



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία

**ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΒΑΣΗΣ ΚΥΗΣΕΩΝ
ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

της

ΦΕΤΕΙΝΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : κα. Ευγενία Μηνασίδου

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης
στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας

Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος 2020

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων Creative Commons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- **Μοιραστείτε:** αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- **Προσαρμόστε:** αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- **Αναφορά Δημιουργού:** Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- **Μη Εμπορική Χρήση:** Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- **Παρόμοια Διανομή:** Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια Creative Commons όπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Υπεύθυνη δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, 29 Νοεμβρίου 2020

Η δηλούσα: Μαρία Φετεινίδου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παγκόσμια οικονομική κρίση επηρέασε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και ιδιαίτερα την Ελλάδα, με κύριο χαρακτηριστικό ότι σε σύντομο χρονικό διάστημα επηρέασε ραγδαία τη ζωή των Ελλήνων και ιδιαίτερα τον τομέα της υγείας. Όσον αφορά στην κύηση, οι επιπτώσεις εκδηλώθηκαν με διαταραχές διαφόρων περιγεννητικών παραμέτρων και αφορούσαν εξίσου μητέρα και έμβρυο.

Σκοπός: Η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην κύηση, την έκβαση των κυήσεων και τον τοκετό, σε σχέση με το βάρος γέννησης των νεογνών και την προωρότητα.

Αποτελέσματα: Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η έκθεση των Ελληνίδων στην οικονομική ύφεση, κατά την κρίσιμη περίοδο της κύησης, είναι επιβλαβής για τις ίδιες και τα νεογνά τους, με αύξηση της προωρότητας, που συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπλοκών. Επίσης, συνδέθηκε με αύξηση των καισαρικών τομών (από 35% που ήταν το 2006 στο 53,5% το 2019). Επιπλέον, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ εγγενών και μη γυναικών. Μία στις δύο Ελληνίδες γέννησε με καισαρική τομή, ενώ η πλειοψηφία των αλλοδαπών (59,1%) φυσιολογικά, με τις αλλοδαπές να εμφανίζουν ευνοϊκότερα ποσοστά προωρότητας και τοκετού σε μικρότερη ηλικία σε σύγκριση με τις Ελληνίδες. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που γέννησαν πρόωρα ή έκαναν καισαρική τομή ήταν μεγαλύτερες.

Προτάσεις: Κρίθηκε άμεση ανάγκη παρεμβάσεων στην μητρική φροντίδα και ιδιαίτερη μνεία για την άμβλυση των παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζονται από τις κοινωνικοοικονομικές διακυμάνσεις (ηλικία της μητέρας, ποσοστό καισαρικών τομών, προωρότητα, βάρος γέννησης των νεογνών) και αποτελούν ανυπέρβλητα στοιχεία τα οποία απαιτείται να τεθούν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των φορέων Δημόσιας Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: οικονομική κρίση, υγεία, συστήματα υγείας, δείκτες υγείας, κύηση, τοκετός, πρόωρα νεογνά, νεογνά με ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης.

ABSTRACT

Introduction: The global economic crisis has affected many European countries and especially Greece, with main feature that in a short time period it has affected rapidly Greeks' life and especially in the field of health. As far as pregnancy is concerned the consequences have manifested with disorder of different perinatal parameters and they concern equally both mother and fetus.

Objective: The investigation of consequences of the financial crisis in pregnancy, the outcome of pregnancies and childbirth, in relationship to the weight of neonate and prematurity.

Results: The present investigation has shown that the exposure of Greek women to the economic downturn, during the critical period of pregnancy, is harmful to them as well as to their newborns, with an increase of prematurity which results to an increasing danger of the occurrence of short-term and long-term complications. It has also been connected to the increase of caesarean sections (from 35% in 2006 to 53% in 2019). Additionally, statistically significant differences have been observed between native and foreign women. One out of two Greek women gave birth with caesarean section, while the majority of foreign women (59.1 %) gave birth normally, with the foreign women showing better percentages of prematurity and childbirth at younger ages compared to Greek women. Finally, it has been noted that women who gave birth prematurely or have had caesarean sections were older.

Suggestions: An urgent need of immediate intervention has been decided to the maternal care and also special reference for the mitigation of factors which are affected by the socioeconomic fluctuations (mother's age, caesarean section percentages, prematurity, newborn's birth weight) and form unsurpassed elements which are required to be put in the centre of attention of the Public Health System.

Key words: financial crisis, health, health systems, health indicators, pregnancy, childbirth, premature neonates, intra-uterine growth retardation, neonates with low birth weight.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	5
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	11
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	12
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΥΓΕΙΑ	16
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	16
1.3. Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑ	16
1.4. ΔΗΜΟΣΙΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΓΑΘΟ	18
1.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	19
1.6. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (Ε.Σ.Υ.).....	24
2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	24
2.2. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	24
2.3. ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	28
2.4. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	30
2.5. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	32
2.5.1. Ο ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ.....	32
2.5.2. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	33
2.5.3. Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	35
3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	35
3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ	36
3.3. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	38
3.4. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	40
3.5. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	48
4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	48

4.2.	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	48
4.3.	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	54
4.4.	ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	56
4.5.	ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	57
4.6.	ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ.....	63
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ.....	68
5.1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	68
5.2.	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	69
5.2.1.	Πρώτη επίσκεψη.....	69
5.2.2.	Μηνιαίες επισκέψεις	70
5.2.3.	Οδηγίες για την έγκυο-συμβουλευτική.....	70
5.2.4.	Κατευθυντήριες οδηγίες για Covid-19 (Corona Virus Disease 2019).....	71
5.2.5.	Ειδικός εργαστηριακός έλεγχος.....	74
5.2.6.	Επεμβατικός έλεγχος	75
5.3.	ΚΥΗΣΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	76
5.3.1.	Λοιμώξεις.....	76
5.3.2.	Αιμορραγικές επιπλοκές μετά την 20 ^η εβδομάδα κύησης	80
5.3.3.	Πολύδυμη κύηση	80
5.3.4.	Υπέρταση κύησης.....	80
5.3.5.	Σύνδρομο H.E.L.P. (Hemolysis Elevated, Liver enzyme, low Platelet).....	81
5.3.6.	Σακχαρώδης διαβήτης.....	82
5.4.	ΤΟΚΕΤΟΣ.....	83
5.4.1.	Σημεία έναρξης τοκετού	83
5.4.2.	Στάδια τοκετού	84
5.4.3.	Φροντίδα λεχωίδας αμέσως μετά τον τοκετό.....	85
5.4.4.	Φροντίδα νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό	85
5.5.	ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ.....	85
5.6.	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....	86
5.7.	ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ	88
5.7.1.	Παράγοντες κινδύνου προωρότητας.....	88
5.7.2.	Προβλήματα πρόωρων νεογνών.....	89
5.8.	ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (IUGR: Intra-Uterine Growth Retardation)	100

5.8.1.	Αιτίες εμφάνισης I.U.G.R. νεογνών	101
5.8.2.	Κλινικά χαρακτηριστικά των I.U.G.R. νεογνών	103
5.8.3.	Επιπλοκές	103
5.8.4.	Αντιμετώπιση των I.U.G.R. νεογνών	104
5.9.	ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟ ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (L.B.W.)	105
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	107
6.1.	ΣΚΟΠΟΣ	107
6.2.	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	107
6.3.	ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	107
6.3.1.	Το δείγμα της μελέτης	107
6.3.2.	Κριτήρια επιλογής	107
6.3.3.	Μεθοδολογία	107
6.3.4.	Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα	108
6.3.5.	Στατιστική ανάλυση	108
6.4.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:	109
6.4.1.	Δημογραφικά στοιχεία	109
6.4.2.	Επαγωγική στατιστική ανάλυση	111
6.5.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	118
6.6.	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	121
6.7.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	121
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	123
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	153

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

A.E.Π.:	Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος
A.I.G.	American International Group
A.Π.Θ.:	Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
B.A.M.E.:	Black Asian and Minority Ethnic
β-hGG:	Beta-human chorionic gonadotropin
B.M.I.:	Body Mass Index
B.Π.Δ.:	Βρογχοπνευμονική Δυσπλασία
C.D.S.:	Credit Default Swaps
C.D.O.'S:	Collateralized Debt Obligation
Γ.Ν.Θ.:	Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
Γ.Ο.Π.:	Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση
COVID-19:	Corona Virus Disease 2019
Δ.Ν.Τ.:	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
DRGs:	Diagnosis Related Groups
Δ.Υ.ΠΕ.:	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ECOFIN:	European Council of Economics and Finance Minister
E.E.:	Ευρωπαϊκή Ένωση
E.F.S.F.:	European Financial Stability Facility
E.K.A.B.:	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
E.K.E.B.ΥΛ.:	Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών
E.K.T.:	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
E.L.B.W.:	Extremely Low Birth Weight
ΕΛ.ΣΤΑΤ.:	Ελληνική Στατιστική Αρχή
E.O.K.:	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
E.O.Π.Υ.Υ.:	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

E.S.Y.:	Ελληνικό Σύστημα Υγείας
F.E.D.:	Federal Reserve Bank
G-20:	Group of twenty
H.E.L.P.:	Hemolysis Elevated, Liver enzyme, low Platelet
H.I.V.:	Human Immunodeficiency Virus
H.Π.Α.:	Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής
H.P.V.:	Human Papilloma Virus
IgG:	Immunoglobulin G
IgM:	Immunoglobulin M
I.K.A.:	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
I.U.G.R.:	Intra Uterine Growth Retardation
K.E.N.:	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΚΕ.Σ.Υ.	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
K.N.Σ.:	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
L.B.W.:	Low Birth Weight
M.E.Θ.:	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
M.E.N.N.:	Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
N.E.K.:	Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα
N.Π.Δ.Δ.:	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
N.Π.Ι.Δ.:	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
O.A.E.E.:	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
O.Γ.Α.:	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
O.N.E.:	Οικονομική και Νομική Ένωση
O.O.Σ.Α.:	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
O.Π.Α.Δ.:	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
PAPP-A:	Pregnancy-associated plasma protein A

Π.Ε.Δ.Υ.:	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
Πε.Σ.Υ.:	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΠΕ.Σ.Υ.:	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
Π.Η.Τ.:	Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού
Π.Ο.Υ.:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Ρ.Ε.Υ.:	Πρώιμη Ρήξη Εμβρυικών Υμένων
Π.Φ.Υ.:	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Σ.Α.Δ.:	Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας
Σ.Β.Ε.:	Σύνδρομο Βραχέως Εντέρου
S.G.A.:	Small for Gestational Age
S.P.S.S.:	Statistical Package for the Social Science
Σ.Σ.Α.:	Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης
T.E.P.:	Τελευταία Έμμηνος Ρύση
T.O.C.C.:	Travel-Occupation-Contact-Cluster
Το.Μ.Υ.:	Τοπικών Μονάδων Υγείας
TORCH:	Toxoplasma gondii, Other, Rubella, Cytomegalovirus and Herpes simplex II
TOSCIN:	Teacher support Confronting Social Inequalities
Υ.Ι.Ε.:	Υποξαιμική Ισχαιμική Εγκεφαλοπάθεια
V.B.A.C.:	Vaginal Birth After Cesarean
V.L.B.W.:	Very Low Birth Weight
Φ.Ε.Κ.:	Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης
Φ.Π.Α.:	Φόρου Προστιθέμενης Αξίας

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία	109
Πίνακας 2 Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με το έτος τοκετού.....	111
Πίνακας 3 Σύγκριση προωρότητας με το έτος τοκετού	112
Πίνακας 4 Σύγκριση τρόπου τοκετού με το έτος τοκετού	113
Πίνακας 5 Σύγκριση τμήματος μεταφοράς νεογνού με το έτος τοκετού.....	113
Πίνακας 6 Σύγκριση υπηκοότητας με διάφορες μεταβλητές	114
Πίνακας 7 Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με διάφορες μεταβλητές.....	114
Πίνακας 8 Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με διάφορες μεταβλητές.....	115
Πίνακας 9 Σύγκριση ηλικίας μητέρας με διάφορες μεταβλητές	116
Πίνακας 10 Συσχέτιση ηλικίας μητέρας με διάφορες μεταβλητές.....	117

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Τόπος κατοικίας	153
Διάγραμμα 2: Αριθμός τόκων	153
Διάγραμμα 3: Τρόπος τοκετού	154
Διάγραμμα 4: Αιτία τοκετού	154
Διάγραμμα 5: Σύγκριση τρόπου τοκετού με το έτος τοκετού.....	155
Διάγραμμα 6: Σύγκριση υπηκοότητας με την προωρότητα.....	155
Διάγραμμα 7: Σύγκριση υπηκοότητας με τον τρόπο τοκετού.....	156
Διάγραμμα 8: Σύγκριση ηλικίας μητέρας με την υπηκοότητα.....	156
Διάγραμμα 9: Σύγκριση ηλικίας μητέρας με την προωρότητα	157
Διάγραμμα 10: Σύγκριση ηλικίας μητέρας με τον τρόπο τοκετού.....	157

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να αποδώσω θερμές ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα. Μηνασίδου Ευγενία για την άριστη συνεργασία μας, την ένθερμη υποστήριξη και τις καίριες υποδείξεις της κατά την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους διδάσκοντες του Δ.Π.Μ.Σ. Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας για τις πολύτιμες γνώσεις που μας μετέδωσαν σε όλη την πορεία των μαθημάτων.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω την φίλη, συνάδελφο και συνοδοιπόρο μου σε αυτό το ταξίδι, την κα. Γκέσου Βασιλική για την έμπρακτη συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη της.

Τέλος, ευχαριστώ ιδιαίτερα την οικογένεια μου για την αμέριστη υποστήριξη, την αγόγγυστη υπομονή και την απεριόριστη αγάπη τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική ύφεση στις Η.Π.Α. εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο, επηρεάζοντας πολλές ευρωπαϊκές χώρες και ιδιαίτερα την Ελλάδα. Σε συνδυασμό μάλιστα, με το μεγάλο δημογραφικό πρόβλημα, που αντιμετωπίζει η χώρα από το 1981, το μείγμα είναι εκρηκτικό με σοβαρές συνέπειες σε όλους τους τομείς.

Μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση διάφορων μελετών, στην οποία αναζητήθηκε η επίδραση της οικονομικής ύφεσης και διάφορων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην κύηση κατέδειξε, ότι ο αντίκτυπος είναι δυσμενής με μακροχρόνιες και πολύπλοκες επιπτώσεις για την μητέρα και το κύημα.

Το κίνητρο για την έρευνα αυτή αποτέλεσε ο περιορισμένος αριθμός μελετών που διερευνούν τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στους περιγεννητικούς παράγοντες και το γεγονός ότι οι έρευνες αυτές καλύπτουν την περίοδο των πρώτων χρόνων που η κρίση είχε καθιερωθεί, χωρίς να εξετάζονται οι μεταβολές των τελευταίων χρόνων μετά από μια μακράν περίοδο οικονομικών δυσκολιών. Σκοπεύει να αναδείξει τους περιγεννητικούς παράγοντες που επηρεάζονται από την επιβάρυνση των κοινωνικών προσδιοριστών και τη επέκταση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, προκειμένου να τεθεί στο επίκεντρο της Δημόσιας Υγείας η μητρότητα και η υγεία των νεογνών αποβλέποντας "σε ένα καλύτερο αύριο".

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κύηση, την έκβαση των κυήσεων και του τοκετού, σε σχέση με το βάρος γέννησης των νεογνών και την προωρότητα, σε περιόδους πριν, κατά και μετά την κρίση, συλλέγοντας δεδομένα από τα Μητρώα της Αίθουσας Τοκετών του Γ.Ν.Θ. Ιπποκρατείου.

Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης διάφορων δημογραφικών παραγόντων με τον τρόπο τοκετού, την προωρότητα και το βάρος γέννησης των νεογνών και οι μεταβολές που επιδέχτηκαν διάφοροι περιγεννητικοί παράγοντες από την επίρεια της οικονομικής κρίσης.

Στο πρώτο κεφάλαιο ορίζεται η υγεία ως θεμελιώδες δικαίωμα και πως προστατεύεται από το Σύνταγμα της Ελλάδας, τους νόμους και τις διεθνείς συμβάσεις. Στη συνέχεια επισημαίνονται οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας και οι δείκτες υγείας ως βασικό εργαλείο για την αξιολόγηση του επίπεδου υγείας ενός πληθυσμού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο ακολουθεί ιστορική αναδρομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, περιγράφονται οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του και αναλύεται η διάκριση των υπηρεσιών υγείας ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, την νομική μορφή τους, το επίπεδο περίθαλψης και τον τρόπο χρηματοδότησης τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο ακολουθεί το χρονικό της εξέλιξης της οικονομικής ύφεσης που ξέσπασε στις Η.Π.Α., εξαπλώθηκε στην Ευρώπη, δίνοντας έμφαση στην Ελλάδα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο σκιαγραφούνται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε κοινωνικό επίπεδο, στο σύστημα και στην φροντίδα υγείας, ακολουθεί χαρτογράφηση της υγείας των πολιτών καταλήγοντας στις επιπτώσεις της κρίσης στην κύηση και τα νεογνά

Το πέμπτο κεφάλαιο εστιάζει στην πιο σημαντική περίοδο μιας γυναίκας την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Ακολουθεί μια θεωρητική προσέγγιση της προγεννητικής φροντίδας, του φυσιολογικού τοκετού και των σταδίων του, των ενδείξεων και επιπλοκών της καισαρικής τομής. Στη συνέχεια περιγράφονται οι έννοιες και οι παράγοντες κινδύνου της προωρότητας, της ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης και των νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης, εστιάζοντας στις βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες επιπλοκές που μπορεί να εμφανίσουν τα νεογνά αυτά κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Τέλος η εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσία της έρευνας και την παράθεση των εξαχθέντων συμπερασμάτων και προτάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΥΓΕΙΑ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Υγεία αποτελεί βασικό μέλημα κάθε ανθρώπου αλλά και οργανωμένου συνόλου. Ως θεμελιώδες δικαίωμα προστατεύεται τόσο από εθνικούς νόμους όσο και από διεθνής συμβάσεις. Διαχρονικά έχει αποτελέσει πηγή πολλών συζητήσεων το ερώτημα αν η υγεία είναι "δημόσιο" ή "ιδιωτικό" αγαθό.

Υπάρχουν παράγοντες που αλληλεπιδρούν με την υγεία σε καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ανθρώπου και κυρίως στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Η κάθε πολιτεία καταβάλλει προσπάθεια με προσεκτικό σχεδιασμό, στοχευμένες παρεμβάσεις και προγράμματα να τροποποιήσει ή να αντιμετωπίσει κάποιους από αυτούς με απώτερο σκοπό την βελτίωση της υγείας.

Η ανάλυση του επιπέδου υγείας μίας χώρας αλλά και η αξιολόγηση και εποπτεία των αποφάσεων και μέτρων που έχουν ληφθεί πραγματοποιείται με την βοήθεια ιδιαίτερα χρήσιμων εργαλείων, των δεικτών υγείας.

1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο στη διεθνή διάσκεψη για την Υγεία στη Νέα Υόρκη στο Σύνταγμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) συμπεριελήφθη ο ορισμός της υγείας. Σύμφωνα με αυτόν "Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Επιπλέον, στο Σύνταγμα για πρώτη φορά η υγεία θεωρήθηκε πρωταρχικό δικαίωμα του ανθρώπου, φυλής, θρησκείας, πολιτικής πεποίθησης, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης. Τέλος διακηρύχθηκε ότι η υγεία όλων των λαών είναι θεμελιώδης για την επίτευξη της ειρήνης και της ασφάλειας και εξαρτάται από την πληρέστερη συνεργασία των ατόμων και των κρατών. Το Σύνταγμα του Π.Ο.Υ. υπογράφηκε από αντιπροσώπους 61 κρατών και τέθηκε ανεξαρτήτου σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948 (World Health Organization, 2014).

1.3. Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

Τα ανθρώπινα δικαιώματα δεν είναι απλά προνόμια. Είναι θεμελιώδεις αρχές που διασφαλίζουν την ύπαρξη του και του επιτρέπουν να δημιουργεί, να εξελίσσεται και να ζει ειρηνικά και αρμονικά. Μπορεί να προέρχονται από το θετικό δίκαιο δηλαδή τους γραπτούς νόμους των οποίων η εφαρμογή είναι υποχρεωτική ή από το φυσικό δίκαιο δηλαδή τους άγραφους νόμους των οποίων η εφαρμογή είναι ζήτημα ηθικής.

Ανθρώπινα δικαιώματα αποτελούν θεμελιώδη αρχή για την φυσική και κοινωνική ύπαρξη του ανθρώπου, γιατί διασφαλίζουν την προστασία όλων των ανθρώπων από κάθε μορφή εκμετάλλευση, κακομεταχείριση ή διάκριση όπου κι αν βρίσκονται από τη στιγμή της γέννησης τους. Πολύ σημαντικό ρόλο για τον σεβασμό και την ανάπτυξη τους παίζει η δημοκρατία, γιατί στηρίζεται στην ελευθερία και την ισότητα (Γενική Γραμματεία Διαφάνειας και Ανθρωπίνων δικαιωμάτων του Υπουργείου Δικαιοσύνης,2013).

Η προστασία της υγείας αποτελεί τόσο ατομικό δικαίωμα, λόγω της υποχρέωσης του κράτους να την προστατεύει (αρ. 5 παρ. 5 του Συντάγματος), όσο και κοινωνικό δικαίωμα, εφόσον το κράτος οφείλει να μεριμνά για την υγεία των πολιτών και να προβαίνει σε ενέργειες που την προάγουν, την διατηρούν ή την αποκαθιστούν, όπως ορίζεται στο αρ. 21 παρ. 3 του Ελληνικού Συντάγματος.

Εκτενή αναφορά στο θέμα της υγείας γίνεται στα παρακάτω άρθρα του Ελληνικού Συντάγματος:

- Στο άρθρο 2 παρ.1 καθορίζεται ότι πρωταρχική υποχρέωση του κράτους αποτελεί ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου.

- Στο άρθρο 5 παρ.3 ορίζεται ότι σύμφωνα με τον νόμο όλοι έχουν δικαίωμα στην προστασία της υγείας τους, της γενετικής τους ταυτότητας και στην προστασία από τις βιοϊατρικές παρεμβάσεις.

- Στο άρθρο 7 παρ.2 ορίζεται ότι απαγορεύεται και τιμωρείται η προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, τα βασανιστήρια, κάθε είδος σωματικής βλάβης ή ψυχολογικής βίας.

- Στο άρθρο 21 παρ.3 ορίζεται ότι υπεύθυνο για την μέριμνα της υγείας των πολιτών είναι το κράτος, το οποίο πρέπει να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για την περίθαλψη των απόρων, την προστασία της αναπηρίας, της νεότητας και του γήρατος.

- Επιπλέον στα άρθρα 1 και 2 του 1397/1983 στο πνεύμα της διακήρυξης του Π.Ο.Υ. ορίζεται η ευθύνη του κράτους να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες ισότιμα ανεξαρτήτου οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής κατάστασης. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται μέσα από το δημόσιο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Εν κατακλείδι, το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί προϋπόθεση για το δικαίωμα στη ζωή αλλά και άλλων δικαιωμάτων. Από την μια προστατεύεται από το Σύνταγμα ως κοινό αγαθό και από την άλλη ως συνταγματικό δικαίωμα. Επίσης είναι κοινωνικό δικαίωμα και έχει ως

προϋπόθεση το σεβασμό του ατομικού δικαιώματος στην υγεία, με την έννοια ότι παρέχεται στον καθένα προσωπικά.

Τέλος, το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώνεται και με Διεθνής Συμβάσεις όπως ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, όπου γίνεται λόγος στην προστασία της υγείας, στην απαγόρευση βασανιστηρίων και απάνθρωπων και εξευτελιστικών ποινών, στα δικαιώματα των ατόμων τρίτης ηλικίας και των ατόμων με ειδικές ανάγκες και στο δικαίωμα της ακεραιότητας του προσώπου. (Επίσημη Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2012).

1.4. ΔΗΜΟΣΙΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΓΑΘΟ

Για το εάν η υγεία αποτελεί δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες που σχετίζονται και με την πολιτική θεώρηση των ατόμων και των πολιτειακών συστημάτων στα οποία εξετάζεται. Επιπλέον, θα πρέπει να γίνει μια διάκριση του τι θεωρείται ή είναι δημόσιο αγαθό και τι ιδιωτικό.

Σύμφωνα με τη Μαζαράκη (2012) τα δημόσια αγαθά προσφέρονται σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες και έτσι το όφελος είναι συλλογικό. Το κύριο χαρακτηριστικό των δημόσιων αγαθών αποτελεί η αδιαιρετότητα ποσότητας και τιμής και η έλλειψη ανταγωνιστικότητας καθώς δε διατίθενται στην ελεύθερη αγορά. Τέλος το κράτος είναι αυτό που καθορίζει το πόσα θα παραχθούν και τον τρόπο με τον οποίο θα διανεμηθούν.

Από την άλλη τα ιδιωτικά αγαθά έχουν ακριβώς τα αντίθετα χαρακτηριστικά. Είναι δηλαδή, ανταγωνιστικά, προσφέρονται από την αγορά και υπάρχει διαιρετότητα ποσότητας και τιμής και μπορεί να τα απολαύσει όποιος έχει τα χρήματα για να τα αγοράσει

Έτσι και οι θέσεις των οικονομολόγων διαμορφώνονται στις αντίστοιχες δύο σχολές με βάση το αν θεωρούν ότι η υγεία είναι δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό:

Σχολή Α: Η Υγεία αποτελεί ιδιωτικό αγαθό. Στηριζόμενοι σε αυτή την αρχή τα μέλη αυτής της ομάδας διακηρύττουν, ότι οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν να προκαλέσουν μια «άριστη» και τελέσφορη κατανομή των πόρων υγείας, με την προϋπόθεση βέβαια, ότι ο ασθενής είναι σε θέση να γνωρίζει για την ασθένειά του, την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσει, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της θεραπείας και ποιος είναι ο αριθμός και το είδος των υπηρεσιών που θέλει να καταναλώσει. Επομένως, θεωρούν την υγεία ως ιδιωτικό αγαθό, το οποίο διατίθεται από το σύστημα της αγοράς. Όποιος διαθέτει την οικονομική άνεση να καταβάλει το αντίτιμο αυτών των υπηρεσιών υγείας τις απολαμβάνει. Αντίθετα οι οικονομικά ασθενείς και όσοι δεν είναι διατεθειμένοι να καταβάλουν το τίμημα αποκλείονται Το κράτος δεν επεμβαίνει.

Σχολή Β: Βασική αρχή αυτής της σχολής αποτελεί η θεώρηση ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό. Υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να κατανέμονται με βάση τις υγειονομικές ανάγκες και όχι το εισόδημα ή την αγοραστική δύναμη του ατόμου. Για τους υποστηρικτές αυτής της άποψης η υγεία είναι δημόσιο αγαθό, το οποίο προσφέρεται σε όλους, δεν αποκλείεται κανένας και όλοι έχουν την ίδια πρόσβαση και το δικαίωμα για ίση κατανάλωση. Λόγω δε του υψηλού κόστους, οι ιδιώτες δεν είναι σε θέση να αναλάβουν την αποκλειστική παραγωγή και διάθεση των υπηρεσιών και γι' αυτό είναι αμιγώς κρατικές (Καραγιάννη, 2009).

Το γεγονός ότι δεν είναι σε θέση ή δεν διαθέτουν την αγοραστική δύναμη να πληρώσουν και να λάβουν υπηρεσίες σχετικές με το αγαθό "υγεία", είναι ο κύριος λόγος παρέμβασης του κράτους στην λειτουργία της αγοράς της υγείας με σκοπό την οργάνωση αλλά κυρίως την παραγωγή και διάθεση των υπηρεσιών των ιδιωτών. (Μαζαράκη, 2012).

1.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η υγεία και η ποιότητά της αποτελούν σύνθετο φαινόμενο και επηρεάζονται από πλήθος παραγόντων που επιδρούν άμεσα ή έμμεσα, έχει πολυδιάστατη φύση και για το λόγο αυτό επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.(Wilkinson and Marmot,2003) προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι οι εξής:

- **Η κοινωνική τάξη**

Οι δυσχερείς οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν την υγεία σε όλες τις φάσεις της ζωής του ατόμου. Τα άτομα που ανήκουν στην βάση της κοινωνικής πυραμίδας των κατώτερων κοινωνικών ομάδων σε αντίθεση με αυτά της κορυφής των ανώτερων διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από μια σοβαρή ασθένεια ή να πεθάνουν πρόωρα. Κατά τη διάρκεια της ζωής λαμβάνουν χώρα σημαντικές αλλαγές που άμεσα ή έμμεσα έχουν αντίκτυπο και στο επίπεδο υγείας, όπως έτσι οι συναισθηματικές ή βιολογικές αλλαγές στην πρώιμη παιδική ηλικία, η δημιουργία οικογένειας, η έναρξη της εργασίας, η ανεργία, η αλλαγή εργασιακού περιβάλλοντος, η συνταξιοδότηση, σε άλλους επιδρούν θετικά και σε άλλους έχουν αρνητικό αντίκτυπο ωθώντας τα άτομα σε επικίνδυνες και ανθυγιεινές συμπεριφορές που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές σωματικές κα ψυχικές διαταραχές.

- **Το άγχος**

Καθημερινά οι άνθρωποι εκτίθενται σε στρεσογόνες καταστάσεις κατά τις οποίες το σώμα προετοιμάζεται για να αντιμετωπίσει τον υποκείμενο κίνδυνο. Για παράδειγμα εκκρίνεται κορτιζόνη, αυξάνεται η θυρεοειδική ορμόνη, αυξάνεται ο καρδιακός ρυθμός

,απελευθερώνεται γλυκόζη στο αίμα και ταυτόχρονα αυξάνεται η ινσουλίνη. Όταν οι καταστάσεις αυτές συμβαίνουν συχνά ή είναι μακροχρόνιες βλάπτουν την υγεία και οι άνθρωποι είναι περισσότερο επιρρεπείς σε ασθένειες όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η καρδιακή ανακοπή, το εγκεφαλικό και η κατάθλιψη.

- **Τα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας**

Τα πρώτα χρόνια της ζωής έχει αντίκτυπο στην υγεία και την ανάπτυξη του ατόμου. Οι δυσκολίες και οι κακές συνθήκες μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα αργή ανάπτυξη, μείωση της διάρκειας ζωής και αυξημένο κίνδυνο αναπνευστικών και καρδιαγγειακών ασθενειών κατά την ενηλικίωση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σημαντικό ρόλο παίζουν οι κακές συνθήκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, όπως η κακή διατροφή, το άγχος, το κάπνισμα, η χρήση ουσιών και η ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα, γιατί μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές της κύησης, προωρότητα και χαμηλούς βάρους γέννησης νεογνά.

- **Ο κοινωνικός αποκλεισμός**

Είναι γεγονός ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός, που μπορεί να απορρέει από τον ρατσισμό, την έγχθρα, την ανεργία και την φτώχεια, έχει σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία και αυξάνει τον κίνδυνο για πρόωρο θάνατο, ασθένεια, εθισμό και κοινωνική απομόνωση.

- **Η ανεργία**

Όπως υποστηρίζεται η ανεργία και οι κακές συνθήκες εργασίας θέτουν σε κίνδυνο την υγεία, ενώ η ασφαλής εργασία βελτιώνει την υγεία και αυξάνει την ευεξία.

- **Τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης**

Τα κοινωνικά δίκτυα και η καλές κοινωνικές σχέσεις έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία και ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία, γιατί βοηθούν τους ανθρώπους να είναι συναισθηματικά ισορροπημένοι, να νιώθουν ικανοποίηση, φροντίδα και αγάπη.

- **Ο εθισμός σε ουσίες**

Τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών όπως αλκοόλ, ναρκωτικών και καπνού από την μια πλευρά βλάπτουν σοβαρά την υγεία τους και από την άλλη επηρεάζουν αρνητικά τόσο το άμεσο όσο και το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον.

- **Η διατροφή**

Είναι γενικός αποδεκτό ότι η ισορροπημένη διατροφή προάγει την υγεία. Από την μια πλευρά η έλλειψη τροφίμων προκαλεί υποσιτισμό ενώ από την άλλη η υπερβολική πρόσληψη τροφής συμβάλλει στην εμφάνιση παχυσαρκίας και κατ' επέκταση καρδιαγγειακών παθήσεων, διαβήτη και τερηδόνας.

- **Η χρήση των μεταφορικών μέσων**

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και η εξάρτηση από το αυτοκίνητο, έχουν μειώσει την άσκηση με αποτέλεσμα να αυξάνεται η παχυσαρκία και η ρύπανση του περιβάλλοντος.

Η καταπολέμηση του καθιστικού τρόπου ζωής αυξάνοντας το βάδισμα, την ποδηλασία και τη χρήση των δημόσιων μεταφορικών μέσων θα οδηγήσει σε προαγωγή της υγείας, εφόσον θα αυξηθεί η σωματική άσκηση, οι κοινωνικές επαφές, θα μειωθούν τα θανατηφόρα ατυχήματα και η ατμοσφαιρική ρύπανση.

Κύριο μέλημα κάθε πολιτείας, που στοχεύει στην βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στην μείωση του χάσματος της υγείας ανάμεσα σε πλούσιους και φτωχούς, πρέπει να είναι η οργάνωση δράσεων που θα παρέχουν κοινωνική φροντίδα και θα ικανοποιούν τις ιδιαίτερες ανάγκες των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού

Η μέτρηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας επιτυγχάνεται με τους δείκτες υγείας.

1.6. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (1981) οι δείκτες υγείας είναι μεταβλητές, ποιοτικές ή ποσοτικές που εφαρμόζονται στην υγεία για να εξετάσουν τις άμεσες ή έμμεσες αλλαγές του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Οι μεταβλητές αυτές συμβάλλουν στην σύγκριση των χωρών μεταξύ τους αλλά και στην αξιολόγηση των στρατηγικών και των πολιτικών για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η συλλογή των δεδομένων βασίζεται σε πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί με καθορισμένη μέθοδο για να είναι διασφαλισμένη η συγκρισιμότητα των συμπερασμάτων στην εκάστοτε χρονική περίοδο (Ναούμ, 2018). Αρμόδιοι για την συλλογή αξιόπιστων δεδομένων όσον αφορά στην υγεία, στα συστήματα υγείας και στις ασθένειες είναι διεθνείς οργανισμοί όπως ο Π.Ο.Υ., ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αλλά και εθνικοί φορείς όπως η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) (Χαλκιά και συν.,2015).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δημιούργησε μια βάση δεδομένων που περιλαμβάνει 88 δείκτες υγείας. Οι δείκτες αυτοί ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες: α) δημογραφική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση όπως για παράδειγμα ποσοστό γεννήσεων, μετανάστευση, πληθυσμός, β) κατάσταση υγείας όπως θνησιμότητα, προσδόκιμο επιβίωσης, γ) καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία όπως θηλασμός, σωματική άσκηση, αρτηριακή υπέρταση, δ) υγειονομικές υπηρεσίες όπως αριθμός νοσοκομειακών κλινών, δαπάνες για την υγεία και ε)

προαγωγή της υγείας όπως πολιτική και πρακτική για υγιεινό τρόπο ζωής (European Commission,2017).

Μια διάκριση των δεικτών είναι σε θετικούς και αρνητικούς. Οι θετικοί εξετάζουν το δείκτη γονιμότητας, τον δείκτη γεννητικότητα ή τον δείκτη προσδόκιμο επιβίωσης, ενώ οι αρνητικοί αποτυπώνουν το δείκτη νοσηρότητας, τον δείκτη γενικής θνησιμότητας ή βρεφικής θνησιμότητας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου, 2011). Μια άλλη κατηγοριοποίηση των δεικτών είναι σε αντικειμενικούς όπως ο δείκτης γεννητικότητα και γονιμότητας ή υποκειμενικούς όπως η ποιότητα ζωής η οποία αξιολογείται με διάφορες μεθόδους και κλίμακες (Νούλας,2014).

Αναλυτικότερα ορισμένοι απ' τους βασικότερους δείκτες μέτρησης της υγείας, από τους οποίους κάποιοι συνδέονται με το υπό μελέτη θέμα είναι οι εξής:

- **Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση**, που μετράει τα αναμενόμενα χρόνια ζωής ενός ανθρώπου σε φυσιολογικές συνθήκες.
- **Η γενική θνησιμότητα**, που αφορά τον λόγο του αριθμού όλων των θανάτων (ανεξαρτήτως αιτίας) που συνέβησαν και καταγράφηκαν μέσα σε ένα ημερολογιακό έτος ανά 1000 κατοίκους, προς το σύνολο του μελετώμενου πληθυσμού.
- **Η νοσηρότητα**, που δείχνει τις κυριότερες αίτιες θανάτου.
- **Η βρεφική θνησιμότητα**, που εκφράζει τον λόγο των βρεφικών θανάτων σε ηλικία κάτω των 12 μηνών μέσα σε ένα ημερολογιακό έτος, προς τον σύνολο των ζώντων γεννήσεων του έτους αυτού επί 1000. Πρόκειται για έναν ιδιαίτερα σημαντικό δείκτη γιατί αντικατοπτρίζει τις συνθήκες κύησης και γέννησης των βρεφών και την ικανότητα του συστήματος υγείας για πρόληψη ή επίλυση προβλημάτων στο ταξίδι ζωής του εμβρύου μέχρι ένα χρόνο μετά την γέννηση του.
- **Η νεογνική θνησιμότητα**, που μετρά τους θανάτους νεογνών κάτω των 28 ημερών
- **Η περιγεννητική θνησιμότητα**, που αφορά τους θανάτους βρεφών εντός της πρώτης εβδομάδας ζωής και τουλάχιστον 28 εβδομάδων κυοφορίας ή με βάρος τουλάχιστον 1000 γραμμάρια.
- **Ο δείκτης "έτη υγιούς ζωής"**, που μετρά πόσα έτη θα ζήσει ένας άνθρωπος πάνω από τα 65 χρόνια χωρίς αναπηρία. Προσφέρει σημαντική βοήθεια όσον αφορά τον ορισμό της ποιότητας ζωής και για την μελέτη της υγείας ως συντελεστή της παραγωγικότητας.

- **Οι δείκτες κινδύνου υγείας**, αφορά την ετήσια κατά κεφαλήν κατανάλωση καθαρής αλκοόλης σε λίτρα ή κατανάλωση καπνού για άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών επί τις εκατό (Ναούμ,2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (Ε.Σ.Υ.)

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οργάνωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας αναπτύσσεται με βραδείς ρυθμούς παράλληλα με το νέο Ελληνικό κράτος. Από το 1833 μέχρι σήμερα το Υπουργείο Υγείας έχει υποστεί πολλές αλλαγές, διαχωρισμούς ή επανενώσεις αρμοδιοτήτων, επανασυστάσεις ή αλλαγές της ονομασίας του. Γεγονός που προσδίδει προχειρότητα στον σχεδιασμό και έλλειψη στρατηγικής με μακροπρόθεσμους στόχους. Παρόλο που έγιναν προσπάθειες για αποκέντρωση του Ε.Σ.Υ., λόγω της αδυναμίας αυτοτελούς χρηματοδότησης και της εξάρτησης από την κεντρική εξουσία, οι διοικήσεις οδηγήθηκαν σε καθαρά εποπτικό, διεκπεραιωτικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα. Οι ανακατατάξεις συνεχίζονται μέχρι σήμερα λόγω της οικονομικής κρίσης και την εφαρμογή των μνημονίων.

Στο πλαίσιο του συστήματος υγείας, οι υπηρεσίες υγείας παράγονται σε μονάδες και παρέχονται στους ενδιαφερόμενους υγιείς και ασθενείς. Οι μονάδες αυτές μπορεί να διακριθούν σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, την νομική μορφή τους, το επίπεδο περίθαλψης και τον τρόπο χρηματοδότησης τους.

Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από το κράτος, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τις ιδιωτικές πληρωμές. Στόχος είναι η ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας και η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Μετά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης η χώρα μας χρήζει την ανάγκη εφαρμογής νέων τρόπων χρηματοδότησης, που θα οδηγήσουν σε αποτελεσματικότερο έλεγχο του κόστους και αύξηση του επιπέδου ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας ώστε να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

2.2. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Ιστορική αναδρομή

Η διάρθρωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας αναπτύσσεται, ακολουθώντας παράλληλα την ανάπτυξη του νέου Ελληνικού κράτους στις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Την εποχή εκείνη η Ελλάδα βίωνε μια περίοδο πολιτικής, κοινωνικής και οικονομικής αστάθειας, μετά την απελευθέρωσή της.

Η πρώτη υγειονομική υπηρεσία της Ελλάδας ιδρύθηκε το 1833, ονομάστηκε «Υγειονομικόν τμήμα» και αποτέλεσε τμήμα του Υπουργείου Εσωτερικών. Ένα χρόνο αργότερα, ιδρύθηκε το ονομαζόμενο «Ιατροσυνέδριο» το οποίο είχε κυρίως συμβουλευτικές

αρμοδιότητες. Ακολούθησε μία περίοδος μισού περίπου αιώνα αδράνειας (1864-1914), παρόλο που οι ανάγκες στο χώρο της υγείας ήταν μεγάλες, αλλά οι πόροι διατέθηκαν για την ενίσχυση των ενόπλων δυνάμεων για τους εθνικοαπελευθερωτικούς πολέμους. Κύριο διοικητικό όργανο των υγειονομικών υπηρεσιών ήταν η “ Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και Αντιλήψεων “ του Υπουργείου Εσωτερικών (Δαρδαβέσης,2008).

Ο πρώτος γενικός ασφαλιστικός νόμος της Ελλάδας ψηφίστηκε το 1922 (Ν.2868/1922). Σύμφωνα με αυτόν ήταν υποχρεωτική η ασφάλιση των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων και θεωρείται σημείο κομβικό για την κοινωνική ασφάλιση. Την ίδια περίοδο ιδρύθηκε και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Ν.2882/1922), σύμφωνα με τον οποίο η Ελλάδα διαιρέθηκε σε 5 υγειονομικές περιφέρειες. Ο νόμος αυτός αποτελεί ορόσημο για την ιστορία του ελληνικού κράτους στο χώρο της υγείας. Όμως, η Μικρασιατική καταστροφή και τα γεγονότα που ακολούθησαν υπήρξαν ανασταλτικοί παράγοντες για την λειτουργία του (Σισσούρας,2012). Έτσι στα τέλη του 1922 και υπό το βάρος των πολιτικών εξελίξεων ιδρύθηκε το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως και θεσπίστηκαν νόμοι οι οποίοι ρύθμιζαν την λειτουργία του νεοσύστατου Υπουργείου (Δαρδαβέσης,2008).

Ένα ακόμη κομβικό σημείο για την Κοινωνική Ασφάλιση αποτέλεσε η σύσταση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) το 1932 με το νόμο 5733 (Θεοδωρουλάκης και Κουμαριανός, 2012).

Το 1953 ψηφίζεται ο νόμος 2592/53 περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως και δοκιμάζεται η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Στόχος του η αποκέντρωση του συστήματος και η εξέλιξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την εγκατάσταση υγειονομικών κέντρων.

Το 1961 ιδρύεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) με τον νόμο 4169/1961. Στόχος του η παροχή υπηρεσιών υγείας στον αγροτικό πληθυσμό και με τον οποίο καλύφθηκε ασφαλιστικά ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της επαρχίας .

Κατά την δικτατορία (1967-1974) ακολουθεί μία περίοδος αποδιοργάνωσης και παραβίασης του δημόσιου τομέα ενώ ενισχύεται η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα κυρίως με την δημιουργία ιδιωτικών κλινικών (Σισσούρας,2012).

Η ψήφιση του Συντάγματος το 1975 αποτελεί ακόμα ένα κομβικό σημείο για την Κοινωνική Ασφάλιση καθώς καλύφθηκαν εν μέρει οι κοινωνικές ασφαλίσεις κυρίως με το άρθρο 22 παράγραφος 4 που αναφέρει: «το κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων όπως ο νόμος ορίζει» (Βουλή των Ελλήνων, 2010).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Το 1983 συντελείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα με τον Ν.1397/1983 και την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. και ορίζονται οι βασικές αρχές σύμφωνα με τις οποίες η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό για την προστασία και προαγωγή του οποίου μεριμνά το κράτος. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από το κράτος στο σύνολο των πολιτών ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική και επαγγελματική του επιφάνεια.

Για τον καλύτερο συντονισμό και εποπτεία των υπηρεσιών υγείας δημιουργήθηκε το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ) και τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) με κυριότερες αρμοδιότητες τις παρακάτω:

- Γνωμοδότηση σε θέματα προγραμματισμού
- Έλεγχο και εποπτεία σε επίπεδο περιφέρειας του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας
- Παρακολούθηση της απόδοσης της λειτουργίας του συστήματος στην περιφέρεια

Βασική φιλοσοφία και αρχή του Ε.Σ.Υ. ήταν η αποκέντρωση (Κακαλέτσης και συν., 2012).

Από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. μέχρι σήμερα έχουν ψηφιστεί μια σειρά νόμων στην προσπάθεια υλοποίησης της θεμελιώδους αρχής του Ε.Σ.Υ. περί αποκέντρωσης αλλά και εισαγωγής νέων θεσμών και δομών για την επίτευξη της. Οι νόμοι αυτοί αναλύονται παρακάτω:

- Νόμος 2889/2001 που αφορά στη βελτίωση και στον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Σύμφωνα με αυτόν η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε 17 υγειονομικές περιφέρειες ταυτόσημες με τις Διοικητικές. Σε κάθε μία ιδρύεται Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (Πε.Σ.Υ.), ενώ στην περιφέρεια Αττικής τρία Πε.Σ.Υ. και δύο στις περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νότιου Αιγαίου. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα, τα Κέντρα Υγείας ή τα Περιφερειακά Ιατρεία στα γεωγραφικά όρια κάθε Πε.Σ.Υ. μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες μονάδες του. Οι χρηματοδότηση τους προέρχεται από τον τακτικό Κρατικό προϋπολογισμό και τον προϋπολογισμό Δημόσιων Επενδύσεων, αλλά υπάρχει η δυνατότητα ενίσχυσης από διεθνούς και ελληνικούς οργανισμούς ή δωρεές και κληροδοτήματα.

- Νόμος 3329/2005, όσον αφορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Κατά το νόμο αυτόν τα Πε.Σ.Υ. καταργούνται και αναλαμβάνουν στη θέση τους Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), που ονομάζονται Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.), δεν καταργείται όμως και η διαίρεση της επικράτειας σε Υγειονομικές περιφέρειες. Οι Δ.Υ.ΠΕ. υποβάλλουν εισηγήσεις μέτρων και προτάσεων στο Υπουργείο Υγείας και μαζί με τον Διοικητή ελέγχουν και εποπτεύουν τα αποκεντρωμένα νοσοκομεία του ΕΣΥ που έχουν μετατραπεί σε Ν.Π.Δ.Δ .

- Νόμος 3527/2007, πρόκειται περί κυρώσεων των συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων, που βρίσκονται κάτω από την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Με το νόμο αυτόν πραγματοποιείται συγχώνευση των 17 Υγειονομικών Περιφερειών σε επτά: 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, τη 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, την 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας, την 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης, την 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, την 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και, τέλος, την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.

Στην έδρα της κάθε Δ.Υ.ΠΕ θεσπίζεται η Επιτροπή Δαπανών και Προμηθειών που ευθύνεται για την προμήθεια, υλοποίηση έργων και υπηρεσιών με κόστος από 100.000 € έως 234.000 € (Κακαλέτσης και συν., 2012).

- Νόμος 2456/2011.

Το 2011 ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ), ένα νέο νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ) το οποίο στόχευε στην ενοποίηση όλων των ταμείων σε έναν ενιαίο εθνικό φορέα, για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας (Θεοδωρουλάκης και Κουμαριανός, 2012). Τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας (Ι.Κ.Α, Ο.Γ.Α, Ο.Α.Ε.Ε, Ο.Π.Α.Δ) ενώθηκαν σε έναν κοινό φορέα με σκοπό την πρόληψη, προαγωγή, αναβάθμιση, διατήρηση και προστασία της υγείας των δικαιούχων και με στόχο την εξάλειψη των ανισοτήτων στην πρόσβαση. Ακόμη ένας επιπλέον στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ είναι και ο έλεγχος των δαπανών και η σωστότερη κατανομή τους. Η βασική ανάγκη δημιουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ ήταν να ενωθούν σε ένα ενιαίο ταμείο όλοι οι πόροι υγείας και να λειτουργήσει ως μονοψώνιο, με αυξημένη

δύναμη διαπραγμάτευσης ως προς τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (Σκρουμπέλος και συν.,2012).

- Νόμος 4238/2014 με ΦΕΚ 38/17-2-2014

Με αυτό το νέο νόμο το σύστημα υγείας της Ελλάδας βιώνει νέες αλλαγές, σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Ρυθμίζεται διαφορετικά ο τρόπος εισαγωγής των ασθενών στα νοσοκομεία, η διαδικασία όπου θα απευθύνονται οι πολίτες στους γιατρούς ενώ για συγκεκριμένες ηλικίες ασφαλισμένων ορίζονται υποχρεωτικές εξετάσεις πρόληψης.

- Νόμος 4368/2016

Θεσπίστηκε, ότι όλοι οι πολίτες οι οποίοι δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη ή αυτοί που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες μπορούν να εισέρχονται στο δημόσιο σύστημα για να τους παρέχονται υπηρεσίες υγείας. Επίσης το ρόλο του παρόχου υπηρεσιών υγείας αναλαμβάνει το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και όλες οι μονάδες υγείας ανήκουν πλέον διοικητικά σε έναν ενιαίο φορέα, με αποτέλεσμα την διευκόλυνση των πολιτών στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετατρέπεται σε αποκλειστικό αγοραστή των υπηρεσιών υγείας για λογαριασμό των ασφαλισμένων τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα (Μπαλάσκα και Μπιτσιώρη,2019).

Τα τελευταία χρόνια, η χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση που βιώνει η χώρα, οι συμφωνίες με την Τρόικα και η εφαρμογή του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής επέφεραν αρκετές ανακατατάξεις στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Η χώρα για να μπορέσει να αποφύγει την χρεοκοπία αναγκάστηκε να ακολουθήσει την εφαρμογή μνημονίων και να υιοθετήσει μέτρα λιτότητας και περικοπών. Όπως ήταν αναμενόμενο, η εφαρμογή των μέτρων αυτών επέφερε σοβαρές επιπτώσεις στους τομείς της υγείας, της εργασίας και της κοινωνικής ασφάλισης (Pisani-Ferry et.al., 2013,Economou et.al., 2015).

2.3. ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Οι μονάδες υγείας του ελληνικού συστήματος υγείας διακρίνονται σε κατηγορίες με βάση α) το επίπεδο περίθαλψης, β) τον τρόπο χρηματοδότησης, γ) τη νομική μορφή λειτουργίας τους και δ) το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν.

Οι μονάδες υγείας βάση το επίπεδο φροντίδας που παρέχουν διακρίνονται σε:

Πρωτοβάθμιες ή εξωνοσοκομειακές. Εδώ ανήκουν τα Κέντρα Υγείας Αστικού και Αγροτικού τύπου, τα Περιφερειακά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία, τακτικά και επείγοντα των

νοσοκομείων, τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων, το ΕΚΑΒ και οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.). Αυτή η μορφή περίθαλψης καλύπτεται και από τον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος περιλαμβάνει ιδιωτικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών και μικροβιολογικά εργαστήρια. Επίσης περιλαμβάνονται ο θεσμός του Οικογενειακού ιατρού και της κατ' οίκον νοσηλείας.

Γενικότερα, ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) νοούνται οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες που έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση, βελτίωση της υγείας του ατόμου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την ενίσχυση και βελτίωση της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Επίσης περιλαμβάνει την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, την παροχή σχολικής υγείας, και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Το κράτος έχει την ευθύνη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και στις ανάγκες του (Καρακούνος,2005).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας: "Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. διαρθρώνονται, αναπτύσσονται, οργανώνονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της προσέγγισης αποκλεισμένων και ευπαθών κοινωνικών ομάδων, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχομένων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της τομεοποίησης, της ιατρικής, νοσηλευτικής ή άλλης επαγγελματικής δεοντολογίας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών".

Οι Το.Μ.Υ. αποτελούν την τελευταία μεταρρύθμιση στο χώρο της Π.Φ.Υ. και συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Οι Το.Μ.Υ. στελεχώνονται από μία ομάδα υγείας. Λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν ως σκοπό την προαγωγή, βελτίωση, εκτίμηση, παρακολούθηση της υγείας τη συμβουλευτική και την υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης και άλλες αρμοδιότητες που στοχεύουν στη φροντίδα του πληθυσμού (Νόμος 4486/2017).

Δευτεροβάθμιες ή νοσοκομειακές. Σ' αυτές παρέχονται υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης, οι οποίες περιλαμβάνουν νοσηλεία ασθενών στα νοσοκομεία ή στις ιδιωτικές κλινικές, η διεξαγωγή εργαστηριακών ελέγχων και χειρουργικές ή διαγνωστικές επεμβάσεις.

Τριτοβάθμιες. Αφορούν στην παροχή ιατρικής περίθαλψης από Πανεπιστημιακό νοσοκομείο, βασίζεται σε εξειδικευμένες γνώσεις και προϋποθέτει τη συνεργασία ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων (Οικονόμου,2012).

Ως προς τον τρόπο χρηματοδότησης του οι υπηρεσίες διακρίνονται σε δύο τομείς:

Δημόσιος τομέας. Η υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό και παρέχεται σε όλους ανεξαιρέτως. Πρωτεύοντα ρόλο έχει το κράτος και απαρτίζεται από το Ε.Σ.Υ. την Κοινωνική ασφάλιση και την τοπική αυτοδιοίκηση.

Ιδιωτικός τομέας. Η υγεία θεωρείται ιδιωτικό αγαθό και κυριαρχεί ο νόμος της ελεύθερης αγοράς μέσω των νόμων της προσφοράς και της ζήτησης. Το κράτος δεν παρεμβαίνει στη λειτουργία του (Καρακούνος,2005).

Ως προς το νομικό καθεστώς που τις διέπει διακρίνονται σε:

Ιδιωτικές. Είναι εκείνες οι μονάδες υγείας των οποίων ο φορέας είναι φυσικό ή νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) και λειτουργούν με βάση τις αρχές του ιδιωτικού δικαίου.

Δημόσιες. Είναι εκείνες οι μονάδες των οποίων ο φορέας είναι το Δημόσιο ή οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ν.Π.Δ.Δ.) και λειτουργούν με βάση τις αρχές του δημοσίου δικαίου (Μωραΐτη και Γκολέμη, 2012).

2.4. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους θεσμούς κοινωνικής αλληλεγγύης και ανακατανομής του εισοδήματος των σύγχρονων κοινωνιών μεταξύ εισοδηματικών ομάδων τόσο της ίδιας γενιάς όσο και διαφορετικών γενεών. Βασίζεται στις αρχές της υποχρεωτικότητας, της καθολικότητας και των μη διακρίσεων, της αποδοτικότητας, της αλληλεγγύης των γενεών και της κοινωνική αλληλεγγύης.

Η έκθεση του Beveridge το 1942 εισήγαγε το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης με κύρια χαρακτηριστικά την καθολικότητα,την ευθύνη της πολιτείας για κοινωνική ασφάλιση μέσω του κράτους πρόνοιας και την καταπολέμηση της φτώχειας. Αυτό το μοντέλο υιοθετήθηκε απ' όλες τις δυτικές χώρες και έγινε βασικό εργαλείο κοινωνικής πολιτικής και στα τέλη του 20ου αιώνα δεν υπήρχε βιομηχανική χώρα χωρίς αναπτυγμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Στις Η.Π.Α. το 1974 θεμελιώθηκε το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τριών πυλώνων:

- **Πρώτος πυλώνας:** καθολική δημόσια και υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση αναδιανεμητικού χαρακτήρα που θα εξασφαλίζει το ελάχιστο επίπεδο διαβίωσης για το συνολικό πληθυσμό.
- **Δεύτερος πυλώνας:** με ένα μοντέλο ασφάλισης υποχρεωτικό για όλους τους εργαζόμενους και κεφαλοποιητικού χαρακτήρα.
- **Τρίτος πυλώνας:** με την ιδιωτική μορφή ασφάλισης στην οποία θα προσφύγουν όσοι επιθυμούν να έχουν μετά την συνταξιοδότηση υψηλότερο βαθμό αναπλήρωσης των αποδοχών τους.

Στην Ελλάδα η κοινωνική ασφάλιση εξελίχθηκε σταδιακά και πραγματοποιήθηκε αποσπασματικά καλύπτοντας συγκεκριμένες κατηγορίες πληθυσμού, ανάλογα με τα επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά. Επίσης υιοθετήθηκαν μια πληθώρα συστημάτων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης και δεν ακολουθήθηκε ένα ασφαλιστικό καθεστώς για όλους τους εργαζόμενους. Με τις μεταρρυθμίσεις του 2008 μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων σε πέντε κύριας ασφάλισης, έξι επικουρικής και δύο πρόνοιας από τα 200 που ήταν το 1990 (Θεοδωρουλάκης και Κουμαριανός,2012).Μετά το 2012 συστάθηκε ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα και συνέβαλε στην ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων προκειμένου όλοι οι ασφαλισμένοι να έχουν ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Υπ. Απ. Αριθμ. Υ4α/οικ. 85649).

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας έχει δομηθεί στη βάση τριών πυλώνων:

- **1ος πυλώνας:** περιλαμβάνει τα ταμεία κύριας και επικουρικής κάλυψης και καλύπτει όλους τους εργαζόμενους.
- **2ος πυλώνας:** περιλαμβάνει τα επαγγελματικά ταμεία, η σύσταση των οποίων κατοχυρώθηκε το 2002 με τις ρυθμίσεις του Ν.3029/2002
- **3ος πυλώνας:** περιλαμβάνει την ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη για τους εργαζόμενους και τα μέλη των οικογενειών τους, μέσω ομαδικών ασφαλιστικών συμβολαίων. Σε σχέση με άλλες χώρες στην Ελλάδα ο τρίτος πυλώνας είναι σχεδόν ανύπαρκτος.

Το Σύστημα Κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα επιβαρύνθηκε από το χαμηλό επίπεδο ασφαλιστικών υποδομών, από την υπό ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας και τη σύγχρονη οικονομική κρίση. Συγκεκριμένα επηρεάστηκε από εξωτερικούς παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού, η αλλαγή της δομής της απασχόλησης και της παραγωγής, η

μείωση των πόρων χρηματοδότησης λόγω της οικονομικής κρίσης και την αλλαγή στην οργάνωση και λειτουργία του κράτους. Επίσης επηρεάστηκε από εσωτερικούς παράγοντες όπως τον κατακερματισμό και την διάσπαση των φορέων, τη ανισότητα τόσο στις παροχές όσο και στους πόρους, το χαμηλό επίπεδο των πόρων και την μη αυτοτελή διαχείριση των πόρων της διοίκησης και της λειτουργίας των ασφαλιστικών οργανισμών (Θεοδωρουλάκης και Κουμαριανός, 2012).

2.5. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ως έννοια η χρηματοδότηση αναφέρεται στην ανάγκη εύρεσης πόρων, στην κατανομή και διάθεση αυτών. Όσον αφορά τα συστήματα υγείας, λόγω του έντονου ρυθμού εξέλιξής τους, η έννοια της χρηματοδότησης παρουσιάζει μια πολυπλοκότητα. Η χρηματοδότηση των συστημάτων Υγείας περιλαμβάνει γενικά τις πηγές και τους φορείς από τους οποίους προέρχονται οι πόροι, τις μεθόδους χρηματοδότησης, τους τρόπους διαχείρισης και τα κριτήρια κατανομής αυτών (Μπιτσιώρη και Μπαλάσκα, 2016).

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, όσον αφορά τη δομή του, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μεικτό σύστημα, όπου ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας συνυπάρχουν ενώ ότι αφορά τη χρηματοδότησή του, εξαρτάται από τους δημόσιους πόρους (κρατικός προϋπολογισμός και ασφαλιστικές εισφορές) και από τις ιδιωτικές πληρωμές (Δημογέροντας και συν.,2017).

Συμπερασματικά, η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. γίνεται από 3 φορείς. Από τον κρατικό προϋπολογισμό, την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες (Ρεκλείτη και συν., 2012).

2.5.1. Ο ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Μετά τη δεκαετία του 70 άρχισε να συμμετέχει στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας η γενική φορολογία. Κύριες πηγές κρατικής χρηματοδότησης είναι τα έσοδα από την άμεση ή έμμεση φορολογία των πολιτών (Δημογέροντας και συν.,2017).

Ειδικότερα στο χώρο της υγείας, για να επιτευχθεί συγκράτηση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό και του ποσοστού χρηματοδότησης, εφαρμόζονται με κοινή υπουργική απόφαση από το 2011, τα «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (Κ.Ε.Ν.) και το Ημερήσιο Νοσήλιο στο Ε.Σ.Υ.» των Υπουργών Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας, Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιπλέον εφαρμόστηκε χρέωση σε νοσηλεία, φάρμακα και υλικά όταν ο ασφαλισμένος ξεπερνά τον προβλεπόμενο χρόνο νοσηλείας από τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (Νόμος 3918/2011).

Επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις, ιατροτεχνολογικά προϊόντα και φάρμακα που επιπροσθέτως χρησιμοποιούνται και διενεργούνται των ανάλογων του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου και μετά τη μέση διάρκεια νοσηλείας που έχει οριστεί, χρεώνονται στα ταμεία ως α) οι διαγνωστικές εξετάσεις, σύμφωνα με την ισχύουσα τιμολογημένη κοινή υπουργική απόφαση β) τα ιατροτεχνολογικά υλικά, σύμφωνα με τις δοθείσες τιμές του Παρατηρητηρίου Τιμών της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας και γ) τα φάρμακα, σύμφωνα με τις νοσοκομειακές τιμές που είναι σε ισχύ (Ρεκλείτη και συν., 2012).

Όμως η πολιτική αυτή οδήγησε σε μεγάλα ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία, γιατί ενώ τα νοσήλια έπρεπε να αποτελούν την βασική πηγή εσόδων τελικά αυτά δεν καλύπτουν περισσότερο από το 20% του συνολικού προϋπολογισμού με αποτέλεσμα την αύξηση της χρηματοδότησης. Παράλληλα την ίδια περίοδο λόγω της οικονομικής ύφεσης υπήρξε υποχρηματοδότηση των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων και μείωση των εργαζομένων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εκτίμηση της επίδρασης των Κ.Ε.Ν. στην βιωσιμότητα των Δημόσιων και Ιδιωτικών νοσοκομείων (Ρεκλείτη και συν., 2012, Δημογέροντας και συν., 2017).

Τέλος, από την φορολογία χρηματοδοτούνται οι επενδύσεις για έρευνα και εκπαίδευση, για κτίρια και εξοπλισμό, για την κεντρική διοίκηση, για την δημόσια υγεία και για την κάλυψη των ελλειμμάτων που εμφανίζονται σε ασφαλιστικούς οργανισμούς (Ρεκλείτη και συν., 2012).

2.5.2. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν υποχρεωτικές και δημόσιες επιβαρύνσεις που επιβάλλονται με υπουργικές αποφάσεις ή προεδρικά διατάγματα επί του μισθού. Είναι ειδικές επιβαρύνσεις με σκοπό την κάλυψη των χρηματοδοτικών αναγκών των παρόχων κοινωνικής ασφάλισης και έχουν ως αντάλλαγμα τη δημιουργία ατομικού δικαιώματος σε συγκεκριμένες κοινωνικές ασφαλιστικές παροχές.

Οι εισφορές προέρχονται από τους εργαζομένους, τους εργοδότες και τις αποδόσεις αποθεματικών που δημιουργούνται από την κεφαλαιοποίηση των εισφορών, με ποσοστό συνεισφοράς που διαφέρει ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς.

Οι εισφορές αυτές αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω διάφορων παραγόντων όπως την εισφοροδιαφυγή από βεβαιωμένες οφειλόμενες εισφορές, την ανασφάλιστη εργασία, την μείωση της πραγματικής αξίας των μισθών και την αύξηση των επιδομάτων, την πρακτική διαδοχικών ρυθμίσεων των οφειλόμενων εισφορών, τις δημογραφικές εξελίξεις, τις τεράστιες

απώλειες αποθεματικών κεφαλαίων και την οικονομική κρίση (Θεοδωρουλάκης και Κουμαριανός,2012).

2.5.3. Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Την ιδιωτική χρηματοδότηση συνθέτουν οι δαπάνες των ίδιων των ασφαλισμένων και επιβαρύνουν τα εισοδήματα τους ατομικά ή οικογενειακά. Η αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αποτελείται κυρίως από τα ιδιωτικά νοσοκομεία, τις μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές, τα διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες ιατρούς (Δημογέροντας και συν. ,2017).

Παρόλο που το Ε.Σ.Υ. είχε ως βάση την δωρεάν παροχή υπηρεσιών οι δαπάνες αυτές είναι οι υψηλότερες στη Ευρώπη προσεγγίζοντας το 35-40% και μειώθηκαν στο 30% μόνο τα έτη που η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αύξησε τη συνολική δημόσια δαπάνη (Ρεκλείτη, και συν., 2012, Τούντας και συν.,2020).

Επίσης ενώ από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Υπουργείο Οικονομικών έχουν καθοριστεί κοινές τιμές υπηρεσιών υγείας είτε είναι ιδιωτικές είτε είναι δημόσιες, στην πραγματικότητα οι ιδιωτικές είναι πολύ υψηλότερες (Δημογέροντας και συν.,2017).

Ακόμη ένα μεγάλο ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης υγείας αποτελούν οι άτυπες πληρωμές που καταβάλλονται χωρίς απόδειξη με αποτέλεσμα να οδηγούν σε μείωση των φορολογικών εσόδων του κράτους αλλά και σε οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών. Τέτοιες πληρωμές είναι για πληρωμές γιατρών ή ειδικών υπηρεσιών υγείας με σκοπό την καλύτερη ποιότητα ή την παράκαμψη της σειράς αναμονής (Δημογέροντας και συν.,2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ανατρέχοντας στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα ορισμών που προσπαθούν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης. Γενικότερα σύμφωνα με πολλούς οικονομολόγους απαραίτητη προϋπόθεση για την εμφάνιση μιας οικονομικής κρίσης είναι ή ύπαρξη συγκεκριμένων παραγόντων όσον αφορά την λειτουργία των διεθνών και εγχώριων αγορών και κάθε οικονομική κρίση έχει τα δικά της χαρακτηριστικά.

Αρχικά η κρίση του 2007-2008 εκδηλώθηκε στην αγορά στεγαστικών δανείων της Αμερικής και αφορούσε δάνεια μειωμένης πιστοληπτικής ικανότητας. Σημάδια υπήρχαν από το 2006, αλλά δεν αξιολογήθηκαν με την απαιτούμενη προσοχή, καταλήγοντας στην γρήγορη εξάπλωση της κρίσης στις χρηματοπιστωτικές αγορές παγκοσμίως, με σοβαρές επιπτώσεις στην οικονομία. Ακολούθησαν πτώσεις των χρηματιστηριακών αξιών, καταρρεύσεις τραπεζών και μείωση των κερδών σε σημαντικούς κλάδους όπως τον κλάδο των κατασκευών.

Η οικονομική ύφεση στις Η.Π.Α. διαδόθηκε με ταχείς ρυθμούς στην Ευρώπη και σε άλλα κράτη λόγω της αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης των πιστωτικών ιδρυμάτων, το εξωτερικό άνοιγμα των οικονομιών, της κίνησης των παραγωγικών συντελεστών διεθνώς και γενικότερα της παγκοσμιοποίησης.

Η Ελλάδα ανήμπορη να ανταπεξέλθει στο δημοσιονομικό έλλειμμα και το έλλειμμα τρεχουσών συναλλαγών, κατέφυγε σε υιοθέτηση εθνικού σχεδίου δράσης για να μπορέσει να θεωρηθεί το χρέος βιώσιμο. Το σχέδιο περιείχε την χρηματοδότηση από μηχανισμό στήριξης του εξωτερικού, με τον όρο να πραγματοποιήσει μια σειρά μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής. Οι όροι αυτοί είχαν σαν στόχο κυρίως την μείωση των δημόσιων δαπανών μέσα από διάφορες διαρθρωτικές αλλαγές στον δημόσιο τομέα και κατά κύριο λόγο, στην μείωση του μισθολογικού κόστους, την αύξηση των φορολογιών προς τους πολίτες και των ορίων συνταξιοδότησης καθώς και την επιδότηση της κοινωνικής πρόνοιας.

Η οικονομική ύφεση στην Ελλάδα θεωρείται παγκοσμίως από τις πιο επίμονες λόγω της μακράς διάρκειας της αλλά και των συνεπειών της. Μετά το 2009, παρατηρείται μείωση του βιοτικού επιπέδου λόγω της ανεργίας και της αδυναμίας των νοικοκυριών να ανταπεξέλθουν. Ταυτόχρονα, το κοινωνικό κράτος πλήττεται από την αύξηση των αναγκών του ευάλωτου πληθυσμού του και την ελάττωση των εσόδων.

3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι ορισμοί για την οικονομική κρίση είναι πολλοί και οι μελετητές χρησιμοποιούν διαφορετικές έννοιες. Η οικονομική κρίση είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, που ποτέ δεν είναι το ίδιο ακριβώς και ποτέ δεν είναι μοναδικό αλλά διαφέρει. Μπορεί να έχει πολλές και διαφορετικές αιτίες, να εκδηλώνεται σε διάφορους τομείς της οικονομίας ή σε διαφορετικό γεωγραφικό επίπεδο αλλά και να έχει διαφορετικές επιπτώσεις (Ishihara,2005, Κατσίκας, 2015).

Η οικονομική κρίση είναι μια κατάσταση κατά την οποία μια οικονομία διακρίνεται από μια συνεχή και αισθητή ελάττωση όλων των μακροοικονομικών μεγεθών της, όπως του εθνικού προϊόντος, της απασχόλησης, των τιμών και ιδιαίτερα των επενδύσεων. Πιο συγκεκριμένα όταν οι επενδύσεις παρουσιάζουν διακυμάνσεις επηρεάζονται και τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη (Akram et.al.2011).

Ως κρίση ορίζεται το χρονικό διάστημα κατά το οποίο διαταράσσεται η λειτουργία ενός συστήματος και οι αρχικές του ιδιότητες μεταβάλλονται, με τρόπο απότομο και απρόσμενο. Η κρίση μπορεί να αφορά πολλές κατηγορίες καταστάσεων και φαινομένων όπως η εξάπλωση επιδημιών, οι φυσικές καταστροφές, οι ένοπλες συγκρούσεις, οι καταρρεύσεις πολιτικών καθεστώτων ή οικονομικές καταρρεύσεις. Αντιστοίχως γίνεται λόγος για οικονομική κρίση, πολιτική κρίση, κοινωνική ή οικολογική κ.α.

Υπάρχει όμως και η θεώρηση ότι η κρίση είναι η βίαιη και αναπόφευκτη απάντηση του συστήματος σε στρεβλώσεις οι οποίες υπάρχουν από πριν και αποτελούν τη "ρίζα" του προβλήματος. Επομένως αυτό που φαίνεται είναι απλά η φαινομενική εκδήλωση της πραγματικής κρίσης η οποία υπέβασκε. Χαρακτηριστικό παράδειγμα στο χώρο της οικονομίας είναι το "σκάσιμο μιας φούσκας" το οποίο στην πραγματικότητα οφείλεται σε μια προϋπάρχουσα κατάσταση, την παράλογη άνοδο των τιμών, που κάποια στιγμή αναπόφευκτα και ξαφνικά προσαρμόζεται στην πραγματική οικονομική κατάσταση (Κότιος και Παυλίδης, 2012).

Η ύφεση είναι μία κατάσταση κατά την οποία παρατηρείται πτώση ή στασιμότητα στην οικονομική ανάπτυξη. Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τον ορισμό του όρου "ύφεση" μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Δ.Ν.Τ.) περιγράφει την παγκόσμια ύφεση ως μείωση του πραγματικού κατά κεφαλήν Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π.), που υποστηρίζεται από άλλους μακροοικονομικούς δείκτες όπως το εμπόριο, η ανεργία, η βιομηχανική παραγωγή για δύο διαδοχικά τρίμηνα (History.com Editors,2017).

Η παγκόσμια οικονομική ιστορία χαρακτηρίζεται από διαδοχικές περιόδους ευημερίας, στασιμότητας και κρίσης. Το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης είναι συχνό και προκαλεί αναταραχή στην οικονομία και στις υφιστάμενες ισορροπίες

Αξίζει να σημειωθεί ότι μια οικονομική κρίση μπορεί να επεκταθεί πολύ γρήγορα διεθνώς ανεξάρτητα την προέλευσή της. Όμως κατά κανόνα η επίδραση της είναι πιο ισχυρή και η μετάδοση της πιο γρήγορη όταν η οικονομία στην οποία γεννήθηκε η κρίση είναι ισχυρή. Επίσης λόγω της παγκοσμιοποίησης της αγοράς παρατηρείται αύξηση τόσο της ταχύτητας όσο και των μέσων μετάδοσης μιας κρίσης σε διεθνές επίπεδο. Μια οικονομία που βασίζεται στο διεθνές σύστημα συναλλαγών μπορεί να έχει μεγάλα οφέλη σε περιόδους ευημερίας, σε περιόδους όμως κρίσης κινδυνεύει πολύ περισσότερο (Κότιος και Παυλίδης, 2012).

Σύμφωνα με την θεωρία των οικονομικών διακυμάνσεων, όλα τα οικονομικά μεγέθη όπως το εισόδημα, η απασχόληση, η ανεργία κ.α. μεταβάλλονται και δεν παραμένουν ποτέ στάσιμα. Οι μεταβολές αυτές ονομάζονται οικονομικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι και ακολουθούν μία κυκλικότητα. Παρ' όλα αυτά διαφέρουν ως προς την ένταση και την διάρκεια.

Στη διάρκεια ενός οικονομικού κύκλου υπάρχουν οι εξής φάσεις:

- **Η φάση της ανόδου ή άνθισης.** Κατά την φάση αυτή παρατηρείται αύξηση της παραγωγής, του εισοδήματος και της απασχόλησης. Κατά συνέπεια ακολουθεί αύξηση των κερδών και δημιουργία κατάλληλου κλίματος για επενδύσεις.
- **Η φάση της κρίσης.** Είναι η φάση κατά την οποία η οικονομία βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της ανοδικής πορείας. Στη συνέχεια επέρχεται η κρίση και εισέρχεται στη φάση καθόδου.
- **Η φάση της καθόδου.** Στη φάση αυτή παρατηρείται μείωση του εισοδήματος, της απασχόλησης, της κατανάλωσης και της παραγωγής. Άλλες φορές η φάση της καθόδου τελειώνει γρήγορα και ανώδυνα και άλλες φορές οδηγεί σε παρατεταμένη ύφεση.
- **Η φάση της ύφεσης.** Χαρακτηρίζεται από έλλειψη επενδύσεων, εκτεταμένη ανεργία, χαμηλό εισόδημα και παραγωγή. Τα κέρδη των επιχειρήσεων είναι χαμηλά λόγω των σταθερών ή χαμηλών τιμών. Η φάση της ύφεσης κάποια στιγμή τελειώνει και ξαναρχίζει η φάση της ανόδου.

Υπάρχουν θεωρίες που αιτιολογούν το φαινόμενο των οικονομικών διακυμάνσεων σε εξωτερικά γεγονότα όπως πόλεμοι, επιδημίες και πολιτικά συμβάντα. Ενώ άλλες θεωρίες το

αποδίδουν στο ίδιο το οικονομικό σύστημα . Συγκεκριμένα θεωρούν ότι το φαινόμενο των οικονομικών κύκλων οφείλεται στην κακή διαχείριση της προσφοράς χρήματος από τις νομισματικές αρχές (Σχιστού και συν., 2019).

3.3. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Μετά το μεγάλο Κραχ του 1929, η παγκόσμια οικονομία βίωσε την μεγαλύτερη οικονομική κρίση, που ξεκίνησε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, έτσι και η οικονομική κρίση στον 21 αιώνα ξεκίνησε πάλι από τις Η.Π.Α.

Το 2007 στις Η.Π.Α. ξέσπασε κρίση στην αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής πιστοληπτικής αξίας. Συγκεκριμένα χορηγήθηκαν δάνεια σε δανειολήπτες με χαμηλό εισόδημα ή χωρίς περιουσιακά στοιχεία, ακόμα και σε άνεργους (Κολλίντζας και Ψαλιδόπουλος, 2009). Η πτώση ήταν αναμενόμενη, καθώς οι αγορές των ακινήτων ακολουθούν κυκλική πορεία. Όταν τα επιτόκια άρχισαν να αυξάνονται πολλοί αδυνατούσαν να καλύψουν τις δόσεις των δανείων με αποτέλεσμα να αυξηθούν οι πλειστηριασμοί, οι κατασχέσεις και να "πέσουν" οι τιμές των ακινήτων (Βούλγαρης και Τριανταφυλλόπουλος, 2009, Stiglitz, 2010, Verick and Islam, 2010).

Η κρίση των στεγαστικών δανείων γενικεύτηκε σε όλες τις αγορές μέσω των "Δομημένων Χρεωστικών Ομολόγων"(Collateralized debt obligation, CDO's). Ομόλογα που δημιουργήθηκαν από τα δάνεια χαμηλής πιστοληπτικής αξίας, από την πώληση των οποίων οι τράπεζες εξασφάλιζαν ρευστότητα, που την χρησιμοποιούσαν για την χορήγηση νέων δανείων και ταυτόχρονα μετέθεταν τον κίνδυνο που ενείχαν τα δάνεια στον αγοραστή των ομολόγων. Παράλληλα οι τράπεζες για να αντισταθμίσουν το ρίσκο που έπαιρναν δημιούργησαν παράγωγα χρηματοοικονομικά προϊόντα (Credit default swaps, CDS), με αποτέλεσμα η μία τράπεζα να μεταθέτει τον κίνδυνο στην άλλη, χωρίς εποπτεία και με μηδαμινή διαφάνεια. Πρόκειται για ασφαλιστικά συμβόλαια κατά τα οποία ο κάτοχος του θα κέρδιζε χρήματα αν κάποιος τρίτος αδυνατούσε να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του. Τα προβλήματα φερεγγυότητας των προϊόντων αυτών φάνηκε όταν άρχισε η αντίστροφη τάση στις τιμές των ακινήτων. Τα κέρδη του χρηματοπιστωτικού και κατασκευαστικού τομέα από τις παράνομες προμήθειες, η εμπορική εκμετάλλευση του πιστωτικού κίνδυνου και η απληστία των ανθρώπων οδήγησαν στην μεγάλη οικονομική κρίση (Βαρουφάκης και Μισσός, 2012).

Το παγκόσμιο τραπεζικό σύστημα κατέληξε σε κρίση ρευστότητας γιατί η κεφαλαιακή του βάση δηλαδή τα ακίνητα είχαν χάσει ένα μεγάλο μέρος της αξίας τους και πλέον δεν

ήταν εφικτή η παραγωγή χρήματος στην αγορά. Ακολούθησε η κατάρρευση του εμπορίου, η μείωση του Α.Ε.Π. και της απασχόληση παγκοσμίως ενώ η ανεργία εκτοξεύθηκε στα ύψη (Verick and Islam, 2010).

Παράλληλα η διεθνοποίηση των οικονομιών είχε σαν αποτέλεσμα να επηρεαστούν όλες οι οικονομίες ασχέτως της οικονομικής πολιτικής που ακολουθούσαν. Η επέκταση της χρηματοοικονομικής κρίσης των Η.Π.Α. στην πραγματική οικονομία έγινε μέσω της υπομόχλευσης του χρηματοπιστωτικού συστήματος. Οι τράπεζες για να τονώσουν την κεφαλαιακή βάση τους μείωσαν το ενεργητικό τους δηλαδή περιόρισαν τα ποσά που δάνειζαν σε επιχειρήσεις και νοικοκυριά θέτοντας αυστηρότερα κριτήρια δανεισμού. Αυτό ανάγκασε τις επιχειρήσεις και τα νοικοκυριά να μειώσουν τις δραστηριότητες τους, όπως να μειώσουν την παραγωγή και το εργατικό προσωπικό τους. Για τους παραπάνω λόγους το εισόδημα τους μειώθηκε και δεν είχαν την δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις δανειοληπτικές τους υποχρεώσεις (Καραμούζης και Χαρδούβελης, 2011).

Πολλές επενδυτικές τράπεζες για να διασωθούν εξαγοράστηκαν από μεγαλύτερες και άλλες κρατικοποιήθηκαν. Η κρίση κηρύχθηκε το 2008 με την πτώχευση της επενδυτικής τράπεζας Lehman Brothers και την χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης από την ομοσπονδιακή τράπεζα F.E.D. (Federal Reserve Bank) στην ασφαλιστική εταιρεία AIG (American International Group) για να διασωθεί. Αυτό όμως δεν αφορούσε μόνο τις αμερικάνικες τράπεζες αλλά όλες τις τράπεζες που συμμετείχαν στην αγορά των ομολόγων. Έτσι ήταν θέμα χρόνου να εξαπλωθεί η κρίση στην Ευρώπη (Κολλίντζας και Ψαλιδόπουλος, 2009).

Για να αποφευχθούν οι μαζικές αναλήψεις μετρητών, υιοθετήθηκαν από τις τράπεζες μέτρα όπως η εγγύηση των καταθέσεων, η εθνικοποίηση των τραπεζών με ταυτόχρονη ανάληψη των ζημιών τους, ενώ για την προστασία της επιχειρηματικότητας προέβησαν σε μείωση του φορολογικού βάρους των επιχειρήσεων και των νοικοκυριών. Παράλληλα η Ομοσπονδιακή τράπεζα της Αμερικής και η Ευρωπαϊκή Κεντρική τράπεζα (Ε.Κ.Τ.) για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση προέβησαν στην ιστορική πτώση των επιτοκίων και επέτρεψαν την παροχή βοήθειας από τις εθνικές κεντρικές τράπεζες με τη μορφή "ενέσεων ρευστότητας" προς τις τράπεζες.

Τα παραπάνω μέτρα αυτά δεν κατόρθωσαν να σταματήσουν την κατάρρευση πολλών χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί πανικός και το καλοκαίρι του 2008 οι παγκόσμιες χρηματιστηριακές αγορές βρέθηκαν λίγο πριν την κατάρρευση (Βούλγαρης και Τριανταφυλλόπουλος, 2009).

Για την αντιμετώπιση της κρίσης ήταν απαραίτητη η άσκηση διεθνούς συντονισμού. Τον ρόλο αυτό υιοθέτησε η ομάδα των χωρών των G-20 (Group of twenty). Η λήψη

σημαντικών αποφάσεων είχε σαν αποτέλεσμα να επανέλθει σε μεγάλο βαθμό η εμπιστοσύνη στις αγορές και να αντιμετωπιστεί η κρίση. Οι αποφάσεις αυτές αφορούσαν στον συντονισμό της οικονομικής πολιτικής, στην τόνωση του εμπορίου διεθνώς, στην ενίσχυση του ρόλου των ισχυρότερων οικονομικά και της παροχής αναπτυξιακής βοήθειας στις λιγότερο ισχυρές και την ενίσχυση του Δ.Ν.Τ. Μετά το 2010 η παγκόσμια οικονομία μπήκε σε φάση ανάκαμψης αλλά με χαμηλούς ρυθμούς ανάπτυξης (European Commission, 2009, Καραμούζης και Χαρδούβελης,2011).

Εν κατακλείδι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής έπρεπε να είχαν επιστήσει την προσοχή τους στους κινδύνους που ελλόχευαν από την διαδικασία χορήγησης ενυπόθηκων δανείων, την υπερβολική ρευστότητα και των παρακινδυνευμένων χρηματοοικονομικών καινοτομιών καθώς και την περίοδο ευημερίας στην αγορά των ακινήτων (Stiglitz, 2010).

3.4. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Ιστορική εξέλιξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.):

Η δημιουργία της Ε.Ε. ήταν ιδέα κάποιων οραματιστών όπως ο Ουίνστον Τσόρτσιλ, ο Ζαν Μονέ, η Μελίνα Μερκούρη κ.α. με σκοπό να σταματήσουν οι αιματηρές συγκρούσεις μεταξύ γειτονικών κρατών.

- **1951:** Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα ενώνει τα έξι ιδρυτικά μέλη της (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Λουξεμβούργο και Κάτω Χώρες) οικονομικά και πολιτικά.

- **1957:** Με την Συνθήκη της Ρώμης ιδρύεται η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (Ε.Ο.Κ.). Ακολουθεί μία περίοδος οικονομικής ανάπτυξης, καθώς τα κράτη μέλη της συμφωνούν από κοινού να ελέγχουν την παραγωγή τροφίμων, ώστε να υπάρχει αρκετή τροφή για όλους και να μην επιβάλουν δασμούς στις εμπορικές συναλλαγές που διενεργούν μεταξύ τους.

- **1973:** Τα κράτη μέλη γίνονται εννέα με την είσοδο της Δανίας, Ιρλανδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Η Ευρώπη οδηγείται σε ενεργειακή κρίση και οικονομικά προβλήματα λόγω του αραβοϊσραηλινού πολέμου.

- **1981:** Εντάσσονται στην Ε.Ε. η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία.

- **1986:** Υπογράφεται η Συνθήκη της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Πράξης με σκοπό την δημιουργία μιας ενιαίας αγοράς.

• **1992:** Ολοκληρώνεται και γίνεται πραγματικότητα η ενιαία αγορά με τις τέσσερις ελευθερίες (ελεύθερη ροή εμπορευμάτων, υπηρεσιών, προσώπων και κεφαλαίων).

• **1993:** Υπογράφεται η Συνθήκη του Μάαστριχτ και ιδρύεται η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Ευρωπαϊκό Σύστημα Κεντρικών Τραπεζών.

• **1995:** Εντάσσονται στην Ε.Ε. η Αυστρία, η Φιλανδία και η Σουηδία. Αποφασίζεται στη σύνοδο της Μαδρίτης το όνομα του ενιαίου νομίσματος του ευρώ.

• **1997:** Εγκρίνεται το Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης, κατά το οποίο τα κράτη μέλη δεσμεύονται για δημοσιονομική σταθερότητα και επιβάλλονται κυρώσεις στα κράτη με δημοσιονομικό έλλειμμα πάνω από το 3% του Α.Ε.Π.

• **1999:** Εντάσσονται στην Οικονομική και Νομική Ένωση (Ο.Ν.Ε.) έντεκα κράτη με κοινό νόμισμα το ευρώ.

• **2002:** Το ευρώ τίθεται σε κυκλοφορία.

• **2007-2014:** Εντάσσονται στην ζώνη του ευρώ η Σλοβενία, η Κύπρος, η Μάλτα, η Σλοβακία, η Εσθονία, η Λετονία και η Λιθουανία. Η παγκόσμια οικονομική κρίση πλήττει την Ευρώπη

• **2014:** Γίνονται εκλογές για το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (Ευρωπαϊκή ένωση, 2016, Fontaine, 2017, Τράπεζα της Ελλάδος, 2019).

Το χρονικό της κρίσης:

Η οικονομική κρίση στις Η.Π.Α. δεν άργησε να "χτυπήσει" και την πόρτα της Ευρώπης, παρόλο που κάποιοι θεωρούσαν ότι πρόκειται για μια παροδική κρίση που δεν θα άγγιζε τα κράτη της Ευρωζώνης.

Μια από τις βαθύτερες αιτίες της οικονομικής κρίσης ήταν η κατάρρευση του μηχανισμού ανακύκλωσης πλεονασμάτων, με τον οποίο οι Η.Π.Α. μεγάλωναν όλο και περισσότερο το έλλειμμα τους στον εμπορικό και κρατικό προϋπολογισμό απορροφώντας έτσι τα εμπορικά πλεονάσματα της Ασίας και της Ευρώπης. Κατά συνέπεια με το Κραχ το 2008 η Ευρώπη από τη μια αντιμετώπιζε την καταστροφή των τραπεζών της καθώς τα χρεομόλογα της Αμερικής μετατρέπονταν σε "στάχτη" και από την άλλη έχανε μια σημαντική αγορά των προϊόντων της (Watt, 2008, Βαρουφάκης και συν., 2011, Βαρουφάκης και Μισσός, 2012).

Η οικονομική βόμβα που εξεράγει στις Η.Π.Α. πυροδότησε μια σειρά αρνητικών αλυσιδωτών αντιδράσεων σε όλο τον κόσμο και δημιουργήθηκε ένας φαύλος κύκλος. Οι κύριοι μηχανισμοί μετάδοσης ήταν οι εξής:

- Με την κατάρρευση των καταναλωτικών αγορών των Η.Π.Α. η Ευρώπη έχασε μια σημαντική πηγή ζήτησης για τα προϊόντα που εξήγαγε στην αμερικάνικη αγορά.
- Η πώληση των " Δομημένων Χρεωστικών Ομολόγων" δεν περιορίστηκε μόνο στον τραπεζικό ορίζοντα των Η.Π.Α. με αποτέλεσμα η Ευρώπη να αντιμετωπίζει την κατάρρευση του τραπεζικού της συστήματος, το οποίο με την σειρά του έπληξε επιχειρήσεις και καταναλωτές.
- Επιδεινώθηκε η ανταγωνιστική αξία καθώς η πτώση των επιτοκίων στις Η.Π.Α. για την αντιμετώπιση της κρίσης οδήγησε σε περαιτέρω πτώση του δολαρίου έναντι του ευρώ.
- Αναδυόμενες οικονομίες όπως αυτή της Κίνας και της Ιαπωνίας επλήγησαν από την οικονομική κρίση (Watt, 2008).

Γρήγορα τα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Ευρωπαϊκής επιτροπής και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα ακολούθησαν τα βήματα της ομοσπονδιακής αμερικάνικης κυβέρνησης και έσπευσαν να προμηθεύσουν τις τράπεζες με μεγάλες ποσότητες δημοσίου χρήματος, ώστε να αντικαταστήσουν το ιδιωτικό. Όμως το ευρώ δεν έμοιαζε με το δολάριο, η Ευρώπη δεν διέθετε εσωτερικό μηχανισμό ανακύκλωσης πλεονασμάτων και δεν υπήρχε η σύμφωνη γνώμη των κυβερνήσεων των κρατών μελών της (Watt,2008,Βαρουφάκης και συν.,2011, Frieden and Walter,2017).

Οι ηγέτες της Ευρώπης μπροστά στον κίνδυνο κατάρρευσης των χρηματοπιστωτικών συναλλαγών και υπό τις πιέσεις του Δ.Ν.Τ. συμφώνησαν στην λύση του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (E.F.S.F.:European Financial Stability Facility), και τη δημιουργία παρόμοιων "χρεωστικών ομολόγων" όπως αυτών που δημιουργήθηκαν στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη κα προκάλεσαν το Κραχ του 2008.

Στη συνέχεια οι ευρωπαϊκές τράπεζες χρησιμοποίησαν ένα ποσοστό του δημόσιου χρήματος που είχαν λάβει για "στοιχήματα" στο ότι ο πιο αδύναμος κρίκος της αλυσίδας (για παράδειγμα η Ελλάδα) θα χρεοκοπούσε και δημιούργησαν τα CDs. Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκε καινούριο ιδιωτικό χρήμα αλλά σε βάρος της πραγματικής οικονομίας, γιατί χανόταν κεφάλαιο από τις επιχειρήσεις που ζητούσαν δάνεια για παραγωγικές επενδύσεις και από τα κράτη που προσπαθούσαν να χρηματοδοτήσουν το ολοένα αυξανόμενο χρέος τους (Βαρουφάκης και συν.,2011).

Το ευρώ έχασε σημαντικό μέρος από το κύρος του ως παγκόσμιο νόμισμα αλλά και η Ευρωπαϊκή Ένωση ως άρτιο οικονομικό και νομισματικό περιβάλλον. Πολλές πολυεθνικές εταιρείες προέβησαν σε μετακίνηση κεφαλαίων από τις Ευρωπαϊκές τράπεζες προς τις Βρετανικές και τις Αμερικάνικες με αποτέλεσμα την μείωση της ρευστότητας στα κράτη της Ευρωζώνης (Παπανικολάου,2013).

Η πρώτη τράπεζα που κρατικοποιήθηκε ήταν η επενδυτική τράπεζα της Μ. Βρετανίας Northern Rock. Ορισμένες χώρες της Ευρώπης αδυνατούσαν ή δυσκολευόταν να εξοφλήσουν το δημόσιο χρέος τους. Την περίοδο του 2009 πρώτα κατέρρευσε το χρηματοπιστωτικό σύστημα της Ισλανδίας και ακολούθησε της Ελλάδας, της Ιρλανδίας και της Πορτογαλίας και αργότερα της Ισπανίας και τέλος της Κύπρου.

Η αποσταθεροποίηση του τραπεζικού συστήματος οδηγεί σε δημοσιονομικό κόστος για τους εξής λόγους: α) για την κεφαλαιοποίηση των τραπεζών χρειάζονται κρατικά κεφάλαια, β) μειώνονται τα φορολογικά έσοδα από την πτώση της οικονομικής δραστηριότητας λόγω της τραπεζικής κρίσης και γ) η μείωση των τιμών των περιουσιακών στοιχείων επηρεάζει και άλλους τομείς της οικονομίας προκαλώντας μια χιονοστιβάδα αρνητικών επιπτώσεων στην οικονομία. Η βαθεία και παρατεταμένη ύφεση δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο μέτρων λιτότητας και ελλειμμάτων καθώς το αδύναμο τραπεζικό σύστημα επηρεάζει αρνητικά την ύφεση μειώνοντας την ρευστότητα στην πραγματική οικονομία (Μουρμούρας,2015).

Οι "ρίζες" της κρίσης είναι παγκόσμιες, ευρέως διαδεδομένες και εξαιρετικά περίπλοκες λόγω της παγκοσμιοποίησης και των διεθνών αγορών, όπως περίπλοκα είναι τα ευρέως διαδεδομένα χρηματοπιστωτικά συστήματα που ευθύνονται για την διάδοση της κρίσης (European Commission,2009). Ταυτόχρονα οι αιτίες της κρίσης είναι απλές και γνωστές από παλαιότερα γιατί θυμίζουν προηγούμενες τραπεζικές κρίσεις (Watt,2008).

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρχαν και εσωτερικοί παράγοντες που δημιούργησαν πρόσφορο έδαφος και συνέβαλλαν στην εκδήλωση της ύφεσης στην Ευρώπη. Ο μη καλά δομημένος μηχανισμός του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας , η κατασκευή ενός κοινού νομίσματος, χωρίς να γίνει σαφής ορισμός του τρόπου διαχείρισης του αλλά και η προβληματική αρχιτεκτονική της Ευρωζώνης

Σύμφωνα με την άποψη του Frieden και Walter (2017), τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντί να ενωθούν απέναντι στην κρίση, έχασαν τη συνοχή τους. Η μία πλευρά κατηγορούσε την άλλη τόσο για την κρίση όσο και για την αργή εμφάνιση της ανάκαμψης. Από τη μια πλευρά τα "κράτη πιστωτές" βρέθηκαν αντιμέτωπα με το ερώτημα για το ποιος θα πρέπει να φέρει το κύριο βάρος. Για παράδειγμα αν θα έπρεπε να αφήσουν το

χρηματοπιστωτικό τους σύστημα να απορροφήσει το κόστος της κρίσης ή να το μεταβιβάσουν στους φορολογούμενους με την παροχή δημόσιων κεφαλαίων στα "κράτη οφειλέτες" για την εξυπηρέτηση των χρεών τους. Από την άλλη πλευρά τα "κράτη οφειλέτες", επλήγησαν περισσότερο λόγω της εσωτερικής προσαρμογής και της εφαρμογής διορθωτικών ρυθμίσεων για να μοιραστεί το κόστος της κρίσης στις διάφορες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού.

3.5. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μέχρι το τέλος του 2008 η Ελλάδα αντιμετώπιζε τη χρηματοπιστωτική κρίση σαν μια μακρινή κατάσταση, καθώς οι ελληνικές τράπεζες δεν ήταν σε μεγάλο βαθμό εκτεθειμένες σε "τοξικά" πιστωτικά προϊόντα, ο ιδιωτικός δανεισμός ήταν πολύ πιο κάτω από το μέσο όρο της Ευρωζώνης και η εξωστρέφεια της οικονομίας σχετικά μικρή. Έως τότε όσον αφορά στην αξιοπιστία της θεωρούνταν σχεδόν ισάξια με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωζώνης (Μουρμούρας, 2015). Το 2008 η ανάπτυξη στην Ευρωζώνη ήταν 0,4% ενώ στην Ελλάδα 1,3% (Βαρουφάκης και Μισσός, 2012).

Η Ελλάδα μπορεί με την είσοδο της στην Ευρωζώνη να γνώρισε μια περίοδο ανάπτυξης με γρήγορους ρυθμούς όμως αυτή η ανάπτυξη βασιζόταν σε δανεικά. Οι παραπλανητικές αντιλήψεις για τη σταθερότητα του νομίσματος είχαν σαν αποτέλεσμα η Ελλάδα να έχει πρόσβαση σε μεγαλύτερα κεφάλαια και σε ευνοϊκότερους όρους δανεισμού. Οι συνεχείς δανεισμοί με τη σειρά τους είχαν σαν αποτέλεσμα τη διόγκωση του δημόσιου χρέους. Επομένως παρά το ότι διένυε μία περίοδο ανάπτυξης δεν κατάφερε να μειώσει το δημόσιο χρέος που συνέχισε να αυξάνεται και δεν κατάφερε να επιτευχθεί μείωση κάτω από το 3% του Α.Ε.Π. Η διεθνής κρίση λοιπόν πυροδότησε την βόμβα του δημοσιονομικού ελλείμματος (Matsaganis, 2011, Βαρουφάκης και συν., 2011, Ρομπότη και Φερώνας, 2012).

Η αποκάλυψη του προβλήματος έγινε με τις εκλογές του 2009 και την ενημέρωση του ECOFIN (Economic and Financial Affairs Council) απ' τον υπουργό των οικονομικών ότι το έλλειμμα της Ελλάδας θα ήταν περισσότερο από 6%. Επομένως κατά τη διάρκεια του 2009 έγινε αντιληπτό πόσο ανησυχητική ήταν η πορεία της ελληνικής οικονομίας λόγω της χαμηλής παραγωγικότητας, των στρεβλώσεων της αγοράς και του υπερβολικού δημόσιου ελλείμματος και μιας αναποτελεσματικής πολιτικής. Από τότε η Ελλάδα θεωρήθηκε ως η χώρα με την μικρότερη πιθανότητα για έλεγχο του χρέους της και η αξιοπιστία της κλονίστηκε (Καραμούζης και Χαρδούβελης, 2011, Μουρμούρας, 2015).

Το 2009 το εξωτερικό χρέος της Ελλάδας άγγιξε σε ποσοστό το 82,5% του Α.Ε.Π. και το μεγαλύτερο μέρος του ήταν ταυτόσημο με το εξωτερικό δημόσιο χρέος καθώς ο εξωτερικός δανεισμός δεν επιτυγχανόταν από τον ιδιωτικό τομέα αλλά από την κυβέρνηση. Μετά το 2000 η χώρα παράγαγε λιγότερα από αυτά που κατανάλωνε με αποτέλεσμα να αυξηθούν οι εξαγωγές. Επίσης κατάβαλλε μεγαλύτερους τόκους λόγω του αυξημένου εξωτερικού χρέους της (Βαρουφάκης και συν.,2012).

Άλλα αίτια που συνέβαλλαν στην εμφάνιση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα ήταν η έλλειψη και η ανεπάρκεια επιβολής του Σύμφωνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης (Σ.Σ.Α.) και η μη επιβολή ποινών από τους Ευρωπαϊκούς θεσμούς για την παραβίαση του ορίου του δημόσιου ελλείμματος (Ράπανος, 2013). Επίσης η Ελλάδα παρόλο που ήταν η πρώτη χώρα που ζήτησε βοήθεια από την Ευρωπαϊκή ένωση, οι θεσμοί άργησαν να ανταποκριθούν ως προς την λήψη μιας απόφασης με αποτέλεσμα να χειροτερέψουν τα δημόσια οικονομικά της χώρας (Pragidis et al, 2015).

Ένας άλλος μηχανισμός που οδήγησε στην επιδείνωση της ύφεσης ήταν η έλλειψη διαφάνειας στα οικονομικά του δημοσίου και η παραοικονομία, καθώς σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, στην Ελλάδα οι δαπάνες της δημόσιας διοίκησης ήταν πολύ μεγαλύτερες χωρίς όμως να είναι ανώτερες σε ποιότητα και σε ποσότητα. Ταυτόχρονα τα συστήματα συνταξιοδότησης και υγειονομικής περίθαλψης απαιτούσαν μεγάλες δαπάνες, υπήρχε μη αποτελεσματική δημόσια διοίκηση, φοροδιαφυγή και γενικά παράνομες οικονομικές δραστηριότητες (Βαγιάνος και συν.,2010). Στον δημόσιο τομέα το πρόβλημα εντοπίζεται κυρίως στην μη ορθή χρήση των χρημάτων που παρέχονταν για την επίτευξη των στόχων λειτουργίας του κρατικού τομέα οικονομίας (Αργείτης και συν.,2011).

Με την υπογραφή του πρώτου Μνημονίου τον Μάιο του 2010 ξεκίνησε προσπάθεια εφαρμογής διορθωτικών αλλαγών για την βελτίωση των δημοσίων ελλειμμάτων. Η ελληνική κυβέρνηση δεσμεύτηκε για τα επόμενα τρία χρόνια να προβεί σε δραματικές περικοπές των δαπανών και σε μεγάλες αυξήσεις των φόρων, ώστε μέχρι το 2014 να μειωθεί το δημόσιο έλλειμμα της χώρας κάτω από το 3% του Α.Ε.Π. (Matsaganis,2011,Μουρμούρας, 2015). Βασικός όρος των δανειστών της χώρας ήταν η πιστή εφαρμογή του Μνημονίου. Τα μέτρα αφορούσαν κυρίως: α) στη μεγάλη μείωση των δημοσιονομικών δαπανών και του συνολικού κρατικού τομέα της οικονομίας, β) στην αύξηση των έμμεσων φόρων, γ) στην απορρύθμιση της αγοράς εργασίας και δ) στην ενίσχυση του ανταγωνισμού στις αγορές των υπηρεσιών και των προϊόντων (Αργείτης και συν.,2011).

Παρόλα αυτά, το πακέτο διάσωσης οδήγησε από τη μια πλευρά σε αντιδράσεις στο εσωτερικό της χώρας και από την άλλη δεν κατάφερε να καθησυχάσει τις αγορές σε διεθνές

επίπεδο. Η Ευρωζώνη είχε μπει στο επίκεντρο μελέτης πολλών αναλυτών, οι οποίοι έβλεπαν ξεκάθαρα ότι η Ευρωζώνη δεν είχε γερά θεμέλια και ήταν απαραίτητη η δημιουργία μιας νέας αρχιτεκτονικής (Χαρδούβελης,2011).

Εν κατακλείδι η προσπάθεια αυτή οδήγησε σε συνεχή μείωση του Α.Ε.Π. και σε αλυσιδωτές αντιδράσεις μεταξύ βασικών μεγεθών της ελληνικής οικονομίας όπως οι επενδύσεις, η ανεργία, το χρέος και η ρευστότητα (Μουρμούρας, 2015). Το 2011 ψηφίστηκε από την Βουλή των Ελλήνων το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής, το οποίο έθετε το δημοσιονομικό πλαίσιο της χώρας και περιείχε μια σειρά νέων μέτρων όπως: επιπλέον μείωση των μισθών στο δημόσιο τομέα, περαιτέρω ελάττωση των δαπανών, ενοποιήσεις, καταργήσεις ή συγχωνεύσεις οργανισμών και εκτεταμένη αποκρατικοποίηση φορέων του δημοσίου, μείωση των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα και αύξηση του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας (Φ.Π.Α.). Δυστυχώς με την επιβολή των μέτρων αυτών δημιουργήθηκε ένας φαύλος κύκλος στο δημόσιο σύστημα της ελληνικής οικονομίας, που δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα αλλά αντιθέτως την περαιτέρω επιδείνωση της ύφεσης (Αργεΐτης και συν.,2011).

Στη συνέχεια το 2012 ακολούθησε το δεύτερο Μνημόνιο κατά το οποίο η ελληνική οικονομία υποβλήθηκε σε έναν δεύτερο κύκλο δημοσιονομικής λιτότητας (Μουρμούρας,2015).

Σύμφωνα με την άποψη του Μουρμούρα (2015) για την επανάκτηση της φερεγγυότητας μιας χώρας φαίνεται πως η μοναδική λύση είναι η επιβολή υπερβολικής δημοσιονομικής προσαρμογής. Οι προσδοκίες για μια επιτυχημένη προσαρμογή επηρεάζονται θετικά από την εφαρμογή μόνιμων μέτρων λιτότητας και αυξάνουν την αξιοπιστία της δημοσιονομικής προσαρμογής. Όταν όμως η χώρα αυτή δεν πετύχει τους στόχους που έχουν τεθεί χάνει ακόμη περισσότερο την αξιοπιστία της, με αποτέλεσμα το κόστος προσαρμογής να είναι πολύ μεγάλο για την οικονομία, τόσο σε ένταση όσο και σε διάρκεια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η εκδήλωση της ελληνικής οικονομικής ύφεσης να μην οφείλεται στην διεθνή οικονομική κρίση και στην μη ισορροπημένη ελληνική οικονομία και πολιτική, όμως έβγαλε στο προσκήνιο τα ελαττώματα του τρόπου λειτουργίας της Ευρωζώνης και τις αρχιτεκτονικές αδυναμίες στη δομή της (Χαρδούβελης,2011).

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα θεωρείται παγκοσμίως από τις πιο επίμονες λόγω της διάρκειας της αλλά και των συνεπειών της. Η ελληνική κοινωνία επηρεάστηκε τόσο σε συλλογικό όσο και σε ατομικό επίπεδο. Δεν πρόκειται για μια κρίση μόνο οικονομική αλλά για μια κρίση ιδεολογίας, αξιών, πολιτιστική και πολιτισμική.

Η οικονομική κρίση βιώνεται από την πλειοψηφία των Ελλήνων με τρόπο επώδυνο μέσα από μια μεγάλη γκάμα αρνητικών επιπτώσεων. Μετά το 2009 παρατηρείται μείωση του βιοτικού επιπέδου, οικονομική αβεβαιότητα και ψυχολογική ανασφάλεια, λόγω της ανεργίας και της αδυναμίας των νοικοκυριών να ανταπεξέλθουν. Ταυτόχρονα το κοινωνικό κράτος πλήττεται από την αύξηση του ευάλωτου πληθυσμού, των αναγκών και την ελάττωση των εσόδων.

Από τα δίκτυα της οικονομικής κρίσης δεν θα μπορούσε να ξεφύγει το ελληνικό σύστημα υγείας και η υγεία των πολιτών. Το σύστημα υγείας βρίσκεται σε μειωμένη χρηματοδότηση από δημόσιους πόρους και οι πολίτες δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν σε κάλυψη των αναγκών τους σε υπηρεσίες υγείας με ίδιες δαπάνες εξαιτίας του χαμηλού εισοδήματος ή της ανεργίας. Κατά συνέπεια παρατηρείται δυσχερείς πρόσβαση στις υπηρεσίες και μείωση του επιπέδου υγείας των πολιτών (Σουλιώτης και συν.,2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική κρίση που έπληξε την ελληνική κοινωνία είναι πολύμορφη και πολυεπίπεδη. Οι επιπτώσεις της δεν απειλούν μόνο την οικονομική ευχέρεια των πολιτών αλλά και την ίδια τους τη ζωή. Έχουν αντίκτυπο στις προσωπικές και οικογενειακές σχέσεις, στην ψυχική ισορροπία του ανθρώπου, την κοινωνική συνοχή και την υγεία.

4.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (2017) η Ελλάδα κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό χειροτέρευσης, με τους βασικούς δείκτες συνθηκών (material condition) να είναι χειρότεροι το 2015 σε σύγκριση με το 2005.

Ο αντίκτυπος της κρίσης δεν είναι ίδιος στις διάφορες κοινωνικές ομάδες. Φαίνεται ότι αυτοί που βρίσκονταν σε υψηλά επίπεδα φτώχειας πριν την κρίση, στην περίοδο μετά την κρίση βρίσκονται σε πολύ χειρότερα επίπεδα (Mitrakos,2018).

Εισόδημα

Σε έρευνες που έγιναν παρατηρήθηκαν έντονες μεταβολές στο εισόδημα αλλά και στις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού. Συγκεκριμένα στην έρευνα του Ματσαγγάνη και των συνεργατών του (2018), αναφέρεται ότι το μέσο διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών μειώθηκε κατά 42% το χρονικό διάστημα 2009-2014 και το βιοτικό επίπεδο υπέστη τεράστια καθίζηση. Οι μεγάλοι χαμένοι της κρίσης φαίνεται πως είναι οι νέοι καθώς οι πολίτες ηλικίας 45-64 ετών έχασαν μικρότερο μέρος του εισοδήματός τους και οι πολίτες άνω των 65 ετών πολύ μικρότερο. Κατά την ανάλυση των εισοδημάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών, τα εισοδήματα των γυναικών μειώθηκαν από αυτά των ανδρών αλλά με μικρή διαφορά. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα η εισοδηματική ανισότητα, που ήδη κατείχε υψηλά ποσοστά, κατά την κρίση αυξήθηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα (Mitrakos,2018).

Φτώχεια

Έρευνα του Matsagani (2013) έδειξε ότι το ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που βρίσκεται στο όριο της φτώχειας έφτασε στο 38% το 2012 και ήταν μεγαλύτερο σε οικογένειες ανέργων και εργαζομένων με παιδιά, ενώ η Καπλάνογλου (2016) αναφέρει ότι η «απόλυτη» φτώχεια εκτοξεύθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης στο 45%.

Το ποσοστό των παιδιών που ανήκουν σε οικογένειες της μεσαίας τάξης από το 80% που ήταν το 2008 μειώθηκε στο 35% το 2013 (Καπλάνογλου,2016) και το ποσοστό των

παιδιών που ζουν σε συνθήκες φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό παρουσίασε σημαντική αύξηση (Paratheodorou and Papanastasiou, 2017). Σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδας παρατηρήθηκε αύξηση του καταγεγραμμένου αριθμού κακοποιημένων ή παραμελημένων παιδιών. Το 2011 καταγράφηκαν 81 περιπτώσεις ενώ το 2014 καταγράφηκαν 170 περιπτώσεις (Kolaitis and Giannakopoulos, 2015).

Ανάμεσα στις χώρες τις Ευρώπης που παρουσίασαν τα υψηλότερα ποσοστά στην παιδική φτώχεια είναι η Ελλάδα και η Ισπανία, ενώ η Φιλανδία τα τελευταία χρόνια παρουσίασε χαμηλότερα ποσοστά με φθίνουσα τάση (Rajmil et al.,2018).

Οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες έχουν αρνητική επίδραση στα παιδιά και η παρατεταμένη έκθεση των παιδιών στη φτώχεια μπορεί να επηρεάσει την γνωστική, σωματική και κοινωνική τους υγεία (Malamitsi-Puchner and Briana, 2019) και να ενισχύσει την αναπαραγωγή της φτώχειας μεταξύ των γενεών (Paratheodorou and Papanastasiou, 2017).

Ανεργία

Χαρακτηριστικό της ελληνικής κοινωνίας είναι η απότομη αύξηση της ανεργίας η οποία συνέχισε να αυξάνεται καθώς η οικονομική κρίση βάθαινε. Το ποσοστό ανεργίας τον Μάιο το 2013 ήταν 27,5% ενώ στην Ισπανία 26,3% και 17,2% στην Πορτογαλία (Matsaganis, 2013). Αν και το 2017 μειώθηκε σε 21,5% η Ελλάδα συνέχισε να διατηρεί την υψηλότερη θέση (Μαραγκάκη και συν.,2019) και να κατέχει σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση το μεγαλύτερο ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας (OFCE et al.,2014). Το 65,6% των ανέργων ήταν χωρίς εργασία για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 12 μήνες το πρώτο τρίμηνο του 2013 (Matsaganis, 2013).

Εργασία

Τα χαρακτηριστικά της ελληνικής αγοράς εργασίας κατά την κρίση είναι η μακροχρόνια ανεργία, οι ευέλικτες μορφές απασχόλησης και η αναγκαστική μερική απασχόληση. Επίσης σε σχέση με άλλες χώρες, ενώ η ανεργία αυξήθηκε οι ώρες εργασίας συνέχισαν να βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα γεγονός που υποδηλώνει εργασιακή «καταπόνηση» (Αναστασίου και συν.,2016).

Επιχειρήσεις

Η μείωση της ζήτησης αγαθών και υπηρεσιών λόγω πολιτικών λιτότητας είχε σαν αποτέλεσμα πολλές επιχειρήσεις να χρεοκοπήσουν, κάποιες να μεταφερθούν σε άλλες χώρες και αυτές που έμειναν για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν, να προβούν σε καθυστερημένες πληρωμές ή απολύσεις. Ενώ όσον αφορά στην ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας σε πολλές

περιπτώσεις βασίζεται στις αποταμιεύσεις της οικογένειας και στην διαγενεακή συμπαράσταση (Matsaganis, 2013).

Οικογένεια

Πολλές γυναίκες αναγκάστηκαν να παραμείνουν "νοικοκυρές" και πολλοί νέοι να παραμείνουν στο πατρικό τους σπίτι μέχρι ασυνήθιστα μεγάλη ηλικία γιατί δεν μπορούσαν να ανταπεξέλθουν οικονομικά για την δημιουργία του δικού τους "σπιτικού". Ένας μεγάλος αριθμός νοικοκυριών επηρεάστηκε τόσο πολύ από την κρίση που έφτασε σε σημείο να μην έχει πρόσβαση σε βασικά αγαθά και υπηρεσίες (Matsaganis, 2013, Mitrakos, 2018).

Ευρωπαϊκή Κοινωνική Ερευνα έδειξε ότι στην Ελλάδα το 2010 σε σύγκριση με το 2004 μειώθηκαν απότομα τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή καθώς και η ποιότητα ζωής (Matsaganis, 2013). Η οικονομική κρίση βλάπτει την αίσθηση της ασφάλειας εξαιτίας της αδυναμίας ικανοποίησης των αναγκών, την αίσθηση της ηρεμίας λόγω των συναισθηματικών προβλημάτων, την αίσθηση της σύνδεσης, δηλαδή ότι δεν είμαστε μόνοι και υπάρχουν άνθρωποι που μας υποστηρίζουν και της ελπίδας ότι δηλαδή όλα θα πάνε καλά.

Οι γονείς που δυσφορούν λόγω των οικονομικών δυσχερειών παρουσιάζουν συναισθηματικά προβλήματα και προβληματικές συμπεριφορές, που με την σειρά τους επηρεάζουν τις σχέσεις των μελών της οικογένειας. Τα παιδιά και οι έφηβοι κινδυνεύουν να βιώσουν την οικονομική κρίση σαν μια τραυματική εμπειρία με αρνητικές επιπτώσεις άμεσες και έμμεσες, λόγω της αδυναμίας τους να επεξεργαστούν την κρίση τόσο νοητικά όσο και συναισθηματικά. Οι αντιδράσεις τους ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία και χρειάζονται ψυχοκοινωνική υποστήριξη από γονείς και εκπαιδευτικούς για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν (Γαλανάκη, 2015).

Εκπαίδευση

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο στο κέντρο της οικονομικής ανάπτυξης βρίσκεται η εκπαίδευση και η επαγγελματική κατάρτιση καθώς η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι συμβάλουν θετικά στο εισόδημα, το βιοτικό επίπεδο των πολιτών, στην παραγωγικότητα και αποτελούν μέτρο καταπολέμησης της ανεργίας (Αναστασίου και συν., 2016). Το σχολικό περιβάλλον παίζει πολύ σημαντικό ρόλο μαζί με την οικογένεια για την επιτυχή εξέλιξη των παιδιών και την δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος χωρίς κοινωνικές διακρίσεις και ανισότητες (Masten and Gewirtz, 2006, Nores and Barnett, 2010, Giotaki and Lenakakis, 2016).

Από έρευνες που έχουν γίνει αποτυπώνεται η αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων λόγω του μεγάλου ποσοστού μαθητών που δεν μπορούν να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες, γεγονός που επηρεάζει την σχολική επίδοση, την πρόσβαση στην τριτοβάθμια

εκπαίδευση και γενικά τα μαθησιακά αποτελέσματα (Βεργίδης και συν.,2012, Gounias et al, 2012).

Ορισμένα παραδείγματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά οι εκπαιδευτικοί είναι οι περιπτώσεις παιδιών που δεν τρέφονται σωστά γιατί δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για πρόσβαση σε βασικά αγαθά και περιπτώσεις παιδιών που δεν μπορούν να προμηθευτούν απαραίτητα σχολικά υλικά και να συμμετάσχουν σε εκδηλώσεις των σχολείων όπως εκδρομές. Επίσης από την οικονομική κρίση έχει επηρεαστεί και η σχολική λειτουργία λόγω αδυναμίας κάλυψης λειτουργικών εξόδων, την έλλειψη προσωπικού και τεχνολογικού υλικού αλλά και υποστηρικτικών δομών διδασκαλίας (Γαλανάκη, 2015).

Σε μελέτη που έγινε στο πλαίσιο του προγράμματος TOCSIN (Teacher support Confronting Social Inequalities) αναδείχτηκαν μέσα από τα μάτια των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Σε αυτές περιλαμβάνονται η αδυναμία συμμετοχής σε μαθησιακές και εκπαιδευτικές δράσεις και η αδυναμία πρόσβασης σε αγαθά όπως φαγητό και ρουχισμό, χωρίς να μπορούν να διαφανούν τα αποτελέσματα αυτών των ελλείψεων στην κοινωνική ζωή των παιδιών μελλοντικά (Kakana et al, 2017).

Μετανάστευση

Τα τελευταία χρόνια η μετανάστευση έχει αυξηθεί λόγω της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας, δημιουργώντας μεταξύ άλλων και το φαινόμενο του "brain drain" δηλαδή της μετανάστευσης μεγάλου μέρους του μορφωμένου ανθρώπινου δυναμικού της χώρας. Υπολογίζεται ότι κατά το 2005-2015 έχουν μεταναστεύσει πάνω από 427.000 άτομα τα οποία στην πλειοψηφία ήταν εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό για την εκπαίδευση του οποίου το ελληνικό κράτος δαπάνησε περίπου 8 δις ευρώ. Τα άτομα αυτά έχουν συμβάλει στην παραγωγή πάνω από 50 δις ευρώ για το Α.Ε.Π. των χωρών υποδοχής καθώς και τα φορολογούμενα έσοδα ενώ θα μπορούσαν να είχαν συμβάλει στην παραγωγικότητα και στην ανάπτυξη της Ελλάδας (Κορρές και συν, 2016, Κοκκίνου και συν., 2019).

Πληθυσμός

Οι τάσεις που μορφοποιούν τον πληθυσμό μιας χώρας είναι ο αριθμός των γεννήσεων, το προσδόκιμο ζωής και οι μεταναστευτικές ροές. Το δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα είναι πολύπλοκο και διαχρονικό. Ο ελληνικός πληθυσμός γερνά, οι ηλικιωμένοι αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος του συνολικού πληθυσμού της χώρας, ο δείκτης γήρανσης καταγράφει παγκοσμίως υψηλότερες τιμές και για πολλές δεκαετίες ο δείκτης γονιμότητας παραμένει κάτω από το επίπεδο ανανέωσης των γενεών που είναι 2,1 παιδιά ανά γυναίκα. Ένας πληθυσμός που γηράσκει μπορεί να οδηγήσει σε μη βιώσιμες κοινωνικές δαπάνες,

δημιουργεί περαιτέρω οικονομικά προβλήματα και απαιτεί δομικές αλλαγές στις πολιτικές κοινωνικής πρόνοιας (Μπαλούρδος και συν., 2019).

Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση και τα προγράμματα δημοσιονομικής πολιτικής οδήγησαν σε περαιτέρω μείωση του ποσοστού των γεννήσεων, λόγω αδυναμίας των πολιτών να υποστούν την επιπρόσθετη οικονομική επιβάρυνση που συνεπάγεται η εγκυμοσύνη ο τοκετός και ο ερχομός ενός νέου μέλους στην οικογένεια (Farfaras et al., 2016). Η πληθυσμιακή πυραμίδα στην χώρα μας είναι ανάστροφη καθώς ο παιδικός πληθυσμός κάτω του έτους έχει συρρικνωθεί (Προϊκάκη και συν., 2017).

Όσον αφορά στην χωρική κατανομή του πληθυσμού της Ελλάδας η οικονομική κρίση οδήγησε σε αναδιανομή του πληθυσμού, ο οποίος αυξήθηκε σε περιοχές κοντά σε παράκτιες και τουριστικές περιοχές (Salvati, 2018).

Κοινωνικός αποκλεισμός

Κοινωνικά θεωρούνται μη αποδεκτά τα πολύ υψηλά επίπεδα κοινωνικού αποκλεισμού που εμφάνισε η Ελλάδα κατά τα έτη 2009-2014 (Botsari and Mitrakos, 2016).

Ο Μπαλούρδος (2011) σε άρθρο του αναφέρει ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός σε περιόδους οικονομικής ύφεσης μπορεί να είναι οικονομικός ή υλικός, καθώς σχετίζεται με την φτώχεια και την αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες και αγαθά, χρηματοπιστωτικός καθώς υπερχρεωμένα νοικοκυριά δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους όπως δάνεια, ενοίκια και λογαριασμούς. Σύμφωνα με το ίδιο άρθρο αυτοί που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κοινωνικό αποκλεισμό είναι οι άνεργοι, οι εργαζόμενοι που έχουν υποστεί περικοπές στο μισθό ή εργάζονται σε άτυπες και επισφαλείς εργασίες, τα παιδιά, οι μονογονεϊκές οικογένειες, τα νοικοκυριά με ένα ή δύο παιδιά, οι μετανάστες και ειδικά αυτοί που μετανάστευσαν με τις οικογένειες τους, οι νέοι και οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών που ζουν σε νοικοκυριά μόνοι τους χωρίς άλλο μέλος.

Στην Ελλάδα κατά το 2012 το 35,7% του πληθυσμού της βρισκόταν σε κοινωνικό αποκλεισμό και φτώχεια με τον δείκτη ακραίας υλικής στέρησης, της επισιτιστικής ανασφάλειας και του υποσιτισμού να παρουσιάζει ιδιαίτερα ανησυχητική αύξηση (Κατσίκας και συν., 2014).

Παραβατικές συμπεριφορές

Η οικονομική κρίση συμβάλλει στην εμφάνιση παραβατικών ενεργειών όπως κλοπές, φοροδιαφυγή, βίαιες συμπεριφορές, ενδοοικογενειακή βία, αυτοκτονίες κ.α. Από την μία πλευρά αυτό μπορεί να οφείλεται σε διάφορους οικονομικούς παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση εγκληματικών συμπεριφορών όπως το χαμηλό εισόδημα, η ανεργία και το στρες που βιώνουν οι άνθρωποι υπό την πίεση σοβαρών οικονομικών προβλημάτων. Από την

άλλη μπορεί να οφείλεται στην αδυναμία επιβολής του νόμου και της τάξης από τα όργανα της πολιτείας λόγω περικοπών, μείωσης του προϋπολογισμού και του προσωπικού στα πλαίσια των μέτρων λιτότητας κατά την άσκηση δημοσιονομική πολιτικής (Malby et.al.,2012).

Γενικά κατά το 2011 στην Ελλάδα έχει παρατηρηθεί αύξηση των αυτοκτονιών και των κλοπών σε σύγκριση με το 2007 (Kentikelenis et.al.,2011,Christodoulou et al., 2017). Τα άτομα που είχαν μεγάλες πιθανότητες για αυτοκτονικές τάσεις είναι τα άτομα με σοβαρή κατάθλιψη, με χαμηλά επίπεδα διαπροσωπικής εμπιστοσύνης, με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας στο παρελθόν και άτομα υπό μεγάλη οικονομική πίεση. Σε παρόμοια μελέτη το 2013 αναφέρεται ότι μειώθηκαν οι αυτοκτονικές απόπειρες στην Ελλάδα σε προ κρίσης επίπεδα, γεγονός που δείχνει ότι οι αυτοκτονίες αντικατοπτρίζουν μία οξεία αντίδραση σε μια οικονομική κρίση (Economou et.al.,2016). Η αύξηση της εγκληματικότητας κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης και όχι κατά την εξέλιξη της, δεν συνηγορεί με τις θεωρητικές προβλέψεις ότι η συνεχής διαβίωση σε δύσκολες οικονομικές συνθήκες θα οδηγούσε σε υψηλότερους δείκτες εγκληματικότητας από αυτούς προ κρίσης. Αυτό συνάδει με το γεγονός ότι οι παράγοντες που συνέβαλλαν στην αύξηση της εγκληματικότητας στην αρχή της κρίσης στη συνέχεια επέδρασαν ανασταλτικά (Κωνσταντακόπουλος και συν.,2018)

Σε μελέτη στην οποία διερευνήθηκε η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην επιθετική συμπεριφορά των Ελλήνων εφήβων φάνηκε ότι η αδυναμία πρόσβασης σε βασικά αγαθά και ή επισιτιστική ανασφάλεια που είχαν βιώσει οι έφηβοι κατά την κρίση σχετίζεται με την εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών (Lazaratou et.a., 2017).

Κράτος πρόνοιας

Ο ορισμός του όρου αυτού δεν είναι εύκολο να οριοθετηθεί με σαφήνεια γιατί μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα και από ερευνητή σε ερευνητή. Όμως θα πρέπει να πληρεί τρία κριτήρια 1) την αναδιανεμητική λειτουργία που αφορά στην μεταφορά εισοδημάτων από τις εύπορες κοινωνικές τάξεις στις τάξεις που έχουν ανάγκη, 2) την αποταμιευτική λειτουργία που αφορά στην ασφάλιση των πολιτών προς τις κοινωνικές αντιξοότητες και 3) την κοινωνική επένδυση δηλαδή την ανάπτυξη κεφαλαίου τόσο κοινωνικού όσο και ανθρώπινου όπως δια βίου εκπαίδευση, φροντίδα μικρών παιδιών κ.α.

Οι προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και που οξύνθηκαν με την οικονομική κρίση, είναι η ανεργία, οι αλλαγές στην δομή της οικογένειας, η διεθνοποίηση της αγοράς, η γήρανση του πληθυσμού και η μετανάστευση. Η Ελλάδα για να προστατέψει το κράτος πρόνοιας, εκτός από τις παραπάνω προκλήσεις

καλείται να αντιμετωπίσει και παθογένειες του παρελθόντος (Νοικοκυράκης και Σαράφης, 2018).

Κατά την περίοδο της κρίσης η κοινωνική προστασία παρέχεται από τρεις θεσμούς: το κράτος, την αγορά και την οικογένεια, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Έτσι καθώς η κρίση συρρίκνωσε το κοινωνικό κράτος με την μείωση των δαπανών ενεργοποιήθηκε ο ρόλος της οικογένειας και της αγοράς μέσα από τις μη κυβερνητικές και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις.

Η καταγραφή της διαχρονικής εξέλιξης των συνολικών δαπανών κοινωνικής προστασίας και υγείας, κατέδειξε ότι η Ελλάδα μαζί με τις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου βρίσκονται στις τελευταίες θέσεις (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015).

Οι χώρες με υψηλές δαπάνες, σοσιαλδημοκρατικές ρυθμίσεις, χαμηλές εισοδηματικές ανισότητες, πολιτικές που προάγουν την ασφαλή εργασία, πρόσβαση στην εκπαίδευση και την στέγαση έχουν πληθυσμούς με καλύτερη υγεία (McCartney et al, 2018).

4.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Γενικά υπάρχουν διάφορα θεωρητικά μοντέλα για την περιγραφή και την ερμηνεία της επίδρασης της οικονομίας σε ένα σύστημα υγείας. Το 2014 έγινε παρουσίαση ενός μοντέλου που έδειξε ότι η οικονομική κρίση ασκεί επίδραση στη συνολική θνησιμότητα, στην θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα, στην ψυχική υγεία, στα καρδιαγγειακά και στην νοσηρότητα από λοιμώδη νοσήματα (Baumbach and Gulis, 2014).

Θεωρητικά η οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάσει την υγεία γιατί επηρεάζονται αρνητικά οι σχετικοί δείκτες της υγείας όπως η απασχόληση ή το εισόδημα και αυξάνονται ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι κοινωνικές ανισότητες. Τα μέτρα λιτότητας επηρεάζουν τον προϋπολογισμό με αποτέλεσμα να μειώνονται οι δαπάνες για την υγεία και να υποβαθμίζεται το σύστημα υγείας (Ruckert and Labonte, 2014).

Άλλες θεωρίες όπως η αντικυκλική και η προκυκλική προσέγγιση προβάλλουν, ως βασικό παράγοντα που επιδρά στην υγεία το άγχος, το οποίο επιδρά ως εξής:

- Σύμφωνα με την αντικυκλική προσέγγιση τα άτομα που δεν λαμβάνουν την αμοιβή που προσδοκούν νιώθουν ματαίωση και επιθετικότητα. Συμπεριφέρονται αντικοινωνικά (πχ. χρήση ουσιών), ενώ απ' την άλλη η προκυκλική θεωρία θεωρεί ότι ο μηχανισμός της επιθετικότητας και της ματαίωσης δρα προστατευτικά και τα άτομα αποφεύγουν τις βλαπτικές ουσίες λόγω ανασφάλειας στον εργασιακό τομέα.

- Σύμφωνα με την αντικυκλική προσέγγιση, η κρίση οδηγεί σε βιώματα στρεσογόνα που ασκούν αρνητική επιρροή στην υγεία ενώ αντίθετα με την προκυκλική προσέγγιση η ελάττωση του ρυθμού εργασίας λόγω οικονομικής ύφεσης οδηγεί σε μείωση των ασθενειών, λόγω άγχους και έχει γενικά θετική επίδραση,
- Σύμφωνα με την αντικυκλική προσέγγιση η οικονομική κρίση, διαμέσου του προϋπολογισμού, περιορίζει τους πόρους και στερεί ενέργεια και χρόνο απ' τους πολίτες και δημιουργεί δυσχερείς συνέπειες για την υγεία. Από την άλλη πλευρά με την προκυκλική προσέγγιση η απώλεια της εργασίας και του εισοδήματος θεωρείται ότι είτε απελευθερώνει πόρους, όπως χρόνο ή είτε ότι οι πολίτες δεν καταφεύγουν σε συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία.

Εν κατακλείδι υπάρχει ένα πλαίσιο αντιφατικών ερμηνειών που επιβεβαιώνουν τα διαφορετικά αποτελέσματα των ερευνητικών μελετών (Μπελετσιώτη και συν., 2018).

Η Ελλάδα συμμετέχει στο πρόγραμμα " Υγεία 2020", που αφορά την πολιτιστική υγεία έως το 2020 στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής πολιτικής για την υγεία που εγκρίθηκε από 53 μέλη της ευρωπαϊκής ένωσης και το Π.Ο.Υ.

Οι στόχοι που ενέκριναν είναι:

- Η μείωση της πρόωρης θνησιμότητας
- Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης
- Η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Πολύ σημαντικοί δείκτες προσδιορισμού των ανισοτήτων είναι η ανεργία, η παιδική θνησιμότητα ανά 1000 γεννήσεις, η αναλογία των παιδιών που δεν εντάσσονται στην επίσημη πρωτοβάθμια βασική εκπαίδευση, το προσδόκιμο επιβίωσης και οι εθνικές και περιφερειακές πολιτικές.
- Η ενίσχυση της ευημερίας του πληθυσμού, η οποία υποκειμενικά περιγράφεται από το ίδιο το άτομο ενώ αντικειμενικά από δείκτες όπως η ανεργία ή το ποσοστό παιδιών που δεν εντάσσονται στην πρωτοβάθμια βασική εκπαίδευση.
- Η μετακίνηση προς την καθολική κάλυψη της υγείας δηλαδή ισότιμη πρόσβαση σε απαραίτητες και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας. Μπορεί να περιγραφεί από τις συνολικές δαπάνες της υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. και από τις συνολικές ιδιωτικές δαπάνες στο σύνολο των δαπανών
- Η καθιέρωση εθνικών στόχων που τίθενται από τα κράτη.

Η Ελλάδα εμφανίζει δυσχέρεια να επιτύχει τους παραπάνω στόχους λόγω της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

4.4. ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα περισσότερα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν ήταν προετοιμασμένα να αντιμετωπίσουν την καινούρια οικονομική πραγματικότητα της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης και τα συστήματα υγείας αντιμετώπισαν κατακόρυφες μειώσεις στους προϋπολογισμούς τους. Η ελληνική πολιτεία για την αντιμετώπιση της κρίσης προχώρησε σε μέτρα λιτότητας που περιελάμβαναν την μείωση των δαπανών και σε διαρθρωτικές αλλαγές που αφορούσαν στο σύστημα υγείας.

Από τη μια μεριά τα μέτρα αυτά είχαν σαν αποτέλεσμα την μείωση των προϋπολογισμών στις μονάδες υγείας, περικοπές στους μισθούς των επαγγελματιών υγείας, αναστολή των προσλήψεων, αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης, αύξηση του ποσοστού των επαγγελματιών υγείας που συνταξιοδοτήθηκαν πρόωρα και την αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος για την χρήση των υπηρεσιών υγείας (Σουλιώτης και συν., 2018, Μαραγκάκη και συν., 2019). Το 2011 η αύξηση του κόστους για εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία αυξήθηκε από τα τρία στα πέντε ευρώ, επίσης από το 2014 και μετά προτάθηκε τέλος ασθενών για εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο στα 25 ευρώ, το οποίο αποσύρθηκε σε σύντομο διάστημα λόγω έντονων αντιδράσεων. Επιπλέον προτάθηκε και ισχύει τέλος ένα ευρώ επιπρόσθετα για κάθε συνταγή (Economou et al., 2015). Ταυτόχρονα η ανεργία και η μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών οδήγησαν σε αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας από δημόσιους φορείς (Σουλιώτης και συν., 2018).

Από την άλλη πλευρά έχουμε τα μέτρα που ήταν απαραίτητα πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση για την καλύτερη ποιότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Τα μέτρα αυτά είναι ο εξορθολογισμός των νοσοκομειακών προμηθειών, ο ηλεκτρονικός έλεγχος της συνταγογράφησης, η δωρεάν πρόσβαση των πολιτών στις δομές υγείας χωρίς περιορισμούς, η οργάνωση της Π.Φ.Υ. και η μελέτη των οικονομικών μεγεθών της υγείας (Καϊτελίδου, 2015). Όμως για το μέγιστο δυνατό όφελος απαιτούνται συνεχείς έλεγχοι και αναπροσαρμογές (Μπελετσιώτη και συν., 2018).

Η μείωση των δαπανών οδήγησε σε συγχώνευση δομών υγείας, περιορισμό ή διακοπή κάποιων παροχών όπως η εκτέλεση κάποιων προληπτικών εξετάσεων και η διακοπή προγραμμάτων ψυχικής υγείας μείωση της δύναμης σε κλίνες, έλλειψη υλικών και υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το κόστος για την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας έχει μεταφερθεί στην ιδιωτική συμμετοχή. Στην Ελλάδα οι συνολικές δημόσιες δαπάνες από 9,84% του Α.Ε.Π. έφτασαν το 8,65% του Α.Ε.Π. Ενώ οι συνολικές

ιδιωτικές δαπάνες από 29,7% στις συνολικές δαπάνες έφτασαν το 35,6% (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

Πολλές ευάλωτες κοινωνικές ομάδες δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο κόστος για την υγεία τους με ίδια πληρωμή και στρέφονται προς τον δημόσιο τομέα με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο νοσοκομείο και ιδιαίτερα σε υπηρεσίες που οι πολίτες έκαναν χρήση κυρίως ιδιωτικά όπως υπηρεσίες για οδοντιατρική και μαιευτική φροντίδα (Mossialos et al., 2005, Economou et al., 2015). Παρατηρήθηκε αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών κατά 20% στα δημόσια νοσοκομεία και 15% μείωση στον ιδιωτικό τομέα, κυρίως στις χειρουργικές επεμβάσεις και στα μαιευτήρια (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012). Επίσης, παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των εισαγωγών και του μέσου όρου νοσηλευθέντων στα δημόσια νοσοκομεία. Κατά το 2011 στα κέντρα υγείας εμφανίστηκε αύξηση προσέλευσης ασθενών κατά 22% (Νούλας, 2014). Το ποσοστό πληρότητας των κλινών στα νοσοκομεία από 64% που ήταν το 2009 αυξήθηκε σε 69% το 2011 (Economou et al., 2015) και οι λίστες αναμονής μεγάλωσαν (Kentikelenis et al., 2014).

Κάποιοι ασφαλισμένοι έχασαν την ασφαλιστική τους ικανότητα με αποτέλεσμα να μην κάνουν χρήση ορισμένων υπηρεσιών όπως οδοντιατρική φροντίδα, προγεννητικό έλεγχο και φροντίδα ψυχικής υγείας (Μπελετσιώτη και συν., 2018). Το 2009 σε σύγκριση με το 2007 εντοπίστηκε μια αύξηση των ατόμων που δεν πήγαν στον οδοντίατρο παρά το ότι αντιμετώπιζαν σοβαρό πρόβλημα (Νούλας, 2014).

Οι συγχωνεύσεις δομών υγείας και η υποχρηματοδότηση αυτών δημιουργεί δυσχέρεια τόσο για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας όσο κυρίως στην βιωσιμότητα του συστήματος υγείας (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012, Kentikelenis et al., 2014, Economou et al., 2015, Καϊτελίδου, 2015, Σουλιώτης και συν., 2018). Πολλές μη κυβερνητικές οργανώσεις που πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους κυρίως σε μετανάστες, μετά την κρίση παρέχουν υπηρεσίες σε φτωχούς, ανέργους ή ανασφάλιστους (Kentikelenis et al., 2014, Economou et al., 2015).

4.5. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι δείκτες υγείας επηρεάζονται από την οικονομική κατάσταση του πληθυσμού μιας χώρας και υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ επιπέδου υγείας και οικονομικής κατάστασης (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012).

Δείκτης εισροών και επάρκειας

Η μείωση των δαπανών για την υγεία συμπεριλάμβανε την μείωση των μισθών, το πάγωμα των προσλήψεων και τον περιορισμό της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Αποτέλεσμα

όλων αυτών ήταν η ανεπαρκής στελέχωση των μονάδων υγείας, η εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, η δυσκολία άσκησης του έργου τους και η φυγή τους σε άλλες χώρες (Μπελετσιώτη και συν., 2018).

Οι νοσηλευτές είναι λιγότεροι από τους γιατρούς. Συγκεκριμένα το 2010 αντιστοιχούν 6,1 γιατροί ανά 1000 κατοίκους ενώ ο μέσος όρος του Ο.Ο.Σ.Α. είναι 3,1 και το 2009 αντιστοιχούν 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους έναντι το 8,7 στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (Νούλας, 2014).

Δείκτης φαρμακευτικής δαπάνης

Τα μέτρα που πάρθηκαν στον τομέα της φαρμακευτικής δαπάνης στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης ήταν:

- Συμμετοχή ασφαλισμένων στο κόστος των φαρμάκων
- Εφαρμογή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
- Προώθηση γενόσημων φαρμάκων
- Αλλαγές στην προμήθεια των φαρμάκων όσο και των φαρμακευτικών εταιρειών, ελευθέρωση της αγοράς των φαρμακείων με μέτρα όπως ότι τα φαρμακεία μπορούν να ιδρύονται πιο κοντά το ένα στο άλλο, στο ίδιο φαρμακείο μπορούν να εργάζονται περισσότεροι του ενός φαρμακοποιοί, επέκταση του ωραρίου εργασίας και επιβολή εκπτώσεων (Economidou et al., 2015).

Οι απόψεις όσον αφορά στις επιπτώσεις των μέτρων αυτών είναι αντικρουόμενες. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι ήταν θετικές όπως η βελτίωση στην πρόσβαση για ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας. Άλλοι υποστηρίζουν ότι ήταν αρνητικές λόγω αύξησης της συμμετοχής των ασφαλισμένων όπως στο κόστος για αντιδιαβητικά φάρμακα και αδυναμία να ανταπεξέλθουν κάποιοι χρόνια πάσχοντες οικονομικά. Επίσης μειώθηκε η ρευστότητα στα φαρμακεία, η διαθεσιμότητα των φαρμακευτικών προϊόντων και ορισμένα φαρμακεία διέκοψαν την λειτουργία τους (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015, Μπελετσιώτη και συν., 2018).

Στην Ελλάδα το 2009 η φαρμακευτική δαπάνη εκτοξεύτηκε και για μια τριετία 2009-2011 βρισκόταν στην πρώτη θέση παρά την γενικότερη μείωση που σημειωνόταν στις δαπάνες υγείας. Άρχισε να μειώνεται μετά το 2010 (Χαλκιά και Βαρακλιώτη, 2015). Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αχαΐα έδειξε ότι το 70% των ερωτηθέντων δήλωσαν αδυναμία να ανταπεξέλθουν οικονομικά στην αγορά των φαρμάκων που τους ήταν απαραίτητα λόγω ανεπάρκειας εισοδήματος (Kentikelenis et al., 2011 και 2014).

Δείκτης εμβολιασμένων παιδιών

Κατά την περίοδο της κρίσης το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού εφαρμόστηκε για όλα τα παιδιά της Ελληνικής επικράτειας τόσο όσο και για των μεταναστών. Το κόστος για τα εμβόλια που εντάσσονται στο πρόγραμμα αυτό και ορίζονται ως "απαραίτητα", καλύπτεται από το κράτος. Όμως παρατηρήθηκε μείωση για τους εμβολιασμούς της γρίπης και τον ροταϊό, για τους οποίους οι γονείς συμμετέχουν στο 25% του κόστους εμβολιασμού. Επίσης παρατηρήθηκε μείωση στον εμβολιασμό για HPV (Human Papilloma Virus), παρόλο που χαρακτηρίζεται ως "απαραίτητος" πιθανόν λόγω της αναβολής των επισκέψεων για παιδιατρικό έλεγχο (Mammas et al.,2016,Georgakopoulou et al.,2017)

Δείκτης γεννητικότητας

Σε περίοδο οικονομικής ύφεσης ο αριθμός των γεννήσεων μειώνεται γιατί οι άνθρωποι δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν σε επιπλέον οικονομικά βάρη που συνεπάγεται μια εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού (Farfaras et al., 2016).

Εδώ και χρόνια ο αριθμός των γεννήσεων στην Ελλάδα παρουσίαζε σταθερή μείωση. Μόνο το 2008 παρουσίασε σημαντική αύξηση αλλά στην συνέχεια η πτώση που παρατηρήθηκε είναι ανησυχητική. Η πτώση αυτή χρονικά συμπίπτει με την οικονομική κρίση και ακολουθεί το μοτίβο του κατά κεφαλήν Α.Ε.Π. (Προϊκάκη και συν., 2017) καθώς η ανεργία αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της γονιμότητας (Simou et al.,2013).Την πενταετία 2005-2010 ο δείκτης γεννητικότητας έφθασε τις 10 γεννήσεις ανά 1000 κατοίκους (Νούλας, 2014).

Φαίνεται πως οι ομάδες που επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν οι νέες γυναίκες και οι μετανάστες, πιθανόν γιατί σε αυτές τις ομάδες υπάρχει αναλογικά μεγαλύτερη αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας (Vrachnis et al., 2014).

Μετά το 1955 ο χαμηλότερος αριθμός γεννήσεων στην Ελλάδα καταγράφηκε το 2012 (100.371 γεννήσεις), ενώ μεταξύ το 2008 και το 2012 οι γεννήσεις μειώθηκαν κατά 15,2% (Michas et al., 2014).

Κατά την περίοδο 2013-2016 ο αριθμός των γεννήσεων μειώθηκε και πάλι σημαντικά. Η Ελλάδα βρίσκεται στη φάση που οι ερευνητές ονομάζουν "παγίδα χαμηλής γονιμότητας" και κινδυνεύει να μην μπορέσει να ανέβει επίπεδο για μεγάλο χρονικό διάστημα (Μπαλούρδος και συν., 2019).

Εξίσου σημαντική είναι η στροφή των ελληνίδων να τεκνοποιήσουν για πρώτη φορά σε μεγάλη ηλικία πάνω από τα 32 έτη (Προϊκάκη και συν., 2017). Το 2016 το 36% των γεννήσεων αφορούσε γυναίκες ηλικίας 30-34 ετών και το 24% ηλικίας 35-39 ετών (Μπαλούρδος και συν., 2019).

Δείκτης ολικής γονιμότητας

Αφορά το μέσο όρο ζώντων νεογνών που θα γεννήσει μια γυναίκα και είναι πολύ χρήσιμος γιατί προσδιορίζει το επίπεδο αντικατάστασης των γενεών. Στην Ελλάδα το 2010 ήταν μόλις 1,51 ενώ στις ανεπτυγμένες χώρες 2,1 (Νούλας, 2014).

Δείκτης προσδόκιμου επιβίωσης

Το 2010 στην Ελλάδα το προσδόκιμο επιβίωσης άγγιζε το 80,7 χρόνια ενώ το 2013 τα 81,4 αλλά παρόλα αυτά είναι σε χαμηλότερα επίπεδα από αρκετές άλλες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (Νούλας, 2014, Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

Δείκτης θνησιμότητας

Ο δείκτης θνησιμότητας αυξήθηκε κατά την περίοδο της κρίσης. Παρατηρήθηκε ότι 1% αύξηση της ανεργίας οδηγεί σε αύξηση του δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18% (Economou et al. 2008).

Σύμφωνα με άρθρο των Μαλλιαρού και Σαράφη (2012) οι άνεργοι και οι οικογένειες τους κινδυνεύουν περισσότερο με πρόωρο θάνατο και ο κίνδυνος θανάτου είναι δύομισή φορές μεγαλύτερος στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα από ότι στα υψηλότερα.

Επιπλέον παρατηρήθηκε μια αύξηση των θανάτων από ανεπιθύμητες επιπλοκές μετά από ιατρική περίθαλψη και συγκεκριμένα σε παθήσεις του πεπτικού και σε επιπλοκές της κύησης και του τοκετού (Σουλιώτης και συν., 2018) καθώς και αύξηση των αυτοκτονιών κατά 45% την πενταετία 2007 έως 2011 (ιδιαίτερα στους άντρες σε ηλικία εργασίας) (Kondilis et al., 2013). Οι αυτοκτονίες παρουσιάζουν ανοδική πορεία κατά τα χρόνια της κρίσης σε όλες τις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης και σε αυτές που δεν βίωναν την κρίση όπως η Γερμανία. Το 2014 σε σύγκριση με το 2007 η Ελλάδα εμφάνισε αύξηση περίπου 69,2 % (Μαραγκάκη και συν., 2019). Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών σημειώθηκε το 2012 (Σουλιώτης και συν., 2018).

Ο στόχος του προγράμματος "Υγεία 2020" που αφορά στη μείωση των πρόωρων θανάτων δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας

Τα υψηλά ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας σχετίζονται με κακές οικονομικές συνθήκες (Zografaki et al, 2018) και με άλλους καθοριστικούς δείκτες όπως το κατά κεφαλήν ΑΕΠ ή ο σχετικός αριθμός γιατρών και νοσοκομειακών κλινών. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης μια μικρή μείωση στις κρατικές δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη της τάξης του 1% σχετίζεται με σημαντικές αυξήσεις της βρεφικής θνησιμότητας. Μετά το 2008 και έως το 2018 παρατηρήθηκαν σημαντικές αυξήσεις στις τάσεις τόσο της νεογνικής όσο και της περιγεννητικής θνησιμότητας (Siahianidou et al., 2019, Zilidis and Chadjichristodoulou, 2020). Η αύξηση των νεογνικών θανάτων υποδηλώνει έλλειψη έγκαιρης και

αποτελεσματικής φροντίδας κατά την εγκυμοσύνη ή κατά το πρώτο διάστημα ζωής του νεογνού (Μπογοσιάν, 2016).

Μελέτη της Zografaki και των συν.(2018) έδειξε αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας στα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης ενώ στην συνέχεια παρατηρήθηκε ήπια μείωση χωρίς όμως το ποσοστό να πέφτει στα επίπεδα πριν το 2008.

Ενδομήτριοι θάνατοι

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2011) οι ενδομήτριοι θάνατοι ή θάνατοι κατά τον τοκετό εξαρτώνται από την ποιότητα της μητρικής φροντίδας και προτείνει μια σειρά βασικών μέτρων.

Σε χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα ο αριθμός των ενδομήτριων θανάτων είναι μεγάλος (Lawn et al., 2016) και σε περίοδο οικονομικής ύφεσης διπλασιάζονται (Shiahanidou et al, 2020).

Σε μελέτη που έγινε στην Δανία διαπιστώθηκε ότι ένα μήνα μετά την αύξηση της ανεργίας παρατηρήθηκε αύξηση των αυτόματων αποβολών. Η οικονομική δυσχέρεια και το άγχος ενεργοποιούν διάφορους μηχανισμούς, που δεν μπορούν να ανιχνευτούν, με αρνητικές επιπτώσεις για την εγκυμοσύνη (Bruckner et al., 2016).

Δείκτης τροχαίων ατυχημάτων

Κατά την οικονομική κρίση οι άνθρωποι ακολουθούν πιο εναλλακτικά μέσα μεταφοράς γιατί είναι πιο οικονομικά (Economou et al., 2015). Η μείωση της χρήσης αυτοκινήτου οδηγεί σε μείωση των αυτοκινητιστικών ατυχημάτων (Μαλλιάρου και Σαράφης, 2012, Σουλιώτης και συν.,2018). Την διετία 2008-2010 παρατηρήθηκε μείωση κατά 23,5% των τραυματισμών και κατά 37% των θανάτων στον οδικό άξονα (Economou et al., 2015).

Δείκτης κινδύνου υγείας

Αν και την περίοδο της κρίσης το κάπνισμα εμφάνισε σταδιακή μείωση (Μαλλιάρου και Σαράφης, 2012, Σουλιώτης και συν.,2018), παρόλα αυτά η Ελλάδα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών ηλικίας από 15 χρονών και πάνω στην Ευρώπη (Καϊτελίδου, 2015, Ναούμ, 2018).

Όσον αφορά την ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται πως η ανεργία την επηρέασε (Μαλλιάρου και Σαράφης, 2012, Σουλιώτης και συν.,2018). Στην Ελλάδα το 2010 η ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ από άτομα άνω των 15 ετών άγγιζε τα 8,2 λίτρα ανά κάτοικο, ενώ το 2013 τα 7,6 λίτρα. Επομένως φαίνεται ότι ο στόχος του προγράμματος "Υγεία 2020" για ελάττωση της κατανάλωσης αλκοόλ κατά 10% μέχρι το 2025 να είναι επιτεύξιμος (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016). Μελέτη στις Η.Π.Α. έδειξε ότι τα ακραία οικονομικά προβλήματα μπορούν να αυξήσουν την κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια της

εγκυμοσύνης σε ποσοστά ανάλογα με την εθνικότητα και το επίπεδο εκπαίδευσης (Margerison - Zilko, 2014)

Τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας για τα ναρκωτικά όπως η διανομή συρίγγων και προφυλακτικών μειώθηκε στο πλαίσιο της δημοσιονομικής πολιτικής παρά την αύξηση του ποσοστού των χρηστών ηρωίνης κατά τα έτη 2009-2010 (Kentikelenis et al., 2014, Economou et al., 2015).

Δείκτης ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία επηρεάζεται αρνητικά από την οικονομική κρίση, την διακοπή προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας και την αλλαγή κοινωνικών κανόνων (Kentikelenis, 2017). Τα άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα κινδυνεύουν τρεις φορές περισσότερο να εμφανίσουν μια ψυχική διαταραχή (Σουλιώτης και συν.,2018). Κάποιες ψυχικές διαταραχές είναι απόρροια της ανεργίας της μερικής ή επισφαλούς εργασίας, της εισοδηματικής ανισότητας και της έλλειψης στέγης (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012).

Στην Ελλάδα μέσα σε μία τριετία η χρήση υπηρεσιών για ψυχική φροντίδα αυξήθηκε κατά 120% . Το 2014 το ποσοστό των ατόμων με άγχος αυξήθηκε κατά 24% και με κατάθλιψη κατά 10%. Επίσης το 28,7% των τηλεφωνημάτων που έλαβε η τηλεφωνική γραμμή "Βοήθεια για την κατάθλιψη " ήταν για ψυχικές διαταραχές λόγω οικονομικών δυσχερειών (Σουλιώτης και συν.,2018).

Η αύξηση των χρηστών για υπηρεσίες υγείας δεν ακολουθήθηκε από αύξηση των δαπανών. Αντιθέτως παρατηρήθηκε μείωση της χρηματοδότησης η οποία το διάστημα 2011-2012 άγγιξε το 55%. Επίσης μειώθηκε το προσωπικό και κάποιες δημόσιες μη κερδοσκοπικές δομές που παρείχαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας έπαυσαν την λειτουργία τους (Kentikelenis et al., 2014).

Σε ανασκοπική μελέτη για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης η κύρια διαταραχή ήταν η κατάθλιψη, η οποία εμφανίζει αυξητική πορεία καθώς οικονομικές συνθήκες χειροτερεύουν. Το απροσδόκητο εύρημα της μελέτης αυτής αποτελεί η επικράτηση της κατάθλιψης σε κατοίκους αγροτικών περιοχών και όχι των αστικών κέντρων (Οικονόμου και συν.,2018).

Το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για την υγεία της εγκυμονούσας και για το έμβρυο (Margerison-Zilko et al.,2017). Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Κάτω Χώρες έδειξε ότι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το ιστορικό αρνητικών γεγονότων ζωής, έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και οδηγούν σε προγεννητικό άγχος και κατάθλιψη. Επομένως οι παρεμβάσεις για άγχος και κατάθλιψη θα πρέπει να στοχεύουν σε γυναίκες άνεργες, με χαμηλό εισόδημα και επίπεδο

εκπαίδευσης που είχαν βιώσει πρόσφατα αρνητικές καταστάσεις όπως η ανεργία (Verbeek et al., 2019).

Δείκτης καρδιαγγειακών νοσημάτων

Οι επιδράσεις στα καρδιαγγειακά νοσήματα φαίνεται να είναι θετικές γιατί παρουσιάζεται μείωση κατά 4,7%, λόγω του υγιεινού τρόπου ζωής (μείωση του καπνίσματος, αύξηση της σωματικής άσκησης και της κατανάλωσης φρούτων) (Μπελετσιώτη και συν., 2018, Σουλιώτης και συν.,2018).

Σε μελέτη που διεξήχθη για την αξιολόγηση της επίδρασης του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στη δεκαετή επίπτωση καρδιαγγειακής νόσου, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης παρουσιάζεται αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ τους και τα άτομα που εμφανίζουν περισσότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο είναι αυτά με χαμηλό κοινωνικό επίπεδο (Κολιοφούτης και συν.,2019).

Σε άρθρο του Gika (2017) επισημαίνεται ότι η καρδιαγγειακή νόσος μπορεί να χειροτερέψει σε περιόδους οικονομικής κρίσης λόγω των αυξημένων επιπέδων άγχους εξαιτίας της οικονομικής δυσχέρειας, την μείωση του εισοδήματος και την ανεργία.

Δείκτης αναπνευστικών παθήσεων

Κατά την οικονομική κρίση οι παθήσεις του αναπνευστικού έχουν αυξηθεί λόγω της αιθαλομίχλης, της αδυναμίας πρόσβασης σε προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες και την αναστολή ορισμένων υπηρεσιών όπως των ιατρείων για την διακοπή καπνίσματος (Karamanolis, 2013, Μπελετσιώτη και συν., 2018).

Δείκτης κατανάλωσης υγιεινών τροφών

Οι απόψεις δίστανται καθώς ορισμένες υποστηρίζουν ότι κατά την οικονομική κρίση οι άνθρωποι καταφεύγουν σε φθινό ανθυγιεινό φαγητό και άλλες που υποστηρίζουν ότι καταφεύγουν σε υγιεινό σπιτικό φαγητό καθώς περιορίζουν το φαγητό από έξω (Πατελάρου και συν.,2011, Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012).

4.6. ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ

Η οικονομική κρίση έχει αρνητική επίδραση στην εγκυμοσύνη, με δυσμενείς επιπτώσεις που ποικίλουν τόσο για την μητέρα όσο και για το έμβρυο (Ensor et al., 2010).

Τεκνοποίηση

Σε μελέτη που έγινε σε δέκα Ευρωπαϊκές χώρες διερευνήθηκε η σχέση των διάφορων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και η ατομική οικονομική αβεβαιότητα πριν και μετά την κρίση, με την απόφαση για την απόκτηση του πρώτου παιδιού. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι

ειδικά για τους άνδρες η επίδραση είναι αρνητική και η πατρότητα δεν ενισχύεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ενώ για τις γυναίκες η σίγουρη εργασία αποτελεί προϋπόθεση για μητρότητα, χωρίς όμως η ανεργία να αποτελεί τροχοπέδη. Τέλος η οικονομική σταθερότητα και η ασφάλεια έπαιξε καθοριστικό ρόλο για την απόφαση τεκνοποίησης στις νεαρές ηλικίες σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους. (Fahlen and Olah, 2018).

Σε παρόμοιες μελέτες στην Ιταλία, ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης είναι αρνητικός τόσο στην απόφαση για την απόκτηση πρώτου παιδιού (Vignoli et al., 2019) όσο και στην απόφαση για την απόκτηση δεύτερου παιδιού (Fiori et al., 2018).

Στην Ελλάδα της κρίσης το ποσοστό των ζευγαριών που επιθυμούσε να αποκτήσει πρώτο παιδί μειώθηκε σημαντικά καθώς τα ζευγάρια που ευνοούνται ήταν αυτά που και τα δύο μέλη ήταν εργαζόμενοι, είχαν υψηλό εισόδημα ή υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης (Dantis and Rizzi, 2020). Εξίσου σημαντική είναι η στροφή των Ελληνίδων να τεκνοποιήσουν για πρώτη φορά σε μεγάλη ηλικία πάνω από τα 32 έτη (Προϊκιάκη και συν., 2017).

Σύμφωνα με τον Zambon και τους συνεργάτες του (2018) η αναβολή της τεκνοποίησης είναι πιο έντονη σε αστικές παρά σε αγροτικές περιοχές.

Ηλικία μητρότητας

Κατά την οικονομική κρίση το ποσοστό γονιμότητας σε μητέρες έως 39 ετών μειώθηκε, ενώ αυξήθηκε στις μεγαλύτερες ηλικίες άνω των 40 χρονών (Vrachnis et al., 2014). Κατά την περίοδο 2011-2014 η γονιμότητα σε ηλικίες άνω των 35 ετών αντιπροσώπευε το 26% των γεννήσεων, ενώ για την περίοδο 2004-2007 αντιπροσώπευε το 19% των γεννήσεων (Zografaki et al., 2018).

Σε μελέτη που έγινε στην Κορέα φάνηκε ότι θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε εγκυμονούσες γυναίκες ή γυναίκες που επιθυμούν εγκυμοσύνη άνω των 30 ετών ή που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα γιατί η αύξηση της ηλικίας μητρότητας έχει δυσμενείς επιπτώσεις στα αποτελέσματα των γεννήσεων (π.χ. πρόωρο τοκετό και γέννηση νεογνών με χαμηλό βάρος) (Sangmi and Dongsik, 2018). Άλλωστε σε χώρες με υψηλό εισόδημα η μητρότητα σε ηλικία άνω των 35 ετών έχει συσχετιστεί με αύξηση των περιγεννητικών θανάτων κατά 65% (Flenady et al, 2011)

Θεραπεία γονιμότητας

Η περίοδος της οικονομικής κρίσης αποτελεί τροχοπέδη για το ζευγάρι που χρήζει θεραπεία γονιμότητας διότι οδηγεί σε επαναπροσδιορισμό των αναγκών και αναβολή του οικογενειακού προγραμματισμού, προκαλώντας ενδεχομένως δυσχερείς καταστάσεις στο ζευγάρι από την λήψη θεραπείας σε μεγαλύτερες ηλικίες. Τα ζευγάρια που έχουν προβλήματα υπογονιμότητας χρόνια, παρουσιάζουν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα,

δυσφορία, άγχος και τείνουν να εγκαταλείπουν την θεραπεία μετά από μικρό αριθμό προσπαθειών εξωσωματικής γονιμοποίησης. Από το 2008 και έπειτα παρατηρήθηκε μια αξιοσημείωτη μείωση των ζευγαριών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία γονιμότητας ενώ αυξήθηκε και η μέση ηλικία των γυναικών που υποβλήθηκαν σε εξωσωματική γονιμοποίηση (Sfakianoudis et al, 2019).

Κύηση

Οι οικονομικές δυσκολίες μπορεί να προκαλέσουν στρες και κατάθλιψη στις έγκυες γυναίκες. Η έκθεση της εγκύου σε στρεσογόνες καταστάσεις επηρεάζει το έμβρυο γιατί υπερδραστηριοποιείται ο άξονας υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια, δηλαδή το βασικό νευροορμονικό σύστημα που ρυθμίζει τις αντιδράσεις του ανθρώπου σε στρεσογόνα ερεθίσματα (Μπογοσιάν, 2016).

Η φτώχεια και το χαμηλό εισόδημα μπορεί να οδηγήσουν σε υποσιτισμό της εγκύου και κατ' επέκταση του εμβρύου ή του νεογνού, προκαλώντας σοβαρά προβλήματα στην ψυχική, νοητική και σωματική του ανάπτυξη (Μπογοσιάν, 2016).Μελέτη που έγινε στην Καλιφόρνια υποδεικνύει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ οικονομικής κρίσης και γέννησης νεογνών χαμηλού βάρους ή πρόωρων (Finch et al., 2019).

Το οικονομικό στρες μπορεί να οδηγήσει στην υιοθέτηση ανθυγιεινών προτύπων συμπεριφοράς στη διατροφή, στην άσκηση, στον ύπνο, στην χρήση καπνού και αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών αλλά και στη μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Wilkinson and Marmot, 2003).

Προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα

Η προγεννητική φροντίδα αποτελεί μέρος της Π.Φ.Υ. και προάγει την υγεία της εγκυμοσύνης με πληροφορίες για τον οικογενειακό προγραμματισμό, τις διατροφικές συνήθειες, την σωματική άσκηση, το σωματικό βάρος, το στρες, το κάπνισμα, την χρήση ουσιών και την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου για την κύηση, εξασφαλίζοντας τις καλύτερες συνθήκες υγείας για το κύημα και την έγκυο (WHO,2016). Σε έρευνα κατά την οποία αξιολογήθηκε αν η χρήση της προγεννητικής φροντίδας σχετίζεται με την μητρική θνησιμότητα, διαπιστώθηκε ότι η ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα της μητέρας (Linard et al.,2018).

Κατά την οικονομική κρίση, η ανεργία ή η μη ασφάλιση ενός μεγάλου ποσοστού γυναικών είχε ως συνέπεια τη μη λήψη της απαραίτητης ή στοιχειώδους προγεννητικής φροντίδας (Vlachadis and Kornarou, 2013). Το 2011 συγκριτικά με το 2008, παρατηρήθηκε αύξηση των θνησιγενών βρεφών κατά 21% λόγω ανεπαρκής προγεννητικής φροντίδας (Μπογοσιάν, 2016).

Μητρική θνησιμότητα

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ως μητρικός θάνατος ορίζεται ο θάνατος μιας γυναίκας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ή 42 ημέρες μετά τον τερματισμό αυτή, ανεξάρτητα από την ηλικία κύησης, που προκλήθηκε λόγω αιτιών που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη ή κάποιας κατάστασης που επιδεινώθηκε από την εγκυμοσύνη ή την φροντίδα της εγκυμοσύνης και όχι λόγω ακούσιων ή τυχαίων αιτιών. Δείκτης μητρικής θνησιμότητας είναι ο λόγος των μητρικών θανάτων ανά 100.000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών για μια συγκεκριμένη περίοδο (WHO,2019).

Οι κυριότερες αιτίες της μητρικής θνησιμότητας είναι οι εξής: η υπέρτασική νόσος της κύησης, η αναισθησία, η μητρορραγία, η εξωμήτριος κύηση, η εμβολή αμνιακού υγρού, η σηψαιμία, η έκτρωση ή η αυτοκτονία. Στην Ελλάδα το 90% των μητρικών θανάτων αφορά αιμορραγία της μήτρας κατά την κύηση, τον τοκετό ή την λοχεία, θρομβοεμβολικά επεισόδια λόγω καρδιακών νοσημάτων, υπέρταση και ρήξη της μήτρας (Καραγιάννης, 2010).

Σε έρευνα που έγινε σε 24 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά το χρονικό διάστημα 1981-2010, διερευνήθηκε η σχέση της μείωσης της δημόσιας δαπάνης στην υγειονομική περίθαλψη με την μητρική θνησιμότητα και διαπιστώθηκε ότι σχετίζεται με αύξηση του ποσοστού της μητρικής θνησιμότητας. Τα 2/3 των μητρικών θανάτων ήταν αποτέλεσμα ανεπαρκούς φροντίδας (Maruthappu et al.,2015).

Πρόωρος τοκετός

Η προωρότητα επηρεάζεται από την ηλικία της μητέρας, την ηλικία τεκνοποίησης, τον αριθμό των προηγούμενων τοκετών ή το ιστορικό των ενδομήτριων ή νεογνικών θανάτων (Verropoulos and Tsimpos, 2013).

Στην Ελλάδα σε μια μελέτη που σύγκρινε την περίοδο πριν την κρίση και μετά διαπιστώθηκε αύξηση των πρόωρων γεννήσεων (Zografaki et al., 2018).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική από τον Margerison-Zilko και τους συνεργάτες του (2017), διαπιστώθηκε ότι η αύξηση 1% του ποσοστού ανεργίας κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης προκάλεσε αύξηση των πιθανοτήτων για πρόωρο τοκετό κατά 5%, ενώ κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης το ποσοστό ανεργίας αυξήθηκε κατά 2-8 εκατοστιαίες μονάδες και συνδέθηκε με 16% υψηλότερη πιθανότητα για πρόωρο τοκετό. Η επίδραση της ανεργίας στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης είχε ως αποτέλεσμα την μείωση της πιθανότητας πρόωρου τοκετού συνολικά κατά 3% και κατά την κρίση 6%. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε μελέτη του Noelke και των συνεργατών του (2019), που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική εξετάζοντας δεδομένα από το 1976 έως το 2016.

Νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης και νεογνά μικρά για την ηλικία κύησης

Το χαμηλό βάρος γέννησης και η προωρότητα αποτελούν ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες για την εμφάνιση προβλημάτων υγείας σε όλη την διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης αλλά και για θνητότητα κατά το πρώτο έτος ζωής (Margerison – Zilko et al., 2017).

Τα νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης έχουν άμεση συσχέτιση με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που επιδεινώνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, όπως το χαμηλό εισόδημα και την ανεργία. Στην Ελλάδα ο κίνδυνος για γέννηση νεογνού με χαμηλό βάρος αυξήθηκε κατά την οικονομική κρίση, ιδιαίτερα σε γυναίκες ελληνικής καταγωγής κάτω των 35 ετών. Η αύξηση αυτή μπορεί να οφείλεται στη μεγάλη ηλικία μητρότητας ή στην καταγωγή και συνδέεται άμεσα με την ανεργία η οποία επηρέασε πιο έντονα τις νεότερες ηλικίες. Γυναίκες μη ελληνικής καταγωγής εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά γεννήσεων νεογνών με χαμηλό βάρος και πρόωρων πιθανόν λόγω πιο υγιεινών συμπεριφορών διατροφής και χαμηλού ποσοστού δίδυμων κήσεων (Zografaki et al., 2018). Κατά την δεκαετία 2005-2014, το μέσο βάρος γέννησης μειώθηκε κατά 64,4 γραμμάρια, παρουσιάζοντας απότομες μειώσεις κυρίως κατά την τριετία 2012-2014 (Sdona et al, 2018).

Αύξηση του ποσοστού νεογνών χαμηλού βάρους γέννησης παρατηρήθηκε στην Πορτογαλία (Kana et al., 2017), στην Ισλανδία (Eiriksdottir et al., 2013) και στην Ισπανία (Varea et al., 2016). Τα μεγαλύτερα ποσοστά όμως κατείχαν η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία, στις οποίες εφαρμόστηκαν πολύ αυστηρά μέτρα λιτότητας. Ενώ στην Ισλανδία που η κυβέρνηση προσπάθησε να προστατέψει το μεσαίο και χαμηλό εισόδημα παρουσίασε τα χαμηλότερα ποσοστά αύξησης (Rajmil et al., 2018).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός των νεογνών που ήταν μικρά για την ηλικία κύησης (Small for Gestational Age, SGA) αυξήθηκε μετά την οικονομική κρίση, ενώ πριν (από αυτή) ακολουθούσε φθίνουσα πορεία. Μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισαν οι έγκυες από χαμηλές κοινωνικές τάξεις, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και χαμηλό εισόδημα. Η ανάπτυξη του εμβρύου μπορεί να επηρεαστεί όταν η μητέρα εκτίθεται σε φτωχά ψυχολογικά και συναισθηματικά περιβάλλοντα (Palencia et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ

5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη ζωή μιας γυναίκας η πιο σημαντική περίοδος είναι αυτή της εγκυμοσύνης. Βασική προϋπόθεση της εξασφάλισης ιδανικών συνθηκών για την ζωή της ίδιας, του κυήματος και του νεογνού μετέπειτα, είναι η παροχή κατάλληλης και εξειδικευμένης προγεννητικής φροντίδας χωρίς περιορισμούς και εξαιρέσεις. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση των επιπλοκών της κύησης λόγω ενδείξεων της μητέρας, του εμβρύου, του πλακούντα ή υποκείμενων νοσημάτων, μειώνει σημαντικά την περιγεννητική και μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα, το κόστος πιθανής νοσοκομειακής περίθαλψης κατά την εξέλιξη της κύησης, του τοκετού και της ζωής του νεογνού, όχι μόνο τα πρώτα χρόνια της ζωής του αλλά και σαν ενήλικας αργότερα.

Ο φυσιολογικός τοκετός μπορεί να ξεκινήσει μετά την 37^η εβδομάδα λόγω διάφορων αλληλεπιδράσεων μεταξύ της μητέρας και του εμβρύου. Τρία στάδια προσδιορίζουν τον τοκετό. Κατά το πρώτο στάδιο επιτελείται η διαστολή του τράχηλου της μήτρας με τις τακτικές επαναλαμβανόμενες συσπάσεις, ενώ στο δεύτερο πραγματοποιείται η γέννηση του εμβρύου. Το τρίτο στάδιο καθορίζεται από την έξοδο του πλακούντα. Επί ενδείξεων διενεργείται επεμβατικός τοκετός ή καισαρική τομή για να διασφαλιστεί η υγεία της μητέρας αλλά και του εμβρύου.

Η επίδραση του βάρους γέννησης ενός νεογνού και η ηλικία κύησης είναι πολύ σημαντική στην εμβρυϊκή και νεογνική θνησιμότητα, στην περιγεννητική νοσηρότητα, στην εμφάνιση διαταραχών συμπεριφοράς, σωματικών, αναπτυξιακών και γνωστικών, συμπεριλαμβανομένης την αύξηση του ιατρικού κόστους (Barfield, 2018).

Κάθε χρόνο περίπου 15 εκατομμύρια νεογνά γεννιούνται πρόωρα και αποτελούν την μεγαλύτερη ομάδα ασθενών της παιδικής ηλικίας στην Ευρώπη. Παγκοσμίως η κύρια αιτία θανάτου παιδιών κάτω των 5 ετών είναι η προωρότητα (WHO, 2012).

Στα νεογνά αυτά η πρόληψη και η θεραπεία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για τη βελτίωση του προγεννητικού αποτελέσματος των νεογνών αλλά και την υγεία τους μελλοντικά. Επίσης οι μητέρες που βιώνουν πρόωρο τοκετό διατρέχουν τον κίνδυνο διαταραχών της ψυχικής τους υγείας, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την προσκόλληση του νεογνού με την μητέρα τους αλλά και την ανάπτυξη των νεογνών (Anderson and Cacola, 2017).

Εξίσου σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα εμφανίζουν και τα νεογνά με καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης με σοβαρές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες

συνέπειες. Η συστηματική παρακολούθηση των νεογνών αυτών είναι ζωτικής σημασίας για να εξασφαλιστεί η πρόληψη και η έγκαιρη αντιμετώπιση διάφορων διαταραχών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

5.2. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η προγεννητική φροντίδα παρέχεται από επαγγελματίες υγείας ανάλογα με την πολιτική της εκάστοτε χώρας. Για παράδειγμα στην Ελλάδα, στο Βέλγιο και στη Γερμανία παρέχεται κατά κύριο λόγο από ιατρούς (μαιευτήρες), ενώ στη Δανία και στην Ολλανδία από μαιείς και οι μαιευτήρες αναλαμβάνουν τις κήσεις υψηλού κινδύνου. Στην Γαλλία και στην Αγγλία υπεύθυνοι για τις φυσιολογικές κήσεις είναι οι οικογενειακοί ιατροί και οι μαιείς, ενώ οι μαιευτήρες αναλαμβάνουν την παρακολούθηση μόνο κήσεων υψηλού κινδύνου (Ιατράκης,2015).

Η προγεννητική φροντίδα κατά την κύηση περιλαμβάνει συνήθως 7-10 μηνιαίες επισκέψεις εκτός από ορισμένες περιπτώσεις, που ο αριθμός αυτών μπορεί να αυξηθεί. Σε αυτές τις επισκέψεις ανιχνεύονται, καταγράφονται, αξιολογούνται και επιλύονται με κατάλληλες παρεμβάσεις προβλήματα υγείας και επιπλοκές, ώστε να προστατευθεί η υγεία των εγκύων και των νεογέννητων (Ιατράκης,2015, Barry and Cowman, 2016).

Στα περισσότερα μαιευτήρια δημόσια ή ιδιωτικά οργανώνονται μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής ανώδυνου τοκετού και θηλασμού κατά την διάρκεια των οποίων παρέχονται χρήσιμες συμβουλές για θέματα όπως η άσκηση, η διατροφή, το κάπνισμα, ο τοκετός, ο θηλασμός και η φροντίδα του νεογέννητου (Πετρίδου και συν. 2018).

5.2.1. Πρώτη επίσκεψη

Είναι πολύ σημαντικό να πραγματοποιείται στην αρχή της εγκυμοσύνης, ώστε η έγκυος να ενημερωθεί για θέματα διατροφής και τρόπου ζωής (όπως ταξίδια, σεξουαλικές επαφές ή σωματική άσκηση) (Barry and Cowman,2016).

Κατά την πρώτη επίσκεψη λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό (οικογενειακό, χειρουργικό, ατομικό, προηγούμενο ή τωρινό μαιευτικό ιστορικό). Η λήψη του ιστορικού γίνεται από άτομα, ικανά με άριστη κλινική και πρακτική εμπειρία και γνώσεις, με σεβασμό, εμπιστευτικότητα και διασφάλιση του απορρήτου. Όπου είναι απαραίτητο να υπάρχει μεταφραστής. Είναι υψίστης σημασίας να μην χαθούν ή παραλειφθούν σημαντικές πληροφορίες και να εντοπιστούν εκείνες οι γυναίκες που χρήζουν περαιτέρω βοήθειας όπως σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας ή προβλημάτων ψυχικής υγείας (Collins et al.,2013).

Ακολουθεί λεπτομερής εξέταση, υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος (B.M.I.:Body Mass Index), μέτρηση αρτηριακής πίεσης και εργαστηριακός έλεγχος (γενική εξέταση αίματος, ομάδα αίματος- Rh, έμμεσος coombs, ηλεκτροφόριση αιμοσφαιρίνης, δοκιμασία δρεπανώσεως, ουρία, σάκχαρο αίματος, έλεγχος λοιμώξεων, θυρεοειδούς, έλεγχος αιμοσφαιρινοπάθειων, ιολογικός έλεγχος , γενική εξέταση ούρων, καλλιέργεια ούρων και κοιλιακού υγρού)(Collins et al.,2013, Barry and Cowman, 2016, Πετρίδου και συν., 2018).

Απαραίτητος είναι και ο απεικονιστικός έλεγχος για την επιβεβαίωση της ενδομήτριας κύησης, τον έλεγχο της εμβρυικής καρδιακής λειτουργίας, τον προσδιορισμό του αριθμού των εμβρύων (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health UK, 2008),της ανάπτυξης του κυήματος και την ταυτοποίηση της κύησης με την ημερομηνία της τελευταία έμμηνου ρύσης (T.E.P.) ή την πιθανή ημερομηνία τοκετού (Π.Η.Τ.) (Collins et al.,2013).

5.2.2. Μηνιαίες επισκέψεις

Σε κάθε μηνιαία επίσκεψη πραγματοποιείται υπολογισμός του B.M.I., μέτρηση αρτηριακής πίεσης, γενική ούρων και επί ενδείξεων καλλιέργεια, ακρόαση παλμών του εμβρύου, εφαρμογή των χειρισμών του Leopold και απεικονιστικός έλεγχος για την παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου. Έγκυες που διανύουν το δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης θα πρέπει να εμβολιάζονται σε περιόδους έξαρσης της γρίπης (Ιατράκης, 2015).

5.2.3. Οδηγίες για την έγκυο-συμβουλευτική

Η εγκυμοσύνη είναι μια φυσιολογική κατάσταση κατά την οποία η έγκυος θα πρέπει να συνεχίσει την καθημερινότητα της με κάποιες πολύ μικρές αλλαγές αν αυτή δεν ενέχει κινδύνους.

- **Διατροφή**

Η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή είναι πολύ σημαντική κατά την εγκυμοσύνη γιατί σχετίζεται με την σωστή ανάπτυξη του εμβρύου και τη διατήρηση της καλής υγείας της μητέρας.

Καθημερινά η έγκυος έχει ανάγκη από 350 Kcal/ημερησίως επιπλέον και θα πρέπει να καταναλώνει τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες, ασβέστιο, υδατάνθρακες (πλούσιοι σε ενέργεια χωρίς πολλές θερμίδες) και σε βιταμίνες όπως τα φρούτα και τα λαχανικά. Οι τροφές που πρέπει να αποφεύγονται είναι αυτές που είναι πλούσιες σε λιπαρά, σάκχαρα και συντηρητικά,

μη παστεριωμένο γάλα, μαλακά τυριά και όχι καλοψημένα κρέατα για την αποφυγή μετάδοσης νοσημάτων και κατ' επέκταση δυσμενών περιγεννητικών αποτελεσμάτων.

Συστήνεται η λήψη φυλλικού οξέος, σιδήρου, ασβεστίου, μαγνησίου και βιταμινών. Παράλληλα διακοπή του καπνίσματος, της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και η κατανάλωση αλκοόλ, γιατί έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην έγκυο, τον πλακούντα, το έμβρυο και στη συνέχεια το νεογέννητο (Collins et al.,2013).

- **Γενικές οδηγίες**

Οι σεξουαλικές επαφές επιτρέπονται σε κυήσεις χαμηλού κινδύνου, θα πρέπει όμως να αποφεύγονται σε κυήσεις υψηλού κινδύνου (Blott, 2009).

Μία έγκυος γυναίκα μπορεί να συνεχίσει να εργάζεται εφόσον η εργασία της δεν ενέχει κινδύνους (επαφή με χημικά ή ακτινοβολία). Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι όταν η έγκυος πρέπει να διανύσει μεγάλες αποστάσεις προκειμένου να μετακινηθεί στην εργασία της, εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο για επιπλοκές και για να γεννήσει ένα νεογνό με χαμηλό βάρος (Wang and Yang, 2019).

Γυμναστική επιτρέπεται όταν η κύηση είναι χαμηλού κινδύνου και προτείνονται ασκήσεις που ενισχύουν το πυελικό έδαφος, την πλάτη και τα πόδια όπως κολύμπι, γρήγορο περπάτημα, τζόκινγκ (Collins et al.,2013).

Στο αυτοκίνητο είναι απαραίτητη η χρήση της ζώνης ασφαλείας ανεξάρτητα από την θέση που κάθεται η έγκυος, γιατί προφυλάσσει την ίδια και το κύημα από τραυματισμούς. Αυτή θα πρέπει να διέρχεται μεταξύ των μαστών και να στηρίζεται στη λεκάνη της εγκύου κάτω από τη μήτρα (Blott, 2009).

5.2.4. Κατευθυντήριες οδηγίες για Covid-19 (Corona Virus Disease 2019)

Μετά την πανδημία του Covid-19 που έπληξε τον πλανήτη, οι υπηρεσίες οφείλουν να προχωρήσουν στις κατάλληλες αλλαγές, ώστε να διασφαλίζεται η ασφαλής και εξατομικευμένη φροντίδα κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό.

To Royal College of Obstetricians and Gynecologists συστήνει:

- Την συνεχή παροχή προγεννητικής φροντίδας στις έγκυες γυναίκες, εφόσον είναι ακόμη πιο απαραίτητη κατά την πανδημία, λόγω μη διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της παροχής προγεννητικής φροντίδας μέσω τηλεφώνου και λόγω της δυσχερούς υγειονομικής περίθαλψης εγκύων γυναικών με υποκείμενα νοσήματα κατά την πανδημία.

- Την συνεχή υποστήριξη και συμβουλευτική των εγκύων γυναικών μέσω διαδικτυακής επικοινωνίας, όπου είναι δυνατόν, ιδιαίτερα αυτών που προέρχονται από τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα οι οποίες μπορεί να αντιμετωπίζουν αντιξοότητες όπως έλλειψη στέγης, φτώχεια, κάνουν χρήση ουσιών ή είναι θύματα ενδοοικογενειακής κακοποίησης (αυξήθηκε κατά την πανδημία) ή εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές. Η πανδημία μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα άγχους και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας λόγω της απομόνωσης, των οικονομικών δυσκολιών, της ανασφάλειας και της αδυναμίας πρόσβασης σε μονάδες υγείας.
- Την μείωση των επισκέψεων στο νοσοκομείο με προγραμματισμό των απαραίτητων εξετάσεων σε ένα ραντεβού.
- Την διασφάλιση πληροφόρησης ανάλογα με τις γλωσσικές ιδιαιτερότητες της κάθε εγκύου μέσω διερμηνέα.
- Οι έγκυες γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα B.A.M.E. (Black, Asian and Minority Ethnic, όπως λευκοί ευρωπαίοι, ταξιδιώτες, τσιγγάνοι, πρόσφυγες και άτομα που αιτούνται άσυλο) φαίνεται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών από τον Covid-19. Επομένως θα πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με αυτό το ενδεχόμενο και την ανάγκη να συμβουλευθούν άμεσα τους επαγγελματίες υγείας αν ανησυχούν για την υγείας τους. Επιπλέον οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εφιστούν την προσοχή τους ιδιαίτερα σε αυτές τις ομάδες, να αποφεύγονται οι αναβολές των επισκέψεων και ο προγραμματισμός της επανεξέτασης να είναι σε μικρότερο διάστημα από ότι στις άλλες έγκυες.
- Ενθάρρυνση των εγκύων για λήψη φυλλικού οξέος, βιταμίνης D και άσκησης στο σπίτι.
- Την χρήση μάσκας από τις έγκυες και τους συνοδούς αυτών, οι οποίοι πρέπει να ακολουθούν τις εθνικές οδηγίες ή τις οδηγίες της εκάστοτε μονάδας υγείας. Οι συνοδοί που είναι συμπτωματικοί ή θετικοί θα πρέπει να εγκαταλείπουν την μονάδα υγείας.
- Διασφάλιση επαρκή εξοπλισμού ατομικής προστασίας για τους επαγγελματίες υγείας
- Την ιδιωτική μεταφορά εγκύων γυναικών με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο Covid-19, που χρήζουν νοσηλείας και αν είναι απαραίτητη η χρήση ασθενοφόρου το

πλήρωμα θα πρέπει να είναι ενήμερο κατά την εισαγωγή σε μονάδας υγείας το προσωπικό θα πρέπει να υποδέχεται την έγκυο στην είσοδο φορώντας τον κατάλληλο προστατευτικό εξοπλισμό και μάσκα (να λαμβάνει προφυλάξεις Μ.Α.Π.: Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας). Οι έγκυες πρέπει να οδηγούνται απευθείας σε απομόνωση. Μόνο το απαραίτητο προσωπικό θα πρέπει να εισέλθει στο δωμάτιο.

- Την καλή ενυδάτωση και την κίνηση σε έγκυες που βρίσκονται σε κατ' οίκον απομόνωση. Συστήνεται αξιολόγηση κινδύνου φλεβικού θρομβοεμβολισμού και να χορηγείται θρομβοπροφύλαξη όπου είναι ανάγκη εκτός και αν αναμένεται ο τοκετός εντός 12 ωρών.
- Στις ασυμπτωματικές επίτοκες με θετικό τεστ στο Covid-19, κατά την λανθάνουσα φάση του τοκετού να παραμείνουν στο σπίτι, εφόσον δεν υπάρχει ανησυχία για την υγεία τους και να μεταφερθούν στο μαιευτήριο όταν μπου στην ενεργό φάση με ιδιωτικό μεταφορικό μέσο. Θα πρέπει όμως να ενημερωθούν για τα σημεία έναρξης της ενεργού φάσης του τοκετού (πχ. τακτικές, ρυθμικές επώδυνες συσπάσεις ή αυτόματη ρήξη εμβρυικών υμένων) αλλά και για τα συμπτώματα που υποδηλώνουν επιδείνωση της υγείας τους από τον Covid-19.
- Η μη παραμονή των συμπτωματικών εγκύων με θετικό τεστ στο σπίτι αλλά η μεταφορά σε μια μονάδα υγείας. Κατά την εισαγωγή της επιτόκου απαιτείται άμεση εκτίμηση από τον αρχαιότερο υπεύθυνο εφημερεύοντα ιατρό, λήψη και αξιολόγηση των ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αναπνευστικό ρυθμό και κορεσμό οξυγόνου πάνω από 94%). Πρέπει να ακολουθεί άμεση ενημέρωση όλων των μελών που πιθανόν θα εμπλακούν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (αναισθησιολόγος, μαιευτήρας, μαία, νεογνολόγος) και θα πρέπει να είναι οι ελάχιστοι δυνατών. Μέχρι τον τοκετό είναι απαραίτητη η συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση των εμβρυικού καρδιακού ρυθμού.
- Η επιλογή επισκληρίδιου αναισθησίας για αναλγησία κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού ελαχιστοποιεί την ανάγκη διασωλήνωσης εάν παραστεί ανάγκη επείγουσας παρέμβασης.
- Σε επίτοκες που νόσησαν με Covid-19 χωρίς νοσηλεία και έχει παρέλθει το απαιτούμενο χρονικό διάστημα της κατ' οίκον απομόνωσης, δεν χρήζουν εξατομικευμένης φροντίδας, ενώ οι επίτοκες που νόσησαν και νοσηλεύτηκαν

χρήζουν εξατομικευμένης φροντίδας και αξιολόγησης βάση ειδικών κατευθυντήριων οδηγιών (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

•

5.2.5. Ειδικός εργαστηριακός έλεγχος

Αυχενική διαφάνεια την 11^η-13^η εβδομάδα και 6 ημέρες και βιοχημικοί δείκτες 1ου τριμήνου

Η αυχενική διαφάνεια βοηθά στη μέτρηση του πάχους της υποδόριας συσσώρευσης υγρού πίσω από τον εμβρυικό αυχένα. Αύξηση αυτού σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για χρωμοσωμικές ανωμαλίες, συγγενείς καρδιοπάθειες, γενετικά σύνδρομα και ανατομικές ανωμαλίες. Εξίσου σημαντική είναι η ανίχνευση του ρινικού οστού και η ροή της τριγλώχινας βαλβίδας και του φλεβώδους πόρου. Η ευαισθησία του ελέγχου της αυχενικής διαφάνειας αυξάνεται όταν αυτή συνδυάζεται με βιοχημικούς δείκτες του πρώτου τριμήνου που είναι η ελεύθερη β-hGG και PAPP-A στον ορό της μητέρας, γιατί σε κυήσεις με τρισωμία 21 στις 12w η συγκέντρωση της PAPP-A είναι χαμηλότερη από ότι σε φυσιολογικά έμβρυα και η ελεύθερη β-hGG είναι υψηλότερη (Νικολαΐδης και συν., 2004).

Υπέρηχος 2ου τριμήνου ή Β' επιπέδου την 20^η-24^η εβδομάδα

Περιλαμβάνει τον έλεγχο της ανάπτυξης και της ανατομίας του εμβρύου, του πλακούντα, της ποσότητας του αμνιακού υγρού, του μήκους του τραχήλου της μήτρας και την χρονολόγηση της κύησης. Αναλυτικό γενετικό υπερηχογράφημα, πρέπει να διενεργείται σε όλες τις κυήσεις ανεξάρτητα με το αν έχει γίνει χρωμοσωμικός έλεγχος του εμβρύου (Salomon et al., 2011).

Υπέρηχος 3ου τριμήνου ή ανάπτυξης 32^η-34^η εβδομάδα

Στον υπέρηχο αυτό ελέγχεται η ανάπτυξη του εμβρύου, η ποσότητα του αμνιακού υγρού, η θέση του πλακούντα και του εμβρύου σε σχέση με τον επιμήκη άξονα της μήτρας και υπολογίζεται το βάρος του. Επιπλέον ελέγχεται με έγχρωμο Doppler η λειτουργία του πλακούντα και η αιματική ροή στην ομφαλική αρτηρία καθώς και στα άλλα αγγεία του εμβρύου (https://www.hellenicultrasound.gr/images/hellenicultrasound/3st_trimester/3RD_TRIMESTER_HSUOG.pdf). Αυξημένη αντίσταση της ροής στις αρτηρίες της μήτρας σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προεκλαμψίας, μείωση της ανάπτυξης του εμβρύου και περιγεννητική θνησιμότητα (Papageorghiou et al., 2002).

Καμπύλη σακχάρου για έλεγχο σακχαρώδη διαβήτη κύησης την 24^η-28^η εβδομάδα

Υπολογίζεται η συγκέντρωση της γλυκόζης στον ορό του αίματος της εγκύου μετά από νηστεία τουλάχιστον 8 ωρών, στη συνέχεια μετά από λήψη γλυκόζης 75 γρ. Στα 60 λεπτά και στα 120 λεπτά καθώς και η γλυκοζυλιωμένη. Όταν έστω και μία από τις τρεις τιμές είναι ίση ή μεγαλύτερη από τα κατώτερα φυσιολογικά όρια διαγιγνώσκεται Σακχαρώδης Διαβήτης κύησης (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, 2020).

Έμμεσος Coombs

Σε Rhesus αρνητικές γυναίκες με σύντροφο Rhesus θετικό, η έμμεσος coombs διενεργείται καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στην 28^η και 34^η εβδομάδα χορηγείται προληπτικά αντί-D σφαιρίνη για το ενδεχόμενο ευαισθητοποίησης (Collins et al., 2013).

5.2.6. Επεμβατικός έλεγχος

Ένδειξη για προγεννητική διάγνωση με επεμβατική μέθοδο αποτελεί ο αυξημένος κίνδυνος για ανευπλοειδία, η κάθετη μεταδιδόμενη μητρική λοίμωξη και ο αυξημένος κίνδυνος για γνωστή γονιδιακή ή μεταβολική νόσο του εμβρύου. Δεν πρέπει να θεωρείται ένδειξη η σύλληψη με μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η προχωρημένη ηλικία της μητέρας ή η επιθυμία της μητέρας. Για την λήψη εμβρυικού αίματος ενδείξεις αποτελούν ο έλεγχος για χρωμοσωμικό μωσαϊκισμό μετά από αμνιοπαρακέντηση και η εκτίμηση των αιματολογικών δεικτών του εμβρύου (Ghi et al, 2016).

Λήψη χοριακών λαχνών

Η εκτέλεση πρέπει να διενεργείται μετά την 10η εβδομάδα, γιατί η μέθοδος σε μικρότερες ηλικίες κύησης έχει ενοχοποιηθεί για επιπλοκές. Κατά την εξέταση πραγματοποιείται αναρρόφηση τροφοβλαστικών κυττάρων από τον πλακούντα κάτω υπό διαρκή υπερηχογραφική καθοδήγηση είτε διακοιλιακά είτε διακολπικά. Ορισμένες από τις πιο συχνές επιπλοκές της μεθόδου είναι ο κίνδυνος αποβολής και η κολπική αιμόρροια (Ghi et al, 2016).

Αμνιοπαρακέντηση

Διενεργείται σε κύσεις που έχουν συμπληρώσει τη 15η εβδομάδα. Κατά την μέθοδο αυτή αναρροφάται διακοιλιακά αμνιακό υγρό με τη βοήθεια μιας βελόνας και υπό συνεχή υπερηχογραφική καθοδήγηση. Οι πιο συχνές επιπλοκές είναι η αποβολή και η ρήξη των εμβρυικών υμένων (Ghi et al, 2016).

Λήψη εμβρυικού αίματος (F.B.S.: Fetal blood sampling)

Διενεργείται διακοιλιακά μετά την 18η εβδομάδα και με τη χρήση βελόνας και υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση πραγματοποιείται λήψη εμβρυικού αίματος από την ομφαλική φλέβα και όχι από τις ομφαλικές αρτηρίες. Οι συχνότερες επιπλοκές της μεθόδου είναι η αποβολή (Ghi et al, 2016).

5.3. ΚΥΗΣΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Κατά την διάρκεια της κύησης ανά πάσα στιγμή χρονική στιγμή, μια εγκυμοσύνη μπορεί να χαρακτηριστεί ως ‘κύηση υψηλού κινδύνου’. Η έγκαιρη διάγνωση παίζει καθοριστικό ρόλο για την διασφάλιση των καλύτερων συνθηκών για την μητέρα και το κύημα (Bhide et al., 2015).

Οι παράγοντες, που χαρακτηρίζουν μία κύηση ως υψηλού κινδύνου καλύπτουν ένα ευρύ πεδίο και μπορεί να είναι οι εξής:

- η ηλικία κύησης
- οι άγαμες έγκυες
- το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- οι κύσεις με ανεπαρκή παρακολούθηση
- οι έγκυες με ιστορικό αποβολών, πρόωρων τοκετών, ενδομήτριων και νεογνικών θανάτων, συγγενών ανωμαλιών, χειρουργικών επεμβάσεων στη μήτρα, ανωμαλιών της διάπλασης της μήτρας και του κόλπου
- η πολυτοκία
- η πολύδυμη κύηση
- διάφορες παθήσεις της μητέρας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, καρδιοπάθειες, υπερτασικές διαταραχές, αναιμίες, λοιμώξεις, ενδοκρινολογικές παθήσεις ή φλεγμονές του ουροποιητικού
- χειρουργικές επιπλοκές κατά την κύηση όπως σκωληκοειδίτιδας ή νεοπλασίες
- η πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων
- αιμορραγικές επιπλοκές λόγω προδρομικού πλακούντα ή αποκόλλησης αυτού (Ιατράκης, 2015).

5.3.1. Λοιμώξεις

Οι λοιμώξεις που προκαλούνται από βακτήρια, ιούς ή πρωτόζωα κατά την κύηση είναι ποικίλες. Ο βαθμός επικινδυνότητας τους εξαρτάται από το είδος της λοίμωξης, την ηλικία της κύησης και την οδό μετάδοσης (προγεννητική ή περιγεννητική μετάδοση).

Οι δευτερογενείς λοιμώξεις συνήθως δεν είναι επικίνδυνες. Το ανοσοποιητικό σύστημα της μητέρας μπορεί να προκαλέσει ανοσοαπόκριση με τον παράγοντα ανοσοσφαιρίνης G (IgG), η οποία μέσω του πλακούντα διέρχεται στην κυκλοφορία του εμβρύου (παθητική ανοσοποίηση).

Αντιθέτως οι πρωτογενείς λοιμώξεις είναι επικίνδυνες, γιατί η μόλυνση του εμβρύου από τη μητέρα είναι μεγαλύτερη, παρατεταμένη, η παθητική ανοσοποίηση είναι μηδαμινή και το ανοσοποιητικό του σύστημα δεν είναι πλήρως αναπτυγμένο. Το ανοσοποιητικό σύστημα της μητέρας δεν παράγει αμέσως IgG αλλά IgM (δεν περνάει τον πλακούντα) με αποτέλεσμα αν μολυνθεί το έμβρυο να είναι πιο ευαίσθητο.

Οι πιο κοινές λοιμώξεις είναι από *κυτταρομεγαλοϊό*, τοξοπλάσμωση, *παρβοϊό*, ιλαρά, ανεμοβλογιά, σύφιλη, Β' αιμολυτικό στρεπτόκοκκο, ηπατίτιδα, έρπη, HIV και ελονοσία (Bhide et al., 2015). Ωστόσο κρίθηκε μείζονος σημασία η αναφορά στη λοίμωξη από τον Covid-19, λόγω των πρόσφατων γεγονότων, την παγκόσμια κατάσταση έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία και την ραγδαία εξάπλωση της λοίμωξης.

Λοίμωξη από Covid-19

Το πρώτο περιστατικό καταγράφηκε στην πόλη Wuhan της Κίνας, τον Δεκέμβριο του 2019 και εξαπλώθηκε ραγδαία σε όλο τον πλανήτη. Η μετάδοση του Covid-19 γίνεται κυρίως μέσω αναπνευστικών εκκρίσεων, κόπρανα, στενή επαφή με μολυσμένο άτομο και μολυσμένες επιφάνειες (Lopez et al., 2020, Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2020, Yang et al., 2020).

Η περίοδος επώασης της νόσου είναι 4-6 ημέρες και μπορεί να κυμαίνεται από 2-14 ημέρες. Η μέση διάρκεια αποβολής ιικού φορτίου είναι οι 20 ημέρες. Μεταξύ των συμπτωμάτων αναφέρονται ο πυρετός, ο βήχας, η μυαλγία, η κόπωση, η δύσπνοια, η διάρροια και η κεφαλαλγία. Οι επιπλοκές από τη νόσο είναι η σοβαρή πνευμονία, το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, ανωμαλίες στην καρδιά, επιμολύνσεις του αναπνευστικού συστήματος, σηψαιμία και σηπτικό σοκ. Οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας σε σχέση με τους άνδρες της ίδιας ηλικίας παρουσιάζουν 60% μικρότερη πιθανότητα εισαγωγής σε μονάδα εντατικής θεραπείας (Lopez et al., 2020).

Δεδομένου ότι η εγκυμοσύνη είναι μια φυσιολογική κατάσταση που επηρεάζει το ανοσοποιητικό και καρδιοαναπνευστικό σύστημα των εγκύων γυναικών, αυξάνονται οι πιθανότητες να νοσήσουν από ιογενείς λοιμώξεις και να αναπτύξουν σοβαρή λοίμωξη του αναπνευστικού (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2020, Yang et al., 2020). Μελέτες σε έγκυες γυναίκες που νόσησαν με άλλου τύπου ιογενούς πνευμονίας έδειξαν

αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό, μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου και εμβρυική δυσπραγία (Lopez et al., 2020).

Οι Chen και συν. (2020) παρουσίασαν τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα ευρήματα από τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο εννέα γυναικών με επιβεβαιωμένη λοίμωξη από Covid-19, ενώ διένυαν το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, τα οποία δεν διέφεραν από αυτά του υπόλοιπου πληθυσμού. Ως εκ τούτου δεν υπάρχουν ενδείξεις που να αποδεικνύουν ότι οι έγκυες είναι πιο ευαίσθητες στη λοίμωξη από Covid-19. Μετά την έναρξη της λοίμωξης οι επιπλοκές που εμφάνισαν ήταν η πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων και εμβρυική δυσπραγία, ενώ καμιά από τις ασθενείς δεν απεβίωσε ή δεν εμφάνισε σοβαρή πνευμονία.

Το ενδεχόμενο για κάθετη μετάδοση χρήζει περαιτέρω διερεύνηση καθώς όλες οι έγκυες εκδήλωσαν την λοίμωξη κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και όλες υπεβλήθησαν σε καισαρική τομή μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα (1-7 ημέρες) από την εκδήλωση της νόσου. Δεν παρατηρήθηκε ενδομήτρια ή περιγεννητική θνησιμότητα και ασφυξία, ενώ οι περιπτώσεις προωρότητας που καταγράφηκαν δεν σχετίζονταν άμεσα με τη μόλυνση της μητέρας από τον Covid-19. Όλα τα νεογνά βαθμολογήθηκαν με Apgar Score στο πρώτο λεπτό 8-9 και στο πέμπτο λεπτό 9-10. Δεν υπήρξαν ενδείξεις ενδομήτριας μόλυνσης καθώς τα δείγματα που πάρθηκαν από αμνιακό υγρό, αίμα του ομφάλιου λώρου και από επίχρισμα του φάρυγγα των νεογνών δεν βρέθηκαν θετικά για Covid-19.

Όσον αφορά στον θηλασμό ελέγχθηκε το πρωτόγαλα και τα δείγματα ήταν αρνητικά, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο κίνδυνος για κάθετη μετάδοση με το μητρικό γάλα είναι ανύπαρκτος. Όλα τα νεογνά αποχωρίστηκαν από τις μητέρες τους για 14 ημέρες λόγω της μετάδοσης με την στενή επαφή, αλλά οι μητέρες ενθαρρύνθηκαν να αντλούν το γάλα τους για να μπορέσουν να θηλάσουν όταν το τεστ θα ήταν αρνητικό. Ο νεότερος ασθενής που καταγράφηκε ήταν ένα νεογνό 36 ωρών και γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην προστασία των νεογνών από μητέρες με λοίμωξη Covid-19.

Οι Zheng και συν. (2020) αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν στον πλακούντα κύτταρα που να είναι ευαίσθητα στον Covid-19 και θεωρούν αδύνατη την κάθετη μετάδοση της νόσου κατά την διάρκεια της κύησης. Όμως μια πιο πρόσφατη δημοσιευμένη μελέτη υποδεικνύει με σοβαρούς περιορισμούς στα διαθέσιμα στοιχεία, την ύπαρξη κάθετης μετάδοσης από την μητέρα στο νεογνό (Lamouroux et al., 2020).

Σε περίπτωση διάγνωσης εγκύου με μολυσματική νόσο, αυτόματη έναρξη τοκετού και συνεχή εξέλιξη, διαπιστώνεται ότι μπορεί να υπεισέλθει σε κοιλικό τοκετό με την προϋπόθεση ότι θα ληφθούν προληπτικά μέτρα. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι σε ένα παρατεταμένο σε χρονικό πλαίσιο δεύτερο στάδιο τοκετού κατά την ενεργό φάση της

εξώθησης, είναι ανέφικτο για την επίτοκο να ανταπεξέλθει, φορώντας χειρουργική μάσκα, ως προστατευτική παράμετρο. Σχετικά με επίτοκο αδιάγνωστη από λοίμωξη COVID-19, ούσα όμως (ασυμπτωματική) φορέας του ιού, συστήνεται προσοχή, ιδιαίτερα κατά την φάση της ενεργούς εξώθησης παρόλο την χρήση χειρουργικής μάσκας από την επίτοκο, διότι είναι ασαφής η ύπαρξη αυξημένου κινδύνου έκθεσης αυτών που συμμετέχουν στον τοκετό χωρίς ολοκληρωμένο, προσωπικό, προστατευτικό εξοπλισμό. Αυτό συμβαίνει λόγω των ισχυρών εκπνευστικών κινήσεων κατά την εξώθηση, οι οποίες μπορούν να επιφέρουν σημαντική μείωση της αποτελεσματικότητας της μάσκας και πρόληψης της εξάπλωσης του ιού μέσω αναπνευστικών σταγονιδίων. Για το λόγο αυτό, θεωρείται κρίσιμη η αναζήτηση ενός λεπτομερούς ιστορικού της μητέρας, συμπεριλαμβάνοντας την αναζήτηση παραγόντων T.O.C.C. (Travel-ταξίδια, Occupation-επάγγελμα, Contact-επαφές, Cluster-συγκεντρώσεις που παρευρέθηκε). Η έκθεση γυναίκας σε παράγοντες κινδύνου TOCC, χωρίς όμως να υφίσταται διάγνωση της λοίμωξης COVID-19, απαιτεί την λήψη απαραίτητων προφυλάξεων (Yang et al., 2020).

Σύμφωνα με την μεγαλύτερη (πληθυσμιακά) μελέτη που δημοσιεύτηκε στις 8 Ιουνίου του 2020 και αφορά στην εισαγωγή εγκύων γυναικών με επιβεβαιωμένη λοίμωξη Covid-19 σε βρετανικά νοσοκομεία αυτή έδειξε ότι στις 1000 γεννήσεις το 4,9% παρουσίασε λοίμωξη Covid-19, από τις οποίες οι μισές προέρχονταν από την ομάδα BAME, το 70% ήταν παχύσαρκες ή υπέρβαρες, το 40% ήταν ηλικίας άνω 35 ετών και το 1/3 είχε υποκείμενα νοσήματα. Μια στις 10 χρειάστηκε αναπνευστική υποστήριξη σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και μία στις 100 απεβίωσε (συνολικά 5 γυναίκες: 3 λόγω άμεσων επιπλοκών του Covid-19 και δύο από άλλες αιτίες). Το υψηλό ποσοστό γυναικών με Covid-19 από την κατηγορία BAME είναι ανησυχητικό και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση (Συμπεριφορές υγείας, συννοσηρότητα, γενετικές επιδράσεις, ευάλωτες ομάδες, κοινωνικές ανισότητες).

Στο 60% των γυναικών διενεργήθηκε καισαρική τομή στις περισσότερες λόγω ενδείξεων που δεν αφορούσαν την λοίμωξη από Covid-19. Το 5% των νεογνών των μητέρων αυτών είχε θετικό τεστ και το 2,5% είχαν θετικό ρινοφαρυγγικό επίχρισμα μέσα στις πρώτες 12 ώρες μετά τον τοκετό. Το 2% των γυναικών έλαβε αντική αγωγή και όλες με αντική αγωγή πήραν εξιτήριο. Τέσσερις γυναίκες ανά 1000 γεννήσεις απέβαλαν μεταξύ 10 με 19 εβδομάδων. Από τις 262 γυναίκες οι 196 γέννησαν πρόωρα. Οι τριάντα δυο λόγω της λοίμωξης της μητέρας με Covid-19, δεκαεννέα λόγω ενδείξεων από το έμβρυο και δώδεκα λόγω άλλων μαιευτικών ενδείξεων (Knight et al, 2020).

5.3.2. Αιμορραγικές επιπλοκές μετά την 20^η εβδομάδα κύησης

Οι έγκυες γυναίκες που εμφανίζουν κοιλιακή αιμορραγία ή που διαγιγνώσκεται αιμορραγία υπερηχογραφικά θα πρέπει να εισάγονται στο νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και αξιολόγηση.

Συνήθεις αιτίες είναι οι εξής:

- Ανώμαλη πρόσφυση του πλακούντα (παραχείλιος, επιχείλιος, επιπωματικός) και διεισδυτικός πλακούντας (διηθεί σε όλο το πάχος του μυομητρίου με πιθανή επέκταση σε παρακείμενα πυελικά όργανα)
- Αποκόλληση πλακούντα
- Παθολογικές καταστάσεις του τραχήλου της μήτρας όπως όγκος ή πολύποδας
- Βλέννα από τον τράχηλο

Η αιμορραγία μετά την 20 εβδομάδα κύησης σχετίζεται με μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα και κίνδυνο ολικής υστερεκτομής στη μητέρα (Bhide et al., 2015).

5.3.3. Πολύδυμη κύηση

Η πολύδυμη κύηση σχετίζεται με την εμφάνιση επιπλοκών σε όλη την διάρκεια της κύησης. Οι επιπλοκές από την μητέρα μπορεί να αφορούν καρδιακή ανεπάρκεια, προεκλαμψία και αιμορραγία μετά τον τοκετό, ενώ από το έμβρυο προωρότητα, εγκεφαλική παράλυση, αναπτυξιακή καθυστέρηση και περιγεννητική θνησιμότητα. Στα μονοχοριακά έμβρυα οι παραπάνω επιπλοκές αυξάνονται πέντε φορές περισσότερο σε σχέση με τα διχοριακά (Bhide et al., 2015).

5.3.4. Υπέρταση κύησης

Είναι η πιο κοινή επιπλοκή της εγκυμοσύνης (10% των κυήσεων) και είναι υπεύθυνη για το 25% των νοσηλειών πριν τον τοκετό. Παρουσιάζει ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία της εγκύου, νοσηρότητα και θνησιμότητα τόσο της εγκύου όσο και του εμβρύου, πρόωρο τοκετό, μείωση της ανάπτυξης του εμβρύου και την γέννηση νεογνών χαμηλού βάρους (Bhide et al., 2015, Ζαρίφης, 2018).

Η ταξινόμηση της υπέρτασης νόσου κατά την κύηση σύμφωνα με το National Institutes of Health. (2000) είναι οι εξής:

- Χρόνια υπέρταση: αφορά την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης πάνω από 140/90mmHg την περίοδο πριν την σύλληψη ή πριν την 20^η εβδομάδα κύησης.

Η προγεννητική φροντίδα αυτών των γυναικών είναι καίριας σημασίας. Το δίλλημα των θεράποντων ιατρών έγκειται αν σε ήπια διαταραχή θα διακόψουν την υπερτασική αγωγή και θα συνεχίσουν με στενή παρακολούθηση της εγκύου, γεγονός που αυξάνει το ενδεχόμενο να εξελιχθεί σε σοβαρή χρόνια υπέρταση που σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα και αποκόλληση του πλακούντα. Από την άλλη πλευρά αν θα συνεχίσουν την αγωγή υπάρχουν πιθανές ανεπιθύμητες επιπτώσεις στο έμβρυο, λόγω της ενδομήτριας έκθεσης σε αντιυπερτασικά (Ζαρίφης, 2018).

- Υπέρταση κύησης: αφορά την εμφάνιση υπερτασικής διαταραχής μετά τις 20w κύησης η οποία δεν συνυπάρχει με πρωτεϊνουρία.
- Προεκλαμψία-εκλαμψία: αφορά την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης συνοδεία πολυοργανικών διαταραχών αποκλειστικά κατά την κύηση. Στην προεκλαμψία με συνοδεία πρωτεϊνουρίας, θρομβοπενίας ή αύξηση των τρανσαμινασών, στην εκλαμψία με συνοδεία σπασμών. Η προεκλαμψία αποτελεί επιπλοκή όλων των υπερτασικών διαταραχών και την κύρια αιτία για μητρική και περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα αλλά και τον κύριο παράγοντα για εμφάνιση καρδιαγγειακών και μεταβολικής νόσου μελλοντικά (Ζαρίφης, 2018). Κατά κύριο λόγο πρόκειται για διαταραχή της λειτουργικότητας του πλακούντα που οδηγεί σε ενδοθηλιακή δυσλειτουργία με επαγόμενη αγγειοσύσπαση. Εκδηλώνεται ως μητρικό σύνδρομο με την εκδήλωση διαταραχών ή ως εμβρυικό σύνδρομο (Sava et al.,2018).

5.3.5. Σύνδρομο H.E.L.P. (Hemolysis Elevated, Liver enzyme, low Platelet)

Το σύνδρομο αυτό εκδηλώνεται στο πλαίσιο της προεκλαμψίας και αποτελεί μια κατάσταση απειλητική για την ζωή. Εκδηλώνεται με αυξημένα ηπατικά ένζυμα, αιμόλυση και χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων (η σοβαρότητα του εξαρτάται από τον αριθμό των αιμοπεταλίων). Η διαφορική διάγνωση του συνδρόμου από άλλες παθολογικές καταστάσεις (λιπώδης διήθηση ήπατος, ιογενής ηπατίτιδα, καλοήθης θρομβοπενία της εγκυμοσύνης) είναι δυσχερής. Έγκαιρη διάγνωση μπορεί να επιτευχθεί με την σωστή εκτίμηση των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων (Rimaitis et al.,2019).

5.3.6. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης ταξινομείται σε Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 ή Διαβήτη κύησης.

- Τύπου 1: Θεωρείται αυτοάνοση νόσος, της οποίας η κληρονομικότητα επηρεάζεται από τον αριθμό των γονιδίων που είναι υπεύθυνα για την νόσο. Χαρακτηρίζεται από απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης και εμφανίζεται σε άτομα κάτω των 30 ετών.
- Τύπου 2: Πρόκειται για μια μεταβολική διαταραχή που οφείλεται στην συνδυαστική δράση της αντίστασης της ινσουλίνης και την ανεπαρκή αντισταθμιστική έκκριση της ινσουλίνης. Χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία και εμφανίζεται συνήθως μετά τα 30 έτη. Οι ασθενείς εμφανίζουν αυξημένη όρεξη και είναι συνήθως παχύσαρκες (Ιατράκης, 2015).

Ο προτιμώμενος παράγοντας για την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 και 2 κατά την κύηση είναι η ινσουλίνη γιατί δεν διασχίζει τον πλακούντα. Για να μειωθεί ο κίνδυνος προεκλαμψίας πρέπει να χορηγείται χαμηλή δόση ασπιρίνης στο τέλος του τρίτου τριμήνου μέχρι τον τοκετό. Όλες οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας θα πρέπει να γνωρίζουν ότι είναι πολύ σημαντικό πριν από την σύλληψη να ακολουθούν αυστηρό γλυκαιμικό έλεγχο γιατί μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών (American Diabetes Association, 2019). Επιπλέον αντενδείκνυται η κύηση σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη όταν υπάρχει ενεργός παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, μη ρυθμιζόμενη υπέρταση, σοβαρή χρόνια νεφρική νόσος ή ισχαιμική καρδιοπάθεια (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, 2020).

- Διαβήτης κύησης: Ονομάζεται ο διαβήτης του οποίου η έναρξη ή η διάγνωση γίνεται για πρώτη φορά στην κύηση με την καμπύλη σακχάρου. Όμως μπορεί να πρόκειται για προϋπάρχοντα σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ή 1 μη διαγνωσμένο. Η τήρηση ειδικού διαιτολογίου, η αποφυγή καθιστικής ζωής και η άσκηση επιβάλλονται καθημερινά. Αν παρ' όλα αυτά δεν επιτευχθούν τα επιθυμητά επίπεδα γλυκόζης απαιτείται η χορήγηση ινσουλίνης. Συνήθως οι γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης έχουν πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με την πάροδο των χρόνων (Ιατράκης, 2015).

Η επίδραση του σακχαρώδη διαβήτη στην κύηση είναι αρνητική. Έχει συνδεθεί με αυτόματη αποβολή, συγγενές ανωμαλίες του εμβρύου, προεκλαμψία, ενδομήτριο θάνατο, μακροσωμία εμβρύου, μείωση του ρυθμού ανάπτυξης του εμβρύου και νεογνική

υπογλυκαιμία. Για την αντιμετώπιση του (λόγω της πολυπλοκότητας στην διαχείριση της ινσουλίνης κατά την εγκυμοσύνη) απαιτείται συνεργασία μεταξύ ενδοκρινολόγου, διαιτολόγου, μαιευτήρα, μαιίας και της ίδιας της ασθενούς. Το πρώτο τρίμηνο της κύησης παρατηρείται αύξηση των αναγκών σε ινσουλίνη ενώ έως το τρίτο τρίμηνο παρατηρείται διπλασιασμός των αναγκών αυτών. Αμέσως μετά τον τοκετό οι ανάγκες μειώνονται κατά 34% για να επιστρέψουν στα επίπεδα πριν την εγκυμοσύνη 1-2 εβδομάδες μετά (American Diabetes Association, 2019).

5.4. ΤΟΚΕΤΟΣ

Η φροντίδα κατά την διάρκεια του τοκετού πρέπει να παρέχεται σε όλες τις γυναίκες χωρίς περιορισμούς, διασφαλίζοντας την αξιοπρέπεια, το απόρρητο και την εμπιστευτικότητα και εξασφαλίζοντας την δυνατότητα επιλογής μετά από ενημέρωση. Ταυτόχρονα θα πρέπει να παρέχεται συνεχής υποστήριξη χωρίς κακοποίηση ή την πρόκληση βλαβών σε όλα τα στάδια του τοκετού (WHO, 2018).

Φυσιολογικός τοκετός σύμφωνα με τον W.H.O. (1996) είναι αυτός που ξεκινάει μεταξύ 37^η-42^η εβδομάδα κύησης, χωρίς εμφανείς κινδύνους για τη μητέρα και το έμβρυο σε όλη τη διάρκεια αυτού, και μετά την περάτωση του τοκετού σε ινιακή προβολή, η μητέρα και το νεογνό είναι σε άριστη φυσική κατάσταση. Για να χαρακτηριστεί φυσιολογικός ο τοκετός θα πρέπει να ισχύουν επιπλέον και τα εξής: μη φαρμακευτική πρόκληση (προσταγλανδίνες, οξυτοκίνη, τεχνητή ρήξη θυλακίου), μη χρήση αναισθησίας-αναλγησίας πριν ή κατά τη διάρκεια του (γενικής, ραχιαίας ή επισκληριδίου), με την μη εκτέλεση περινεοτομής ή επεμβατικών μεθόδων (σικύα, εμβρυουλκία) και καισαρικής τομής (Maternity Care Working Party, 2007).

5.4.1. Σημεία έναρξης τοκετού

Οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί σχετικά με τον μηχανισμό έναρξης του τοκετού δεν επιβεβαιώνουν με απόλυτη ακρίβεια τα αίτια, γιατί παρεμβαίνουν στην διαδικασία διάφοροι παράγοντες και συντελείται μια σειρά από βιοχημικές διεργασίες που ρυθμίζονται και ελέγχονται από το έμβρυο και τη μητέρα (Καρπάθιος, 1999).

Ενδείξεις για τον επερχόμενο τοκετό:

- Η άφθονη κολπική βλέννα.
- Η ύπαρξη τακτικών, ρυθμικών και επώδυνων συστολών της μήτρας, μία κάθε τρία λεπτά με διάρκεια 20-60 δευτερόλεπτα. Δεν πρέπει να συγχέονται με τις

ήπιες, συχνές αλλά ακανόνιστες συστολές (Braxton Hicks), που εμφανίζονται μετά την 30η εβδομάδα κύησης.

- Η πιθανή αυτόματη ρήξη των εμβρυικών υμένων (Felix et al. 2019).

5.4.2. Στάδια τοκετού

1^ο στάδιο: Αρχίζει με τακτικές συστολές της μήτρας και τελειώνει με την τελεία διαστολή.

Λανθάνουσα φάση: ορίζεται η περίοδος του τοκετού που χαρακτηρίζεται από ήπιες συστολές της μήτρας οι οποίες μαλακώνουν, εξαλείφουν και διαστέλλουν τον τραχήλο της μήτρας, ώστε στο τέλος της φάσης αυτής η διαστολή του τραχήλου να αγγίζει τα 5cm. Η διάρκεια του δεν έχει καθοριστεί και διαφέρει πολύ από γυναίκα σε γυναίκα. Συνήθως δεν υπερβαίνει της 12 ώρες σε πρωτότοκες και τις 10 ώρες σε πολύτοκες. Στο στάδιο αυτό πρέπει να αποφεύγονται οι ιατρικές παρεμβάσεις για επιτάχυνση του τοκετού με την προϋπόθεση ότι μητέρα και έμβryo είναι καλά.

Ενεργός φάση: ορίζεται η περίοδος του τοκετού που χαρακτηρίζεται από επώδυνες τακτικές συστολές και διαστολή του τραχήλου πάνω από 5cm. Η διάρκεια του είναι έως 4 ώρες για πρωτότοκες και έως 3 ώρες για πολύτοκες. Ο ρυθμός της διαστολής είναι 1cm ανά μία ώρα και οι γυναίκες με βραδύ ρυθμό διαστολής θα πρέπει να αξιολογούνται χωρίς όμως να αποτελεί απόλυτη ένδειξη για μαιευτική παρέμβαση (WHO, 2018)

2^ο στάδιο: Ορίζεται η περίοδος του τοκετού από την πλήρη διαστολή του τραχήλου μέχρι τον τοκετό του εμβρύου. Η διάρκεια του για μια πρωτότοκο μπορεί να είναι έως 0,5-2,5 ώρες και αν έχει υποβληθεί σε επισκληρίδιο αναισθησία από 1-3 ώρες. Αν η έγκυος είναι πολύτοκος διαρκεί 1 ώρα και με επισκληρίδιο 2 ώρες. Η διάρκεια του σταδίου αυτού μπορεί να παραταθεί αν δεν συντρέχουν λόγοι ανησυχίας από την πλευρά της μητέρας ή του εμβρύου. Οι επίτοκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να υιοθετούν οποιαδήποτε θέση επιθυμούν ώστε να αισθάνονται άνετα και να ενισχύονται οι προσπάθειες για εξώθηση. Δεν συνίσταται η εκτέλεση περινεοτομής σαν μέθοδος ρουτίνας αλλά μόνο όταν υπάρχει κλινική ανάγκη. Συστήνεται καθυστερημένη απολίνωση ομφάλιου λώρου τουλάχιστον για 1 λεπτό (NICE, 2007).

3^ο στάδιο: Ορίζεται η περίοδος από τη στιγμή της εξόδου του νεογνού μέχρι την έξοδο του πλακούντα και των μεμβρανών. Με αυτό το στάδιο ολοκληρώνεται η διαδικασία του τοκετού και διαρκεί από 5-60 λεπτά. Το στάδιο αυτό ορίζεται ως παρατεταμένο όταν η

έξοδος του πλακούντα δεν πραγματοποιηθεί μέσα σε 30 λεπτά με παρεμβατική προσέγγιση και ως 60 λεπτά με φυσιολογική προσέγγιση (NICE, 2007).

5.4.3. Φροντίδα λεχωίδας αμέσως μετά τον τοκετό

Η φροντίδα της λεχωίδας περιλαμβάνει έλεγχο του τραύματος που δημιουργήθηκε από τον τοκετό και αποκατάσταση αυτού. Αξιολόγηση της συναισθηματικής και σωματικής της κατάστασης. Έλεγχος του πλακούντα και των μεμβρανών. Έλεγχος της σύστασης της μήτρας, της κοιλιακής αιμόρροιας και παρακολούθηση των ζωτικών σημείων (NICE,2007).

5.4.4. Φροντίδα νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό

Αμέσως μετά τη γέννηση εφαρμόζεται καθυστερημένη απολίνωση ομφάλιου λώρου τουλάχιστον για 1 λεπτό, όταν η γενική κατάσταση του νεογνού το επιτρέπει. Στη συνέχεια το νεογνό τοποθετείται στην τράπεζα ανάνηψης κάτω από θερμαντική πηγή πάνω σε ζεστή και στεγνή πετσέτα. Ακολουθεί σκούπισμα του νεογνού και τοποθέτηση σε καινούρια ζεστή και στεγνή πετσέτα (τα πρόωρα νεογνά τοποθετούνται σε πλαστική μεμβράνη και το κεφάλι καλύπτεται με σκούφο). Ταυτόχρονα πραγματοποιείται κλινική εκτίμηση και αποφασίζεται αν χρήζει ή όχι ανάνηψης. Τα σημεία της κλινικής εκτίμησης είναι: το χρώμα, ο μυϊκός τόνος, η αναπνοή και η καρδιακή συχνότητα. Ένα νεογνό με καλό μυϊκό τόνο και έντονο κλάμα έχει ανοιχτό αεραγωγό και συνήθως βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση. Αυτά που χρήζουν προσοχής είναι τα υποτονικά. Καταγράφεται το Apgar Score, τοποθετείται στο νεογνό ομφαλοκλίπς, ταυτότητα με τα στοιχεία του και δίνεται στη μητέρα του. Συστήνεται η επαφή δέρμα με δέρμα (skin to skin contact) και έναρξη του θηλασμού αμέσως μετά τη γέννηση (Wyllie et al., 2015).

5.5. ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Ο επεμβατικός τοκετός διενεργείται από έμπειρους ιατρούς ασκώντας έλξη στο κρανίο του εμβρύου με τη χρήση σικύας ή μεταλλικών εμβρυουλκών. Σκοπός των μεθόδων αυτών είναι η ελαχιστοποίηση της νοσηρότητας για τη μητέρα και το νεογνό (Λουφόπουλος, 2015).

Οι ενδείξεις επεμβατικού τοκετού δεν είναι απόλυτες και είναι οι εξής:

- Παρατεταμένο 2^ο στάδιο τοκετού
- Εμβρυική δυσχέρεια
- Λόγω της ύπαρξης προβλημάτων υγείας της μητέρας ή εξάντλησης της (αδυναμία εξώθησης)(Goetzinger and Macones, 2008, ACOG, 2020).

Ενώ στις αντενδείξεις εφαρμογής μεθόδων επεμβατικού τοκετού περιλαμβάνονται:

- Η κύηση κάτω των 34 εβδομάδων
- Η μη κεφαλική προβολή ή η μετωπική προβολή
- Η μη εμπέδωση της κεφαλής του εμβρύου
- Η ατελής διαστολή του τραχήλου της μήτρας
- Η κεφαλοπυελική δυσαναλογία
- Η ύπαρξη διαταραχών πηκτικότητας του εμβρύου
- Η προδιάθεση του εμβρύου για κατάγματα (Hook and Damos, 2008).

Οι επεμβατικοί μέθοδοι αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο αλλά μπορεί να προκαλέσουν διάφορες επιπλοκές:

- Από την πλευρά της μητέρας: ρήξεις του κόλπου και του τραχήλου, αιματώματα του κόλπου, κακώσεις πυελικού εδάφους και ρήξεις 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού του περινέου.
- Από την πλευρά του νεογνού: κεφαλαιμάτωμα, ρήξεις του τριχωτού της κεφαλής, αιμάτωμα υπό την επικράνια απονεύρωση, κάταγμα των οστών του κρανίου, ενδοκράνια αιμορραγία ή του αμφιβληστροειδούς, ίκτερο ή παράλυση των νεύρων του προσώπου (McQuivey, 2004).

5.6. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Η καισαρική τομή αποτελεί μία μαιευτική παρέμβαση για τη διάσωση των εγκύων και των νεογνών από επιπλοκές που εμφανίζονται κατά την κύηση ή τον τοκετό. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί αύξηση των καισαρικών τομών, γεγονός που εγείρει παγκόσμια ανησυχία δεδομένου του κινδύνου για την μητέρα και το νεογνό. Για το λόγο αυτό ο Π.Ο.Υ. έχει δημοσιεύσει νέες συστάσεις για την μείωση των περιττών καισαρικών τομών (Kingdon et al., 2018, Oriyo et al, 2020).

Ενδείξεις για καισαρική τομή αφορούν παράγοντες από την μητέρα, το έμβρυο ή και τους δύο. Οι κυριότερες από αυτές είναι οι εξής:

- Η ύπαρξη απειλής για τη μητέρα ή το έμβρυο (ρήξη μήτρας, πρόπτωση ομφαλίδας, αποκόλληση πλακούντα, προεκλαμψία)
- Προωρότητα ή ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης
- Πολύδυμη κύηση
- Ανώμαλη προβολή ή θέση του εμβρύου
- Κεφαλοπυελική δυσαναλογία ή δυστοκία
- Διεισδυτικός πλακούντας

- Λοιμώξεις της μητέρας
- Προηγούμενα καισαρική τομή ή άλλων επεμβάσεων στο μυομήτριο
- Ανωμαλίες της διάπλασης της μήτρας
- Η εμβρυική δυσχέρεια κατά την κύηση ή τον τοκετό
- Η αποτυχία πρόκλησης (Καρπάθιος, 1999, Bhide et al., 2015 Ιατράκης, 2015)
- Επιπλοκές από την διενέργεια καισαρικής τομής:
- Αιμορραγία (από τρώση αγγείων, ατονία μήτρας)
- Τραυματισμό άλλων οργάνων
- Θρομβοεμβολή
- Προβλήματα από την αναισθησία
- Επιμόλυνση του τραύματος
- Τραυματισμός νεογνού κατά την καισαρική τομή
- Εμφάνιση ταχύπνοιας ή αναπνευστικής δυσχέρειας και νοσηλείας σε μονάδα εντατικής νοσηλείας
- Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης άσθματος και παχυσαρκίας στα παιδιά
- Αυξημένος κίνδυνος να επηρεαστεί μία επόμενη εγκυμοσύνη (Jafarzadeh et al., 2019).

Η προηγούμενα καισαρική τομή δεν αποτελεί σαφή ένδειξη για εκλεκτική καισαρική τομή, αλλά οι γυναίκες με χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή χωρίς επιπλοκές πρέπει να ενημερώνονται για την δυνατότητα να επιλέξουν τον κοιλιακό τοκετό (VBAC: Vaginal Birth After Cesarean). Η ενημέρωση περιλαμβάνει τους πιθανούς κινδύνους αλλά και τα οφέλη για τη μητέρα και το παιδί με την παροχή έντυπου υλικού.

Σαφείς αντενδείξεις για κοιλιακό τοκετό μετά από καισαρική τομή αποτελούν οι εξής:

- Ιστορικό ρήξης μήτρας
- Προηγούμενα κάθετη τομή στην μήτρα
- Περισσότερες από δύο καισαρικές τομές (ΕΜΓΕ,2014).

Ο Π.Ο.Υ. συστήνει ως παγκόσμιο πρότυπο για την αξιολόγηση, παρακολούθηση και σύγκριση των ποσοστών καισαρικών τομών το σύστημα ταξινόμησης Robson (ταξινομεί όλες τις γυναίκες σε δέκα κατηγορίες βάση πέντε μαιευτικών χαρακτηριστικών), ώστε να είναι δυνατή η συλλογή στοιχείων που θα οδηγήσουν ξεκάθαρα στην σωστή παρέμβαση με σκοπό να επιτευχθεί βελτίωση στην φροντίδα υγείας (Betran et al, 2014).

Η επιλογή του τρόπου τοκετού πρέπει να είναι αυτή που θα επιβαρύνει όσο το δυνατόν λιγότερο όχι μόνο την έγκυο αλλά και το νεογνό, προκειμένου να του εξασφαλίσει τις

καλύτερες δυνατές προοπτικές επιβίωσης. Οι διάφοροι χειρισμοί, που διενεργούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού, μπορεί να επηρεάσουν την άμεση και απώτερη υγεία ενός νεογνού και ιδιαίτερα ενός νεογνού με χαμηλό βάρος γέννησης ή πρόωρου. Άλλωστε η προωρότητα αποτελεί ένα από τα κυριότερα κεφάλαια της μαιευτικής, γιατί είναι υπεύθυνη για ένα πολύ μεγάλο ποσοστό νεογνικών θανάτων και αυξημένης περιγεννητικής νοσηρότητας.

5.7. ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ

Συμφώνα με τον Π.Ο.Υ. ως "πρόωρα" ορίζονται τα νεογνά που γεννιούνται ζωντανά πριν την 37^η εβδομάδα κύησης. Ειδικότερα, διακρίνονται (βάση την ηλικίας κύησης), σε εξαιρετικά πρόωρα όταν γεννηθούν κάτω από την 28^η εβδομάδα της κύησης, πολύ πρόωρα όταν ο τοκετός πραγματοποιηθεί μεταξύ 28^η με 32^η εβδομάδας και μέτρια όταν γεννηθούν μεταξύ 32^η με 37^η εβδομάδας κύησης (WHO, 2012). Η πιθανότητα επιβίωσης είναι ανάλογη με την ηλικία κύησης. Όσο πιο πρόωρο είναι ένα νεογνό τόσο λιγότερες πιθανότητες επιβίωσης υπάρχουν (Ιατράκης, 2015).

Ο υπολογισμός της ηλικίας κύησης, είναι πολύ σημαντικός για τον χαρακτηρισμό ενός νεογνού ως πρόωρου ή μη. Παλαιότερα γινόταν μόνο βάση της T.E.P. (η πιο διαδεδομένη μέθοδος), αλλά η ακρίβεια της μεθόδου ήταν χαμηλή εξαιτίας των διαφορετικών εμμηνοριακών κύκλων από γυναίκα σε γυναίκα και πολλές φορές λόγω αβεβαιότητας της ίδιας της εγκύου για την ακριβή ημερομηνία της T.E.P. Σήμερα ο υπολογισμός είναι πιο ακριβής, γιατί γίνεται ένας συνδυασμός T.E.P., υπερήχων και υπολογισμού του βάρους του νεογνού (WHO, 2012).

5.7.1. Παράγοντες κινδύνου προωρότητας

Ένας πρόωρος τοκετός μπορεί να είναι αυτόματος, λόγω πρόωρης ρήξης εμβρυικών υμένων (Π.Ρ.Ε.Υ.) ή ιατρογενής λόγω ενδείξεων από τη μητέρα (προεκλαμψία, χολόσταση), το νεογνό (εμβρυική δυσπραγία, καθυστέρηση ανάπτυξης του εμβρύου) ή λόγω επιθετικών πολιτικών για διενέργεια καισαρικής τομής.

Η παθοφυσιολογία της έναρξης του πρόωρου τοκετού είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη και οι αιτίες περίπλοκες (WHO, 2012). Ωστόσο υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα για πρόωρο τοκετό, που είναι οι εξής:

Δημογραφικά χαρακτηριστικά της μητέρας:

- Νεαρή ή προχωρημένη ηλικία
- Χαμηλό κοινωνικό επίπεδο

- Ανθυγιεινός τρόπος ζωής
- Κατάχρηση βλαπτικών ουσιών
- Χαμηλό ή υψηλό Β.Μ.Ι. πριν την εγκυμοσύνη
- Η αφρικάνικη καταγωγή
- Μαιευτικό ιστορικό
- Σύντομο διάστημα μιας εγκυμοσύνης από την προηγούμενη
- Ιστορικό πρόωρου τοκετού
- Πολύδυμη κύηση (ο κίνδυνος είναι δέκα φορές μεγαλύτερος σε σχέση με μια απλή κύηση)
- Επιπλοκές της κύησης
- Επιπλοκές από τον πλακούντα
- Αμνιακό υγρό (ολιγάμνιο ή πολυάμνιο)

Μητρικοί παράγοντες

- Παχυσαρκία
- Παθήσεις του θυρεοειδούς αδένα
- Άσθμα
- Διαβήτης
- Υπέρταση
- Λοιμώξεις

Ψυχική υγεία

- Ψυχολογικό και κοινωνικό άγχος
- Κατάθλιψη

Θεραπείες γονιμότητας

- Φαρμακευτική ή χειρουργική αντιμετώπιση για τη βελτίωση της γονιμότητας
- Υποβοηθούμενη αναπαραγωγική τεχνολογία

Εμβρυικοί παράγοντες

- Συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου (WHO, 2012, Barfield, 2018).

5.7.2. Προβλήματα πρόωρων νεογνών

Τα πρόωρα νεογνά δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στην ζωή έξω από την μήτρα χωρίς υποστήριξη, λόγω ανωριμότητας. Ο κίνδυνος εμφάνισης βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπλοκών εξαρτάται από την αιτιολογία της προωρότητας, μητρικούς παράγοντες κινδύνου, το εξωτερικό περιβάλλον (Μ.Ε.Ν.Ν.: Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας

Νεογνών, σπίτι) και αυξάνεται καθώς η ηλικίας κύησης και του βάρους γέννησης μειώνονται (Behran and Butler,2007).

ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:

Διαταραχές θερμορύθμισης

Τα πρόωρα νεογνά είναι ακόμη πιο ευαίσθητα στην υποθερμία σε σχέση με τα τελειόμηνα, η οποία έχει συσχετιστεί με μεταβολική οξέωση, χαμηλό κορεσμό οξυγόνου στο αίμα, ανάγκη για αναπνευστική υποστήριξη, ενδοκοιλιακή αιμορραγία, υπογλυκαιμία, νεκρωτική εντεροκολίτιδα, νεφρική ανεπάρκεια και θνητότητα. Η αίθουσα τοκετών πρέπει να έχει θερμοκρασία 23-25°C και για νεογνά μικρότερα των 28 εβδομάδων η θερμοκρασία θα πρέπει να είναι πάνω από 25°C. Όλα τα νεογνά μικρότερα των 32 εβδομάδων θα πρέπει να καλύπτονται στο κεφάλι με σκούφο και στο σώμα με κουβέρτα πολυαιθυλενίου (χωρίς να σκουπιστούν) και κάτω από θερμαντική πηγή (Bissinger and Annibale,2010,Wyllie et al, 2015). Η απώλεια θερμότητας μπορεί να γίνει με εξάτμιση, αγωγή, μεταφορά και ακτινοβολία (Bissinger and Annibale,2010). Εξίσου όμως επικίνδυνη είναι και η έκθεση σε υπερθερμία, η οποία μπορεί να προκαλέσει αύξηση του μεταβολικού ρυθμού, μεγαλύτερη κατανάλωση οξυγόνου, αφυδάτωση, οξέωση, καταστροφή του εγκεφάλου και θάνατο (WHO,1997).

Αναπνευστικά προβλήματα

Η ανωριμότητα των πνευμόνων του πρόωρου νεογνού σχετίζεται με καθυστερημένη ενδοπνευμονική απορρόφηση των εμβρυικών υγρών από τα επιθηλιακά κύτταρα του πνεύμονα, ανεπάρκεια του επιφανειοδραστικού παράγοντα και αναποτελεσματική ανταλλαγή αερίων (Engle et al,2007).

Συχνά προβλήματα είναι οι διαταραχές του ρυθμού της αναπνοής, όπως οι άπνοιες. Ο κανονικός αναπνευστικός ρυθμός είναι 30-60 αναπνοές το λεπτό χωρίς εισολκές κατά την εισπνοή και την εκπνοή και χωρίς γογγυσμό κατά την εκπνοή (Reuter et al,2014). Άπνοια ορίζεται η διακοπή της αναπνοής για 15-20 δευτερόλεπτα και συνοδεύεται από βραδυκαρδία (σφύξεις κάτω από 100 το λεπτό), κυάνωση ή ωχρότητα. Η άπνοια κατατάσσεται σε αποφρακτική, κεντρική και μεικτή. Η αποφρακτική χαρακτηρίζεται από αναπνευστική προσπάθεια, αλλά χωρίς είσοδο αέρα στους πνεύμονες, λόγω απόφραξης του αεραγωγού ή χαμηλού φαρυγγικού μυϊκού τόνου. Η κεντρική άπνοια χαρακτηρίζεται από έλλειψη αναπνευστικής προσπάθειας, λόγω ανωριμότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος, (Κ.Ν.Σ.) παρενέργειες φαρμάκων ή ασθένειας. Η μεικτή άπνοια είναι συνδυασμός των δύο ανωτέρων τύπων, δηλαδή παρατηρούνται αναπνευστικές προσπάθειες και τελικά παύση της αναπνοής για περισσότερο από 20 δευτερόλεπτα. Η άπνοια θα πρέπει να διαχωρίζεται από

την περιοδική αναπνοή, κατά την οποία η παύση της αναπνοής είναι μικρότερη από 10 δευτερόλεπτα και δεν συνοδεύεται ποτέ από βραδυκαρδία (Zhao et al,2011, Eichenwald, 2016).

Η πιο συχνή αιτία αναπνευστικής δυσχέρειας σε πρόωρα νεογνά είναι το Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας (Σ.Α.Δ.), λόγω της προωρότητας, της ανωριμότητας των κυψελιδικών κυττάρων τύπου 2 και της ανεπάρκειας επιφανειοδραστικού παράγοντα. Κλινικές εκδηλώσεις παρουσιάζονται αμέσως μετά τη γέννηση, με προοδευτική δύσπνοια (διάφορου βαθμού), που μπορεί να οδηγήσει σε ατελεκτασία, μειωμένη ανταλλαγή αερίων, σοβαρή υποξία και οξέωση (Luo et al,2019). Το Σ.Α.Δ. χρήζει υποστήριξης με χορήγηση επιφανειοδραστικού παράγοντα, οξυγόνου, με την εφαρμογή θετικών πιέσεων ή διασωλήνωση (Behran and Butler,2007).

Καρδιαγγειακό σύστημα

Η καρδιά του εμβρύου αρχίζει να χτυπάει την 4^η εβδομάδα κύησης και ο σχηματισμός της ολοκληρώνεται στο τέλος της 6^η εβδομάδας. Πριν τον τοκετό η ροή αίματος του εμβρύου παρακάμπτει τους πνεύμονες μέσω του αρτηριακού πόρου, γιατί η ανταλλαγή αερίων γίνεται στον πλακούντα (Behran and Butler,2007). Στα τελειόμηνα νεογνά ο αρτηριακός πόρος συστέλλεται και κλείνει τις πρώτες 72 ώρες μετά τον τοκετό. Στα πρόωρα νεογνά καθυστερεί και κλείνει τις πρώτες 96 ώρες. Αν παραμείνει ανοιχτός, η σοβαρού βαθμού αριστεροδεξιά διαφυγή αίματος, μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική δυσχέρεια, αύξηση των αναγκών σε οξυγόνο και μηχανική υποστήριξη, βρογχοπνευμονική δυσπλασία, πνευμονική και ενδοκοιλιακή αιμορραγία, περικοιλιακή λευκομαλακία, Ν.Ε.Κ.(Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα), μειωμένη νεφρική λειτουργία και εγκεφαλική παράλυση (Benitz, 2016). Αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή (η οποία μπορεί να έχει διάφορες παρενέργειες) ή χειρουργική επέμβαση (Behran and Butler,2007).

Γαστρεντερικό σύστημα

Το γαστρεντερικό σύστημα εκτός από την πέψη και την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών επιτελεί ανοσοποιητικές και ενδοκρινικές λειτουργίες. Σχηματίζεται πλήρως έως την 20^η εβδομάδα κύησης. Το έντερο συνεχίζει την ανάπτυξη του και διπλασιάζεται κατά τις τελευταίες 15 εβδομάδες της κύησης. Τα πρώτα συντονισμένα αντανακλαστικά διέγερσης της στοματικής κοιλότητας, η στροφή της κεφαλής και η κατάποση αναπτύσσονται στο έμβryo έως την 12η εβδομάδα κύησης. Παρόλα αυτά τα νεογνά κάτω των 34 εβδομάδων δυσκολεύονται να κάνουν συντονισμένες κινήσεις θηλασμού, κατάποσης και αναπνοής (Behran and Butler,2007).

Η πιο συχνή επιπλοκή είναι η διαταραχή στην αφομοίωση της τροφής, γιατί πολλά κύτταρα δεν λειτουργούν πλήρως, η χωρητικότητα του στομάχου και η κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος είναι μειωμένη και γιατί τα αντιβιοτικά που λαμβάνει το νεογνό κατά την νοσηλεία του στην Μ.Ε.Ν.Ν., καταστρέφουν χρήσιμα βακτήρια που αποικίζουν το γαστρεντερικό σύστημα μετά τον τοκετό (Behran and Butler,2007, Mung'ong'o, 2019,). Είναι πολύ σημαντικό να ξεκινά η εντερική διατροφή το συντομότερο δυνατό μετά την σταθεροποίηση της κατάστασης του νεογνού, γιατί κατά την περίοδο αστάθειας του νεογνού, η μόνη πηγή θρεπτικών συστατικών είναι η παρεντερική διατροφή (ενδοφλέβια χορήγηση υγρών: ηλεκτρολυτών,γλυκόζης,πρωτεϊνων,λιπιδίων και βιταμινών). Εξίσου σημαντικό είναι και το πρωτόγαλα, το οποίο θα πρέπει να χορηγείται εντός των πρώτων ωρών της ζωής των νεογνών, γιατί συμβάλει στη δημιουργία κατάλληλης στοματικής και γαστρικής μικροχλωρίδας και (Mangili and Garzoli, 2017).

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας των πρόωρων νεογνών οι επεμβατικές ενέργειες που διενεργούνται μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο της έναρξη και την πρόοδο της σίτισης από το στόμα. Η διασωλήνωση, ο μηχανικός αερισμός, οι αναρροφήσεις και η μακροχρόνια σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, προκαλούν αποστροφή στο νεογνό, γιατί έχει συνδέσει την περιοχή του στόματος με πόνο (Calvert, 2020).

Σοβαρή επιπλοκή αποτελεί η ΝΕΚ γιατί σχετίζεται με σοβαρή σήψη, εντερική διάτρηση, σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η εμφάνιση της σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία κύησης και το βάρος του νεογνού. Αν και η πλειονότητα των περιστατικών αντιμετωπίζονται συντηρητικά, το 20-40% θα χρειαστεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση (εκτομή τμήματος του εντέρου, κολοστομία, με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας έως και 50%). Εκδηλώνεται με γενικά σημεία σηψαιμίας, εμέτους, γαστρικά υπόλοιπα, μετεωρισμό, αιμορραγικές κενώσεις, σημεία διάτρησης του εντέρου και περιτονίτιδα. Τα νεογνά που επιβιώνουν μπορεί να εμφανίσουν βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές όπως σύνδρομο βραχέως εντέρου, χολόσταση λόγω μακροχρόνιας παρεντερικής διατροφής, παρατεταμένη νεογνική νοσηλεία, σημαντική μειωμένη ανάπτυξη και κακή μακροχρόνια νευρολογική ανάπτυξη (Gregory et al,2011).

Τα πρόωρα νεογνά συχνά εμφανίζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (Γ.Ο.Π.), λόγω μειωμένου τόνου του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. Μπορεί να συνοδεύεται από πνιγμό, άπνοια, χαμηλό κορεσμό οξυγόνου, βραδυκαρδία ή επιδείνωση της πνευμονικής νόσου. Συστήνεται συντηρητική διαχείριση της Γ.Ο.Π. (αριστερή πλευρική θέση σώματος, ανύψωση κεφαλής), γονική εκπαίδευση και χρήση φαρμακευτικής αγωγής με φειδώ λόγω

έλλειψης αποδεικτικών στοιχείων για την αποτελεσματικότητα αυτής (D'Agostino et al., 2016, Eichenwald, 2016).

Κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.)

Δεκαέξι ημέρες μετά τη σύλληψη αρχίζει ο σχηματισμός του εγκεφάλου, με αρκετές περιοχές του Κ.Ν.Σ. να συνεχίζουν να αναπτύσσονται σε όλη την περίοδο της παιδικής ηλικίας (Behran and Butler, 2007). Ο εγκέφαλος συνεχίζει να ωριμάζει και μετά τον πρόωρο τοκετό, όμως η ανάπτυξη του διαφέρει από εκείνη που θα είχε μέσα στην μήτρα, λόγω δυσμενών περιβαλλοντολογικών συνθηκών και παρεμβάσεων κατά την ιατρονοσηλευτική περίθαλψη των νεογνών. Ο κίνδυνος για νευροαναπτυξιακά προβλήματα αυξάνεται καθώς η ηλικία κύησης μειώνεται (Jois, 2019). Τα πρόωρα βρέφη κινδυνεύουν να υποστούν εγκεφαλική βλάβη κατά την κύηση, τον τοκετό και την μετάβαση στην εξωμήτρια ζωή, λόγω εξωμήτριων παραγόντων ή συνδυασμό παραγόντων κινδύνου, της προωρότητας και του ατελούς σχηματισμού του Κ.Ν.Σ. (Behran and Butler, 2007).

Παράγοντες κινδύνου:

Κατά τον τοκετό

- Μικρή ηλικία κύησης
- Βαθμολογία Apgar Score στα 10 λεπτά κάτω από 7
- Όταν το Ph του ομφαλικού αίματος αμέσως μετά τον τοκετό είναι κάτω από 7,2
- Υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια
- Σημαντικές συγγενές ανωμαλίες του νεογνού

Νεογνικές παθήσεις

- Νεφρική σηψαιμία, βρογχοπνευμονική δυσπλασία (Β.Π.Δ.), Ν.Ε.Κ.
- Επιληπτικές κρίσεις, εγκεφαλίτιδα ή μηνιγγίτιδα
- Ενδοκοιλιακή αιμορραγία
- Περικοιλιακή λευκομαλακία

Κατά την ιατρονοσηλευτική φροντίδα του νεογνού σε Μ.Ε.Ν.Ν.

- Παρατεταμένος επεμβατικός αερισμός
- Συστηματική χορήγηση στεροειδών στο νεογνό μετά την γέννηση
- Νεογνικές χειρουργικές επεμβάσεις
- Μετά την έξοδο από την Μ.Ε.Ν.Ν.
- Το ακατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον
- Τραυματικές εμπειρίες κατά την πρώιμη παιδική ηλικία
- Συναισθηματική υστέρηση (Jois, 2019).

Μπορεί να εμφανίσουν ενδοκοιλιακή αιμορραγία, υδροκέφαλο και περικοιλιακή λευκομαλακία, τα οποία έχουν σημαντικά νευροαναπτυξιακά ελλείμματα και νευροαισθητήριες διαταραχές (Λιόσης, 2011, Lien, 2020). . Όταν υπάρχει κίνδυνος πρόωρου τοκετού συστήνεται η χορήγηση στεροειδών και θειικού μαγνησίου στη μητέρα, γιατί μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης νευροαναπτυξιακών προβλημάτων (Jois, 2019).

Η υποξαιμική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια (Υ.Ι.Ε.), μπορεί να είναι αποτέλεσμα ενός παρατεταμένου ή σοβαρού επεισοδίου ασφυξίας πριν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η ασφυξία οδηγεί σε υποξαιμία, ισχαιμία και υπογλυκαιμία, τα οποία με τη σειρά τους έχουν σαν αποτέλεσμα την νέκρωση των κυττάρων και των περιοχών του εγκεφάλου που επηρεάστηκαν και πολυοργανική δυσλειτουργία. Στα πρόωρα νεογνά η Υ.Ι.Ε. εξαρτάται από την σοβαρότητα, την ένταση και την διάρκεια της ασφυξίας και την ανωριμότητα του εγκεφάλου (Goragondanahalli et al,2016).

Διαγνωστικά χαρακτηριστικά της περιγεννητικής ασφυξίας είναι τα εξής:

- Ph ομφαλίου αίματος κάτω από 7
- Apgar score από 0 έως 3 στο πέμπτο λεπτό
- Νευρολογικές εκδηλώσεις όπως σπασμοί, υποτονία, κώμα κ.α.
- Δυσλειτουργία άλλων οργάνων (καρδιά, πνεύμονες, νεφροί , ήπαρ) (Gebregziabher et al,2020).

Η διαφορική διάγνωση της Υ.Ι.Ε. από άλλους αιτιολογικούς παράγοντες (χοριοαμνιονίτιδα), είναι πολύ δύσκολη στα πρόωρα νεογνά (Goragondanahalli et al,2016).

Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση ασφυξίας είναι οι εξής:

Πριν τον τοκετό:

- Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης και πλακουντιακή ανεπάρκεια
- Διαβήτης κύησης
- Υπερτασικές διαταραχές (υπόταση μητέρας ή προεκλαμψία)
- Παράταση της κύησης ή προωρότητα
- Αναιμία

Κατά τον τοκετό:

- Ανώμαλη προβολή ή κεφαλοπυελική δυσαναλογία
- Εργώδης τοκετός
- Αποκόλληση πλακούντα
- Πρόπτωση ομφαλίδας (Berhe et al, 2020).

Ανοσοποιητικό σύστημα

Το ανοσοποιητικό σύστημα του εμβρύου και της μητέρας αλληλεπιδρούν κατά την διάρκεια της κύησης. Το ανοσοποιητικό σύστημα του εμβρύου συμβάλλει στη διατήρηση της κύησης, στη μείωση της πιθανότητας επίθεσης από το μητρικό ανοσοποιητικό σύστημα, στην προετοιμασία του εμβρύου για τον τοκετό και την επιβίωση του στο εξωμήτριο περιβάλλον. Κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, αντισώματα από τη μητέρα μεταφέρονται διαμέσου του πλακούντα στο έμβρυο. Διαταραχές στην αλληλεπίδραση μεταξύ των ανοσοποιητικών συστημάτων μητέρας-εμβρύου και διάφορες λοιμώξεις (πνευμονία, σήψη, μηνιγγίτιδα ή λοιμώξεις του ουροποιητικού), μπορεί να προκαλέσουν εμβρυική δυσπραγία, εμβρυικό ή μητρικό θάνατο και πρόωρο τοκετό. Η προσβολή μπορεί να συμβεί κατά τον τοκετό ή την νοσηλεία του νεογνού, μέσω του δέρματος, του γαστρεντερικού συστήματος ή των πνευμόνων. Πολύ σοβαρή επιπλοκή αποτελεί η σηψαιμία καθώς οδηγεί σε κατάρρευση διάφορων συστημάτων του νεογνού, Β.Π.Δ., Ν.Ε.Κ. και εγκεφαλική βλάβη (Behran and Butler,2007).

Νεφροί

Η ανάπτυξη των νεφρών στο έμβρυο ολοκληρώνεται κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Η διακοπή της οργανογένεσης λόγω του πρόωρου τοκετού και η προσαρμογή της ανάπτυξης τους στο εξωμήτριο περιβάλλον έχει άμεσες, βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις (Stritzke et al,2017). Μπορεί να εμφανίσουν πολυουρία (η οποία υποχωρεί την δεύτερη εβδομάδα της ζωής τους), νεφρική δυσλειτουργία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια,. Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην υπολειτουργία των νεφρών είναι: η καρδιαγγειακή αποσυμπίεση, η υπόταση, η ασφυξία, η αιμορραγία, η σήψη, ο ανοιχτός αρτηριακός πόρος ή ως παρενέργεια διάφορων φαρμάκων (Bennet et al, 2006, Stritzke et al,2017).

Αιματολογικό σύστημα

Τα πρόωρα νεογνά συνήθως εμφανίζουν αναιμία, λόγω της μικρής ηλικίας κύησης, της ανωριμότητας του αιμοποιητικού συστήματος και των συχνών λήψεων αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις. Αντιμετωπίζεται με μετάγγιση αίματος ή με χορήγηση ανθρώπινης ερυθροποιητίνης (Hasanbegovic et al,2016).

Ωτακουστικό σύστημα

Ο ακουστικός πόρος αρχίζει να αναπτύσσεται μετά την 6^η εβδομάδα κύησης και ολοκληρώνεται στο τέλος της 20^η εβδομάδας. Παράγοντες κινδύνου για νεογνικές διαταραχές της ακοής αποτελούν η κληρονομικότητα, οι λοιμώξεις, η περιγεννητική ασφυξία, διάφορα φάρμακα και η τεχνική υποστήριξη της αναπνοής. Η έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων ακοής, στα πρώτα δύο χρόνια της ζωής, είναι καίριας σημασίας στην πρόληψη διαταραχών της

εκφραστικής ομιλίας και της γλωσσικής ανάπτυξης. Συνήθως τελείται ανίχνευση της απόκρισης της ακοής σε όλα τα νεογέννητα (Behran and Butler,2007).

Οφθαλμοί

Η οργανογένεση των οφθαλμών ξεκινάει την 5^η με 6^η εβδομάδα της κύησης και οι οφθαλμοί είναι αρκετά καλά σχηματισμένοι κατά την 22^η με 25^η εβδομάδα. Παρόλα αυτά μια μεμβράνη της κόρης που καλύπτει την πρόσθια αγγειακή κάψουλα του φακού εξαφανίζεται κατά την 34^η εβδομάδα, η αγγείωση του αμφιβληστροειδή ολοκληρώνεται στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης και η οπτική οξύτητα αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας κύησης (Behran and Butler,2007).

Τα πιο συχνά προβλήματα της προωρότητας είναι η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας, η εγκεφαλική οπτική δυσλειτουργία (μετά από εγκεφαλική βλάβη) και οι διαθλαστικές διαταραχές όπως: μυωπία, στραβισμός, αμβλυωπία, αστιγματισμός, και στραβισμός.

Η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας μπορεί να οφείλεται σε ανωριμότητα του αμφιβληστροειδή, υποξία, υπεροξία, οξέωση, σήψη, και διαταραχές της αρτηριακής πίεσης. Αντιμετωπίζεται με κρυοθεραπεία ή λέιζερ (Behran and Butler,2007). Στα πλαίσια της θεραπείας με λέιζερ μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές όπως: καταρράκτης, γλαύκωμα, ουλές, παραμόρφωση του αμφιβληστροειδούς και απώλεια όρασης (Vijayalakshmi and Gilbert, 2017).

Ήπαρ

Λόγω ανεπάρκειας των ηπατικών ενζύμων, ανεπαρκή αποθέματα γλυκογόνου και των ενζύμων που συμμετέχουν στον μεταβολισμό της γλυκόζης, τα πρόωρα είναι επιρρεπή στην εμφάνιση υπερχολιθριναιμίας και υπογλυκαιμίας (Engle et al, 2007).

Δέρμα

Το δέρμα είναι σημαντικό γιατί βοηθάει στην θερμορύθμιση, στην πρόληψη από μολύνσεις και στην ισορροπία των υγρών. Στα πρόωρα νεογνά το δέρμα είναι διαφανές και ευαίσθητο (τραυματίζεται πολύ εύκολα με την επαφή ή τους ενδοφλέβιους καθετήρες), δεν παρέχει προστασία κατά των μολύνσεων και επιτρέπει μεγάλη απώλεια υγρών (Behran and Butler,2007).

Ψυχολογική υποστήριξη γονέων

Η φροντίδα των νεογνών που νοσηλεύονται σε Μ.Ε.Ν.Ν., περιλαμβάνει και την ψυχολογική υποστήριξη και προετοιμασία των γονέων και της οικογένειας να δεχτούν το νεογνό με ή χωρίς προβλήματα.

Ο πρόωρος τοκετός και η γέννηση ενός νεογνού με προβλήματα υγείας, ανατρέπουν την ευχάριστη πορεία της εγκυμοσύνης και την προετοιμασία των γονέων να υποδεχτούν το νέο μέλος της οικογένειας με χαρά. Οι ευτυχισμένες στιγμές του ζευγαριού αντικαθίστανται από στιγμές αγωνίας για την κατάσταση το νεογνού που νοσηλεύεται (Doering et al, 1999, Veronez et al, 2017).

Η παραμονή του νεογνού σε Μ.Ε.Ν.Ν .διαταράσσει το δεσμό μητέρας-παιδιού, μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα ψυχικής υγείας της μητέρας (κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες) και να επηρεάσει την προσκόλληση του νεογνού στη μητέρα του και κατ' επέκταση την ανάπτυξη του (Anderson and Cacola, 2017).

Πολλά από τα πρόωρα νεογνά μετά την έξοδό τους από την Μ.Ε.Ν.Ν., συνεχίζουν να εμφανίζουν προβλήματα και η υγεία τους ενέχει περισσότερους κινδύνους σε σχέση με ένα τελειόμηνο νεογνό. Οι οικογένειες των νεογνών αυτών πρέπει να διαχειρίζονται τα προβλήματα αυτά και ίσως για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η φροντίδα ενός πρόωρου νεογνού στο σπίτι απαιτεί συνεχή επαγρύπνηση, εξειδικευμένη φροντίδα και κατ' οίκον επιβαρύνσεις. Οι γονείς για να ανταπεξέλθουν απομονώνονται κοινωνικά και η εργαζόμενη μητέρα αναγκάζεται να διακόψει την εργασίας της με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής του ζευγαριού και της οικογένειας. Έρευνες έχουν δείξει ότι αυτός ο αντίκτυπος ελαχιστοποιείται όταν οι γονείς συμμετέχουν σε προγράμματα κοινωνικής και οικονομικής υποστήριξης (Lakshmanan et al,2017).

ΕΞΟΔΟΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ Μ.Ε.Ν.Ν.

Η απόφαση για την έξοδο ενός νεογνού υψηλού κινδύνου από μια Μ.Ε.Ν.Ν. δεν είναι εύκολη υπόθεση αλλά περίπλοκη, γιατί εξαρτάται από διάφορους παράγοντες και πρέπει να στηρίζεται σε επιστημονικά στοιχεία. Η πρόωρη έξοδος ενός νεογνού αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας και νοσηρότητας, ενώ αντίθετα μειώνει την έκθεση του νεογνού σε κινδύνους, από την παραμονή του στο νοσοκομείο (ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις) και μειώνει τον χρόνο αποχωρισμού από την οικογένεια του.

Βασικά στοιχεία εξόδου:

- Φυσιολογική σταθερότητα
- Ικανοποιητικός ρυθμός αύξησης
- Ικανότητα θερμορύθμισης
- Ικανότητα σίτισης, χωρίς επιβάρυνση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας
- Προετοιμασία γονέων για τη φροντίδα του νεογνού στο σπίτι
- Προγραμματισμός παρακολούθησης νεογνού μετά την έξοδο από το νοσοκομείο

- Ειδική μέριμνα για την έξοδο των νεογνών που χρήζουν ειδικής υγειονομικής περίθαλψης κατ' οίκον (American Academy of Pediatrics, 2008).

Όσον αφορά στον επαγγελματία υγείας που αναλαμβάνει την παρακολούθηση του νεογνού μετά την έξοδο του από την Μ.Ε.Ν.Ν., θα πρέπει να είναι ενήμερος για τα προβλήματα του νεογνού, να ανιχνεύει καινούρια, να συντονίζει την συνεργασία υποειδικοτήτων απαραίτητων για τη φροντίδα του νεογνού και να παρέχει συνεχή πληροφόρηση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη στην οικογένεια (Committee on Practice and Ambulatory Medicine, 1996).

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:

Τις τελευταίες δεκαετίες το ποσοστό επιβίωσης των πρόωρων νεογνών έχει αυξηθεί, ωστόσο τα νεογνά αυτά συνεχίζουν να παρουσιάζουν προβλήματα υγείας και μετά την έξοδο τους από την Μ.Ε.Ν.Ν. Εμφανίζουν υψηλά ποσοστά επανεισαγωγών κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής τους (Blackburn, 1995) και αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας, τόσο κατά την παιδική ηλικία όσο και στην ενηλικίωση. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της επίδρασης της προωρότητας στη μετέπειτα ζωή είναι ζωτικής σημασίας για την λήψη ιατρικών αποφάσεων και την αξιολόγηση της απόδοσης μιας Μ.Ε.Ν.Ν. (Crilly et al,2020).

Αναπνευστικό σύστημα

Τα πρόωρα νεογνά κατά το πρώτο έτος της ζωής τους είναι επιρρεπή σε λοιμώξεις του αναπνευστικού (Blackburn, 1995). Ιδιαίτερα αυτά με Β.Π.Δ., γιατί επιβιώνουν με σημαντικές επιπτώσεις, γιατί η λειτουργία των πνευμόνων τους δεν είναι φυσιολογική (Eber and Zach, 2001) και είναι πολύ εύκολη η εξέλιξη μιας απλής ιογενούς λοίμωξης σε βρογχιολίτιδα ή βρογχοπνευμονία (Blackburn, 1995). Η Β.Π.Δ. είναι μία χρόνια διαταραχή που οφείλεται στην ανωριμότητα των πνευμόνων, σε τραυματισμούς και ουλές που προκλήθηκαν από λοιμώξεις, στην χορήγηση υψηλών συγκεντρώσεων οξυγόνου και στον αερισμό με θετικές πιέσεις (Behran and Butler,2007). Συμβάλει στην αύξηση του ποσοστού των επανεισαγωγών έως και 5%, λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας, που σχετίζεται με λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και εμφάνιση καρδιαγγειακών επιπλοκών, όπως συστηματική υπέρταση και υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας (Eber and Zach, 2001).Υπάρχει ανησυχία εμφάνισης αποφρακτικής πνευμονοπάθειας στην ενηλικίωση (κίνδυνος που αυξάνεται περισσότερο με το κάπνισμα), συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, άσθματος και προβλημάτων ανάπτυξης και νευροαναπτυξιακών αναπηριών (Blackburn, 1995, Eber and Zach, 2001, Behran and Butler, 2007).

Νευροαναπτυξιακά προβλήματα

Τα πρόωρα νεογνά χρήζουν συστηματικής και τακτικής παρακολούθησης για νευροαναπτυξιακές διαταραχές, γιατί η έγκαιρη διάγνωση είναι πολύ σημαντική στην αντιμετώπιση και εξέλιξη των διαταραχών αυτών. Τέτοια προβλήματα είναι η εγκεφαλική παράλυση, η κώφωση, η τύφλωση, η γνωστική καθυστέρηση, οι διαταραχές του φάσματος αυτισμού και συναισθηματικών συμπεριφορών (Jois, 2019).

Γαστρεντερικό σύστημα

Σύνδρομο Βραχέως Εντέρου (Σ.Β.Ε.): Πρόκειται για ένα σύνδρομο δυσαπορρόφησης του εντέρου ως αποτέλεσμα χειρουργικής αφαίρεσης σημαντικού μέρους του λεπτού εντέρου ή λόγω συγγενούς νόσου του λεπτού εντέρου (Duro et al, 2008). Είναι μια ασθένεια με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, Συνήθεις επιπλοκές αποτελούν η αδυναμία ανάπτυξης των νεογνών, η μακροχρόνια χορήγηση παρεντερικής διατροφής, η εμφάνιση ηπατικής νόσου, σήψης, μεταβολικών και ηλεκτρολυτικών διαταραχών και η αυξημένη ανάπτυξη βακτηρίων στο έντερο. Αντιμετωπίζεται συντηρητικά με τη χορήγηση παρεντερικής διατροφής και άμεση έναρξη εντερικής διατροφής, χορήγηση παραγόντων που βελτιώνουν την προσαρμογή του εντέρου και χειρουργικά με μεταμόσχευση ή επιμήκυνση του εναπομείναντος εντέρου (Gutierrez et al, 2011).

Ουροποιητικό σύστημα

Τα πρόωρα νεογνά έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν μεταβολική νόσο ή χρόνιες νεφρικές δυσλειτουργίες στη μετέπειτα ζωή τους, γι' αυτό συστήνεται η παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας καθ' όλη την διάρκεια της νοσηλείας τους στην Μ.Ε.Ν.Ν. και μετά την έξοδο τους από αυτή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συνήθεις προβλήματα είναι ο κίνδυνος εμφάνισης νεφροκαλκίνωσης, λειτουργικών και δομικών νεφρικών διαφορών σε σχέση με τα τελειόμηνα νεογνά και μικροαγγειακή ενδοθηλιακή δυσλειτουργία (Stritzke et al, 2017).

Χειρουργικά προβλήματα

Συχνά εμφανίζουν βουβωνοκήλες λόγω αδυναμίας των μυών οι οποίες αντιμετωπίζονται χειρουργικά όταν το νεογνό ζυγίζει πάνω από 8 κιλά.

Κοσμητικά προβλήματα

Πρόκειται για δυσμορφίες, ρικνωτικές ουλές ή παραμορφώσεις, που προκλήθηκαν από επεμβατικούς ή μη χειρισμούς κατά τη νοσηλεία των νεογνών. Συνήθως είναι αποτέλεσμα ισχαιμικών και νεκρωτικών βλαβών από εφαρμογή ενδοφλέβιων καθετήρων (για την έγχυση διαλυμάτων), παραμόρφωση της κεφαλής από παρατεταμένο κλινοστατισμό, διάτρηση της υπερώας ή έλλειψη δοντιών από την διασωλήνωση. Ορισμένες από αυτές με την πάροδο του χρόνου δεν είναι τόσο αισθητές και κάποιες είναι μόνιμες (Blackburn, 1995).

5.8. ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (IUGR: Intra- Uterine Growth Retardation)

Η φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση μητρικού, πλακουντιακού και εμβρυικού περιβάλλοντος. Μια αλλαγή στην ισορροπία αυτού του συστήματος μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό της ενδομήτριας ανάπτυξης (Sankaran and Kyle, 2009), με βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο αντίκτυπο στην ανάπτυξη και την υγεία του νεογνού (Priante et al, 2019).

Ένα έμβρυο χαρακτηρίζεται ως I.U.G.R. όταν δεν μπορεί να επιτύχει το γενετικά καθορισμένο δυνητικό του μέγεθος (Priante et al, 2019). Έχει περιγραφεί και ως μείωση ή απόκλιση από τον αναμενόμενο ρυθμό ανάπτυξης για αυτό το συγκεκριμένο έμβρυο (Sharma et al, 2016). Διαπιστώνεται προγεννητικά και επιβεβαιώνεται από τεκμηριωμένο μικρότερο ρυθμό ανάπτυξης, λόγω πολλαπλών δυσμενών επιδράσεων, όπως λοιμώξεις, γενετικές ανωμαλίες ή μειωμένη αιματική ροή του πλακούντα (Priante et al, 2019).

Τα I.U.G.R. διακρίνονται σε συμμετρικά, ασύμμετρα και μεικτά, ανάλογα με την ηλικία κύησης που εμφανίζεται η ενδομήτρια καθυστέρηση. Όταν εμφανίζεται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, συνήθως το νεογνό είναι συμμετρικό ενώ μετά την 30^η εβδομάδα κύησης, το νεογνό είναι ασύμμετρο. Αν εμφανιστεί τον τελευταίο μήνα της κύησης, αναμένεται ένα νεογνό μεικτού τύπου, με ελαττωμένη αποθήκευση εμβρυικού λίπους, επιβράδυνση της ανάπτυξης του βάρους του εμβρύου και με μικρή ή καθόλου μείωση του ύψους (Villar and Belizan, 1982, Suhag and Berghella, 2013).

Συχνά το I.U.G.R. συγχέεται με το μικρό για την ηλικία κύησης νεογνό (S.G.A.: Small for Gestation) ή το νεογνό με χαμηλό βάρος γέννησης (L.B.W.: Low Birth Weight). Ένα "φυσιολογικό" νεογνό έχει βάρος μεταξύ της 10^{ης} με 90^{ης} εκατοστιαίας θέσης, σύμφωνα με την ηλικία κύησης, το φύλο του νεογνού, τη φυλή και δεν φέρει χαρακτηριστικά υποσιτισμού ή καθυστέρησης της ανάπτυξης. Το I.U.G.R. αναφέρεται σε έμβρυα που εμφανίζουν ενδομήτρια καθυστέρηση και γεννιούνται με κλινικά χαρακτηριστικά υποσιτισμού, ανεξάρτητα από την εκατοστιαία θέση του βάρους γέννησης τους. Το S.G.A. αναφέρεται σε νεογνά, τα οποία μετά τη γέννηση το βάρος τους είναι κάτω από την 10^η εκ. θέση ή η περιφέρεια της κοιλιάς τους είναι μικρότερη από την 3^η εκ. θέση για την ηλικία κύησης, λαμβάνοντας υπ' όψιν μόνο αυτά τα χαρακτηριστικά και όχι την ενδομήτρια ανάπτυξή τους ή τα κλινικά χαρακτηριστικά τους κατά την γέννηση. Το L.B.W. αναφέρεται σε νεογνά που το

βάρος τους είναι κάτω από 2500γρ. ανεξάρτητα από την ηλικία κύησης, το φύλο, τη φυλή και τα κλινικά χαρακτηριστικά.

Η συχνότητα γέννησης I.U.G.R. νεογνών είναι έξι φορές μεγαλύτερη στις υποανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες σε σχέση με τις αναπτυγμένες, ενώ στις χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερη, αλλά δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα (πολλοί τοκετοί διενεργούνται κατ' οίκον, χωρίς να τηρούνται αρχεία) (Sharma et al,2016).

5.8.1. Αιτίες εμφάνισης I.U.G.R. νεογνών

Οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση I.U.G.R. νεογνών μπορεί να είναι από τη μητέρα, το έμβρυο ή τον πλακούντα και είναι οι εξής:

- Μητρικοί παράγοντες
 - Η ηλικία της μητέρας (κάτω των 16 και άνω των 35 ετών)
 - Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση
 - Η εθνικότητα ή η φυλή
 - Το υψηλό υψόμετρο και η υποξία της μητέρας (φτωχή αιματική ροή του πλακούντα, λόγω μειωμένου όγκου αίματος και μειωμένης ικανότητας μεταφοράς οξυγόνου)
 - Κατάχρηση ουσιών
 - Μέτρια ως βαριά σωματική εργασία
 - Μικρό χρονικό διάστημα μεταξύ των κυήσεων (κάτω από 6 μήνες ή πάνω από 120 μήνες)
 - Φαρμακευτική αγωγή της μητέρας με στεροειδή, αντισπασμωδικά, αντινεοπλασματικά κ.α.
 - Ιστορικό γέννησης S.G.A. νεογνού
 - Δείκτης μάζας σώματος της μητέρας κάτω από 20 (βάρος σώματος της μητέρας κάτω από 45 κιλά και άνω των 75 κιλών)
 - Κακή ιατρική παρακολούθηση κατά την κύηση
 - Υποσιτισμός της μητέρας
 - Υποβοηθούμενη αναπαραγωγική τεχνολογία
 - Παθήσεις της μητέρας όπως βρογχικό άσθμα, συγγενείς καρδιοπάθειες, υπερτασικές διαταραχές, διαβήτη που σχετίζεται με αγγειοπάθεια, χρόνια νεφρική νόσο και αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο

- Παθολογικές καταστάσεις κατά την κύηση όπως προεκλαμψία ή διαβήτης
- Μητρικές λοιμώξεις (T.O.R.C.H.:Toxoplasma gondii, Other, Rubella, Cytomegalovirus and Herpes simplex II, φυματίωση, ελονοσία, λοιμώξεις του ουροποιητικού κ.α.) (Kramer,1987, Sharma et al,2016).
- Εμβρυικοί παράγοντες
 - Χρωμοσωμικές ανωμαλίες (τρισωμία 13,18,21)
 - Γενετικά σύνδρομα (σύνδρομο Bloom, Russell-Silver κ.α.)
 - Συγγενείς ανωμαλίες (γαστρόσχιση συγγενείς καρδιοπάθειες, συγγενής διαφραγματοκήλη, τραχειο-οισοφαγικό συρίγγιο)
 - Πολύδυμη κύηση
 - Συγγενείς λοιμώξεις
 - Μεταβολικές διαταραχές (αγενεσία παγκρέατος, γαλακτοζαιμία) (Kesavan and Devaskar, 2019).
- Αιτίες από τον πλακούντα
 - Μικρός πλακούντας (βάρος κάτω από 350γρ.)
 - Μη φυσιολογική αγγείωση του πλακούντα
 - Δυσλειτουργία του πλακούντα
 - Παθολογία της μήτρας που σχετίζεται με θρομβοφιλία
 - Πολλαπλά έμφρακτα του πλακούντα
 - Χρόνιες φλεγμονώδεις βλάβες
 - Μονή ομφαλική αρτηρία
 - Αιμαγγείωμα του πλακούντα
 - Πλακουντιακές λοιμώξεις (ελονοσία)
 - Πολύδυμη κύηση
 - Αληθείς κόμβοι ομφαλίου λώρου
 - Αποκόλληση του πλακούντα
 - Ανώμαλη πρόσφυση του πλακούντα (Sharma et al,2016).
- Ενδοκρινικοί παράγοντες

Η ανάπτυξη του εμβρύου εξαρτάται από διάφορες ορμόνες όπως η ινσουλίνη, οι ορμόνες του θυρεοειδή αδένος, των επινεφριδίων και της υπόφυσης. Οι ορμόνες αυτές συμβάλουν στην ανάπτυξη του εμβρύου και οποιαδήποτε διαταραχή μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση της ανάπτυξης του (Street and Bernasconi, 2020).

5.8.2. Κλινικά χαρακτηριστικά των I.U.G.R. νεογνών

Συνήθως εμφανίζουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Απουσία σωματικού λίπους (φαίνεται σαν "γέρος")
- Μεγάλο κεφάλι σε σύγκριση με το σώμα
- Σκαφοειδής ή μικρή κοιλιά
- Λεπτός ομφάλιος λώρος
- Μειωμένη μάζα σκελετικού μυός και υποδόριου λίπους
- Ξηρό, χαλαρό και "ξεφλουδισμένο" δέρμα
- Μακριά νύχια
- Μεγάλα χέρια και πόδια σε σχέση με το υπόλοιπο σώμα
- Ατελής σχηματισμός θηλών και ανώριμα γυναικεία γεννητικά όργανα (Sharma et al,2016).

5.8.3. Επιπλοκές

Τα I.U.G.R. θεωρούνται νεογνά υψηλού κινδύνου, γιατί μπορεί να εμφανίσουν σοβαρές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές

Βραχυπρόθεσμες επιπλοκές:

- Περιγεννητική ασφυξία
- Περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα
- Εισρόφηση μηκωνίου λόγου της χρόνιας υποξίας
- Πνευμονική υπέρταση
- Υποθερμία λόγω ελαττωμένου μυϊκού λίπους και διαταραχών της θερμορύθμισης
- Υπογλυκαιμία
- Πολυκυτταραιμία
- Ίκτερο
- Δυσκολίες στη σίτιση
- Δυσανεξία στις τροφές
- N.E.K.
- Σηψαιμία
- Πνευμονική αιμορραγία
- Χαμηλή φερριτίνη ορού (Kesavan and Devaskar, 2019).

Μακροπρόθεσμες επιπλοκές:

- Φυσική ανάπτυξη: Τα συμμετρικά I.U.G.R. είναι μικρά μετά τον τοκετό και παραμένουν μικρά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Τα ασύμμετρα έχουν καλή πρόγνωση και καλή ανάπτυξη.
- Νευροαναπτυξιακή ανάπτυξη: Τα I.U.G.R. νεογνά μπορεί να εμφανίσουν διάφορου βαθμού γνωστικές και νευροαναπτυξιακές διαταραχές, δυσκολίες στο σχολείο, προβλήματα συμπεριφοράς, υπερκινητικότητα, κακή αντιληπτική απόδοση, χαμηλά επίπεδα νοημοσύνης και κινητική ανικανότητα.
- Εμφάνιση ασθενειών στην ενηλικίωση λόγω επιγενετικών μεταβολών: Αυτές αφορούν διαταραχές της ψυχικής υγείας, ανοσολογικές διαταραχές, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, μεταβολικό σύνδρομο X, παχυσαρκία, νεφρική νόσο, ισχαιμική καρδιακή νόσο ή εγκεφαλικά επεισόδια, ηπατική νόσο, υπερχοληστερολαιμία, καρκίνο των μαστών, των ωοθηκών ή των πνευμόνων (Sharma et al,2016).

5.8.4. Αντιμετώπιση των I.U.G.R. νεογνών

Η αντιμετώπιση της ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης αρχίζει με το προσδιορισμό της χρονικής προσβολής (πρώτο τρίμηνο, τελευταίο μήνα), τον τύπο του I.U.G.R. και της αιτιολογίας. Αρχικά συστήνεται στενή παρακολούθηση της ευημερίας των I.U.G.R. εμβρύων (με υπέρηχο και καρδιοτοκογραφία), λόγω υψηλής νεογνικής και μητρικής θνησιμότητας και προγραμματισμός του τοκετού σε τρίτοβάθμια μονάδα υγείας.

Ακολουθεί αντιμετώπιση των άμεσων επιπλοκών, που χρήζουν άμεσης παρέμβασης, αμέσως μετά τον τοκετό και στη συνέχεια θα πρέπει να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για να αποφευχθούν ή να ανιχνευθούν (έγκαιρα) μακροχρόνια επακόλουθα. Αυτά περιλαμβάνουν ανθρωπομετρικές μετρήσεις κάθε 3 μήνες τον πρώτο χρόνο ζωής και στη συνέχεια κάθε 6 μήνες, ετήσιες μετρήσεις αρτηριακής πίεσης, μέτρα πρόβλεψης μεταβολικού συνδρόμου ή καρδιαγγειακής νόσου, στενή παρακολούθηση του B.M.I., γλυκόζη νηστείας, λιπιδίων, πρώιμη εκπαίδευση για υγιεινό τρόπο ζωής (διατροφή και άσκηση) και θεραπεία με αυξητική ορμόνη, όπου κρίνεται απαραίτητο μετά από ενδοκρινολογική εκτίμηση (Kesavan and Devaskar, 2019).

5.9. ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟ ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (L.B.W.)

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2010) ως L.B.W. ορίζεται το νεογνό που φέρει βάρος γέννησης κάτω από 2500 γραμμάρια και συγκεκριμένα διακρίνονται σε πολύ χαμηλού βάρους γέννησης (V.L.B.W.:Very Low Birth Weight), κάτω από 1500 γραμμάρια και σε εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά (E.L.B.W.: Extremely Low Birth Weight), κάτω από 1000 γραμμάρια.

Το βάρος γέννησης ενός νεογνού αποτελεί σημαντικό δείκτη υγείας για το ίδιο και την μητέρα του. Προσδιορίζει την καλή υγεία της μητέρας, αν ακολουθεί σωστές διατροφικές συνήθειες ή υποσιτίζεται λόγω φτώχειας και αν ακολουθεί καλή προγεννητική φροντίδα και περίθαλψη. Όσον αφορά στο νεογνό σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο νεογνικής θνησιμότητας, εμφάνισης χρόνιων παθήσεων, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα και διαβήτη και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νευροαναπτυξιακών και γλωσσικών διαταραχών. Επιπλέον τα L.B.W. νεογνά θηλυκού γένους, διατρέχουν τον κίνδυνο γέννησης νεογμών χαμηλού βάρους (WHO, 2004, Cutland et al, 2017).

Παράγοντες κινδύνου για L.B.W. νεογνά:

- Προωρότητα
- Καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης (WHO, 2006)
- Κακές διατροφικές συνήθειες και υποσιτισμός
- Ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα (WHO, 2004)
- Κατάχρηση βλαπτικών ουσιών
- Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας
- Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- Μητρικές λοιμώξεις κατά την κύηση (π.χ. ελονοσία, H.I.V. :Human Immunodeficiency Virus)
- Παθήσεις της μητέρας (όπως αναιμία ή καρδιακά προβλήματα)
- Χαμηλός δείκτης μάζας σώματος (B.M.I.) της μητέρας
- Μικρό διάστημα μεταξύ δύο κυήσεων
- Ιστορικό γέννησης L.B.W. νεογμών (Khan et al,2014)
- Μητέρα σε μεγάλη ηλικία (Tshotetsi et al, 2019).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα (Tsimpos and Verropoulou, 2011, Zografaki et al, 2018, Sdoni et al, 2018), στην Ευρώπη (Racape et al, 2016) και στις Η.Π.Α. (Page, 2004), κατέγραψαν χαμηλότερο κίνδυνο προωρότητας και

γέννησης νεογνών χαμηλού βάρους σε γυναίκες μετανάστριες σε σύγκριση με τις εγγενείς γυναίκες, με πιθανές εξηγήσεις την τήρηση πιο υγιεινών συμπεριφορών διατροφής, μειωμένη κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, θρησκευτικών αντιλήψεων και προγραμμάτων κοινωνικής υποστήριξης.

Τα πρόωρα, τα νεογνά με ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης και με χαμηλό βάρος γέννησης, αποτελούν ισχυρούς προσδιοριστικούς παράγοντες της έκβασης μιας κύησης, γιατί πρόκειται για νεογνά υψηλού κινδύνου με σοβαρές βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες επιπλοκές, καθ' όλη τη διάρκεια της μετέπειτα ζωής τους. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, οι πολυδιάστατες επιπτώσεις στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (εισόδημα, ανεργία, φτώχεια, κοινωνικό αποκλεισμό, οικογένεια, ψυχική υγεία), μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές των περιγεννητικών παραμέτρων, με αύξηση της προωρότητας, των νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης και με ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης.

Η ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα λόγω φτώχειας, ανεργίας, χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επίπεδου, συγχώνευση των δομών υγείας ή υποχρηματοδότηση αυτών, μπορεί να προκαλέσει καθυστερημένη διάγνωση μιας κύησης υψηλού κινδύνου, με αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού των επιπλοκών αυτής και κατά επέκταση την αύξηση της περιγεννητικής και μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η ελλιπής προγεννητική φροντίδα σε συνδυασμό με την οικονομική δυσχέρεια και την αδυναμία ικανοποίησης βασικών αναγκών της εγκύου, μπορεί να οδηγήσει σε κακή ψυχική υγεία, σε ανθυγιεινή και μη ισορροπημένη διατροφή ή υποσιτισμό, και σε κατανάλωση βλαπτικών ουσιών, με σοβαρά αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία της εγκύου και του εμβρύου.

Σε περιόδους οικονομικής ύφεσης παρατηρείται αύξηση της ηλικίας μητρότητας, λόγω αναβολής της απόφασης για τεκνοποίηση ή για λήψη θεραπείας γονιμότητας εξαιτίας της οικονομικής αβεβαιότητας. Η ηλικία όμως της μητέρας είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις περιγεννητικές παραμέτρους και συμβάλλουν στην γέννηση πρόωρων, νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης ή με ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης.

Σε μια Ελλάδα που γηράσκει, με τον αριθμό των γεννήσεων να μειώνεται συνεχώς μετά τα μέτρα λιτότητας και δημοσιονομικής πολιτικής και το δείκτη γονιμότητας να παραμένει κάτω από το επίπεδο ανανέωσης γενεών, δημιουργήθηκε η ανάγκη έρευνας των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην έκβαση των κυήσεων, με καθοριστικούς περιγεννητικούς παράγοντες τα πρόωρα και I.U.G.R. νεογνά. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης θα πρέπει να διαφυλαχθεί η ύστατη πηγή ζωής της χώρας και αυτή είναι οι πολίτες της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.1. ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην κύηση και στην έκβαση της κύησης, καθώς και στον τοκετό σε συνδυασμό με πρόωρες γεννήσεις και το βάρος γέννησης των νεογνών.

6.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Να διερευνηθεί η ύπαρξη συσχέτισης διάφορων δημογραφικών παραγόντων με τον τρόπο τοκετού (φυσιολογικός- επεμβατικός τοκετός και καισαρική τομή), την προωρότητα και το βάρος γέννησης των νεογνών.

Να διερευνηθεί η ύπαρξη συσχέτισης της οικονομικής κρίσης με την προωρότητα, τον τρόπο τοκετού, την ηλικία μητρότητας και το βάρος γέννησης ενός νεογνού.

6.3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

6.3.1. Το δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτελούν 301 γυναίκες που γέννησαν στο Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο και τα νεογνά αυτών (308 νεογνά) κατά τα έτη 2006,2011,2019.

6.3.2. Κριτήρια επιλογής

Για την μελέτη των περιγεννητικών παραμέτρων και των πιθανών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, ορίστηκαν τρεις περίοδοι: προ κρίσης (2006), κατά την κρίση (2011), μετά την κρίση (2019). Η συλλογή των δεδομένων αφορούσε μόνο γυναίκες, που γέννησαν στο Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, ως αντιπροσωπευτικό τριτοβάθμιο νοσοκομείο, το οποίο καλύπτει σε μαιευτικές υπηρεσίες υγείας όλη τη Βόρεια Ελλάδα.

6.3.3. Μεθοδολογία

Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη, που κάλυψε περιόδους προ, κατά και μετά την κρίση (2006,2011,2019) και πραγματοποιήθηκε στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο.

Για την συλλογή των δεδομένων αιτήθηκε και χορηγήθηκε άδεια από τον Διευθυντή της Β' Μαιευτικής- Γυναικολογικής κλινικής Α.Π.Θ., τον Διευθυντή της Γ' Μαιευτικής- Γυναικολογικής κλινικής Α.Π.Θ., της Διευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και του Επιστημονικού και Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου του Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειου.

Η συλλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας με τη βοήθεια γεννήτριας αριθμών (Research Randomizer). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν επί τόπου από τα μητρώα γεννήσεων της Αίθουσας Τοκετών σε υπολογιστικά φύλλα της Microsoft Excel και στη συνέχεια καταχωρήθηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Statistical Package for Social Science) (Version 25). Ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και η παρουσίαση των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

6.3.4. Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα

Η συλλογή των δεδομένων καθίσταται ανώνυμη και πραγματοποιήθηκε με τρόπο νόμιμο χωρίς να θίγονται σε καμία περίπτωση τα ιατρικά, γενετικά ή άλλα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα των υποκειμένων ή και τρίτων.

6.3.5. Στατιστική ανάλυση

Η περιγραφική ανάλυση θα αποτελέσει το πρώτο στάδιο της έρευνας με σκοπό την παρουσίαση της κάθε μεταβλητής καθώς και την κατανόηση των δεδομένων που προσφέρονται από το υπό μελέτη νοσοκομείο. Στη συνέχεια θα εφαρμοστεί επαγωγική ανάλυση, για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών, δηλαδή ενός προσδιοριστή και μιας έκβασης. Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιείται ο έλεγχος χ^2 . Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιείται ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για εκείνες που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney U-test. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιείται η ανάλυση διασποράς anova (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (Spearman's correlation coefficient,). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS 25.0.

6.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

6.4.1. Δημογραφικά στοιχεία

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 301 γυναίκες, που γέννησαν στο Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο και τα νεογνά αυτών (308 νεογνά) κατά τα έτη 2006, 2011 και 2019. Από το σύνολο του πληθυσμού το 69,1% είχαν ελληνική υπηκοότητα. Όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση, το 86,1% ήταν έγγαμες και το 13,9% άγαμες. Επιπλέον, το 63,3% του δείγματος δήλωσε ότι κατοικεί σε αστική περιοχή, το 20,0% σε αγροτική και το 16,7% σε ημιαστική (Διάγραμμα 1).

Για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ήτοι για το 46,5%, ήταν ο πρώτος τόκος ενώ για το 36,9% ο δεύτερος. Στο Διάγραμμα 2 παρουσιάζονται αναλυτικά οι τόκοι των επίτοκων που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Επίσης, το 82,5% είχαν τελειόμηνη κύηση και το 17,5% γέννησε πρόωρα. Όσον αφορά στο φύλο των νεογνών, το 52,3% ήταν αγόρια και το 47,7% κορίτσια.

Το 50,1% των γυναικών γέννησε με φυσιολογικό τοκετό, το 44,9% με καισαρική και το 5,0% με επεμβατικό τοκετό. (Διάγραμμα 3) Σαν κύρια αιτία του τοκετού με ποσοστό 43,9% βρέθηκε ότι ήταν η έναρξη τοκετού και ακολουθούν η προηγηθείσα καισαρική τομή με ποσοστό 14,6% και οι ενδείξεις από το έμβρυο με ποσοστό 12,3%. Στο Διάγραμμα 4 απεικονίζονται τα διάφορα αίτια τοκετού που αναφέρθηκαν.

Τα νεογνά που μεταφέρθηκαν στο παιδιατρικό τμήμα αποτελούν το 81,9% του δείγματος και αυτά που μεταφέρθηκαν στη Μ.Ε.Ν.Ν. το 18,1%. Επίσης, το 99,4% των νεογνών γεννήθηκαν ζωντανά.

Όσον αφορά στη μέση ηλικία των μητέρων ήταν ίση με 29,51 ($\pm 6,21$) έτη και η μέση ηλικία κύησης 37,89 ($\pm 3,61$) εβδομάδες. Επιπλέον, η μέση τιμή του βάρους των νεογνών υπολογίστηκε ίσο με 3.032,39 ($\pm 749,29$) γραμμάρια. Τέλος, το Apgar score 1^{ου} λεπτού βρέθηκε ίσο με 7,83 ($\pm 0,62$) και το Apgar score 5^{ου} λεπτού ίσο με 8,89 ($\pm 0,31$). Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία

Δημογραφικά στοιχεία		
	n/N	% N
Υπηκοότητα		
Ελληνική	208/301	69,1
Αλλοδαπή	93/301	30,9
Οικογενειακή κατάσταση		

Έγγαμη	259/301	86,1
Άγαμη	42/301	13,9
Τόπος κατοικίας		
Αστική	190/300	63,3
Ημιαστική	50/300	16,7
Αγροτική	60/300	20,0
Τόκος		
1	140/301	46,5
2	111/301	36,9
3	27/301	9,0
4	13/301	4,3
5	5/301	1,7
6	3/301	1,0
7	2/301	0,7
Προωρότητα νεογνού		
Πρόωρο	53/303	17,5
Τελειόμηνο	250/303	82,5
Φύλο νεογνού		
Άρρεν	161/308	52,3
Θήλυ	147/308	47,7
Τρόπος τοκετού		
Φυσιολογικός	151/301	50,1
Καισαρική	135/301	44,9
Επεμβατικός	15/301	5,0
Αιτία τοκετού		
Ενδείξεις από το έμβρυο	37/301	12,3
Έναρξη τοκετού	132/301	43,9
Αποτυχία φαρμακευτικής πρόκλησης τοκετού – μη εξέλιξη τοκετού	23/301	7,6
Ενδείξεις από τη μητέρα λόγω νοσημάτων που σχετίζονται με την κύηση	3/301	1,0
Φαρμακευτική πρόκληση τοκετού	13/301	4,3
Αδυναμία εξώθησης – παράταση εξώθησης	15/301	5,0
Λόγω προηγηθείσας καισαρικής τομής	44/301	14,6
Προωρότητα	5/301	1,7
Ενδείξεις από τον πλακούντα	6/301	2,0

Ενδείξεις από το βαρύ μαιευτικό ιστορικό	13/301	4,3
Ενδείξεις από τη μητέρα λόγω συστηματικών παθήσεων	8/301	2,7
Επιθυμία εγκύου	2/301	0,7
Τμήμα μεταφοράς νεογνού		
Παιδιατρικό	249/304	81,9
M.E.N.N.	55/304	18,1
Ζων ή νεκρό νεογνό		
Ζων	306/308	99,4
Νεκρό	2/308	0,6
	Μέση τιμή	ΤΑ
Ηλικία μητέρας (έτη)	29,51	±6,21
Ηλικία κύησης (εβδομάδες)	37,89	±3,61
Βάρος νεογνού (γραμμάρια)	3.032,39	749,29
Apgar score 1 ^ο λεπτού	7,83	±0,62
Apgar score 5 ^ο λεπτού	8,89	±0,31

6.4.2. Επαγωγική στατιστική ανάλυση

Το έτος που πραγματοποιήθηκαν οι τοκετοί που μελετήθηκαν συγκρίθηκε με διάφορα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και δεν προέκυψε σχέση στατιστικά σημαντική ανάμεσα στις μεταβλητές ($p > 0,05$). Όσον αφορά στην ηλικία της μητέρας, για παράδειγμα, οι γυναίκες που γέννησαν το 2006 είχαν μέση ηλικία ίση με 28,87 ($\pm 6,05$), το 2011 29,28 ($\pm 5,95$) και το 2019 30,37 ($\pm 6,57$) ($p = 0,21$). Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δημογραφικών στοιχείων με το έτος τοκετού παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2 Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με το έτος τοκετού

Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με το έτος τοκετού

	n/N	Μέση τιμή	ΤΑ	p
Ηλικία μητέρας * Έτος τοκετού				
2006	100/299	28,87	±6,05	
2011	98/299	29,28	±5,95	0,21
2019	101/299	30,37	±6,57	
Ηλικία κύησης * Έτος τοκετού				
2006	99/300	37,52	±4,78	
2011	100/300	38,24	±2,73	0,37

2019	101/300	37,89	±2,97	
Βάρος νεογνού * Έτος τοκετού				
2006	103/308	2931,94	±792,17	
2011	104/308	3101,15	±688,93	0,23
2019	101/308	3064,01	±760,48	
Apgar score 1^ο λεπτού * Έτος τοκετού				
2006	-	-	-	
2011	101/199	7,89	±0,80	0,15
2019	98/199	7,77	±0,62	
Apgar score 5^ο λεπτού * Έτος τοκετού				
2006	-	-	-	
2011	102/200	8,86	±0,35	0,21
2019	98/200	8,92	±0,28	

Το έτος τοκετού συγκρίθηκε, επίσης, με το αν το νεογνό γεννήθηκε πρόωρα ή τελειόμηνα. Πιο αναλυτικά, από τα 99 νεογνά που γεννήθηκαν το 2006 τα 17 (17,2%) ήταν πρόωρα και τα 82 (82,8%) τελειόμηνα. Τα νεογνά που γεννήθηκαν τελειόμηνα το 2011 αποτελούν το 84,5% των γεννήσεων (87/103) και το 2019 το 80,2% των γεννήσεων (81/101). Η σχέση μεταξύ της προωρότητας και του έτους τοκετού δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,72$) (Πίνακας 3)

Πίνακας 3 Σύγκριση προωρότητας με το έτος τοκετού

Σύγκριση προωρότητας με το έτος τοκετού				
		n/N	%N	p
2006	Πρόωρο	17/99	17,2	0,72
	Τελειόμηνο	82/99	82,8	
2011	Πρόωρο	16/103	15,5	
	Τελειόμηνο	87/103	84,5	
2019	Πρόωρο	20/101	19,8	
	Τελειόμηνο	81/101	80,2	

Στον Πίνακα 4 παρατίθενται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του τρόπου τοκετού με το έτος τοκετού. Η σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,04$) και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι από τις γυναίκες που γέννησαν το 2006, οι 57 (57,0%) γέννησαν

φυσιολογικά, οι 35 (35,0%) με καισαρική και οι 8 (8,0%) επεμβατικά. Το 2011 οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό αποτελούσαν το 50,0% του δείγματος (50/100), με καισαρική τομή το 46,0% (46/100) και με επεμβατικό τοκετό το 4,0% (4/100). Τέλος, το 2019 οι γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά αντιστοιχούν στο 43,6% του δείγματος (44/101), με καισαρική το 53,5% (54/101) και επεμβατικά το 3,0% (3/101) (Διάγραμμα 5).

Πίνακας 4 Σύγκριση τρόπου τοκετού με το έτος τοκετού

Σύγκριση τρόπου τοκετού με το έτος τοκετού				
		n/N	%N	p
2006	Φυσιολογικός	57/100	57,0	0,04
	Καισαρική	35/100	35,0	
	Επεμβατικός	8/100	8,0	
2011	Φυσιολογικός	50/100	50,0	
	Καισαρική	46/100	46,0	
	Επεμβατικός	4/100	4,0	
2019	Φυσιολογικός	44/101	43,6	
	Καισαρική	54/101	53,5	
	Επεμβατικός	3/101	3,0	

Από τη σύγκριση του τμήματος μεταφοράς του νεογνού (παιδιατρικό ή Μ.Ε.Ν.Ν.) με τη χρονιά του τοκετού δεν βρέθηκε σχέση στατιστικά σημαντική ($p=0,83$) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5 Σύγκριση τμήματος μεταφοράς νεογνού με το έτος τοκετού

Σύγκριση τμήματος μεταφοράς νεογνού με το έτος τοκετού				
		n/N	%N	p
2006	Παιδιατρικό	80/100	80,0	0,83
	Μ.Ε.Ν.Ν.	20/100	20,0	
2011	Παιδιατρικό	86/104	82,7	
	Μ.Ε.Ν.Ν.	18/104	17,3	
2019	Παιδιατρικό	83/100	83,0	
	Μ.Ε.Ν.Ν.	17/100	17,0	

Η υπηκοότητα των γυναικών βρέθηκε ότι σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την προωρότητα των νεογνών ($p=0,03$). Πιο αναλυτικά, βρέθηκε ότι το 19,8% (41/207) των γυναικών ελληνικής υπηκοότητας γέννησαν πρόωρα και το 80,2% (166/207) τελειόμηνα

νεογνά. Τα ποσοστά για τις αλλοδαπές γυναίκες ήταν 9,7% (9/93) και 90,3% (84/93) αντίστοιχα (Διάγραμμα 6).

Οριακά στατιστικά σημαντική σχέση προέκυψε και ανάμεσα στην υπηκοότητα και τον τρόπο τοκετού ($p=0.05$). Συγκεκριμένα, μία στις δύο Ελληνίδες (103/208, 49,5%) γέννησε με καισαρική τομή ενώ το 59,1% των αλλοδαπών (55/93) με φυσιολογικό τοκετό (Διάγραμμα 7).

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης της υπηκοότητας με την προωρότητα, τον τρόπο τοκετού και το τμήμα μεταφοράς του νεογνού παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6 Σύγκριση υπηκοότητας με διάφορες μεταβλητές

Σύγκριση υπηκοότητας με διάφορες μεταβλητές

		n/N	%N	p
Υπηκοότητα * Προωρότητα				
Ελληνική	Πρόωρο	41/207	19,8	0,03
	Τελειόμηνο	166/207	80,2	
Αλλοδαπή	Πρόωρο	9/93	9,7	
	Τελειόμηνο	84/93	90,3	
Υπηκοότητα * Τρόπος τοκετού				
Ελληνική	Φυσιολογικός	96/208	46,2	0,05
	Καισαρική	103/208	49,5	
	Επεμβατικός	9/208	4,3	
Αλλοδαπή	Φυσιολογικός	55/93	59,1	
	Καισαρική	32/93	34,4	
	Επεμβατικός	6/93	6,5	
Υπηκοότητα * Τμήμα μεταφοράς νεογνού				
Ελληνική	Παιδιατρικό	168/206	81,6	0,16
	M.E.N.N.	38/206	18,4	
Αλλοδαπή	Παιδιατρικό	81/92	88,0	
	M.E.N.N.	11/92	12,0	

Η προωρότητα, ο τρόπος τοκετού και το τμήμα μεταφοράς του νεογνού συγκρίθηκαν με την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών χωρίς να αποτυπώνεται σχέση στατιστικά σημαντική ($p>0,05$) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7 Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με διάφορες μεταβλητές

Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με διάφορες μεταβλητές

		n/N	%N	p
Οικογενειακή κατάσταση * Προωρότητα				
Έγγαμη	Πρόωρο	47/259	18,1	0,08
	Τελειόμηνο	212/259	81,9	
Άγαμη	Πρόωρο	3/41	7,3	
	Τελειόμηνο	38/41	92,7	
Οικογενειακή κατάσταση * Τρόπος τοκετού				
Έγγαμη	Φυσιολογικός	124/259	47,9	0,13
	Καισαρική	121/259	46,7	
	Επεμβατικός	14/259	5,4	
Άγαμη	Φυσιολογικός	27/42	64,3	
	Καισαρική	14/42	33,3	
	Επεμβατικός	1/42	2,4	
Οικογενειακή κατάσταση * Τμήμα μεταφοράς νεογνού				
Έγγαμη	Παιδιατρικό	211/256	82,4	0,19
	M.E.N.N.	45/256	17,6	
Άγαμη	Παιδιατρικό	38/42	90,5	
	M.E.N.N.	4/42	9,5	

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη σύγκριση του τόπου κατοικίας με την προωρότητα, τον τρόπο τοκετού και το αν το νεογνό μεταφέρθηκε στο παιδιατρικό τμήμα ή τη M.E.N.N. Από τη σύγκριση δεν βρέθηκε σχέση στατιστικά σημαντική ανάμεσα στον τόπο κατοικίας και τις εν λόγω μεταβλητές ($p>0,05$) (Πίνακας 8).

Πίνακας 8 Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με διάφορες μεταβλητές

Σύγκριση τόπου κατοικίας με διάφορες μεταβλητές

		n/N	%N	p
Τόπος κατοικίας * Προωρότητα				
Αστική	Πρόωρο	27/190	14,2	0,23
	Τελειόμηνο	163/190	85,8	
Ημιαστική	Πρόωρο	12/50	24,0	
	Τελειόμηνο	38/50	76,0	
Αγροτική	Πρόωρο	11/59	18,6	

	Τελειόμηνο	49/59	81,4	
Τόπος κατοικίας * Τρόπος τοκετού				
	Φυσιολογικός	98/190	51,6	
Αστική	Καισαρική	82/190	43,2	
	Επεμβατικός	10/190	5,3	
	Φυσιολογικός	20/50	40,0	
Ημιαστική	Καισαρική	28/50	56,0	0,56
	Επεμβατικός	2/50	4,0	
	Φυσιολογικός	32/60	53,3	
Αγροτική	Καισαρική	25/60	41,7	
	Επεμβατικός	3/60	5,0	
Τόπος κατοικίας * Τμήμα μεταφοράς νεογνού				
Αστική	Παιδιατρικό	162/188	86,2	
	M.E.N.N.	26/188	13,8	
Ημιαστική	Παιδιατρικό	36/49	73,5	0,10
	M.E.N.N.	13/49	26,5	
Αγροτική	Παιδιατρικό	50/60	83,3	
	M.E.N.N.	10/60	16,5	

Η ηλικία των γυναικών βρέθηκε ότι σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,00$) με την υπηκοότητα και μάλιστα οι Ελληνίδες φαίνεται ότι απέκτησαν παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία από τις αλλοδαπές. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με ελληνική υπηκοότητα (206/299) είχαν μέση ηλικία 30,58 ($\pm 6,13$) έτη και οι γυναίκες με ξένη υπηκοότητα (93/299) 27,13 ($\pm 5,72$) έτη (Διάγραμμα 8).

Σχέση στατιστικά σημαντική βρέθηκε ανάμεσα στην ηλικία της μητέρας και το αν το νεογνό ήταν πρόωρο ή όχι. Πιο αναλυτικά οι γυναίκες που γέννησαν πρόωρα νεογνά (49/298) είχαν μέση τιμή ηλικίας 31,20 ($\pm 6,15$) έτη ενώ οι γυναίκες που γέννησαν τελειόμηνα 29,16 ($\pm 6,19$) έτη (Διάγραμμα 9).

Τέλος, οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν μέση τιμή ηλικίας 28,80 ($\pm 6,57$) έτη, οι γυναίκες που έκαναν καισαρική 30,54 ($\pm 5,74$) έτη και οι γυναίκες που γέννησαν με επεμβατικό τρόπο 27,33 ($\pm 5,25$) έτη. (Διάγραμμα 10) Η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές βρέθηκε ότι είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,02$).

Πίνακας 9 Σύγκριση ηλικίας μητέρας με διάφορες μεταβλητές

Σύγκριση ηλικίας μητέρας με διάφορες μεταβλητές

	n/N	Μέση τιμή	ΤΑ	p
Ηλικία μητέρας * Υψηκοότητα				
Ελληνική	206/299	30,58	±6,13	0,00
Αλλοδαπή	93/299	27,13	±5,72	
Ηλικία μητέρας * Προωρότητα				
Πρόωρο	49/298	31,20	±6,15	0,04
Τελειόμηνο	249/298	29,16	±6,19	
Ηλικία μητέρας * Τμήμα μεταφοράς νεογνού				
Παιδιατρικό	248/296	29,18	±6,09	0,08
M.E.N.N.	48/296	30,88	±6,72	
Ηλικία μητέρας * Τρόπος τοκετού				
Φυσιολογικός	150/299	28,80	±6,57	0,02
Καισαρική	134/299	30,54	±5,74	
Επεμβατικός	15/299	27,33	±5,25	

Στον Πίνακα 10 παρατίθενται τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση της ηλικίας της μητέρας με διάφορες μεταβλητές. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας των γυναικών η ηλικία της κύησης μειώνεται κατά 0,17 εβδομάδες ($p=0,00$) και το βάρος του νεογνού μειώνεται κατά 0,15 γραμμάρια ($p=0,01$). Η ηλικία της μητέρας δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το Apgar score 1^ο λεπτού ($p=0,32$) και το Apgar score 5^ο λεπτού ($p=0,60$). Πιο αναλυτικά, όταν η ηλικία της γυναίκας αυξάνεται κατά ένα έτος το Apgar score 1^ο λεπτού μειώνεται κατά 0,07 μονάδες και το Apgar score 5^ο λεπτού μειώνεται κατά 0,04 μονάδες.

Πίνακας 10 Συσχέτιση ηλικίας μητέρας με διάφορες μεταβλητές

	r ²	p
Ηλικία κύησης	-0,17	0,00
Βάρος νεογνού	-0,15	0,01
Apgar score 1 ^ο λεπτού	-0,07	0,32
Apgar score 5 ^ο λεπτού	-0,04	0,60

6.5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συμπερασματικά από το σύνολο του πληθυσμού της έρευνας, η πλειοψηφία ήταν πρωτότοκες, έγγαμες γυναίκες, ελληνικής υπηκοότητας και κάτοικοι αστικών περιοχών. Στο 82,5% των επιτόκων διεκπεραιώθηκε ο τοκετός σε ηλικία κύησης πάνω από 37 εβδομάδες (τελειόμηνη κύηση), ενώ στο 17,5% πρόωρα. Όσον αφορά στον τρόπο τοκετού, το 44,9% γέννησε με καισαρική τομή και το 50,1% με φυσιολογικό τοκετό. Από τα νεογνά που γεννήθηκαν, το 99,4% ήταν ζωντανά (στην πλειοψηφία τους αγόρια) και από αυτά το 18,1% έχρηζε νοσηλείας σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Η μέση ηλικία των μητέρων ήταν ίση με 29,51 έτη με μέση ηλικία κύησης τις 37,89 εβδομάδες. Ενώ η μέση τιμή του βάρους των νεογνών ήταν ίσο με 3032,39 γραμμάρια. Τέλος το Apgar score του 1ου λεπτού υπολογίστηκε ίσο με 7,83 και το Apgar score του 5ου λεπτού ίσο με 8,89.

Εν συνεχεία συγκρίθηκε το έτος τοκετού με τον τρόπο τοκετού και καταγράφηκε αύξηση των καισαρικών τομών, η οποία εγείρει παγκοσμίως ανησυχία λόγω του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών για τη μητέρα και το νεογνό (Kingdon et al, 2018, Jafarzadeh et al, 2019, Oriyo et al, 2020). Ο Π.Ο.Υ. με σκοπό την βέλτιστη μαιευτική φροντίδα, συστήνει ως παγκόσμιο πρότυπο για την αξιολόγηση και σύγκριση του ποσοστού των καισαρικών, το σύστημα Robson (Betran et al, 2014, Kingdon et al., 2018).

Η αύξηση αυτή ενδεχομένως να οφείλεται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, που οδηγούν σε αύξηση των επιπλοκών της κύησης (Bhide et al, 2015, Ιατράκης, 2015) ή που επιβαρύνουν την ευημερία του εμβρύου και κρίνεται απαραίτητη η άμεση αντιμετώπιση και ο τοκετός με καισαρική τομή (WHO, 2004, WHO, 2012, Khan et al, 2014, Sharma et al., 2016, Barfield, 2018). Επίσης μπορεί να οφείλεται στην στρόφη των γυναικών με προηγηθείσα καισαρική προς το δημόσιο νοσοκομείο, καθώς δυσκολεύονται ή αδυνατούν να ανταπεξέλθουν σε ίδια πληρωμή του κόστους που συνεπάγεται μια καισαρική τομή σε ιδιωτικό μαιευτήριο (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012, Economou et al, 2015), το οποίο είναι διπλάσιο ενός φυσιολογικού τοκετού (Mossialos et al, 2005). Ακόμη μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι εγκυμονούσες με κύηση υψηλού κινδύνου (ένδειξη για την διενέργεια καισαρικής τομής), χρήζουν περίθαλψης και αντιμετώπισης σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, ώστε να διασφαλιστούν οι καλύτερες συνθήκες για τη μητέρα και το έμβρυο (Bhide et al., 2015).

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάστηκαν στην έρευνα της Sdona και των συνεργατών της (2018), που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα κατά τα έτη 2005-2007, 2009-2011 και 2012-2014.

Συγκρίνοντας τον τρόπο τοκετού με την υπηκοότητα διαπιστώθηκε ότι μία στις δύο Ελληνίδες γέννησαν με καισαρική τομή, ενώ αντίστοιχα μία στις δύο των γυναικών μη ελληνικής καταγωγής με φυσιολογικό τοκετό (Mossialos et al, 2005). Πιθανόν οι Ελληνίδες να επηρεάζονται από τις δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης που επικρατούν στην χώρα και χρίζουν καισαρικής τομής λόγω αύξησης των επιλοκών μιας κύησης (Bhide et al, 2015) ή της προωρότητας (Zografaki et al, 2018). Άλλωστε, η αύξηση των καισαρικών αν οφειλόταν σε επιθετικές πολιτικές, θα αφορούσε το σύνολο των γυναικών της έρευνας και όχι μόνο τις Ελληνίδες.

Ακολούθως συγκρίθηκε το έτος τοκετού με την προωρότητα και παρατηρήθηκε ελαφρά αύξηση αυτής κατά την περίοδο μετά την κρίση (2019), σε σύγκριση με την περίοδο προ κρίσης (2006). Το εύρημα αυτό συμφωνεί με παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα (Sdona et al, 2018, Zografaki et al, 2018) και στην Καλιφόρνια (Finch et al, 2019). Εξίσου σε μελέτες στις Η.Π.Α. (Margerison-Zilko et al, 2017, Noelke et al, 2019), διαπιστώθηκε ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η αύξηση του ποσοστού της ανεργίας κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, προκάλεσε μεγάλη αύξηση των πιθανοτήτων για πρόωρο τοκετό.

Ειδικότερα, συγκρίνοντας την υπηκοότητα των γυναικών με την προωρότητα, διαπιστώθηκε αύξηση της προωρότητας στις Ελληνίδες και ευνοϊκότερα ποσοστά στις γυναίκες μη ελληνικής καταγωγής, Το πλεονέκτημα των γυναικών μη ελληνικής καταγωγής όσον αφορά τα διαφορετικά περιγεννητικά αποτελέσματα σε σύγκριση με τις εγγενείς γυναίκες, παρατηρήθηκε παρομοίως σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα (Tsimpos and Verropoulou, 2011, Zografaki et al, 2018), στην Ευρώπη (Racape et al, 2016) και στις Η.Π.Α. (Page, 2004).

Εν συνεχεία, η έρευνα αυτή υποδεικνύει στατιστικά σημαντική αύξηση της ηλικίας μητρότητας στις Ελληνίδες, που πιθανόν να οφείλεται όπως έχει ήδη αναφερθεί σε αναβολή του οικογενειακού προγραμματισμού (Sfakianoudis et al, 2019) και της απόφασης για τεκνοποίηση, λόγω οικονομικών δυσκολιών (Fahlen and Olah, 2018, Vignoli et al, 2019, Dantis and Rizzi, 2020). Παλαιότερα οι γυναίκες ανέβαλαν την τεκνοποίηση για λόγους επαγγελματικής καταξίωσης, καριέρας ή εκπαίδευσης, λόγοι οι οποίοι δεν υφίστανται σε περιόδους οικονομικής κρίσης, διότι κυριαρχούν δυσμενείς οικονομικές συνθήκες (ανεργία, φτώχεια, χαμηλό εισόδημα, κοινωνικός αποκλεισμός)(Fahlen and Olah, 2018), που όπως καταγράφηκε προσβάλλουν κυρίως τις νέες γυναίκες (Vrachnis et al, 2014).

Συμπερασματικά η ηλικία της μητέρας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της έκβασης μιας κύησης. Σε μελέτες που διεξήχθησαν στην Κορέα (Sangmi and Dongsik, 2018) και σε

χώρες με υψηλό εισόδημα (Flenady et al, 2011), σημειώνεται ότι θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ηλικία μητρότητας, γιατί επηρεάζει αρνητικά τα αποτελέσματα των γεννήσεων και έχει συσχετιστεί με αύξηση των περιγεννητικών θανάτων. Σύμφωνα με τη μελέτη της Zografaki και των συνεργατών της (2018), αυξήθηκε το ποσοστό των γεννήσεων σε γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών, προσεγγίζοντας το 27% του συνολικού ποσοστού των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Παρομοίως σε έρευνα της Sdona και των συνεργατών της (2018), σημειώθηκε αύξηση των περιγεννητικών παραμέτρων, που εκδηλώθηκε με αύξηση της μητρικής ηλικίας, των νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης, της προωρότητας και του αριθμού των καισαρικών τομών.

Στη συνέχεια, συγκρίθηκε η ηλικία της μητέρας με την προωρότητα και παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες που γέννησαν πρόωρα ήταν πιο μεγάλες σε ηλικία. Συγκεκριμένα για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας των γυναικών, μειώνεται η ηλικία κύησης κατά 0,17 εβδομάδες. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με διάφορες μελέτες (Verropoulou and Tsimpos, 2013, Barfield, 2018, Sdona et al, 2018) στις οποίες επισημαίνεται ότι η ηλικία μητρότητας αποτελεί παράγοντα κινδύνου για προωρότητα και έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα της Zografaki και των συνεργατών της (2018), κατά την οποία παρατηρήθηκε αύξηση της προωρότητας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Ακολούθως, κατά την σύγκριση της ηλικίας της μητέρας και του τρόπου τοκετού, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή ήταν μεγαλύτερες σε ηλικία. Η αυξημένη ηλικία της μητέρας μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των καισαρικών (Jafarzadeh et al, 2019, Opiyo et al, 2020), λόγω των επιπλοκών της κύησης που σχετίζονται με την ηλικία της μητέρας και χρήζουν αντιμετώπισης με καισαρική, όπως κύηση υψηλού κινδύνου (Ιατράκης, 2015), εμφάνιση καθυστέρησης της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου (Sharma et al, 2016) ή προωρότητας (Barfield, 2018). Το εύρημα αυτό διαφωνεί με την έρευνα της Sdona και των συνεργατών της (2018) και την έρευνα του Mossialo και των συνεργατών του (2005), κατά τις οποίες παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού των καισαρικών, ανεξάρτητα από την ηλικία της μητέρας.

Τέλος, κατά την σύγκριση της ηλικίας της μητέρας με το βάρος γέννησης των νεογνών, διαπιστώθηκε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας της μητέρας, μειώθηκε το βάρος γέννησης των νεογνών κατά 0,15 γραμμάρια. Παρομοίως και σε άλλες έρευνες η μεγάλη ηλικία της μητέρας σχετίζεται με χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά (Tsimpos and Verropoulou, 2011, Verropoulou and Tsimpos, 2013, Sangmi and Dongsik, 2018). Αντιθέτως στην έρευνα της Sdona και των συνεργατών της (2018) μπορεί η ηλικία μητρότητας άνω των 30 ετών να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης, αλλά τα

L.B.W. νεογνά αυξήθηκαν ανεξάρτητα από την ηλικία της μητέρας. Εξίσου, στην έρευνα της Zografaki και των συνεργατών της (2018), καταγράφηκε χαμηλό βάρος γέννησης στα νεογνά από μητέρες που ανήκαν στις περισσότερες ηλικιακές ομάδες, με εξαίρεση τις γυναίκες ηλικίας 35 έως 39 ετών.

6.6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σημαντικό περιορισμό της έρευνας αποτέλεσε η αδυναμία συγκέντρωσης δεδομένων όσον αφορά στο βιοτικό επίπεδο, στην οικονομική κατάσταση και στο επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχουσών στην έρευνα καθώς και την πιθανότητα ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης των εμβρύων. Η έρευνα περιορίστηκε στην επίδραση των παραγόντων για τους οποίους υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα, εφόσον στο Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο δεν τηρείται ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενούς και τα δεδομένα αντλήθηκαν από τα Μητρώα γεννήσεων της Αίθουσας Τοκετών. Επίσης η έρευνα διεξήχθη μόνο στο Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, ένα δημόσιο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να μην αποτυπώνεται η κατάσταση που επικρατεί στα ιδιωτικά μαιευτήρια. Τέλος η έρευνα διεξήχθη μόνο για τα έτη 2006, 2011 και 2019, γιατί δεν κατέστη δυνατή η εύρεση δεδομένων (Μητρώα Αίθουσας Τοκετών) άλλων ετών.

6.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην κύηση είναι μείζονος σημασίας, διότι τα αποτελέσματα αυτής αφορούν την ίδια την έγκυο αλλά και το έμβρυο, στο οποίο οι επιπτώσεις δύνανται να είναι μακροπρόθεσμες έως την ενήλικη ζωή του.

Στην παρούσα έρευνα ο αντίκτυπος αυτός εκδηλώθηκε, με αύξηση του ποσοστού των καισαρικών τομών, αύξηση της προωρότητας και αύξηση της μητρικής ηλικίας. Επίσης καταγράφηκε ότι τα ποσοστά των καισαρικών τομών και της προωρότητας είναι ευνοϊκότερα για τις γυναίκες μη ελληνικής καταγωγής. Ακολούθως, διαπιστώθηκε ο βαθμός σημαντικότητας της ηλικίας της μητέρας και ο αντίκτυπος αυτής στην προωρότητα, στο ποσοστό των καισαρικών και στο βάρος γέννησης των νεογνών.

Συστήνεται η εκτίμηση και παρακολούθηση των ποσοστών καισαρικών τομών, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. και το σύστημα ταξινόμησης Robson για την καλύτερη αξιολόγηση αυτών, με απώτερο σκοπό την λήψη κατάλληλων και στοχευμένων παρεμβάσεων.

Κρίνεται επιβεβλημένη ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας, της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα της προγεννητικής φροντίδας, ώστε να εξασφαλιστούν οι καλύτερες δυνατές συνθήκες για την έγκυο, το έμβρυο και το νεογνό, χωρίς περιορισμούς και εξαιρέσεις.

Επιπλέον την διενέργεια εκτενέστερων ερευνών, που να αξιολογούν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε παράγοντες μητρικούς, περιγεννητικούς, διαμέσου διαφόρων χαρακτηριστικών, όπως το οικογενειακό εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης. Καθώς και καλύτερος προσδιορισμός των παραγόντων που συμβάλλουν στα διαφορετικά αποτελέσματα μεταξύ των γυναικών ελληνικής και μη καταγωγής, ώστε να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν πιο στοχευμένες παρεμβάσεις.

Εν κατακλείδι από την παρούσα έρευνα διαπιστώνεται η ανάγκη χάραξης μακροχρόνιων πολιτικών οικογενειακού προγραμματισμού σε δομές υγείας, με έμφαση στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, στα νέα ζευγάρια και στην ενίσχυση της μητρότητας. Εστιάζοντας στην διεκπεραίωση φυσιολογικών μη παρεμβατικών τοκετών, στις γεννήσεις υγιών νεογνών με μητέρες με θετική μητρική και ψυχική υγεία χωρίς σημεία κινδύνου. Αποβλέποντας "σε ένα καλύτερο αύριο" και "σε ένα ελπιδοφόρο μέλλον", ακόμα και σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akram, M., Ali, L., Noreen, H. and Karamat, M., (2011). The Greek Sovereign Debt Crisis: Antecedents, Consequences and Reforms Capacity. *Journal of Economics and Behavioral Studies*, 2(6), pp. 306-318.

American Academy of Pediatrics, (2008). Hospital discharge of the high-risk neonate. Committee on fetus and newborn. *Pediatrics*, 122, pp.1119-1126.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Operative Vaginal Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 219. *Obstetrics and gynecology*, 135(4), e149-e159.

American Diabetes Association, (2019). Management of diabetes in pregnancy: standards of medical care in diabete. *Diabetes Care*, 42(1), pp. s165-s172.

Αναστασίου, Σ., Σιασιάκος, Κ., Τούντας, Κ. και Φιλλιπίδης, Κ., (2016). Αγορά Εργασίας και Απασχόληση κατά την Περίοδο της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα. Στο: Ελληνικό Ινστιτούτο Οικονομικών της Εκπαίδευσης και Δια Βίου Μάθησης της Έρευνας και Καινοτομίας, *Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου με διεθνή συμμετοχή. Ελλάδα–Ευρώπη 2020: Εκπαίδευσης, Δια Βίου Μάθηση, Έρευνα, Καινοτομία και Οικονομία*. [pdf], Αθήνα:e-publisher EKT, pp.398-408.

Διαθέσιμο σε: <https://eproceedings.epublishing.ekt.gr/index.php/inoek/article/view/804/836>

[Ανακτήθηκε 15 Ιουνίου 2020].

Anderson, C. and Cacola, P., (2017). Implications of preterm birth for maternal mental health and infant development. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(2), pp.108-114.

Αργεΐτης, Γ., Δαφέρμος, Γ. και Νικολαΐδη, Μ.,(2011). *Κρίση δημόσιου χρέους στην Ελλάδα: αιτίες και προοπτικές*. [pdf],Επιστημονικές εκθέσεις. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων: Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ, Αθήνα: Καμπύλη ΑΕΒΕ,σελ.24-25,45-48.

Διαθέσιμο σε: <http://www.ineobservatory.gr/sitefiles/files/report4.pdf>. [Ανακτήθηκε 15 Ιουνίου 2020].

Βαγιάνος, Δ., Βέττας, Ν., Μεγίρη, Κ., (2010).*Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μια κρίσιμη συγκυρία*. [pdf], σελ.1-37,

Διαθέσιμο σε:http://users.uoi.gr/kammas/Meghir_et_al_2010.pdf [Ανακτήθηκε 15/05/2020].

Barfield, W., (2018). Public health implication of very preterm birth. *Clinics in perinatology*, 45(3), pp.565-577.

Barry, P. and Cowman, T., (2016). Antenatal care in uncomplicated pregnancies. *Nursing in General Practice*. [on line],

Διαθέσιμο σε: <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/617712/art5.pdf?sequence=1>

[Ανακτήθηκε 16 Ιουλίου 2020].

Βαρουφάκης, Γ., Πατώκος, Τ., Τσερκέζης, Λ. και Κουτσοπέτρος, Χ.,(2011). *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011*. [pdf], Μελέτες. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων: Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ. Αθήνα: Εκδόσεις Καμπύλη ΑΕΒΕ, σελ.11-12,17,32-34,40-41. Διαθέσιμο σε: <https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/04/files/study-17.pdf>

[Ανακτήθηκε 15 Μαΐου 2020].

Βαρουφάκης, Γ. και Μισσός, Β.,(2012). *Παγκόσμια οικονομική κρίση: Οι ρίζες της σημερινής κρίσης στο μεταπολεμικό σχεδιασμό της παγκόσμιας οικονομίας*. [pdf], Εκπαιδευτικό υλικό. Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ. Αθήνα: Εκδόσεις Καμπύλη ΑΕΒΕ, σελ.16-17,103-119.

Διαθέσιμο σε: https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/03/ekp_yliko_oik_poll.pdf

[Ανακτήθηκε 15 Μαΐου 2020].

Baumbach, A. and Gulis, G., (2014). Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *The European Journal of Public Health*, 24(3), pp.399-403.

Behrman, R. and Butler, A., (2007). *Preterm birth: causes, consequences, and prevention*. [pdf], Washington, DC: National academies press, pp. 313-336,

Διαθέσιμο σε: https://cds.psych.ucla.edu/pubs/2007%20Behrman_PretermBirth.pdf [Ανακτήθηκε 16 Αυγούστου 2020].

Benitz, W., (2016). Patent ductus arteriosus in preterm infants. *Pediatrics*, 137(1).

Bennet, L., Booth, L., Malpas, S., Quaedackers, J., Jensen, E., Dean, J. and Gunn, A., (2006). Acute systemic complications in the preterm fetus after asphyxia: role of cardiovascular and blood flow responses. *Clinical and experimental pharmacology & physiology*, 33(4), pp.291-299.

Βεργίδης, Δ., Γκλάβας, Σ., Κουτούζης, Μ. και Φωτόπουλος, Ν., (2012). *Ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα. Όψεις και βασικά μεγέθη της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην προ μνημονίου εποχή*. [pdf], Αθήνα: ΚΑΝΕΠ – ΓΣΕΕ, σελ.169-176.

Διαθέσιμο σε:

http://blogs.sch.gr/isiglavas/files/2013/04/ELLHNIKO_EKPAIDEYTIKO_SYSTHMA.pdf

[Ανακτήθηκε 16 Ιουνίου 2020].

Berhe, Y., Kebedom, A., Gebregziabher, L., Assefa, N., Berhe, L., Mohammednur, S. and Teka, H., (2020). Risk factors of birth asphyxia among neonates born in public hospitals of Tigray, Northern Ethiopia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 11, pp.13-20.

Betran, A., Vindevoghel, N., Souza, J., Gülmezoglu, A. and Torloni, M.,(2014). A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PloS one*, 9(6), e97769.

Bhide, A., Arulkumaran, S., Damania, K. and Daftary, S., (2015). *Arias' practical guide to high-risk pregnancy and delivery: a South Asian perspective*. [pdf], 4th Edition. New Delhi: Elsevier, pp. 51-85, 116, 150-162, 170-232, 385-386.

Διαθέσιμο σε: http://gynecology.sbm.ac.ir/uploads/4_1399975616974946307.pdf [Ανακτήθηκε 16 Ιουλίου 2020].

Bissinger, R., and Annibale, D., (2010). Thermoregulation in very low-birth-weight infants during the golden hour: results and implications. *Advances in Neonatal Care*, 10(5), pp. 230-238.

Blackburn, S., (1995). Problems of preterm infants after discharge. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 24(1), pp. 43-49.

Blott, M., (2009). *The day-by-day pregnancy book: Comprehensive advice from a team of experts and amazing images every single day*. [on line], London: Dorling Kindersley Ltd, pp.19, 29, Διαθέσιμο σε: https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=ApO1HH7SKkUC&oi=fnd&pg=PA7&ots=6q7HcYhEMg&sig=p0xo-F1bDKRZRAP05EkMEFO8gnc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false [Ανακτήθηκε 16 Ιουλίου 2020].

Botsari, M. and Mitrakos, T.,(2016).Social Indicators and the Effectiveness of Social Transfers in Greece over the Recent Crisis, *Social Cohesion and Development 2016*, 11(1), 5-29. Doi: <https://doi.org/10.12681/scad.10851>.

Βούλγαρης, Σ. και Τριανταφυλλόπουλος, Ν.,(2009). Η κρίση των ενυπόθηκων στεγαστικών δανείων υψηλού επιχειρηματικού κινδύνου: Τα αίτια και οι μηχανισμοί της. *Σειρά ερευνητικών εργασιών*, .[on line],15(12),σελ.221-236,

Διαθέσιμο σε: <https://docplayer.gr/amp/1673632-I-krisi-ton-enypothikon-stegastikon-daneion-ypsiloy-epiheirimatikoy-kindynoy-ta-aitia-kai-oi-mihanismoι-tis.html> [Ανακτήθηκε 20 Μαΐου 2020].

Βουλή των Ελλήνων, (2010), *Σύνταγμα της Ελλάδας*. [pdf], Διεύθυνση εκδόσεων και εκτυπώσεων της Βουλής των Ελλήνων, σελ.21-36.

Διαθέσιμο σε: https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696-49db-9148-f24dce6a27c8/SYNTAGMA1_1.pdf [Ανακτήθηκε 16 Απριλίου 2020].

Bruckner, T. A, Mortensen, L. and Catalano, R., (2016). Spontaneous pregnancy loss in Denmark following economic downturns. *American Journal of Epidemiology*, 183(8), pp.701-708.

Γαλανάκη, Ε., (2015). *Ψυχοκοινωνική υποστήριξη παιδιών και εφήβων σε συνθήκες οικονομικής κρίσης: Οδηγίες για εκπαιδευτικούς*. [pdf], Αθήνα: ΕΚΠΑ, ΠΤΔΕ, Εργαστήριο Ψυχολογίας, σελ.4-6,

Διαθέσιμο σε: https://blogs.sch.gr/pekesipeir/files/2018/11/Fylladio_gia_ekpaideutikoys.pdf [Ανακτήθηκε 16 Ιουνίου 2020].

Calvert, E., (2020). *Impact of NICU Design on Feeding-Related Outcomes in Preterm Infants*. [online], Master Thesis. University of Kentucky. pp. 10-11. Διαθέσιμο σε: https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=commdisorders_etds [Ανακτήθηκε 17 Αυγούστου 2020].

Γενική Γραμματεία Διαφάνειας και Ανθρωπίνων δικαιωμάτων του Υπουργείου Δικαιοσύνης, (2013). *Ανθρώπινα δικαιώματα: Εθνικό σχέδιο δράσης*, [pdf], Αθήνα: Εθνικό τυπογραφείο, σελ.9-10.

Διαθέσιμο σε:

<http://www.opengov.gr/ministryofjustice/wp-content/uploads/downloads/2013/12/Dikaiomata.pdf>

[Ανακτήθηκε 17 Μαΐου 2020].

Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W. and Liao, J., (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*, 395 (10226), pp.809-815.

Christodoulou, C., Efstathiou, V., Michopoulos, I., Gkerekou, M., Paraschakis, A., Koutsaftis, F. and Douzenis, A., (2017). The economic crisis in Greece and its impact on the seasonality of suicides in the Athens Greater Area. *Psychiatry Investigation*, 14(1), pp.16-20.

Collins, S., Arulkumaran, S., Hayes, K., Jackson, S. and Impey, I., (2013). *Oxford handbook of obstetrics and gynecology*. [pdf], 3^η έκδοση. New York: Oxford University Press. σελ. 2, 32-33, 42, 135-137. Διαθέσιμο σε:

http://gynecology.sbmu.ac.ir/uploads/4_5841359559276364169.pdf [Ανακτήθηκε 21 Ιουλίου 2020].

Committee on Practice and Ambulatory Medicine, (1996). The role of the primary care pediatrician in the management of high-risk newborn infants. *Pediatrics*, 98(4), pp.786-788.

Crilly, C., Haneuse, S. and Litt, J., (2020). Predicting the outcomes of preterm neonates beyond the neonatal intensive care unit: What are we missing? *Pediatric Research*, pp.4-5.

Cutland, C., Lackritz, E., Mallett-Moore, T., Bardají, A., Chandrasekaran, R., Lahariya, C. and Muñoz, F., (2017). Low birth weight: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*, 35(48Part A), pp. 6492-6500.

D' Agostino, J., Passarella, M., Martin, A. and Lorch, S., (2016). Use of gastro esophageal reflux medications in premature infants after NICU discharge. *Pediatrics*, 138(6), e20161977.

Dantis, C. and Rizzi, E., (2020). Transition to first birth during the Great Recession: the case of Greece. *Genus*, 76(1), pp.1-21.

Δαρδαβέσης, Ι.,(2008).Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981). *Ιατρικό Βήμα*,σελ.50-61.

Δημογέροντας, Γ., Μπαλάσκα, Δ. και Μπιτσώρη, Ζ.,(2017).Η χρηματοδότηση των ελληνικών και δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN) και η επίδραση στη βιωσιμότητα τους. *Περιεγχειρτική Νοσηλευτική*, 6(2)σελ.84-95.

Doering, L. V., Dracup, K. and Moser, D., (1999). Comparison of psychosocial adjustment of mothers and fathers of high-risk infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 19(2), pp.132-137.

Duro, D., Kamin, D. and Duggan, C., (2008). Overview of pediatric short bowel syndrome. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 47, pp. 33-36.

Eber, E. and Zach, M., (2001). Long term sequelae of bronchopulmonary dysplasia (chronic lung disease of infancy). *Thorax*, 56(4), pp. 317-323.

Economou, A., Nikolaou, A. and Theodossiou, I., (2008). Are recessions harmful to health after all?. *Journal of Economic studies*. [online],35, p.p.368-384.

Διαθέσιμο σε :

https://www.researchgate.net/publication/23528723_Are_recessions_harmful_to_health_after_all_Evidence_from_the_European_Union [Ανακτήθηκε 6 Ιουλίου 2020].

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A. and Sissouras, A., (2015). Case study: The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagam, A., Karanikolos, M., Richardson, E., Cylus, J., Evetovits, T., Jowett, M., Figueras, J., Kluge, H.,(2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe*. [pdf], Copenhagen: Who/ European Observatory on Health Systems and Policies.

Διαθέσιμο σε:

https://openececlass.panteion.gr/modules/document/file.php/TMC301/Economou%20et%20al._The%20impact%20of%20the%20crisis%20on%20health%20in%20Greece.pdf [Ανακτήθηκε 19 Απριλίου 2020].

Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L., Souliotis, K., and Stefanis, C., (2016). Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis: an update. *World Psychiatry*, 15(1), pp.83-84.

Eichenwald, E., (2016). Apnea of prematurity. *Pediatrics*, 137(1).

Eichenwald, E., (2018). Diagnosis and management of gastro esophageal reflux in preterm infants. *Pediatrics*, 142(1), e20181061.

Eiríksdóttir, V., Ásgeirsdóttir, T., Bjarnadóttir, R., Kaestner, R., Cnattingius, S. and Valdimarsdóttir, U., (2013). Low birth weight, small for gestational age and preterm births before and after the economic collapse in Iceland: a population based cohort study. *PloS one*, 8(12), e80499.

Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (2020). *Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του διαβητικού ασθενούς*. [pdf], σελ.175.

Διαθέσιμο σε: https://drive.google.com/file/d/1L-zjpv1cYIWIIfTDvIW_ljZR4q7esZkx/view

[Ανακτήθηκε 20 Ιουλίου 2020].

Ελληνική Εταιρεία Υπερήχων στη Μαιευτική Γυναικολογία. Πρωτόκολλα: 3^ο τρίμηνο Κατευθυντήριες οδηγίες υπερηχογραφικού ελέγχου στη Μαιευτική: Υπερηχογράφημα 3ου τριμήνου κύησης ή υπερηχογράφημα ανάπτυξης. [pdf],

Διαθέσιμο σε:

https://www.hellenicultrasound.gr/images/hellenicultrasound/3st_trimester/3RD_TRIMESTER_HSU_OG.pdf [Ανακτήθηκε 17 Ιουλίου 2020].

Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία, (2014). Κατευθυντήρια οδηγία Νο. 25: Κολπικός τοκετός μετά από Καισαρική τομή. [pdf]

Διαθέσιμο σε : [http://hsog.gr/wp-](http://hsog.gr/wp-content/uploads/2017/11/25_%CE%9A%CE%BF%CE%BB%CF%80%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CF%84%CF%8C%CF%82_%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%AC_%CE%B1%CF%80%CF%8C_%CE%9A%CE%B1%CE%B9%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AE.pdf)

[content/uploads/2017/11/25. %CE%9A%CE%BF%CE%BB%CF%80%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CF%84%CF%8C%CF%82_%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%AC_%CE%B1%CF%80%CF%8C_%CE%9A%CE%B1%CE%B9%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AE.pdf](http://hsog.gr/wp-content/uploads/2017/11/25_%CE%9A%CE%BF%CE%BB%CF%80%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CF%84%CF%8C%CF%82_%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%AC_%CE%B1%CF%80%CF%8C_%CE%9A%CE%B1%CE%B9%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AE.pdf)

[Ανακτήθηκε 26 Ιουλίου 2020].

Engle, W., Tomashek, K. and Wallman, C., (2007). “Late-preterm” infants: a population at risk. *Pediatrics*, 120(6), pp.1390-1401.

Ensor, T., Cooper, S., Davidson, L., Fitzmaurice, A. and Graham, W., (2010). The impact of economic recession on maternal and infant mortality: lessons from history. *BMC Public Health*, 10(1), 727.

Επίσημη Εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, (2012). *Χάρτης των Θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. [pdf],

Διαθέσιμο σε:

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012P/TXT&from=EN>

[Ανακτήθηκε 12 Απριλίου 2020].

Ευρωπαϊκή Ένωση,(2016). *Η ιστορία της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. [on line]

Διαθέσιμο σε : https://europa.eu/european-union/about-eu/history_el [Ανακτήθηκε :24 Μαΐου 2020].

European Commission,(2009).*Economic crisis in Europe: causes, consequences and responses* [pdf], Luxembourg: European Commission,

Διαθέσιμο σε: https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/pages/publication15887_en.pdf

[Ανακτήθηκε 14 Μαΐου 2020] .

European Commission, (2017). *The European Core Health Indicators (ECHI)*. [pdf], European Commission.

Διαθέσιμο σε:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/echi_shortlist_by_policy_area_en.pdf

[Ανακτήθηκε 12 Απριλίου].

Fahlén, S. and Oláh, L., (2018). Economic uncertainty and first-birth intentions in Europe. *Demographic Research*, 39, pp.795-834.

Farfaras, A., Pateras, J., Panariti, E., Pierrakos, G., Sarris, M., Soulis, S. and Skolarikos, P. (2016). The Greek economic crisis leads to declining birth rates. *International Journal of Child Health and Human Development*, 9(2), pp.157-162.

Félix, H., Corrêa, C., Matias, T., Parreira, B., Paschoini, M. and Ruiz, M., (2019). The Signs of alert and Labor: knowledge among pregnant women. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(2), pp.335-341.

Finch, B., Thomas, K. and Beck, A., (2019). The Great Recession and adverse birth outcomes: Evidence from California, USA. *SSM- population health*, 9, 100470.

Fiori, F., Graham, E. and Rinesi, F., (2018). Economic reasons for not wanting a second child: Changes before and after the onset of the economic recession in Italy. *Demographic research*, 38, pp.843-854.

Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Froen, J., Smith, G., Gibbons, K. and Fretts, R., (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The lancet*, 377(9774), pp.1331-1340.

Fontaine, P., (2017). *Η Ευρώπη σε 12 μαθήματα*. [pdf], Λουξεμβούργο: Υπηρεσία εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σελ. 11-15.

Διαθέσιμο σε:

http://publications.europa.eu/resource/cellar/009305e8-2a43-11e7-ab65-01aa75ed71a1.0021.01/DOC_1 [Ανακτήθηκε 20 Μαΐου 2020].

Frieden, J. and Walter, S.(2017). Understanding the political economy of the Eurozone crisis. *Annual Review of Political Science*, 20.

Ζαρίφης, Ι., (2018). Υπέρταση και εγκυμοσύνη. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, 58(6), σελ.472-475.

Gebregziabher, G., Hadgu, F. and Abebe, H., (2020). Prevalence and Associated Factors of Perinatal Asphyxia in Neonates Admitted to Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Northern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Pediatrics*, 2020.

Georgakopoulou, T., Menegas, D., Katsioulis, A., Theodoridou, M., Kremastinou, J. and Hadjichristodoulou, C., (2017). A cross-sectional vaccination coverage study in preschool children attending nurseries-kindergartens: implications on economic crisis effect. *Human vaccines and immunotherapeutics*, 13(1), pp.190-197.

Ghi, T., Sotiriadis, A., Calda, P., Da Silva, C., Raine-Fenning, N., Alfirevic, Z. and McGillivray, G., (2016). ISUOG Practice Guidelines: invasive procedures for prenatal diagnosis. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 48(2), p.256.

Gikas, A., (2017). Cardiovascular diseases in times of economic crisis: New challenges for medical and community research. *J Cardiovasc Med Ther.* 2017; 1 (1),pp.1-2.

Giotaki, M. and Lenakakis, A., (2016). Theatre pedagogy as an area of negotiating and understanding complex concepts by kindergartners in times of crisis: an intervention-based research study. *Preschool & Primary Education*, 4(2), pp.323-334. doi:[10.12681/ppej.8837](https://doi.org/10.12681/ppej.8837)

Goetzinger, K. and Macones, G., (2008). Operative vaginal delivery: current trends in obstetrics. *Women's Health*, 4(3), pp. 281-290.

Gopagondanahalli, K., Li, J., Fahey, M., Hunt, R., Jenkin, G., Miller, S. and Malhotra, A., (2016). Preterm hypoxic-ischemic encephalopathy. *Frontiers in pediatrics*, 4 (114).

Gouvias, D., Katsis, A. and Limakopoulou, A., (2012). School achievement and family background in Greece: a new exploration of an omnipresent relationship. *International Studies in Sociology of Education*, 22(2), pp.125-145.

Gregory, K., DeForge, C., Natale, K., Phillips, M. and Van Marter, L., (2011). Necrotizing enterocolitis in the premature infant: neonatal nursing assessment, disease pathogenesis, and clinical presentation. *Advances in neonatal care*, 11(3), pp.155-166.

Gutierrez, I., Kang, K. and Jaksic, T., (2011). Neonatal short bowel syndrome. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 16, (3), pp. 157-163.

Hasanbegovic, E., Cengic, N., Hasanbegovic, S., Heljic, J., Lutolli, I. and Begic, E., (2016). Evaluation and treatment of anemia in premature infants. *Medical Archives*, 70(6), p. 408.

History.com Editors, (2017). *Great Recession*. [online]

Διαθέσιμο σε: <https://www.history.com/topics/21st-century/recession> [Ανακτήθηκε 1 Μαΐου 2020].

Hook, C. and Damos, J., (2008). Vacuum-assisted vaginal delivery. *American family physician*, 78(8), pp. 953-960.

Θεοδωρουλάκης, Μ. και Κουμαριανός, Β.,(2012). *Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης: Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης*. [pdf],Εκπαιδευτικό υλικό. Ινστιτούτο Έρευνας ΓΣΕΕ. Αθήνα: Εκδόσεις Καμπύλη ΑΕΒΕ, σελ.17-18,25-27,30-31,39,44-45,48-49,58-81.

Διαθέσιμο σε:https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/ekp_yliko_krat_pron2.pdf

[Ανακτήθηκε 15 Απριλίου 2020].

Ιατράκης, Γ., 2015. *Μαιευτικά προβλήματα και λύσεις*. [ηλεκτρ. βιβλ.], Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, σελ. 15, 73-92,121-167,201,295.

Διαθέσιμο σε: <http://hdl.handle.net/11419/2349> [Ανακτήθηκε 15 Ιουλίου 2020].

Ishihara, Y., (2005). *Quantitative analysis of crisis: crisis identification and causality (English)*. [pdf], World Bank Policy Research working paper 3598. Washington: World Bank, Διαθέσιμο σε : <http://documents1.worldbank.org/curated/en/754211468268180233/pdf/wps3598.pdf> [Ανακτήθηκε 30 Απριλίου 2020].

Jafarzadeh, A., Hadavi, M., Hasanshahi, G., Rezaeian, M., Vazirinejad, R., Aminzadeh, F. and Sarkoohi, A., (2019). Cesarean or Cesarean Epidemic?. *Archives of Iranian medicine*, 22(11), pp. 663-670.

Jois, R., (2019). Understanding long-term neurodevelopmental outcomes of very and extremely preterm infants: A clinical review. *Australian journal of general practice*, 48(1-2), pp.26-31

Καϊτελίδου, Δ., (2015). Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας. *Νοσηλευτική*,53(2),σελ.129-132.

Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι. και Χατζητόλιος, Α., (2012). Η Περιφερειακή Οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα, Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2),σελ.233-240.

Kakana, D., Roussi -Vergou, C., Garagouni-Areou, F., Mavidou, A., Manoli, P., Theodosiou, S., Chatzopoulou, K., Androussou, A., Tsafos, V. and Avgitidou, S., (2017). Mapping the Impact of Economic Crisis on Greek Education: Teachers' Views and Perspectives. *International Journal of Humanities and Social Science*, [pdf],7(3),pp.135-145.

Διαθέσιμο σε: http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_7_No_3_March_2017/16.pdf [Ανακτήθηκε 17 Ιουνίου 2020].

Kana, M., Correia, S., Peleteiro, B., Severo, M. and Barros, H., (2017). Impact of the global financial crisis on low birth weight in Portugal: a time-trend analysis. *BMJ global health*, 2(2).

Καπλάνογλου, Γ., (2016). Ανισότητα και φτώχεια στην εποχή της κρίσης, 2008-2013. *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 34.[e journal].σελ.109-130. Διαθέσιμο σε: <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/sas/article/view/10251> [Ανακτήθηκε 15 Ιουνίου 2020].

Καραγιάννης, Κ.,(2010).Μητρική θνησιμότητα. Αίτια και πρόληψη. [pdf], *Θέματα μαιευτικής και γυναικολογίας*, (3),σελ. 162-165.

Διαθέσιμο σε: https://www.iatrikionline.gr/8emata_3_2010/2.pdf [Ανακτήθηκε 16 Ιουνίου 2020].

Καραγιάννη, Β., (2009). *Σημειώσεις Για Το Μάθημα Οικονομία Της Υγείας Και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. [pdf], σελ.1-3.

Διαθέσιμο σε: <http://www.teiath.gr/userfiles/kodelez/karag28115.pdf> [Ανακτήθηκε 12 Απριλίου 2020].

Καρακούνος, Σ., (2005). Δομή Ελληνικού Συστήματος Υγείας και πηγές χρηματοδότησης του. *Το βήμα του Ασκληπιού*,4(1),σελ. 3.

Karamanoli, E., (2013). Financial crisis harms respiratory health in Greece. *The Lancet. Respiratory medicine*, 1(7), 511.

Καραμούζης, Ν. και Χαρδούβελης, Γκ., (2011). *Από την διεθνή κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το μέλλον*. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη, σελ. 52-57,62-73.

Καρπάθιος, Σ., (1999). *Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική*. Β΄ Έκδοση. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, σελ.31-32,171-173.

Κατσίκας, Δ.,(2015). *Οικονομικές Κρίσεις και Διεθνές Σύστημα*. [on line],

Διαθέσιμο σε: <https://opencourses.uoa.gr/courses/PSPA101/> [Ανακτήθηκε 30 Απριλίου 2020].

Κατσίκας, Δ., Καρακίτσιος, Α., Φιλίνης, Κ., και Πετραλιάς, Α., (2014). *Έκθεση για το κοινωνικό προφίλ της Ελλάδας σε σχέση με τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την ανισότητα πριν και μετά από την εκδήλωση της κρίσης*. [pdf], Παρατηρητήριο για την κρίση. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής, σελ. 3-88. Διαθέσιμο σε: http://crisisobs.gr/wp-content/uploads/2015/01/%CE%88%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7-%CE%9A%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D-%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%AF%CE%BB_%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%A D%CE%B4%CF%81%CE%B9%CE%BF-14-12.docx.pdf [Ανακτήθηκε 30 Ιουνίου 2020].

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D., (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), pp.1457-1458.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. and Stuckler, D., (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), pp.748-753.

Kentikelenis, A., (2017). Structural adjustment and health: a conceptual framework and evidence on pathways. *Social Science & Medicine*, 187, pp.296-305.

Kesavan, K. and Devaskar, S. U., (2019). Intrauterine growth restriction: postnatal monitoring and outcomes. *Pediatric Clinics*, 66(2), pp.403-423.

Khan, M., Arbab, M., Murad, M., Khan, M. and Abdullah, S., (2014). Study of factors affecting and causing low birth weight. *Journal of scientific research*, 6(2), pp. 387-394.

Kingdon, C., Downe, S. and Betran, A., (2018). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section targeted at organizations, facilities and systems: systematic review of qualitative studies. *PLoS One*, 13(9), e0203274.

Knight, M., Bunch, K., Vousden, N., Morris, E., Simpson, N., Gale, C. and Kurinczuk, J., (2020). Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ*, 369.

Κοκκίνου, Α., Κορρές, Γ., Παπάνης, Ε., Μιχαλίδη, Μ. και Λαδιάς, Χ., (2019). Εκπαίδευση, Ανθρώπινο Δυναμικό και Τοπική Ανάπτυξη: Μια μελέτη περίπτωσης για την ελληνική οικονομία στην ΕΕ. Στο: Ελληνικό Ινστιτούτο Οικονομικών της Εκπαίδευσης και Δια Βίου Μάθησης της Έρευνας και Καινοτομίας. *Πρακτικά 2^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου με διεθνή συμμετοχή, Ελλάδα Ευρώπη 2020: Εκπαίδευση, Δια Βίου Μάθηση, Έρευνα και Τεχνολογική Ανάπτυξη, Καινοτομία και Οικονομία*. [pdf], 2, σελ.688-700. Διαθέσιμο σε: [file:///C:/Users/Panagiotis/Downloads/1526-5682-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Panagiotis/Downloads/1526-5682-1-PB%20(2).pdf) [Ανακτήθηκε 15 Ιουνίου 2020].

Kolaitis, G. and Giannakopoulos, G., (2015). Greek financial crisis and child mental health. *The Lancet*, 386(9991), 335.

Κολιοφούτης, Σ., Κόλλια, Α., Γεωργουσοπούλου, Ε., Χρυσόχου, Χ., Παπαγεωργίου, Χ., Πίτσαβος, Χ., και Παναγιωτάκος, Δ., (2019). Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα 10ετής επανέλεγχος μελέτης ΑΤΤΙΚΗ (2002–2012). *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(3), σελ.383-392.

Κολλίντζας, Τ. και Ψαλιδόπουλος, Μ., (2009). *Οι Κρίσεις του 1929 και του 2008 και οι πολιτικές αντιμετώπισης τους*. [pdf], Ημερίδα του Ιδρύματος της Βουλής των Ελλήνων με θέμα: Από την κρίση του 1929 στην κρίση του 2009. Αθήνα: Ίδρυμα της Βουλής των Ελλήνων, σελ.25-35.

Διαθέσιμο σε:

[http://foundation.parliament.gr/VoulhFoundation/VoulhFoundationPortal/images/site_content/voulhFoundation/file/Imerides/Imerida%20\(%20Krax1929%20\).pdf](http://foundation.parliament.gr/VoulhFoundation/VoulhFoundationPortal/images/site_content/voulhFoundation/file/Imerides/Imerida%20(%20Krax1929%20).pdf) [Ανακτήθηκε 25 Απριλίου 2020].

Kondilis, E., Ierodiakonou, I., Gavana, M., Giannakopoulos, S. and Benos, A., (2013). Suicide mortality and economic crisis in Greece: men's Achilles' heel. *J Epidemiol Community Health*, 67(6), e1-e1.

Κορρές, Γ., Λαδιάς, Χ. και Κόκκινου, Α., (2016). Κρίση Χρέους και Οικονομική Ανάπτυξη στην ΕΕ. *Εκπαίδευση, Δια Βίου Μάθηση, Έρευνα και Τεχνολογική Ανάπτυξη, Καινοτομία και Οικονομία*. [pdf], 1, σελ.301-317.

Διαθέσιμο σε: <https://eproceedings.epublishing.ekt.gr/index.php/inoek/article/view/796/827>

[Ανακτήθηκε 15 Ιουνίου 2020].

Κότιος, Α. και Παυλίδης, Γ.,(2012).*Διεθνείς οικονομικές κρίσεις: Κρίσεις του συστήματος ή της πολιτικής*; Αθήνα: Εκδοτικός οίκος Rosili, σελ.11-17.

Κουκουφιλίππου, Ι., Μπόγρη, Δ. και Κοϊνης, Α.,(2016).Συγκράτηση δαπανών Υγείας & Εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης του ΕΣΥ. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 8(2),σελ. 57-63.

Kramer, M., (1987). Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the world health organization*, 65(5), pp.665-668.

Κωνσταντακόπουλος, Γ., Τσούβελας, Γ. και Κονταξάκης, Β., (2018).Υπάρχει επίδραση της οικονομικής ύφεσης στην εγκληματικότητα; Αναλύοντας τα δεδομένα από την πρόσφατη διεθνή και ελληνική κρίση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35.

Lakshmanan, A., Agni, M., Lieu, T., Fleegler, E., Kipke, M., Friedlich, P. and Belfort, M., (2017). The impact of preterm birth< 37 weeks on parents and families: a cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 38.

Lamouroux, A., Attie-Bitach, T., Martinovic, J., Leruez-Ville, M. and Ville, Y., (2020). Evidence for and against vertical transmission for SARS-CoV-2 (COVID-19). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(1), pp. 91-93.

Lawn, J., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D. and Shiekh, S., (2016). Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 387(10018), pp.587-603.

Lazaratou, H., Kalogerakis, Z., Economou, M. and Xenitidis, K., (2017). Socioeconomic crisis and aggressive behavior of Greek adolescents. *International journal of social psychiatry*, 63(6), pp.488-491.

Lien, R., (2020). Neurocritical care of premature infants. *Biomedical Journal*. pp. 259-267.

Linard, M., Blondel, B., Estellat, C., Deneux-Tharoux, C., Luton, D., Oury, J. and Bourgeois-Moine, A., (2018). Association between inadequate antenatal care utilization and severe perinatal and maternal morbidity: An analysis in the Pre CARE cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 125(5), pp.587-595.

Λιόσης, Γ.,(2011).Το Εξαιρετικά Χαμηλού Βάρους Γέννησης Πρόωρο Νεογνό: αναπτυξιακά και νευρολογικά προβλήματα στα πρώτα χρόνια της ζωής. *ΕΛΕΥΘΩ*, (4) σελ.148-160.

López, M., Gonce, A., Meler, E., Plaza, A., Hernández, S., Martínez-Portilla, R. and Palacio, M., (2020). Corona virus Disease 2019 in Pregnancy: A Clinical Management Protocol and Considerations for Practice. *Fetal diagnosis and therapy*, 47(7), pp. 519-528.

Λουφόπουλος, Α., (2015). Επεμβατικός Τοκετός. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, [pdf], 20(2), σελ. 132-138. Διαθέσιμο σε: https://www.iatrikionline.gr/ELL_M_2_2008/4.pdf [Ανακτήθηκε 15 Ιουλίου 2020].

Luo, J., Chen, J., Li, Q. and Feng, Z., (2019). Differences in Clinical Characteristics and Therapy of Neonatal Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) and Respiratory Distress Syndrome (RDS): A Retrospective Analysis of 925 Cases. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, (25), pp.4992-4998.

Μαζαράκη, Η., (2012). Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό αγαθό. *Αρχαϊκή Ιατρική*, 31(1), σελ.62-69.

Malamitsi-Puchner, A. and Briana, D., (2019). Economic stress and child health—the Greece experience. *Acta Paediatrica*, 108(10), pp.1740-1741.

Malby, S., Davis, P., Wever, W., Broek, E., Rizzi, R. and Pysden, C., (2012). *Monitoring the impact of economic crisis on crime*. [pdf], Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, pp.7-9. Διαθέσιμο σε: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/GIVAS_Final_Report.pdf [Ανακτήθηκε 15 Ιουνίου 2020].

Μαλλιάρου, Μ. και Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11 (1), σελ.202-211.

Mammas, I., Theodoridou, M., Koutsaftiki, C., Bertsias, G., Sourvinos, G. and Spandidos, D., (2016). Vaccination against human Papillomavirus in relation to financial crisis: the “evaluation and education of Greek female adolescents on human Papillomaviruses’ prevention strategies” ELEFThERIA study. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29(4), pp.362-366.

Mangili, G. and Garzoli, E., (2017). Feeding of preterm infants and fortification of breast milk. *La Pediatria Medica e Chirurgica*, 39(158), pp.62-66.

Μαραγκάκη, Α., Κωνσταντινίδης, Θ. και Σαράφης, Π., (2019). Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(5).

Margerison-Zilko, C., (2014). Economic contraction and maternal health behaviors during pregnancy in a national sample of US women. *Annals of epidemiology*, 24(6), pp.432-440.

Margerison-Zilko, C., Li, Y. and Luo, Z., (2017). Economic conditions during pregnancy and adverse birth outcomes among singleton live births in the United States, 1990–2013. *American Journal of epidemiology*, 186(10), pp.1131-1139.

Μάρκοβιτς, Γ. και Μοναστηρίδου, Σ., (2011). Η υγεία των παιδιών και η σύγχρονη κοινωνία. Επισκόπηση της παρούσας κατάστασης και των δράσεων υγείας. *Archives Of Hellenic Medicine*, 28(3),σελ.345-350.

Maruthappu, M., KYB, Ng., Williams, C., Atun, R., Agrawal, P. and Zeltner, T., (2015). The association between government healthcare spending and maternal mortality in the European Union, 1981–2010: a retrospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 122(9), pp.1216-1224.

Masten, A. and Gewirtz, A., (2006). *Development Resilience in development: The importance of early childhood*. [pdf], Centre of Excellence for Early Childhood Development. Retrieved from the University of Minnesota Digital Conservancy,

Διαθέσιμο σε:

<https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/53904/Resilience%20in%20Development%20-%20pdf%20version.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Ανακτήθηκε 17 Ιουνίου 2020].

Maternity Care Working Party, (2007). *Making normal birth a reality: Consensus statement from the Maternity Care Working Party—our shared views about the need to recognize, facilitate and audit normal birth*. [pdf],

Διαθέσιμο σε:

http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/normal_birth_consensus.pdf

[Ανακτήθηκε 23 Ιουλίου 2020].

Matsaganis, M. (2011). The welfare state and the crisis: the case of Greece. *Journal of European Social Policy*, 21(5), pp.501-512.

Matsaganis, M., (2013). The Greek crisis: social impact and policy responses. *Friedrich-Ebert-Stiftung, Department of Western Europe/North America*, pp.3-36.

Ματσαγγάνης, Μ., Πάρμα, Α. και Καρακίτσιος, Α., (2018). *Όψεις κοινωνικής κινητικότητας στην Ελλάδα της κρίσης*. [pdf], Οργανισμός έρευνας και ανάλυσης: διαΝεοσις, σελ. 15-16.

Διαθέσιμο σε : https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2018/11/social_mobility_report_final_161118.pdf [Ανακτήθηκε 15 Ιουνίου 2020].

McCartney, G., Hearty, W., Arnot, J., Popham, F., Cumbers, A. and McMaster, R., (2018). The Causes of the Causes: A Systematic Review of Reviews of the Impact of Political Economy on Population Health. *The Lancet*, Διαθέσιμο σε: *SSRN 3214870*.

McQuivey, R., (2004). Vacuum-assisted delivery: a review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 16(3), pp.171-180.

Michas, G., Varytimiadi, A., Chasiotis, I. and Micha, R., (2014). Maternal and child mortality in Greece. *The Lancet*, 383(9918), pp.691-692.

Mitrakos, T., (2018). Οικονομικές ανισότητες, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Η διεθνής εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας κατά την περίοδο της πρόσφατης κρίσης. *Κοινωνική Πολιτική*, 9, σελ.7-24.

Μουρμούρας, Ι.(2015). *Η Διπλή Κρίση Δημόσιου Χρέους-Τραπεζών : Δοκίμια για την ανασυγκρότηση και την εμβάθυνση της ευρωζώνης*, Β' έκδοση, Τόμος Α, Αθήνα: Εκδόσεις Γερμανός, σελ.25,27,32,35-36,41,53-54,75.

Mossialos, E., Allin, S., Karras, K. and Davaki, K., (2005). An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. *The European Journal of Public Health*, 15(3), pp.288-295.

Μπαλάσκα, Δ. και Μπιτσιώρη, Ζ., (2019). Η αναγκαιότητα της ίδρυσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) και η επίδραση του στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Περιεχειρική Νοσηλευτική*, 8(1),σελ.77-84.

Μπαλούρδος, Δ., (2011). Επιπτώσεις της κρίσης στη φτώχεια και στον κοινωνικό αποκλεισμό: Αρχικές μετρήσεις και προσαρμοστικές πολιτικές. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 134(134-135), σελ.165-174.

Μπαλούρδος, Δ., Δεμερτζής, Ν., Πιερράκος, Γ. και Κικίλιας, Η., (2019). *Η χαμηλή γονιμότητα στην Ελλάδα, δημογραφική κρίση και πολιτικές ενίσχυσης της οικογένειας*. [pdf], Οργανισμός έρευνας και

ανάλυσης: διανεοσις, σελ. 16-18,108,115,119. Διαθέσιμο σε : https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2019/01/ekke_family_policies.pdf [Ανακτήθηκε 22 Ιουνίου 2020].

Μπελετσιώτη, Χ., Παπαδόπουλος, Α. και Νιάκας, Δ., (2018). Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(5).

Μπιτσιώρη, Ζ. και Μπαλάσκα, Δ.,(2016).Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότηση τους. *Περιεχειριτική νοσηλευτική*,5(2),σελ.113-124.

Μπογοσιάν, Ε., (2016). Οικονομική κρίση και δικαίωμα στην υγεία. Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. *Ελληνική Νοσοκομειακή οδοντιατρική*, 9, σελ. 67-80.

Mung'ong'o, C., (2019). *The effect of fortified breast milk on weight gain in preterm infants admitted in the NICU at Arusha*. [on line], Doctoral dissertation. Makerere University.pp.2-3. Διαθέσιμο σε: <http://www.dspace.mak.ac.ug/handle/10570/7329> [Ανακτήθηκε στις 19 Ιουλίου 2020].

Μωραϊτή, Ε. και Γκολέμη, Μ.,(2012).*Βασικές αρχές οργάνωσης δημόσιου νοσοκομείου ή ιδιωτικού*. [pdf], Πτυχιακή εργασία. Κρήτη: ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης. Διαθέσιμο σε: http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sdo/ba/2012/MoraitiElissavet,GkolemiMarsela/attached-document-1337076970-520953-1232/Moraiti_Gkolemi2012.pdf [Ανακτήθηκε 15 Απριλίου 2020].

Ναούμ, Σ., (2018). Ανάλυση επιπέδου και δεικτών υγείας Ελλάδας και Ισπανίας στα χρόνια πριν και μετά την οικονομική κρίση. *Επιστημονικά Χρονικά*,23(1),σελ.89-104.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health UK, (2008). *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman*. [pdf], 2^η έκδοση. London: RCOG press. pp. 31-34. Διαθέσιμο σε: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/evidence/full-guideline-pdf-196748323> [Ανακτήθηκε 15 Ιουλίου 2020].

National Institute for Health and Clinical Excellence, (2007).*Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. [pdf], NICE clinical guideline 55,London: RCOG press. pp. 28-38,51-56.

Διαθέσιμο σε: <https://perinatal-cyprus.org/wp-content/uploads/2014/09/Guidelines-intrapartum-care-pdf.pdf> [Ανακτήθηκε 15 Ιουλίου 2020].

National Institutes of Health, (2000). *National High Blood Pressure Education Program: Working group report on high blood pressure in pregnancy*. [pdf], pp.3-4.

Διαθέσιμο σε: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/hbp_preg_archive.pdf [Ανακτήθηκε 14 Ιουλίου 2020].

Νικολαΐδης, Κ., Σούκα, Α. και Σκέντου, Χ., (2004). *Το Υπερηχογράφημα 11–13+6 εβδομάδων*. [pdf], London: Fetal Medicine Foundation, σελ.7-27, Διαθέσιμο σε: <file:///C:/Users/train3/Downloads/FMF-greek.pdf> [Ανακτήθηκε στις 20 Ιουλίου 2020].

Noelke, C., Chen, Y., Osyruk, T. and Acevedo-Garcia, D., (2019). Economic downturns and inequities in birth outcomes: Evidence from 149 million US births. *American Journal of epidemiology*, 188(6), pp.1092-1100.

Νοικοκυράκης, Γ., και Σαράφης, Π., (2018). Κοινωνική προστασία και προκλήσεις του ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(4), σελ.464-471.

Nolan, J., Soar, J., Zideman, D., Biarent, D., Bossaert, L., Deakin, C. and Böttiger, B., (2010). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 81(10), pp. 1219-1276.

Nores, M. and Barnett, W., (2010). Benefits of early childhood interventions across the world: (under) investing in the very young. *Economics of Education Review*, 29(2), pp.271-282.

Νούλας, Ν. (2014). Αξιολόγηση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Αρχαία Ιατρική*, 33(2), σελ.104-120.

OECD, (2017). *How's Life? 2020: Measuring Well-being*. [pdf], Paris: OECD Publishing, pp.241-243, Διαθέσιμο σε: https://www.iags-project.org/documents/iags_report2015.pdf [Ανακτήθηκε 25 Ιουλίου 2020].

OFCE, IMK and ECLM, (2014). *Independent Annual Growth Survey 2015: Third Report*. [pdf], pp.55-56.

Διαθέσιμο σε: www.iags-project.org/documents/iags_report2015 [Ανακτήθηκε 24 Ιουλίου 2020].

Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Πέππου, Λ., Διέτη, Ε. και Σουλιώτης, Κ., (2018). Η ψυχική υγεία στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης: Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της κατάθλιψης. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 35 (Συμπλ.1): σελ.17-26.

Οικονόμου, Χ., (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας*. [pdf], Επιστημονικές Εκθέσεις. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων. Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα: Καμπύλη ΑΕΒΕ, σελ.60-61.

Διαθέσιμο σε: [file:///C:/Users/Panagiotis/Downloads/...%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Panagiotis/Downloads/...%20(1).pdf) [Ανακτήθηκε 24 Ιουνίου 2020].

Oriyo, N., Kingdon, C., Oladapo, O., Souza, J., Vogel, J., Bonet, M. and Gülmezoglu, A., (2020). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), pp. 66.

Page, R., (2004). Positive pregnancy outcomes in Mexican immigrants: what can we learn? *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(6), 783-790.

Palència, L., Puig-Barrachina, V., Marí-dell'Olmo, M., Gotsens, M., Rodríguez-Sanz, M., Bartoll, X. and IMCRISES members., (2018). Trends in small-for-gestational age before and after the economic crisis in Spain. *The European Journal of Public Health*, 28(2), pp.325-327.

Papageorghiou, A., Yu, C., Cicero, S., Bower, S. and Nicolaides, K., (2002). Second-trimester uterine artery Doppler screening in unselected populations: a review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 12(2), pp.78-88.

Παπανικολάου, Κ.,(2013). *Κρίση Χρέους της Ζώνης του Ευρώ: Επιπτώσεις στην Εξωτερική Διάσταση της Ε.Ε.* [pdf], Αθήνα: Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής, Σελ.2-14.

Διαθέσιμο σε: http://www.eliamep.gr/wp-content/uploads/2018/09/POLICY-PAPER-No13.2013_%CE%A0%CE%B1%CF%80%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%AC%CE%BF%CF%85-%CE%9A%CF%89%CE%BD%CF%83%CF%84%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82-2.pdf [Ανακτήθηκε 2 Ιουνίου 2020].

Papathodorou, C. and Papanastasiou, S., (2017). *The State of the Children in Greece Report 2017. The Children of the Crisis*. [pdf], Athens: Hellenic National Committee for UNICEF, σελ.5,22,30.

Διαθέσιμο σε: [file:///C:/Users/Panagiotis/Downloads/children-in-greece-2017-eng1%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Panagiotis/Downloads/children-in-greece-2017-eng1%20(2).pdf) [Ανακτήθηκε 24 Ιουνίου 2020].

Πατελάρου, Α., Μανιδάκη, Α., Μπαλολάκης, Α., Ορφανού, Ε. και Πατελάρου, Ε., (2011). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία-Προτάσεις για παρέμβαση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(3), σελ.53-61.

Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ., (2016). Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15(3).

Πετρίδου, Ε., Εμποριάδου, Μ., Χρούσος, Γ. και Μπακοπούλου, Φ.,(2018). *Παιδιά και έφηβοι στην Ελλάδα της κρίσης: Ιατροκοινωνική φροντίδα*. [pdf], Β έκδοση, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα. Αθήνα: ΣΕΑΒ, σελ. 50.

Διαθέσιμο σε: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/1478/1/00_master_document_KOY.pdf [Ανακτήθηκε 5 Ιουνίου 2020].

Pisani-Ferry, J., Wolff, G. B. and Sapir, A., (2013). *EU-IMF assistance to euro area countries: an early assessment*. [pdf], Brussels: Bruegel Blueprint, No. 19.σελ. 92-93.

Διαθέσιμο σε: https://www.bruegel.org/wp-content/uploads/imported/publications/1869_Blueprint_XIX_-_web_.pdf [Ανακτήθηκε 20 Ιουνίου 2020].

Pragidis, I., Aielli, G., Chionis, D., and Schizas, P., (2015). Contagion effects during financial crisis: Evidence from the Greek sovereign bonds market. *Journal of Financial Stability*, 18, pp.127-138.

Priante, E., Verlato, G., Giordano, G., Stocchero, M., Visentin, S., Mardegan, V. and Baraldi, E., (2019). Intrauterine growth restriction: new insight from the Metabolomic approach. *Metabolites*, 9(11), 267, pp.1-13.

Προϊκάκη, Σ., Κοτσίκου, Ε. και Λάμπρου, Γ. Ι., (2017). Οι επιπτώσεις της ελληνικής οικονομικής κρίσης στους δείκτες δημόσιας υγείας. Γεννήσεις, θνησιμότητα και αυτοκτονίες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(4).

Racape, J., Schoenborn, C., Sow, M. and De Spiegelaere, M., (2016). Are all immigrant mothers really at risk of low birth weight and perinatal mortality? The crucial role of socio-economic status. *The European Journal of Public Health*, 26(suppl_1), ckw173-034.

Rajmil, L., Taylor-Robinson, D., Gunnlaugsson, G., Hjern, A. and Spencer, N., (2018). Trends in social determinants of child health and perinatal outcomes in European countries 2005–2015 by level of austerity imposed by governments: A repeat cross-sectional analysis of routinely available data. *BMJ open*, 8(10), e022932.

Ράπανος, Δ., (2013). *Οικονομική Κρίση και Κρίση θεσμών. Η περίπτωση της Ελλάδας*. [online], Πρακτικά εκδήλωσης του ΚΕΒΕ και ΟΠΕΚ, Η οικονομική κρίση και οι πολιτικές για την ανάπτυξη. Λευκωσία.

Διαθέσιμο σε: <http://docplayer.gr/1196885-Oikonomiki-krisi-kai-krisi-thesmon-i-periptosis-elladas.html> [Ανακτήθηκε 23 Μαΐου 2020].

Ρεκλείτη, Μ., Τανανάκη, Μ. και Κυλούδης Π., (2012). Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία. *Περιεγχειριτική νοσηλευτική*, 1(1),σελ.3-14.

Reuter, S., Moser, C. and Baack, M., (2014). Respiratory distress in the newborn. *Pediatrics in review*, 35(10), pp. 417- 427.

Ρομπότη, Ε. και Φερόνας Α., (2012). Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην αγορά εργασίας των χωρών υπό το καθεστώς δημοσιονομικής προσαρμογής: Μια συγκριτική ανάλυση. *Κοινωνική Πολιτική*,5, σελ.38-63.

Rimaitis, K., Grauslyte, L., Zavackiene, A., Baliulienė, V., Nadisauskiene, R. and Macas, A., (2019). Diagnosis of HELLP Syndrome: A 10-year survey in a perinatology centre. *International journal of environmental research and public health*, 16(1), pp.109.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists, (2020). *Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy. Information for healthcare professionals*. [pdf], Version II. pp. 8-38. Διαθέσιμο σε: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-07-24-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf> [Ανακτήθηκε 25 Ιουλίου 2020].

Ruckert, A. and Labonté, R., (2014). The global financial crisis and health equity: early experiences from Canada. *Globalization and Health*, 10(1), pp.1-10.

Salomon, L., Alfirevic, Z., Berghella, V., Bilardo, C., Hernandez-Andrade, E., Johnsen, S. and Prefumo, F., (2011). Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 37(1), pp.116-126.

Salvati, L., (2018). Population growth and the economic crisis: understanding latent patterns of change in Greece, 2002–2016. *Letters in Spatial and Resource Sciences*, 11(2), pp.105-126.

Sangmi, K. and Dongsik, K., (2018). Prenatal health behaviors and stress as contributors to socioeconomic gaps in adverse birth outcomes for Korean women, *The Women's Studies*, 96(1), pp.179-208.

Sankaran, S. and Kyle, P., (2009). Aetiology and pathogenesis of IUGR. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 23(6), pp.765-777.

Sava, R., March, K. and Pepine, C., (2018). Hypertension in pregnancy: Taking cues from pathophysiology for clinical practice. *Clinical cardiology*, 41(2), pp.220-227.

Sdona, E., Papamichail, D., Ragkou, E., Briana, D., Malamitsi-Puchner, A. and Panagiotopoulos, T., (2018). Greek economic crisis and impaired perinatal parameters: experience from a public maternity hospital. *The Journal of Maternal - Fetal & Neonatal Medicine*, 31(18), pp. 2371-2375.

Sfakianoudis, K., Simopoulou, M., Rapani, A., Grigoriadis, S., Maziotis, E., Giannelou, P. and Pantos, K., (2019). The Impact of the Economic Recession in Greece on Assisted Reproduction Demand: A Retrospective Longitudinal Study. *Medicina*, 55(10), 654,pp.1-7.

Sharma, D., Shastri, S. and Sharma, P., (2016). Intra uterine growth restriction: antenatal and postnatal aspects. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 10, CMPed-S40070. pp.67-83.

Siahanidou, T., Dessypris, N., Analitis, A., Mihas, C., Evangelou, E., Chrousos, G. and Petridou, E., (2019). Disparities of infant and neonatal mortality trends in Greece during the years of economic crisis by ethnicity, place of residence and human development index: a nationwide population study. *BMJ open*, 9(8), e025287.

Siahanidou, T., Karalexi, M., Kantzanou, M., Dessypris, N., Christodoulakis, C., Daoutakos, P. and Petridou, E., (2020). Stillbirth in Greece during the years of economic crisis: a population-based study. *European Journal of Pediatrics*, 179(7), pp.1157-1166.

Simou, E., Stavrou, M., Kanavou, E., Koutsogeorgou, E. and Roumeliotou, A., (2013). *Association between birth rates and selected socio-economic indicators in a time of economic crisis: the case of Greece*. Athens: Department of Epidemiology and Biostatistics, National School of Public Health.

Σισσούρας, Α.,(2012). *Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ*. [on line], Εκδόσεις Καστανιώτη,σελ.34-36.
Διαθέσιμο σε: https://issuu.com/kastaniotis_editions/docs/sissouras-ta_meteora_bimata_tou_esy/2
[Ανακτήθηκε 12 Απριλίου 2020].

Σκρουμπέλος, Α., Καπάκη, Β., Αθανασάκης, Κ., Σουλιώτης, Κ. και Κυριόπουλος, Γ., (2012). *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας : Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)* .[pdf], Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Διαθέσιμο σε: http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%91%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%85%CE%B3%CE%BA%CF%81%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%A7%CF%81%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B4%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_final.pdf [Ανακτήθηκε 25 Απριλίου 2020].

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ. και Οικονόμου, Μ.,(2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (Συμπλ.1):9-16.

Stiglitz, J.,(2010). Interpreting the causes of the Great Recession of 2008. *Financial system and macroeconomic resilience: revisited. Bank for International Settlements*. [pdf], pp.1-17. Διαθέσιμο σε: https://www8.gsb.columbia.edu/faculty/jstiglitz/sites/jstiglitz/files/2009_Interpreting_Causes.pdf [Ανακτήθηκε 28 Απριλίου 2020].

Street, M. and Bernasconi, S., (2020). Endocrine-Disrupting Chemicals in Human Fetal Growth. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(4), 1430.

Stritzke, A., Thomas, S., Amin, H., Fusch, C. and Lodha, A., (2017). Renal consequences of preterm birth. *Molecular and cellular pediatrics*, 4(1), pp.1-9.

Suhag, A. and Berghella, V., (2013). Intrauterine growth restriction (IUGR): etiology and diagnosis. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 2(2), pp.102-111.

Σχιστού, Ι., Τακάογλου, Σ. και Τζώρτζη, Μ.,(2019). *Αρχές Οικονομικής θεωρίας- Ομάδα προσανατολισμού σπουδών οικονομίας και πληροφορικής Γ' Λυκείου*. Εκδόσεις Μεταίχμιο, σελ. 453-455.

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιόνης, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ., Φιλαλήθης, Τ., (2020). *Το νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. [pdf], Οργανισμός έρευνας και ανάλυσης: διαΝεοσις, σελ.94. Διαθέσιμο σε : https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health_system_final.pdf [Ανακτήθηκε 24 Απριλίου 2020].

Τράπεζα της Ελλάδος, (2019), *Η ιστορία του ευρώ*. [on line],

Διαθέσιμο σε: <https://www.bankofgreece.gr/euro/h-istoria-toy-eyrw> [Ανακτήθηκε 22 Μαΐου 2020].

Tshotetsi, L., Dzikiti, L., Hajison, P. and Feresu, S., (2019). Maternal factors contributing to low birth weight deliveries in Tshwane District, South Africa. *PloS one*, 14(3), e0213058.

Tsimbos, C. and Verropoulou, G., (2011). Demographic and socioeconomic determinants of low birth weight and preterm births among natives and immigrants in Greece: an analysis using nationwide vital registration micro-data. *Journal of Biosocial Science*, 43(3), 271.

Yang, H., Wang, C. and Poon, L., (2020). Novel corona virus infection and pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 55(4), p.435.

Varea, C., Terán, J. M, Bernis, C., Bogin, B. and González-González, A., (2016). Is the economic crisis affecting birth outcome in Spain? Evaluation of temporal trend in underweight at birth (2003–2012). *Annals of human biology*, 43(2), pp.169-182.

Verbeek, T., Bockting, C., Beijers, C., Meijer, J., van Pampus, M. and Burger, H., (2019). Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression. *Women and birth*, 32(1), pp.e138-e143.

Verick, S. and Islam, I., (2010). *The Great Recession of 2008-2009: causes, consequences and policy response*. [pdf], IZA Discussion papers No.4934, Bonn: Institute for the study of labor (IZA), [online], pp.4-5,8-28,55-56. Διαθέσιμο σε: <http://ftp.iza.org/dp4934.pdf> [Ανακτήθηκε 1 Μαΐου 2020].

Veronez, M., Borghesan, N., Corrêa, D. and Higarashi, I., (2017). Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. *Rev Gaúcha Enferm*, 38(2), e60911.

Verropoulou, G. and Tsimbos, C., (2013). Modeling the effects of maternal socio-demographic characteristics on the preterm and term birth weight distributions in Greece using quantile regression. *Journal of biosocial science*, 45(3), pp.375-390.

Vignoli, D., Tocchioni, V. and Mattei, A., (2019). The impact of job uncertainty on first-birth postponement. *Advances in Life Course Research*, 100308.

Vijayalakshmi, P. and Gilbert, C., (2017). Following up children born preterm. *Community Eye Health*, 30(99), p.62.

Villar, J. and Belizan, J. M, (1982). The timing factor in the pathophysiology of the intrauterine growth retardation syndrome. *Obstetrical & gynecological survey*, 37(8), pp.499-506.

Vlachadis, N. and Kornarou, E., (2013). Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis. *BMJ*, 346, f1061.

Vrachnis, N., Vlachadis, N., Iliodromiti, Z., Vlachadi, M. and Creatsas, G., (2014). Greece's birth rates and the economic crisis. *The Lancet*, 383(9918), pp.692-693.

Wang, Y. and Yang, M., (2019). Long commutes to work during pregnancy and infant health at birth. *Economics & Human Biology*, 35, pp. 1-17.

Watt, A., (2008). *The economic and financial crisis in Europe: addressing the causes and the repercussions*. [pdf], European Economic and Employment Policy Brief 2008/3. Brussels: ETUI. pp.1-24.

Διαθέσιμο σε: <https://www.etui.org/sites/default/files/08%20EEEPB%2012%202008%20Printweb.pdf>
[Ανακτήθηκε 18 Απριλίου 2020].

Wilkinson, R. and Marmot, M. (Eds.), (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. [pdf], (Second edition). Denmark: World Health Organization. pp.12-13.

Διαθέσιμο σε: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.
[Ανακτήθηκε 12 Απριλίου 2020].

World Health Organization, (1981). *Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health for all by the year 2000*. [pdf], Geneva: World Health Organization, pp.9-14. Διαθέσιμο σε: <https://www.ircwash.org/sites/default/files/WHO-1981-Development.pdf> [Ανακτήθηκε 12 Απριλίου 2020].

World Health Organization, (1996). *Safe Motherhood: Care in Normal Birth: a practical guide*, [online]. Geneva: World Health Organization.

Διαθέσιμο σε: <http://helid.digicollection.org/en/d/Jwho06e/2.4.html> [Ανακτήθηκε 23 Ιουλίου 2020].

World Health Organization, (1997). *Thermal protection of the newborn: a practical guide (No. WHO/RHT/MSM/97.2)*. [pdf], Geneva: World Health Organization, pp. 23-25.

Διαθέσιμο σε: file:///E:/IUGR/WHO_RHT_MSM_97.2.pdf [Ανακτήθηκε 14 Αυγούστου 2020].

World Health Organization, (2004). *Low birth weight: country, regional and global estimates*. [pdf], New York: World Health Organization, pp.1-3.

Διαθέσιμο σε: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43184/9280638327.pdf> [Ανακτήθηκε 12 Σεπτεμβρίου 2020].

World Health Organization, (2006). *Optimal feeding of low-birth-weight infants: technical review*. World Health Organization, p.1. [on line]

Διαθέσιμο σε: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241595094/en/ [Ανακτήθηκε 13 Σεπτεμβρίου 2020].

World Health Organization, (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems*. [pdf], 10th revision, volume 2, instruction manual, Malta: World Health Organization, pp.151-152.

Διαθέσιμο σε: https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2010.pdf [Ανακτήθηκε 13 Σεπτεμβρίου 2020].

World Health Organization, (2011). *Press release: Stillbirths - The invisible public health problem, Interventions: Well-Known interventions for women and babies would also reduce stillbirths*. [online], Geneva: World Health Organization.

Διαθέσιμο σε:

https://www.who.int/pmnch/media/press/2011/20110414_pmnch_pr_stillbirths/en/index2.html

[Ανακτήθηκε: 1 Ιουλίου 2020].

World Health Organization, (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. [pdf], Geneva: World Health Organization, pp.1,9,19-22.

Διαθέσιμο σε: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

[Ανακτήθηκε 26 Ιουλίου 2020].

World Health Organization, (2014). *Basic Documents*. [pdf], (48^η έκδοση). World Health Organization, Διαθέσιμο σε: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf> [Ανακτήθηκε 12 Απριλίου 2020].

World Health Organization,(2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. [on line], Luxembourg: World Health Organization. pp. ix-x.

Διαθέσιμο σε: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/ [Ανακτήθηκε 10 Ιουλίου 2020].

World Health Organization, (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. [pdf], Geneva: World Health Organization, pp.19, 35-63.

Διαθέσιμο σε: [file:///C:/Users/Panagiotis/Downloads/9789241550215-eng%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Panagiotis/Downloads/9789241550215-eng%20(2).pdf) [Ανακτήθηκε 29 Ιουλίου 2020].

World Health Organization, (2019). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA*, [pdf], Geneva: World Health Organization. pp.8-9.

Διαθέσιμο σε: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/793971568908763231/pdf/Trends-in-maternal-mortality-2000-to-2017-Estimates-by-WHO-UNICEF-UNFPA-World-Bank-Group-and-the-United-Nations-Population-Division.pdf> [Ανακτήθηκε 22 Ιουνίου 2020].

Wyllie, J., Bruinenberg, J., Roehr, C., Rüdiger, M., Trevisanuto, D. and Urlesberger, B., (2015). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth*. [pdf], pp. 249,252.

Διαθέσιμο σε: [file:///C:/Users/Panagiotis/Downloads/main%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Panagiotis/Downloads/main%20(4).pdf) [Ανακτήθηκε 22 Ιουνίου 2020].

Χαλκιά, Β. και Βαρακλιώτη, Α., (2015). Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5).

Χαλκιά, Β., Βαρακλιώτη, Α., Σαράφης, Π. και Μπαμίδης, Π., (2015). Συγκριτική μελέτη της κατάστασης υγείας του Ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, [pdf], 7(4),σελ.151-164.

Διαθέσιμο σε :

<http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/9edec0536c191a30b3c8532febc427a2.pdf>

[Ανακτήθηκε 14 Απριλίου 2020].

Χαρδούβελης, Γκ., (2011). Η ελληνική και ευρωπαϊκή κρίση και η νέα αρχιτεκτονική της Ευρωζώνης. *Οικονομία και Αγορές*.6(2), σελ.1-15.

Zambon, I., Rontos, K. and Salvati, L., (2018). Demographic dynamics, urban-rural divides and the (changing) mother's age at birth in Greece: a regional analysis, 1980–2016. *Studia Demograficzne*, pp.67-86.

Zhao, J., Gonzalez, F. and Mu, D., (2011). Apnea of prematurity: from cause to treatment. *European journal of pediatrics*, 170(9), pp.1097-1105.

Zheng, Q., Duan, T. and Jin, L., (2020). Single- cell RNA expression profiling of ACE2 and AXL in the human maternal–Fetal interface. *Reproductive and Developmental Medicine*, 4(1), p.7.

Zilidis, C. and Chadjichristodoulou, C., (2020). Economic Crisis Impact and Social Determinants of Perinatal Outcomes and Infant Mortality in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6606.

Zografaki, I., Papamichail, D., and Panagiotopoulos, T., (2018). Adverse effect of the financial crisis in Greece on perinatal factors. *European Journal of Public Health*, 28(6), pp.1116-1121.

Νόμοι:

Νόμος 2868/1922 (ΦΕΚ 119/A/20.07.1922): Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων.

Νόμος 2882/1922(ΦΕΚ 122): Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περίθαλψης, μετονομαζόμενου εις Υπουργείο Υγιεινής και Πρόνοιας.

Νόμος 5733/1932 (ΦΕΚ 364/A/11.10.1932): Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Νόμος 2592/1953 (ΦΕΚ 254 A/18.09.1953): Περί Οργανώσεως της ιατρικής περίθαλψης.

Νόμος 4169/1961 (ΦΕΚ 81/A/18.05.1961): Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων και άλλων τινών διατάξεων.

Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/A/07.10.1983): Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37/A/02.03.2001): Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις.

Νόμος 3029/2002(ΦΕΚ Α 160/11.07.2002): Μεταρρύθμιση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης.

Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81/A/04.04.2005): Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 3527/2007 (ΦΕΚ 25/Α/09.02.2007): Κύρωση συμβάσεων υπέρ' νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ Α 31/02.03.2011): Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.

Υπ. Απ. Αριθμ. Υ4α/οικ. 85649 (ΦΕΚ 1702/Β/01.08.2011): Κλειστά ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο Ε.Σ.Υ.

Νόμος 2456/2011 (ΦΕΚ β/03.11.2011): Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).

Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ Α 38/17.02.2014): Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α/21.02.2016): Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις.

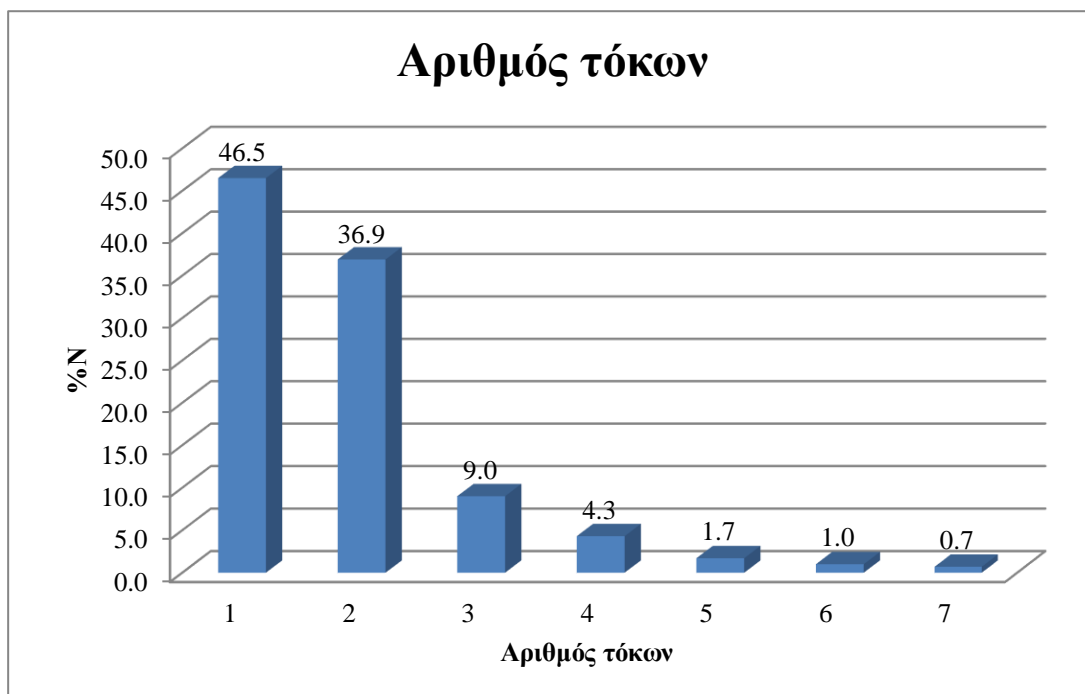
Νόμος 4430/2016 (ΦΕΚ 205/Α/31.10.2016): Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία και Ανάπτυξη των φορέων και άλλες διατάξεις.

Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/08.08.2017): Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



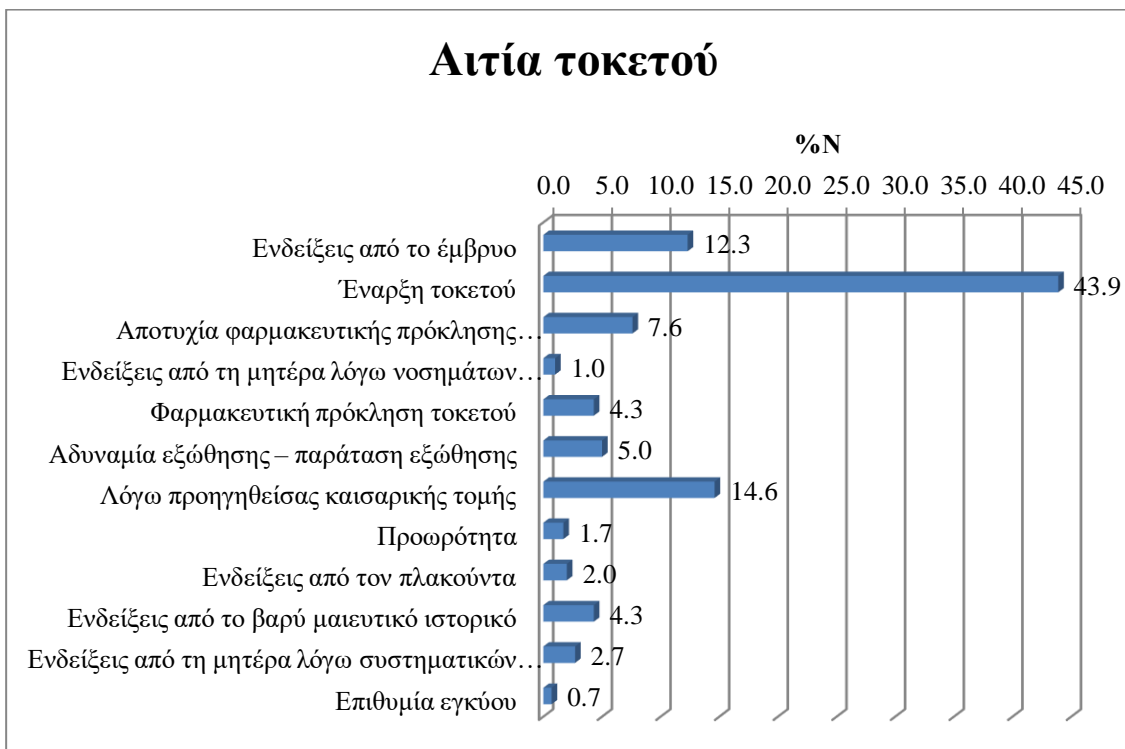
Διάγραμμα 1: Τόπος κατοικίας



Διάγραμμα 2: Αριθμός τόκων



Διάγραμμα 3: Τρόπος τοκετού



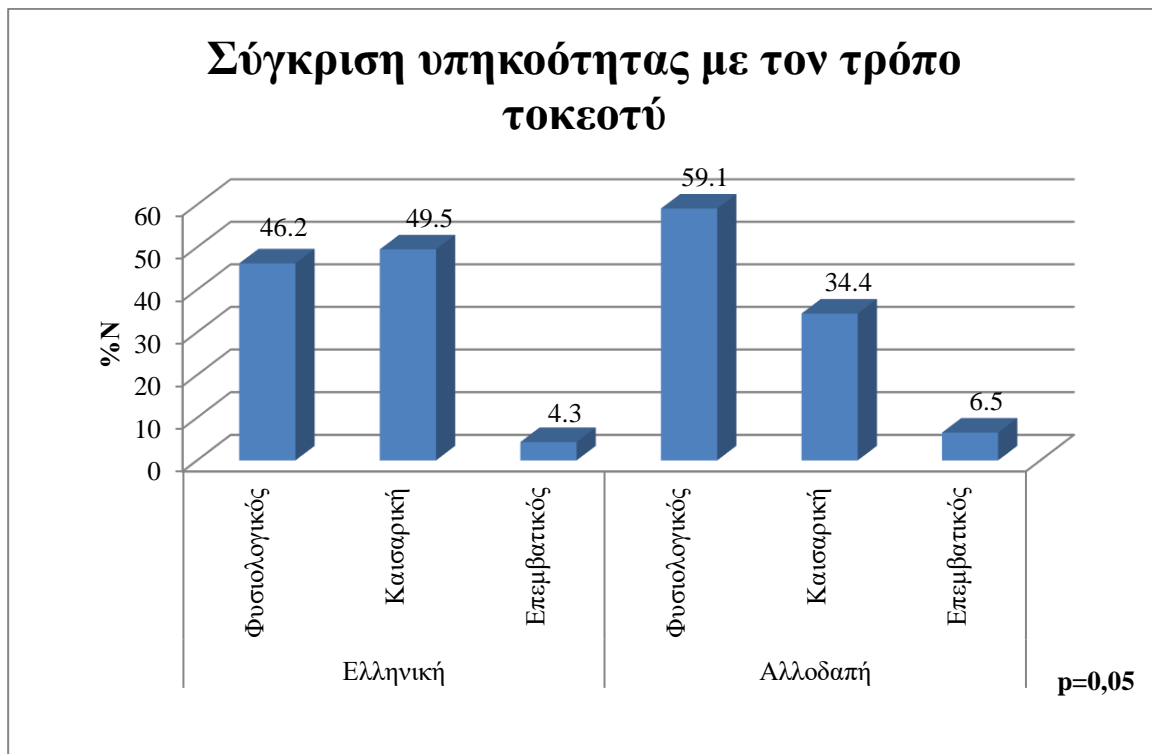
Διάγραμμα 4: Αιτία τοκετού



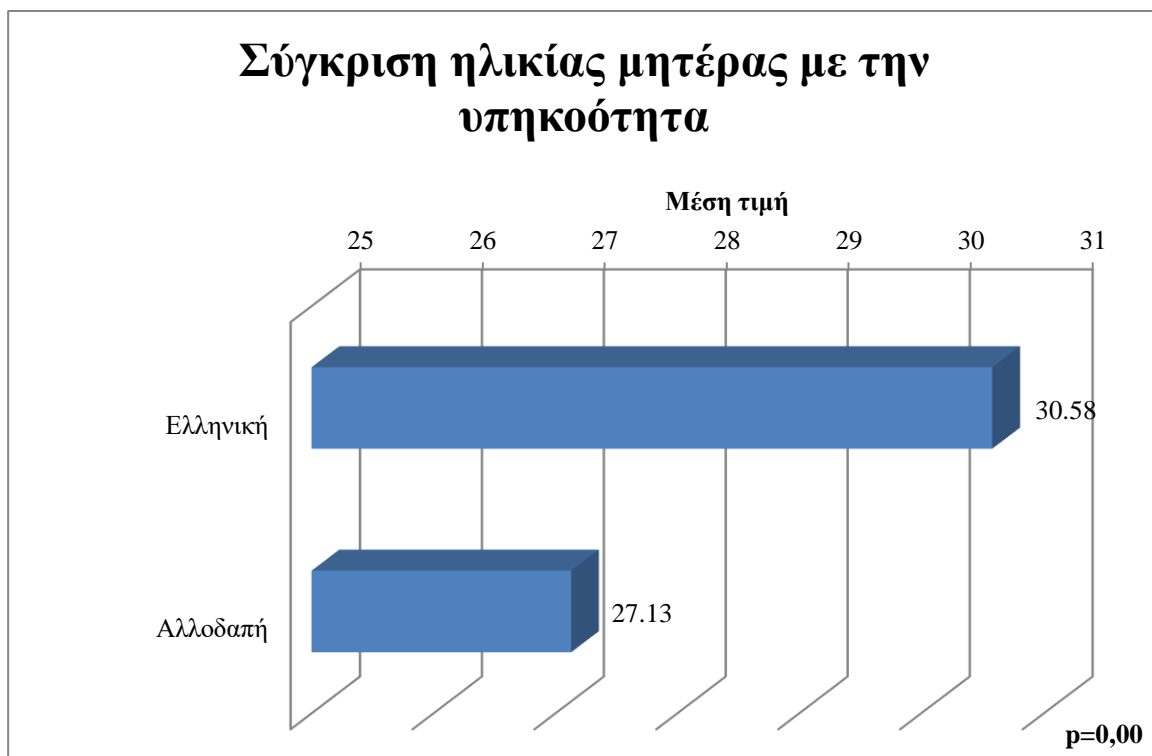
Διάγραμμα 5: Σύγκριση τρόπου τοκετού με το έτος τοκετού



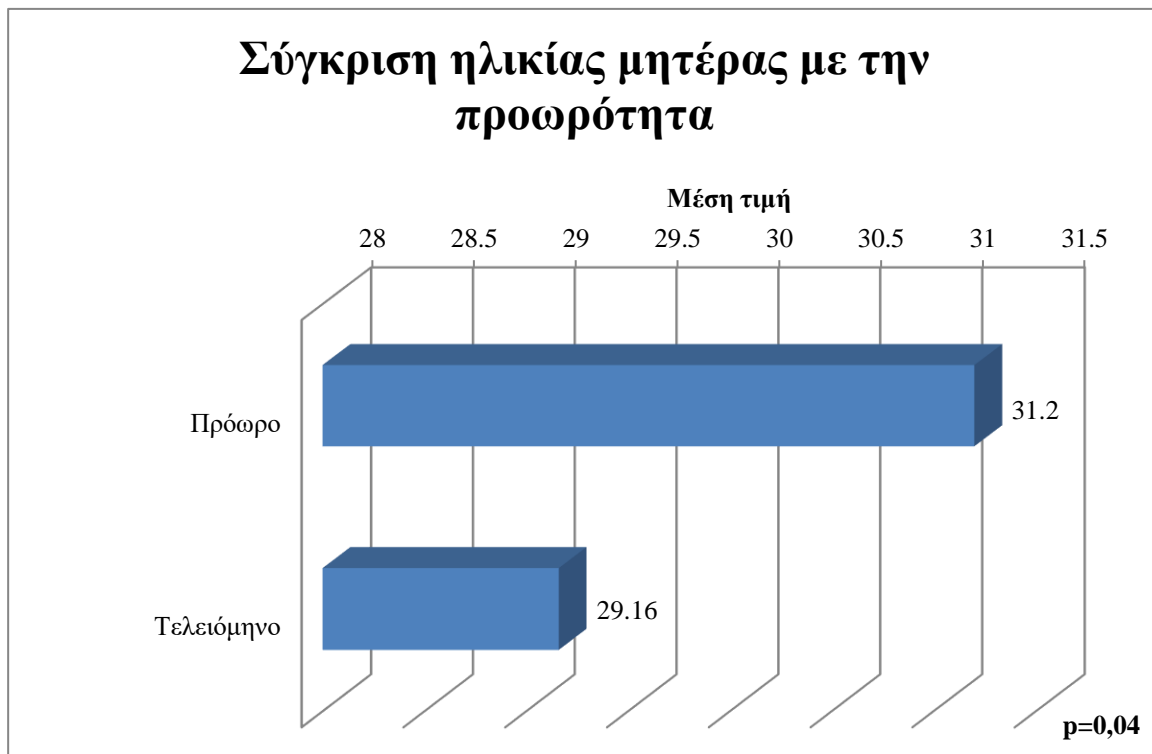
Διάγραμμα 6: Σύγκριση υπηκοότητας με την προωρότητα



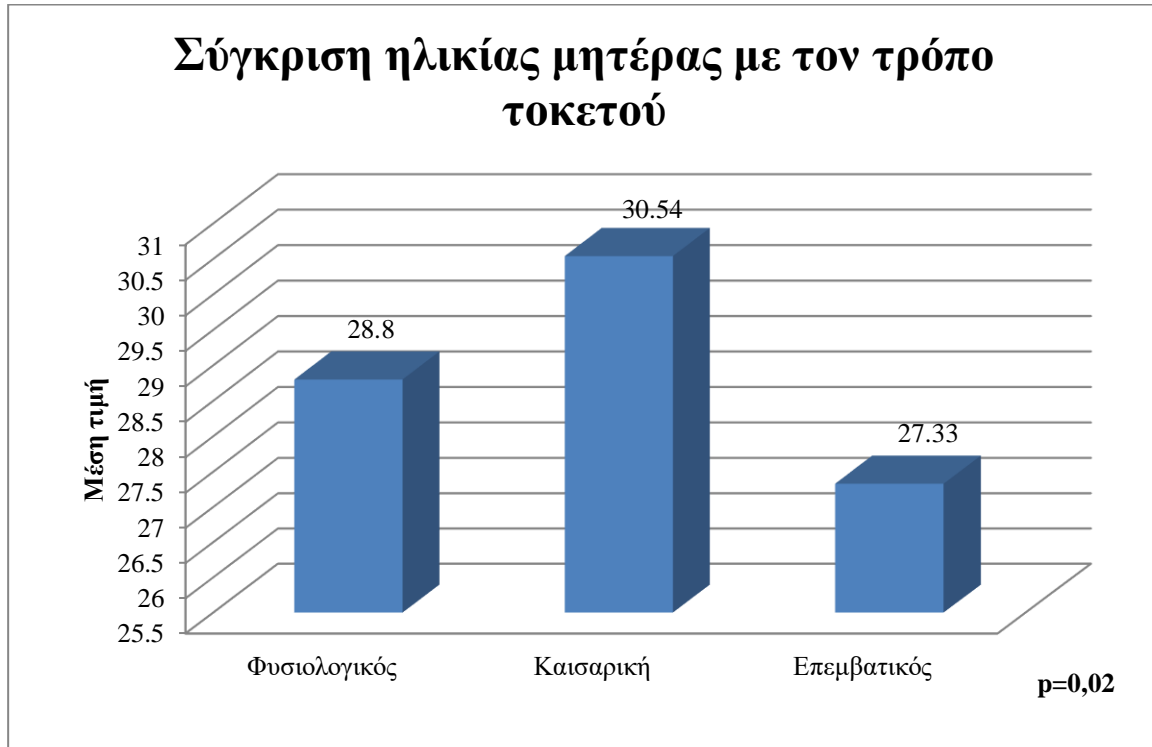
Διάγραμμα 7: Σύγκριση υπηκοότητας με τον τρόπο τοκετού



Διάγραμμα 8: Σύγκριση ηλικίας μητέρας με την υπηκοότητα



Διάγραμμα 9: Σύγκριση ηλικίας μητέρας με την προωρότητα



Διάγραμμα 10: Σύγκριση ηλικίας μητέρας με τον τρόπο τοκετού