



ΣΧΟΛΗ: ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**“Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα. Η διεθνής εμπειρία
και η ελληνική πραγματικότητα”**

Ον/μο φοιτήτριας: ΑΛΕΞΙΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: ΓΕΙΤΟΝΑ ΜΑΡΙΑ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2025



ΣΧΟΛΗ: ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**“Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα. Η διεθνής
εμπειρία και η ελληνική πραγματικότητα”**

*Διπλωματική Εργασία η οποία υποβλήθηκε προς απόκτηση μεταπτυχιακού
τίτλου σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος*

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΑΛΕΞΙΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

**ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: ΓΕΙΤΟΝΑ ΜΑΡΙΑ, ΛΑΤΣΟΥ
ΔΗΜΗΤΡΑ, ΧΑΤΖΙΚΟΥ ΜΑΓΔΑ**

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2025

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Copyright ©ΑΛΕΞΙΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, 2025

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της Διπλωματικής Εργασίας από το Πανεπιστημίου Νεάπολις δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου.

Σελίδα Εγκυρότητας

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή: ΑΛΕΞΙΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση εξ αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις και εγκρίθηκε στις 11/02/2025.....από τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.

Εξεταστική Επιτροπή:

Πρώτος επιβλέπων (Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος) ΓΕΙΤΟΝΑ ΜΑΡΙΑ,ΣΕΠ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ ΚΑΙ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: ΛΑΤΣΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ, ΛΕΚΤΟΡΑΣ

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: ΧΑΤΖΙΚΟΥ ΜΑΓΔΑ,ΣΕΠ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ΑΛΕΞΙΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΟΥ, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα. Η διεθνής εμπειρία και η Ελληνική πραγματικότητα.», αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει, έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η Δηλούσα



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εν λόγω εργασία διερευνά την πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα, συγκρίνοντας τις διεθνείς πρακτικές με την πραγματικότητα που αντιμετωπίζει η Ελλάδα. Η πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα αναφέρεται στη βασική υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού όπως επίσης και της περιόδου μετά τον τοκετό, με επίκεντρο την πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση και τη θεραπεία των επιπλοκών με κυριότερο στόχο τη διασφάλιση της ευημερίας της μητέρας και του νεογνού. Εξετάζοντας τα πλαίσια, τις πολιτικές και τα αποτελέσματα σε χώρες με καθιερωμένα συστήματα μαιευτικής φροντίδας, αυτή η εργασία προσδιορίζει βέλτιστες πρακτικές και καινοτόμες προσεγγίσεις που ενισχύουν την προσβασιμότητα, την ποιότητα και τα αποτελέσματα στη μητρική υγειονομική περίθαλψη.

Η διεθνής εμπειρία αναδεικνύει μοντέλα περίθαλψης όπου διεπιστημονικές ομάδες, υπηρεσίες που βασίζονται στην κοινότητα και προηγμένες τεχνολογίες εργάζονται συνεκτικά για την αντιμετώπιση διαφορετικών αναγκών υγείας της μητέρας. Οι χώρες με αποτελεσματικά συστήματα δίνουν προτεραιότητα στην καθολική πρόσβαση, την εκπαίδευση και την ενδυνάμωση των μέλλουσες μητέρες, μαζί με την ένταξη των μαιών και των μαιευτηρίων σε δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας.

Αντίθετα, η πραγματικότητα της Ελλάδας παρουσιάζει μοναδικές προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένων των περιφερειακών ανισοτήτων, των περιορισμών στους πόρους και των κενών στις υποδομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που επηρεάζουν τη συνέπεια και την ποιότητα των μαιευτικών υπηρεσιών. Μέσα από μια συγκριτική ανάλυση, η συγκεκριμένη εργασία εντοπίζει τα δυνατά και αδύνατα σημεία του ελληνικού συστήματος ενώ παράλληλα δίνει έμφαση στις ευκαιρίες για βελτίωση. Η μεθοδολογία της συγκεκριμένης εργασίας είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου στο τέλος, σύμφωνα με όσα μελετήσουμε από διεθνείς, ελληνικές και διαδικτυακές πηγές, θα δημιουργηθεί μια SWOT ανάλυση.

ABSTRACT

This paper explores primary obstetric care, comparing international practices with the reality faced by Greece. Primary obstetric care refers to the basic health care provided to women during pregnancy, childbirth and the postpartum period, focusing on the prevention, early detection and treatment of complications with the main goal of ensuring the well-being of the mother and the newborn. By examining the frameworks, policies and outcomes in countries with established obstetric care systems, this paper identifies best practices and innovative approaches that enhance accessibility, quality and outcomes in maternal health care.

International experience highlights models of care where multidisciplinary teams, community-based services and advanced technologies work together to address diverse maternal health needs. Countries with effective systems prioritize universal access, education, and empowerment of expectant mothers, along with the integration of midwives and maternity hospitals into integrated care networks.

In contrast, the reality of Greece presents unique challenges, including regional disparities, resource constraints, and gaps in primary care infrastructure, which affect the consistency and quality of obstetric services. Through a comparative analysis, this paper identifies the strengths and weaknesses of the Greek system while highlighting opportunities for improvement. The methodology of this specific work is a literature review where at the end, according to what we study from international, Greek and online sources, a SWOT analysis will be created.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ.....	2
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΠΜΦ).....	13
2.1 Οι επαγγελματίες Υγείας της ΠΜΦ.....	14
2.2 Η μαιά στην κοινότητα και ο ρόλος της στην προετοιμασία για τη γονεϊκότητα.....	16
2.3 Οργάνωση μαιευτικής φροντίδας.....	18
2.4 Ο ρόλος της μαιάς στον τοκετό.....	20
2.5 Ο ρόλος της μαιάς στη σίτιση του βρέφους και στον θηλασμό.....	21
2.6 Ο ρόλος της μαιάς στις επιπλοκές της κύησης.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ.....	24
3.1 Γαλλία.....	27
3.2 Γερμανία.....	30
3.3 Ηνωμένο Βασίλειο.....	32
3.4 Ολλανδία.....	33
3.5 Νορβηγία.....	35
3.6 Σουηδία.....	38
3.7 Φινλανδία.....	39
3.8 ΗΠΑ.....	41
3.9 Καναδάς.....	43

3.10 Νέα Ζηλανδία	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ – ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ	51
5.1 Συγκρίσεις μεταξύ χωρών	51
5.2 Η Ελληνική πραγματικότητα	56
5.3 Γενικά συμπεράσματα	58
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	63

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή, η πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα αποτελεί το θεμέλιο της υγείας της μητέρας και του νεογνού, καλύπτοντας βασικές ανάγκες κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την περίοδο μετά τον τοκετό. Περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, έγκαιρη διάγνωση και έγκαιρες παρεμβάσεις που μετριάζουν τους κινδύνους και ενισχύουν τα αποτελέσματα υγείας τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. Παρά την καθολική σημασία της, η οργάνωση, η ποιότητα και η προσβασιμότητα της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα, επηρεαζόμενη από κοινωνικοπολιτικούς, οικονομικούς παράγοντες είτε ακόμα και παράγοντες του συστήματος υγείας.

Η εν λόγω εργασία εξετάζει την πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα συγκρίνοντας τις διεθνείς εμπειρίες με την πραγματικότητα της Ελλάδας, ρίχνοντας φως στις βέλτιστες πρακτικές και εντοπίζοντας τομείς προς βελτίωση στο ελληνικό πλαίσιο. Βασικότερος σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διερευνήσει πώς λειτουργεί η πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα σε ποικίλα διεθνή περιβάλλοντα και να αξιολογήσει την εφαρμογή της στην Ελλάδα, μια χώρα με μοναδικές προκλήσεις στον τομέα της υγείας.

Συγκεκριμένα, η εργασία επιδιώκει να αναλύσει πώς οι παγκόσμιες πρακτικές μπορούν να ενημερώσουν και να ενισχύσουν τη μαιευτική φροντίδα στην Ελλάδα, αντιμετωπίζοντας τις ανισότητες στην πρόσβαση, την ποιότητα των υπηρεσιών και τα αποτελέσματα. Ως βιβλιογραφική ανασκόπηση, η έρευνα βασίζεται σε στοιχεία από βιβλία, ακαδημαϊκές δημοσιεύσεις, επίσημες αναφορές και μελέτες περιπτώσεων, χρησιμοποιώντας βάσεις δεδομένων όπως είναι για παράδειγμα το PubMed, το Scopus και το Google Scholar. Πιο συγκεκριμένα, η εργασία αποτελεί μια συγκριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση, συγκρίνοντας τα δεδομένα από διάφορες χώρες σε σχέση με την ελληνική πραγματικότητα. Βασικοί όροι όπως «πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα», «μητρική υγεία», «πρακτικές μαιευτικής» και «ανισότητες υγειονομικής περίθαλψης» καθοδήγησαν την αναζήτηση, διασφαλίζοντας μια ολοκληρωμένη και ενημερωμένη συλλογή σχετικής βιβλιογραφίας.

Η προστιθέμενη αξία αυτής της εργασίας έγκειται στη δυνατότητά της να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πράξης στη μητρική υγειονομική περίθαλψη. Ενσωματώνοντας τις διεθνείς επιτυχίες και προκλήσεις στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας, η εργασία στοχεύει να παρέχει αξιόπιστες γνώσεις για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας. Τα ευρήματα θα μπορούσαν να ενημερώσουν στρατηγικές με απώτερο στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της μητρικής υγείας, τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων καθώς επίσης και την προώθηση μιας ολιστικής προσέγγισης στη φροντίδα. Παράλληλα, αυτή η εργασία υπογραμμίζει τον καθοριστικό ρόλο των μαιών, των μαιευτηρίων και της διεπιστημονικής συνεργασίας στην παροχή ποιοτικής φροντίδας που σέβεται τις πολιτισμικές και ατομικές ανάγκες.

Μέσα από αυτή τη συγκριτική ανάλυση, οι αναγνώστες θα αποκτήσουν μια βαθύτερη κατανόηση των δυνατών και των αδυναμιών του ελληνικού συστήματος μαιευτικής φροντίδας σε σχέση με τα παγκόσμια πρότυπα. Θα είναι επίσης εξοπλισμένοι με γνώση πρακτικών που βασίζονται σε στοιχεία και συστάσεις πολιτικής που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν με στόχο την αντιμετώπιση των κενών στην περίθαλψη. Στόχος της εν λόγω εργασίας είναι να υπογραμμίσει τη σημασία της συνεχούς βελτίωσης της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας, υποστηρίζοντας μεταρρυθμίσεις που ευθυγραμμίζουν την Ελλάδα με τις παγκόσμιες βέλτιστες πρακτικές και διασφαλίζουν ισότιμη πρόσβαση σε ασφαλή και αποτελεσματική μητρική υγειονομική περίθαλψη για όλους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα αντιπροσωπεύει το θεμέλιο της υγείας της μητέρας και του νεογνού, εστιάζοντας στην παροχή προσβάσιμης, βασισμένης σε στοιχεία και συνεχούς φροντίδας στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της περιόδου μετά τον τοκετό. Αυτή η ιδέα δίνει έμφαση στα προληπτικά μέτρα, την έγκαιρη διάγνωση και τις έγκαιρες παρεμβάσεις με βασικότερο στόχο την αισθητή ελάττωση των επιπλοκών και την προώθηση των βέλτιστων αποτελεσμάτων τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό (Kweon & Lee, 2018).

Η φροντίδα αυτής της μορφής χαρακτηρίζεται από την προσβασιμότητα σε κοινοτικό επίπεδο και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις μοναδικές ανάγκες των γυναικών σε διάφορα περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένων των αγροτικών και αστικών περιοχών. Έρευνες όλα αυτά τα χρόνια έχουν δείξει πως μία από τις βασικές αρχές της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας είναι η ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας της μητέρας σε ευρύτερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Sharma, 2013).

Αυτό κατά κύριο λόγο περιλαμβάνει προγεννητικούς ελέγχους ρουτίνας, διατροφική συμβουλευτική, αγωγή υγείας και διάφορα προγράμματα ανοσοποίησης, καθώς και παραπομπές σε εξειδικευμένη φροντίδα όταν είναι απαραίτητο. Ο κυριότερος στόχος είναι να ενδυναμωθούν οι γυναίκες με γνώση και υποστήριξη σε όλη την αναπαραγωγική διαδικασία, διασφαλίζοντας παράλληλα απρόσκοπτη πρόσβαση στους απαραίτητους ιατρικούς πόρους (Sanfilippo & Smith, 2007).

Βάσει μελετών, η πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα είναι εγγενώς διεπιστημονική και περιλαμβάνει τη συνεργασία μαιών, μαιευτηρίων, νοσοκόμων και οικογενειακών γιατρών. Οι μαίες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο σε πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας όχι μόνο ιατρική φροντίδα αλλά και συναισθηματική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη στις μέλλουσες μητέρες. Οι μαιευτήρες, από την άλλη, είναι σημαντικοί για τη διαχείριση κήσεων και επιπλοκών υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας μια ισορροπία μεταξύ πρωτοβάθμιας και εξειδικευμένης φροντίδας (Βιβιλάκη, 2015).

Η πολιτιστική ικανότητα είναι ένα άλλο εξίσου σημαντικό συστατικό της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας. Στη σημερινή εποχή, οι επαγγελματίες υγείας είναι καθοριστικό να σέβονται και να προσαρμόζονται στις πολιτιστικές πεποιθήσεις, πρακτικές και προτιμήσεις των μελλοντικών μητέρων, διατηρώντας παράλληλα πρότυπα φροντίδας που βασίζονται σε καθορισμένα στοιχεία. Αυτή η προσέγγιση ενισχύει την εμπιστοσύνη, βελτιώνει σε μεγάλο βαθμό την επικοινωνία και την ίδια στιγμή ενισχύει την ικανοποίηση των ασθενών, ιδιαίτερα σε πολυπολιτισμικές ή αυτοεξυπηρετούμενες κοινότητες (Ministry of Health Vanuatu, 2017).

Μια βασική έννοια στην πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη είναι η πρόληπτική φύση της. Οι τακτικές προγεννητικές επισκέψεις έχουν σχεδιαστεί για τον εντοπισμό και τη διαχείριση πιθανών παραγόντων κινδύνου, όπως είναι για παράδειγμα ο διαβήτης κύησης, η υπέρταση και η αναιμία, πριν προχωρήσουν σε πιο σοβαρές καταστάσεις. Η επιλόχεια φροντίδα, η οποία πολλές φορές λαμβάνει λιγότερη προσοχή, είναι εξίσου ζωτικής σημασίας, αντιμετωπίζοντας ζητήματα όπως είναι πχ η ψυχική υγεία της μητέρας, η υποστήριξη της γαλουχίας είτε ακόμα και ο οικογενειακός προγραμματισμός (Kweon & Lee, 2018).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υπογραμμίζει τη σημασία της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας ως μέσου με απώτερο στόχο την επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας αλλά και τη μείωση της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας. Οι χώρες με ισχυρά συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας συχνά παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά μητρικής θνησιμότητας και καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία συνολικά. Διασφαλίζοντας ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες, η πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα αντιμετωπίζει τις ανισότητες στην υγεία και δίνει τη δυνατότητα στις γυναίκες να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις για την υγεία τους (Sanfilippo & Smith, 2007).

Συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί πως η πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της δημόσιας υγείας, συνδυάζοντας την πρόληψη, την εκπαίδευση και την έγκαιρη παρέμβαση για τη διασφάλιση της ευημερίας της μητέρας και του παιδιού. Ο ολιστικός, πολιτισμικά ευαίσθητος και συνεργατικός χαρακτήρας του το καθιστά απαραίτητο με στόχο τη δημιουργία πιο υγιών οικογενειών και κοινοτήτων. Το εννοιολογικό πλαίσιο τονίζει ότι η βελτίωση της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας δεν είναι απλώς μια προτεραιότητα υγείας, αλλά μια κοινωνική επιταγή (Sharma, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΠΜΦ)

2.1 Οι επαγγελματίες Υγείας της ΠΜΦ

Στην ΠΜΦ εμπλέκονται η μαία, ο γυναικολόγος, ο γενικός γιατρός, ο αγροτικός γιατρός κλπ. Οι μαίες βρίσκονται στον πυρήνα της πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης, προσφέροντας εξατομικευμένη και συνεχή υποστήριξη στις έγκυες γυναίκες κατά τη διάρκεια της προγεννητικής, του τοκετού και της μεταγεννητικής περιόδου. Οι αρμοδιότητές τους κατά κύριο λόγο περιλαμβάνουν τη διεξαγωγή προγεννητικών εξετάσεων ρουτίνας, την παροχή εκπαίδευσης στον τοκετό όπως επίσης και τη βοήθεια με φυσικούς τοκετούς (Luyben et al., 2017).

Οι μαίες διαδραματίζουν επίσης καθοριστικό ρόλο σε ότι έχει να κάνει με τον έγκαιρο εντοπισμό των επιπλοκών και στην παραπομπή των ασθενών σε εξειδικευμένη φροντίδα όταν χρειάζεται. Η εστίασή τους στην ολιστική και γυναικοκεντρική φροντίδα τους καθιστά ζωτικής σημασίας με απώτερο σκοπό την προώθηση θετικών μητρικών και νεογνικών αποτελεσμάτων (Ministry of Health Vanuatu, 2017).

Εξίσου σημαντικός, όμως, λογίζεται πως είναι και ο ρόλος των γυναικολόγων και των μαιευτήρων. Οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας είναι ειδικοί γιατροί που επιβλέπουν την υγεία των γυναικών κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την περίοδο μετά τον τοκετό. Με λίγα λόγια, διαχειρίζονται τη συνήθη προγεννητική φροντίδα, αλλά είναι επίσης εκπαιδευμένοι για να αντιμετωπίζουν εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου και επιπλοκές όπως είναι για παράδειγμα η προεκλαμψία ή ο διαβήτης κύησης. Στην πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη, πολλές φορές συνεργάζονται με μαίες, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που απαιτούν ιατρικές παρεμβάσεις όπως είναι πχ καισαρικές τομές κλπ. Η τεχνογνωσία τους διασφαλίζει ότι τόσο οι φυσιολογικές όσο και οι σύνθετες εγκυμοσύνες αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά (Βιβιλάκη, 2015).

Καθοριστική συμβολή, όμως, έχουν και οι γενικοί ιατροί οι οποίοι παρέχουν έναν ουσιαστικό σύνδεσμο μεταξύ της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των εξειδικευμένων μαιευτικών υπηρεσιών. Σε αγροτικές ή αυτοεξυπηρετούμενες περιοχές, είναι εφικτό να χρησιμεύσουν ως το πρώτο σημείο επαφής για τις εγκύους, προσφέροντας βασική προγεννητική φροντίδα και καθοδήγηση. Οι εν λόγω ιατροί έχουν την ευχέρεια να εντοπίσουν πιθανούς κινδύνους και να διασφαλίσουν την

έγκαιρη παραπομπή σε μαιευτήρες ή μαίες. Η ευρεία γνώση τους για τη γενική υγεία και η συνεχής σχέση τους με τους ασθενείς τους καθιστούν αναπόσπαστο μέρος της συνέχειας της μαιευτικής φροντίδας (Sanfilippo & Smith, 2007).

Όσον αφορά τους αγροτικούς ιατρούς, που αναφέρθηκαν παραπάνω, είναι χρήσιμο να σημειωθεί πως σε απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές, οι συγκεκριμένοι γιατροί είναι συχνά οι κύριοι πάροχοι μαιευτικής περίθαλψης. Επί της ουσίας παρέχουν προγεννητικούς ελέγχους, παρακολουθούν την υγεία του εμβρύου και διαχειρίζονται παραπάνω ιατροί αντιμετωπίζουν μοναδικές προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης εξειδικευμένων εγκαταστάσεων και της περιορισμένης πρόσβασης στην προηγμένη τεχνολογία. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η αφοσίωση και η προσαρμοστικότητα τους είναι κρίσιμες για τη διασφάλιση ότι οι έγκυες γυναίκες στις αγροτικές κοινότητες λαμβάνουν έγκαιρη και επαρκή φροντίδα (Woodruff & Blanchard, 2016).

Από την άλλη μεριά, οι νοσηλεύτες διαδραματίζουν υποστηρικτικό αλλά ουσιαστικό ρόλο στην πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη, ιδιαίτερα σε κέντρα υγείας και κλινικές. Βοηθούν τις μαίες και τους μαιευτήρες κατά τις προγεννητικές επισκέψεις, παρέχουν εκπαίδευση υγείας σε έγκυες γυναίκες και βοηθούν στην παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και της ανάπτυξης του εμβρύου. Στη μεταγεννητική φροντίδα, οι νοσοκόμες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή καθοδήγησης κυρίως σε ότι έχει να κάνει με το θηλασμό, τη φροντίδα του νεογνού είτε ακόμα και την ανάρρωση της μητέρας. Η παρουσία τους ενισχύει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των μαιευτικών υπηρεσιών (Sharma, 2013).

Παράλληλα, σημαντικός θεωρείται πως είναι και ο ρόλος των Εμβρυομητρικών Ειδικών. Οι ειδικοί της εμβρυομητρικής ιατρικής, αν και ασχολούνται κυρίως με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, συμβάλλουν περιστασιακά στην πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα συμβουλευόμενοι για εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου που εντοπίζονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Συνεργάζονται με μαιευτήρες και μαίες για να εξασφαλίσουν έγκαιρες παρεμβάσεις και εξατομικευμένα σχέδια φροντίδας για περίπλοκες περιπτώσεις, μειώνοντας την πιθανότητα επιπλοκών και βελτιώνοντας τα αποτελέσματα της μητέρας και του εμβρύου (Abril et al., 2024).

Γενικότερα, θα πρέπει να γνωρίζουμε πως η αποτελεσματική πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα εξαρτάται από την απρόσκοπτη συνεργασία όλων των παραπάνω επαγγελματιών υγείας. Οι μαίες, οι μαιευτήρες, οι γενικοί ιατροί, οι αγροτικοί γιατροί και οι νοσοκόμες είναι σημαντικό να συνεργαστούν για να παρέχουν ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στις μέλλουσες μητέρες. Η τακτική επικοινωνία, η κοινή λήψη αποφάσεων και η τήρηση πρακτικών που βασίζονται σε στοιχεία διασφαλίζουν ότι η παρεχόμενη φροντίδα είναι αποτελεσματική και ενσυναίσθηση, καλύπτοντας τις διαφορετικές ανάγκες των εγκύων γυναικών (Marshall & Raynor, 2020).

2.2 Η μαία στην κοινότητα και ο ρόλος της στην προετοιμασία για τη γονεϊκότητα

Οι μαίες χρησιμεύουν ως αξιόπιστα πρόσωπα στην κοινότητα, γεφυρώνοντας το χάσμα μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και των οικογενειών. Η προσβασιμότητα και η ολιστική προσέγγισή τους τα καθιστούν ιδανικά για την υποστήριξη των μελλοντικών γονέων καθώς προετοιμάζονται για τις βαθιές αλλαγές που επιφέρει η γονεϊκότητα. Οι μαίες πολλές φορές εργάζονται σε κοινοτικά κέντρα υγείας, κλινικές ή πραγματοποιούν επισκέψεις στο σπίτι, διασφαλίζοντας ότι η εκπαίδευση και η φροντίδα είναι άμεσα διαθέσιμες σε όλους. Αυτή η τοπική παρουσία επιτρέπει στις μαίες να καλλιεργούν ισχυρές, συνεχείς σχέσεις με τις οικογένειες, κάτι που είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική προετοιμασία για τη γονεϊκότητα (Bowen & Taylor, 2022).

Ένας από τους πιο σημαντικούς ρόλους της μαίας στην κοινότητα είναι η παροχή εκπαίδευσης σχετικά με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την πρόωρη ανατροφή των παιδιών. Αυτό περιλαμβάνει συζήτηση για την προγεννητική υγεία, τις επιλογές τοκετού και τη μεταγεννητική φροντίδα, καθώς και την προσφορά πρακτικών οδηγιών σχετικά με το θηλασμό και τη βρεφική φροντίδα. Πέρα από την εκπαίδευση, οι μαίες προσφέρουν συναισθηματική υποστήριξη, αντιμετωπίζοντας τους φόβους και τα άγχη που συχνά συνοδεύουν τη γονεϊκότητα. Δημιουργώντας έναν ασφαλή χώρο για ανοιχτό διάλογο, δίνουν τη δυνατότητα στους γονείς να

προσεγγίζουν τον τοκετό και την ανατροφή των παιδιών με αυτοπεποίθηση και γνώση (Luyben et al., 2017).

Η μαιευτική φροντίδα για γυναίκες που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν μπορεί να περιλαμβάνει τη συζήτηση πτυχών όπως είναι για παράδειγμα η σωματική δραστηριότητα, η διατροφή, οι τιμές του θυρεοειδούς, η στοματική υγεία είτε ακόμα και το ψυχικό στρες. Παρά το γεγονός αυτό, όμως, η μαιευτική φροντίδα και συμβουλευτική καθ' όλη τη διάρκεια της προ-συλληπτικής φάσης σπάνια παρέχεται επί του παρόντος και οι αντίστοιχες ικανότητες των μαιών σπανίως είναι διαθέσιμες ή κοινοποιούνται (Sharma, 2013).

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως στη σημερινή εποχή η μαιευτική υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζει πολλαπλές προκλήσεις, όπως είναι για παράδειγμα η υψηλότερη ηλικία των γυναικών που γίνονται μητέρες για πρώτη φορά, ο αυξημένος επιπολασμός χρόνιων ασθενειών, οι σημαντικές ελλείψεις προσωπικού και τα υψηλότερα ποσοστά πολυνοσηρότητας. Αυτές οι προκλήσεις δημιουργούν αυξανόμενη πολυπλοκότητα στην παροχή φροντίδας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γέννησης όπως επίσης και της λοχείας

Γενικότερα, οι μαιές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας της μητέρας και του βρέφους στην κοινότητα. Καθοδηγούν τις οικογένειες στη διατήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, στη διαχείριση των συνθηκών που έχουν άμεση σχέση με την εγκυμοσύνη και την έγκαιρη αναγνώριση των ενδείξεων των επιπλοκών. Μέσω προγεννητικών μαθημάτων και εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας, οι μαιές διασφαλίζουν ότι οι γονείς είναι σωματικά και ψυχικά προετοιμασμένοι για τις προκλήσεις της γονεϊκότητας. Η προληπτική προσέγγισή τους μειώνει τους κινδύνους και βοηθά στη δημιουργία μιας γερής βάσης για μια υγιή σχέση γονέα-παιδιού (Janke et al., 2024).

Την ίδια στιγμή, οι μαιές που εδρεύουν στην κοινότητα πολλές φορές εξυπηρετούν διαφορετικούς πληθυσμούς, καθιστώντας την πολιτιστική ευαισθησία ακρογωνιαίο λίθο της πρακτικής τους. Σέβονται και ενσωματώνουν πολιτιστικές πεποιθήσεις και πρακτικές στη φροντίδα τους, διασφαλίζοντας ότι οι οικογένειες αισθάνονται ότι τους εκτιμούν και τους κατανοούν. Αυτή η συμμετοχή είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν προετοιμάζονται οι οικογένειες για τη γονεϊκότητα, καθώς ενισχύει την εμπιστοσύνη και ενθαρρύνει τη συμμετοχή σε προγράμματα υγειονομικής

περίθαλψης. Προσαρμόζοντας την εκπαίδευση και την υποστήριξη σε πολιτιστικά πλαίσια, οι μαίες ενισχύουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων τους (Abril et al., 2024).

Μια βασική πτυχή του ρόλου τους είναι η ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών κατά τη μετάβαση στη γονεϊκότητα. Ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή και των δύο γονέων σε δραστηριότητες προετοιμασίας, διασφαλίζοντας ότι η εμπειρία είναι συνεργατική και κοινή. Οι μαίες αντιμετωπίζουν επίσης τις ανάγκες των αδελφών, της ευρύτερης οικογένειας ή άλλων φροντιστών, δίνοντας έμφαση στη συλλογική προσπάθεια που απαιτείται για την επιτυχή ανατροφή των παιδιών. Προάγοντας την ενότητα και την κοινή ευθύνη, οι μαίες συμβάλλουν στην υγιέστερη οικογενειακή δυναμική και στην πιο ομαλή προσαρμογή στη γονεϊκότητα (Bowen & Taylor, 2022).

2.3 Οργάνωση μαιευτικής φροντίδας

Οι μαίες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση της μαιευτικής φροντίδας παρέχοντας ολιστικές και ασθενοκεντρικές προγεννητικές υπηρεσίες. Η προσέγγισή τους ξεκινά με ενδελεχείς αρχικές αξιολογήσεις, συμπεριλαμβανομένων φυσικών εξετάσεων, αξιολογήσεων κινδύνου και δημιουργίας εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας. Παράλληλα, προγραμματίζουν τακτικές εξετάσεις για να παρακολουθούν την ανάπτυξη του εμβρύου και την υγεία της μητέρας, διασφαλίζοντας ότι τυχόν επιπλοκές εντοπίζονται έγκαιρα. Αυτή η προληπτική φροντίδα βοηθά στην ελαχιστοποίηση των κινδύνων και δίνει τη δυνατότητα στις γυναίκες να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις τους για την υγεία (Olotorin et al., 2015).

Μια σημαντική πτυχή της μαιευτικής φροντίδας είναι η εκπαίδευση και η προετοιμασία των μελλοντικών γονέων για τον τοκετό. Οι μαίες οργανώνουν προγεννητικά μαθήματα όπου παρέχουν πρακτικές πληροφορίες σχετικά με τα στάδια του τοκετού, τις επιλογές διαχείρισης του πόνου και τις τεχνικές τοκετού. Αυτές οι συνεδρίες συχνά περιλαμβάνουν ασκήσεις χαλάρωσης και συζητήσεις σχετικά με το θηλασμό και τη φροντίδα του νεογνού. Αντιμετωπίζοντας ερωτήσεις και ανησυχίες,

οι μαίες μειώνουν το άγχος και εμφυσούν την εμπιστοσύνη στους γονείς, ενθαρρύνοντας μια θετική εμπειρία τοκετού (Renfrew et al., 2014).

Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός πως οι μαίες συνεργάζονται στενά με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως για παράδειγμα γυναικολόγους, αναισθησιολόγους και παιδιάτρους, για να εξασφαλίσουν ολοκληρωμένη μαιευτική φροντίδα. Σε εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου ή περιπτώσεις που απαιτούν εξειδικευμένες παρεμβάσεις, οι μαίες συντονίζουν τις παραπομπές και διατηρούν την επικοινωνία μεταξύ της ασθενούς και άλλων παρόχων. Αυτή η διεπιστημονική προσέγγιση εξασφαλίζει απρόσκοπτη φροντίδα, βελτιστοποιώντας τα αποτελέσματα τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό (Foley et al., 2018).

Όπως θα δούμε και παρακάτω, κατά τη διάρκεια του τοκετού, οι μαίες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση και την παροχή φροντίδας. Δημιουργούν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, είτε σε νοσοκομείο, κέντρο τοκετού ή σπίτι. Οι μαίες παρακολουθούν στενά την πρόοδο του τοκετού, παρέχουν μέτρα άνεσης και υποστηρίζουν τις προτιμήσεις της μητέρας στον τοκετό. Η παρουσία τους εξασφαλίζει τη συνέχεια της περίθαλψης και είναι εκπαιδευμένοι να χειρίζονται φυσιολογικούς τοκετούς ενώ αντιμετωπίζουν έγκαιρα τις επιπλοκές ή κλιμακώνεται η φροντίδα όταν είναι απαραίτητο (Sharma, 2013).

Η μεταγεννητική φροντίδα είναι ένα εξίσου σημαντικό στοιχείο των υπηρεσιών μαιευτικής. Οι μαίες οργανώνουν επισκέψεις παρακολούθησης για να αξιολογήσουν τη φυσική ανάκαμψη της μητέρας και την ευημερία του νεογνού. Προσφέρουν καθοδήγηση σχετικά με το θηλασμό, τον οικογενειακό προγραμματισμό και την αντιμετώπιση των συναισθηματικών αλλαγών που συχνά συνοδεύουν τη γονεϊκότητα. Παρέχοντας σταθερή υποστήριξη, οι μαίες διασφαλίζουν την ομαλή μετάβαση στην επιλόχεια ζωή, μειώνοντας τον κίνδυνο επιπλοκών όπως η επιλόχεια κατάθλιψη ή οι προκλήσεις του θηλασμού (Baston & Hall, 2018).

Οι μαίες οργανώνουν επίσης τη μαιευτική περίθαλψη σε κοινοτικό επίπεδο πραγματοποιώντας προγράμματα ενημέρωσης για την προώθηση της ευαισθητοποίησης για την υγεία της μητέρας. Εκπαιδεύουν τις κοινότητες σχετικά με την προγεννητική φροντίδα, τις ασφαλείς πρακτικές τοκετού και τη σημασία των τακτικών ελέγχων. Οι μαίες συχνά υποστηρίζουν πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας και πρόσβαση σε περίθαλψη, ιδιαίτερα σε αυτοεξυπηρετούμενες ή αγροτικές περιοχές,

διασφαλίζοντας ότι όλες οι γυναίκες λαμβάνουν επαρκή μαιευτική υποστήριξη ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (Bowen & Taylor, 2022).

2.4 Ο Ρόλος της μαίας στον τοκετό

Οι μαίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού, παρέχοντας τόσο σωματική όσο και συναισθηματική φροντίδα. Χρησιμοποιούν τεχνικές όπως είναι για παράδειγμα μασάζ, ασκήσεις αναπνοής και τοποθέτηση με στόχο να απαλύνουν τον πόνο και να διευκολύνουν την εξέλιξη του τοκετού. Η παρουσία τους βοηθά στη δημιουργία ενός ήρεμου περιβάλλοντος, μειώνοντας το άγχος και ενδυναμώνοντας τη μητέρα να επικεντρωθεί στη διαδικασία του τοκετού. Η μαία διασφαλίζει ότι η γυναίκα αισθάνεται ασφαλής και υποστηρίζεται, ενισχύοντας την ικανότητά της να γεννά φυσικά όταν είναι δυνατόν (Marshall & Raynor, 2020).

Καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού, η μαία παρακολουθεί στενά την ευημερία τόσο της μητέρας όσο και του μωρού. Είναι αρμόδιες να ελέγχουν τα ζωτικά σημεία, να αξιολογούν τις συσπάσεις και να παρακολουθούν τον καρδιακό ρυθμό του μωρού για να διασφαλίσουν ότι ο τοκετός εξελίσσεται με ασφάλεια. Εάν προκύψουν επιπλοκές, όπως για παράδειγμα σημάδια εμβρυϊκής δυσφορίας ή παρατεταμένος τοκετός, η μαία εκπαιδεύεται να ενεργεί άμεσα ξεκινώντας κατάλληλες παρεμβάσεις ή συνεργαζόμενη με ειδικούς γιατρούς (Βιβιλάκη, 2015).

Καθοριστική, όμως, είναι και η συμβολή τους στη διευκόλυνση του Φυσικού Τοκετού. Οι μαίες σε αυτές τις περιπτώσεις στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση των ιατρικών παρεμβάσεων, εκτός εάν κρίνεται απαραίτητο. Επί της ουσίας καθοδηγούν τις γυναίκες στη διαδικασία τοκετού, προσφέροντας ενθάρρυνση και πρακτική βοήθεια για τη διαχείριση του πόνου και την αποτελεσματική ώθηση. Η εστίασή τους είναι στη διατήρηση των φυσικών ρυθμών του τοκετού, διασφαλίζοντας ότι η εμπειρία του τοκετού είναι όσο το δυνατόν πιο ενδυναμωτική και θετική για τη μητέρα (Sanfilippo & Smith, 2007).

Μόλις γεννηθεί το μωρό, η μαία συνεχίζει να διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη διασφάλιση της υγείας και της ευημερίας τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού.

Βοηθούν στη γέννηση του πλακούντα, παρακολουθούν τη μητέρα για σημάδια υπερβολικής αιμορραγίας ή άλλες επιπλοκές και διασφαλίζουν ότι το μωρό είναι σταθερό. Οι μαίες προωθούν την άμεση επαφή δέρμα με δέρμα και την έναρξη του θηλασμού, ενισχύοντας τον πρώιμο δεσμό μεταξύ μητέρας και μωρού (Abril et al., 2024).

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως κατά τη διάρκεια του τοκετού, η μαία ενεργεί ως συνήγορος της μητέρας, διασφαλίζοντας ότι τηρούνται οι επιθυμίες και το σχέδιο τοκετού της. Επικοινωνούν με άλλους επαγγελματίες υγείας για να συντονίσουν τη φροντίδα εάν απαιτούνται παρεμβάσεις, δίνοντας πάντα προτεραιότητα στην αυτονομία και την ασφάλεια της γυναίκας. Η μαία γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ του ιατρικού ανθρώπινου δυναμικού και της μητέρας, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο σαφή επικοινωνία και τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων σε όλη τη διαδικασία του τοκετού (Woodruff & Blanchard, 2016).

2.5 Ο ρόλος της μαίας στη σίτιση του βρέφους και στον θηλασμό

Οι μαίες διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην εκπαίδευση των μητέρων σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού τόσο για το βρέφος όσο και για τη μητέρα. Παρέχουν πληροφορίες για το πώς ο θηλασμός ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα του μωρού, υποστηρίζει την υγιή ανάπτυξη και ενισχύει έναν συναισθηματικό δεσμό μεταξύ μητέρας και παιδιού. Παράλληλα, οι μαίες τονίζουν πώς ο θηλασμός είναι εφικτό να μειώσει αισθητά τον κίνδυνο επιπλοκών μετά τον τοκετό για τη μητέρα, όπως αιμορραγία της μήτρας και ορισμένους τύπους καρκίνου, και να βοηθήσει να επιστρέψει η μήτρα στο μέγεθος πριν την εγκυμοσύνη (Ministry of Health Vanuatu, 2017).

Ένας από τους πρωταρχικούς ρόλους της μαίας είναι να εξασφαλίσει την επιτυχή έναρξη του θηλασμού, ιδανικά μέσα στην πρώτη ώρα μετά τη γέννηση. Οι μαίες καθοδηγούν τις μητέρες σχετικά με τις σωστές τεχνικές τοποθέτησης και την κατανόηση των ενδείξεων πείνας. Την ίδια στιγμή προσφέρουν πρακτική υποστήριξη με απώτερο σκοπό την βέλτιστη εφικτή αντιμετώπιση προκλήσεων όπως είναι για

παράδειγμα ο πόνος στη θηλή, η διόγκωση κλπ. Ενθαρρύνοντας την άμεση επαφή δέρμα με δέρμα και ενθαρρύνοντας τις ενστικτώδεις διατροφικές συμπεριφορές του μωρού, οι μαίες συμβάλλουν στη δημιουργία μιας ισχυρής βάσης για επιτυχημένο θηλασμό (Marshall & Raynor, 2020).

Έρευνες έχουν δείξει πως πολλές νέες μητέρες αντιμετωπίζουν προκλήσεις με το θηλασμό τις ημέρες και τις εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι μαίες προσφέρουν συνεχή υποστήριξη μέσω επισκέψεων ή διαβουλεύσεων παρακολούθησης, αντιμετωπίζοντας ζητήματα όπως είναι πχ η χαμηλή παροχή γάλακτος, η μαστίτιδα ή η κόπωση κατά το θηλασμό (Olorin et al., 2015). Ενδυναμώνουν τις μητέρες να ξεπεράσουν αυτές τις δυσκολίες προσφέροντας εξατομικευμένες συμβουλές, καθυσχασμό και πρακτικές στρατηγικές. Για τις μητέρες που δεν μπορούν ή επιλέγουν να μη θηλάσουν, οι μαίες παρέχουν οδηγίες για ασφαλείς πρακτικές σίτισης με γάλα, διασφαλίζοντας ότι καλύπτονται οι διατροφικές ανάγκες του μωρού (Renfrew et al., 2014).

Οι μαίες υποστηρίζουν επίσης πολιτικές και περιβάλλοντα φιλικά προς το θηλασμό, τόσο σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης όσο και στην ευρύτερη κοινότητα. Βοηθούν τις μητέρες να αντιμετωπίσουν τις κοινωνικές προκλήσεις και τις προκλήσεις στο χώρο εργασίας, ενθαρρύνοντας πρακτικές όπως η άδεια μητρότητας και οι καθορισμένοι χώροι γαλουχίας. Ομαλοποιώντας τον θηλασμό και αντιμετωπίζοντας πολιτιστικά ή κοινωνικά στίγματα, οι μαίες διασφαλίζουν ότι οι μητέρες αισθάνονται αυτοπεποίθηση και υποστήριξη στις επιλογές διατροφής τους, προάγοντας τελικά την ευημερία τόσο της μητέρας όσο και του μωρού (Foley et al., 2018).

2.6 Ο ρόλος της μαίας στις επιπλοκές της κύησης

Ο διαβήτης κύησης είναι μια συχνή επιπλοκή όπου τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα αυξάνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο ρόλος της μαίας περιλαμβάνει την έγκαιρη αναγνώριση μέσω συνήθους ελέγχου και παρακολούθησης της γλυκόζης. Οι μαίες εκπαιδεύουν τις εγκύους σχετικά με τις διατροφικές προσαρμογές, τη σωματική δραστηριότητα και την παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος. Για τις γυναίκες που χρειάζονται περαιτέρω φροντίδα, οι μαίες συντονίζονται με μαιευτήρες

ή ενδοκρινολόγους για τη διαχείριση της ινσουλινοθεραπείας ή της φαρμακευτικής αγωγής, διασφαλίζοντας την υγεία τόσο της μητέρας όσο και του μωρού (Bennet et al., 2014).

Συχνά, όμως, εντοπίζονται και Υπερτασικές Διαταραχές Εγκυμοσύνης. Η υπέρταση, συμπεριλαμβανομένης της προεκλαμψίας, είναι δυνατόν να εγκυμονεί σημαντικούς κινδύνους τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. Οι μαίες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην αναγνώριση προειδοποιητικών σημείων όπως είναι για παράδειγμα η υψηλή αρτηριακή πίεση, η πρωτεΐνη στα ούρα ή το σοβαρό πρήξιμο (Bowen & Taylor, 2022). Παρέχουν τακτική προγεννητική παρακολούθηση και εκπαιδεύουν τις μητέρες σχετικά με τις τροποποιήσεις του τρόπου ζωής για τη διαχείριση της ήπιας υπέρτασης. Σε σοβαρές περιπτώσεις, οι μαίες συνεργάζονται με ειδικούς για να εξασφαλίσουν έγκαιρες παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένου του πρώιμου τοκετού εάν είναι απαραίτητο, για την πρόληψη επιπλοκών όπως η εκλαμψία ή η αποκόλληση του πλακούντα (Baston & Hall, 2018).

Όσον αφορά τον πρόωρο τοκετό, θα πρέπει να σημειωθεί πως είναι μια άλλη συχνή επιπλοκή που απαιτεί την επαγρύπνηση της μαίας. Οι μαίες αξιολογούν συμπτώματα όπως είναι πχ τακτικές συσπάσεις ή αλλαγές στο μήκος του τραχήλου της μήτρας κατά τις προγεννητικές επισκέψεις. Ταυτόχρονα προσφέρουν καθοδήγηση με στόχο την αναγνώριση πρώιμων σημείων τοκετού και παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη σε μητέρες που διατρέχουν κίνδυνο. Όταν επίκειται πρόωρος τοκετός, οι μαίες διασφαλίζουν την άμεση παραπομπή σε νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου μπορούν να χορηγηθούν προηγμένες παρεμβάσεις για την καθυστέρηση του τοκετού και την προστασία της υγείας του μωρού (Marshall & Raynor, 2020).

Μια άλλη περίπτωση είναι οι επιπλοκές του πλακούντα. Ζητήματα όπως ο προδρομικός πλακούντας (όπου ο πλακούντας καλύπτει τον τράχηλο) ή η αποκόλληση του πλακούντα (πρόωρος διαχωρισμός του πλακούντα) είναι σοβαρές επιπλοκές. Οι μαίες εντοπίζουν αυτές τις καταστάσεις μέσω υπερήχων ρουτίνας και μητρικών αναφορών για συμπτώματα όπως αιμορραγία ή κοιλιακό άλγος. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η μαία συντονίζει τη φροντίδα με μαιευτήρες, διασφαλίζοντας ότι η μητέρα λαμβάνει την κατάλληλη παρακολούθηση ή παρεμβάσεις, όπως η καισαρική τομή, για την αποφυγή βλάβης τόσο στη μητέρα όσο και στο μωρό (Bowen & Taylor, 2022).

Η εγκυμοσύνη, όμως, μπορεί να επιδεινώσει και διάφορες άλλες καταστάσεις όπως είναι για παράδειγμα το άγχος ή η κατάθλιψη. Οι μαίες είναι συχνά το πρώτο σημείο επαφής για τις γυναίκες που βιώνουν συναισθηματική δυσφορία. Ελέγχουν για προβλήματα περιγεννητικής ψυχικής υγείας και παρέχουν συμπονετική υποστήριξη, προσφέροντας πόρους όπως συμβουλευτική ή θεραπεία. Προάγοντας μια σχέση εμπιστοσύνης, οι μαίες διασφαλίζουν ότι αντιμετωπίζονται οι ανησυχίες για την ψυχική υγεία, μειώνοντας τους κινδύνους τόσο για τη μητέρα όσο και για το αναπτυσσόμενο μωρό. Μέσω της προσεκτικής παρακολούθησης, της έγκαιρης παρέμβασης και της συναισθηματικής υποστήριξης, οι μαίες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση των επιπλοκών της εγκυμοσύνης, διασφαλίζοντας μια ασφαλή και θετική εμπειρία για τις μέλλουσες μητέρες (Bennet et al., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Παγκοσμίως, η πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα αναγνωρίζεται ως ακρογωνιαίος λίθος της υγείας της μητέρας και του παιδιού, με σημαντική πρόοδο που καθοδηγείται από διεθνείς οργανισμούς όπως είναι για παράδειγμα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF. Αυτοί οι οργανισμοί δίνουν έμφαση στην καθολική πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και των περιόδων μετά τον τοκετό ως μέρος των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης (SDGs) (Ministry of Health Vanuatu, 2017).

Παγκοσμίως, οι μαίες και οι μαιευτήρες συνεργάζονται στο πλαίσιο των ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας με απώτερο στόχο την παροχή φροντίδας σε

αγροτικές και αστικές περιοχές, διασφαλίζοντας παραπομπές βάσει κινδύνου σε προηγμένες εγκαταστάσεις φροντίδας όταν χρειάζεται. Η έμφαση στη βελτίωση των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης στη μαιευτική έχει ενισχύσει την ικανότητα των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας να αντιμετωπίζουν καταστάσεις ρουτίνας και έκτακτης ανάγκης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Woodruff & Blanchard, 2016).

Στην Ευρώπη, η εφαρμογή πολιτικών από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη έχει τυποποιήσει τις πρακτικές της μητρικής υγείας σε όλα τα κράτη μέλη. Στρατηγικές όπως είναι για παράδειγμα η Ευρωπαϊκή Έκθεση Περιγεννητικής Υγείας παρέχουν σημεία αναφοράς για τις χώρες με στόχο τη μέτρηση των μητρικών και νεογνικών αποτελεσμάτων (Abril et al., 2024).

Η φροντίδα υπό τη μαία είναι ένα ευρέως διαδεδομένο μοντέλο, ιδιαίτερα σε εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου, διασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας. Χώρες με καλά χρηματοδοτούμενα συστήματα υγείας αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας, που αποδίδονται σε ισχυρά προγράμματα προγεννητικού προσυμπτωματικού ελέγχου, στην προσιτή φροντίδα που βασίζεται στην κοινότητα και στην ολοκληρωμένη μεταγεννητική υποστήριξη (Janke et al., 2024).

Τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε ευρωπαϊκό πλαίσιο, οι μαίες χρησιμεύουν ως κύριοι πάροχοι σε πολλά περιβάλλοντα, ιδιαίτερα για εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου. Η ενσωμάτωση της μαιευτικής στα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης αντανάκλα την παγκόσμια κατανόηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητάς της και της επικέντρωσής της στον ασθενή. Σε αγροτικές και υποεξυπηρετούμενες περιοχές, οι μαίες γίνονται συχνά οι μοναδικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζοντας ισότιμη πρόσβαση στη μαιευτική περίθαλψη. Η εκπαίδευση των μαιών για τη διαχείριση επιπλοκών, όπως η αιμορραγία μετά τον τοκετό ή η προεκλαμψία, έχει καταστεί προτεραιότητα για την αντιμετώπιση των διαφορών στα αποτελέσματα της μητρικής υγείας (Marshall & Raynor, 2020).

Παρά τις εξελίξεις, οι ανισότητες εξακολουθούν να υφίστανται παγκοσμίως και στην Ευρώπη λόγω κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, γεωγραφικής απομόνωσης και ανισοτήτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι χώρες

υψηλού εισοδήματος συχνά απολαμβάνουν καλά οργανωμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι περιφέρειες χαμηλού εισοδήματος αντιμετωπίζουν περιορισμούς πόρων, οδηγώντας σε κενά στη μητρική και βρεφική φροντίδα. Οι αστικές περιοχές έχουν συχνά καλύτερη πρόσβαση σε ειδικευμένους παρόχους σε σύγκριση με τις αγροτικές περιοχές, υπογραμμίζοντας τη συνεχιζόμενη ανάγκη για ανάπτυξη υποδομών και παρεμβάσεις πολιτικής (Bowen & Taylor, 2022).

Σε ό,τι έχει να κάνει με τον ρόλο της τεχνολογίας και της καινοτομίας, είναι χρήσιμο να σημειωθεί πως στη σημερινή εποχή η τηλεϊατρική, οι κινητές πλατφόρμες υγείας και τα ψηφιακά αρχεία υγείας μεταμορφώνουν την πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα παγκοσμίως. Αυτές οι καινοτομίες επιτρέπουν την απομακρυσμένη παρακολούθηση κυήσεων υψηλού κινδύνου, εικονικές διαβουλεύσεις και βελτιωμένη ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Στην Ευρώπη, πρωτοβουλίες όπως είναι για παράδειγμα η ηλεκτρονική υγεία επικεντρώνονται στη μείωση των ποσοστών μητρικής θνησιμότητας και στη βελτίωση της προγεννητικής φροντίδας, λειτουργώντας ως πρότυπα για την παγκόσμια εφαρμογή (Foley et al., 2018).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί πως η παγκόσμια στρατηγική του ΠΟΥ δίνει προτεραιότητα στην καθολική πρόσβαση σε ειδικευμένους παρόχους φροντίδας και στη δημιουργία συστημάτων παραπομπής. Συνεργατικά προγράμματα, όπως διάφορες πρωτοβουλίες εκπαίδευσης μαιών και ομάδες εργασίας για την υγεία της μητέρας, έχουν εφαρμοστεί σε διάφορες χώρες. Ευρωπαϊκοί και διεθνείς οργανισμοί συνεργάζονται επίσης για να εναρμονίσουν τις πρακτικές, να μοιραστούν την έρευνα και να προωθήσουν τη μαιευτική ως κρίσιμο στοιχείο των συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Baston & Hall, 2018).

Συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί πως οι παγκόσμιες και ευρωπαϊκές προσεγγίσεις στην πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα τονίζουν τη σημασία των συνεργατικών συστημάτων, της δίκαιης πρόσβασης και των επενδύσεων στη μαιευτική. Η γεφύρωση των κενών στην πρόσβαση και η ενσωμάτωση της σύγχρονης τεχνολογίας με τις παραδοσιακές πρακτικές είναι το κλειδί για τη βελτίωση των μητρικών και νεογνικών αποτελεσμάτων. Αυτά τα μαθήματα μπορούν να καθοδηγήσουν τα έθνη προς πιο αποτελεσματικές και χωρίς αποκλεισμούς στρατηγικές υγειονομικής περίθαλψης (Marshall & Raynor, 2020).

3.1 Γαλλία

Η Γαλλία διαθέτει ένα καλά εδραιωμένο, δημόσια χρηματοδοτούμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που παρέχει καθολική πρόσβαση στη μαιευτική περίθαλψη. Όλες οι έγκυες, ανεξαρτήτως εισοδήματος, καλύπτονται από το γαλλικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, διασφαλίζοντας ότι οι υπηρεσίες μητρότητας, συμπεριλαμβανομένων των προγεννητικών επισκέψεων, του τοκετού και της φροντίδας μετά τον τοκετό, είναι ευρέως προσβάσιμες και προσιτές (Paltineau, 2014).

Η ποιότητα της μητρικής φροντίδας στη Γαλλία είναι υψηλή, με ειδικευμένους μαιευτήρες, μαίες και επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη διαδικασία. Η προσέγγιση της Γαλλίας για τον τοκετό είναι ασθενοκεντρική και η χώρα κατατάσσεται σταθερά σε υψηλή θέση όσον αφορά τα αποτελέσματα της υγείας της μητέρας και των βρεφών, όπως χαμηλά ποσοστά μητρικής θνησιμότητας και σχετικά χαμηλά ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας (Bernard & Eymard, 2014).

Η εν λόγω χώρα διαθέτει ένα ισχυρό μαιευτικό σύστημα, όπου οι μαίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας σε εγκύους, ιδιαίτερα σε εκείνες με εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου. Η χώρα ενθαρρύνει επίσης τη χρήση κέντρων γέννησης ως εναλλακτική λύση για τοκετούς στο νοσοκομείο, προσφέροντας πιο εξατομικευμένη φροντίδα και λιγότερο ιατροποιημένη προσέγγιση για όσους το επιθυμούν (Goyet et al., 2018).

Η Γαλλία δίνει σημαντική σημασία στη φροντίδα μετά τον τοκετό, παρέχοντας εκτεταμένες επισκέψεις παρακολούθησης στις μητέρες μετά τον τοκετό. Αυτό περιλαμβάνει ιατρικές αξιολογήσεις και συναισθηματική υποστήριξη, ιδιαίτερα για προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως είναι για παράδειγμα η επιλόχεια κατάθλιψη. Αυτή η εστίαση στην μετέπειτα φροντίδα διασφαλίζει ότι οι μητέρες υποστηρίζονται στην ανάρρωσή τους, τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά (Sauvegrain et al., 2024).

Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός πως προσφέρει ολοκληρωμένη προγεννητική εκπαίδευση μέσω προγραμμάτων που εστιάζουν στην προετοιμασία του τοκετού, τον θηλασμό και την ανατροφή των παιδιών. Αυτό βοηθά τους γονείς να

αισθάνονται πιο ενημερωμένοι και σίγουροι για τη διαδικασία. Το συγκεκριμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δίνει επίσης έμφαση στη συμμετοχή και την υποστήριξη της οικογένειας, με πόρους που διατίθενται και για τους δύο γονείς για να βοηθήσουν στην έγκαιρη ανατροφή των παιδιών (Dent & Burns, 2022).

Παρά το καθολικό της σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχουν περιφερειακές ανισότητες στην πρόσβαση στη φροντίδα μητρότητας στη Γαλλία, ιδιαίτερα σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές. Σε αυτές τις περιοχές, οι γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίσουν προκλήσεις όσον αφορά την πρόσβαση σε ειδικούς, μαιευτήρες ή μαίες, απαιτώντας από αυτές να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις για να λάβουν φροντίδα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερήσεις στη λήψη των κατάλληλων υπηρεσιών (Marshall & Raynor, 2020).

Αν και η Γαλλία προσφέρει εναλλακτικές επιλογές τοκετού, όπως κέντρα γέννησης, η συνολική τάση στη χώρα κλίνει προς μια πιο ιατροποιημένη προσέγγιση του τοκετού. Πολλές γυναίκες εξακολουθούν να γεννούν σε νοσοκομεία με υψηλά ποσοστά παρέμβασης, συμπεριλαμβανομένης της συχνής χρήσης επισκληριδίου, επαγωγών και καισαρικών τομών. Αυτή η τάση μπορεί να περιορίσει σε μεγάλο βαθμό την ελευθερία επιλογής για τις γυναίκες που αναζητούν μια πιο φυσική εμπειρία τοκετού (Bowen & Taylor, 2022).

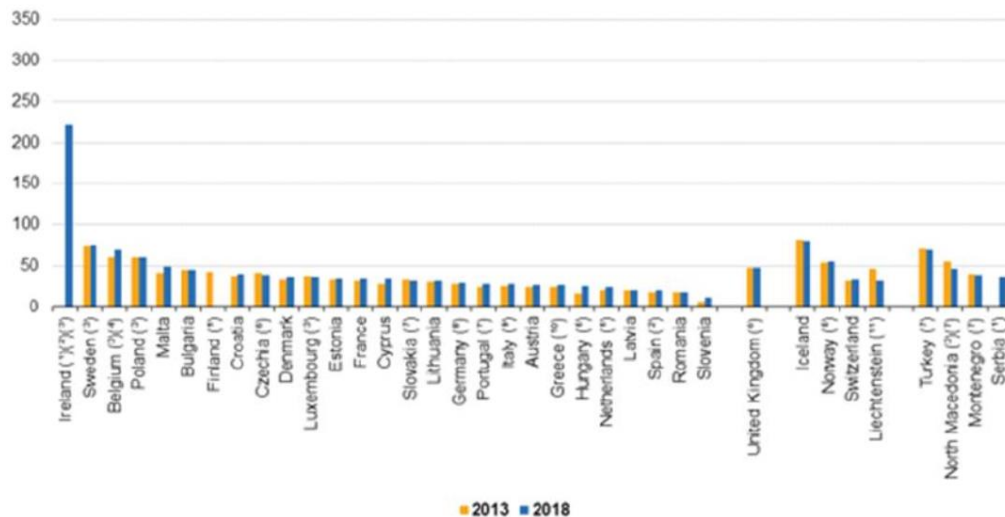
Έρευνες αναφέρουν πως μία από τις προκλήσεις στο γαλλικό σύστημα μαιευτικής φροντίδας είναι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για ραντεβού, ειδικά με μαιευτήρες. Αυτό το ζήτημα μπορεί να επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια πολυάσχολων περιόδων ή σε περιοχές με λιγότερους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας σε καθυστερήσεις στην περίθαλψη ή μειωμένη πρόσβαση για ορισμένες εγκύους, ειδικά εκείνες με εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου (Baston & Hall, 2018).

Όπως πολλά άλλα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη της Γαλλίας αντιμετωπίζει ζητήματα που σχετίζονται άμεσα με τις ελλείψεις εργαζομένων στον τομέα της υγείας και την πίεση στους επαγγελματίες. Οι μαιευτήρες και οι μαίες αντιμετωπίζουν συχνά μεγάλο φόρτο εργασίας, που μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση και περιορισμένο χρόνο που αφιερώνεται σε μεμονωμένους ασθενείς. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας και να οδηγήσει σε αυξημένο άγχος τόσο για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όσο και για τις μέλλουσες μητέρες (Foley et al., 2018).

Προκλήσεις, όμως, υπάρχουν και στη φροντίδα της ψυχικής υγείας της μητέρας. Ενώ η επιλόχεια φροντίδα είναι γενικά καλή, η υποστήριξη ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα για την επιλόχεια κατάθλιψη, μπορεί να είναι ασυνεπής. Βάσει μελετών, η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχολογικής φροντίδας ή συμβουλευτικής μπορεί να μην είναι πάντα άμεσα διαθέσιμη και το στίγμα που περιβάλλει την ψυχική υγεία σε ορισμένους τομείς μπορεί να εμποδίζει τις γυναίκες να αναζητήσουν βοήθεια. Αυτό το κενό στη φροντίδα υπογραμμίζει την ανάγκη για πιο ισχυρή υποστήριξη για την ψυχική υγεία της μητέρας στο γαλλικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Woodruff & Blanchard, 2016).

Από τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό πως το σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης της Γαλλίας χαρακτηρίζεται από τις ολοκληρωμένες και προσβάσιμες υπηρεσίες, την υψηλής ποιότητας φροντίδα και τη σημαντική έμφαση στη μαιευτική και την υποστήριξη μετά τον τοκετό. Ωστόσο, οι περιφερειακές ανισότητες, η υπερβολική ιατροποίηση της γέννησης και οι πιέσεις στους επαγγελματίες υγείας δημιουργούν προκλήσεις για το σύστημα. Η βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες σε αγροτικές περιοχές, η μείωση της υπερβολικής ιατροποίησης του τοκετού και η ενίσχυση της υποστήριξης ψυχικής υγείας για τις νέες μητέρες θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν ορισμένες από τις αδυναμίες του γαλλικού συστήματος μαιευτικής φροντίδας και να ενισχύσουν περαιτέρω την αποτελεσματικότητά του.

Στην εικόνα που ακολουθεί (βλέπε εικόνα 3.1) παρουσιάζεται ο αριθμός μαιών για την περίοδο του 2013 μέχρι και το 2018. Μπορούμε να παρατηρήσουμε πως στην Ιρλανδία μέσα σε αυτήν την περίοδο εντοπίστηκε η μεγαλύτερη αύξηση μαιών. Αύξηση, όμως, εντοπίζεται και σε χώρες όπως η Σουηδία, η Μάλτα, το Βέλγιο, η Ουγγαρία και τη Σερβία. Παρόλα αυτά, παρατηρούμε και μείωση σε χώρες όπως το Λιχτενστάιν και τη Βόρεια Μακεδονία.



Εικόνα 3.1 : Αριθμός μαιών για την περίοδο 2013-2018 (Guden, 2021)

3.2 Γερμανία

Το σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης της Γερμανίας είναι γνωστό για την υψηλής ποιότητας, ολοκληρωμένη προσέγγισή του στη φροντίδα μητρότητας. Λειτουργεί στο πλαίσιο του καθολικού συστήματος ασφάλισης υγείας της χώρας, το οποίο καλύπτει σχεδόν όλους τους κατοίκους, διασφαλίζοντας ότι η πλειοψηφία των εγκύων έχουν πρόσβαση σε βασικές μαιευτικές υπηρεσίες. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας είναι ένας συνδυασμός υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, με τις έγκυες γυναίκες να έχουν συνήθως πρόσβαση σε εκτεταμένη προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα, καθώς και σε νοσοκομειακές και κατ' οίκον επιλογές τοκετού (Mennicken et al., 2014).

Συγκριτικά με άλλες χώρες, θα μπορούσε να ειπωθεί πως η Γερμανία και η Σουηδία προσφέρουν αμφοτέρως ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα, αλλά η Σουηδία έχει ένα πιο ολοκληρωμένο σύστημα όπου οι μαιές είναι οι κύριοι φροντιστές για εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου. Συγκριτικά, το σύστημα της Γερμανίας είναι πιο ιατροποιημένο, με τους μαιευτήρες να παίζουν πιο σημαντικό ρόλο στις συνήθειες γεννήσεις. Η Σουηδία δίνει επίσης μεγαλύτερη έμφαση στους τοκετούς στο σπίτι και στα κέντρα τοκετού, με περισσότερες διαθέσιμες επιλογές φυσικού τοκετού (Bauer et al., 2017).

Όσον αφορά τη Γερμανία και τις ΗΠΑ, θα μπορούσε να ειπωθεί πως ενώ οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ένα κατακερματισμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση, η Γερμανία παρέχει καθολική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους κατοίκους. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας διασφαλίζει ότι η περίθαλψη που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη είναι προσβάσιμη και οικονομικά προσιτή, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες, πολλοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα μητρότητας, ιδιαίτερα σε μη προνομιούχες κοινότητες. Το γερμανικό σύστημα παρέχει επίσης πιο ισχυρή φροντίδα μετά τον τοκετό, συμπεριλαμβανομένων των επισκέψεων μαιών στο σπίτι, κάτι που είναι λιγότερο συνηθισμένο στις ΗΠΑ (Pfinder et al., 2022).

Σε σχέση με τη Γαλλία, θα μπορούσε να τονιστεί πως η Γερμανία και η Γαλλία μοιράζονται ομοιότητες όσον αφορά την παροχή καθολικής πρόσβασης στη μαιευτική περίθαλψη, με έμφαση στην υποστήριξη της μαιευτικής. Ωστόσο, το σύστημα της Γαλλίας είναι πιο συγκεντρωτικό, με μεγαλύτερη ρύθμιση και λιγότερες επιλογές ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με τη Γερμανία. Η Γαλλία δίνει επίσης μεγαλύτερη έμφαση στην ψυχική υγεία μετά τον τοκετό, ενώ η Γερμανία δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην προγεννητική φροντίδα και την ευελιξία στον τοκετό (Dent & Burns, 2022).

Γενικότερα, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως το σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης της Γερμανίας είναι ολοκληρωμένο, υψηλής ποιότητας και ευέλικτο, παρέχοντας πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών για εγκύους. Η δύναμη του συστήματος έγκειται στην επιλογή των ρυθμίσεων τοκετού, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων και των κέντρων γεννήσεων, καθώς και στον σημαντικό ρόλο των μαιών (Griewing et al., 2023).

Ωστόσο, προκλήσεις όπως η υπερβολική ιατροκοποίηση, οι περιφερειακές ανισότητες στην περίθαλψη και η πίεση στους επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιμετωπιστούν για τη βελτίωση του συστήματος. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Γερμανία προσφέρει καλύτερη κάλυψη και περισσότερες επιλογές από τις ΗΠΑ, αλλά υστερεί σε σχέση με τη Σουηδία και τη Γαλλία όσον αφορά τις επιλογές φυσικού τοκετού και τη φροντίδα της ψυχικής υγείας μετά τον τοκετό. Για να συνεχίσει να παρέχει εξαιρετική μητρική φροντίδα, η Γερμανία θα πρέπει να

αντιμετωπίσει αυτά τα κενά διατηρώντας παράλληλα τα υψηλά πρότυπα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της (Baston & Hall, 2018).

3.3 Ηνωμένο Βασίλειο

Το Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτει ένα από τα πιο ολοκληρωμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως, με την πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη να αποτελεί βασικό στοιχείο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS). Η φροντίδα για τις εγκύους γίνεται κυρίως από μαίες και υποστηρίζεται από γενικούς ιατρούς (GPs), μαιευτήρες και εξειδικευμένες μονάδες μητρότητας. Αυτή η πολυεπίπεδη προσέγγιση επιτρέπει τη συνέχεια της φροντίδας, διασφαλίζοντας ότι οι εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου διαχειρίζονται από μαίες, ενώ οι περιπτώσεις υψηλού κινδύνου παραπέμπονται σε ομάδες υπό την ηγεσία συμβούλων (Redshaw et al., 2019).

Οι μαίες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στο μοντέλο μαιευτικής φροντίδας του Ηνωμένου Βασιλείου. Από τα πρώιμα ραντεβού μέχρι τον τοκετό και τη μεταγεννητική υποστήριξη, οι μαίες είναι η κύρια επαφή για τις περισσότερες γυναίκες. Το NHS δίνει έμφαση κυρίως στη φροντίδα που βασίζεται στην κοινότητα, επιτρέποντας στις μαίες να επισκέπτονται ασθενείς στο σπίτι, να διεξάγουν υγειονομικούς ελέγχους και να παρέχουν καθοδήγηση σχετικά με το θηλασμό και τη βρεφική φροντίδα. Ο ρόλος τους είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την προώθηση των φυσικών τοκετών και την υποστήριξη της ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη (Parkin & Bologun, 2024).

Το πλαίσιο περίθαλψης μητρότητας του Ηνωμένου Βασιλείου ενσωματώνει παραπομπές με βάση τον κίνδυνο, διασφαλίζοντας ότι οι γυναίκες με επιπλοκές όπως ο διαβήτης κύησης ή η προεκλαμψία λαμβάνουν εξειδικευμένη προσοχή. Οι μαιευτήρες συνεργάζονται με μαίες και γενικούς γιατρούς για την παρακολούθηση κύσεων υψηλού κινδύνου και την ανάπτυξη εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας. Αυτός ο συντονισμός ελαχιστοποιεί τη μητρική και νεογνική θνησιμότητα, ευθυγραμμιζόμενος με τα διεθνή πρότυπα ασφάλειας (Redshaw et al., 2011).

Το NHS εγγυάται δωρεάν πρόσβαση στη φροντίδα μητρότητας στο σημείο του τοκετού, μειώνοντας σημαντικά τους οικονομικούς φραγμούς. Ωστόσο,

εξακολουθούν να υφίστανται αρκετές προκλήσεις όσον αφορά την αντιμετώπιση των ανισοτήτων, ιδιαίτερα μεταξύ των εθνοτικών μειονοτήτων και των οικονομικά μειονεκτούντων πληθυσμών. Μελέτες δείχνουν ότι οι μαύρες και οι γυναίκες της Νότιας Ασίας στο Ηνωμένο Βασίλειο αντιμετωπίζουν υψηλότερους κινδύνους επιπλοκών, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για πολιτιστικά ευαίσθητη φροντίδα και στοχευμένες παρεμβάσεις στην υγεία (Parkin & Bologun, 2024).

Τα ψηφιακά εργαλεία υγείας, όπως η εφαρμογή εγκυμοσύνης του NHS, ενισχύουν την προσβασιμότητα στη φροντίδα και δίνουν τη δυνατότητα στους ασθενείς να παρακολουθούν την υγεία τους. Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει επίσης αγκαλιάσει την τηλεϊατρική για προγεννητικά ραντεβού, ειδικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, μειώνοντας την επιβάρυνση των νοσοκομείων. Οι προηγμένες διαγνωστικές τεχνολογίες και τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας βελτιώνουν περαιτέρω τον συντονισμό της φροντίδας και την έγκαιρη ανίχνευση των επιπλοκών (Dasgupta et al., 2024).

Παρά τα δυνατά του σημεία, το Ηνωμένο Βασίλειο αντιμετωπίζει προκλήσεις όσον αφορά το προσωπικό και τη χρηματοδότηση. Οι εκθέσεις υπογραμμίζουν την έλλειψη μαιών και τις αυξανόμενες απαιτήσεις στο σύστημα μαιευτικής περίθαλψης, ασκώντας πίεση στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι επενδύσεις στην εκπαίδευση της μαιευτικής και στις στρατηγικές διατήρησης είναι κρίσιμες για τη διατήρηση της υψηλής ποιότητας φροντίδας (Parkin & Bologun, 2024).

Από τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό πως το σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου χρησιμεύει ως ένα μοντέλο ολοκληρωμένης φροντίδας υπό τη μαία, ενσωματωμένη με παρεμβάσεις που βασίζονται στον κίνδυνο. Ενώ η δίκαιη πρόσβαση και οι καινοτόμες τεχνολογίες ενισχύουν το πλαίσιο, η αντιμετώπιση των ανισοτήτων και των προκλήσεων του εργατικού δυναμικού είναι απαραίτητη για τη διατήρηση και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στη μητρική και νεογνική υγεία.

3.4 Ολλανδία

Η συγκεκριμένη χώρα είναι διεθνώς γνωστή για το σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης, το οποίο δίνει έμφαση στον φυσικό τοκετό και τη φροντίδα που βασίζεται στην κοινότητα. Το ολλανδικό μοντέλο λειτουργεί σε ένα κλιμακωτό σύστημα, όπου οι μαίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση κύσεων χαμηλού κινδύνου, ενώ οι μαιευτήρες επιβλέπουν περιπτώσεις υψηλού κινδύνου. Αυτό το τμήμα επιτρέπει στις γυναίκες να λαμβάνουν φροντίδα προσαρμοσμένη στις ιατρικές τους ανάγκες, προάγοντας τόσο την ασφάλεια όσο και την ενδυνάμωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (Amelink-Verburg & Buitendijk, 2010).

Οι μαίες αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας στην παραπάνω χώρα. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως διαχειρίζονται περίπου το 85% των κύσεων, με έμφαση στον φυσικό τοκετό και την ελάχιστη ιατρική παρέμβαση. Οι έγκυες γυναίκες συμβουλευονται μαίες σε τοπικά ιατρεία ή λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι. Οι τοκετοί στο σπίτι παραμένουν ένα μοναδικό και εξέχον χαρακτηριστικό της ολλανδικής μαιευτικής φροντίδας, με περίπου το 13% των γεννήσεων να γίνονται στο σπίτι υπό την επίβλεψη μαιών. Αυτή η πρακτική υποστηρίζεται από ισχυρή εκπαίδευση και υποδομή, όπως οι άμεσα διαθέσιμες υπηρεσίες μεταφοράς έκτακτης ανάγκης (Van den Berg et al., 2021).

Το ολλανδικό σύστημα λειτουργεί με βάση ένα μοντέλο παραπομπής που βασίζεται στον κίνδυνο, γνωστό ως *verloskundige indicatielijst*. Εάν προκύψουν επιπλοκές, οι μαίες παραπέμπουν αμέσως τους ασθενείς σε δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη με επικεφαλής μαιευτήρες στα νοσοκομεία. Καταστάσεις όπως είναι για παράδειγμα η προεκλαμψία ή η πολύδυμη κύηση είναι παραδείγματα περιπτώσεων που απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτό το απρόσκοπτο σύστημα παραπομπής διασφαλίζει την έγκαιρη παρέμβαση διατηρώντας παράλληλα τον ρόλο της μαίας σε φυσιολογικές εγκυμοσύνες (Hermus et al., 2017).

Η Ολλανδία εξασφαλίζει καθολική πρόσβαση στη μαιευτική περίθαλψη μέσω της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, η οποία καλύπτει τις περισσότερες υπηρεσίες μητρότητας. Οι έγκυες γυναίκες λαμβάνουν οικονομική υποστήριξη για τοκετούς στο σπίτι, μειώνοντας το βάρος των δαπανών από την τσέπη τους. Ωστόσο, οι μελέτες αποκαλύπτουν ανισότητες στα αποτελέσματα μεταξύ των μεταναστών και των πληθυσμών χαμηλού εισοδήματος, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για πολιτιστικά

ευαίσθητη φροντίδα και γλωσσική υποστήριξη εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Van den Berg et al., 2021).

Η μεταγεννητική φροντίδα είναι μια άλλη δύναμη του ολλανδικού συστήματος, ιδιαίτερα μέσω της παροχής kraamzorg. Οι επαγγελματίες του Kraamzorg επισκέπτονται νέες μητέρες στο σπίτι, βοηθώντας με τη φροντίδα του νεογνού, το θηλασμό και την ανάρρωση. Αυτή η υπηρεσία ενισχύει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον κατά την κρίσιμη περίοδο μετά τον τοκετό, προάγοντας την ευημερία της μητέρας και του βρέφους (Bowen & Taylor, 2022).

Παρά τα δυνατά του σημεία, το σύστημα της εν λόγω χώρας αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις. Το ποσοστό μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας ήταν ιστορικά υψηλότερο σε σύγκριση με ορισμένες άλλες ευρωπαϊκές χώρες, εν μέρει λόγω των καθυστερήσεων στις μεταφορές στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια έκτακτων περιστατικών. Η φθίνουσα προτίμηση για τοκετούς στο σπίτι και οι εξελισσόμενες προσδοκίες των ασθενών απαιτούν επίσης προσαρμογές στα μοντέλα φροντίδας (Hermus et al., 2017).

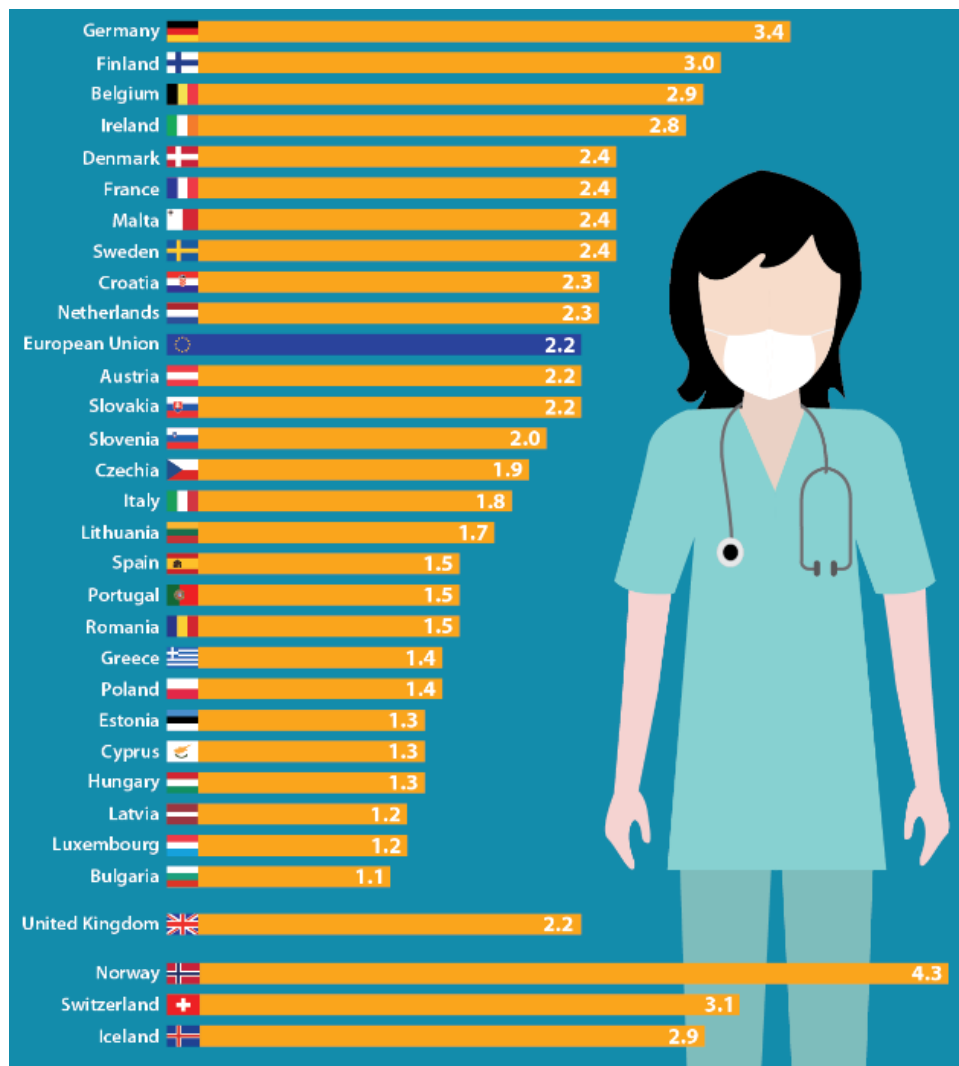
Σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν παραπάνω θα μπορούσε να ειπωθεί πως το συγκεκριμένο σύστημα αποτελεί παράδειγμα μιας προσέγγισης με επίκεντρο τον ασθενή, με γνώμονα την κοινότητα, δίνοντας έμφαση στους φυσικούς τοκετούς και ενδυναμώνοντας τις μαίες. Η ισχυρή ενσωμάτωση της διαχείρισης κινδύνου εξασφαλίζει φροντίδα υψηλής ποιότητας για τις γυναίκες σε όλα τα προφίλ κινδύνου. Παρόλα αυτά, η αντιμετώπιση των ανισοτήτων και η προσαρμογή στις δημογραφικές αλλαγές παραμένουν καθοριστικές για τη διατήρηση αυτού του μοντέλου που θαυμάζεται παγκοσμίως.

3.5 Νορβηγία

Η Νορβηγία είναι παγκοσμίως αναγνωρισμένη για το υποδειγματικό της σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης, που εξασφαλίζει εξαιρετικά αποτελέσματα για την υγεία της μητέρας και του νεογνού. Κεντρικό στοιχείο αυτής της επιτυχίας είναι το καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Νορβηγίας, το οποίο παρέχει δωρεάν ή άκρως επιδοτούμενη φροντίδα μητρότητας σε όλους τους

πολίτες και τους κατοίκους της χώρας (Ki-Moon, 2011). Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε από την εικόνα που ακολουθεί (βλέπε εικόνα 3.2), η Νορβηγία έχει τον μεγαλύτερο αριθμό μαιών στην Ευρώπη ενώ ακολουθούν η Γερμανία και η Ελβετία.

Οι έγκυες λαμβάνουν ολοκληρωμένη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων τακτικών προγεννητικών εξετάσεων, εξετάσεων υπερήχων και προληπτικών εξετάσεων για πιθανές επιπλοκές. Οι μαιές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στις εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου, συχνά λειτουργούν ως πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ οι μαιευτήρες είναι διαθέσιμοι για περιπτώσεις υψηλού κινδύνου. Αυτή η καλά συντονισμένη προσέγγιση διασφαλίζει την έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση των επιπλοκών, συμβάλλοντας στα χαμηλά ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας στη συγκεκριμένη χώρα (Dent & Burns, 2022).



Εικόνα 3.2 : Αριθμός μαιών για το 2019¹

Ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα του συστήματος της Νορβηγίας είναι η έμφαση που δίνει στην ατομοκεντρική φροντίδα. Οι μέλλουσες μητέρες έχουν την ευελιξία να επιλέξουν την προτιμώμενη ρύθμιση γέννησης, είτε σε νοσοκομείο, κέντρο τοκετών ή σπίτι, ανάλογα με το προφίλ κινδύνου τους. Τα νοσοκομεία είναι εξοπλισμένα με υπερσύγχρονες εγκαταστάσεις, διασφαλίζοντας ασφαλή τοκετό τόσο για εγκυμοσύνες χαμηλού όσο και για υψηλού κινδύνου (Bowen & Taylor, 2022).

¹ [<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20200512-1>]

Παράλληλα, η μεταγεννητική φροντίδα είναι εκτεταμένη, με τις μαίες να πραγματοποιούν επισκέψεις στο σπίτι για να παρακολουθούν την υγεία τόσο της μητέρας όσο και του μωρού. Η εν λόγω χώρα δίνει επίσης έμφαση στη γονική υποστήριξη, προσφέροντας γενναιόδωρες πολιτικές άδειας μητρότητας και πατρότητας, οι οποίες ενθαρρύνουν την πρόωπη σύνδεση και ανάρρωση (Marshall & Raynor, 2020).

Η προληπτική φροντίδα είναι ο βασικός άξονας του μαιευτικού συστήματος της Νορβηγίας. Οι εκστρατείες δημόσιας υγείας επικεντρώνονται κυρίως στην εκπαίδευση των γυναικών σχετικά με την προγεννητική υγεία, τη διατροφή και τη σημασία της έγκαιρης ιατρικής ενασχόλησης. Η ενσωμάτωση του συστήματος διασφαλίζει ότι οι μετανάστες και οι μειονοτικοί πληθυσμοί λαμβάνουν την ίδια ποιότητα περίθαλψης με τους Νορβηγούς πολίτες. Με το δομημένο αλλά προσαρμόσιμο μοντέλο της, η συγκεκριμένη χώρα θέτει ένα παγκόσμιο πρότυπο στην πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη, παρέχοντας δίκαιες και τεκμηριωμένες υπηρεσίες που δίνουν προτεραιότητα στην ευημερία της μητέρας και του παιδιού (Dent & Burns, 2022).

3.6 Σουηδία

Η Σουηδία μπορεί να υπερηφανεύεται για ένα από τα πιο προηγμένα και δίκαια συστήματα πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας στον κόσμο, επιτυγχάνοντας αξιοσημείωτα αποτελέσματα για την υγεία της μητέρας και του νεογνού. Το σύστημα βασίζεται σε μια καθολική υγειονομική περίθαλψη, διασφαλίζοντας ότι όλοι οι πολίτες και οι κάτοικοι, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, έχουν πρόσβαση σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες μητρότητας (Andersson et al., 2014).

Οι μαίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προγεννητική φροντίδα για εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου, παρέχοντας εξετάσεις ρουτίνας, υπερήχους και προγεννητική εκπαίδευση. Για περιπτώσεις υψηλού κινδύνου, μαιευτήρες και εξειδικευμένες ομάδες υγειονομικής περίθαλψης συνεργάζονται με μαίες για να εξασφαλίσουν εξατομικευμένη φροντίδα. Αυτή η ολοκληρωμένη προσέγγιση διευκολύνει την έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση για επιπλοκές, συμβάλλοντας στα

χαμηλά ποσοστά μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας στη Σουηδία (Hildingsson et al., 2022).

Η σουηδική πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα δίνει προτεραιότητα στην επιλογή και την ενδυνάμωση των ασθενών. Οι έγκυες μπορούν να επιλέξουν την προτιμώμενη οδό φροντίδας τους, είτε μέσω κέντρων τοκετών υπό τη μαία, νοσοκομείων ή ακόμη και προγραμματισμένων τοκετών στο σπίτι για εκείνες με εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου. Οι εγκαταστάσεις είναι εξοπλισμένες με τεχνολογία αιχμής, διασφαλίζοντας ασφαλείς παραδόσεις και γρήγορη ανταπόκριση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Lindgren, 2022).

Η μεταγεννητική φροντίδα στη Σουηδία είναι εξίσου ισχυρή, με τις μαίες να παρέχουν κατ' οίκον επισκέψεις για την υποστήριξη του θηλασμού, την παρακολούθηση της υγείας του βρέφους και την αντιμετώπιση της ευημερίας της μητέρας. Οι γενναιόδωρες πολιτικές γονικής άδειας συμπληρώνουν περαιτέρω τη συνέχεια της φροντίδας, επιτρέποντας και στους δύο γονείς να συμμετέχουν στην πρώιμη παιδική φροντίδα, ενισχύοντας την ανάκαμψη και τον οικογενειακό δεσμό (Hildingsson & Fenwick, 2015).

Η προληπτική φροντίδα και η ένταξη αποτελούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσέγγισης της συγκεκριμένης χώρας. Οι εκστρατείες αγωγής υγείας προωθούν την ευαισθητοποίηση σχετικά με τη διατροφή, την προγεννητική υγεία και τη σημασία των τακτικών εξετάσεων. Το σύστημα έχει σχεδιαστεί για να φιλοξενεί διαφορετικούς πληθυσμούς, προσφέροντας γλωσσική υποστήριξη και πολιτιστικά ευαίσθητη φροντίδα σε μετανάστες και πρόσφυγες. Συνδυάζοντας πρακτικές που βασίζονται σε στοιχεία με μια φιλοσοφία με επίκεντρο τον ασθενή, η Σουηδία συνεχίζει να θέτει παγκόσμια σημεία αναφοράς στην πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη (Andersson et al., 2014).

3.7 Φινλανδία

Όπως και τα δυο προηγούμενα Σκανδιναβικά κράτη, έτσι και η Φινλανδία είναι γνωστή για το εξαιρετικό σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης, το

οποίο κατατάσσεται σταθερά μεταξύ των καλύτερων παγκοσμίως για τα αποτελέσματα της υγείας της μητέρας και του βρέφους. Το συγκεκριμένο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται από το δημόσιο και είναι καθολικά προσβάσιμο, διασφαλίζοντας ότι όλες οι έγκυες λαμβάνουν φροντίδα υψηλής ποιότητας ανεξάρτητα από την οικονομική ή κοινωνική τους κατάσταση (Schmidt & Bachmann, 2021).

Η μαιευτική φροντίδα στη Φινλανδία γίνεται σε μεγάλο βαθμό από μαίες, ιδιαίτερα για εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου, με γενικούς ιατρούς και μαιευτήρες να παρεμβαίνουν για περιπτώσεις ή επιπλοκές υψηλού κινδύνου. Από τη στιγμή που επιβεβαιώνεται μια εγκυμοσύνη, παρέχεται στις γυναίκες ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων τακτικών εξετάσεων, προβολών και υπερήχων. Η έγκαιρη παρέμβαση αποτελεί προτεραιότητα, με τους επαγγελματίες υγείας να παρακολουθούν στενά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία για την έγκαιρη αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων (Kortet et al., 2020).

Ένα μοναδικό χαρακτηριστικό της πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας της Φινλανδίας είναι η έμφαση που δίνει στην εξατομικευμένη και προληπτική φροντίδα. Σε κάθε έγκυο έχει οριστεί μια μαία που παρακολουθεί το ταξίδι του από την αρχή της εγκυμοσύνης μέσω της επιλόχειας φροντίδας, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη και τη συνέχεια. Τα πακέτα μητρότητας που παρέχονται από το κράτος, γνωστά ως «παιδικά κουτιά», προσφέρουν βασικές προμήθειες για τα νεογέννητα, αποδεικνύοντας την προληπτική προσέγγιση της Φινλανδίας για τη διασφάλιση ότι κάθε μωρό γεννιέται σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Ακόμα, τα μαθήματα εκπαίδευσης τοκετού και οι συμβουλευτικές υπηρεσίες είναι ευρέως διαθέσιμα, προετοιμάζοντας τις οικογένειες για τις προκλήσεις του τοκετού, του τοκετού και της ανατροφής των παιδιών (Klemetti et al., 2023).

Η μεταγεννητική φροντίδα στη Φινλανδία είναι εξίσου ισχυρή, με τις μαίες να πραγματοποιούν επισκέψεις στο σπίτι για να παρακολουθούν την υγεία τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. Η υποστήριξη για το θηλασμό, ο έλεγχος ψυχικής υγείας και η συμβουλευτική γονέων αποτελούν αναπόσπαστες πτυχές αυτής της φροντίδας. Η Φινλανδία προσφέρει επίσης μια από τις πιο γενναιόδωρες πολιτικές γονικής άδειας παγκοσμίως, δίνοντας τη δυνατότητα στους γονείς να δώσουν προτεραιότητα στην ευημερία τους και να δεθούν με τα νεογέννητά τους. Αυτή η ολοκληρωμένη προσέγγιση, που έχει τις ρίζες της στην ισότητα και την πρόληψη,

έχει εδραιώσει τη Φινλανδία ως ηγέτη στην πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη (Koski et al., 2024).

3.8 ΗΠΑ

Οι ΗΠΑ διαθέτουν μερικές από τις πιο προηγμένες ιατρικές τεχνολογίες και μαιευτήρες υψηλής εξειδίκευσης για τη διαχείριση πολύπλοκων και υψηλού κινδύνου κυήσεων. Η πρόσβαση σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Νεογνών και εξειδικευμένη μητρική-εμβρυϊκή ιατρική είναι από τις καλύτερες στον κόσμο. Οι έγκυες στις ΗΠΑ μπορούν να επιλέξουν από μια ποικιλία μοντέλων φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των γεννήσεων στο νοσοκομείο υπό τη διεύθυνση μαιευτήρα, της φροντίδας από μαίες σε κέντρα τοκετών και των τοκετών στο σπίτι. Αυτή η ευελιξία επιτρέπει εξατομικευμένες προσεγγίσεις στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Cheyney et al., 2014).

Πολλοί ιδιωτικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης προσφέρουν εξατομικευμένη, υψηλής ποιότητας μαιευτική φροντίδα, καλύπτοντας τις ατομικές ανάγκες. Για όσους έχουν ολοκληρωμένα προγράμματα ασφάλισης, η πρόσβαση σε ιδιωτικά δωμάτια, προηγμένα διαγνωστικά και προαιρετικές διαδικασίες είναι ένα σημαντικό πλεονέκτημα. Οι ΗΠΑ, επίσης, βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της έρευνας για τη μητρική υγεία και των κλινικών δοκιμών, οδηγώντας σε καινοτομίες στην προγεννητική διάγνωση, τη διαχείριση της εργασίας και τη φροντίδα μετά τον τοκετό (GAO, 2023).

Ένα εξίσου σημαντικό όφελος αυτού του συστήματος είναι η υποστήριξη για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Ομοσπονδιακά χρηματοδοτούμενα προγράμματα όπως είναι για παράδειγμα το Medicaid και το Affordable Care Act έχουν αυξήσει αισθητά την πρόσβαση στην προγεννητική φροντίδα για πληθυσμούς χαμηλού εισοδήματος, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στη μείωση των ανισοτήτων σε ορισμένες περιοχές. Παρόλα αυτά υφίστανται και ορισμένες αδυναμίες. Για παράδειγμα έρευνες αναφέρουν πως οι ΗΠΑ έχουν μερικά από τα υψηλότερα κόστη φροντίδας μητρότητας παγκοσμίως, τα οποία μπορεί να είναι απαγορευτικά για ανασφάλιστα ή υποασφαλισμένα άτομα. Προσωπικές δαπάνες συχνά επιβαρύνουν τις

οικογένειες, ακόμη και για τη συνήθη προγεννητική φροντίδα και τη φροντίδα του τοκετού (Alvarez, 2014).

Εξίσου σοβαρό ζήτημα είναι η παροχή κατακερματισμένης φροντίδας. Η συνέχεια της φροντίδας είναι ένα σημαντικό ζήτημα. Πολλοί ασθενείς βλέπουν διαφορετικούς παρόχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και μετά τον τοκετό, γεγονός που οδηγεί σε ασυνέπειες στη φροντίδα. Η εξάρτηση από τους μαιευτήρες για εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου περιορίζει την πρόσβαση στις μαιές, οι οποίες είναι συχνά πιο κατάλληλες για πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα (Combellick et al., 2022).

Παρά την προηγμένη ιατρική υποδομή, οι ΗΠΑ έχουν υψηλότερα ποσοστά μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας από πολλές άλλες ανεπτυγμένες χώρες, ιδιαίτερα για τους μαύρους και τους αυτόχθονες πληθυσμούς, υπογραμμίζοντας τις συστημικές ανισότητες. Αρκετές μελέτες, επίσης, κάνουν λόγο και για σημαντικές ελλείψεις ενσωμάτωσης μαιίας. Οι μαιές και τα κέντρα τοκετού υποχρησιμοποιούνται σε σύγκριση με χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο ή η Νέα Ζηλανδία, όπου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα μητρότητας χαμηλού κινδύνου. Η ιατρικοποίηση του τοκετού συχνά οδηγεί σε περιττές παρεμβάσεις, όπως υψηλά ποσοστά καισαρικής τομής (Watson, 2019).

Ένα άλλο ζήτημα είναι οι ανισότητες στην πρόσβαση στη φροντίδα. Οι γεωγραφικές και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες είναι έντονες. Οι αγροτικές περιοχές συχνά δεν διαθέτουν επαρκείς εγκαταστάσεις μαιευτικής φροντίδας και τα συστημικά εμπόδια εμποδίζουν τις περιθωριοποιημένες κοινότητες να έχουν πρόσβαση σε μαιευτική περίθαλψη υψηλής ποιότητας. Παράλληλα, οι ΗΠΑ έχουν ελάχιστη δομημένη φροντίδα μετά τον τοκετό σε σύγκριση με χώρες όπως η Σουηδία ή η Νορβηγία. Αυτό το κενό συχνά αφήνει τις νέες μητέρες χωρίς επαρκή υποστήριξη για σωματική αποκατάσταση, ψυχική υγεία και βρεφική φροντίδα (Alvarez, 2014).

Με λίγα λόγια θα μπορούσε να ειπωθεί πως το σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης των ΗΠΑ υπερέχει στην τεχνολογία, την εξειδικευμένη φροντίδα και την έρευνα, αλλά υπάρχουν προβλήματα με την προσβασιμότητα, την οικονομική προσιτότητα και την ισότητα. Ενώ οι πρόοδοι στη μητρική υγειονομική περίθαλψη είναι εμφανείς, οι συστημικές ανεπάρκειες και ανισότητες εμποδίζουν σημαντικά τα αποτελέσματα, ιδιαίτερα για τους ευάλωτους πληθυσμούς. Η ένταξη

των μαιών, η επέκταση της δημόσιας χρηματοδότησης και η ενίσχυση της υποστήριξης μετά τον τοκετό θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν πολλές από αυτές τις αδυναμίες (GAO, 2023).

3.9 Καναδάς

Ο Καναδάς προσφέρει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με δημόσια χρηματοδότηση, το οποίο παρέχει καθολική πρόσβαση στη φροντίδα μητρότητας χωρίς προσωπικό κόστος για τους κατοίκους. Αυτό διασφαλίζει ότι οι έγκυες, ανεξαρτήτως εισοδήματος, έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας, εργασίας και τοκετού, μειώνοντας τα οικονομικά εμπόδια στην υγειονομική περίθαλψη (Barnes et al., 2020).

Ο Καναδάς διαθέτει ένα καλά εδραιωμένο σύστημα ολοκληρωμένης φροντίδας, όπου οι οικογενειακοί γιατροί, οι μαίες και οι μαιευτήρες συνεργάζονται για να παρέχουν ολιστική φροντίδα μητρότητας. Οι μαίες αναγνωρίζονται ως βασικοί φροντιστές σε πολλές επαρχίες, ιδιαίτερα για εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου, προωθώντας μια πιο εξατομικευμένη και λιγότερο ιατροποιημένη εμπειρία τοκετού (GAO, 2023).

Σε σύγκριση με πολλές άλλες ανεπτυγμένες χώρες, ο Καναδάς έχει σχετικά χαμηλά ποσοστά καισαρικής τομής. Αυτό αντανακλά την προτίμηση για φυσικό τοκετό και την εστίαση σε λιγότερο επεμβατικές παρεμβάσεις όταν είναι δυνατόν, διασφαλίζοντας μια πιο ευνοϊκή εμπειρία για πολλές μέλλουσες μητέρες. Η δέσμευση του συγκεκριμένου κράτους στην καθολική υγειονομική περίθαλψη έχει οδηγήσει σε σχετικά ίση πρόσβαση στην πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη σε διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Αυτό μειώνει αισθητά τις ανισότητες στην υγεία και διασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα για την υγεία της μητέρας και του βρέφους είναι γενικά πιο δίκαια (McNiven et al., 2024).

Γενικότερα, η καναδική μαιευτική φροντίδα περιλαμβάνει τόσο προγεννητικές όσο και μεταγεννητικές υπηρεσίες, με έμφαση στην ψυχική και σωματική υγεία. Η τακτική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και οι επισκέψεις μετά τον τοκετό, είναι συχνές, διασφαλίζοντας ότι οι

μητέρες υποστηρίζονται κατά την ανάρρωσή τους και την προσαρμογή τους στη νέα γονεϊκότητα (Alvarez, 2014).

Παρόλα αυτά, μία από τις βασικότερες αδυναμίες του συστήματος πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης του εν λόγω κράτους είναι η σημαντική διαφορά στην πρόσβαση μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Ενώ τα αστικά κέντρα είναι καλά εξοπλισμένα με εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και επαγγελματίες, οι αγροτικές περιοχές συχνά αντιμετωπίζουν περιορισμένη πρόσβαση σε μαιευτήρες, μαίες και κέντρα τοκετού, με αποτέλεσμα μεγαλύτερο χρόνο ταξιδιού για τις μέλλουσες μητέρες (Dent & Burns, 2022).

Αρκετές μελέτες αναφέρονται και στα ζητήματα με τους χρόνους αναμονής και στις καθυστερήσεις. Λόγω της μεγάλης ζήτησης για υπηρεσίες και του περιορισμένου αριθμού παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ορισμένες έγκυες αντιμετωπίζουν μεγάλους χρόνους αναμονής για προγεννητικά ραντεβού, υπερηχογράφημα και διαβουλεύσεις με ειδικούς. Αυτό μπορεί να προκαλέσει άγχος και να μειώσει την πρόσβαση στην έγκαιρη φροντίδα, ιδιαίτερα για άτομα με εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου (Abril et al., 2024).

Αν και η μαιευτική φροντίδα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας μητρότητας σε πολλές επαρχίες, η διαθεσιμότητά της μπορεί να είναι περιορισμένη, ιδιαίτερα σε ορισμένες αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές. Σε ορισμένες επαρχίες, οι μαίες είναι ελλειπείς και μπορεί να υπάρχει λίστα αναμονής για πρόσβαση στις υπηρεσίες τους, περιορίζοντας τις επιλογές για άτομα που αναζητούν μια πιο εξατομικευμένη εμπειρία τοκετού (Ki-Moon, 2011).

Παράλληλα, το συγκεκριμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ χρηματοδοτείται από το δημόσιο, συχνά αντιμετωπίζει πιέσεις λόγω περιορισμών πόρων. Είναι εφικτό να υπάρχει έλλειψη επαρκούς προσωπικού, που σε αρκετές περιπτώσεις οδηγεί σε εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μαιευτηρίων και των νοσοκόμων. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της περίθαλψης και να οδηγήσει σε καθυστερήσεις στα ραντεβού ή σε έλλειψη εξατομικευμένης προσοχής για τους ασθενείς (Foley et al., 2018).

Συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί πως το σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης του Καναδά επωφελείται από το καθολικό μοντέλο

υγειονομικής περίθαλψης, τις ολοκληρωμένες πρακτικές φροντίδας και την έμφαση στον τοκετό χαμηλής παρέμβασης. Ωστόσο, προκλήσεις όπως είναι για παράδειγμα οι γεωγραφικές ανισότητες, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και η περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών μαιευτικής σε ορισμένες περιοχές εμποδίζουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η αντιμετώπιση της πίεσης στους πόρους, η βελτίωση της πολιτιστικής ικανότητας και η επέκταση της πρόσβασης στη μαιευτική σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές θα μπορούσαν να βελτιώσουν περαιτέρω την ποιότητα και την ισότητα της μητρικής υγειονομικής περίθαλψης στον Καναδά.

3.10 Νέα Ζηλανδία

Το σύστημα μαιευτικής φροντίδας της Νέας Ζηλανδίας βασίζεται στο μοντέλο Lead Maternity Carer (LMC), όπου οι έγκυες επιλέγουν μια μαία, γενικό γιατρό ή μαιευτήρα για να παρέχουν συνεχή φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της περιόδου μετά τον τοκετό. Οι μαίες αποτελούν την κύρια επιλογή, ειδικά για εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου, λόγω της ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης προσέγγισης φροντίδας τους (Dent & Burns, 2022).

Οι υπηρεσίες μητρότητας στη Νέα Ζηλανδία χρηματοδοτούνται σε μεγάλο βαθμό από την κυβέρνηση, διασφαλίζοντας δωρεάν πρόσβαση στους κατοίκους. Αυτό το καθολικό μοντέλο χρηματοδότησης εξαλείφει τα οικονομικά εμπόδια, προάγοντας την ισότητα στη μητρική υγειονομική περίθαλψη. Το μοντέλο LMC εστιάζει περισσότερο στην τεκμηριωμένη επιλογή, την πολιτιστική συμμετοχή και τον σεβασμό για τις διαφορετικές πρακτικές τοκετού. Η φροντίδα προσαρμόζεται στις ατομικές προτιμήσεις, συμπεριλαμβανομένων των επιλογών για τοκετούς στο νοσοκομείο, κέντρα τοκετών ή τοκετούς στο σπίτι, καθώς και ευέλικτη προγεννητική και μεταγεννητική υποστήριξη (Foley et al., 2018).

Η φροντίδα είναι αποκεντρωμένη, εστιάζοντας στο κοινοτικό επίπεδο. Οι μαίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, συχνά υποστηρίζονται από τη δημόσια υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες, διασφαλίζοντας ένα ολοκληρωμένο δίκτυο ασφαλείας τόσο για τις εγκυμοσύνες χαμηλού όσο και για τις εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου. Για επιπλοκές ή περιπτώσεις υψηλού κινδύνου, οι LMC έχουν πρόσβαση σε απρόσκοπτες παραπομπές σε μαιευτήρες ή υπηρεσίες τριτοβάθμιας περίθαλψης εντός του πλαισίου

της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζοντας έγκαιρες παρεμβάσεις (Baston & Hall, 2018).

Γενικότερα, στη Νέα Ζηλανδία, οι μαίες αποτελούν τον βασικό πυλώνα της μαιευτικής φροντίδας, διαχειρίζονται τις περισσότερες εγκυμοσύνες.. Αντίθετα, σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, οι μαιευτήρες χειρίζονται την πλειοψηφία των τοκετών, με τις μαίες να έχουν πιο δευτερεύοντα ή συμπληρωματικό ρόλο. Επίσης, σε αντίθεση με το δημόσιο χρηματοδοτούμενο σύστημα της Νέας Ζηλανδίας, πολλές χώρες, όπως οι ΗΠΑ, βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην ιδιωτική ασφάλιση, δημιουργώντας ανισότητες στην πρόσβαση σε ποιοτική μαιευτική περίθαλψη. Στη Νέα Ζηλανδία, η απουσία άμεσου κόστους ενθαρρύνει την καθολική πρόσβαση και μειώνει τις ανισότητες (Bowen & Taylor, 2022).

Σε αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να σημειωθεί πως το σύστημα της Νέας Ζηλανδίας δίνει προτεραιότητα στην αυτονομία των ασθενών και τον πολιτιστικό σεβασμό, ιδιαίτερα για τις κοινότητες των Μαορί και των νησιών του Ειρηνικού. Σε χώρες όπως η Σουηδία ή η Φινλανδία, ενώ εκτιμάται η ένταξη, τα συστήματά τους τείνουν να τονίζουν την ομοιομορφία και τα καθολικά πρότυπα έναντι των εξατομικευμένων πολιτισμικών προσαρμογών (Marshall & Raynor, 2020).

Μια εξίσου σημαντική διαφορά σε σχέση με άλλα συστήματα είναι πως οι τοκετοί στο σπίτι και τα κέντρα τοκετών στην κοινότητα είναι κοινά και υποστηρίζονται καλά στη Νέα Ζηλανδία, ενώ χώρες όπως είναι για παράδειγμα ο Καναδάς ή το Ηνωμένο Βασίλειο παρέχουν αυτές τις επιλογές αλλά με πιο περιορισμένο επιπολασμό ή τους πόρους που διατίθενται σε σύγκριση με τις γεννήσεις στο νοσοκομείο. Τέλος, το μοντέλο LMC εξασφαλίζει συνεπή φροντίδα από τον ίδιο πάροχο καθ' όλη τη διάρκεια του ταξιδιού της εγκυμοσύνης, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με χώρες όπου η περίθαλψη μπορεί να είναι κατακερματισμένη σε διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας, όπως στις ΗΠΑ ή τη Γαλλία (Bowen & Taylor, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η χώρα μας προσφέρει καθολική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης μέσω του δημόσιου συστήματος υγείας της, το οποίο διασφαλίζει ότι όλοι οι κάτοικοι, συμπεριλαμβανομένων των εγκύων, έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες μητρότητας. Αυτό το δημόσιο σύστημα παρέχει φροντίδα που είναι σε μεγάλο βαθμό δωρεάν ή συνεπάγεται ελάχιστο κόστος, καθιστώντας το προσβάσιμο στους περισσότερους πολίτες. Παράλληλα, το κράτος καλύπτει τις περισσότερες δαπάνες

προγεννητικής, γέννας και μεταγεννητικής φροντίδας, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο δίκαιη πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες (Αδαμακίδου και συν., 2015).

Στην Ελλάδα, η πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη περιλαμβάνει μια σειρά από υπηρεσίες, από τακτικούς ελέγχους έως ιατρικούς ελέγχους και εξετάσεις. Στις γυναίκες παρέχεται συνήθως πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας της μητέρας που ρυθμίζονται καλά. Οι έγκυες λαμβάνουν προγεννητική φροντίδα από μαιευτήρες και μαίες, συμπεριλαμβανομένων υπερήχων, εξετάσεων αίματος και άλλων απαραίτητων διαδικασιών για την παρακολούθηση της υγείας τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου (Raftakis, 2023).

Οι μαίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο ελληνικό σύστημα μαιευτικής φροντίδας, προσφέροντας υπηρεσίες όπως προγεννητική συμβουλευτική, βοήθεια κατά τον τοκετό και φροντίδα μετά τον τοκετό (Dale-Porter, 2023). Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει εστιάσει περισσότερο στη μαιευτική φροντίδα, με τις μαίες να εργάζονται μαζί με μαιευτήρες για να παρέχουν πιο ολιστική υποστήριξη στις εγκύους. Αυτή η ομαδική προσέγγιση διασφαλίζει ότι οι γυναίκες λαμβάνουν εξατομικευμένη και συνεχή φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό (Spyridou et al., 2015).

Μετά τον τοκετό, οι Ελληνίδες μητέρες δικαιούνται άδεια μητρότητας και λαμβάνουν μεταγεννητική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων τακτικών ελέγχων και υποστήριξης για το θηλασμό και την ψυχική υγεία. Τα νοσοκομεία παρέχουν υπηρεσίες μετά τον τοκετό, ενώ οι μαίες επισκέπτονται συχνά γυναίκες στο σπίτι για να παρακολουθούν την ανάρρωση και την ευημερία τους. Αυτό διασφαλίζει ότι οι μητέρες δεν μένουν χωρίς υποστήριξη κατά την κρίσιμη περίοδο μετά τον τοκετό (Papoutsis et al., 2014).

Σε ότι έχει να κάνει με τις αδυναμίες και τα προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Μαιευτικής Φροντίδας στην Ελλάδα, θα πρέπει να σημειωθεί πως ένα εξ αυτών είναι το γεγονός πως ενώ η χώρα μας παρέχει καθολική πρόσβαση στη μαιευτική περίθαλψη, τα δημόσια νοσοκομεία αντιμετωπίζουν συχνά υπερπληθυσμό, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές. Αυτό οδηγεί σε μεγάλους χρόνους αναμονής για ραντεβού, βιαστικές διαβουλεύσεις και πιθανή έλλειψη εξατομικευμένης φροντίδας για τις μέλλουσες μητέρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς μπορεί να βιώσουν

λιγότερο από ιδανικές συνθήκες στα νοσοκομεία λόγω της πίεσης στους πόρους και το προσωπικό (Αδαμακίδου και συν., 2015).

Υπάρχουν, επίσης, σημαντικές διαφορές στην ποιότητα και τη διαθεσιμότητα της πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών στην Ελλάδα. Ενώ μεγάλες πόλεις όπως η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη προσφέρουν πιο προηγμένες εγκαταστάσεις και εξειδικευμένες υπηρεσίες, τα άτομα που ζουν σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές έχουν συχνά περιορισμένη πρόσβαση σε περίθαλψη. Οι αγροτικές περιοχές μπορεί να στερούνται επαρκούς αριθμού ειδικευμένων μαιευτηρίων ή μαιών και οι γυναίκες σε αυτές τις περιοχές μπορεί να χρειαστεί να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις για να έχουν πρόσβαση σε φροντίδα υψηλής ποιότητας (Λιονής, 2023).

Ένα άλλο ζήτημα είναι η έλλειψη εξειδίκευσης και κατάρτισης. Μια άλλη πρόκληση που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα μαιευτικής περίθαλψης είναι η έλλειψη εξειδικευμένης εκπαίδευσης στην υγεία της μητέρας και του παιδιού για πολλούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά σε μικρότερες κλινικές ή αγροτικές περιοχές (Dale-Porter, 2023). Αυτό είναι εφικτό να επηρεάσει την ποιότητα της περίθαλψης, καθώς δεν είναι όλοι οι επαγγελματίες υγείας επαρκώς εκπαιδευμένοι για να αντιμετωπίζουν περίπλοκες μαιευτικές καταστάσεις ή να χειρίζονται εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου (Koullias et al., 2020)

Γενικότερα, ενώ η χώρα μας προσφέρει καλή σωματική φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, υπάρχει ένα αξιοσημείωτο κενό στην υποστήριξη της ψυχικής υγείας των εγκύων γυναικών, ιδιαίτερα στη φροντίδα μετά τον τοκετό (Dale-Porter, 2023). Ενώ ορισμένα νοσοκομεία προσφέρουν μεταγεννητική ψυχολογική υποστήριξη, δεν είναι παγκοσμίως διαθέσιμη και πολλές γυναίκες δεν λαμβάνουν επαρκή προσοχή σε θέματα ψυχικής υγείας όπως η επιλόχεια κατάθλιψη. Η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου, πανελλαδικού πλαισίου ψυχικής υγείας για τις μητέρες είναι ένα κενό στο σύστημα (Kosiva et al., 2023).

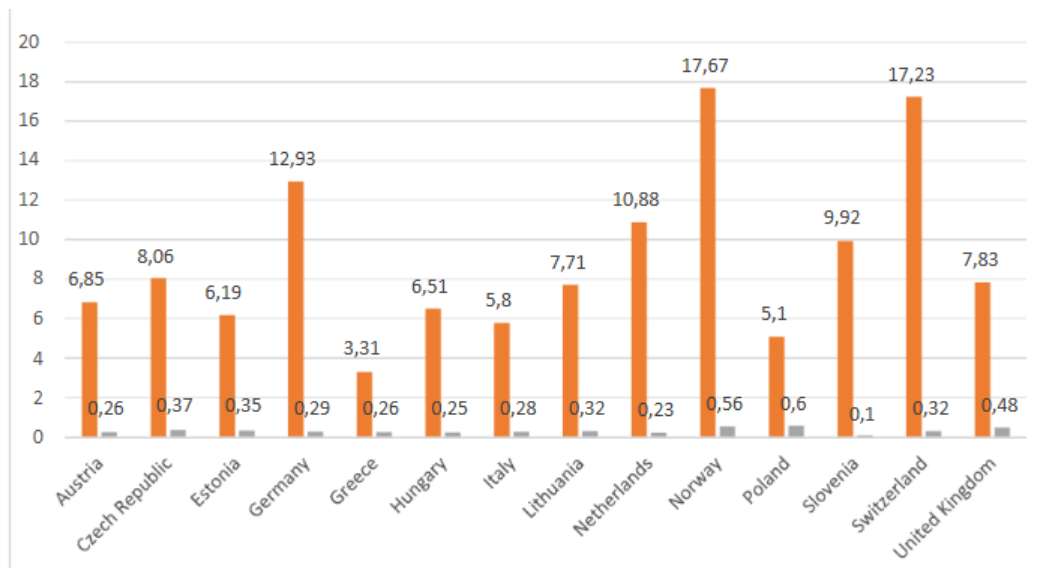
Όπως και άλλες χώρες με καλά ανεπτυγμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η Ελλάδα έχει επικριθεί για την εξάρτησή της από ιατρικές παρεμβάσεις, όπως η χρήση επισκληριδίου, καισαρικών τομών και επαγωγών. Ενώ αυτές οι παρεμβάσεις είναι απαραίτητες σε ορισμένες περιπτώσεις, υπάρχει ανησυχία ότι χρησιμοποιούνται πολύ συχνά, οδηγώντας σε υπερβολική ιατροποίηση του τοκετού.

Πολλές γυναίκες στην Ελλάδα μπορεί να μην έχουν πρόσβαση σε πλήρως ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τον τοκετό και το σύστημα τείνει να εστιάζει σε επιλογές στο νοσοκομείο και όχι στο σπίτι ή στο κέντρο γέννησης (Volteas et al., 2024).

Συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί πως το ελληνικό σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής φροντίδας προσφέρει καθολική πρόσβαση σε ολοκληρωμένη φροντίδα μητρότητας, με ισχυρή υποστήριξη από μαίες και μαιευτήρες. Το σύστημα θεωρείται γενικά καλά για την προγεννητική και μεταγεννητική του φροντίδα, αν και οι προκλήσεις εξακολουθούν να υφίστανται. Τα υπερπλήρη νοσοκομεία και οι περιφερειακές ανισότητες περιορίζουν την ποιότητα και την προσβασιμότητα της περίθαλψης σε ορισμένες περιοχές, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές.

Η έλλειψη εξειδικευμένης κατάρτισης σε ορισμένους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με την εστίαση στις ιατρικές παρεμβάσεις, δημιουργεί επίσης αδυναμίες στο σύστημα. Τέλος, η Ελλάδα πρέπει να δώσει μεγαλύτερη έμφαση στην υποστήριξη της ψυχικής υγείας των εγκύων ατόμων, διασφαλίζοντας ότι η ψυχολογική ευημερία των μητέρων θεωρείται μέρος της ολοκληρωμένης φροντίδας. Ενώ το σύστημα έχει πλεονεκτήματα, όπως η προσέγγισή του χωρίς αποκλεισμούς στη φροντίδα μητρότητας, αυτές οι αδυναμίες πρέπει να αντιμετωπιστούν για να διασφαλιστεί ότι όλες οι γυναίκες στην Ελλάδα λαμβάνουν το υψηλότερο επίπεδο μαιευτικής φροντίδας (Λιονής, 2023).

Στην εικόνα 4.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται το νοσηλευτικό/μαιευτικό προσωπικό ανά 1000 κατοίκους για την περίοδο του 2017. Στην εν λόγω εικόνα παρατηρούμε πως την πρώτη θέση στο συγκεκριμένο προσωπικό την έχει η Νορβηγία με 17,67 ενώ ακολουθεί η Ελβετία με 17,23 και η Γερμανία με 12,93. Η χώρα μας είναι αρκετά πιο κάτω έχοντας μόνο 3,31.



Εικόνα 4.1 : Νοσηλευτικό/μαιευτικό προσωπικό ανά 1000 κατοίκους (Ευρωπαϊκές χώρες ΟΟΣΑ) για το 2017 (Koullias et al., 2020)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ –

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

5.1 Συγκρίσεις μεταξύ χωρών

Η Νορβηγία και η Σουηδία διαθέτουν καθιερωμένα συστήματα εξατομικευμένης φροντίδας, όπου προγραμματίζονται τακτικοί προγεννητικοί έλεγχοι και οι γυναίκες λαμβάνουν συνεχή υποστήριξη από παρόχους υγειονομικής

περίθαλψης. Η Φινλανδία παρέχει ομοίως ισχυρή προγεννητική φροντίδα, με μεγάλη έμφαση σε εξατομικευμένα σχέδια φροντίδας και πρώιμους προληπτικούς ελέγχους. Αντίθετα, η προγεννητική φροντίδα στην χώρα μας είναι γενικά ολοκληρωμένη, με τακτικούς ελέγχους, ιατρικούς ελέγχους και εξετάσεις που παρέχονται μέσω του δημόσιου συστήματος. Παρά το γεγονός αυτό, όμως, ο υπερπληθυσμός των δημόσιων νοσοκομείων οδηγεί συχνά σε μεγάλους χρόνους αναμονής και μερικές φορές εσπευσμένες διαβουλεύσεις.

Ο Καναδάς προσφέρει μια συγκρίσιμη προσέγγιση, αν και διαφέρει ελαφρώς ανά επαρχία, όπου οι μαίες ή οι μαιευτήρες διαχειρίζονται τις προγεννητικές επισκέψεις. Από την άλλη μεριά, το σύστημα της Νέας Ζηλανδίας, με τη φροντίδα που επικεντρώνεται στη μαία, ξεχωρίζει καθώς προσφέρει στις γυναίκες μεγαλύτερη αυτονομία στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την προγεννητική τους φροντίδα, με τις μαίες να επισκέπτονται συνήθως τα σπίτια για έλεγχο. Η Γερμανία παρέχει προγεννητική φροντίδα μέσω ενός συνδυασμού μαιευτήρων και γυναικολόγων, διασφαλίζοντας μια εξαιρετικά δομημένη διαδικασία παρακολούθησης της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα σε αστικές περιοχές.

Από την άλλη πλευρά, η μεταγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα επικεντρώνεται σε βασικούς ελέγχους για τη μητέρα και το παιδί, με τις μαίες να επισκέπτονται συχνά το σπίτι για παρακολούθηση. Ωστόσο, υπάρχει ένα κενό στην υποστήριξη της ψυχικής υγείας για τις μητέρες, ειδικά για θέματα όπως η επιλόχεια κατάθλιψη. Αυτός είναι ένας τομέας όπου η Νορβηγία, η Σουηδία και η Φινλανδία υπερέχουν, καθώς παρέχουν ολοκληρωμένη υποστήριξη ψυχικής υγείας στις μητέρες μετά τον τοκετό, συμπεριλαμβανομένων ψυχολογικών αξιολογήσεων και συμβουλευτικών υπηρεσιών.

Στη Νέα Ζηλανδία, οι μαίες συνεχίζουν να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο μετά τον τοκετό, διασφαλίζοντας ότι οι μητέρες λαμβάνουν εξατομικευμένη φροντίδα και συναισθηματική υποστήριξη, με μεγάλη έμφαση στη στήριξη του θηλασμού και στην ψυχική ευεξία. Κάτι αντίστοιχο γίνεται και στον Καναδά ο οποίος προσφέρει μεταγεννητική φροντίδα τόσο μέσω μαιών όσο και μαιευτηρίων, με τις μαίες να προσφέρουν μια πιο ολιστική προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένων των επισκέψεων στο σπίτι. Από την άλλη πλευρά, η Γερμανία προσφέρει καθιερωμένη μεταγεννητική φροντίδα, αν και όπως η Ελλάδα, μπορεί να μην επικεντρώνεται πάντα

τόσο στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τις μητέρες, με την υποστήριξη να περιορίζεται συχνά στη σωματική αποκατάσταση.

Όσον αφορά την κατάρτιση και την επαγγελματική ανάπτυξη, θα πρέπει να τονιστεί πως στην Ελλάδα, η ποιότητα της περίθαλψης ενίοτε διακυβεύεται από την ανεπαρκή εξειδικευμένη κατάρτιση πολλών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά σε αγροτικές ή υποεξυπηρετούμενες περιοχές. Αυτό οδηγεί σε ζητήματα όπου η εμπειρία του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να μην ανταποκρίνεται στις διαφορετικές ανάγκες του πληθυσμού.

Χώρες όπως η Νορβηγία, η Σουηδία και η Φινλανδία επενδύουν ιδιαίτερα στη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη, διασφαλίζοντας ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι καλά εξοπλισμένοι για να αντιμετωπίσουν ένα ευρύ φάσμα μαιευτικών και γυναικολογικών θεμάτων. Γενικότερα, οι σκανδιναβικές χώρες δίνουν προτεραιότητα στην εκπαίδευση τόσο σε τεχνικές δεξιότητες όσο και σε πολιτιστικές ικανότητες, κάτι που είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή φροντίδας σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες.

Αντίθετα, η Γερμανία δίνει μεγάλη έμφαση στην εξειδίκευση της μαιευτικής περίθαλψης, με τους μαιευτήρες να υποβάλλονται σε αυστηρή εκπαίδευση, αλλά το σύστημα είναι ιδιαίτερα νοσοκομειακό, γεγονός που μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερη προσωπική φροντίδα. Ο Καναδάς έχει επίσης μια αυστηρή διαδικασία εκπαίδευσης, αλλά επιτρέπει μεγαλύτερη ευελιξία στις μαίες να ηγούνται της φροντίδας, κάτι που μπορεί να είναι μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση, ειδικά σε αγροτικές περιοχές.

Σε ότι έχει να κάνει με το κομμάτι των ιατρικών παρεμβάσεων, θα πρέπει να επισημανθεί πως η χρήση ιατρικών παρεμβάσεων κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό είναι ένα θέμα ανησυχίας στην Ελλάδα, όπου η ιατροποίηση είναι διαδεδομένη, ιδιαίτερα σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Η χώρα μας έχει υψηλότερο ποσοστό καισαρικών τομών σε σύγκριση με ορισμένες άλλες χώρες, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την προσέγγιση της Νέας Ζηλανδίας, όπου η φροντίδα με επίκεντρο τη μαία οδηγεί συχνά σε λιγότερες παρεμβάσεις και περισσότερους φυσικούς τοκετούς. Η Σουηδία, η Νορβηγία και η Φινλανδία έχουν επίσης χαμηλότερα ποσοστά καισαρικής τομής, με μεγάλη έμφαση στον φυσικό τοκετό, εκτός εάν είναι ιατρικά απαραίτητο.

Στον Καναδά, η προσέγγιση ποικίλλει ανάλογα με την επαρχία, αλλά οι μαίες είναι πιο πιθανό να διευκολύνουν τους φυσικούς τοκετούς. Η Γερμανία, ωστόσο, συχνά βασίζεται σε νοσοκομειακές παρεμβάσεις, ειδικά για εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου, οδηγώντας σε υψηλότερα ποσοστά παρέμβασης από ό,τι σε χώρες όπως η Σουηδία ή η Νέα Ζηλανδία, όπου οι μαίες χειρίζονται εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου με ελάχιστες ιατρικές παρεμβάσεις.

Όσον αφορά το νομοθετικό πλαίσιο, θα πρέπει να τονιστεί πως το συγκεκριμένο πλαίσιο της Ελλάδας για τη μαιευτική περίθαλψη βασίζεται στη συνταγματική προστασία και στη νομοθεσία περί υγειονομικής περίθαλψης. Το άρθρο 21 του Ελληνικού Συντάγματος δίνει έμφαση στην προστασία της οικογένειας, της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας, αποτελώντας τη βάση για τα δικαιώματα της μητρότητας.

Νόμοι όπως είναι για παράδειγμα ο 4512/2018, ορίζουν τους ρόλους των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μαιών και των μαιευτηρίων, προάγοντας τη συνεργατική φροντίδα. Παράλληλα, ο Ν. 4368/2016 διασφαλίζει δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της μαιευτικής περίθαλψης, για ανασφάλιστους και ευάλωτους πληθυσμούς. Ενώ αυτοί οι νόμοι εγγυώνται τη βασική μητρική υγειονομική περίθαλψη, εξακολουθούν να υπάρχουν κενά, ιδίως όσον αφορά την προώθηση της φροντίδας από τη μαία και την αντιμετώπιση των περιφερειακών ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες.²

Από την άλλη μεριά, τα κράτη μέλη της ΕΕ ακολουθούν γενικές οδηγίες που διαμορφώνουν τους εθνικούς νόμους περί μαιευτικής περίθαλψης. Η οδηγία 2011/24/ΕΕ διασφαλίζει τα διασυνοριακά δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης, επιτρέποντας στους πολίτες της ΕΕ να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες μητρότητας διασυνοριακά. Τα Ευρωπαϊκά Πρότυπα Φροντίδας για την Υγεία των Νεογνών παρέχουν τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές για την προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα. Αυτοί οι νόμοι στοχεύουν στην εναρμόνιση της ποιότητας φροντίδας σε ολόκληρη την ΕΕ. Χώρες όπως είναι για παράδειγμα η Σουηδία και η Γαλλία ευθυγραμμίζονται με αυτές τις οδηγίες παρέχοντας δωρεάν φροντίδα

² [<https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/>]

μητρότητας, διατηρώντας παράλληλα τις δικές τους μοναδικές προσεγγίσεις για τη συνεργασία μαιών και μαιευτήρα (Bowen & Taylor, 2022).

Επίσης, οι σκανδιναβικές χώρες όπως η Σουηδία, η Νορβηγία και η Φινλανδία λειτουργούν σύμφωνα με τους νόμους περί υγειονομικής περίθαλψης που δίνουν προτεραιότητα στη φροντίδα μητρότητας υπό την ηγεσία της μαίας. Η νομοθεσία σε αυτά τα έθνη εγγυάται δωρεάν, προσβάσιμες μαιευτικές υπηρεσίες, δίνοντας έμφαση στους φυσικούς τοκετούς με ελάχιστες ιατρικές παρεμβάσεις. Οι πολιτικές συχνά περιλαμβάνουν διατάξεις για εκτεταμένη γονική άδεια και υποστήριξη μετά τον τοκετό, ενισχύοντας τα αποτελέσματα της μητέρας και του παιδιού. Η Ελλάδα, αντίθετα, βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στους μαιευτήρες, με λιγότερη έμφαση στη μαιευτική ή στη συνέχεια της περίθαλψης, τονίζοντας την ανάγκη για νομοθετικές μεταρρυθμίσεις εμπνευσμένες από το σκανδιναβικό μοντέλο (Baston & Hall, 2018).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι νόμοι περί μητρικής περίθαλψης είναι κατακερματισμένοι, διέπονται από τον νόμο για την προσιτή φροντίδα (ACA) και τους ειδικούς κανονισμούς της πολιτείας. Ενώ η ACA επιβάλλει την κάλυψη μητρότητας ως ουσιαστικό όφελος για την υγεία, η προσβασιμότητα και η ποιότητα ποικίλλουν. Η φροντίδα από μαίες υποχρησιμοποιείται σε σύγκριση με χώρες όπως η Νέα Ζηλανδία ή το Ηνωμένο Βασίλειο. Στον Καναδά, ο νόμος για την υγεία παρέχει καθολική φροντίδα μητρότητας, αλλά η επαρχιακή νομοθεσία διέπει τη μαιευτική. Ορισμένες επαρχίες, όπως το Οντάριο, έχουν ισχυρά προγράμματα μαιευτικής, αλλά άλλες υστερούν, δημιουργώντας ανισότητες.

Σε σύγκριση με χώρες με προοδευτικούς νόμους περίθαλψης μητρότητας, η Ελλάδα υστερεί στην προώθηση των μοντέλων που καθοδηγούνται από μαίες και στην εξασφάλιση δίκαιης πρόσβασης, ειδικά στις αγροτικές περιοχές. Οι νόμοι στη Νέα Ζηλανδία και στις σκανδιναβικές χώρες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην επιλογή των ασθενών και στη συνέχεια της περίθαλψης, την οποία η ελληνική νομοθεσία δεν αντιμετωπίζει συνολικά. Μαθαίνοντας από παγκόσμια παραδείγματα και προσαρμόζοντας το νομικό της πλαίσιο, η Ελλάδα μπορεί να αντιμετωπίσει τις υπάρχουσες προκλήσεις και να βελτιώσει τα αποτελέσματα για τις μητέρες και τα νεογνά (Foley et al., 2018).

5.2 Η Ελληνική πραγματικότητα

Η Ελλάδα, όπως η Νορβηγία, η Σουηδία και η Φινλανδία, παρέχει καθολική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης μέσω του δημόσιου συστήματος της, διασφαλίζοντας ότι η πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη είναι προσβάσιμη σε όλους τους κατοίκους, συμπεριλαμβανομένων των εγκύων. Ωστόσο, η Ελλάδα έχει ένα πιο σημαντικό ζήτημα με τις περιφερειακές ανισότητες, ειδικά στις αγροτικές περιοχές, όπου η πρόσβαση σε εξειδικευμένη μαιευτική περίθαλψη μπορεί να είναι περιορισμένη. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις Σκανδιναβικές χώρες που αναλύθηκαν όπου οι υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, είναι πιο εύρωστες και οι μαιευτικές υπηρεσίες είναι ευρέως διαθέσιμες σε όλες τις περιοχές, με την υποστήριξη των κρατικών επενδύσεων τόσο σε υποδομές όσο και σε προσωπικό.

Η Νέα Ζηλανδία προσφέρει επίσης καθολική υγειονομική περίθαλψη, αλλά διαφέρει ως προς το μοντέλο της με επίκεντρο τη μαία, όπου οι μαίες είναι οι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας για εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου. Στην Ελλάδα, οι μαιευτήρες αναλαμβάνουν την περισσότερη πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα, ενώ οι μαίες παίζουν υποστηρικτικό ρόλο. Ο Καναδάς χρησιμοποιεί επίσης μια προσέγγιση με επίκεντρο τη μαία σε πολλές επαρχίες, με μαίες να ηγούνται της φροντίδας στην προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο, προσφέροντας μια εξατομικευμένη και πιο πρακτική προσέγγιση, σε αντίθεση με το πιο νοσοκομειακό μοντέλο της Ελλάδας. Η Γερμανία χρησιμοποιεί επίσης ένα σύστημα όπου οι μαιευτήρες εργάζονται παράλληλα με τις μαίες, αλλά δίνει μεγαλύτερη έμφαση στα εξειδικευμένα νοσοκομεία για εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται μια ανάλυση SWOT που αφορά την πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα στην Ελλάδα. Η συγκεκριμένη ανάλυση έγινε για τις ανάγκες αυτής της εργασίας. Μέσω αυτής της ανάλυσης στόχος είναι να παρουσιάσουμε τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία όπως επίσης και τις ευκαιρίες και τις προοπτικές που έχει η πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα σε εθνικό επίπεδο. Μέσω της συγκεκριμένης ανάλυσης θα αντληθούν χρήσιμα συμπεράσματα για το τι προσφέρει και τι θα μπορούσε να προσφέρει η συγκεκριμένη μορφή φροντίδας στην χώρα μας.

Πίνακας 4.1 : Ανάλυση SWOT για την πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα στην Ελλάδα

ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ	ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ
Η Ελλάδα παρέχει καθολική πρόσβαση στη μαιευτική περίθαλψη μέσω του δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζοντας ότι όλες οι έγκυες έχουν δικαίωμα σε βασικές υπηρεσίες μητρότητας. Οι Έλληνες μαιευτήρες είναι καλά εκπαιδευμένοι και ειδικευμένοι, συχνά εκπαιδευμένοι σε ιατρικές πρακτικές που βασίζονται σε στοιχεία. Το κεντρικό σύστημα που βασίζεται στο νοσοκομείο διασφαλίζει ότι οι εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου αντιμετωπίζονται με επαρκείς ιατρικούς πόρους και τεχνογνωσία. Ενώ τα δημόσια νοσοκομεία είναι πιο ιατροποιημένα, ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει επιλογές για εξατομικευμένες, φυσικές τοκετούς, που καλύπτουν διαφορετικές ανάγκες ασθενών. Η πολιτισμική σημασία που δίνεται στην οικογένεια και την τεκνοποίηση συμβάλλει στη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου των αποτελεσμάτων της μητρικής υγείας.	Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καισαρικών τομών στην Ευρώπη, που συχνά ξεπερνούν το 50%, υποδηλώνοντας πιθανή υπεριατροποίηση του τοκετού. Η πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας μαιευτική περίθαλψη σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές είναι συχνά ανεπαρκής λόγω υποστελέχωσης και περιορισμών πόρων. Η υπερβολική εξάρτηση από τους μαιευτήρες ελαχιστοποιεί τον ρόλο των μαιών, μειώνοντας τις ευκαιρίες για εξατομικευμένη και χαμηλής παρέμβασης φροντίδα. Δεν υπάρχει επαρκής εστίαση στην ψυχική υγεία της μητέρας, συμπεριλαμβανομένης της επιλόχειας κατάθλιψης και του άγχους, τα οποία συχνά παραβλέπονται στην πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη. Οι δημόσιες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν συχνά υπερπληθυσμό, ελλείψεις προσωπικού και ξεπερασμένο εξοπλισμό λόγω συστημικής υποχρηματοδότησης.

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ	ΑΠΕΙΛΕΣ
Η εισαγωγή μοντέλων με επίκεντρο τη μαιευτική για εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου θα μπορούσε να μειώσει τα ποσοστά καισαρικής τομής και να προσφέρει πιο ολιστική φροντίδα. Η επένδυση σε υποδομές αγροτικής υγειονομικής περίθαλψης και κινητές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να γεφυρώσει τα κενά στην παροχή υπηρεσιών. Η ενσωμάτωση ψυχολογικών υπηρεσιών στην προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα θα βελτιώνει τα μητρικά αποτελέσματα. Η Ελλάδα μπορεί να αξιοποιήσει τη χρηματοδότηση και τις συνεργασίες της ΕΕ για την υγεία για να εκσυγχρονίσει το σύστημα μαιευτικής της περίθαλψης και να εκπαιδεύσει παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.	Οι συνεχιζόμενες οικονομικές προκλήσεις στην Ελλάδα θα μπορούσαν να περιορίσουν τις επενδύσεις σε υποδομές και προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης. Πολλοί ειδικευμένοι Έλληνες μαιευτήρες και μαίες μεταναστεύουν σε άλλες χώρες, μειώνοντας τη δεξαμενή ταλέντων που διατίθεται σε τοπικό επίπεδο. Η πολιτιστική και θεσμική αδράνεια μπορεί να επιβραδύνει την υιοθέτηση πρακτικών που βασίζονται σε στοιχεία, όπως η μείωση των ποσοστών καισαρικών ή η επέκταση των ρόλων της μαίας. Η μείωση των ποσοστών γεννήσεων στην Ελλάδα θα μπορούσε να μειώσει την εστίαση στις μεταρρυθμίσεις της μαιευτικής περίθαλψης, αποσπώντας την προσοχή σε άλλες προτεραιότητες στον τομέα της υγείας. Παγκόσμιες προκλήσεις όπως οι πανδημίες ή η κλιματική αλλαγή θα μπορούσαν να καταπονήσουν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, εκτρέποντας τους πόρους από τη μητρική φροντίδα.

5.3 Γενικά συμπεράσματα

Η πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη στην χώρα μας αντικατοπτρίζει έναν τομέα υγείας που υφίσταται σημαντικές προκλήσεις και μεταβάσεις. Η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα των μαιευτικών υπηρεσιών ποικίλλει ευρέως μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, με τις αγροτικές περιοχές να αντιμετωπίζουν πολλές φορές σημαντικές ελλείψεις σε ειδικευμένους επαγγελματίες υγείας και εγκαταστάσεις. Παρά τα υψηλά πρότυπα ιατρικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα και την παρουσία καλά εξοπλισμένων αστικών νοσοκομείων, τα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης συχνά στερούνται την υποδομή και την ενσωμάτωση που απαιτείται για την παροχή συνεπούς υποστήριξης σε εγκύους σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές. Ζητήματα όπως οι οικονομικοί περιορισμοί, η γραφειοκρατική αναποτελεσματικότητα και οι περιφερειακές ανισότητες εξακολουθούν να επηρεάζουν τη συνολική ποιότητα και την προσβασιμότητα της περίθαλψης. Ακόμα, οι πολιτισμικοί παράγοντες και η ανεπαρκής έμφαση στην προγεννητική εκπαίδευση τονίζουν ακόμα περισσότερο την ανάγκη για πιο ολοκληρωμένη και προσανατολισμένη στην κοινότητα πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα.

Οι προσπάθειες με στόχο την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων περιλαμβάνουν πρωτοβουλίες που στοχεύουν στη βελτίωση του συντονισμού μεταξύ κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, νοσοκομείων και εξειδικευμένων μαιευτικών υπηρεσιών. Οι πολιτικές που επικεντρώνονται στην ενίσχυση των ρόλων της μαίας, στις επενδύσεις στην τηλεϊατρική και στην προώθηση της ισότιμης πρόσβασης στη μητρική φροντίδα είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την κάλυψη των κενών στην παροχή υπηρεσιών. Παρά το γεγονός αυτό, όμως, η επίτευξη των παραπάνω στόχων απαιτεί σημαντικές επενδύσεις σε εκπαίδευση, υποδομές και εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού. Γενικότερα, ενώ η χώρα μας διαθέτει τους βασικούς πόρους για την παροχή υψηλής ποιότητας μαιευτικής περίθαλψης, οι συστημικές μεταρρυθμίσεις και οι στοχευμένες παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για να διασφαλιστεί ότι κάθε άτομο, ανεξαρτήτως τοποθεσίας ή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, μπορεί να έχει πρόσβαση στην υποστήριξη που απαιτείται για μια ασφαλή και υγιή εγκυμοσύνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως είδαμε στη συγκεκριμένη εργασία, η χώρα μας παρέχει καθολική πρόσβαση στην πρωτοβάθμια μαιευτική περίθαλψη μέσω του δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο διασφαλίζει ότι όλες οι έγκυες έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες. Αυτό το σύστημα είναι παρόμοιο με αυτό σε χώρες όπως η Νορβηγία, η Σουηδία και η Φινλανδία, όπου η δημόσια χρηματοδότηση υποστηρίζει την καθολική πρόσβαση στη φροντίδα μητρότητας. Ωστόσο, η Ελλάδα αντιμετωπίζει προκλήσεις όσον αφορά την παροχή ίσης πρόσβασης, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές όπου υπάρχουν λιγότερες εγκαταστάσεις και πόροι υγειονομικής περίθαλψης.

Αντίθετα, οι σκανδιναβικές χώρες έχουν επενδύσει πολλά για να διασφαλίσουν ότι οι υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των μαιευτικών υπηρεσιών, κατανέμονται ισότιμα σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Αυτή η διαφορά υπογραμμίζει ένα σημαντικό κενό στην ικανότητα της Ελλάδας να εξασφαλίσει ισότιμη πρόσβαση στη φροντίδα για όλους τους πληθυσμούς.

Ένας από τους περιορισμούς της Ελλάδας είναι η εξάρτησή της από μαιευτήρες για το μεγαλύτερο μέρος της πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης, ενώ χώρες όπως η Νέα Ζηλανδία και ο Καναδάς έχουν αγκαλιάσει τη φροντίδα που καθοδηγείται από τη μαιευτική. Σε αυτές τις χώρες, οι μαίες συχνά οδηγούν σε εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου, προσφέροντας πιο εξατομικευμένη και πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων επισκέψεων στο σπίτι και συνεχούς υποστήριξης κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Η Ελλάδα, από την άλλη πλευρά, τείνει να λειτουργεί με ένα πιο νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο εξατομικευμένη φροντίδα και υψηλότερη ιατροποίηση του τοκετού. Ενώ οι μαιευτήρες στην Ελλάδα παρέχουν κατάλληλη φροντίδα, μια στροφή προς την ενσωμάτωση περισσότερων μοντέλων που βασίζονται στη μαιευτική θα μπορούσε να ωφελήσει το σύστημα μειώνοντας τα υψηλά ποσοστά καισαρικής τομής και προωθώντας τις φυσικές επιλογές τοκετού.

Η προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα είναι ολοκληρωμένη, αλλά αντιμετωπίζει προκλήσεις όπως ο υπερπληθυσμός στα νοσοκομεία και η έλλειψη εξατομικευμένης παρακολούθησης για τις μητέρες, ιδιαίτερα όσον αφορά την υποστήριξη της ψυχικής υγείας. Χώρες όπως η Φινλανδία και η Σουηδία έχουν θέσει υψηλά πρότυπα στην παροχή συνεχούς υποστήριξης στις νέες μητέρες, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της υποστήριξης του θηλασμού.

Η Ελλάδα, όμως, αντιμετωπίζει προβλήματα και σε ότι έχει να κάνει με τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Αυτό οδηγεί σε καταστάσεις όπου οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην είναι πάντα καλά εξοπλισμένοι για να χειριστούν την πολυπλοκότητα της σύγχρονης μαιευτικής περίθαλψης. Η Γερμανία και ο Καναδάς προσφέρουν πιο ισχυρά συστήματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανάπτυξης για μαιευτήρες, διασφαλίζοντας ότι οι πάροχοι έχουν τις δεξιότητες και τους πόρους για να διαχειριστούν μια μεγάλη ποικιλία κήσεων.

Ακόμα, η χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης στην Ελλάδα γίνεται κυρίως μέσω δημόσιας χρηματοδότησης, αλλά το σύστημα παλεύει με την υποχρηματοδότηση και την αναποτελεσματικότητα, ειδικά στα δημόσια νοσοκομεία. Αυτό συχνά οδηγεί σε μεγάλους χρόνους αναμονής, υπερπληθυσμό και έλλειψη επαρκών πόρων.

Αντίθετα, χώρες όπως η Νορβηγία, η Σουηδία και η Φινλανδία έχουν εφαρμόσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς χρηματοδότησης που διασφαλίζουν τη δίκαιη κατανομή των πόρων και βελτιώνουν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές. Η Ελλάδα θα μπορούσε να πάρει μια κατεύθυνση από αυτές τις χώρες εστιάζοντας στην καλύτερη κατανομή των πόρων,

επενδύοντας σε αγροτικές υποδομές υγειονομικής περίθαλψης και βελτιστοποιώντας τη χρήση των διαθέσιμων πόρων για τη βελτίωση της συνολικής αποτελεσματικότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με όσα παρουσιάστηκαν παραπάνω θα μπορούσε να ειπωθεί πως το σύστημα πρωτοβάθμιας μαιευτικής περίθαλψης της Ελλάδας, ενώ προσφέρει καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες, αντιμετωπίζει προκλήσεις όπως περιφερειακές ανισότητες, συνωστισμός στα νοσοκομεία και ανεπαρκής υποστήριξη ψυχικής υγείας για τις μητέρες. Σε σύγκριση με χώρες όπως η Σουηδία, η Νορβηγία, η Φινλανδία, η Νέα Ζηλανδία και ο Καναδάς, το σύστημα της Ελλάδας εμφανίζεται συχνά πιο νοσοκομειακό, με λιγότερη έμφαση στη φροντίδα που καθοδηγείται από τη μαιευτική και στην εξατομικευμένη φροντίδα.

Ενώ η Ελλάδα έχει πλεονεκτήματα στην παροχή βασικής προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας, το σύστημα θα μπορούσε να επωφεληθεί από την υιοθέτηση πιο ολιστικών, μαιευτικών μοντέλων που δίνουν προτεραιότητα στην εξατομικευμένη φροντίδα, την ψυχική υγεία και την πολιτιστική ικανότητα, όπως φαίνεται στις βέλτιστες πρακτικές χωρών με ισχυρά συστήματα μαιευτικής. Τέλος, μεγαλύτερες επενδύσεις στην κατάρτιση και την επαγγελματική ανάπτυξη θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης και να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των κενών στην εξειδικευμένη φροντίδα σε αγροτικές και αστικές περιοχές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✚ Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β.Σ., Βιβιλάκη, Β. και συν. (2015). *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα: ΣΕΑΒ.
- ✚ Βιβιλάκη, Β. (2015). *Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα: Η μαία στην ΠΦΥ*. Αθήνα : Πασχαλίδης.
- ✚ Λιονής, Χ. (2023). *Τι Χρειάζεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα Σήμερα: Μια σειρά βημάτων με βάση τα δεδομένα*. Εκδόσεις BrokenHill.
- ✚ Abril, A., Caluwaerts, S., Daly, M., et al. (2024). *Essential obstetric and newborn care*. Médecins Sans Frontières.
- ✚ Alvarez, A.P. (2014). *Trends in midwifery in the United States*. California Polytechnic State University.
- ✚ Amelink-Verburg, P.M., & Buitendijk, S.E. (2010). Pregnancy and labour in the Dutch maternity care system: what is normal? The role division between midwives and obstetricians. *J Midwifery Womens Health*, 55(3), 216-225.
- ✚ Andersson, E., Cristensson, K., & Hildingsson, I. (2014). Swedish Midwives' Perspectives of Antenatal Care Focusing on Group-Based Antenatal Care. *International Journal of Childbirth*, 4(4), 1-22.
- ✚ Barnes, L., Sinnamon, L.S., & Giustini, D. (2020). The Information Needs of Canadian Midwives and Their Evidence Informed Practices: A Canada-Wide Survey. *Evidence Based Library and Information Practice*, 15(2), 3-23.
- ✚ Baston, H., & Hall, J. (2018). *Midwifery Essentials: Emergency Maternity Care*. Elsevier.

- ✚ Bauer, J., Groneberg, D., Maier, W., Manek, R. (2017). Accessibility of general and specialized obstetric care providers in Germany and England: An analysis of location and neonatal outcome. *International Journal of Health Geographics*, 16(1), 1-12.
- ✚ Bennet, L.W., Chang, H.Y., Levine, D.M., Wang, L., Neale, D., Werner, E.F., Clark, J.M. (2014). Utilization of primary and obstetric care after medically complicated pregnancies: an analysis of medical claims data. *J Gen Intern Med*, 29(4), 636-645.
- ✚ Bernard, M.R., & Eymard, C. (2014). Perinatal Health Education: Survey of French midwives. *Santé Publique*, 26(5), 591-602.
- ✚ Bowen, R., & Taylor, W. (2022). *Skills for Midwifery Practice*. Elsevier.
- ✚ Cheyney, M., Bovbjerg, M., Everson, C.L., & Gordon, W. (2014). Development and Validation of a National Data Registry for Midwife-Led Births. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(1), 1-16.
- ✚ Combellick, J.L., Telfer, M., Ibrahim, B.B., Novick, G. et al. (2023). Midwifery care during labor and birth in the United States. *Yale University School of Nursing*, 2(3), 1-11.
- ✚ Dale-Porter, K. (2023). *Exploring the emotions of midwifery students in Greece and the U.K using art as a medium*. European Journal of Midwifery.
- ✚ Dasgupta, T., Horgan, G., Peterson, L., Mistry, H., Balls, et al. (2024). Women's experiences of maternity care in the United Kingdom during the COVID-19 pandemic: A follow-up systematic review and qualitative evidence synthesis. *Women and Birth*, 37(3), 1-14.
- ✚ Dent, K., & Burns, R. (2022). *Managing Medical and Obstetric Emergencies and Trauma: A Practical Approach*. Wiley-Blackwell.
- ✚ Foley, M.R., Strong, T.H., Garite, T.J. (2018). *Obstetric Intensive Care Manual*. McGraw Hill / Medical.
- ✚ GAO (2023). *Information on Births, Workforce, and Midwifery Education*. United States Government Accountability Office.
- ✚ Goyet, S., Sauvegrain, P., Schantz, C. (2018). State of midwifery research in France. *Midwifery*, 64(3), 101-119.

- ✚ Griewing, S., Gremke, N., Lingenfelder, M., & Wagner, U. (2023). Resilience of Gynecological and Obstetric Inpatient Care in Central Germany in Times of Repetitive Socioeconomic Shocks—An Epidemiological Study Assessing Standardized Health Services Indicators and Economic Status According to the aG-DRG Catalog. *Healthcare*, 11(12), 1-13.
- ✚ Guden, E. (2021). Basic health indicators and midwifery in Turkey, Germany and Greece. *Social Sciences Studies Journal*, 7(86), 3278-3288.
- ✚ Hermus, M., Boesveld, I.C., Hitzert, M., Franx, A. (2017). Defining and describing birth centres in the Netherlands - a component study of the Dutch Birth Centre Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-11.
- ✚ Hildingsson, I., Fahlbeck, H., Larsson, B., Johansson, M. (2022). A perfect fit' – Swedish midwives' interest in continuity models of midwifery care. *Women and Birth*, 3(4), 1-17.
- ✚ Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2015). Swedish midwives' perception of their practice environment – A cross sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 174-181.
- ✚ Janke, T.M., Makarova, N., Zyriax B.C., Blome C., et al. (2024). Women's needs and expectations in midwifery care – Results from the qualitative MiCa (midwifery care) study. Part 1: Preconception and pregnancy. *Heliyon*, 10(4), 1-12.
- ✚ Ki-Moon, B. (2011). *Delivering Health, saving lives*. The State of the World's Midwifery.
- ✚ Klemetti, R., Vuorenmaa, M., Heino, A., & Raussi-Lehto, E. (2023). Integration of maternity care as a part of social welfare and health care reform in Finland. *International Journal of Integrated Care*, 23(51), 256-288.
- ✚ Kortet, S., Malender, H.L., Klemetti, R., & Kaarlainen, M. (2020). Mothers' perceptions of the quality of maternity services at Finnish maternity units: A cross-sectional study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(1), 1-22.
- ✚ Koski, P., Raussi-Lehto, E., Leskinen, P., & Klemetti, R. (2024). Patient perception of labor support behaviors provided by Finnish midwives. *Midwifery*, 131(2), 103-126.

- ✚ Kosiva, A., Xydias, E.M., Ziogas, A., & Tsakos, E. (2023). Evaluation of Postpartum Midwifery Care in Greece Based on Patient-Reported Outcomes Using the MMAYpostpartum Questionnaire: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 15(9), 1-14.
- ✚ Koullias, E., Apostolakis, I., & Sarafis, P. (2020). Nurse/Midwife Staffing in Greece/Europe-Their place and role in Primary Health Care-Recent legislation and future challenges. *Επιστημονικά Χρονικά*, 25(4), 629-642.
- ✚ Kweon, Y.S., & Lee, M.S. (2018). Conceptualized framework for levels of obstetric care. *Obstet Gynecol Sci*, 61(3), 289-297.
- ✚ Lindgren, H. (2022). The MIDWIZE conceptual framework: a midwife-led care model that fits the Swedish health care system might after contextualization, fit others. *BMC Research Notes*, 15(3), 1-18.
- ✚ Luyben, A., Barger, M., Avery, M., Bharj, K.K., et al. (2017). Exploring global recognition of quality midwifery education: Vision or fiction? *Women Birth*, 30(3), 184-192.
- ✚ Marshall, J., & Raynor, M. (2020). *Myles Textbook for Midwives*. Elsevier Health Sciences.
- ✚ McNiven, P., Klein, M.C., Baradaran, N., & Maffin, J. (2024). Midwives' Belief in Normal Birth: The Canadian Survey of Maternity Care Providers' Attitudes Toward Labour and Birth. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 10(2), 11-21.
- ✚ Mennicken, R., Kolodziej, I.W.K., Augurzy, B., & Kreienberg, R. (2014). Concentration of gynaecology and obstetrics in Germany: Is comprehensive access at stake? *Health Policy*, 118(3), 396-416.
- ✚ Ministry of Health Vanuatu (2017). *Standard guidelines for obstetrics, gynaecology and newborn care*. A Health Worker's Guide.
- ✚ Olotrin, E., Gomez, P., Currie, S., Thapa, K., & Dao, B. (2015). Essential basic and emergency obstetric and newborn care: From education and training to service delivery and quality of care. *Int J Gynaecol Obstet*, 130(3), 46-55.

- ✚ Paltineau, M.M. (2014). Midwives and social change in France. *The Journal of Social Policy Studies*, 2(3), 427-440.
- ✚ Papoutsis, D., Labiris, G., & Niakas, D.A. (2014). Midwives' job satisfaction and its main determinants: A survey of midwifery practice in Greece. *British Journal of Midwifery*, 22(7), 480-496.
- ✚ Parkin, E., & Bologun, B. (2024). Quality and safety of maternity care (England). *House of Commons*, 2(3), 1-38.
- ✚ Pfinder, M., Wensing, M., Wittenborn, L., & Ullrich, C. (2022). Health Education about Lifestyle-Related Risk Factors in Gynecological and Obstetric Care: A Qualitative Study of Healthcare Providers' Views in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH)*, 19(18), 1-18.
- ✚ Raftakis, M. (2023). Maternal mortality in Greece: The evolution from traditional mammis to overmedicalized obstetric care during the 20th century. *Population Space and Place*, 2(3), 1-19.
- ✚ Redshaw, M., Martin, C.R., Savage-McGlynn, S., & Harrison, S. (2019). Women's experiences of maternity care in England: Preliminary development of a standard measure. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-13.
- ✚ Redshaw, M., Rowe, R., Schroeder, L., et al. (2011). Mapping maternity care: the configuration of maternity care in England Birthplace in England research programme - Final report part 3. *National Institute for Health Research*, 4(2), 1-58.
- ✚ Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., Campbell, J., Channon, A.A., Cheung N.F., et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384(2), 1129–1145.
- ✚ Sanfilippo, J.S., & Smith R.P. (2007). *Primary Care in Obstetrics and Gynecology: A Handbook for Clinicians*. Springer.
- ✚ Sauvegrain, P., Schantz, E., Gaucher, L., Dupont, C., & Chantry, A.A. (2024). Midwifery research in France: current dynamics and perspectives. *HAL Open Science*, 2(5), 1-16.
- ✚ Sharma, A. (2013). *Gynaecology In Primary Care*. Taylor & Francis Ltd.

- ✚ Schmidt, A., & Bachmann, G. (2021). An Overview of Finnish Maternal Health Care As a Potential Model for Decreasing Maternal Mortality in the United States. *Women's Health Report*, 2(1), 37-53.
- ✚ Spyridou, A., Schauer, M., & Ruf-Leuschner, M. (2015). Obstetric care providers are able to assess psychosocial risks, identify and refer high-risk pregnant women: Validation of a short assessment tool - The KINDEX Greek version. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1-17.
- ✚ Van den Berg, L.M.M., Gordon, M.B.B., Kleefstra, S.M., et al. (2021). Centralisation of acute obstetric care in the Netherlands: a qualitative study to explore the experiences of stakeholders with adaptations in organisation of care. *BMC Health Services Research* volume, 21(2), 1-10.
- ✚ Volteas, P., Karavida, A., Petousis, S., & Tonakanian, L. (2024). Obstetricians and Midwives Perspective of the Alarming High Cesarean Section Rates in Greece and Worldwide. *Heliyon*, 10(10), 1-16.
- ✚ Watson, M.V. (2019). *A comparison of Midwifery education and scope of practice in Sweden and United States*. Thesis. University of North Carolina.
- ✚ Woodruff, J.N., & Blanchard, A.K. (2016). *Primary Care of Adult Women, An Issue of Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. Elsevier.
- ✚ <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/>
- ✚ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20200512-1>