

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL ARTICLE

# Η εμπειρία ενός δημόσιου μαιευτηρίου της Αθήνας σχετικά με την παροχή μαιευτικών-γυναικολογικών υπηρεσιών σε πρόσφυγες και μετανάστες

**ΣΚΟΠΟΣ** Η καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των αναγκών, τόσο των προσφύγων όσο και των μεταναστών, για παροχή μαιευτικής-γυναικολογικής φροντίδας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 408 γυναίκες, που προσήλθαν στο νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα από 11.3.2016–31.12.2016. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στην Ενιαία Γραμματεία τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου, με χρήση ενός ενιαίου εντύπου συλλογής δεδομένων. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το 30% των περιστατικών που εξυπηρετήθηκαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και το 72,3% των περιστατικών που εξυπηρετήθηκαν στα επειγόντα ήταν μαιευτικά περιστατικά. Τα λοιπά περιστατικά ήταν στην πλειονότητά τους γυναικολογικά. Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών που αποτέλεσαν το δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν 26,59±6,23 έτη, ενώ ο μέσος αριθμός προηγούμενων τοκετών των ίδιων γυναικών ήταν 1,88±1,46. Επίσης, ο μέσος όρος ηλικίας κύησης στις εγκυμονούσες κατά την πρώτη επίσκεψη στο νοσοκομείο ήταν 29,41±10,31 εβδομάδες. Ως η πλέον συχνή αιτία αρχικής προσέλευσης στο νοσοκομείο αναδείχθηκε η ανάγκη για γυναικολογική-μαιευτική εξέταση σε τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Κατά το ανωτέρω χρονικό διάστημα της μελέτης η περιγεννητική μητρική και νεογνική θνησιμότητα ήταν μηδενική. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση και συνεχή ενημέρωση, με στόχο την καλύτερη δυνατή παροχή φροντίδας ανάλογα με τη χώρα εισαγωγής, το κοινωνικοπολιτικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, τη θρησκεία, τις συνθήκες διαβίωσης και γενικότερα τις ιδιαιτερότητες του κάθε πρόσφυγα-μετανάστη.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(1):74–80  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(1):74–80

Κ. Δριτσάκου,<sup>1</sup>  
Α. Κάμπρα,<sup>2</sup>  
Ι. Γιαλελής,<sup>3</sup>  
Σ. Κανακάκης,<sup>3</sup>  
Ε. Γλυνού,<sup>4</sup>  
Μ. Βάρλα-Λευθεριώτη,<sup>5</sup>  
Θ. Μακρής,<sup>6</sup>  
Δ. Βεζυράκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα

<sup>2</sup>Διοίκηση, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα

<sup>3</sup>Μαιευτικές-Γυναικολογικές Κλινικές, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα

<sup>4</sup>Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα

<sup>5</sup>Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα

<sup>6</sup>Επιστημονικό Συμβούλιο, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», Αθήνα

The experience of providing midwifery-gynecological care to refugees and immigrants in a public maternity hospital in Athens

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Θνησιμότητα  
Κύηση  
Μετανάστες  
Νοσηρότητα  
Πρόσφυγες

Υποβλήθηκε 26.1.2017  
Εγκρίθηκε 6.2.2017

Τα τελευταία έτη υπάρχει μια διαρκώς αυξανόμενη σύγχυση στην κοινή γνώμη σχετικά με τους πρόσφυγες και τους μετανάστες, γεγονός που πιθανόν οφείλεται στο ότι και

οι δύο πληθυσμιακές κατηγορίες χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό τους ίδιους τρόπους και τα ίδια μέσα μετακίνησης από τη μια χώρα στην άλλη, και στο ότι στις χώρες που

καταλήγουν αντιμετωπίζονται με τον ίδιο σχεδόν τρόπο, με επιφυλακτικότητα και δυσπιστία, που πολλές φορές φθάνει ακόμη και στα όρια της απόρριψης.<sup>1-6</sup> Η διαφορά θα πρέπει εν τούτοις να γίνει σαφής, αφού οι πρόσφυγες αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την εστία τους επειδή απειλείται η ζωή ή η ελευθερία τους, ενώ η επιστροφή στη χώρα τους πολλές φορές θέτει σε κίνδυνο ακόμη και την ίδια τους τη ζωή. Αντίθετα, οι μετανάστες ωθούνται να εγκαταλείψουν τη χώρα τους εξ αιτίας της φτώχειας και της ανέχειας και με κύριο σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών ζωής τους, ενώ στην περίπτωση που επιστρέψουν στην πατρίδα τους συνεχίζουν να έχουν την παρεχόμενη εκεί προστασία.<sup>7-11</sup>

Εν τούτοις, τόσο οι πρόσφυγες όσο και οι μετανάστες επιζητούν υγειονομική περίθαλψη-φροντίδα στα δημόσια νοσοκομεία, παρουσιάζοντας πολλαπλά κοινά στοιχεία στο επιδημιολογικό τους προφίλ. Ιδιαίτερα για τον γυναικείο πληθυσμό, η πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων σε όλον τον κόσμο καταδεικνύει ότι οι έγκυες γυναίκες, που συγκαταλέγονται στις ευπαθείς ομάδες τόσο των προσφύγων όσο και των μεταναστών, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιγένειας, περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, σε σύγκριση με τις έγκυες γυναίκες του συνήθους πληθυσμού.<sup>9,10</sup>

Με την παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε η διερεύνηση και η καταγραφή των χαρακτηριστικών των αναγκών για παροχή μαιευτικής και γυναικολογικής φροντίδας σε γυναίκες πρόσφυγες-μετανάστριες που προσήλθαν σε δημόσιο μαιευτήριο της Αθήνας.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τόσο από το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) όσο και από την Ενιαία Γραμματεία των εξωτερικών ιατρείων του μαιευτηρίου. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αφορούσαν σε στοιχεία εξυπηρέτησης του μελετώμενου δείγματος γυναικών, το οποίο προσήλθε στο μαιευτήριο κατά το χρονικό διάστημα από 11.3.2016–31.12.2016 επιζητώντας μαιευτική-γυναικολογική φροντίδα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός εντύπου συλλογής στοιχείων και η ανάλυσή τους διενεργήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 18.

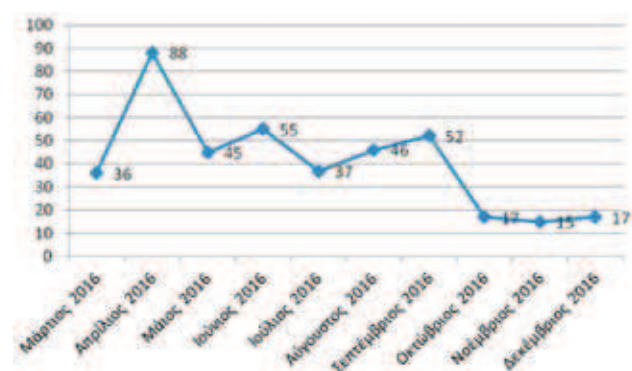
## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά το ανωτέρω χρονικό διάστημα καταγράφηκαν, συνολικά, 408 περιστατικά παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών, που στο σύνολό τους (408/408) αφορούσαν σε γυναικείο πληθυσμό, λόγω του ειδικού χαρακτήρα του νοσοκομείου (μαιευτικό-γυναικολογικό κέντρο Αθηνών). Κατά τον μήνα

Μάρτιο του 2016 παρασχέθηκαν ιατρικές υπηρεσίες σε 36 γυναίκες, τον Απρίλιο του 2016 σε 88, τον Μάιο του 2016 σε 45, τον Ιούνιο του 2016 σε 55, τον Ιούλιο του 2016 σε 37, τον Αύγουστο του 2016 σε 46, τον Σεπτέμβριο του 2016 σε 52, τον Οκτώβριο του 2016 σε 17, τον Νοέμβριο του 2016 σε 15, και, τέλος, τον Δεκέμβριο του 2016 σε 17 γυναίκες (εικ. 1).

Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών που αντιμετωπίστηκαν ιατρικά στο νοσοκομείο ήταν  $26,59 \pm 6,23$  έτη, με τον μέσο όρο προηγούμενων γεννήσεων των ίδιων γυναικών να κυμαίνεται σε  $1,88 \pm 1,46$  τοκετούς. Ο μέσος όρος ηλικίας κύησης στις εγκυμονούσες κατά την πρώτη επίσκεψη στο νοσοκομείο ήταν  $29,41 \pm 10,31$  εβδομάδες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ως άνω γυναικών προσήλθαν στο νοσοκομείο μέσω του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), με συχνότητα 47,5% επί του συνόλου των περιπτώσεων που εξυπηρετήθηκαν, ενώ ποσοστό της τάξης του 45% δήλωσε ότι προσήλθε αυτόνομα (είτε με προσωπικό, ιδιωτικής χρήσης [ΙΧ], αυτοκίνητο, είτε με τη συνδρομή κάποιας μη κερδοσκοπικής οργάνωσης ή, τέλος, με κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς). Στον λοιπό αριθμό περιστατικών δεν κατέστη δυνατή η καταχώρηση δεδομένων. Ως κύρια μέθοδος επικοινωνίας και συλλογής στοιχείων υπήρξαν οι τηλεφωνικές μεταφραστικές υπηρεσίες του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (ΕΕΣ) και του Ελληνικού Συμβουλίου Προσφύγων. Στις περιπτώσεις συνοδείας από μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, υπήρχαν διαμεσολαβητές που παρείχαν υπηρεσίες διερμηνείας στα Ελληνικά.

Η πλέον συχνή αιτία αρχικής προσέλευσης στο μαιευτήριο ήταν το προγραμματισμένο ραντεβού, δηλαδή η ανάγκη για εξέταση σε τακτικό εξωτερικό ιατρείο (ΤΕΙ) (54% επί του συνόλου των περιστατικών). Από αυτά τα τακτικά προγραμματισμένα ραντεβού (ΤΕΙ), στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (60,4%) ως κύριο αναφερόμενο πρόβλημα περιλάμβανε περιστατικά γυναικολογικής φύσης (πιθανή

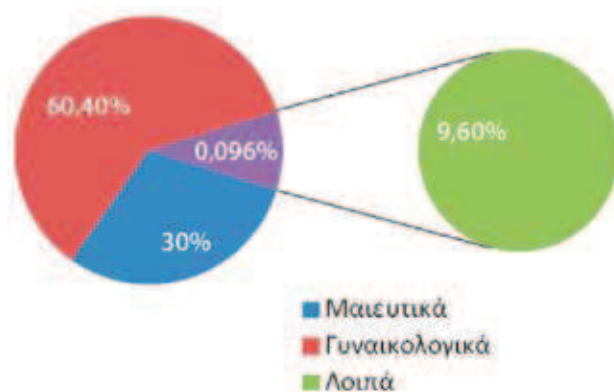


Εικόνα 1. Αριθμός προσφύγων-μεταναστών που εξυπηρετήθηκαν κατά τη χρονική περίοδο της μελέτης.

λοίμωξη, αμηνόρροια, μαστοδυνία, μητρορραγία κ.λπ.) (εικ. 2). Πλήρης προγεννητικός έλεγχος σε έγκυες γυναίκες (αιματολογικός έλεγχος, απεικονιστικές εξετάσεις σε συνδυασμό με κλινική εξέταση) διενεργήθηκε σε ποσοστό 17% επί του συνόλου των περιπτώσεων που προσήλθαν στα ΤΕΠ, ενώ υπερηχογραφήματα Doppler κύησης, β' επιπέδου και αυχενική διαφάνεια διενεργήθηκαν σε ποσοστά 1,7%, 7,5% και 3,8%, αντίστοιχα. Το λοιπό ποσοστό αφορούσε σε τακτικά ραντεβού των τμημάτων Ενδοκρινολογικού, Καρδιολογικού, Γενικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Μαστού, Παιδιατρικού και Οδοντιατρικού (πίν. 1).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιστατικών που εξυπηρετήθηκαν στο ΤΕΠ (46% επί του συνόλου του μελετώμενου δείγματος) ήταν μαιευτικά περιστατικά (σε αναλογία 72,3%) και ακολούθως γυναικολογικά, σε ποσοστό 21,8% (εικ. 3). Το λοιπό ποσοστό αφορούσε σε παθολογικά-γενικά χειρουργικά περιστατικά. Σε ποσοστό 3,7% οι κηύσεις ήταν δίδυμες. Ανάγκη για άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο διαπιστώθηκε σε ποσοστό 23,4% επί των συνολικών περιπτώσεων που εξυπηρετήθηκαν στα ΤΕΠ (έναρξη τοκετού, μητρορραγία κ.λπ.).

Ως κύριες χώρες προέλευσης των περιστατικών που εξυπηρετήθηκαν δηλώθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα η Συρία (42%), το Αφγανιστάν (17%), το Ιράκ (7%), το Ιράν (4,5%), και με μικρότερη συχνότητα η Αίγυπτος, η Νιγηρία,

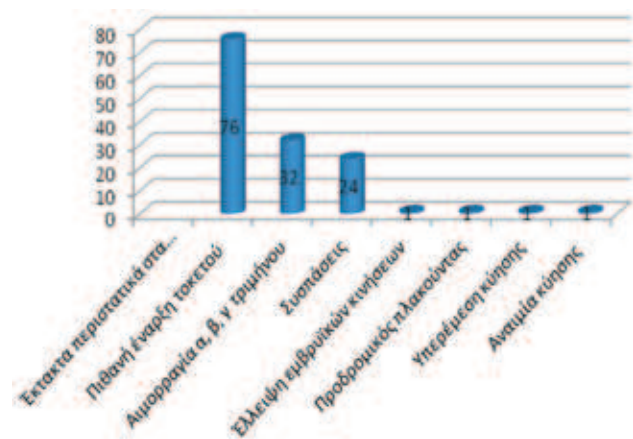


**Εικόνα 2.** Ποσοστά περιστατικών που εξυπηρετήθηκαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία.

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά του μελετώμενου δείγματος.

Δείγμα (n=408)	Μαιευτικά περιστατικά	Γυναικολογικά περιστατικά	Λοιπά περιστατικά
Τακτικά ραντεβού στα EI n=220 (54%)	66 (30,0%)	133 (60,4%)	21 (9,6%)
Έκτακτα περιστατικά στο ΤΕΠ n=188 (46%)	136 (72,3%)	41 (21,8%)	11 (5,9%)

ΕΙ: Εξωτερικά ιατρεία, ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών



**Εικόνα 3.** Αριθμός μαιευτικών περιστατικών που εξυπηρετήθηκαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

η Κίνα, το Κονγκό, το Μπαγκλαντές, το Νεπάλ, η Μολδαβία, το Μαρόκο και η Ουγκάντα. Κατά το ανωτέρω χρονικό διάστημα της μελέτης η περιγεννητική μητρική και νεογνική θνησιμότητα ήταν μηδενική. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση που διενεργήθηκε, δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εμφάνισης μαιευτικών και γυναικολογικών επιπλοκών με τα δημογραφικά στοιχεία του υπό εξέταση πληθυσμού.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ήδη από παλαιότερες εκθέσεις υγείας, στις οποίες γίνεται αναφορά τόσο στους πρόσφυγες όσο και στους μετανάστες, φαίνεται ότι η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση στην Ευρώπη έχοντας τον μεγαλύτερο αριθμό προσφύγων και μεταναστών αναλογικά με τον πληθυσμό της. Σε πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι ποσοστό >80% των προσφύγων και των μεταναστών που διαμένουν στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) προέρχονται κυρίως από την ανατολική και τη νοτιοανατολική Ευρώπη, τη βόρεια Αφρική και τις Αραβικές χώρες. Το τελευταίο διάστημα εμφανίζεται αυξητική τάση εισροής προσφύγων από χώρες προέλευσης όπως οι Αραβικές χώρες, το Ιράν, το Ιράκ και η Συρία. Εν τούτοις, οι πέντε χώρες προέλευσης από τις

οποίες προέρχεται ο μεγαλύτερος όγκος μεταναστών είναι η Αλβανία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία, η Ουκρανία και το Πακιστάν. Ακόμη, χαρακτηριστικό της τάσης μετανάστευσης και της προσφυγικής ροής αποτελεί το γεγονός ότι το 50% περίπου των ατόμων είναι ηλικίας <29 ετών.<sup>12-17</sup>

Για τις οικογένειες προσφύγων αλλά και μεταναστών, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και τα δυσεπίλυτα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα οδηγούν σε επαναλαμβανόμενα τραυματικά γεγονότα και καταστάσεις, που αντιμετωπίζουν κατά την εγκατάστασή τους στη χώρα υποδοχής, όπως η φτώχεια, η αδυναμία συνεννόησης στη νέα γλώσσα, η απομάκρυνση από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και η ένταση στις διαπροσωπικές σχέσεις.<sup>6</sup> Τα περισσότερα προβλήματα υγείας αποδίδονται στον τρόπο διαβίωσης και στους στρεσογόνους παράγοντες που βίωσαν στη χώρα προέλευσης, με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και στην ευημερία αυτών των ανθρώπων και ιδίως των εγκύων γυναικών και των παιδιών.<sup>16,17</sup> Η γενικότερη κατάστασή τους επηρεάζεται σοβαρά από παράγοντες όπως η εργασιακή ανασφάλεια, η διαβίωση, η περιθωριοποίηση, η κοινωνική απόρριψη και η αντικειμενική δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Οι πληθυσμιακές κατηγορίες των προσφύγων-μεταναστών είναι γεγονός ότι εκτίθενται σε ένα μεγαλύτερο εύρος κινδύνων που άπτονται φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων υγείας, οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με στρεσογόνους παράγοντες που αντιμετωπίζουν λόγω της διαδικασίας της εγκατάστασής τους σε μια νέα χώρα, καθώς και των υφιστάμενων αδυναμιών του υγειονομικού συστήματος των χωρών απ' όπου προέρχονται.<sup>9</sup>

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν και μελέτες άλλων χωρών, το ποσοστό των εγκύων προσφύγων-μεταναστριών γυναικών που θα πραγματοποιήσουν τον απαιτούμενο αριθμό περιγεννητικών ιατρικών επισκέψεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, όπως ορίζουν οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες περιγεννητικής φροντίδας, είναι ιδιαίτερα μικρό.<sup>9,10</sup> Ως εκ τούτου, παρατηρείται ότι επισκέπτονται τα τμήματα επειγόντων μαιευτικών περιστατικών στα νοσοκομεία έχοντας ήδη παρουσιάσει αυξημένη παθολογία της κύησης, γεγονός που πηγάζει από τις ιδιαίτερες συνθήκες οι οποίες δημιουργούνται κατά τη διαδικασία της προσφυγικής ροής και της μετανάστευσης.<sup>18-20</sup>

Σε πρόσφατη μελέτη, που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), αναφέρεται ότι οι έγκυες πρόσφυγες και μετανάστριες που δεν λαμβάνουν την ενδεδειγμένη περιγεννητική φροντίδα παρουσιάζουν τουλάχιστον 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να γεννήσουν χαμηλού βάρους νεογνά (<2.500 g βάρους γέννησης) και 7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν έναν πρόωρο

τοκετό.<sup>8</sup> Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι η μειονότητα και το χαμηλό εισόδημα, στις νεοφερμένες έγκυες πρόσφυγες γυναίκες, που έχουν περιορισμένη ή και καθόλου πρόσβαση στο σύστημα υγείας, εκτοξεύουν ως παράγοντες κινδύνου την επίπτωση της μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας σε υψηλά ποσοστά, προκαλούμενη κυρίως από πνευμονική εμβολή (20%), αιμορραγία (17%), προεκλαμψία και εκλαμψία (16%), λοιμώξεις (13%) και καρδιοπάθεια (8%).<sup>9,13</sup>

Εν τούτοις, η εμπειρία της μητρότητας δεν παύει να είναι ένα, αν όχι το πλέον, σημαντικό γεγονός στη ζωή όλων των γυναικών, αλλά και των οικογενειών τους, σε όλα τα μήκη και πλάτη της γης. Τόσο η εγκυμοσύνη όσο και τα προβλήματα του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος σε πρόσφυγες-μετανάστριες γυναίκες συνιστούν τις κύριες αιτίες προσέλευσης σε νοσοκομεία-μαιευτήρια και την πρώτη σταθερή επαφή, ιδιαίτερα των νέων ανθρώπων, τόσο γυναικών όσο και ανδρών, με παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα υποδοχής.<sup>7</sup>

Εν τούτοις, η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, οι επισκέψεις σε υπηρεσίες περιγεννητικής παρακολούθησης και φροντίδας και στη συνέχεια οι υπηρεσίες φροντίδας της νεογνικής, της πρώτης βρεφικής, και της πρώιμης παιδικής ηλικίας, σε αυτούς τους πληθυσμούς μεταναστών και προσφύγων, έχει παρατηρηθεί ότι εξασφαλίζουν τη δυνατότητα αναγνώρισης, πρόληψης και αντιμετώπισης έγκαιρα και αποτελεσματικά τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, με μακροπρόθεσμα οφέλη για τη μετέπειτα μητρική και βρεφική ηλικία.<sup>7,11</sup> Η έκθεση σε κινδύνους σωματικής υγείας και στρεσογόνους παράγοντες τόσο πριν όσο κυρίως και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συμβάλλει σε ένα εύρος ανεπιθύμητων συμβάντων για τις μητέρες και τα παιδιά, με πιθανά δυσμενή αποτελέσματα καθ' όλη τη διάρκεια της υπόλοιπης ζωής τους.<sup>3</sup>

Πολλοπλά και ποικιλόμορφα είναι τα προγράμματα πρόληψης και υγειονομικής περίθαλψης που έχουν συσταθεί, με στρατηγικό στόχο την προαγωγή μιας περισσότερο «υγιούς» διαβίωσης και τη μείωση των ανισοτήτων κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλον τον κόσμο.<sup>5,12,17</sup> Τα εν λόγω προγράμματα προάγουν εκτός των άλλων και τον συστηματικό έλεγχο της υγείας της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της και της περιγεννητικής περιόδου. Στο πλαίσιο των συγκεκριμένων προγραμμάτων καταγράφεται και εκτιμάται το ιστορικό νοσημάτων, οι παρελθούσες επεμβάσεις και θεραπείες, η ύπαρξη βίας ή κακοποίησης στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, και οι παρούσες συνθήκες διαβίωσης. Παρ' όλα αυτά, για τις γυναίκες που ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες των προσφύγων-μεταναστών, το διαφορετικό πολιτισμικό και γλωσσικό υπόβαθρο αποτελεί εξαιρετικά επιβαρυντικό παράγοντα.<sup>10,14</sup>



Αποτελεί ταυτόχρονα εμπόδιο, αλλά και πρόκληση η προσφορά ενός, αν όχι απόλυτα υψηλού, τουλάχιστον ικανοποιητικού επιπέδου πρωτοβάθμιας όσο και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας για τις γυναίκες και τις οικογένειες των προσφύγων και των μεταναστών που αναζητούν μαιευτική-γυναικολογική φροντίδα και υπηρεσίες φροντίδας νεογνικής, πρώτης βρεφικής και πρώιμης παιδικής ηλικίας. Εν τούτοις, από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι οι δημόσιες-κρατικές υπηρεσίες παροχής φροντίδας, ανά τον κόσμο, καλούνται να ανταποκριθούν, ώστε να μειώσουν τα φαινόμενα ανισότητας που προκύπτουν από το διαφορετικό πολιτισμικό και γλωσσικό επίπεδο.<sup>3</sup>

Το προσφυγικό και μεταναστευτικό φαινόμενο ιστορικά έχει διαμορφώσει έναν σημαντικό ρόλο στη σύνθεση των κοινωνιών, αλλάζοντας τη δημογραφική κατανομή των πληθυσμών και το επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού της χώρας υποδοχής. Οι πρόσφυγες αλλά και οι μετανάστες παρουσιάζουν κοινά στοιχεία. Λόγω των συνθηκών διαβίωσης και του συστήματος υγείας που επικρατεί στη χώρα τους, αλλά και της μετάβασής τους από τη χώρα προέλευσης στη χώρα υποδοχής, λαμβάνοντας υπ' όψη και τους ενδιάμεσους σταθμούς, παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο επιδημιολογικό προφίλ τους από τους πληθυσμούς της χώρας υποδοχής. Αυτή η διαπίστωση αποτελεί από μόνη της μια ιδιαίτερα δύσκολα διαχειρίσιμη κατάσταση τόσο για τις υγειονομικές μονάδες και υποδομές όσο και για τους επαγγελματίες υγείας της χώρας υποδοχής, που καλούνται να αντιμετωπίσουν ενδεχομένως και άγνωστες έως τώρα ανάγκες υγείας.<sup>5,9,12,17</sup>

Στο νοσοκομείο που εκπονήθηκε η μελέτη, το μεγαλύτερο ποσοστό των περιστατικών στο ΤΕΠ ήταν μαιευτικά ενώ, αντίστοιχα, το μεγαλύτερο ποσοστό των προγραμματισμένων ραντεβού στα ΤΕΙ αφορούσαν σε γυναικολογικά περιστατικά. Η μέση αναπαραγωγική ηλικία των γυναικών που εξυπηρετήθηκαν τη δεδομένη χρονική περίοδο ήταν τα 26,5 έτη, ενώ η μέση ηλικία κύησης κατά την πρώτη προσέλευση για παρακολούθηση εγκυμοσύνης ήταν οι 29,4 εβδομάδες. Με δεδομένο τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που ορίζουν τις προϋποθέσεις μιας άρτιας παρακολούθησης εγκυμοσύνης, η ηλικία κύησης που καταγράφηκε κατά την πρώτη προσέλευση ήταν προχωρημένη, καθιστώντας ελλιπή την παρακολούθηση της κύησης και περιορίζοντας αισθητά τη δυνατότητα προληπτικών δράσεων. Ακολούθως, το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν προσήλθε στο νοσοκομείο με το ΕΚΑΒ, πιθανότατα λόγω της αδυναμίας πρόσβασης με άλλα μέσα εξυπηρέτησης. Σημαντικό ωστόσο ήταν το γεγονός ότι κατά τη χρονική περίοδο της μελέτης η περιγεννητική μητρική και νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα ήταν μηδενική,<sup>17</sup> ενώ δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά

σημαντική συσχέτιση της εμφάνισης μαιευτικών και γυναικολογικών επιπλοκών με τα δημογραφικά στοιχεία του υπό εξέταση πληθυσμού.

Η γνώση των βιωμάτων και των συνθηκών διαβίωσης, αλλά και των κοινωνικών δομών των ατόμων και κυρίως των γυναικών, που συγκροτούν τις ομάδες προσφύγων-μεταναστών, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τους επαγγελματίες υγείας να προσαρμόσουν και να εξατομικεύσουν τη φροντίδα τους στις ιδιαίτερες ανάγκες αυτών των ανθρώπων. Κατά τη χρονική διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης είχαν εκδοθεί γενικότερες οδηγίες αντιμετώπισης των διοικητικών κυρίως θεμάτων διαχείρισης των προσφύγων-μεταναστών, αλλά δεν υπήρχε κάποιο ενιαίο μαιευτικό ή γυναικολογικό πλάνο φροντίδας και αντιμετώπισης για όλους τους επαγγελματίες υγείας, που στελεχώνουν τις δομές υποδοχής (χώροι υποδοχής) και περιθαλψής (υγειονομικές μονάδες), αναφορικά με τον ειδικότερο τρόπο αντιμετώπισης της συγκεκριμένης κατηγορίας γυναικών οι οποίες επιζητούν μαιευτική και γυναικολογική φροντίδα, με αποτέλεσμα να υπάρχει ο κίνδυνος διαφορετικής προσέγγισης, όχι τόσο ως προς την ιατρική όσο ως προς τη συμβουλευτική και την ευρύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών. Το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν περιστατικά με ανθρώπους ενός διαφορετικού πολιτισμικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, που έχουν συνολικά βιώσει ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις, αποτελεί πρόκληση για ανταπόκριση με τη μεγαλύτερη δυνατή επάρκεια. Είναι πολλοί οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι δεν διαθέτουν την εμπειρία και τις γνώσεις για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά και σφαιρικά τα περιστατικά που ανακύπτουν. Η διαπίστωση αυτή αφορά γενικότερα σε όλους τους κρατικούς φορείς παροχής υγείας και όχι μόνο στην υγειονομική μονάδα όπου εκπονήθηκε η παρούσα μελέτη.

Η πρόσφατη εμπειρία έδειξε ότι μόνο αναπτύσσοντας μια ολιστική σχέση τόσο με τη γυναίκα όσο και με την οικογένειά της μπορεί κάποιος να συνδράμει στην αντιμετώπιση των κοινωνικών επιδράσεων και στην ολιστική προσέγγιση του κάθε περιστατικού. Προγραμματισμένα ραντεβού παρακολούθησης με μεγαλύτερη διάρκεια, μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά και τους πρώτους 2 μήνες μετά τον τοκετό, παροχή σταθερής εξατομικευμένης φροντίδας από τα ίδια πρόσωπα επαγγελματιών υγείας αλλά και δυνατότητα μετακίνησης των επαγγελματιών υγείας στα σημεία εγκατάστασης των προσφύγων-μεταναστών αποτελούν μόνο μερικά από τα ενδεικνύμενα μέτρα ολιστικής αντιμετώπισης. Εξ ίσου σημαντική είναι η διερεύνηση προσέγγισης μέσω διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών, οι οποίοι μπορούν να εξαλείψουν το εμπόδιο της γλώσσας και να εξομαλύνουν

τις διαφορές του διαφορετικού κοινωνικού-πολιτισμικού υπόβαθρου.

Μελέτες που διεξήχθησαν σε μετανάστριες και πρόσφυγες γυναίκες αλλά και στο προσωπικό των υγειονομικών μονάδων κατέδειξαν την επιτακτική ανάγκη για επαρκείς υπηρεσίες διερμηνείας, για εκπαιδευτικά προγράμματα γυναικών όσον αφορά στην προγεννητική και στη μεταγεννητική φροντίδα γυναικών, αλλά και για εκπαιδευτικά προγράμματα με στόχο την επαγγελματική ανάπτυξη του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης, που να ενισχύουν την πολύπλευρη ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας στις ιδιόζουσες ανάγκες των προσφύγων, αλλά και των μεταναστών.<sup>5,17</sup>

Συμπερασματικά, οι προκλήσεις που διαχειρίζονται οι επαγγελματίες υγείας στην αντιμετώπιση των προσφύγων-μεταναστών είναι πολλαπλές. Η περιορισμένη εμπειρία αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα, που εν τούτοις μπορεί να υπερνικηθεί από ένα καλά σχεδιασμένο εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας υγείας, προσαρμοσμένο σε μια μοναδική σταθερή σχέση επαγγελματία υγείας-ασθενούς. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εξειδικευτούν στη διαπολιτισμική προσέγγιση των μεταναστών, κυρίως γυναικών και παιδιών, και να προσεγγίσουν την παροχή φροντίδας ανάλογα με τη χώρα εισαγωγής, το κοινωνικοπολιτικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, τη θρησκεία, τις συνθήκες διαβίωσης και γενικότερα τις ιδιαιτερότητες του κάθε μετανάστη.

## ABSTRACT

### The experience of providing midwifery-gynecological care to refugees and immigrants in a public maternity hospital in Athens

K. DRITSAKOU,<sup>1</sup> A. KAMPRA,<sup>2</sup> I. GIALELIS,<sup>3</sup> S. KANAKAKIS,<sup>3</sup> E. GLYNOU,<sup>4</sup> M. VARLA-LEFTERIOU,<sup>5</sup> T. MAKRIS,<sup>6</sup> D. VEZYRAKIS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departments of Quality Control, Research and Continuing Education, "Helena Venizelou" General & Maternity District Hospital, Athens, <sup>2</sup>Hospital Administration, "Helena Venizelou" General & Maternity District Hospital, Athens, <sup>3</sup>Midwifery-Gynecological Clinics, "Helena Venizelou" General & Maternity District Hospital, Athens, <sup>4</sup>Healthcare Associated Infection Prevention and Control Committee, "Helena Venizelou" General & Maternity District Hospital, Athens, <sup>5</sup>Medical Administration, "Helena Venizelou" General & Maternity District Hospital, Athens, <sup>6</sup>Scientific Council, "Helena Venizelou" General & Maternity District Hospital, Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(1):74–80*

**OBJECTIVE** To investigate the special characteristics of provision of midwifery- gynecological care to refugees and immigrants. **METHOD** In the period from March 11th to December 31st, 2016, 408 refugee and immigrant women were provided with midwifery and gynecological care at the "Helena Venizelou" Hospital. The characteristics of this study sample were recorded on a special questionnaire in the Emergency Department and the Outpatient Clinic of the hospital. **RESULTS** Of the 408 women, 30% of those who attended the regular outpatient clinics and 72.3% of those examined in the Emergency Department, received midwifery care. The rest received mainly gynecological care. The mean age of the women was 26.59±6.23 years old, and the mean number of their previous births was 1.88±1.46. The mean gestational age of the pregnant women at the time of the first visit in the hospital was 29.41±10.31 weeks. The most common reason for the first visit to the hospital was the need for a routine midwifery-gynecological examination in the outpatient clinic. During the study period the perinatal maternal and neonatal mortality rates were zero. **CONCLUSIONS** Health-care professionals need to familiarize themselves with the intercultural approach to the care of refugees and immigrants, and to be able to individualize the care provided depending on their country of origin, socio-political and cultural background, religion and their living conditions, with respect for the individual particularities of each woman.

**Key words:** Immigrants, Morbidity, Mortality, Pregnancy, Refugees

## Βιβλιογραφία

1. AHMED A, STEWART DE, TENG L, WAHOUSH O, GAGNON AJ. Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Arch Womens Ment Health* 2008, 11:295–303
2. BYRSKOG U, ESSÉN B, OLSSON P, KLINGBERG-ALLVIN M. "Moving on" violence, wellbeing and questions about violence in antenatal care encounters. A qualitative study with Somali-born ref-

- ugees in Sweden. *Midwifery* 2016, 40:10–17
3. CHENG IH, RUSSELL G, BAILES M, BLOCK A. An evaluation of the primary healthcare needs of refugees in south east metropolitan Melbourne. A report by the Southern Academic Primary Care Research Unit to the Refugee Health Research Consortium, Dandenong. SAPCRU, Melbourne, 2011
  4. COLLINS CH, ZIMMERMAN C, HOWARD LM. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: Rates and risk factors. *Arch Womens Ment Health* 2011, 14:3–11
  5. CORREA-VELEZ I, RYAN J. Developing a best practice model of refugee maternity care. *Women Birth* 2012, 25:13–22
  6. COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987, 150:782–786
  7. HENDERSON J, GAO H, REDSHAW M. Experiencing maternity care: The care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013, 13:196
  8. WILSON-MITCHELL K, RUMMENS JA. Perinatal outcomes of uninsured immigrant, refugee and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. *Int J Environ Res Public Health* 2013, 10:2198–2213
  9. MURRAY L, WINDSOR C, PARKER E, TEWFIK O. The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. *Health Care Women Int* 2010, 31:458–472
  10. OMERIA A, LENNINGS C, RAYMOND L. Beyond asylum: Implications for nursing and health care delivery for Afghan refugees in Australia. *J Transcult Nurs* 2006, 17:30–39
  11. PAXTON G, SMITH N, WIN AK, MULHOLLAND N, HOOD S. Refugee status report: A report on how refugee children and young people in Victoria are faring. Department of Education and Early Childhood Development, East Melbourne, Victoria, 2011
  12. RENZAHO AM, OLDROYD JC. Closing the gap in maternal and child health: A qualitative study examining health needs of migrant mothers in Dandenong, Victoria, Australia. *Matern Child Health J* 2014, 18:1391–1402
  13. ROWE RE, MAGEE H, QUIGLEY MA, HERON P, ASKHAM J, BROCKLEHURST P. Social and ethnic differences in attendance for antenatal care in England. *Public Health* 2008, 122:1363–1372
  14. SMALL R, LUMLEY J, YELLAND J. How useful is the concept of somatization in cross-cultural studies of maternal depression? A contribution from the Mothers in a New Country (MINC) study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003, 24:45–52
  15. VICTORIAN FOUNDATION FOR SURVIVORS OF TORTURE. Promoting the engagement of interpreters in Victorian health services. VFST, Melbourne, Victoria, 2013
  16. WILMSEN B. Family separation and the impacts on refugee settlement in Australia. *Aust J Soc Issues* 2013, 48:241–262
  17. YELLAND J, RIGGS E, SZWARC J, CASEY S, DAWSON W, VANPRAAQ D ET AL. Bridging the gap: Using an interrupted time series design to evaluate systems reform addressing refugee maternal and child health inequalities. *Implement Sci* 2015, 10:62
  18. GIBSON-HELM M, TEEDE H, BLOCK A, KNIGHT M, EAST C, WALLACE EM ET AL. Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: A retrospective, observational study in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014, 14:392
  19. ALLOTEY P. Travelling with “excess baggage”: Health problems of refugee women in Western Australia. *Women Health* 1998, 28:63–81
  20. OLDENBURG B, MCGUFFOG ID, TURRELL G. Socioeconomic determinants of health in Australia: Policy responses and intervention options. *Med J Aust* 2000, 172:489–492
- Corresponding author:*
- K. Dritsakou, 2 Plateia Elenas Venizelou, GR-115 21 Athens, Greece  
e-mail: quality-secr@hospital-elena.gr