

Στόχοι και προοπτικές εξέλιξης του μαιευτικού επαγγέλματος σήμερα

Αγγελική Αντωνάκου, Μαία, MSc, Εργαστηριακή Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

Το παρόν άρθρο αποτελεί μεταφορά ομότιτλης ομιλίας, που ανακοινώθηκε στο πλαίσιο Ημερίδας που πραγματοποιήθηκε στις 16/5/2005 στο "ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ" Νοσοκομείο και είχε θέμα: **"Μαία-Μαιευτής στις προκλήσεις της σύγχρονης εποχής"**.

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω τους διοργανωτές αυτής της Ημερίδας, οι οποίοι με τίμησαν με την πρότασή τους να μιλήσω σήμερα εδώ. Το θέμα που θα αναπτύξω είναι κάτι που με απασχόλησε πολύ, τόσο κατά τη διάρκεια των φοιτητικών μου χρόνων όσο και αργότερα, όταν πλέον άρχισα να εργαζομαι ως μαία.

Αντιλαμβάνομαι πως οι στόχοι και οι προοπτικές του μαιευτικού επαγγέλματος, απασχολούν σήμερα, ίσως περισσότερο από ποτέ, τόσο τους συναδέλφους, όσο και τους φοιτητές μας κι αυτό δεν μπορεί παρά να αποτελεί ευχάριστη και ελπιδοφόρα τροπή για το μέλλον. Το βέβαιο είναι ότι όλοι μας γνωρίζουμε πολύ καλά τα επαγγελματικά μας δικαιώματα, όπως αυτά καθορίζονται από τη νομοθεσία.¹ Ωστόσο, όλοι θα πρέπει να παραδεχτούμε πως λίγοι από εμάς τα κάνουμε πράξη.

Σήμερα, θεώρησα σκόπιμο να μιλήσω για το ρόλο που διαδραματίζει η μαία σε χώρες του εξωτερικού, που σίγουρα θα πρέπει να αποτελούν παράδειγμα για όλους μας εδώ στην Ελλάδα. Θα ξεκινήσω την αναφορά μου σε συστήματα υγείας του εξωτερικού αρχίζοντας από

το Ηνωμένο Βασίλειο, λόγω της άμεσης επαφής μου μ' αυτό κατά την επαγγελματική μου δραστηριοποίηση στη χώρα αυτή. Δεν θα σας κουράσω. Θα σας αναφέρω πολύ απλά κάποια ενδεικτικά στοιχεία, όπως:

- Η συντριπτική πλειοψηφία της μαιευτικής φροντίδας και παρακολούθησης παρέχεται σε Δημόσια Νοσοκομεία (1/200 έγκυες παρακολουθείται σε Ιδιωτικά Μαιευτήρια στην Αγγλία).²

- Ποσοστό τοκετών μεγαλύτερο του 70% εκτελείται από μαίες.³

Στο Λονδίνο, για παράδειγμα, υπάρχει ένα μόνο μεγάλο Ιδιωτικό Μαιευτήριο με πελατεία τη βασιλική οικογένεια και διάσημους αστέρες. Εκεί τα πράγματα ιατροκρατούνται.

Στα Δημόσια Νοσοκομεία η έγκυος μπορεί να επιλέξει κάποιο από τα παρακάτω τρία συστήματα παρακολούθησης:

- δύο "Midwifery led",
- ένα "Consultant led".⁴

Τα "Midwifery led" προγράμματα αφορούν την παρακολούθηση των εγκύων από μαίες είτε στο Νοσοκομείο είτε στην κοινότητα, με μόνο 2-3 επισκέψεις σε ιατρούς του Νοσοκομείου για τον υπερηχογραφικό έλεγχο. Στο τρίτο σύστημα ανήκουν οι έγκυες, που λόγω του ιστορικού τους χρήζουν εξαρχής ιατρικής παρακολούθησης ή που απλά επιλέγουν αυτό το σύστημα.

Οι τοκετοί εκτελούνται από μαίες-μαιευτές της αίθουσας τοκετών ή από μαί-

ες της κοινότητας, όταν ο τοκετός γίνεται στο σπίτι. Οι γιατροί επεμβαίνουν ύστερα από πρόσκληση της υπεύθυνης για την επίτοκο μαιάς.⁵ Εδώ, το πολύ σημαντικό στοιχείο είναι η καλή συνεργασία μαιών-γυναικολόγων και η σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού, που έχει δημιουργηθεί.⁶

Αυτό που θα πρέπει ίσως να μας απασχολήσει, είναι ότι τα πράγματα δεν ήταν πάντα έτσι. Μέχρι και τη δεκαετία του 1970, η κατάσταση που επικρατούσε στη χώρα ήταν ανάλογη με τη σημερινή δική μας, ώσπου οι άμεσα ενδιαφερόμενες "επαναστάτησαν". Αυτές δεν ήταν οι μαιές, που ίσως φαντάζεστε. Ήταν οι ίδιες οι γυναίκες, που στα τέλη της δεκαετίας του '70 βγήκαν στους δρόμους απαιτώντας δημόσια υγεία και «δικό τους τοκετό». Ζητούσαν, λοιπόν, το αυτονόητο: να γίνει ο τοκετός δικός τους, να τους ανήκει. Ζητούσαν μεγαλύτερη ενημέρωση και ενεργή συμμετοχή στις αποφάσεις που αφορούσαν τις ίδιες και τα αγέννητα παιδιά τους.⁷

Η αλλαγή ήρθε σταδιακά και μέσα από τη χρήση της επιστημονικής γνώσης.⁸ Εκεί που κατά τη γνώμη μου πρέπει να βασισθούν και οι όποιες δικές μας μεταρρυθμιστικές κινήσεις.

Θα δώσω το ακόλουθο παράδειγμα, για να γίνει πιο κατανοητή η αναφορά μου στην επιστημονική γνώση.

Μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1980, κοινή πρακτική και στην Αγγλία ήταν η περινεοτομία ως ο ενδεδειγμένος τρόπος τοκετού. Μέχρι που πραγματοποιήθηκε μια μεγάλη έρευνα, η οποία δεν ολοκληρώθηκε ποτέ, γιατί στα μισά της ακόμη διαπιστώθηκε ότι η παραπάνω θεωρήση ήταν λανθασμένη.⁹ Στην Ελλάδα αυτή η γνώση δεν έχει έρθει ακόμη.

Ίσως όλα αυτά σ' εμάς να μοιάζουν με ουτοπία, όμως οι μαιές και οι μαιευτές στην Αγγλία εξακολουθούν να προσπα-

θούν για τη βελτίωση του συστήματός τους, έχοντας ως παραδείγματα άλλες προηγμένες σε μαιευτική φροντίδα χώρες, όπως η Ολλανδία και η Νέα Ζηλανδία.

Η επίσημη εκπαίδευση των μαιών στην Ολλανδία ξεκίνησε το 1861, ενώ το 1993 θεσμοθετήθηκε τετραετές πρόγραμμα ανώτατης εκπαίδευσης με μεγάλο προσανατολισμό στην έρευνα και στην προώθηση της αυτόνομης επαγγελματικής δραστηριοποίησης.¹⁰

Οι μαιές στην Ολλανδία είναι ελεύθεροι επαγγελματίες σε ποσοστό 80% και παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, όσο και στον πρώτο χρόνο μετά απ' αυτόν. Οι γυναίκες επιλέγουν, γνωρίζουν και παρακολουθούνται από τη μαιά τους από την αρχή της εγκυμοσύνης. Εφόσον χρειάζεται και κρίνεται αναγκαίο, η μαιά μπορεί να παραπέμψει την έγκυο για ιατρική παρακολούθηση. Αυτό το σύστημα έχει να επιδείξει:

- α) ποσοστό 9,5% σε καισαρικές τομές (1997), σε σύγκριση με το δικό μας, που ξεπερνά το 40%,
- β) ποσοστό 30% σε τοκετούς στο σπίτι,
- γ) ποσοστό 6% σε χρήση επισκληρίδιας αναισθησίας κατά τον τοκετό.¹¹

Ένα τελευταίο παράδειγμα που θα αναφέρω, είναι το σύστημα της Νέας Ζηλανδίας, που διεθνώς θεωρείται από τα πιο επιτυχημένα.

- Οι μαιές μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970 δεν μπορούσαν να εργασθούν αυτόνομα.
- Το 1978 δημιουργήθηκε ο "Home Birth Association" με το σλόγκαν: «*Women need midwives need women*».
- Το 1983 ο Σύλλογος Μαιών Νέας Ζηλανδίας ένωσε τις μαιές προσπαθώντας να αντιμετωπίσει την κυριαρχία των γιατρών-νοσηλευτριών, ενημερώνοντας

εκτενώς τους πολίτες για τις ικανότητες και τις υπευθυνότητές τους.¹²

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 άρχισαν να φαίνονται οι πρώτοι καρποί. Σήμερα, οι μαίες στη Νέα Ζηλανδία εργάζονται είτε στο Νοσοκομείο, όπου αμείβονται με την ίδια ωριαία αντιμισθία όπως οι γιατροί, είτε ως ελεύθεροι επαγγελματίες, που επιλέγονται και αμείβονται από τις γυναίκες.

Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός, πως όταν το 1992 οι γιατροί διεκδίκησαν περισσότερα χρήματα για τις ίδιες υπηρεσίες, δηλαδή αυτές που μπορούσαν να παρέχουν και αυτοί και οι μαίες, ο Σύλλογος Μαιών πρόεταξε ότι οι μαίες είναι οι "experts", οι ειδικοί δηλ. για το φυσιολογικό τοκετό και συνεπώς αυτό το αίτημα δεν έγινε δεκτό από το κράτος.¹³

Είναι ενδιαφέροντα κάποια στατιστικά στοιχεία, όπως:

Την περίοδο 1998-99, οι επίτοκες επέλεξαν ως υπεύθυνους επαγγελματίες υγείας στον τοκετό τους:

- α) σε ποσοστό >50% μαίες, που εργάζονταν ως ελεύθεροι επαγγελματίες,
- β) σε ποσοστό 21% μαίες, που εργάζονταν στα Νοσοκομεία,
- γ) σε ποσοστό 13 % GP (δηλαδή οικογενειακούς γιατρούς) και
- δ) σε ποσοστό 12% μαιευτήρες-γυναικολόγους.¹⁴

Παρουσιάσθηκε, επίσης, σύγχρονη μείωση του ποσοστού περιγεννητικής θνησιμότητας από 8,6/1.000 γεννήσεις το 1988, σε 5,3/1.000 γεννήσεις το 1999, και ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού μητρικού θλασμού, μείωση των ημερών νοσηλείας στο Μαιευτήριο πριν και μετά τον τοκετό, όπως και μείωση του ποσοστού πρόωπων τοκετών.¹⁵

Μετά την περιληπτική μου αναφορά στα συστήματα των τριών αυτών χωρών, νομίζω ότι είναι ώρα να δούμε πάνω σε

ποιές αρχές βασίστηκαν οι μεταρρυθμίσεις τους. Όπως όλοι μας θα δούμε παρακάτω, θεωρώ ότι είναι θέσεις που και εμείς οφείλουμε να εφαρμόσουμε ως μαίες-μαιευτές του 21ου αιώνα.¹⁶

- Η μαιευτική είναι συνεργασία με τις γυναίκες.

- Η γέννα αποτελεί φυσιολογικό-φυσικό γεγονός στη ζωή κάθε γυναίκας.

- Η μαιευτική πρακτική οφείλει να είναι ανθρωποκεντρική ("women centred", δηλαδή το επίκεντρο να είναι η γυναίκα) και ολιστική.

- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα στην "informed choice", δηλαδή έχει δικαίωμα να επιλέγει, αφού του έχει ενημερωθεί εκτενώς και αντικειμενικά.

- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα στην "continuity of care", δηλαδή στη συνεχιζόμενη φροντίδα, που σημαίνει ότι η γυναίκα πρέπει να γνωρίζει από πριν ποιος επαγγελματίας υγείας θα την παρακολουθεί τόσο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, όσο και στη λοχεία, ώστε να μπορεί να αναπτύξει σχέσεις εμπιστοσύνης μ' αυτόν.

- Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα να αποφασίζει για την πρόοδο και το περιεχόμενο της μαιευτικής της φροντίδας.

Το ζητούμενο για τις μαίες παγκόσμια είναι να μπορέσουν να γίνουν τα "advocate", δηλαδή τα φερέφωνα, οι συνήγοροι, οι παραστάτες των γυναικών.

- Ουσιαστικά, θα πρέπει δηλαδή να κατανοήσουμε όλοι όσοι απασχολούμαστε στο χώρο της υγείας, ότι οι υπηρεσίες μας παρέχονται στις γυναίκες για να εξυπηρετήσουν τις δικές τους ανάγκες και επιθυμίες, και όχι για να διευκολύνουν εμάς που τις παρέχουμε ή το σύστημα στο οποίο εργαζόμαστε.

Για να ανταποκριθούμε στις προκλήσεις της νέας εποχής πρέπει πρώτα απ' όλα να πιστεύουμε στους εαυτούς μας,

στις ικανότητες και στις δεξιότητές μας. Αν δεν εμπιστευθούμε πρώτα εμείς τους εαυτούς μας, πώς να διεκδικήσουμε την εμπιστοσύνη των άλλων; Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος πρέπει οι μαιές-μαιευτές να νιώθουν σίγουροι και ασφαλείς στον επαγγελματικό τους στίβο. Πρέπει να νιώθουμε σίγουροι με τις γνώσεις μας.

Η παρεχόμενη παιδεία στα εκπαιδευτικά ιδρύματα της χώρας μας, παρόλες τις ελλείψεις βρίσκεται σε συγκρίσιμα επίπεδα με τις ανάλογες του εξωτερικού. Αυτό που απέχει πολύ είναι η καταξίωση του επαγγέλματός μας στον επαγγελματικό χώρο, στον κοινωνικό στίβο, σ' εμάς τους ίδιους.

Και εδώ πάλι, το κλειδί είναι η γνώση. Στη Σχολή γίνεται μόνο η αρχή. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποτελεί αναγκαιότητα για το επάγγελμά μας, ενώ στις χώρες του εξωτερικού απλά μια πραγματικότητα. Στην Αγγλία για παράδειγμα, οι μαιές που θέλουν να ανανεώσουν την επαγγελματική τους άδεια οφείλουν κάθε 3-5 χρόνια να αποδεικνύουν τόσο την επαγγελματική τους εμπειρία, όσο και τη σύγχρονη (up to date) κατάρτισή τους, υποβάλλοντας σ' ένα αναλυτικό βιογραφικό όλα τα έγγραφα από τα συνέδρια ή τα σεμινάρια, που παρακολούθησαν σ' αυτό το διάστημα (portfolio).¹⁷

Σήμερα, που οι έρευνες έρχονται να εμπλουτίσουν τις γνώσεις μας και να καθορίσουν την πρακτική μας, το λιγότερο που οφείλουμε να κάνουμε είναι να τις γνωρίζουμε και σιγά σιγά να αρχίσουμε να συμμετέχουμε σ' αυτές. Να σχεδιάζουμε ερευνητικά προγράμματα, που αφορούν τους τομείς υγείας που μας απασχολούν και να μεταβάλλουμε-βελτιώνουμε την πρακτική μας ανάλογα με αυτά (evidence based practise).

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση πρέπει να αποτελεί μέριμνα όλων.

- **Ιδιωτικά:** με προσπάθειες παρακολούθησης σεμιναρίων, συνεδρίων, μεταπτυχιακών-διδακτορικών προγραμμάτων.

- **Θεσμικά:** με τα Νοσοκομεία, που οφείλουν να διοργανώνουν τέτοια προγράμματα για μαιές και γιατρούς, όπως άλλωστε γίνεται και στο εξωτερικό, όπου πέρα από τη σύγχρονη επιστημονική γνώση θα προάγεται το πνεύμα συνεργασίας και ισοτιμίας ανάμεσα στους συναδέλφους.

- Ο Σύλλογος Μαιών-Μαιευτών μπορεί να δραστηριοποιηθεί έντονα σ' αυτό τον τομέα, διοργανώνοντας τέτοια προγράμματα και πιέζοντας Νοσοκομεία - Υπουργείο Υγείας να "επιβάλουν" στις μαιές και τους μαιευτές να τα παρακολουθούν.

Ολοκληρώνοντας τις προτάσεις μου θα έλεγα ότι η προσπάθεια ανωτατοποίησης της Σχολής μας, όχι μόνο στα χαρτιά αλλά και ουσιαστικά, θα βοηθούσε ενεργά στην αυτονόμηση του επαγγέλματός μας όπως και στην καταξίωσή του στα μάτια του κόσμου. Επιπλέον, η δυνατότητα οργάνωσης μεταπτυχιακών προγραμμάτων στη Σχολή θα έλυνε τα χέρια σε πολλούς συναδέλφους που θέλουν, αλλά δεν μπορούν να διευρύνουν τις γνώσεις τους σε ακαδημαϊκό επίπεδο.

Μέχρι πρόσφατα, η μόνη διέξοδος για όσους ήθελαν να ακολουθήσουν αυτό το δρόμο ήταν η φοίτηση σε πανεπιστήμια του εξωτερικού. Βέβαια, δεν μπορούν όλοι να την επιλέξουν. Ωστόσο, η αλήθεια είναι ότι όσοι το αποφασίζουν, πέρα από τις ακαδημαϊκές γνώσεις που αποκτούν, τους δίνεται η ευκαιρία να εργασθούν παράλληλα και να γνωρίσουν ένα διαφορετικό σύστημα υγείας, όπου σε μεγάλο βαθμό εφαρμόζουν το πλήρες εύρος των δεξιοτήτων τους και αναγνωρίζονται ως ισότιμοι συνεργάτες και επαγγελματίες από το ιατρικό προσωπικό, αλλά κυρίως από τις ίδιες τις γυναίκες.

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, κάποια πανεπιστημιακά ιδρύματα άνοιξαν τις πύλες τους σε συναδέλφους που θέλησαν να παρακολουθήσουν μεταπτυχιακά προγράμματα. Αυτό, αν και σε μικρό ποσοστό, δεν μπορεί παρά να αποτελεί ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση.

Τέλος, μήπως θα έπρεπε ο Σύλλογος Μαιών-Μαιευτών της Ελλάδας να παραδειγματιστεί από τον αντίστοιχο της Νέας Ζηλανδίας και να προσπαθήσει να κάνει ευρέως γνωστό το επάγγελμά μας και τις υπεύθυνότητές μας στον "πολύ κόσμο", ώστε οι Ελληνίδες να αρχίσουν να αντιλαμβάνονται τον πραγματικό μας ρόλο στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό;

Συμπερασματικά, θα έλεγα πως οι στόχοι της Μαιευτικής στην Ελλάδα οφείλουν να είναι οι ίδιοι μ' αυτούς των χωρών του εξωτερικού. Δηλαδή:

- α) ανθρωποκεντρική – ολιστική φροντίδα (women centred care),
- β) συνεχιζόμενη εκπαίδευση,
- γ) evidence based practise.

Όταν θέτουμε υψηλούς στόχους και οραματιζόμαστε ένα καλύτερο αύριο, βάζουμε το θεμέλιο λίθο για να το πετύχουμε.

Σήμερα, θέλησα να δείξω ότι οι στόχοι αυτοί μπορούν να επιτευχθούν και στη χώρα μας, όπως έγινε και σε χώρες του εξωτερικού. Είναι στο χέρι μας να προσπαθήσουμε και το οφείλουμε στους εαυτούς μας, στους φοιτητές μας, αλλά κυρίως στις γυναίκες που παρακολουθούμε. Ένα καλύτερο αύριο γι' αυτές, είναι ένα καλύτερο αύριο για εμάς, είναι ένα καλύτερο αύριο γι' αυτές:

«*women need midwives need women*»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Δεοντολογικός Κανονισμός Μαιών-Μαιευτών** (άρθρο 1, Β.Δ. 686, 1960), Οδηγία 80/155/ΕΟΚ (άρθρο 4, 1980), Π.Δ. 351(άρθρο 2, 1989).
2. **Pollock L. (2003):** News from Department of Health. *Midwives*, July 6 (7): 278.
3. **Position Paper No 4. RCM (1997):** London. www.rcm.org.uk
4. **Maternity services: The Patients Chapter (1993).** Department of Health, HMSO, London.
5. **Hundley V.A. (1994):** Midwife Managed Delivery Unit: A randomised control comparison with consultant led care. *BMJ* Nov. 26 (309): 1400-1404.
6. **Stock J. & Wraight A. (1993):** Industrial Relations and Professional Issues in Team Midwifery. *Institute of Manpower Studies, Brighton.*
7. **Cowell B. & Wainwright D. (1981):** Behind the blue door: the history of the Royal College of Midwives 1881-1981. *Balliere Tindall, London.*
8. **Relyea J. (1992):** The rebirth of midwifery in Canada: an historical perspective. *Midwifery* 8: 139-69.
9. **Gordonh Logue M. (1985):** Perineal muscle function after childbirth. *Lancet*, 20 July, 11 (8447): 123-125.
10. www.saunalahti.fi/~sakuru/possu/home07.htm
11. www.europeanmidwives.org
12. www.midwife.org.nz
13. Health & Disabilities Act. Section 51 (1996). www.midwife.org.nz
14. www.homebirthmidwife.com/safety.htm
15. www.who.int/en/
16. **Changing Childbirth (1993):** Department of Health. HMSO, London.
Delivering Choice (1994): Midwife and GP led maternity units, Report of the Northern Ireland Maternity Units Study Group. Department of Health and Social Services, Belfast.
17. **Developing Continuity of Care in Maternity Services – The implications for Midwives (1993):** J. Stock & A. Wraight. *Institute of Manpower Studies, Brighton.*
A philosophy for Midwifery (1992): Royal College of Midwives, London.
17. www.rcm.org.uk