής κακοποίησης και παρουσιάζουν χειρότερες γονικές δεξιότητες. Όλες οι παραπάνω συνθήκες οδηγούν σε χειρότερα αποτελέσματα γέννησης (Spyridou, et al., 2015).

Η προσκόλληση μητέρας-εμβρύου είναι ένας κρίσιμος προγνωστικός παράγοντας για τη μετέπειτα προσκόλληση μητέρας-παιδιού. Η θετική προσκόλληση μητέρας-εμβρύου βρέθηκε ότι είναι ένας προστατευτικός παράγοντας έναντι των συμπτωμάτων κατάθλιψης τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και έως και 6 μήνες μετά τη γέννηση. Εντοπίζονται επίσης θετικές συσχετίσεις με καλές πρακτικές υγείας όπως η αποχή από το κάπνισμα, το αλκοόλ και την κατάχρηση ναρκωτικών. Ως εκ τούτου, το αρνητικό θεωρείται ως ένας σοβαρός παράγοντας κινδύνου με ισχυρές συσχετίσεις με περαιτέρω

ψυχοκοινωνικούς κινδύνους.

Στην Αυστραλία, τα μέτρα προγεννητικού προσυμπτωματικού ελέγχου ενσωματώθηκαν στη μαιευτική πρακτική και έγιναν γενικά αποδεκτά τόσο από τις μαιές όσο και από τις εγκύους. Ως αποτέλεσμα, εντοπίστηκαν γυναίκες υψηλού κινδύνου και παραπέμφθηκαν σε κοινωνικούς λειτουργούς. Το μοντέλο εκτίμησης ψυχοκοινωνικού κινδύνου (psychosocial risk assessment model - PRAM) χρησιμοποιώντας την κλίμακα κατάθλιψης του Εδιμβούργου και το ερωτηματολόγιο προγεννητικού κινδύνου με βάση τον ψυχοκοινωνικό κίνδυνο (Antenatal Risk Questionnaire - ANRQ) που είναι ενσωματωμένο στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης περιγεννητικής φροντίδας στο Royal Hospital for Women στο Σίδνεϊ της Αυστραλίας σε 2.142 γυναίκες, χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό. έναν Δείκτη Ψυχοκοινωνικού Κινδύνου (PRI) προκειμένου να καθοδηγήσει τον εξατομικευμένο σχεδιασμό φροντίδας (Priest et al., 2006).

Πρόσφατα, εφαρμόστηκε μια συντομότερη έκδοση του ANRQ μετά την εξαγωγή 12 στοιχείων από το αρχικό Ερωτηματολόγιο Κινδύνου Εγκυμοσύνης 23 στοιχείων για να αξιολογηθεί η απόδοση του συντομότερου ANRQ. Οι Johnson και συν. (2013) βρήκαν ότι αυτό το εργαλείο πληροί περισσότερες από τις απαιτήσεις από οποιοδήποτε άλλο από τα υπόλοιπα που αξιολογήθηκαν. Αξιολογεί επτά τομείς ψυχοκοινωνικού κινδύνου: συναισθηματική υποστήριξη από τη μητέρα του ίδιου του υποκειμένου στην παιδική ηλικία, ιστορικό καταθλιπτικής διάθεσης ή ψυχικής ασθένειας και θεραπεία που έλαβε, αντιληπτό επίπεδο υποστήριξης που διατίθεται μετά τη γέννηση του μωρού, συναισθηματική υποστήριξη συντρόφου, στρες ζωής τους τελευταίους 12 μήνες, προσωπικότητα (αγχωτικά ή τελειομανικά χαρακτηριστικά) και ιστορικό κακοποίησης (συναισθηματικής, σωματικής και σεξουαλικής). Έχει βαθμολογία αξιολόγησης από ένα ελάχιστο 5 έως ένα πιθανό μέγιστο 62 και οι συγγραφείς προτείνουν μια κλινικά σχετική αποκοπή το 23. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου περιλαμβάνουν αποδεκτή ευαισθησία (0,62) και ειδικότητα (0,64), έχει υψηλή εγκυρότητα προσώπων και κατασκευής των παραγόντων που αξιολογήθηκαν και έχει υψηλή αποδοχή μεταξύ μαιών και εγκύων γυναικών, ωστόσο έχει χαμηλές θετικές και αρνητικές προγνωστικές τιμές (Johnson, et al., 2013). Αποτελεί βασικό συστατικό στην έγκαιρη αναγνώριση των κινδύνων ψυχικής υγείας και της νοσηρότητας κατά την περιγεννητική περίοδο.

Στη βιβλιογραφία δεν διαπιστώθηκαν αναφορές για παρόμοια πρωτόκολλα προσυμπτωματικού ελέγχου σε χώρες όπως η Ελλάδα, που λόγω των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη ζώνη της ΕΕ αγωνίζεται να διατηρήσει την κοινωνική της

σταθερότητα.

Οι σχετικές πληροφορίες για το ελληνικό σύστημα υγείας στην έκθεση Health in Transition (HiT) που δημοσιεύθηκε από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας περιγράφουν το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ως «ένα μείγμα μοντέλων ολοκληρωμένων δημοσίων συμβάσεων και δημοσίων αποζημιώσεων, που περιλαμβάνει στοιχεία τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα και ενσωματώνουν αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων.» Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται τόσο από ιδιωτικά όσο και από δημόσια κέντρα, αν και η πρώτη παρατηρείται συχνότερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και τα φαρμακευτικά προϊόντα. Ο ελληνικός πληθυσμός γεννά συνεχώς λόγω της μείωσης των ποσοστών γονιμότητας τα τελευταία τριάντα χρόνια. Τα ποσοστά γεννήσεων είναι ίσα με τα ποσοστά θανάτων, μετρώντας 10,5 γεννήσεις ανά 1000 πληθυσμού, ενώ το προσδόκιμο ζωής είναι 80,1 χρόνια κατά μέσο όρο και 82,1 για τις γυναίκες. Η θνησιμότητα μεταξύ των γυναικών είναι 46 θάνατοι ανά 1000 ενήλικες γυναίκες (15-60 ετών) και η βρεφική θνησιμότητα 2,7 ανά 1000 γεννήσεις ζωντανών (Economou, 2010).

Σε ό, τι αφορά τα οικονομικά μέσα, τα ποσοστά φτώχειας στην Ελλάδα ήταν υψηλότερα από τα μέσα ποσοστά της ΕΕ ακόμη και πριν η οικονομία εισέλθει σε σοβαρή κρίση το 2009. Οι τελευταίες εκθέσεις της Eurostat για την ανεργία φέρνουν την Ελλάδα πρώτη στην Ευρωζώνη με ποσοστά που αγγίζουν το 27,2% και το 59,1% μεταξύ νέοι (<25 ετών). Η βαθιά οικονομική ύφεση που έπληξε την Ελλάδα το 2009 πυροδότησε το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία. υποχωρώντας σε μελέτες που δείχνουν μια σχέση μεταξύ της μείζονος κατάθλιψης και της κλιμάκωσης της αυτοκτονίας με την οικονομική δυσπραγία. Τα σχετικά δεδομένα με την κατάσταση της περιγεννητικής ψυχικής υγείας είναι σπάνια, αλλά μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα το 2008 έδειξε ότι το 19,8% των συμμετεχόντων υπέστη επιλόχεια κατάθλιψη κατά τους πρώτους 6 μήνες μετά τον τοκετό, ενώ αυτό βρέθηκε να σχετίζεται με στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. μεταξύ άλλων παραγόντων. Όσον αφορά το πολιτιστικό πλαίσιο, η Ελλάδα είναι μια κολεκτιβιστική κουλτούρα όπου η οικογένεια είναι ο πυρήνας της συναισθηματικής και υλικής υποστήριξης και όπου οι άνθρωποι βασίζονται στην υποστήριξη των οικογενειών τους (Economou et al., 2013).

Λαμβάνοντας υπόψη τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα έργων που χρησιμοποιούν εργαλεία προγεννητικής αξιολόγησης για ψυχοκοινωνικούς κινδύνους σε άλλες χώρες και τη σημασία τους για την πρόληψη των δυσμενών επιπτώσεων στη σχέση μητέρας-παιδιού και στην ανάπτυξη του παιδιού, η συνέντευξη KINDEX αναπτύχθηκε από τους Schauer και Ruf-Leuschner μετά από κριτική ανασκόπηση του βιβλιογραφία βασισμένη σε στοιχεία (Ruf & Schauer, 2010). Το KINDEX είναι ένα σύντομο όργανο που αναπτύχθηκε αρχικά στα γερμανικά, σχεδιασμένο για χρήση από ιατρικό προσωπικό όπως γυναικολόγους, μαιευτήρες, μαίες και συμβούλους στην προγεννητική-περιγεννητική υγειονομική περίθαλψη.

Έχοντας κατά νου την τρέχουσα κατάσταση στην Ελλάδα και τις οικονομικές πιέσεις που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία των γυναικών και να αυξήσουν τους παράγοντες κινδύνου στις εγκύους μαζί με την έλλειψη οποιασδήποτε άλλης προγεννητικής εκτίμησης των ψυχοκοινωνικών κινδύνων, οι Spyridou, και συν. (2015) επιχείρησαν να προσαρμόσουμε το KINDEX στην ελληνική γλώσσα και να το εφαρμόσουν σε ρυθμίσεις πρωταρχικής προσοχής στην Πρωτοβάθμια Μαιευτική Υπηρεσία της Κρήτης. Δύο μαιευτήρες και πέντε μαίες πραγματοποίησαν 93 συνεντεύξεις KINDEX (διάρκειας 20 λεπτών) με έγκυες γυναίκες για να αξιολογήσουν τους παράγοντες ψυχοκοινωνικού κινδύνου που υπάρχουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στη συνέχεια παρέπεμψαν γυναίκες που εντόπισαν ότι είχαν δύο ή περισσότερους παράγοντες ψυχοκοινωνικού κινδύνου στη μονάδα φροντίδας ψυχικής υγείας του νοσοκομείου. Κατά τη διαδικασία επικύρωσης, ένας ειδικός κλινικός ψυχολόγος πραγματοποίησε διαγνωστικές συνεντεύξεις με ένα τυχαίο υποδείγμα 50 εγκύων με βάση καθιερωμένα διαγνωστικά όργανα για το στρες και την ψυχοπαθολογία, όπως τα PSS-14, ESI, PDS, HSCL-25. Σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων που προέκυψαν μέσω της αξιολόγησης χρησιμοποιώντας το KINDEX και των περιοχών κινδύνου άγχους, ψυχοπαθολογίας και τραυματικού φορτίου που αξιολογήθηκαν στη συνέντευξη επικύρωσης καταδεικνύουν την ταυτόχρονη εγκυρότητα του KINDEX που σχετίζεται με το κριτήριο. Η ακρίβεια παραπομπής του ιατρικού προσωπικού επιβεβαιώνεται μέσω συγκρίσεων μεταξύ εγκύων που έχουν παραπεμφθεί και δεν έχουν παραπεμφθεί στη μονάδα φροντίδας ψυχικής υγείας.

Προγεννητικός έλεγχος για ψυχοκοινωνικούς κινδύνους όπως το KINDEX είναι εφικτές σε χώρους δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Επιπλέον, η εγκυρότητα επιβεβαιώθηκε σε υψηλές συσχετίσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων KINDEX και των αποτελεσμάτων των συνεντεύξεων επικύρωσης. Η ελληνική έκδοση του KINDEX μπορεί να θεωρηθεί έγκυρο

εργαλείο, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μη εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό που παρέχει μαιευτική φροντίδα για τον εντοπισμό γυναικών υψηλού κινδύνου και την παραπομπή τους σε επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών. Αυτού του είδους οι αξιολογήσεις είναι απαραίτητες για την προώθηση ενός υγιούς οικογενειακού περιβάλλοντος και την ανάπτυξη του παιδιού.

### **3.4 Ρυθμίσεις για τη Μαιευτική Περίθαλψη στην Ελλάδα**

#### **Άρθρο 38**

##### **Προαγωγή του μη παρεμβατικού (φυσικού) τοκετού**

Σύμφωνα με την αναθεωρημένη νομοθεσία Ν.4999 ΦΕΚ 225/7-12-2022 τ Α΄ το Κράτος μεριμνά για την προαγωγή και την πρακτική εφαρμογή των σύγχρονων γνώσεων και υψηλών διεθνών προδιαγραφών σε θέματα μη παρεμβατικού (φυσικού) τοκετού.

Τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», τα νοσοκομεία που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Παιδείας και Θρησκευμάτων και Εθνικής Άμυνας, καθώς και οι ιδιωτικές κλινικές, μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες μη παρεμβατικού (φυσικού) τοκετού μέσω κέντρων φυσικού τοκετού. Για την ανάπτυξη, οργάνωση και λειτουργία των κέντρων, τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», καθώς και τα νοσοκομεία που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Παιδείας και Θρησκευμάτων και Εθνικής Άμυνας απαιτείται να διαθέτουν Μαιευτικό-Γυναικολογικό Τμήμα, ενώ οι ιδιωτικές κλινικές, Τμήμα Μαιευτικών Επεμβάσεων. Υπηρεσίες μη παρεμβατικού (φυσικού) τοκετού δύνανται, επίσης, να παρέχονται σε ανεξάρτητα κέντρα φυσικού τοκετού, που συστήνονται ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, με την υποχρέωση να διασυνδέονται με φορείς του πρώτου εδαφίου, οι οποίοι διαθέτουν Μαιευτικό-Γυναικολογικό Τμήμα ή Τμήμα Μαιευτικών Επεμβάσεων, κατά τη ανωτέρω διάκριση.

Στην περίπτωση των δημόσιων νοσοκομείων, τα κέντρα φυσικού τοκετού υπάγονται απευθείας στον Διοικητή του δημόσιου νοσοκομείου, ενώ στην περίπτωση των ιδιωτικών κλινικών, τα κέντρα υπάγονται στον Διοικητικό Διευθυντή της ιδιωτικής κλινικής. Τα ανεξάρτητα κέντρα φυσικού τοκετού αποτελούν αυτοτελείς και αυτόνομες δομές, με μαιευτική διεύθυνση και διαχείριση. Αρμόδια αρχή για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των ανεξάρτητων κέντρων φυσικού τοκετού, καθώς και για την ανάκλησή της,

είναι η κατά τόπον αρμόδια Περιφέρεια, από την οποία και εποπτεύονται.

Τα κέντρα φυσικού τοκετού αναγνωρίζονται ως τέτοια και πιστοποιούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, εφόσον πληρούν τους όρους και τις προϋποθέσεις, που καθορίζονται στην απόφαση της παρ. 9 του άρθρου 70. Για την αναγνώριση και την πιστοποίησή τους απαιτείται εισήγηση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.).

### **Άρθρο 39**

#### **Υπηρεσίες κατ' οίκον μαιευτικής φροντίδας «Μαίες στο σπίτι»**

Για την προώθηση της φυσικής και ψυχικής υγείας της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, την εξειδικευμένη φροντίδα κάθε γυναίκας και του νεογνού της, καθώς και την υποστήριξη και ενδυνάμωση της γυναίκας και του συντρόφου της στην ανάληψη του γονεϊκού τους ρόλου, αναπτύσσεται η κατ' οίκον μαιευτική φροντίδα για την παροχή υπηρεσιών στην οικία τους σε έγκυες, λεχώιδες και νεογνά.

Η κατ' οίκον μαιευτική φροντίδα δύναται να αναπτύσσεται και να οργανώνεται από δημόσιες δομές υγείας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου, κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες υγείας, Δίκτυα Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών Μαιευτών του άρθρου 12 του ν. 4486/2017 (Α' 115), οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης α' βαθμού και τα νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου αυτών, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, καθώς και ιδιώτες επαγγελματίες υγείας με σχετικά επαγγελματικά δικαιώματα.

Η κατ' οίκον μαιευτική φροντίδα περιλαμβάνει, ιδίως, την πρόληψη, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την περιγεννητική φροντίδα, την παροχή συμπτωματικής φροντίδας σε κάθε έγκυο, λεχώίδα και νεογνό την αποκατάσταση και σταθεροποίηση της υγείας τους μετά από νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, καθώς και την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και του οικογενειακού προγραμματισμού.

## **4. Στρατηγικές για τη βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Μαιευτικής Φροντίδας**

### **4.1. Παροχή κατάλληλης πολιτισμικά εξειδικευμένης φροντίδας μητρότητας**

Η ανάγκη για πολιτιστικά κατάλληλες εγκαταστάσεις υγείας είναι ο πυρήνας της εντολής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Υγεία για Όλους (Health For All) και θεωρείται συναφής με τη φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και κατά τη μεταγεννητική περίοδο. Διαφορετικά προγράμματα έχουν προσαρμόσει μοντέλα παροχής υπηρεσιών ή πρακτικές υπηρεσιών για να ενσωματώνουν αποδεκτή και σεβαστή φροντίδα, εκπαιδευμένους παρόχους υπηρεσιών, απασχολούμενους διαμεσολαβητές και διερμηνείς και έχουν χρησιμοποιήσει συμμετοχικές προσεγγίσεις για να εμπλακούν σε διάλογο με τις κοινότητες προκειμένου να αντιμετωπίσουν πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση της φροντίδας (WHO, 2015).

Μια πρόσφατη ποιοτική συστηματική ανασκόπηση επιβεβαιώνει τη σημασία των πολιτισμικών παραγόντων στις αποφάσεις των γυναικών και των οικογενειών να χρησιμοποιούν εξειδικευμένη φροντίδα κατά τη γέννηση. Διαφορετικά προγράμματα έχουν προσαρμόσει μοντέλα παροχής υπηρεσιών ή πρακτικές υπηρεσιών για να ενσωματώνουν αποδεκτή και σεβαστή φροντίδα, εκπαιδευμένους παρόχους υπηρεσιών, απασχολούμενους μεσολαβητές και διερμηνείς και έχουν χρησιμοποιήσει συμμετοχικές προσεγγίσεις για να εμπλακούν σε διάλογο με τις κοινότητες προκειμένου να αντιμετωπίσουν πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση της φροντίδας (Bohren et al., 2014).

Στοιχεία σχετικά με παρεμβάσεις για την παροχή πολιτιστικά κατάλληλης φροντίδας μητρότητας εξήχθησαν από μια συστηματική ανασκόπηση που διενεργήθηκε από τους Coast, Jones και Lattorf (προσεχώς). Η ανασκόπηση βασίστηκε στη βιβλιογραφία που προσδιορίστηκε μέσω μιας συστηματικής χαρτογράφησης που διεξήχθη από τους Coast και συν. (2014) και επίσης μέσω της χαρτογράφησης MASCOT/ MH-SAR. Αυτή η βιβλιογραφία συμπληρώθηκε με χειρόγραφες αναζητήσεις στις λίστες αναφοράς των σχετικών ανασκοπήσεων και στοιχείων που περιλαμβάνονται στη χαρτογράφηση, καθώς και με περαιτέρω συστάσεις από ειδικούς. Η ανασκόπηση επεδίωξε παρεμβάσεις σχεδιασμένες κυρίως και ρητά για την παροχή κατάλληλης πολιτισμικά εξειδικευμένης φροντίδας μητρότητας για καθορισμένες εθνογλωσσικές ή θρησκευτικές ομάδες. Παραδείγματα

παρεμβάσεων που εξετάζονται περιλαμβάνουν εκείνες που προσαρμόζουν μοντέλα παροχής υπηρεσιών (π.χ. το περιβάλλον υπηρεσίας, πρακτικές, υλικό ή/και γλώσσα) για να παρέχουν πολιτισμικά κατάλληλη ή αποδεκτή φροντίδα, παρεμβάσεις για την παροχή εκπαίδευσης προσωπικού και παρεμβάσεις που απασχολούν παρόχους υπηρεσιών ή διαμεσολαβητές που μοιράζονται πολιτιστικά χαρακτηριστικά με τον σχετικό πληθυσμό. Όπως προτείνει η GDG, σε αυτήν την περίπτωση αναζητήθηκαν επίσης μελέτες από χώρες υψηλού εισοδήματος, καθώς θεωρήθηκε ότι μπορούσαν να αντληθούν διδάγματα από εμπειρίες με διαφορετικές εθνοτικές ομάδες σε αυτά τα περιβάλλοντα.

Συνολικά 14 μελέτες εντοπίστηκαν ότι πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Οι μελέτες διεξήχθησαν κυρίως σε χώρες υψηλού εισοδήματος, όπου επικεντρώθηκαν σε υποπληθυσμούς στην Αυστραλία, τον Καναδά, το Ισραήλ, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ). Μία μελέτη διεξήχθη στο Περού.

Οι παρεμβάσεις περιελάμβαναν επιλογή και/ή αλλαγή παρόχου υπηρεσιών για να ταιριάζει με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης, αλλαγή του κοινωνικού περιβάλλοντος της υπηρεσίας, εισαγωγή ή/και αλλαγή πρακτικών υπηρεσιών, αλλαγή γλώσσας υπηρεσιών, αλλαγή τοποθεσίας παροχής υπηρεσιών, χρήση συμμετοχικού μοντέλο στο σχεδιασμό της παρέμβασης, την παροχή εκπαίδευσης του προσωπικού και την αλλαγή της φυσικής ρύθμισης της υπηρεσίας. Δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία για να καθοριστεί ποιες από αυτές τις στρατηγικές ή ποιος συνδυασμός στρατηγικών ήταν πιο αποτελεσματικοί.

Ο πολιτισμός δεν είναι στατικός και ο δυναμισμός του πρέπει να αναγνωριστεί, να προβλεφθεί και να ενσωματωθεί στις υπηρεσίες μαιευτικής φροντίδας. Οι δυνητικά επιβλαβείς συνέπειες των πολιτιστικών στερεοτύπων πρέπει να αποφευχθούν. Οι υπηρεσίες που έχουν σχεδιαστεί για συγκεκριμένους πληθυσμούς θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πιθανή βλάβη του σχετικού στίγματος. Θα πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για την κατανόηση των πολιτισμικών παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση της φροντίδας στο σχετικό πλαίσιο από το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2015).

Συνιστάται ο συνεχής διάλογος με τις κοινότητες ως ουσιαστική συνιστώσα για τον καθορισμό των χαρακτηριστικών των πολιτισμικά κατάλληλων, ποιοτικών υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας που καλύπτουν τις ανάγκες των γυναικών και των νεογνών και ενσωματώνουν τις πολιτιστικές προτιμήσεις τους. Συνιστώνται επίσης μηχανισμοί που διασφαλίζουν ότι οι φωνές των γυναικών περιλαμβάνονται ουσιαστικά σε αυτούς τους

διαλόγους.

## **4.2 Συμμετοχή της Κοινότητας σε διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας**

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που βασίζονται σε εγκαταστάσεις και η μετατροπή της ποιότητας σε αναπόσπαστο στοιχείο της κλιμάκωσης των παρεμβάσεων για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας των μητέρων, των νεογνών και των παιδιών είναι ζωτικής σημασίας για όλες τις χώρες. Οι προοπτικές των γυναικών, των οικογενειών και των κοινοτήτων σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας μητρότητας επηρεάζουν τις αποφάσεις για τη χρήση αυτής της φροντίδας.

Σχεδόν όλα τα πλαίσια βελτίωσης ποιότητας περιλαμβάνουν την προοπτική κοινότητας/χρήστη ως βασικό στοιχείο. Τα μέλη της κοινότητας μπορούν να συμμετέχουν σε αξιολογήσεις ποιότητας ως πληροφοριοδότες ή σε συζητήσεις σχετικά με τις πληροφορίες υγειονομικής περίθαλψης για τον εντοπισμό τρόπων βελτίωσης των υπηρεσιών. Τα επίπεδα συμμετοχής μπορεί να ποικίλλουν, π.χ. παροχή απόψεων έναντι πλήρους λήψης αποφάσεων και οι παρεμβάσεις μπορεί επίσης να ποικίλλουν, όπως διαβουλεύσεις με κοινότητες, εκπροσώπηση της κοινότητας σε επιτροπές διαχείρισης υγειονομικών εγκαταστάσεων και συναντήσεις μεταξύ εκπροσώπων της κοινότητας, διαχειριστών υπηρεσιών και παρόχων.

Στην περίπτωση των υπηρεσιών μητρότητας, οι προοπτικές των γυναικών και της κοινότητας είναι βασικά στοιχεία για τον καθορισμό του τι θα πρέπει να είναι μια υπηρεσία καλής ποιότητας. Αυτή η παρέμβαση συνδέεται επίσης με το γενικό συμφέρον για αυξημένη λογοδοσία. Όπως αναφέρεται στη Σύσταση 10, η διασφάλιση ότι οι κοινότητες συμμετέχουν στην ανάλυση πληροφοριών και στον εντοπισμό λύσεων μπορεί να βοηθήσει τις υπηρεσίες να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες της κοινότητας.

Τα μέλη της κοινότητας μπορούν να συμμετέχουν σε αξιολογήσεις ποιότητας ως πληροφοριοδότες ή σε συζητήσεις σχετικά με τις πληροφορίες υγειονομικής περίθαλψης για τον εντοπισμό τρόπων βελτίωσης των υπηρεσιών. Τα επίπεδα συμμετοχής μπορεί να ποικίλλουν, π.χ. παροχή απόψεων έναντι πλήρους λήψης αποφάσεων και οι παρεμβάσεις μπορεί επίσης να ποικίλλουν, π.χ. διαβουλεύσεις με κοινότητες, εκπροσώπηση της κοινότητας σε επιτροπές διαχείρισης υγειονομικών εγκαταστάσεων και συναντήσεις μεταξύ εκπροσώπων της κοινότητας, διαχειριστών υπηρεσιών και παρόχων.

Η κοινοτική συμμετοχή σε διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας για τις υπηρεσίες φροντίδας μητρότητας συνιστάται λοιπόν, για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας από την οπτική γωνία των γυναικών, των κοινοτήτων και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Οι κοινότητες θα πρέπει να συμμετέχουν στον από κοινού καθορισμό και αξιολόγηση της ποιότητας. Συνιστώνται επίσης μηχανισμοί που διασφαλίζουν ότι οι απόψεις των γυναικών συμπεριλαμβάνονται ουσιαστικά.

## Συμπεράσματα

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βασίζεται στις αρχές της ισότητας στη διανομή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης, της ενεργού συμμετοχής της κοινότητας στα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης και της έμφασης στην πρόληψη των ασθενειών παρά στη θεραπεία. Οι κύριοι στόχοι των υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας στο πρόγραμμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι να διασφαλίσουν ότι κάθε μέλλουσα μητέρα διατηρεί καλή υγεία καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου της μητρότητας.

Τα εμπόδια στην πρόσβαση στη μαιευτική φροντίδα είναι πολύπλοκα και πολύπλευρα. Ως εκ τούτου, απαιτούν πολυδιάστατες προσεγγίσεις που λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες των παρόχων υπηρεσιών και των χρηστών. Αν και τα εμπόδια είναι παρόμοια στις χώρες της Ευρώπης, υπάρχουν διαφορές ως προς τη φύση και την έκταση του προβλήματος. Απαιτούνται συνεπώς στρατηγικές ανά χώρα για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που τίθενται. Η Ελλάδα ιδιαίτερα έχοντας να αντιμετωπίσει και την πολυπολιτισμικότητα λόγω της εισόδου πολλών προσφύγων στην χώρα θα πρέπει να ενσωματώσει στρατηγικές που αφορούν στην εξειδικευμένη φροντίδα μητρότητας με έμφαση στην πολιτισμικότητα. Ο σεβασμός στα πολιτιστικά χαρακτηριστικά των μητέρων θεωρείται πρωτίστης σημασίας για την πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση και να φροντίζουν ότι θα παράσχουν την ορθότερη περίθαλψη σύμφωνα με την κουλτούρα της κάθε μητέρας.

Οι κυβερνήσεις είναι οι καταλληλότερες για να δημιουργήσουν ευνοϊκές συνθήκες για τη βελτίωση της θέσης των γυναικών και τη βελτίωση της συνολικής κοινωνικοοικονομικής ευημερίας τους. Η βελτιωμένη κοινωνικοοικονομική κατάσταση θα έχει πολλαπλά αποτελέσματα και γενικά συνδέεται με αυξημένη ικανότητα παροχής υπηρεσιών υγείας και συναφείς έμμεσο κόστος όπως μεταφορικά μέσα, καλύτερη πρόσβαση σε κατάλληλες πληροφορίες για την υγεία, μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, μειωμένη πιθανότητα συμμετοχής σε αρνητικές κοινωνικοπολιτιστικές πρακτικές /πιστεύω και μεγαλύτερη αποδοχή της φροντίδας μητρότητας.

Τέλος, σημαντικές επενδύσεις σε συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, με έμφαση στη βελτίωση των υποδομών υγειονομικής περίθαλψης (εγκαταστάσεις μαιευτικής περίθαλψης, κλπ) και εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία και εκπαίδευση δημόσιας υγείας σε επίπεδο κοινότητας μπορεί να οδηγήσουν σε βελτιωμένη πρόσβαση στη μαιευτική υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ο εντοπισμός και η εκμετάλλευση νέων

ευκαιριών για πολιτικές που περιλαμβάνουν βασικές προοπτικές προσβασιμότητας, διαθεσιμότητας, οικονομικής προσιτότητας και αποδοχής της μαιευτικής περίθαλψης θα διασφαλίσει ότι δεν θα παραβλεφθούν σημαντικές απόψεις ή ανησυχίες.

## Βιβλιογραφία

- Agarwal, R. (2017). Importance of Primary Health Care in the Society. *International Journal of Health Sciences*, 5-9. 10.21744/ijhs.v1i1.17.
- Almeida, L.M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: A systematic review. *Matern Child Health J.*, 17(8), 1346-1354. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x>
- American College of Nurse - Midwives (2020). Year of the Nurse and the Midwife. <https://www.midwife.org/2020-year-of-the-nurse-and-midwife>.
- Amnesty International. Public Statement: “Greece Must Immediately Ensure That Asylum-Seekers, Unaccompanied Children and Children of Irregular Migrants Have Free Access to the Public Health System”. (Amnesty International, ed.); 2019. Available at <https://reliefweb.int/report/greece/greece-must-immediately-ensure-asylum-seekers-unaccompanied-children-andchildren>. Accessed September 1, 2020.
- Antoniou, E., Orovou, E., Iliadou, M., Sarella, A., Palaska, E., Sarantaki, A., Iatrakis, G., & Dagla, M. (2021). Factors Associated with the Type of Cesarean Section in Greece and Their Correlation with International Guidelines. *Acta Inform Med.*, 29(1), 38-44. doi: 10.5455/aim.2021.29.38-44
- Baibazarova, E., van de Beek, C., Cohen-Kettenis, P.T., Buitelaar, J., Shelton, K.H., & van Goozen, S.H.M. (2013). Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 907–15.
- Behruzi, R., Klam, S., Dehertog, M. et al. (2017). Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17, 200. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1381-x>
- Betran, A.P., Temmerman, M., Kingdon, C, et al. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet*, 392(1015), 1358–1368. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31927-5
- Boesveld, I., Valentijn, P., Hitzert, M., Hermus, M., Franx, A., De Vries, R., Wieggers, T.

- Bruijnzeels, M. (2017). An Approach to measuring Integrated Care within a Maternity Care System: Experiences from the Maternity Care Network Study and the Dutch Birth Centre Study. *International Journal of Integrated Care*, 17. 10.5334/ijic.2522.
- Bohren, M.A., Hunter, E.C., Munthe-Kaas, H.M., Souza, J.P., Vogel, J.P., & Gülmezoglu, A.M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11(1), 71. doi:10.1186/1742-4755-11-71
- Brown, L., Oliver-Baxter, J. & Bywood P. (2013). International trends and initiatives in primary health care. *PHCRIS Research Roundup*, 3.
- Coast, E., Jones, E., Portela, A., & Lattof, S.R. Maternity care services and culture: a systematic global mapping of interventions. *PLoS ONE*, 9(9), e108130. doi:10.1371/journal.pone.0108130
- de Paoli, L. (2018). Access to health services for the refugee community in Greece: lessons learned. *Public Health*, 157, 104-106. [https:// doi.org/10.1016/j.puhe.2018.01.011](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.01.011)
- Deloitte, (2017). Healthcare in Greece Overview and Trends. Accessed at [https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/gr/Documents/life-sciences-health-care/gr\\_healthcare\\_in\\_greece\\_noexp.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/gr/Documents/life-sciences-health-care/gr_healthcare_in_greece_noexp.pdf)
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Patelakis, A., & Stefanis, C.N. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord.*, 145, 308–14.
- Edmonds, J.K., Ivanof, J., & Kafulafula, U. Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Ann Glob Health*, 86(1), 44. doi: 10.5334/aogh.2794.
- Freytsis, M., Phillippi, J.C., Cox, K.J., Romano, A. & Cragin, L. (2017). The American College of Nurse-Midwives clarity in collaboration project: describing midwifery care in interprofessional collaborative care models. *J. Midwifery Women's Health*, 62 (1), 101–108. doi: 10.1111/jmwh.12521.
- Giannakopoulos, G., & Anagnostopoulos, D.C. (2016). Child health, the refugees crisis, and economic recession in Greece. *Lancet*, 387(10025), 1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30016-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30016-2)

- Hanley, G.E., Brain, U., & Oberlader, T.F. (2013). Infant developmental outcomes following prenatal exposure to antidepressants, and maternal depressed mood and positive affect. *Early Hum Dev.*, S0378-3782(13), 00015–7. 10.1016/j.earlhumdev.2012.12.012.
- Hémono, R., Relyea, B., Scott, J., Khaddaj, S., Douka, A., & Wringe, A. (2018). The needs have clearly evolved as time has gone on: A qualitative study to explore stakeholders' perspectives on the health needs of Syrian refugees in Greece following the 2016 European Union-Turkey agreement. *Conflict Health*, 12(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0158-9>
- International Confederation of Midwives (2019). Midwife Map. <https://www.internationalmidwives.org/icm-publications/map.html>.
- Jia, H., Jiang, H., Yu, J., Zhang, J., Zheng, Z., Gao, S., Shang, P., Cao, P., Qiang, B. & Yu, X. (2021). A Human Resource Development Strategy for Primary Health Care: an Exploratory Study of Mixed Methods. *Research Square*, doi: 10.21203/rs.3.rs-626290/v1.
- Jonge, A., De Vries, R., Lagro-Janssen, A., Malata, A., Declercq, E., Downe, S. & Hutton, E. (2015). The Importance of Evaluating Primary Midwifery Care for Improving the Health of Women and Infants. *Frontiers in medicine*, 2. 17. 10.3389/fmed.2015.00017.
- Johnson, M., Schmeid, V., Lupton, S.J., Austin, M.P., Matthey, S.M., Kemp, L., et al. (2013). Measuring perinatal mental health risk. *Arch Womens Ment Health*, 15, 375–86.
- Kalavrezou, N. & Jin, H. (2021). Healthcare Reform in Greece: Progress and Reform Priorities. IMF Working Paper European Department.
- Kennedy, H.P., Yoshida, S., Costello, A., Declercq, E., Dias, M.A, Duff, E. & Renfrew, M.J, (2016). Asking different questions: research priorities to improve the quality of care for every woman, every child. *Lancet Global Health* 4 (11), e777–e779
- Kotsiou, O., Kotsios, P., Srivastava, D., Kotsios, V., Gourgoulianis, K., & Exadaktylos, A. (2018). Impact of the refugee crisis on the greek healthcare system: A long road to Ithaca. *Int J Environ Res Pub Health*, 15(8), 1790. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081790>
- Kotsiou, O., Srivastava, D., Kotsios, P., Exadaktylos, A., & Gourgoulianis, K. (2018). The

- emergency medical system in Greece: Opening Aeolus' bag of winds. *Int J Environ Res Pub Health*, 15(4), 745. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040745>
- Kousoulis, A.A., Ioakeim-Ioannidou, M., & Economopoulos, K.P. (2017). Refugee crisis in Greece: not a one-country job. *Int J Pub Health*, 62(1), 1-2. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0890-0>
- Kristienne McFarland, A., Jones, J., Luchsinger, J., Kissler, K. & Smith, D.C. (2020). The experiences of midwives in integrated maternity care: A qualitative metasynthesis. *Midwifery*, 80, 102544. doi: 10.1016/j.midw.2019.
- Kumar, Dr. Pawan & Khan, A. (2013). Human Resource Management in Primary Health Care System. *Health and population; perspectives and issues*, 36, 66-76.
- Leontari, M. (2013). Maternity care and postnatal depression in Greece: an ethnographic study. PHD Cardiff University. Accessed at [https://www.academia.edu/66980906/Maternity\\_care\\_and\\_postnatal\\_depression\\_in\\_Greece\\_an\\_ethnographic\\_study](https://www.academia.edu/66980906/Maternity_care_and_postnatal_depression_in_Greece_an_ethnographic_study)
- Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Petelos, E., Papadakis, S., SifakiPistolla, D., Papadakakis, M., Souliotis, K. & Tziraki, C. (2019) Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e113), 1–7. doi: 10.1017/S1463423619000446
- Lionis, C. & Petelos, E. (2015). The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary Care System: towards a European Model? In O' Donohue, W. and Maragakis, A. (Eds.), *Integrated Primary and Behavioral Care*. Springer.
- Mizerero, SA., Wilunda, C., Musumari, P.M. *et al.* (2021). The status of emergency obstetric and newborn care in post-conflict eastern DRC: a facility-level cross-sectional study. *Confl Health*, 15, 61. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00395-0>
- Nove, A., Moyo, N.T., Bokosi, M. & Garg, S. (2018). The Midwifery Services Framework: The process of implementation. *Midwifery*, 96-101. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.013
- Nunes, V.D., Gholitabar, M., Sims, J.M. & Bewley, S. (2014). Intrapartum care of healthy women and their babies: Summary of updated NICE guidance. *BMJ.*, 349: 6886 DOI: 10.1136/bmj.g6886

- OECD (2019). Realising the Full Potential of Primary Health Care. Policy brief. [OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf](#)
- Papadakaki, M., Iliadou, M., Sioti, E., Petelos, E., & Vivilaki, V. (2021). The Perinatal Journey of a Refugee Woman in Greece: A Qualitative Study in the Context of the ORAMMA Project to Elucidate Current Challenges and Future Perspectives. *Sexes*, 2, 452–467. <https://doi.org/10.3390/sexes2040036>
- Priest, S.R., Austin, M.P., Barnett, B.B., & Buist, A. (2008). A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings. *Arch Womens Ment Health*, 11, 307–17.
- Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., et al. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3
- Riggs, E., Kilpatrick, N., Slack-Smith, L., Chadwick, B., Yelland, J., Muthu, M.S. & Gomersall, J.C. (2019). Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries. *Cochrane Database Syst Rev.*, 20 (11), CD012155.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.*, 4: CD004667 DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
- Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Tzavelas, G., Psychogiou, M., Clark, L., Vehviläinen-Julkunen, K. (2009) Mothers “experiences of maternity services: internal consistency and test-retest reliability of the Greek translation of the Kuopio Instrument from *Mothers Midwifery*, 25,691-700
- Scott, H.M, & Wallis, N. (2021). Maternity care for refugees living in Greek refugee camps: What are the challenges to provision? *Birth*, 48,114–121. doi:10.1111/birt.12522
- Shaw D, Guise JM, Shah N, Gemzell-Danielsson K, Joseph KS, Levy B, Main EK, 2016. Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? *Lancet*, 388(10057): 2282–2295.
- Shortall, C.K., Glazik, R., Sornum, A., & Pritchard, C. (2017). On the ferries: the unmet

- health care needs of transiting refugees in Greece. *Int Health*, 9(5), 272-280.  
<https://doi.org/10.1093/inthealth/ihx032>
- Smith, D.C. (2015). Midwife–physician collaboration: a conceptual framework for interprofessional collaborative practice. *J. Midwifery Womens Health*, 60(2), 128–139.  
 doi: 10.1111/jmwh.12204.
- The Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016–2030). Every Women Every Child. <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>.
- United Nations Refugee Agency UNPF and WRC. Initial Assessment Report: Protection Risks for Women and Girls in the European Refugee and Migrant Crisis; 2016. Available at <https://www.unhcr.org/uk/protection/operations/569f8f419/initial-assessment-report-protection-risks-women-girls-european-refugee.html>. Accessed September 1, 2020
- United Nations High Commissioner for Refugees. Regional Refugee and Migrant Response Plan for Europe January to December 2017; 2016. Available at <https://www.unhcr.org/uk/partners/donors/589497d07/2017-regional-refugee-migrant-response-plan-europe-january-december-2017.html>. Accessed September 1, 2020.
- United Nations Population Fund. Women and Girls and Safe Spaces: A Guidance Note Based on Lessons Learnt in the Syrian Crisis. United Nations Population Fund; 2015. Available at <https://www.unfpa.org/resources/women-girls-safe-spaces-guidance-notebased-lessons-learned-syrian-crisis>. Accessed September 1, 2020
- Valentijn, P.P., Vrijhoef, H., Ruwaard, D., Boesveld, I., Arends, R.Y. & Bruijnzeels, M.A. (2015). Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Family Practice*, 16, 64. doi: 10.1186/s12875-0158-0278-x
- Watkins, V. (2015). Collaboration in maternity care: are we missing the point? *Aust. Nurs. Midwifery J*, 22(11): 51.
- WHO (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- WHO (2019). Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: Framework for action Geneva: World Health Organization; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324738/9789241515849-eng.pdf>
- WHO (2016). Strategy and Action Plan for Refugee and Migrant Health in the WHO European Region: 12–15 September 2016. Copenhagen: World Health Organization; 2016
- WHO (2018). Technical series on primary health care. Building the primary health care workforce of the 21st century. [workforce.pdf \(who.int\)](#)
- WHO (2017). The International Bank for Reconstruction and Development/the World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260522>).
- WHO (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
- WHO (2015a). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report.
- WHO (2015b). People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report
- WHO (2015c). Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
- WHO (2018). Regional Office for Europe. Improving the Health Care of Pregnant Refugee and Migrant Women and Newborn Children. Copenhagen: (Technical Guidance on Refugee and Migrant Health). WHO Regional Office for Europe; 2018. Available at <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improvingthe-health-care-of-pregnant-refugee-and-migrant-women-andnewborn-children-2018>. Accessed September 1, 2020
- WHO (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf)
- Women’s Refugee Commission. EU-Turkey Agreement Failing Refugee Women and Girls;

2016. Available at <https://reliefweb.int/report/turkey/eu-turkey-agreement-failing-refugee-women-andgirls>. Accessed September 1, 2020

Λιόνης, Χ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Λάγιου, Α. & Βιβιλάκη, Β. (2015). Ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) και εστιασμένη στον άνθρωπο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Εισαγωγικά σχόλια και ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Στο: *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Εκδόσεις: Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα.