



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Μαιευτική Φροντίδα Περιγεννητικής Περιόδου στην Γερμανία:
Μελέτη Περίπτωσης στην Περιοχή Μπαντ Ναουχάιμ**

Φοιτήτρια
Βέλλη Δέσποινα
(Α.Μ. 21007)

Επιβλέπουσα
Σαρέλλα Αγγελική
Επίκουρη Καθηγήτρια

ΑΘΗΝΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΗΣ 2023



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
FACULTY OF HEALTH SCIENCES & WELFARE
DEPARTMENT OF MIDWIFERY
COURSE: "ADVANCED EVIDENCE - BASED MIDWIFERY CARE"

Diploma Thesis

**Obstetrics and Perinatal Care in Germany:
Case Study in the Bad Nauheim Area**

Student
Velli Despoina
(R.N. 21007)

Supervisor
Sarella Angeliki
Assistant Professor

ATHENS, DECEMBER 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

Μαιευτική Φροντίδα Περιγεννητικής Περιόδου στην Γερμανία:
Μελέτη Περίπτωσης στην Περιοχή Μπαντ Ναουχάιμ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/Α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	Αγγελική Σαρέλλα	Επίκουρη Καθηγήτρια	
2.	Γιαννούλα Κύρκου	Επίκουρη Καθηγήτρια	
3.	Βικτώρια Βιβιλάκη	Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη **ΒΕΛΛΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ** του **ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ**, με αριθμό μητρώου **21007**, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ** του Τμήματος **ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ** της Σχολής **ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ** του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



Υπογραφή

ΒΕΛΛΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

Angeliki
Sarella

Digitally signed by
Angeliki Sarella
Date: 2023.12.10
18:09:09 +02'00'

*Στο σύζυγό μου Κωνσταντίνο Αρχοντή
& στην κόρη μου Ιωάννα*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μαιευτική φροντίδα στην περιγεννητική περίοδο αποτελεί ένα κρίσιμο κομμάτι της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο εστιάζει στην υποστήριξη των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Στη Γερμανία, η μαιευτική φροντίδα έχει μακρά ιστορία και αναπτυσσόταν πάντα με στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης σε αυτήν την ευαίσθητη φάση της ζωής μιας γυναίκας. Ο ρόλος των μαιών και των μαιευτών έχει εξελιχθεί σημαντικά και επικεντρώνεται στην πρόληψη, στην παροχή πληροφόρησης, στην φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στην παρακολούθηση της εξέλιξης του εμβρύου και στη βοήθεια κατά την ομαλή γέννηση.

Σκοπός: Εξέταση της μαιευτικής φροντίδας στην περιγεννητική περίοδο στη Γερμανία και μελέτη περίπτωσης αίθουσας τοκετών με μαίες σε περιφερειακό νοσοκομείο σε προάστιο της Φρανκφούρτης.

Υλικό και μέθοδος: Οι πηγές αντλήθηκαν από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και από τη μηχανή αναζήτησης Google Scholar. Τα κριτήρια εισαγωγής των μελετών περιελάμβαναν πρωτογενείς αγγλικές και γερμανικές μελέτες που δημοσιεύθηκαν το χρονικό διάστημα 2000-2023, με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: «Μαιευτική φροντίδα, μαιευτική φροντίδα στην Γερμανία, μαία, ιατροποίηση του τοκετού, αίθουσες μαιών». Τα κριτήρια αποκλεισμού περιλάμβαναν άρθρα σε άλλες γλώσσες εκτός από την αγγλική και γερμανική γλώσσα, σχόλια και μελέτες των οποίων το πλήρες κείμενο δεν ήταν διαθέσιμο. Για την μελέτη περίπτωσης στην Μαιευτική Κλινική του νοσοκομείου Hochwald έγινε συλλογή των στοιχείων για την αίθουσα τοκετών με μαίες, από το πρόγραμμα συλλογής δεδομένων του νοσοκομείου.

Αποτελέσματα: Μέσα από τη διαδικασία της συστηματικής ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας στις επιστημονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Google Scholar) εντοπίστηκαν 3.117 μελέτες. Κατόπιν, έγινε αξιολόγηση των εν λόγω μελετών με βάση τα κριτήρια εισαγωγής στην ανασκόπηση, όπως αυτά είχαν οριστεί στα πλαίσια της μεθοδολογίας, και προέκυψε ότι 140 από αυτές πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής ενώ, 50 μελέτες αποκλείστηκαν με βάση τα κριτήρια αποκλεισμού. Τελικά, στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντάχθηκαν 48 μελέτες. Στη Γερμανία η μαιευτική φροντίδα είναι πιο ανεπτυγμένη σε σύγκριση με άλλες χώρες και οι γυναίκες είτε γεννάνε σε νοσοκομεία, είτε σε κέντρα φυσικού τοκετού είτε στο σπίτι. Έχουν επίσης το δικαίωμα να επιλέξουν εάν θα τις φροντίσει μαία, ή μαιευτήρας-

γυναικολόγος. Τέλος υπάρχει η δυνατότητα, οι γυναίκες να λαμβάνουν μετά τον τοκετό κατ' οίκον επισκέψεις από ανεξάρτητη μαία ή από μαία που απασχολείται στο νοσοκομείο που διενεργεί κατ' οίκον επισκέψεις. Παρά την ύπαρξη ενός εκτεταμένου συστήματος μαιευτικής φροντίδας, υπάρχουν ακόμη προκλήσεις και ζητήματα που απαιτούν περαιτέρω μελέτη και βελτίωση. Η ποιότητα της φροντίδας, η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες μαιευτικής φροντίδας, η ενημέρωση των γυναικών και ο ρόλος τους στη λήψη αποφάσεων, καθώς και η προώθηση της φυσιολογικής γέννησης αποτελούν ζητήματα που απαιτούν περαιτέρω προσοχή και έρευνα.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή έχει επιτρέψει μία σε βάθος εξέταση της μαιευτικής φροντίδας κατά την περιγεννητική περίοδο στη Γερμανία. Τα ευρήματα καταδεικνύουν την ουσιαστική σημασία της προληπτικής, εξειδικευμένης φροντίδας για την υγεία της μητέρας και του παιδιού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ανάλυση των βέλτιστων πρακτικών στον τομέα αυτό αναδεικνύει τη σημασία της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας, καθώς και την ανάγκη για προσαρμοσμένες προσεγγίσεις που λαμβάνουν υπόψη τις ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις των γυναικών. Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί, υπάρχουν προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν, όπως η εξασφάλιση ίσης πρόσβασης στη φροντίδα για όλες τις γυναίκες, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η ενίσχυση της ενημέρωσης των εγκύων. Συνολικά, η εργασία αναδεικνύει την ανάγκη για συνεχή βελτίωση της μαιευτικής φροντίδας στην περιγεννητική περίοδο, με βάση τις ενδεδειγμένες επιστημονικές γνώσεις και την προσωποποίηση της φροντίδας για κάθε γυναίκα.

Λέξεις κλειδιά: Μαιευτική Φροντίδα, Μαιευτική Φροντίδα στην Γερμανία, Μαία, Ιατροποίηση του τοκετού, Αίθουσες Μαιών

ABSTRACT

Introduction: Midwifery care in the perinatal period is a critical part of health care, focusing on supporting women during pregnancy and childbirth. In Germany, maternity care has a long history and has always been developed with the aim of providing high-quality care in this sensitive phase of a woman's life. The role of midwives and obstetricians has evolved significantly, focusing on prevention, providing information, care during pregnancy, monitoring the baby's development and assisting with a smooth birth.

Purpose: Examination of obstetric care in the perinatal period in Germany and a case study in a district hospital in a suburb of Frankfurt.

Material and method: A bibliographic search was carried out, via the Internet, in the electronic databases PubMed and through the Google Scholar search engine. The study inclusion criteria included primary English and German studies published in the period 2000-2023, with the following keywords: "Obstetric care, obstetric care in Germany, midwifery, medicalization of childbirth, midwifery units". Exclusion criteria included articles in languages other than English and German, reviews and studies whose full text was not available. For the case study in the Obstetrics Clinic of the Hochwald Hospital, the data for the delivery room with midwives was collected from the hospital's data collection program.

Results: Through the process of the systematic review of the international literature in the scientific databases (PubMed, Google Scholar) 3,117 studies were identified. Then, the said studies were evaluated based on the inclusion criteria in the review, as defined in the methodology, and it emerged that 140 of them met the inclusion criteria, while 50 studies were excluded based on the exclusion criteria. Finally, 48 studies were included in the present systematic literature review. In Germany maternity care is more developed compared to other countries and women either give birth in hospitals, natural birth centers or at home. They also have the right to choose whether they will be cared for by a midwife, or an obstetrician-gynecologist. Finally, there is the possibility for women to receive post-delivery home visits from an independent midwife or a midwife employed by the hospital that conducts home visits. Despite the existence of an extensive obstetric care system, there are still challenges and issues that require further study and improvement. Quality of care, accessibility to obstetric care

services, women's information and decision-making role, and the promotion of normal birth are issues that require further attention and research.

Conclusions: This study has enabled an in-depth examination of obstetric care during the perinatal period in Germany. The findings demonstrate the essential importance of preventive, specialized care for the health of the mother and child during pregnancy. Analysis of best practices in this area highlights the importance of multiprofessional collaboration between health professionals, as well as the need for tailored approaches that consider women's individual needs and preferences. Despite the progress that has been made, there are challenges that need to be addressed, such as ensuring equal access to care for all women, training health professionals and strengthening information for pregnant women. Overall, the paper highlights the need for continuous improvement of obstetric care in the perinatal period, based on appropriate scientific knowledge and personalization of care for each woman.

Keywords: Maternity care, Maternity care in German, Midwife, Medicalization of Childbirth, Midwifery Units

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
Α΄ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	16
1. Η Μαιευτική Φροντίδα	17
2. Ιατρικοκεντρικό & Μαιοκεντρικό σύστημα στη Γερμανία	18
3. Εκπαίδευση Μαιών	20
4. Μαιευτική Φροντίδα στην Γερμανία	22
5. Ποιοτική ανάγκη για φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και μετά τον τοκετό	25
6. Επίπεδα Φροντίδας στη μαιευτική των νοσοκομείων	29
6.1. Επίπεδο Φροντίδας I: Περιγεννητικό Κέντρο Επίπεδο 1	29
6.2. Επίπεδο Φροντίδας II: Περιγεννητικό Κέντρο Επίπεδο 2	30
6.3. Επίπεδο φροντίδας III: Περιγεννητική Εστίαση	30
6.4. Επίπεδο φροντίδας IV: Μαιευτική Κλινική	31
7. Ποιοτικές απαιτήσεις για την εξωνοσοκομειακή μαιευτική	32
7.1. Κέντρα Φυσικού Τοκετού	32
7.1.1. Τα κριτήρια για γεννήσεις σε Κέντρα Φυσικού Τοκετού	33
7.2. Τοκετός στο σπίτι	33
7.2.1. Τα κριτήρια για τοκετό στο σπίτι	34
7.2.1.2. <i>Απόλυτα κριτήρια που αποκλείουν τη γέννηση σε οικιακό περιβάλλον</i>	34
7.2.2.2. <i>Κριτήρια που επιτρέπουν τον τοκετό στο σπίτι, μετά από ενδελεχή διευκρίνιση από ειδικό γιατρό</i>	36
8. Καισαρική τομή στη Γερμανία	39
9. Η «Αίθουσα Τοκετού με Μαιές» (HebammenKreißaal)	42
9.1. Μοντέλα ή παραλλαγές της «Αίθουσας Τοκετού με Μαιές»	42
9.2. Οργάνωση των ομάδων των μαιών στην «Αίθουσα Τοκετού με Μαιές»	43
9.3. Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού εγκύου σε «Αίθουσα Τοκετού με Μαιές»	44

10. Αρχές της «Αίθουσας Τοκετού με Μαίες»	46
11. Κατάλογος κριτηρίων για τη συνεχή αξιολόγηση της πορείας της εγκυμοσύνης και του τοκετού	47
Β΄ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	48
1. Μελέτη Περίπτωσης της «Αίθουσας Τοκετού με Μαίες» στη Μαιευτική Κλινική του Μπαντ Ναουχάιμ	49
1.1. Κριτήρια αποκλεισμού εγκύου στην «Αίθουσα Τοκετού με Μαίες»	51
1.1.1. Ιστορικό και γενικά ευρήματα	51
1.1.2. Ιδιαιτερότητες στην εγκυμοσύνη	54
1.1.3. Κίνδυνοι κατά τον τοκετό	55
1.1.4. Επιπλοκές μετά τον τοκετό / διαταραχές στο νεογνό	55
2. Στατιστικά Στοιχεία Αίθουσας Τοκετού με Μαίες» από το 2016-2022	57
2.1. Γυναίκες που αποκλείστηκαν για την «Αίθουσα Τοκετού με Μαίες», κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο	58
2.2. Γυναίκες που χρειάστηκαν ιατρική παρέμβαση κατά την διάρκεια του τοκετού	60
2.3. Στάσεις Τοκετού	61
2.4. Πορεία των γυναικών μετά τον τοκετό.....	62
2.5. Πορεία των νεογνών αμέσως μετά τον τοκετό	63
 Συμπεράσματα	 64
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	 66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΣΥΝΤ/ΦΙΑ	ΓΕΡΜΑΝΙΚΑ	ΕΛΛΗΝΙΚΑ
KTG		Καρδιοτοκογράφημα
K.T.		Καισαρική Τομή
AIS	Amniotic Infection Syndrome	Χοριοαμνιονίτιδα
GBS	Group B Streptococcus	
HKS	HebammenKreißsaal	Αίθουσες Μαιών
i.v.	Intravenous Injection	Ενδοφλέβια Ένεση
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene	Οδηγίες διασφάλισης ποιότητας για πρόωρα και τελειόμηνα νεογνά
QUAF	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.	Εταιρεία για την Ποιότητα στην Εξωνοσοκομειακή Μαιευτική
SGA	Small for Gestational Age	Μικρό για Ηλικία Κύησης Έμβρυο
/ IUGR	/ Intrauterine Growth Restriction	/ Υπολειπόμενη Ενδομήτρια Ανάπτυξη
SG	Säugling	Νεογνό

Η παροχή υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα η μαιευτική φροντίδα είναι ένα από τα πλέον ζωτικά στοιχεία για την ευημερία και την ανάπτυξη μιας χώρας. Κάθε έθνος έχει μια μοναδική προσέγγιση στη φροντίδα της μητρότητας κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Renfrew *et al.*, 2014) (Soltani and Sandall, 2012) (Sandall *et al.*, 2016). Οι μαιές έχουν ένα κεντρικό ρόλο τόσο στην περίοδο της εγκυμοσύνης και τον τοκετό όσο και στη λοχεία, διασφαλίζοντας την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας για τη μητέρα και το παιδί. Σήμερα, η μέλλουσα μητέρα έχει την δυνατότητα να ενημερωθεί για την φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης της και για το τι χρειάζεται να προσέχει. Επίσης, μπορεί να αποφασίσει ποιος θα την παρακολουθεί κατά την διάρκεια της προγεννητικής της φροντίδας, καθώς και για τον τόπο που επιθυμεί να γεννήσει. Βέβαια, οι αποφάσεις αυτές επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως από την προσωπική στάση απέναντι στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό, τις διαθέσιμες πληροφορίες, τις δικές της προτιμήσεις και τις ιστορίες από το κοινωνικό περίγυρο. Επιπλέον, το μαιευτικό σύστημα μιας κοινωνίας καθορίζει τις επιλογές που έχει μια έγκυος.

Η Γερμανία, ως μία από τις μεγαλύτερες και πλέον βιομηχανοποιημένες χώρες της Ευρώπης, έχει δεσμευτεί για την παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης στους πολίτες της. Οι περισσότεροι είναι ασφαλισμένοι σε δημόσιες ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες προσφέρουν κάλυψη για τις υπηρεσίες υγείας, όπως περίθαλψη ασθενών σε εξωτερικά ιατρεία, νοσηλεία στο νοσοκομείο, τοκετό, χειρουργικές επεμβάσεις, επισκέψεις στα επείγοντα, εμβόλια και φάρμακα (*The German healthcare system*, 2023) (Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG), 2006). Δεδομένου του υψηλού επιπέδου των υπηρεσιών υγείας της χώρας, ζωτικής σημασίας αποτελεί και η ενδεδειγμένη μελέτη της μαιευτικής φροντίδας. Η διερεύνηση πρακτικών, πολιτικών και τάσεων μέσα στο γερμανικό σύστημα υγείας προσφέρει σημαντικές πληροφορίες και ευκαιρίες για βελτιώσεις, όχι μόνο στην ίδια τη Γερμανία, αλλά και σε άλλες χώρες που επιθυμούν να αναθεωρήσουν τις προσεγγίσεις τους στον τομέα της μαιευτικής φροντίδας.

Ο ομοσπονδιακός νόμος που ισχύει στη Γερμανία επιτρέπει στις μαιές/μαιευτές να πραγματοποιούν τον φυσιολογικό τοκετό από την αρχή ως το τέλος αυτόνομα, καθώς και να παρίστανται σε καισαρική τομή (HebG- Hebammengesetz, 1985). Παρόλο που κατά την διάρκεια του τοκετού η γυναίκα παρακολουθείται από την μαιά, δεν συμβαίνει το ίδιο και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η πλειοψηφία των γυναικών στη Γερμανία επισκέπτεται ιδιώτες μαιευτήρες για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης τους (Bundesausschuss der Ärzte und

Krankenkassen, 2016). Μόνο λίγες μαιές προσφέρουν το πλήρες φάσμα υπηρεσιών προγεννητικής φροντίδας, το οποίο ορίζεται από τον Γερμανικό κώδικα κοινωνικής νομοθεσίας (SGB V), ενότητα 24δ (GKV Spitzenverband, 2015). Προγεννητικά, οι μαιές στη Γερμανία είναι γνωστό ότι παρέχουν επιλεγμένες υπηρεσίες όπως, συμβουλευτική, βελονισμό και προγεννητικά μαθήματα. Μετά τον τοκετό, γίνεται υποστήριξη του θηλασμού, φροντίδα του νεογνού, μαθήματα γυμναστικής για επαναφορά του σώματος όπως ήταν πριν την εγκυμοσύνη (GKV Spitzenverband, 2015).

Στο πέρασμα των χρόνων, η πρακτική της μαιευτικής φροντίδας έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές. Αυτό αντανακλά την εξέλιξη της ιατρικής γνώσης, των τεχνολογικών προόδων, αλλά και την αλλαγή των κοινωνικών προτύπων και προσδοκιών. Ένας από τους πιο εμφανείς τομείς αλλαγής είναι η αύξηση της παρεμβατικότητας στον τοκετό. Στο παρελθόν, ο τοκετός θεωρούνταν ως μια φυσιολογική διαδικασία, όπου οι παρεμβάσεις ήταν περιορισμένες και αποφεύγονταν, εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητες (Robyn Horsager-Boehrer, M.D., 2018). Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου, ο τοκετός στα νοσοκομεία έγινε πιο επεμβατικός, με τη χρήση τεχνολογίας για την παρακολούθηση του εμβρύου, τη χρήση φαρμάκων για την επίσπευση ή τη ρύθμιση των συστολών και την αύξηση των καισαρικών τομών.

Η αύξηση των καισαρικών τομών είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται παγκοσμίως (Angolile *et al.*, 2023). Διάφοροι παράγοντες που έχουν συμβάλει σε αυτήν την τάση είναι η αύξηση της ηλικίας των εγκύων, η αύξηση των περιπτώσεων πολλαπλής εγκυμοσύνης με τη βοήθεια της αναπαραγωγικής τεχνολογίας και παθήσεις όπως η προεκλαμψία. Επίσης, έχουν συμβάλει και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η προτίμηση της εγκύου για προγραμματισμένο τοκετό, ή η επιφυλακτική προσέγγιση που υιοθετεί ο γιατρός της εγκύου, λόγω φόβου για τυχόν άσκηση αγωγής εκ μέρους της (Mylonas and Friese, 2015). Αν και η καισαρική τομή μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας για την ασφάλεια της μητέρας και του παιδιού, σε ορισμένες περιπτώσεις, πολλές από αυτές τις επεμβάσεις γίνονται χωρίς ιατρική ένδειξη (Souza *et al.*, 2010). Οι συνέπειες της υπερβολικής χρήσης της καισαρικής τομής μπορεί να περιλαμβάνουν μεγαλύτερο ρίσκο για λοιμώξεις, μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας καθώς και πιθανές επιπλοκές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες (Larsson *et al.*, 2021).

Οι ερευνητές, προσπαθώντας να βρουν τρόπους μείωσης των καισαρικών, κατέληξαν ότι το αποτέλεσμα αυτό επιτυγχάνεται, όταν οι αίθουσες τοκετού διοικούνται από μαιές (Sandall *et al.*, 2016). Είναι πιθανόν, ο μειωμένος αριθμός παρεμβάσεων να οφείλεται στην φιλοσοφία ότι ο τοκετός είναι μια φυσιολογική διαδικασία και στην εμπιστοσύνη που κτίζεται μεταξύ της γυναίκας και της μαιάς (Soltani and Sandall, 2012). Επειδή, λοιπόν, το παρεχόμενο μοντέλο μαιευτικής φροντίδας μπορεί να επηρεάσει το αποτέλεσμα του είδους του τοκετού και να

ικανοποιήσει περισσότερο την έγκυο, είναι σημαντικό να διερευνηθεί ποια πρότυπα φροντίδας εφαρμόζονται στη Γερμανία.

Στην παρακάτω εργασία, μελετάται η μαιευτική φροντίδα στην Γερμανία κατά την περιγεννητική περίοδο, διακρίνονται το ιατρικοκεντρικό και το μαιοκεντρικό σύστημα που ισχύουν και γίνεται αναφορά στην εκπαίδευση των μαιών για την αίθουσα τοκετού με μαίες και για την καισαρική τομή, καθώς επίσης, αναφέρεται η μελέτη περίπτωσης της Μαιευτικής Κλινικής του νοσοκομείου Hochwald.

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η Μαιευτική Φροντίδα

Η μαιευτική φροντίδα στην Γερμανία διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην υγεία των εγκύων παρέχοντας σημαντική υποστήριξη στα διάφορα στάδια της εγκυμοσύνης, στον τοκετό και στην περίοδο της λοχείας.

Η πρώτη από τις βασικές πτυχές της μαιευτικής φροντίδας είναι η προαγωγή της φυσιολογικής εξέλιξης της εγκυμοσύνης, στην οποία οι μαίες παρέχουν συμβουλές και πληροφορίες στις εγκύους για την υγιεινή διατροφή, την άσκηση, την προετοιμασία για τον τοκετό και την ψυχολογική ευεξία (Arrish, Yeatman and Williamson, 2017).

Επόμενη πτυχή είναι η ασφάλεια και η επίβλεψη του τοκετού, κατά τον οποίο η μαία αναλαμβάνει το βασικό ρόλο με τον έλεγχο των ζωτικών σημείων και με τον καρδιοτοκογραφικό έλεγχο και παρέχει βοήθεια στην τεχνική του τοκετού, στην ανακούφιση του πόνου και στην πρόωθηση ενός ασφαλούς τοκετού.

Άλλο σημαντικό μέρος της μαιευτικής φροντίδας καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού αποτελεί η αντίληψη και αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών και η παροχή πρόληψης και θεραπείας.

Τέλος, η μαιευτική φροντίδα συνεχίζεται κατά την περίοδο της λοχείας, όπου στόχος της μαίας είναι η προαγωγή της φυσικής και ψυχολογικής υγείας της μητέρας, του νεογνού και της οικογένειας, γενικά.

2. Ιατροκεντρικό & Μαιοκεντρικό Σύστημα στη Γερμανία

Η μαιευτική φροντίδα διακρίνεται στο ιατροκεντρικό και στο μαιοκεντρικό σύστημα.

Στο ιατροκεντρικό σύστημα, οι ιατροί κατέχουν τον κεντρικό ρόλο στην παροχή μαιευτικής φροντίδας με έμφαση στην τεχνική επέμβαση και την ιατρική τεχνογνωσία (Robyn Horsager-Boehrer, M.D. and Robyn Horsager-Boehrer, M.D., 2018). Εξαιτίας της συνεχούς παρακολούθησης της εγκύου από την μαία, ο γιατρός την συμβουλευεται και λαμβάνει αποφάσεις μετά από συνεννόηση μαζί της. Οι έγκυες ακολουθούν τις οδηγίες των ιατρών και η αυτονομία τους συχνά περιορίζεται από τις ιατρικές ενδείξεις. (MacKenzie Bryers and van Teijlingen, 2010).

Αντίθετα, στο μαιοκεντρικό σύστημα, οι μαίες/μαιευτές παρέχουν πληροφόρηση και υποστήριξη για να ενισχύσουν την γνώση, την εμπιστοσύνη και την αυτονομία της εγκύου με έμφαση την ψυχική και σωματική ενδυνάμωση. Ο τοκετός θεωρείται ως ένα φυσιολογικό, κοινωνικό γεγονός που λαμβάνει χώρα εντός της οικογένειας και το οποίο δεν πρέπει να διαταράσσεται άσκοπα (Berg, Asta Ólafsdóttir and Lundgren, 2012). Στόχος τους είναι ο ασφαλής φυσιολογικός τοκετός και η ασφαλής επιλόχειος πορεία. Στην Μαιευτική, η έγκυος και το έμβρυο έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Οι μαίες σέβονται τις πιθανές επιθυμίες των εγκύων και από κοινού λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα αυτών.

Στη Γερμανία, το σύστημα μαιευτικής φροντίδας αποτελεί μείγμα και των δύο μοντέλων. Μεταξύ του ιατροκεντρικού και του μαιοκεντρικού συστήματος υπάρχει μια αλληλοσυμπλήρωση. Οι μαιευτήρες προγεννητικά έχουν σημαντικό ρόλο παρακολουθώντας τις εγκύους μηνιαία, κατά την διάρκεια του τοκετού δίνουν το παρόν μόνο σε περίπτωση επιπλοκής και στη λοχεία κάνουν γυναικολογικό έλεγχο στη λεχωίδα έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι μαίες με την πάροδο του χρόνου, κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου έχουν αυξανόμενη συμβολή στην παροχή φροντίδας και την υποστήριξη των γυναικών. Η εξισορρόπηση αυτών των δυο συστημάτων αποτελεί μεγάλη πρόκληση στις μέρες μας λόγω της ιατροποίησης της εγκυμοσύνης και των παρεμβάσεων ακόμη και σε χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνες (Healy, Humphreys and Kennedy, 2017) (Johanson, Newburn and Macfarlane, 2002), όπως αποδεικνύεται από τα υψηλά ποσοστά των καισαρικών τομών (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020).

Η μαιευτική φροντίδα που συνηθίζεται να εφαρμόζεται σήμερα είναι το αποτέλεσμα μιας ιστορικής εξέλιξης. Η μαιευτική, είναι τόσο παλιά όσο και η ίδια η ανθρωπότητα. Στην αρχή

ήταν μια βοήθεια αλληλεγγύης από τις γυναίκες προς τις γυναίκες. Σήμερα, οι μαίες είναι επαγγελματίες υψηλής ειδίκευσης. Βλέπουν τους εαυτούς τους ως συμμάχους των εγκύων, των γυναικών που γεννούν και των μητέρων και στέκονται δίπλα τους ως αξιόπιστοι σύντροφοι. Με τη δουλειά τους συμβάλλουν σημαντικά σε μια υγιή κοινωνία. Δημιουργούν βασική εμπιστοσύνη και άρα τις καλύτερες προϋποθέσεις για ένα καλύτερο μέλλον. Η μαιευτική είναι μια δραστηριότητα που προορίζεται για ιατρούς και μαίες. Αυτό σημαίνει ότι άλλες επαγγελματικές ομάδες δεν επιτρέπεται να εργάζονται στη μαιευτική. Σύμφωνα με τον νόμο για τις μαίες (HebG Hebamengesetz (HebG) beschlossen am 4.6.1985, zuletzt geändert am 30.4.2002, §4 Abs. 1, Satz 2.), οι ιατροί δεν επιτρέπεται να κάνουν τοκετό χωρίς μαία (§ 4 Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeiten).

Σε διεθνή σύγκριση, παρατηρείται ότι στο Γερμανικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης, η μαία έχει μια μάλλον οριακή και αδύναμη θέση, παρόλο την εξαιρετική νομική κατάσταση που ισχύει στη χώρα. Αντίθετα, στην Ολλανδία το επάγγελμα της μαίας θεωρείται ως ένα από τα πέντε ιατρικά επαγγέλματα, δηλαδή ιατρός, κτηνίατρος, οδοντίατρος, φαρμακοποιός και μαία. Σε πολλά Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγειονομικής Περίθαλψης, οι μαίες έχουν πολύ πιο ανεξάρτητη και αυτόνομη θέση απ' ό,τι στη Γερμανία και οι έγκυες αναζητούν τη φροντίδα της μαίας στο πλαίσιο της προγραμματισμένης Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, ενώ η εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα παρέχεται μόνο σε επικίνδυνες περιπτώσεις (Clarissa M. Schwarz, 2008).

3. Εκπαίδευση Μαιών

Η εκπαίδευση των μαιών στη Γερμανία πραγματοποιείται σε 40 σχολές, οι περισσότερες από τις οποίες είναι προσαρτημένες σε κλινικές (StudiScan, 2023). Η περίοδος σπουδών πλήρους απασχόλησης μπορεί θεωρητικά να είναι μεταξύ τρία και τέσσερα έτη. Ωστόσο, όλα τα μαθήματα που προσφέρονται είναι επί του παρόντος προγραμματισμένα και σχεδιασμένα για να διαρκέσουν τουλάχιστον τριάντισι χρόνια. Ορισμένα πανεπιστήμια προσφέρουν επίσης τη δυνατότητα μερικής φοίτησης. Το μάθημα της μαιευτικής περιλαμβάνει τουλάχιστον 2.200 ώρες θεωρίας και τουλάχιστον 2.200 ώρες πρακτικής σε κλινικές και σε μη κλινικό χώρο με ελεύθερες επαγγελματίες μαιές. Δεδομένου ότι οι μαθητές/τριες μαθαίνουν σε δύο τοποθεσίες, το πτυχίο είναι διπλό με ενσωματωμένη την πρακτική. Επομένως, οι αιτούντες χρειάζεται να συνάψουν σύμβαση προπτυχιακής εργασίας (ένα είδος πρακτικής άσκησης) με το νοσοκομείο που θα πραγματοποιήσουν την πρακτική τους άσκηση (Landesverband der Hessischen Hebammen e.V, 2020).

Το επάγγελμα της μαιίας περιλαμβάνει τη φροντίδα και τη συμβουλή των εγκύων, των επιτόκων και εκείνων που γέννησαν πρόσφατα, την εκτέλεση τοκετού, τη συμμετοχή στη μητρότητα και τη φροντίδα του νεογνού (HebG, §2). Η μαιία έχει καθήκον να αναγνωρίζει επικίνδυνες καταστάσεις (HebG, §4) σχετικά με τη μητέρα ή το νεογνό και σε αυτή την περίπτωση να ενημερώνει τον ιατρό. Με ελάχιστες εξαιρέσεις που αφορούν τον διαγνωστικό τομέα, δικαιούνται να εξετάζουν, να συμβουλεύουν και να προετοιμάζουν τις εγκύους για τον τοκετό. Επιπλέον, η οδηγία του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης της 21ης Ιανουαρίου 1980 για το συντονισμό των νομικών και διοικητικών κανονισμών σχετικά με την ανάληψη και την άσκηση του επαγγέλματος της μαιίας ορίζει ότι οι μαιές είναι αποκλειστικά υπεύθυνες για τη διενέργεια φυσιολογικών τοκετών (Horschitz and Kurtenbach, 1985; πρβλ. τη νέα Οδηγία της ΕΕ 2005 /36/EG πρώην 80/155/EWG). Όλες οι υπηρεσίες που παρέχονται από τις μαιές καλύπτονται από τις νόμιμες ασφαλιστικές εταιρείες υγείας (§ 196 RVO). Η εντύπωση, την οποία προωθούσαν οι ασφαλιστικές εταιρείες μέχρι τη δεκαετία του 1980, ότι η προγεννητική φροντίδα ανήκει αποκλειστικά στα χέρια των γυναικολόγων, έχει πλέον διαφοροποιηθεί.

Ο συνολικός αριθμός μαιών που εργάζονται σήμερα στο γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης υπολογίζεται περίπου στις 26.000 μαιές/μαιευτές (Statistisches Bundesamt, 2022). Σύμφωνα με αυτή την πηγή, το 1/3 των μαιών απασχολείται σε κλινικές, άλλο 1/3 είναι ανεξάρτητες μαιές οι οποίες έχουν συνάψει συμβόλαια με νοσοκομεία, όπου και μπορούν να ξεγεννήσουν τις εγκύους που παρακολουθούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Beleghebammen) και η τιμολόγηση γίνεται απευθείας με την ασφαλιστική εταιρεία υγείας της

εγκύου, ενώ το τελευταίο 1/3 των μαιών είναι πλήρως αυτοαπασχολούμενες μαιές και παρέχουν την υποστήριξή τους στο πλαίσιο τοκετών στο σπίτι ή σε κέντρα φυσικού τοκετού.

Στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων ενδονοσοκομειακού τοκετού, οι μαιές είναι εξουσιοδοτημένες και ικανές να ξεκινήσουν και να ολοκληρώσουν μεγάλα τμήματα της διαδικασίας τοκετού, ανεξάρτητα και με δική τους ευθύνη. Η μαιά οφείλει, και έχει το δικαίωμα, να αντιτίθεται σε ιατρικές αποφάσεις ή πρακτικές, όταν πιστεύει πως αυτές ενέχουν κίνδυνο για την υγεία της μητέρας ή του παιδιού.

Τέλος, στην Γερμανία υπάρχουν οι αίθουσες τοκετών νοσοκομείων που διευθύνονται μόνο από τις μαιές «Hebammen Kreißsaal», δηλαδή τις Αίθουσες Τοκετών με Μαιές (Bernard Braun, 2006).

4. Μαιευτική Φροντίδα στην Γερμανία

Στην Γερμανία, το Υπουργείο Υγείας αναγνωρίζει την ιδιαίτερη σημασία της εγκυμοσύνης και της μητρότητας και δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην παροχή υπηρεσιών, που στοχεύουν στην υποστήριξη των γυναικών κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

Συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας προσφέρει:

➤ Ιατρική Περίθαλψη

Αυτό περιλαμβάνει την πλήρη προγεννητική φροντίδα, γεννητικά και μεταγεννητικά, διασφαλίζοντας έτσι την υγεία της μητέρας και του εμβρύου.

➤ Οφέλη σχετικά με τον τοκετό

Δωρεάν παρακολούθηση και υποστήριξη κατά τη διάρκεια του τοκετού.

➤ Νοσηλεία μετά τον τοκετό

Οι γυναίκες μπορούν να επιλέξουν ένα νοσοκομείο ή άλλες εγκαταστάσεις που προσφέρουν διαμονή, φροντίδα και διατροφή για την ανάρρωση μετά τον τοκετό.

➤ Εξωτερική φροντίδα τοκετού

Επιλογές για τοκετό στο σπίτι ή σε εγκαταστάσεις μαιών, όπως κέντρα φυσικού τοκετού, τα οποία λαμβάνουν χρηματοδοτική υποστήριξη από τις ασφαλιστικές εταιρείες.

➤ Φαρμακευτική φροντίδα

Παροχή φαρμάκων, επιδέσμων και άλλων απαραίτητων προϊόντων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

➤ Μαιευτική βοήθεια

Υποστήριξη από μαιές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και τη λοχεία.

➤ Οικιακή φροντίδα

Παροχή βοήθειας και φροντίδας στο σπίτι, όταν αυτό είναι απαραίτητο λόγω της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, εάν δεν υπάρχει κανένας άλλος στο σπίτι που μπορεί να αναλάβει τις εργασίες αυτές.

➤ Επίδομα μητρότητας

Παροχή οικονομικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της μητρότητας (Bundesministerium für Gesundheit, 2023).

Από τα μέσα του 20ου αιώνα, υπήρξε μια ισχυρή τάση στα βιομηχανικά κράτη να μεταφέρουν τις γεννήσεις στα νοσοκομεία (WHO, 1996). Σήμερα, περισσότερο από το 95% των τοκετών στην Γερμανία γίνονται σε νοσοκομεία (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018). Τα μέσα ενημέρωσης αναφέρουν γυναίκες που γέννησαν τα παιδιά τους «γρήγορα, εύκολα και

ανώδυνα» με καισαρική τομή. Ο Π.Ο.Υ. (1996) συνιστά για τοκετούς «χαμηλού κινδύνου», οι παρεμβάσεις να είναι όσο το δυνατόν λιγότερες και να πραγματοποιούνται λόγω επειγουσών αιτίων.

Ο τοκετός στο σπίτι συχνά απεικονίζεται από τη μαιευτική ως ανασφαλής, επικίνδυνος και ανεύθυνος, ακόμα και αν οι μελέτες (Janssen *et al.*, 2009) δίνουν μια εντελώς διαφορετική εικόνα. Ήταν, όμως, η προτιμώμενη μορφή τοκετού για αιώνες και σήμερα εξακολουθεί να είναι ο κανόνας σε πολλά μέρη του κόσμου. Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν διαφορετικές προσεγγίσεις σε αυτό το θέμα. Ενώ η Ολλανδία και η Δανία υποστηρίζουν τους κατοίκους τους στο ζήτημα των τοκετών στο σπίτι, άλλες χώρες όπως η Τσεχία και η Σλοβακία δεν επιτρέπουν στις μαιές να εργάζονται εκτός νοσοκομειακών εγκαταστάσεων. Σε περίπτωση παράβασης αυτών των κανονισμών, οι μαιές κινδυνεύουν με βαριές κυρώσεις ή απαγόρευση της επαγγελματικής τους δραστηριότητας έως και ένα έτος (IJRC, 2016).

Το ποσοστό των γεννήσεων στο σπίτι είναι μάλλον παρόμοιο σε όλες τις χώρες, καθώς είναι περίπου 1%, ή λιγότερο, του συνόλου των γεννήσεων. Σε έρευνα, όμως, που πραγματοποιήθηκε σε Ευρωπαϊκές Χώρες, βρέθηκε ότι στην Ολλανδία ο αριθμός είναι πολύ υψηλότερος, περίπου 16,3% όλων των γεννήσεων (Galkoná *et al.*, 2022), ενώ η Δανία κατέλαβε τη δεύτερη θέση. Ο τρίτος υψηλότερος αριθμός γεννήσεων στο σπίτι σημειώθηκε στη Γερμανία. Αν και υπάρχει τέσσερις φορές υψηλότερος αριθμός τοκετών στη Γερμανία από ό,τι στην Ολλανδία, ο αριθμός των γεννήσεων στο σπίτι είναι μόνο 1,3% επί του συνόλου των τοκετών. Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών λοιπόν, στην Γερμανία γεννιούνται σε νοσοκομεία. Από τις 756.391 γεννήσεις ζώντων το 2020, οι 743.899 ήταν σε νοσοκομεία. Το 29,84% αυτών των τοκετών πραγματοποιήθηκαν με καισαρική τομή.

Σύμφωνα με την 24 παράγραφο του πέμπτου νόμου του κοινωνικού κώδικα (§ 24 - Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)), οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα σε ιατρική ή μαιευτική βοήθεια στην εγκυμοσύνη (Deutscher Bundestag, 2021). Στην Γερμανία, οι γυναίκες έχουν την ελευθερία επιλογής εκτός από τον τόπο γέννησης (νοσοκομείο, κέντρο φυσικού τοκετού ή τοκετός στο σπίτι) να αποφασίσουν αν μετά τον τοκετό θα παραμείνουν στο νοσοκομείο ή μετά από κάποιες ώρες (4-6 ώρες) θα επιστρέψουν στο σπίτι τους (Ambulante Entbindung). Αυτήν την επιλογή, επίσης, την συναντάμε στην Αγγλία και στις Σκανδιναβικές χώρες. Στην περίπτωση που η γυναίκα επιθυμεί έναν τοκετό «Ambulante», δηλαδή ως εξωτερικός ασθενής, χρειάζεται μία μαιά που θα παρακολουθεί εκείνη και το νεογνό στο σπίτι, καθώς επίσης και έναν παιδίατρο για να πραγματοποιήσει την εξέταση του νεογνού μετά τις πρώτες 48 ώρες ζωής του, για τη λήψη αίματος από την φτέρνα του για μεταβολικό έλεγχο και για το τεστ ακοής του. Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας επιδιώκει τη διασφάλιση της υγείας

εγκύων και νεογνών, συνεργαζόμενο στενά με τους επαγγελματίες του χώρου. Αυτή η προσέγγιση αρχίζει από την πρώτη φάση της εγκυμοσύνης, συνεχίζεται κατά τον τοκετό και περατώνεται στη λοχεία (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020).

5. Ποιοτική ανάγκη για φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και μετά τον τοκετό

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, η ιατρική και η μαιευτική φροντίδα οφείλει να εξελίσσεται βάσει των αναγκών της μητέρας και του νεογνού. Για την ιατρική φροντίδα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, ισχύουν οι κατευθυντήριες οδηγίες Μητρότητας (MutterschaftsRichtlinien) της Ομοσπονδιακής Μικτής Επιτροπής (G-BA). Η ιατρική φροντίδα πρέπει να αναγνωρίζει και να αποτρέπει τυχόν κινδύνους για την ζωή και την υγεία της μητέρας και του νεογνού. Αυτό περιλαμβάνει μέτρα που χρησιμεύουν για την παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας της εγκύου (G-BA, 2016). Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης, εναπόκειται στους μελλοντικούς γονείς να αποφασίσουν ποιες εξετάσεις και ποια προγεννητικά διαγνωστικά μέτρα επιθυμούν να λάβουν και αν θα γίνει παρακολούθηση από ιδιώτη γυναικολόγο ή/και μαία (Renfrew *et al.*, 2014). Ένας μικρός αριθμός γυναικών λαμβάνει αποκλειστική μαιευτική φροντίδα από μαίες στην προγεννητική περίοδο (Goeckenjan, Brückner and Vetter, 2021). Η διεπαγγελματική φροντίδα αποτελεί κρίσιμο στοιχείο στην προετοιμασία για τον τοκετό, καθώς και στην περίθαλψη της μητέρας και του νεογνού, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) συστήνει στις εγκύους τη φροντίδα από μαίες, ως καίριο μέρος της προγεννητικής φροντίδας (WHO, 2016), ενώ αυτή η φροντίδα αναγνωρίζεται ως δείκτης ποιότητας που συμβάλλει σε μια πιο θετική εμπειρία της εγκυμοσύνης (Lattorf *et al.*, 2020).

Κάθε γυναίκα στην πρώτη της προγεννητική επίσκεψη, λαμβάνει το διαβατήριο μητέρας-παιδιού (Mutterpass). Το δομημένο έγγραφο "Mutterpass" αποτελεί μια εξαιρετική βάση για την αναφορά ιστορικού και για τη συμβουλευτική υποστήριξη των εγκύων. Για την τεκμηρίωση χρησιμοποιούνται αφ' ενός οι σαφείς κατάλογοι κινδύνου, δηλαδή ο κατάλογος κινδύνου A για την αναφορά ιστορικού και ο κατάλογος κινδύνου B για ευρήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αφ' ετέρου τα πεδία για την τεκμηρίωση της συμβουλευτικής υποστήριξης σε ειδικά ζητήματα κατά την εγκυμοσύνη. Επίσης συμπληρώνονται αποτελέσματα αιματολογικών εξετάσεων για σύφιλη, HIV, Ηπατίτιδας B, τοξοπλάσμωσης, γλαυιδίων, προσδιορισμό ομάδας αίματος και παράγοντα Rhesus, προσδιορισμό τιμής αιματοκρίτη και τεστ ανοχής γλυκόζης (Vetter, K. and Goeckenjan, M, 2013). Μέσω της τυποποιημένης τεκμηρίωσης στο "Mutterpass" διευκολύνεται επίσης η περαιτέρω παρακολούθηση της φροντίδας και η υποστήριξη της γυναίκας και από άλλους Επαγγελματίες Υγείας.

Η ασφάλεια υγείας της εγκύου πληρώνει τις επισκέψεις αυτές, καθώς επίσης και ένα μέρος των εξετάσεων που γίνονται στην εγκυμοσύνη στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Οι έγκυες που έχουν δημόσια ασφάλεια υγείας και δεν έχουν κύηση υψηλού κινδύνου (π.χ. δίδυμη κύηση, υπέρταση κύησης) συνίσταται να κάνουν τρεις βασικούς υπέρηχους. Οι εξετάσεις αυτές παρέχουν πληροφορίες για την εγκυμοσύνη, όπως για το βάρος του εμβρύου, για τη θέση του, για την ποσότητα του αμνιακού υγρού και τα αποτελέσματά τους συμπληρώνονται στο διαβατήριο Μητέρας-Παιδιού. Σε περίπτωση που οι τρεις αυτοί υπέρηχοι δείξουν μια ανωμαλία, τότε η έγκυος καλείται να κάνει ένα εξειδικευμένο υπέρηχο οργάνων (G-BA, 2013).

- 1. Ο πρώτος υπέρηχος** γίνεται μεταξύ 9ης και 12ης εβδομάδας κύησης και επιβεβαιώνεται η ενδομήτρια κύηση και αριθμός των εμβρύων. Μετρώντας το μήκος του εμβρύου και την περίμετρο της κεφαλής του, γίνεται σύγκριση της ημερολογιακής με την υπερηχογραφική ημερομηνία τοκετού.
- 2. Ο δεύτερος υπέρηχος** γίνεται μεταξύ 19ης και 22ης εβδομάδας κύησης. Η έγκυος μπορεί να αποφασίσει αν επιθυμεί ο υπερηχογραφικός έλεγχος να είναι βασικός ή εξειδικευμένος:
 - στον βασικό υπέρηχο: γίνεται μέτρηση του μεγέθους κεφαλής και κοιλιάς του εμβρύου και μετράται το μήκος του μηριαίου οστού του. Ο συγκεκριμένος υπέρηχος καλύπτεται από την ασφάλεια υγείας της εγκύου.
 - στον εξειδικευμένο υπέρηχο: γίνεται ένας πιο λεπτομερής έλεγχος των οργάνων του εμβρύου για έυρεση τυχόν εμβρυικών ανωμαλιών. Ο εξειδικευμένος υπέρηχος μπορεί να πραγματοποιηθεί από ιδιώτη γυναικολόγο, εφ' όσον έχει λάβει την κατάλληλη πιστοποίηση και δεν καλύπτεται από την ασφάλεια υγείας της εγκύου.
- 3. Ο τρίτος υπέρηχος** γίνεται μεταξύ 29ης και 32ης εβδομάδας κύησης και είναι ίδιος με τον βασικό υπέρηχο του δεύτερου τριμήνου.

Στην κλινική μαιευτική φροντίδα, χρησιμοποιούνται από τους γιατρούς Κατευθυντήριες Οδηγίες της Γερμανικής Ένωσης Μαιευτικής και Γυναικολογίας (DGGG) και με βάση αυτές μπορούν να διαχειριστούν διάφορες καταστάσεις, όπως ένα επεμβατικό τοκετό ή μια υπερτασική εγκυμοσύνη. Εκτός από τις παραπάνω οδηγίες, μετά τον τοκετό ισχύουν και οι Κατευθυντήριες Οδηγίες για μέτρα διασφάλισης ποιότητας όσον αφορά στη φροντίδα των πρόωρων και τελειόμηνων νεογνών - QFR-RL, με βάση την Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή (G-BA, 2023).

Οι μαίες που εργάζονται σε νοσοκομεία δουλεύουν συνήθως σε βάρδιες. Αυτό σημαίνει, ότι η μαία της συγκεκριμένης βάρδιας εκτελεί τους τοκετούς που πραγματοποιούνται στη βάρδια της (Anja, 2020). Η έγκυος διαλέγει το νοσοκομείο που επιθυμεί να γεννήσει και περίπου, κατά

την 36 εβδομάδα κύησης, πραγματοποιείται ραντεβού με το συγκεκριμένο νοσοκομείο, για να γνωρίσει το περιβάλλον που θα γεννήσει, το προσωπικό και για να ανοίξει ιατρικό φάκελο με το ιστορικό της και τις επιθυμίες της. Αν η έγκυος δεν έχει ιατρικό φάκελο στο νοσοκομείο, η διαδικασία γίνεται κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο, για να γεννήσει. Η νοοτροπία των μαιών για ένα "μη επεμβατικό τοκετό" στοχεύει στην ελαχιστοποίηση των παρεμβάσεων, εκτός αν αυτές είναι απαραίτητες για την ασφάλεια της μητέρας ή του παιδιού. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην πεποίθηση ότι ο τοκετός είναι μια φυσική διαδικασία και ότι ο οργανισμός της γυναίκας έχει την ικανότητα να τον διεξάγει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο χωρίς περιττές παρεμβάσεις (Scaer, 2002).

Σε περίπτωση που μια γυναίκα βρίσκεται στα αρχικά στάδια του τοκετού και όλα τα ευρήματά της είναι φυσιολογικά, της επιτρέπεται να επιστρέψει στο σπίτι της. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγαλύτερη ευελιξία ως προς την στάση που θα έχει η γυναίκα κατά την διάρκεια του τοκετού. Πλέον η ύπτια θέση δεν αποτελεί απόλυτη προϋπόθεση για τον τοκετό (Miquelutti, Cecatti and Makuch, 2013). Οι γυναίκες είναι ελεύθερες να γεννήσουν σε στάση όρθια, καθιστή, στάση χέρια-γόνατα ή στο πλάι. Έχει ανακαλυφθεί ότι ο τοκετός σε ανάσκελη θέση δεν είναι σε καμία περίπτωση η πιο φυσική, αποτελεσματική ή λιγότερο επώδυνη στάση (Mselle and Eustace, 2020). Στα αρχικά στάδια του τοκετού οι γυναίκες ενθαρρύνονται να είναι όρθιες, να περπατάνε ή ακόμη και να επιστρέψουν στο σπίτι τους. Επίσης, η λήψη φαγητού και υγρών στοιχείων, όπως είναι νερό, χυμός, καφές, επιτρέπεται διότι όχι μόνο δεν αυξάνει τον κίνδυνο εισρόφησης, αλλά μπορεί να μειώσει και τον χρόνο του τοκετού (Ciardulli *et al.*, 2017).

Λόγω του αρκετού φόρτου εργασίας και της έλλειψης προσωπικού, μερικές φορές κατά τη διάρκεια του τοκετού δεν είναι εφικτή η φροντίδα 1:1. Σε περίπτωση που μια γυναίκα επιθυμεί να έχει την απόλυτη φροντίδα από την μαία σε έναν νοσοκομείο, μπορεί να διαλέξει να την παρακολουθεί η προσωπική της μαία (Beleghebamme). Η υποστήριξη του τοκετού περιλαμβάνει φυσικά και την φροντίδα κατά την υστεροτοκία, καθώς και την φροντίδα τις δύο πρώτες ώρες μετά τον τοκετό. Η μαία παρακολουθεί την ευημερία της μητέρας και του παιδιού, υποστηρίζει το δέσιμο και τον θηλασμό και πραγματοποιεί την πρώτη εξέταση του μωρού (U1). Επίσης, καταγράφει στον ιατρικό φάκελο της εγκύου τη διαδικασία εξέλιξης τοκετού, υστεροτοκίας και λοχείας της και στο βιβλιάριο υγείας του νεογνού την πρώτη του εξέταση.

Η παρουσία μιας μαίας στην περίοδο της λοχείας είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση και την υποστήριξη της νέας μητέρας. Η μαία παρακολουθεί την φυσιολογική ανάρρωση της μητέρας, ενημερώνοντάς την για τυχόν αλλαγές ή επιπλοκές που θα πρέπει να προσέξει. Επιπρόσθετα, παρέχει συμβουλές και καθοδήγηση στη μητέρα και στην οικογένειά της για την ορθή φροντίδα και διαχείριση του νεογνού. Ένα άλλο κρίσιμο στοιχείο της

υποστήριξης αφορά την εκπαίδευση της μητέρας σε θέματα θηλασμού. Η μαία βοηθά στην προώθηση ενός υγιούς θηλασμού, ενημερώνοντας τη μητέρα για τις βέλτιστες τεχνικές θηλασμού, την σωστή θέση του βρέφους κατά τον θηλασμό και την αναγκαιότητα συχνού θηλασμού για την προώθηση της γαλουχίας. Επιπλέον, παρέχει συμβουλές για τις διατροφικές ανάγκες του νεογνού και για τη σημασία της ισορροπημένης διατροφής του (Landesverband der Hessischen Hebammen, 2020). Μέχρι την ενδέκατη ημέρα μετά τον τοκετό, η λεχώνα δικαιούται τουλάχιστον δύο επισκέψεις την ημέρα από τη μαία ως μέρος της επιλόχειας φροντίδας. Μετά από αυτό, μπορεί να λαμβάνει μαιευτική φροντίδα για έως και δώδεκα εβδομάδες μετά τον τοκετό, αλλά όχι πλέον σε καθημερινή βάση. Συνολικά η μαία μπορεί να επισκεφτεί την λεχώνα μέχρι 16 φορές. Για περισσότερες επισκέψεις χρειάζεται τη συνταγογράφηση γιατρού (Juliane Neutsch, 2021).

Για όσες εγκύους έχουν δημόσια ασφάλιση υγείας, τα έξοδα για τις επισκέψεις της μαίας καλύπτονται από την ασφαλιστική εταιρεία υγείας, σύμφωνα με τον πέμπτο νόμο (§ 24d Sozialgesetzbuch V). Οι έγκυες που έχουν ιδιωτική ασφάλιση πρέπει να ενημερωθούν για τις παροχές από την εταιρεία ασφάλισης υγείας τους.

6. Επίπεδα Φροντίδας στη μαιευτική των νοσοκομείων

Στα νοσοκομεία χρησιμοποιούνται οι Κατευθυντήριες Οδηγίες QFR-RL, που έχουν ως στόχο τη μείωση των νεογνικών θανάτων και των αναπηριών που μπορούν να εμφανιστούν σε πρόωρα νεογνά, καθώς επίσης τη βελτίωση δομής, διαδικασίας και ποιότητας περίθαλψης για νεογνά τελειόμηνα ή πρόωρα (G-BA, 2015).

Για τα νοσοκομεία ισχύει, ότι οι έγκυες μπορούν να γίνονται δεκτές και να φροντίζονται μόνο σε νοσοκομεία που πληρούν τις απαιτήσεις περίθαλψης για την αντίστοιχη κατάστασή τους. Εάν ένα νοσοκομείο δεν πληροί τις απαιτήσεις αυτές και εάν οι γιατροί του νοσοκομείου πιστεύουν ότι απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη, η έγκυος πρέπει να μεταφερθεί αμέσως σε εγκατάσταση που να πληροί τις απαιτήσεις περίθαλψης για την αντίστοιχη κατάστασή της.

Στη Γερμανία ισχύουν τα ακόλουθα κριτήρια κατανομής νοσοκομείων (Arnold, 2016a):

- Επίπεδο Φροντίδας I: Περιγεννητικό Κέντρο Επίπεδο 1
- Επίπεδο Φροντίδας II: Περιγεννητικό Κέντρο Επίπεδο 2
- Επίπεδο Φροντίδας III: Περιγεννητική Εστίαση
- Επίπεδο Φροντίδας IV: Μαιευτική Κλινική

6.1. Επίπεδο Φροντίδας I: Περιγεννητικό Κέντρο Επίπεδο 1

Στο Επίπεδο φροντίδας I επιτρέπονται:

1. Έγκυες με αναμενόμενα πρόωρα νεογνά με εκτιμώμενο βάρος γέννησης κάτω από 1.250 γραμμάρια ή με ηλικία κύησης < 29+0 εβδομάδες κύησης.
2. Έγκυες με τρίδυμα και με ηλικία κύησης < 33+0 εβδομάδες κύησης και έγκυες γυναίκες με περισσότερες από τρεις πολύδυμες κυήσεις.
3. Έγκυες με οποιαδήποτε προγεννητικά διαγνωσμένη νόσο του εμβρύου ή της μητέρας, για την οποία προβλέπεται άμεση εξειδικευμένη εντατική ιατρική φροντίδα του νεογνού μετά τη γέννηση. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για ύποπτες συγγενείς δυσπλασίες, όπως καρδιακά ελαττώματα, διαφραγματικές κήλες, μηνιγγομυελοκήλες. Πρέπει να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα για να εξασφαλίζεται ότι η εγκατάσταση υποδοχής προσφέρει την απαραίτητη εξειδικευμένη φροντίδα

Συνήθως τα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία είναι Επιπέδου I. Η ιατρική διαχείριση της μαιευτικής πρέπει να ανατίθεται σε επιμελητή γυναικολόγο γιατρό και η μαιευτική περίθαλψη πρέπει να διασφαλίζεται με μόνιμη παρουσία γιατρού, 24ωρη παρουσία ή εφημερία από το σπίτι. Η διαχείριση, όμως, της μαιευτικής φροντίδας στην αίθουσα τοκετού ανατίθεται σε μαία.

Όσον αφορά στις υποδομές, ο χώρος τοκετού, ο χειρουργικός χώρος και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών βρίσκονται στο ίδιο κτίριο, πιθανώς τοίχο με τοίχο, ή σε συνδεδεμένα κτίρια. Ο εξοπλισμός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νεογνών πρέπει να διαθέτει τουλάχιστον έξι κρεβάτια εντατικής θεραπείας νεογνών, το καθένα με θερμοκοιτίδα εντατικής θεραπείας, παρακολούθηση ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ), αρτηριακή πίεση και παλμικό οξύμετρο. Πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον ένας αναπνευστήρας για πρόωρα ή και τελειόμηνα νεογνά και να διατίθεται αναλυτής αερίων αίματος σε τέσσερις μονάδες εντατικής θεραπείας για διαδερμική μέτρηση της αρτηριακής μερικής πίεσης του οξυγόνου (PO₂) και της μερικής πίεσης του διοξειδίου του άνθρακα (PCO₂). Ο αναλυτής αερίων αίματος πρέπει να είναι προσβάσιμος εντός τριών λεπτών.

Επιπλέον, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας νεογνών ή σε άμεση γειτνίαση, πρέπει να είναι διαθέσιμος ο ακόλουθος ελάχιστος εξοπλισμός:

- Μηχάνημα ακτίνων Χ
- Συσκευή υπερήχων (συμπ. ηχοκαρδιογραφία)
- Συσκευή ηλεκτροεγκεφαλογραφίας (τυπικό ΗΕΓ ή ΗΕΓ ενσωματωμένου πλάτους)
- Αναλυτής αερίων αίματος

6.2. Επίπεδο Φροντίδας II: Περιγεννητικό Κέντρο Επίπεδο 2

Οι έγκυες γίνονται δεκτές ή παραπέμπονται στο Περιγεννητικό κέντρο επίπεδο 2 εάν πληρούν τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα κριτήρια:

1. Έγκυες με αναμενόμενα πρόωρα νεογνά με εκτιμώμενο βάρος γέννησης από 1.250 έως 1.499 γραμμάρια, ή με ηλικία κύησης 29+0 έως 31+6 εβδομάδες κύησης.
2. Έγκυες με σοβαρές ασθένειες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, όπως σύνδρομο HELLP ή καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου κάτω από το 3ο εκατοστημόριο.
3. Έγκυες με ινσουλινοεξαρτώμενες διαβητικές μεταβολικές διαταραχές, με προβλέψιμο κίνδυνο για το έμβρυο ή το νεογνό.

Η μαιευτική φροντίδα είναι ίδια όπως σε ένα Νοσοκομείο επιπέδου 1, μόνο που στις υποδομές της εντατικής νεογνού υπάρχουν τέσσερα κρεβάτια έναντι των έξι, που έχει το Νοσοκομείο επιπέδου 1.

6.3. Επίπεδο φροντίδας III: Περιγεννητική Εστίαση

Οι έγκυες γίνονται δεκτές εάν πληρούνται τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα κριτήρια:

1. Έγκυες με αναμενόμενα πρόωρα νεογνά με εκτιμώμενο βάρος γέννησης τουλάχιστον 1.500 γραμμάρια και με ηλικία κύησης 32+0 έως ≤ 35+6 εβδομάδες κύησης,

2. Έγκυες με καθυστέρηση της εμβρυϊκής ανάπτυξης (μεταξύ 3ου και 10ου εκατοστημόριου βάρους ηλικίας κύησης),
3. Έγκυες με ινσουλινοεξαρτώμενες διαβητικές μεταβολικές διαταραχές, χωρίς προβλέψιμο κίνδυνο για το έμβρυο ή το νεογνό.

Η μαιευτική φροντίδα είναι ίδια με τα προηγούμενα Νοσοκομεία που αναφέρθηκαν όμως διαφέρει η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα για πρόωρα και τελειόμηνα νεογνά. Συγκεκριμένα, τα Περιγεννητικά κέντρα βρίσκονται σε Νοσοκομεία που διαθέτουν Μαιευτήριο με εσωτερική Παιδιατρική Κλινική ή με συνεργαζόμενη Παιδιατρική Κλινική. Πρέπει να υπάρχει επιμελητής παιδίατρος με 24ώρη παρουσία και να είναι σε θέση να παρέχει επαρκή φροντίδα για απροσδόκητα επείγοντα περιστατικά νεογνών. Δηλαδή, σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, ένας γιατρός από το Νοσοκομείο Παίδων πρέπει εντός δέκα λεπτών να βρίσκεται στην αίθουσα τοκετών και στον θάλαμο νεογνών.

6.4. Επίπεδο φροντίδας IV: Μαιευτική Κλινική

Σε Μαιευτική Κλινική εισάγονται έγκυες από 36+0 εβδομάδας κύησης χωρίς αναμενόμενες επιπλοκές και χωρίς κανένα από τα κριτήρια, που αναφέρονται για εισαγωγή στα Επίπεδα φροντίδας I, II και III.

Στο κτίριο δεν υπάρχει Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών ή Παιδιατρική Κλινική. Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού καλείται παιδίατρος από Εντατική Νεογνών άλλου Νοσοκομείου (G-BA, 2022).

7. Ποιοτικές απαιτήσεις για την εξωνοσοκομειακή μαιευτική

Εάν μια γυναίκα επιλέξει να φέρει στον κόσμο το παιδί της εκτός νοσοκομείου, είτε σε κέντρο φυσικού τοκετού που υπόκεινται στην επίβλεψη μαιών, είτε στο δικό της σπίτι, θα υπάρχει στο πλευρό της μια ανεξάρτητη μαία. Αυτή η μαία, συνεργάζεται επίσης με μια δεύτερη μαία για την πλήρη παρακολούθηση και υποστήριξη της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού.

7.1. Κέντρα Φυσικού Τοκετού

Στα κέντρα φυσικού τοκετού η έγκυος αποφεύγει το άγχος που μπορεί να της προκαλεί το περιβάλλον του νοσοκομείου (Goldkuhl *et al.*, 2022). Τα κέντρα φυσικού τοκετού διαχειρίζονται πλήρως από μαίες.

Δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για το πόσα Κέντρα Φυσικού Τοκετού στη Γερμανία προσφέρουν σήμερα στις γυναίκες μαιευτική περίθαλψη κοντά στον τόπο διαμονής τους. Το δίκτυο των κέντρων φυσικού τοκετού απαριθμεί 128 κέντρα. Σύμφωνα όμως, με τη Γερμανική Ένωση Μαιών, σχεδόν 100 κέντρα φυσικού τοκετού είναι επί του παρόντος ασφαλισμένα για εγκαταστάσεις που διευθύνονται από μαίες (DHZ, 2018). Σύμφωνα με τον πέμπτο νόμο § 24f SGB V, τα άτομα με νόμιμη ασφάλιση υγείας δικαιούνται να γεννήσουν σε κέντρα φυσικού τοκετού. Η Εθνική Ένωση Ταμείων Ασφάλισης Υγείας, η Γερμανική Ένωση Μαιών, η Ένωση Ελεύθερων Επαγγελματιών Μαιών στη Γερμανία και το Δίκτυο Κέντρων Γεννήσεων έχουν συνάψει μία Συμπληρωματική Σύμβαση, (άρθρο §134a SGB V του Κοινωνικού Κώδικα) για τη ρύθμιση των αποδοχών των εγκύων και για τη λειτουργία κόστους και απαιτήσεων ποιότητας για τις εγκαταστάσεις που διαχειρίζονται οι μαίες. Η πρώτη έκδοση της Συμπληρωματικής Σύμβασης τέθηκε σε ισχύ στις 27 Ιουνίου 2008. Η σύμβαση έχει τροποποιηθεί και συμπληρωθεί πολλές φορές όλα αυτά τα χρόνια (GKV-Spitzenverband, 2023a).

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, το 1,3% των τοκετών είναι εξωνοσοκομειακοί. Στο παρελθόν, δεν υπήρχε υποχρέωση δήλωσης στην Ένωση για την Ποιότητα στην Εξωνοσοκομειακή Μαιευτική (QUAG) όλων των γεννήσεων, που συνέβαιναν εκτός νοσοκομείου. Το 2015 έγινε από την Ένωση Εξωνοσοκομειακής Κάλυψης μια πλήρης καταγραφή των εξωνοσοκομειακών τοκετών. Διαπιστώθηκε ότι από τους 11.039 τοκετούς που ξεκίνησαν εξωνοσοκομειακά, μπόρεσε να πραγματοποιηθεί μόνο το 83,6%, ενώ το 16,4% μεταφέρθηκε σε Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του τοκετού και το 3,6% μεταφέρθηκε σε Νοσοκομείο μετά τον τοκετό (QUAG e.V, 2015).

Για να μπορέσουν να συνεχιστούν οι τοκετοί στα Κέντρα Φυσικού Τοκετού και να πληρώνονται οι μαιές από τις ασφάλειες υγείας, η Εθνική Ένωση Ταμείων Ασφάλισης Υγείας, η Γερμανική Ένωση Μαιών, η Ένωση Ελεύθερων Επαγγελματιών Μαιών στη Γερμανία και το Δίκτυο Κέντρων Γεννήσεων συμφώνησαν να ισχύουν κριτήρια αποκλεισμού εγκύων. Αυτό προϋποθέτει αφ' ενός μεν ενδελεχή διευκρίνιση μέσω περαιτέρω διαγνωστικών εξετάσεων, συμβουλών από ειδικούς και λήψης αποφάσεων από τους επαγγελματίες υγείας και τις εγκύους, αφ' ετέρου δε ειδικές πληροφορίες κινδύνου για την έγκυο.

7.1.1. Τα κριτήρια για γεννήσεις σε Κέντρα Φυσικού Τοκετού

Διακρίνονται σε:

1. Κριτήρια απόλυτου αποκλεισμού

Αποκλείουν τη γέννηση στα κέντρα κατά την έννοια της Συμπληρωματικής Σύμβασης. Κάποια τέτοια κριτήρια είναι: ο ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης, η πρόωρη ρήξη των υμένων πριν από την 37+0 εβδομάδα κύησης, το σύνδρομο HELLP, η προηγηθείσα ρήξη μήτρας (GKV-Spitzenverband, 2020a).

2. Σχετικά κριτήρια αποκλεισμού

Επιτρέπουν τη γέννηση στα κέντρα μόνο υπό ορισμένες προϋποθέσεις.

Κάποια τέτοια κριτήρια είναι: οι ανωμαλίες πυέλου, η πιθανή δυσαναλογία εμβρύου με την πύελο της εγκύου, η μη ξεκάθαρη ημερομηνία τοκετού.

7.2. Τοκετός στο σπίτι

Όσον αφορά τον τοκετό στο σπίτι, δεν υπήρχαν στο παρελθόν απαιτήσεις ποιότητας για τη φροντίδα των τοκετών από ανεξάρτητες μαιές. Επομένως, είναι λογικό να τεθούν επίσης κανονισμοί για τις γεννήσεις στο οικιακό περιβάλλον. Το κύριο επιχείρημα εδώ είναι η έλλειψη άμεσης επείγουσας ιατρικής φροντίδας για τη μητέρα και το παιδί, σε περίπτωση επιπλοκών. Ως εκ τούτου, στις διαπραγματεύσεις με τις Επαγγελματικές Ενώσεις μαιών, οι ασφαλιστικές εταιρείες υγείας προσπάθησαν επίσης να συμφωνήσουν σε κριτήρια αποκλεισμού για την παροχή κατ' οίκον τοκετών.

Δεδομένου ότι από το 2008 χρησιμοποιούνται συμβατικά τα κριτήρια αποκλεισμού των Κέντρων Φυσικού Τοκετού, φάνηκαν ότι αυτά είναι κατάλληλα και ως κριτήρια αποκλεισμού για γεννήσεις στο σπίτι. Ωστόσο, οι Επαγγελματικές Ενώσεις Μαιών δεν συμφώνησαν με την απόφαση αυτή (GKV-Spitzenverband, 2023b). Σχεδόν το 2% των εγκύων στη Γερμανία γεννούν σκόπιμα στο σπίτι. Είναι ένα πολύ μικρό ποσοστό, αλλά με τα κριτήρια αποκλεισμού μπορεί να συρρικνωθεί ακόμη περισσότερο στο μέλλον. Τα κριτήρια αποκλεισμού για τοκετούς στο σπίτι

δεν λαμβάνουν υπόψη τις επιθυμίες των ασφαλισμένων και τα δικαιώματα των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι δεν λαμβάνεται μόνο μια απόφαση ενάντια στον επαγγελματικό νόμο των μαιών, αλλά και ενάντια στις επιθυμίες των γονέων, που δεν τους επιτρέπεται η επιλογή του τύπου γέννησης του παιδιού τους.

Οι μαιές τονίζουν ότι σε πολλές περιπτώσεις τα κριτήρια αυτά θα δυσκόλευαν τον τοκετό στο σπίτι. Για παράδειγμα, εάν η ημερομηνία τοκετού έχει περάσει περισσότερες από δύο ημέρες ή εάν εμφανίστηκε αιμορραγία στο τέλος της εγκυμοσύνης οι έγκυες θα πρέπει να γεννήσουν στην κλινική για να καλύψει η ασφαλιστική τους εταιρεία τα έξοδα τοκετού. Έτσι, τον Ιούνιο του 2015 το Ασφαλιστικό Ταμείο κάλεσε το Συμβούλιο Διαιτησίας για την παροχή βοήθειας στη Μαιευτική, με σκοπό να εξαλειφθεί η διαφωνία σχετικά με τα εφαρμοστέα κριτήρια αποκλεισμού για γεννήσεις στο οικιακό περιβάλλον και η απαίτηση των ανεξάρτητων μαιών για δημιουργία συμβατικής σαφήνειας. Τον Σεπτέμβριο του 2015, αποφασίστηκε να γίνει εισαγωγή κριτηρίων αποκλεισμού τοκετών στο σπίτι. Τον Δεκέμβριο του 2015, ολόκληρη η διαιτητική απόφαση αμφισβητήθηκε από την Ένωση Μαιών Γερμανίας (DHV). Οι Ελεύθερες Επαγγελματίες Μαιές Γερμανίας (BfHD) έχουν επίσης καταθέσει μήνυση, αλλά μόνο ως προς τα κριτήρια αποκλεισμού.

Όμως το 2020 η Ένωση Μαιών και η Εθνική Ένωση Νόμιμων Ταμείων Ασφάλισης Υγείας συμφώνησαν σε νέα κριτήρια για γεννήσεις στο οικιακό περιβάλλον για εγκύους με νόμιμη ασφάλιση υγείας. Τα κριτήρια έχουν τεθεί σε ισχύ από την 1η Απριλίου του 2020. Είναι δεσμευτικές για τις ελεύθερες επαγγελματίες μαιές, ώστε να μπορούν να διευθετήσουν τοκετούς στο σπίτι με την νόμιμη ασφάλιση υγείας των εγκύων.

7.2.1. Τα κριτήρια για τοκετό στο σπίτι

Διακρίνονται σε:

7.2.1.2. Απόλυτα κριτήρια που αποκλείουν τη γέννηση σε οικιακό περιβάλλον

A) Κίνδυνοι ιστορικού

Κριτήρια	Επεξήγηση
Ναρκωτικά	Σκληρά ναρκωτικά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης π.χ. συνθετικά ναρκωτικά, Ηρωίνη, κοκαΐνη
Αλκοόλ	Αναφορά S3-LL 022-025 FASD
Παχυσαρκία	BMI > 35 πριν την εγκυμοσύνη είναι απόλυτο κριτήριο
FGC (σύμφωνα με τον WHO)	3 ^{ου} Βαθμού

Χειρουργεία στην μήτρα (απόκλιση καισαρικής)	Ανακατασκευή της μήτρας (π.χ. μετά από ρήξη), Μυομεκτομή με εκτεταμένη ραφή, άλλες επεμβάσεις στη μήτρα και παράμετροι (π.χ. μεταμοσχεύσεις μήτρας)
Ινσουλινοεξαρτώμενος Διαβήτης	
Προηγούμενη δεύτερη καισαρική τομή	

Β) Εντοπισμένοι κίνδυνοι

Κριτήρια	Επεξήγηση
Λοιμώξεις (έκδηλη ασθένεια στην εγκυμοσύνη, π.χ φυματίωση)	Σε περίπτωση ενεργού μόλυνσης με αποδεδειγμένο ιικό φορτίο πάνω από ένα καθορισμένο όριο, δεν επιτρέπεται η γέννηση εκτός νοσοκομείου AWMF-LL 093/001. <u>Ειδικές διατάξεις:</u> <ul style="list-style-type: none"> • HIV: Το AWMF-LL 055/002 απαιτεί θεραπεία σε ένα Κέντρο HIV από ομάδα γιατρών για την μητέρα και το παιδί. • Αρχική μόλυνση με έρπητα των γεννητικών οργάνων: Σε έγκυες γυναίκες με βλάβες έρπητα των γεννητικών οργάνων ή/και με θετική ανίχνευση ιού λίγο πριν ή μετά τον τοκετό ενδείκνυται η καισαρική τομή για την προστασία του νεογνού από σοβαρές μολύνσεις. • Ηπατίτιδα: Εμβολιασμός του νεογνού σε θετικό HBs-Ag
Αποδεδειγμένη ασυμβατότητα ομάδας αίματος	
Θρόμβωση στην εγκυμοσύνη	
Παράταση εγκυμοσύνης >42 εβδομάδες	
Σύνδρομο HELLP, Υπέρταση κύησης	
Χαμηλή πρόσφυση πλακούντα	

Ανεπάρκεια πλακούντα	
Τοκετός πριν την 37η εβδομάδα κύησης	

Γ) Αγνώστα ευρήματα στην αρχή ή κατά τη διάρκεια του τοκετού

Κριτήρια	Επεξήγηση
Κερωσμένο αμνιακό υγρό	Ανεξάρτητα από τον αριθμό προηγούμενων τοκετών και τη σύσταση το χρώματος
Αδυναμία εξέλιξης τοκετού	Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες AWMF LL 015-083 S3 «Ο κολπικός τοκετός στην ακριβή ημερομηνία τοκετού»
Υποψία για Λοίμωξη αμνιακού υγρού	
Πυρετός > 38 °C	
Εγκάρσια Θέση εμβρύου	
Παθολογικοί εμβρυικοί παλμοί	Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες AWMF LL 015-083 S3 «Ο κολπικός τοκετός στην ακριβή ημερομηνία τοκετού»
Παθολογική αιμορραγία κατά την έναρξη τοκετού	

7.2.2.2. Κριτήρια που επιτρέπουν τον τοκετό στο σπίτι, μετά από ενδελεχή διευκρίνιση από ειδικό γιατρό (GKV-Spitzenverband, 2020b).

Α) Κίνδυνοι από το ιστορικό

Κριτήρια	Επεξήγηση
Κάπνισμα	Σχετικό κριτήριο > 20 τσιγάρα την ημέρα
Παχυσαρκία με συννοσηρότητες	BMI > 30 πριν την εγκυμοσύνη
Σοβαρή γενική ασθένεια	Εκτός, εάν μετά από εξειδικευμένη ιατρική άποψη δεν υπάρχουν αντιρρήσεις. Η μαία βρίσκεται σε επικοινωνία με τους εκάστοτε ειδικούς.
FGC (Ορισμός από τον WHO)	1 ^{ου} και 2 ^{ου} βαθμού μετά από προσεκτική εξέταση

Επεμβάσεις στη μήτρα (αποκλειστικά καισαρική τομή)	Εκτομή συγγενούς διαφράγματος, Εκτυρήνιση Ινομυωμάτων, Εκτομή ιστού μήτρας, Αφαίρεση ινομώματος χωρίς εκτεταμένη ραφή
Διαταραχές πήξης	
Θρομβοεμβολή στο ιστορικό	
HELLP σε προηγούμενη εγκυμοσύνη	Για την τρέχουσα εγκυμοσύνη: χρειάζεται κοινή απόφαση μαίας/γιατρού. Κατευθυντήριες γραμμές S1-LL AWMF 015/018 «Παρακολούθηση μιας υψηλού κινδύνου εγκυμοσύνης»
Μεγάλη απώλεια αίματος μετά τον τοκετό με αιμοδυναμικές επιδράσεις σε προηγούμενη εγκυμοσύνη	Για την τρέχουσα εγκυμοσύνη: χρειάζεται κοινή απόφαση μαίας/γιατρού. Διευρυμένη ενημέρωση για τον κίνδυνο.
Προηγηθείσα δακτυλική αποκόλληση πλακούντα	Για την τρέχουσα εγκυμοσύνη: χρειάζεται κοινή απόφαση μαίας/γιατρού. Διευρυμένη ενημέρωση για τον κίνδυνο.
Δυστοκία ώμου σε προηγηθείσα εγκυμοσύνη	Για την τρέχουσα εγκυμοσύνη: χρειάζεται κοινή απόφαση μαίας/γιατρού. Διευρυμένη ενημέρωση για τον κίνδυνο.
Γέννηση νεκρού μωρού ή γέννηση παιδιού που προκλήθηκε αναπηρία κατά την διάρκεια του τοκετού	Για την τρέχουσα εγκυμοσύνη: χρειάζεται κοινή απόφαση μαίας/γιατρού. Διευρυμένη ενημέρωση για τον κίνδυνο.

B) Εντοπισμένοι κίνδυνοι

Κριτήρια	Επεξήγηση
Ινομύωμα	
Λοιμώξεις μετά από έκθεση σε σχετική επαφή (ιλαρά, ανεμοβλογιά, ερυθρά, κυτταρομεγαλοϊός)	Γενική διαδικασία: Προσδιορισμός τίτλου ή Λήψη επιχρίσματος για αποσαφήνιση της ανοσολογικής κατάστασης, συνεννόηση με ειδικό. Διάκριση μεταξύ ενεργού μόλυνσης και παλιάς λοιμώξης
Ανωμαλίες πνευλικού εδάφους	

Αναιμία με Hb < 10 g/dl	<p><u>Σχετικά κριτήρια:</u> α) ήπια αναιμία με 10 έως <11 g/dl, με κλινικά συμπτώματα και β) μέτρια αναιμία με 7 έως < 10 g/dl, ανάλογα με τα επίπεδα φερριτίνης</p> <p><u>Απόλυτο κριτήριο:</u> σοβαρή αναιμία με τιμή φερριτίνης < 7 g/dl:</p> <p>α) η τιμή φερριτίνης < 30μg/l είναι οριακή τιμή για έλλειψη σιδήρου</p> <p>β) η τιμή φερριτίνης < 15μg/l υποδηλώνει πλήρες άδειασμα της αποθήκης σιδήρου</p>
Ασαφής ημερομηνία τοκετού, με υποψία παράταση κύησης	Υπέρβαση της ημερομηνίας τοκετού, 41+0, +/- 2 ημέρες: συμβουλή γιατρού
Αιμορραγία στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης	
Διαβήτης Κύησης	Κατευθυντήριες Οδηγίες S3-LL AWMF 057-008 (διαβήτης κύησης) σε συνδυασμό με LL S2k AWMF 024-006 «Περίθαλψη νεογνών διαβητικών μητέρων»
Πρόωρη ρήξη υμένων	Το αργότερο 24 ώρες μετά την επιβεβαιωμένη ρήξη υμένων, Εργαστηριακός έλεγχος, ανάλογα με τα ευρήματα γίνεται πρόκληση τοκετού
Πολυυδράμιο, ολιγουδράμιο	
Υποψία εμβρυικής μακροσωμίας	Βάρος > 95% ποσοστιαίας μονάδας
Εμβρυικές ανωμαλίες	

8. Καισαρική τομή στη Γερμανία

Η καισαρική τομή είναι πλέον μια εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση με ελάχιστο κίνδυνο θνησιμότητας (SURBEK, Daniel, 2014), ωστόσο, στο παρελθόν, η καισαρική τομή γινόταν μόνο ως επείγουσα επέμβαση και κυρίως σε γυναίκες που βρίσκονταν στο πρόσκαιρο της ζωής τους ή είχαν ήδη πεθάνει. Οι περιορισμένες ιατρικές γνώσεις και δυνατότητες εκείνης της εποχής έκαναν την επέμβαση εξαιρετικά επικίνδυνη. Οι γυναίκες είχαν πολύ λίγες πιθανότητες να επιβιώσουν από την επέμβαση, καθώς υπήρχε ανεπαρκής αναλγησία, έλλειψη κατάλληλου υλικού για ράμματα, πρωτόγνωρες τεχνικές ραφής και οι χειρουργικές επεμβάσεις πραγματοποιούνταν σε μη αποστειρωμένους χώρους, με αποτέλεσμα να υπάρχει υψηλός κίνδυνος μόλυνσης (STARK, Michael (Hg.), 2009). Παρόλα αυτά, η ιστορία δείχνει ότι η πρώτη επιτυχημένη καισαρική τομή στην Γερμανία πραγματοποιήθηκε το 1610 στη Βυρτεμβέργη (Wolfgang U. Eckart, 2021).

Μέχρι τον 16ο αιώνα οι έγκυες γυναίκες συνοδεύονταν από μαιές κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Στις περισσότερες πόλεις, οι δραστηριότητές των μαιών ρυθμίζονταν από μαιευτικά διατάγματα (Wolfgang U. Eckart, 2021) και τους επέτρεπαν να κάνουν χειρουργικές καισαρικές τομές σε έγκυες γυναίκες. Εξαιτίας όμως, της αύξησης της γνώσης στην ιατρική όσον αναφορά στην ανθρώπινη ανατομία, έγινε αντικατάσταση των μαιών για την ενέργεια καισαρικής τομής από χειρουργούς (STARK, Michael (Hg.), 2009).

Αν δει κανείς τον αριθμό των καισαρικών τομών στην ιστορική τους πορεία, γίνεται σαφές ότι ποσοτικά δεν έπαιξαν σχεδόν καθόλου ρόλο στη μαιευτική μέχρι το 1900. Μόλις 100 χρόνια μετά, η καισαρική τομή είναι μια επέμβαση ρουτίνας. Και παρόλο που η καισαρική τομή εκτελείται τόσο συχνά όσο η σκωληκοειδεκτομή, καμία άλλη χειρουργική επέμβαση στην ιατρική δεν είναι τόσο αμφιλεγόμενη όσο αυτή. Ο λόγος γι' αυτό έγκειται στις πολιτιστικές-ιστορικές, ηθικές και ανθρωπολογικές θεωρίες, στις οποίες ενσωματώνεται η καισαρική τομή μαζί με τις ιατρικές απόψεις (Tanja Karrer, 2016).

Το 1991, ξεκίνησε στη Γερμανία η ενιαία στατιστική καταγραφή των τοκετών μέσω καισαρικής τομής, σε εθνικό επίπεδο. Από τότε, το ποσοστό των τοκετών με καισαρική τομή σε σχέση με το συνολικό αριθμό των γεννήσεων αυξάνεται συνεχώς, από το 15,3% το 1991 στο 32,1% το 2011, και φθάνοντας το 30% το 2020 (Statistisches Bundesamt, 2013b). Αυτό το υψηλό ποσοστό φαίνεται να οφείλεται, μεταξύ άλλων, στην αύξηση των επιλεγμένων καισαρικών τομών χωρίς σαφή ιατρική ένδειξη (Allen *et al.*, 2003)(Luz Gibbons *et al.*, 2010), κάτι που προκαλεί ενδοιασμούς λόγω των συνδεόμενων κινδύνων για τη μητέρα και το παιδί (Cardwell *et al.*, 2008).

Λόγω της μεγαλύτερης χρήσης προσωπικού και πόρων, οι τοκετοί με καισαρική τομή κοστολογούνται υψηλότερα από τους φυσιολογικούς τοκετούς, λαμβάνοντας έτσι υψηλότερη αμοιβή για αυτό. Επιπλέον, η αυξανόμενη ηλικία των μητέρων (Šťastná *et al.*, 2022)(Rydahl *et al.*, 2019), το μορφωτικό επίπεδο, η διαφορετική κατανομή των πρόωρων και πολύδυμων γεννήσεων, οι ασθένειες στη μητέρα ή η εκλεκτική καισαρική τομή δεν φαίνεται να εξηγούν το υψηλό ποσοστό της καισαρικής τομής.

Κατά τη συζήτηση του θέματος της ευθύνης στις κλινικές, συχνά εμφανίζεται η ανησυχία ότι τα ιατρικά κέντρα αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο νομικών αντιπαραθέσεων, εκτεθειμένα σε κατηγορίες λόγω πιθανών θεραπευτικών σφαλμάτων, ιδιαίτερα σε κρίσιμες καταστάσεις κοιλιακού τοκετού. Έτσι, ο φόβος για δικαστικές διαφορές πιθανόν οδηγεί τους γιατρούς στην απόφαση διενέργειας καισαρικής τομής, ωστόσο, ο φόβος των νομικών συνεπειών δεν πρέπει να κυριαρχεί στην ιατρική. Οι κίνδυνοι είναι εγγενείς σε κάθε γέννηση, ακόμα κι αν διαφέρουν πολύ από άτομο σε άτομο, αλλά είναι επίσης γεγονός, ότι οι κίνδυνοι για τις καισαρικές τομές λόγω της τεράστιας προόδου της ιατρικής έχουν μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες (SURBEK, Daniel, 2014).

Σύμφωνα με μελέτες από το Ίδρυμα Bertelsmann, μόνο το 10% περίπου των γεννήσεων με καισαρική τομή αποτελούν απόλυτη ένδειξη για καισαρική τομή (Kolip Petra, 2012). Υπάρχουν επίσης, σημαντικές διαφορές στη χρήση της καισαρικής τομής στη Γερμανία και στα διάφορα κρατίδια. Πιο συγκεκριμένα, το 2011, στο κρατίδιο της Σααρλάνδης, το ποσοστό έφθανε το 38,2%, ενώ στη Σαξονία το 23,2% (Statistisches Bundesamt, 2013a).

Ο Wennberg, που μελέτησε για πολλά χρόνια την ποικιλομορφία των διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων στο Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ, ανέφερε ότι μέρος της ποικιλομορφίας οφείλεται στις διαφορετικές προτιμήσεις των γιατρών, οι οποίες δεν βασίζονται σε ιατρική "ανάγκη". Η σύγκριση μεταξύ διαφορετικών μαιευτικών τμημάτων θα μπορούσε να είναι σημαντική για τη διευκρίνιση των πιθανών αιτιών της ποικιλομορφίας των αποδόσεων και της αύξησης του ποσοστού των καισαρικών στην Γερμανία (Junghänel *et al.*, 2015). Υπάρχει η πεποίθηση ότι πιθανές οικονομικές ανισοροπίες και παραμορφώσεις στο γερμανικό σύστημα υγείας μπορεί να έχουν σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση αυτής της αυξανόμενης τάσης (Hornemann *et al.*, 2008). Ωστόσο, υπάρχουν ελάχιστες αξιόπιστες πηγές που συνδυάζουν τα δεδομένα για γεννήσεις και καισαρικές σε επίπεδο νοσοκομείου με άλλα χαρακτηριστικά, όπως το μέγεθος, την οργάνωση, το επίπεδο φροντίδας και τις πιστοποιήσεις (π.χ. τα φιλικά για βρέφη νοσοκομεία). Επίσης, η πρόσβαση στα στατιστικά δεδομένα των νοσοκομείων δεν είναι εφικτή για αναλυτικές μελέτες σε επίπεδο νοσοκομείου, λόγω νομοθεσίας περί προστασίας δεδομένων. Ωστόσο, οι δομημένες εκθέσεις ποιότητας των νοσοκομείων παρέχουν πιο πρόσφατες

πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων και τα ποσοστά καισαρικής ενώ, από το 2005, τα νοσοκομεία στη Γερμανία υποχρεούνται να δημοσιεύουν αυτές τις εκθέσεις.

Μια ματιά σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες δείχνουν ποσοστά καισαρικής τομής στο 15,7% στη Φινλανδία, 16,7% στη Σουηδία και 21,4% στη Δανία για τα έτη 2008-2009. Η Μεγάλη Βρετανία, με 23,2%, και η Ισπανία, με 24,9%, παραμένουν επίσης πολύ κάτω από τα ποσοστά στη Γερμανία, που ήταν 30,3% εκείνη την εποχή (Kolip Petra, 2012). Κανείς δεν θα αμφισβητούσε σοβαρά ότι η μείωση των ποσοστών μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας τις τελευταίες δεκαετίες μπορεί να αποδοθεί στη χρήση καισαρικών τομών. Εάν η ζωή της μητέρας και του παιδιού διακυβεύεται τελικά λόγω σοβαρών επιπλοκών, η καισαρική τομή είναι συχνά η τελική επιλογή (Zakerihamidi, Latifnejad Roudsari and Merghati Khoei, 2015)(Betran *et al.*, 2016).

Για την καλύτερη πληροφόρηση και περισσότερη ασφάλεια δικαίου, η Γερμανική Εταιρεία Γυναικολογίας και Μαιευτικής (DGGG) αγωνίζεται για τις κατευθυντήριες γραμμές S3 σχετικά με τον κολπικό τοκετό και τις καισαρικές τομές. Οι κατευθυντήριες γραμμές έχουν σκοπό να βοηθήσουν όχι μόνο τις ενδιαφερόμενες επαγγελματικές ομάδες, αλλά και τις γυναίκες στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η έγκαιρη και εντατική ενημέρωση σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους των διαφόρων μεθόδων στη μαιευτική μπορεί να είναι χρήσιμη για την έγκυο γυναίκα (Arnold, 2016b).

9. Η «Αίθουσα Τοκετού με Μαίες» (HebammenKreißsaal)

Εξαιτίας της επεμβατικότητας στον τοκετό και της απομάκρυνσης της γυναίκας από την φυσιολογία του τοκετού, το 1998, συζητήθηκε για πρώτη φορά στο Εθνικό Συνέδριο Μαιών στη Βρέμη, η δημιουργία «Αίθουσας Τοκετού με Μαίες» (HebammenKreißsaal).

Στη Γερμανία, η πρώτη αίθουσα τοκετού με μαίες άνοιξε το 2003, στο Νοσοκομείο Bremerhaven Reinkenheide. Οι μονάδες Midwife-Led-Units από την αγγλοσαξονική περιοχή, καθώς και τα μοντέλα αιθουσών τοκετών με μαίες από τη Δανία και τη Σουηδία χρησίμευσαν ως προσανατολισμός στην ανάπτυξη της ιδέας της «Αίθουσας Τοκετού με Μαίες» για το Bremerhaven (Bernard Braun, 2006). Το μοντέλο φροντίδας στην αίθουσα τοκετού που διοικείται από μαίες είναι ένα μοντέλο μαιευτικής φροντίδας υπό τη μαία, σε περιβάλλον νοσοκομείου, στο οποίο οι μαίες φροντίζουν υγιείς γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά τη διάρκεια του τοκετού και κατά τις πρώτες στιγμές της λοχείας (Sandall *et al.*, 2016).

Οι μαίες σε αυτό το τμήμα εργάζονται ανεξάρτητα και με δική τους ευθύνη. Οι έγκυες γεννούν φυσικά, χωρίς την παρουσία γιατρού. Ολόκληρη τη διαδικασία του τοκετού τη διαχειρίζεται η μαία, σε συνεργασία με μια δεύτερη συνάδελφο. Στόχος της «Αίθουσας Τοκετού με Μαίες», είναι η συνοδεία σε έναν ήπιο τοκετό, χωρίς ιατρικές παρεμβάσεις, όπως ορό ωκυτοκίνης ή καισαρική τομή (Sandall *et al.*, 2016) (Hundley *et al.*, 1994) (Hodnett, Downe and Walsh, 2012) (Eide, Nilsen and Rasmussen, 2009). Αυτή η μορφή φροντίδας αντιπροσωπεύει μια καινοτομία για τη φροντίδα που συνηθίζεται σήμερα στις γερμανικές κλινικές. Η «Αίθουσα Τοκετού με Μαίες» (Hebammenkreißsaal) δεν αντικαθιστά τη συνηθισμένη διαχειριζόμενη αίθουσα τοκετού, όπου υπάρχει η συνεργασία μαίας-γιατρού, αλλά αντιπροσωπεύει μια επέκταση των μαιευτικών υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο (Bernitz *et al.*, 2016). Σε περίπτωση που αναπτυχθεί μια επιπλοκή πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά τον τοκετό αναλαμβάνει ο γιατρός της εφημερίας (Cignacco, Büchi and Oggier, 2004) και τότε η έγκυος παύει να παρακολουθείται αποκλειστικά από μαίες και η διαχείρισή της γίνεται με ιατρική παρακολούθηση και η μαία που την παρακολουθούσε από την αρχή, συνεχίζει την φροντίδα του τοκετού σε συνεργασία με τον ιατρό.

9.1. Μοντέλα ή παραλλαγές της «Αίθουσας Τοκετού με Μαίες»

Διεθνώς, είναι γνωστά τέσσερα διαφορετικά μοντέλα ή παραλλαγές αίθουσας τοκετού μαιευτικής. Η «Αίθουσα τοκετού με μαίες» μπορεί:

1. Να ενσωματώνεται στην αίθουσα τοκετού που διαχειρίζονται οι γιατροί-μαίες και τα δωμάτια χρησιμοποιούνται από κοινού.
2. Να βρίσκεται στο ίδιο κτίριο, αλλά να έχει τις δικές του εγκαταστάσεις.
3. Να βρίσκεται σε ξεχωριστό κτίριο στις εγκαταστάσεις της κλινικής.
4. Να είναι πιο μακριά από την κλινική, γεγονός που θυμίζει το κέντρο φυσικού τοκετού.

9.2. Οργάνωση των ομάδων των μαιών στην «Αίθουσα Τοκετού με Μαιές»

Όσον αφορά στην οργάνωση των ομάδων των μαιών είναι γνωστά τέσσερα διαφορετικά μοντέλα (Deutscher Hebammen Verband, 2018).

Συγκεκριμένα οι μαιές μπορούν να εργάζονται :

1. Ταυτόχρονα, τόσο στην αίθουσα των μαιών όσο και στην κανονική αίθουσα τοκετών
2. Και στις δύο αίθουσες αλλά αναγράφεται ποιος και πότε θα εργάζεται στις συγκεκριμένες αίθουσες
3. Σε δυο χωριστές ομάδες μαιών. Δηλαδή η μια ομάδα ανήκει στην αίθουσα τοκετού με μαιές και η άλλη ομάδα στην κανονική αίθουσα τοκετών αλλά έχουν την ίδια διοίκηση
4. Σε δυο διαφορετικές ομάδες με διαφορετικές διοικήσεις.

Στο πλαίσιο της άμεσης διαθεσιμότητας της επείγουσας ιατρικής περίθαλψης, η ανάγκη για ασφάλεια είναι καθοριστική για την απόφαση του τοκετού σε νοσοκομείο. Γι' αυτό τα τελευταία χρόνια τα νοσοκομεία προσαρμόζονται όλο και περισσότερο στις ανάγκες των γυναικών και όλο και περισσότερες κλινικές παρέχουν καινοτόμες ιδέες περίθαλψης, όπως είναι η αίθουσα τοκετού με μαιές. Η ιδέα της «Αίθουσας Τοκετού με Μαιές» βασίζεται σε μια προσέγγιση στην οποία η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η περίοδος μετά τον τοκετό θεωρούνται φυσιολογικές διεργασίες (Luyben Ans, 2001) (Bryar, Rosamund M., 2003).

Η βασική φιλοσοφία της παρεχόμενης φροντίδας στοχεύει στην ενίσχυση της αυτονομίας, του αυτοπροσδιορισμού και της συμμετοχής της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επιδιώκεται η υποστήριξη της γυναίκας στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που συνδέονται με τον τοκετό και την πρώτη φάση της μητρότητας, ενισχύοντας τις δεξιότητες και τις ικανότητές της. Επιπλέον, στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην προώθηση μιας θετικής και ικανοποιητικής εμπειρίας τοκετού (Hodnett, Downe and Walsh, 2012).

Το αίσθημα υποστήριξης και η σχέση μεταξύ της γυναίκας και της μαιάς είναι παράγοντες με σημαντικό αντίκτυπο στο επίπεδο ικανοποίησης που βρέθηκαν σε ποιοτικές έρευνες (Goberna-Tricas *et al.*, 2011) (Melender, 2006). Επίσης οι γυναίκες που γεννούν στις αίθουσες αυτές θηλάζουν τα παιδιά τους για περισσότερο χρόνο, σε σύγκριση με γυναίκες που

γεννούν στις κανονικές αίθουσες (Deutscher Hebammen Verband, 2018). Έχει βρεθεί ότι οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης το επίπεδο ικανοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης αποδεικνύονται ότι σχετίζονται με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (Britton, 2012), νεαρή ηλικία και αγαμία (Britton, 2012)(Waldenström, Rudman and Hildingsson, 2006).

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Π.Ο.Υ., περίπου το 70% όλων των γεννήσεων στη Γερμανία θα πρέπει να ταξινομηθούν ως φυσιολογικοί τοκετοί που δεν απαιτούν καμία ιατρική παρέμβαση. Ωστόσο, το 1999 η αξιολόγηση των περιγεννητικών ερωτηματολογίων της Κάτω Σαξονίας έδειξε ότι μόνο το 8,2% των γυναικών που εμφάνισαν ταξινόμηση χαμηλού κινδύνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού δεν έλαβαν καμία παρέμβαση κατά τον τοκετό (Nicola Bauer *et al.*, 2007). Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, στην «Αίθουσα Τοκετών με Μαίες» επιτρέπονται γυναίκες χαμηλού κινδύνου.

9.3. Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού εγκύου σε «Αίθουσα Τοκετού με Μαίες»

Η ομάδα των μαιών και των γιατρών σε συνεργασία με τον διευθυντή της εκάστοτε κλινικής φτιάχνουν κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού μιας εγκύου στην αίθουσα τοκετών των μαιών. Αυτά τα κριτήρια χρησιμεύουν για τον έλεγχο και την εκτίμηση της κατάστασης της εγκύου σε διάφορα χρονικά σημεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τον τοκετό και στην λοχεία (WHO, 1996),(QUAG e.V, 2003). Κάθε νοσοκομείο προσαρμόζει αυτά τα κριτήρια ανάλογα με το επίπεδο που βρίσκεται.

Ο κατάλογος κριτηρίων σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1996) είναι ο ακόλουθος:

Φυσιολογική Κύηση (Χαμηλού Ρίσκου)	Κύηση Υψηλού Κινδύνου
<ul style="list-style-type: none"> • 37- 42 εβδομάδες • Αυτόματη έναρξη οδυνών • Μητέρα 18 - 39 χρονών • Μονήρης Κύηση • Έμβρυο βάρους 2500 - 3999g • Καμία προηγούμενη Καισαρική τομή • Κανένας τύπος Διαβήτη • Σωστή πρόσφυση πλακούντα στην μήτρα 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόωρος τοκετός ή Παράταση κύησης • Πρόκληση Τοκετού • Μητέρα < 18 χρονών ή > 39 χρονών • Πολύδυμη κύηση • Έμβρυο < 2500g ή > 4000g • Προηγούμενη Καισαρική τομή • Διαβήτης • Ανώμαλη πρόσφυση πλακούντα

Στην αίθουσα τοκετού με μαίες χρησιμοποιούνται εναλλακτικές μέθοδοι όπως η ομοιοπαθητική, ο βελονισμός, ασκήσεις χαλάρωσης, (Münstedt, Brenken and Kalder, 2009), η αρωματοθεραπεία, η χρήση του νερού, το μασάζ, το καστορέλαιο, ζεστές/κρύες κομπρέσες, ρεφλεξολογία (Smith *et al.*, 2006). Αυτές οι διαφορετικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται παραδοσιακά από τις μαίες παγκοσμίως και οι γυναίκες φαίνεται να τις περιμένουν και να τις απαιτούν.

Σύμφωνα με τους Gonze *et al.* υπάρχει χαμηλότερο κόστος στις αίθουσες τοκετών με μαίες εξοικονομώντας το νοσοκομείο περίπου το 10% των δαπανών του. Πιθανότατα αυτό να οφείλεται στις ελάχιστες παρεμβάσεις που γίνονται κατά την διάρκεια του τοκετού και δεν αναλώνονται μεγάλα ποσά για φάρμακα, επισκληρίδιο, επισιτομές, καισαρικές τομές, επεμβατικούς τοκετούς, και η μειωμένη διάρκεια παραμονής των γυναικών στο νοσοκομείο (Isaline *et al.*, 2019).

10. Αρχές της «Αίθουσας Τοκετού με Μαίες»

Για να μπορεί ένα νοσοκομείο να οργανώσει και να λειτουργεί μια αίθουσα τοκετού με μαίες, κεντρικοί διαχειριστές της αίθουσας τοκετού θα είναι οι ίδιες οι μαίες, οι οποίες πρέπει να εργάζονται με βάση ορισμένες αρχές, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο.

Οι αρχές μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η περίοδος μετά τον τοκετό είναι φυσιολογικές διεργασίες.
- Η γυναίκα που γεννά είναι το κεντρικό πρόσωπο στη διαδικασία φροντίδας. Οι μαίες αντιλαμβάνονται τις ατομικές ανάγκες της μητέρας και του παιδιού και υποστηρίζουν και σέβονται την ατομική αυτονομία, τις αξίες και τις πεποιθήσεις της.
- Η σχέση μεταξύ γυναίκας και μαίας είναι καθοριστική για την καλή και επιτυχημένη φροντίδα.
- Ο σχεδιασμός της διαδικασίας φροντίδας γίνεται σε σύμπραξη και ισότιμη συνεργασία μεταξύ της μαίας και της γυναίκας.
- Οι μαίες προσφέρουν εκπαίδευση, συμβουλές και πληροφορίες για την περίοδο της εγκυμοσύνης, του τοκετού και στην λοχεία και με αυτόν τον τρόπο υποστηρίζουν μια τεκμηριωμένη απόφαση της γυναίκας ή του ζευγαριού.
- Οι μαίες προσφέρουν στις γυναίκες την ευκαιρία να επιλέξουν ανάμεσα σε διαφορετικές επιλογές φροντίδας και να βεβαιωθούν ότι η γυναίκα έχει τον έλεγχο της κατάστασης (Nicola Bauer *et al.*, 2007).

Συνοπτικά, μια γυναίκα χαμηλού κινδύνου έχει (Deutscher Hebammen Verband, 2018):

- Την ελευθερία επιλογής ανάμεσα σε έναν τοκετό στην αίθουσα τοκετού με μαίες ή στην κανονική αίθουσα (Συνεργασία μαίας – γιατρού).
- Μια συνάντηση πριν τον τοκετό, για την δυνατότητα έκφρασης των επιθυμιών που έχει γύρω από τον τοκετό, καθώς επίσης και για την ενημέρωση για τα κριτήρια αποκλεισμού από την αίθουσα τοκετού μαίων.
- Την εισαγωγή και την φροντίδα κατά τη διάρκεια του τοκετού από την μαία.
- Την δυνατότητα παύσης φροντίδας στην αίθουσα τοκετού με μαίες, σε περίπτωση επιπλοκών ή επιθυμίας παυσίπουνου.

11. Κατάλογος κριτηρίων για τη συνεχή αξιολόγηση της πορείας της εγκυμοσύνης και του τοκετού

Δεδομένου ότι μόνο υγιείς γυναίκες, με εγκυμοσύνες χωρίς επιπλοκές, επιτρέπονται στην «Αίθουσα Τοκετού με Μαιές», πρέπει να διευκρινιστεί σε κάθε γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, εάν είναι δυνατό να γεννήσει στην αίθουσα αυτή. Κάθε νοσοκομείο, έχει αναπτύξει κριτήρια αξιολόγησης για την πορεία της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Έτσι, οι μαιές μπορούν να γνωρίζουν αν η γυναίκα επιτρέπεται να γεννήσει στην «Αίθουσα Τοκετού με Μαιές» ή αν υπάρχει επιπλοκή κατά την διάρκεια του τοκετού, να προωθηθεί στην κανονική αίθουσα τοκετού και να παρευρεθεί γιατρός.

Όσον αφορά την καταλληλότητα για τοκετό στην «Αίθουσα τοκετού με μαιές», τα επιμέρους κριτήρια χωρίστηκαν σε πέντε επίπεδα (Nicola Bauer *et al.*, 2007):

1. Δυνατότητα του τοκετού στην «Αίθουσα Τοκετού των Μαιών».
2. Πιθανότητα τοκετού στην αίθουσα μαιών, οι μαιές με τη σύμφωνη γνώμη του γιατρού. επιτρέπουν στη γυναίκα να γεννήσει στην «Αίθουσα Τοκετού των Μαιών».
3. Δεν είναι δυνατή η γέννηση στην «Αίθουσα Τοκετού των Μαιών».
4. Μεταφορά κατά τον τοκετό στην κανονική αίθουσα τοκετού, όπου υπάρχει συνεργασία μαιάς - ιατρού).
5. Μεταφορά μετά τον τοκετό στην κανονική αίθουσα τοκετού.

**Β΄ ΜΕΛΕΤΗ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

1. Μελέτη Περίπτωσης της «Αίθουσας Τοκετού με Μαίες» στη Μαιευτική Κλινική του Μπαντ Ναουχάιμ

Το Μπαντ Ναουχάιμ είναι μια πόλη στην περιοχή Wetteraukreis του κρατιδίου Έσσης της Γερμανίας. Το 2023 έφθασε τον αριθμό 33.611 κατοίκων (Statistik hessen, 2023). Η πόλη βρίσκεται περίπου 35 χιλιόμετρα βόρεια της Φρανκφούρτης επί του ποταμού Μάιν, στην ανατολική άκρη της οροσειράς Taunus.

Στην περιοχή βρίσκονται συνολικά 27 κλινικές και νοσοκομεία και ανάμεσα σε αυτά βρίσκεται το νοσοκομείο Hochwald. Αποτελείται από 7 κλινικές, όπως Γενική χειρουργική, Εντατική Μονάδα Ενηλίκων, Παθολογική, Μαιευτική & Γυναικολογία, Ορθοπαιδική και Ανακουφιστική Ιατρική και στο σύνολο έχει 241 κρεβάτια.

Όσο αναφορά την Μαιευτική κλινική, η ομάδα μαιών στο νοσοκομείο Hochwald φροντίζει επί του παρόντος περίπου 1.000 τοκετούς το χρόνο. Αποτελεί μια Μαιευτική Κλινική επιπέδου 4, στην οποία επιτρέπονται έγκυες γυναίκες άνω της 36ης Εβδομάδας Κύησης και το έμβρυο πρέπει να βρίσκεται >10^η Ποσοστιαία Μονάδα Βάρους και πάνω από 2500 g. Υπάρχουν τρεις σύγχρονες αίθουσες τοκετού, ένα επιπλέον δωμάτιο με μανιέρα, που μπορούν να γίνουν τοκετοί και το δωμάτιο εισαγωγής. Στο κτίριο υπάρχει επίσης, μία αίθουσα μαιών που γίνονται μαθήματα προετοιμασίας των μελλοντικών γονέων για τη γέννηση του παιδιού τους και τους εισάγουν στη νέα κατάσταση ζωής μετά τον τοκετό. Εκεί δίνεται η ευκαιρία να ανταλλάξουν οι εμπειρίες με άλλους γονείς και να γνωρίσουν τα μέλη της ομάδας πριν από τη γέννα.

Από το 2011, το μαιευτικό τμήμα έχει πιστοποιηθεί από τον Π.Ο.Υ. και τη UNICEF ως «φιλικό προς τα μωρά νοσοκομείο». Συγκεκριμένα, υποστηρίζει τη δημιουργία δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό. Κατά τη διάρκεια της διαμονής στο νοσοκομείο, οι γυναίκες και τα νεογνά περιθάλπονται από εκπαιδευμένους σύμβουλους θηλασμού και γαλουχίας. Από το 2016, επίσης, υπάρχει η δυνατότητα τοκετού στην «Αίθουσα Τοκετού με Μαίες». Μετά από μια εγκυμοσύνη χωρίς επιπλοκές, οι μαίες της κλινικής φροντίζουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια του τοκετού τη γυναίκα. Ωστόσο, εάν απαιτείται πρόσθετη ιατρική φροντίδα, αυτό μπορεί να γίνει χωρίς καμία χρονική καθυστέρηση ή αλλαγή τοποθεσίας.

Περίπου την 35^η με 36^η εβδομάδα κύησης οι γυναίκες που επιθυμούν να γεννήσουν στο νοσοκομείο, κλείνουν ένα ραντεβού με τις μαίες για να γίνει η δημιουργία του φακέλου τους και να ενημερωθούν για τις ιδιαιτερότητες και τους κινδύνους που μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια του τοκετού, τα απαραίτητα μέτρα που λαμβάνονται, καθώς επίσης να συζητήσουν τυχόν επιθυμίες τους κατά την διάρκεια του τοκετού και μετά. Οι γυναίκες χρειάζεται να έχουν μαζί τους το διαβατήριο Μητέρας Παιδιού που είναι συμπληρωμένο από την μαία ή τον ιδιώτη

μαιευτήρα, που την παρακολουθεί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης πληροφορούνται για τις επιλογές που έχουν κατά την περίθαλψή τους, όπως σε μία πρόωρη ρήξη υμένων, στην λανθάνουσα φάση, ή το είδος δωματίου που επιθυμούν (Οικογενειακό δωμάτιο, όπου επιτρέπεται η διαμονή του συζύγου), καθώς επίσης και για τα μέτρα φροντίδας που λαμβάνονται για τα νεογνά, όπως χορήγηση Βιταμίνης Κ από το στόμα, λήψη αίματος από την φτέρνα για τον Μεταβολικό Έλεγχο. Σε περίπτωση που η γυναίκα στο ιστορικό της έχει μια επιπλοκή ή ασθένεια, όπως προηγηθείσα ρήξη περινέου 3^{ου} Βαθμού, προηγηθείσα Κ.Τ, Υπέρταση Κύησης, BMI >35, κλείνει ένα άλλο ραντεβού για να μιλήσει με έναν μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου. Η έγκυος, στο τέλος της ενημέρωσης, υπογράφει σε όλα τα έντυπα ότι είναι σύμφωνη με αυτά τα μέτρα, ή υπογράφει έγγραφο άρνησης των μέτρων σε περίπτωση που δεν δέχεται τα μέτρα που λαμβάνονται στην συγκεκριμένη αίθουσα.

Οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας ή της νύχτας, οι έγκυες μπορούν να έρθουν στην αίθουσα τοκετών, επειδή αισθάνονται συσπάσεις, έχουν υποστεί ρήξη αμνιακού υγρού, για ένα προγραμματισμένο έλεγχο, ή διότι παρουσιάζουν μια επιπλοκή και χρειάζονται την εκτίμηση των επαγγελματιών υγείας. Κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, σε περίπτωση που η γυναίκα βρίσκεται σε τοκετό, γίνεται έλεγχος όσον αφορά στα κριτήρια αποκλεισμού. Κατόπιν, γίνεται καρδιοτοκογραφικός έλεγχος, χειρισμοί Leopold και ένας σύντομος υπερηχογραφικός έλεγχος από τον ιατρό της βάρδιας. Καθώς όλα τα καρδιοτοκογραφήματα είναι ασύρματα, η γυναίκα έχει ελευθερία κινήσεων. Η χρήση τους γίνεται κάθε 2 ώρες ή όταν η διαστολή του τραχήλου είναι πάνω από 8 εκ γίνεται συνεχής έλεγχος. Η μαία που παρακολουθεί τη γυναίκα, συζητάει ανά δύο ώρες με την μαία της βάρδιας για την εξέλιξη του τοκετού και μαζί αποφασίζουν αν όλα βαίνουν καλώς, ή αν κάπου εμφανίζεται κάποιο πρόβλημα.

Όσες γυναίκες βρίσκονται σε τοκετό μεταφέρονται σε μια από τις τρεις ευρύχωρες αίθουσες τοκετού, στις οποίες βρίσκεται ένα μεγάλο φαρδύ κρεβάτι, που της προσφέρει τη δυνατότητα να πάρει μια άνετη στάση τοκετού. Σε κάθε αίθουσα τοκετού βρίσκονται μπάλες γυμναστικής, σκαμπό τοκετού και μπάρες τοίχου, που δημιουργούν επιπλέον παραλλαγές για την πιο όρθια δυνατή θέση τοκετού. Τέλος, όλες οι γυναίκες, εκτός από περιπτώσεις που το ιστορικό τους δεν το επιτρέπει, μπορούν να χρησιμοποιήσουν το δωμάτιο με την μπανιέρα για να χαλαρώσουν και για να γεννήσουν. Καθ' όλη την διάρκεια του τοκετού επιτρέπεται η παρουσία δύο συνοδών, που μπορεί να είναι ο σύντροφος, η μητέρα ή μια φίλη της γυναίκας.

1.1. Κριτήρια αποκλεισμού

Τα κριτήρια αποκλεισμού για το συγκεκριμένο νοσοκομείο Hochwald συμβολίζονται χρωματικά, ως εξής:

➤ Πράσινο χρώμα

Η γυναίκα μπορεί να γεννήσει στην αίθουσα τοκετών με μαίες.

➤ Κίτρινο χρώμα:

Πρέπει να γίνει συμβούλιο με μαίες και γιατρούς για να αποφασιστεί από κοινού, αν η γυναίκα μπορεί να γεννήσει στη συγκεκριμένη αίθουσα.

➤ Κόκκινο χρώμα:

Η γυναίκα δεν επιτρέπεται να γεννήσει στην συγκεκριμένη αίθουσα.

1.1.1. Ιστορικό και γενικά ευρήματα

Nr.	Παράγοντες Κινδύνου	Περαιτέρω Αντιμετώπιση
1	Ιδιαίτερες οικογενειακές ασθένειες π.χ Θρομβοφιλίες	
2α	Προηγούμενες ατομικές σοβαρές ασθένειες π.χ. Άσθμα χωρίς Σπρέυ, Σκολίωση, Επιληψία	
2β	Προηγούμενες ατομικές σοβαρές ασθένειες με λήψη φαρμάκων και στην εγκυμοσύνη	Παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου
2γ	Προηγούμενες ατομικές σοβαρές ασθένειες π.χ Ασθένειες του Θυρεοειδή με λήψη φαρμάκων	
3	Τάση για θρόμβωση	Διακοπή Clexapie 12 ώρες πριν την επισκληρίδιο αναλγησία
4α	Αλλεργίες	
4β	Μη ανεξήγητο αλλεργικό σοκ στο ιστορικό της	
5	Μετάγγιση Αίματος στο παρελθόν	
8	Θετικό τεστ τίτλου αντισωμάτων	Ενημέρωση γιατρού κατά την εισαγωγή της γυναίκας στο νοσοκομείο
9	Διαβήτης Τύπου I & II	Παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου
10	Παχυσαρκία BMI>30	Με BMI >35 γίνεται παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου

13	Έγκυες < 18 ετών	
14	Έγκυες > 35 ετών	
15	Πολύτοκες > 4 παιδιά	Ενημέρωση της γυναίκας για τον κίνδυνο ατονίας μετά τον τοκετό
16	Εξωσωματική γονιμοποίηση	
17	Προηγούμενος πρόωρος τοκετός	
19α	Προηγηθείσες αποβολές/εκτρώσεις χωρίς απόξεση	
19β	Προηγηθείσα απόξεση	
20	Νεκρό ή παιδί με αναπηρία στο παρελθόν	Προσωπική επιλογή της μαίας
21	Προηγηθείσα δυστοκία ώμου	Παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου
21	Προηγηθείσα ρήξη 3 ^{ου} & 4 ^{ου} βαθμού	Παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου
21	Χρήση εμβρυουλκού σε προηγούμενο τοκετό	
22	Επιπλοκές μετά τον τοκετό (Ατονία, Δακτυλική αποκόλληση πλακούντα)	
23	Προηγηθείσα Καισαρική Τομή	Παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου
24	Προηγηθείσα αφαίρεση ινομυώματος	Παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου
24	Προηγηθείσα Κωνιδοεκτομή	
25	Γρήγορος τοκετός	
26	Ανωμαλίες μήτρας	Παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου
26	Μνωματώδης Μήτρα	Παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου
	Προηγηθείς ακρωτηριασμός γεννητικών οργάνων	
27	Ασθένειες που χρειάζονται περίθαλψη π.χ Έρπης Γεννητικών Οργάνων, Χολόσταση, Χρόνια αναιμία	Παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου
28	Λήψη Φαρμάκων π.χ Αντιεπιληπτικά, Αντικαταθλιπτικά, Αντιυπερτασικά	
29	Κατάχρηση Αλκοόλ, Ναρκωτικών, Τσιγάρο	

34	Ανωμαλίες πλακούντα	
35	Δίδυμη κύηση	
36	Πολυϋδράμνιο	
37	Ανυδράμνιο	
38	Μη ακριβής ημερομηνία τοκετού	
39	Ανεπάρκεια Πλακούντα	
42	Αναιμία (<10 mg/dl)	Λήψη αίματος κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο
43	Ουρολοίμωξη / Πέτρα στα νεφρά	
45α	Θετικός κυτταρομεγαλοϊός	Διαχείριση νεογνού σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες
45β	Θετική Τοξοπλάσμωση	
45γ	Καμία ανοσία στην ερυθρά	
45δ	Αυξημένος κίνδυνος για προεκλαμψία	
46	Χρόνια Υπέρταση (> 140/90mmHg) & Υπέρταση Κύησης	
47α	Προεκλαμψία	
47β	Σύνδρομο HELLP	
48	Οιδήματα, κισσοί	Παραπομπή σε μαιευτήρα γυναικολόγο του νοσοκομείου σε περίπτωση κισσών στην περιοχή του αιδίου
49	Υπόταση δίχως συμπτώματα	
50α	Διαβήτης Κύησης 50g γλυκόζης 1h < 135 mg/dl 75gr γλυκόζης νηστική < 92 mg/dl 1h < 180 mg/dl 2h < 153 mg/dl	
50β	Κανένας έλεγχος ανοχής στη γλυκόζη	
51	Ανωμαλία στην θέση του εμβρύου	Υπερηχογραφικός έλεγχος κατά την εισαγωγή

1.1.2. Ιδιαιτερότητες στην εγκυμοσύνη

Nr.	Παράγοντες Κινδύνου	Περαιτέρω Αντιμετώπιση
60α	Ρήξη αμνιακού υγρού και χορήγηση αντιβίωση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες	
60β	Πρόωρη ρήξη αμνιακού υγρού δίχως συστολές μήτρας και έναρξη πρόκλησης τοκετού	
61	Θετικός β-στρεπτόκοκκος και θεραπεία με αντιβίωση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες	
62α	Παράταση κύησης μέχρι 40Εβδ+10	Έλεγχος ποσότητας αμνιακού υγρού
62β	Παράταση κύησης 40Εβδ+10, προσπάθεια πρόκλησης τοκετού με Cocktail	
62γ	Παράταση κύησης 40Εβδ+10 δίχως προσπάθεια πρόκλησης τοκετού με Cocktail	
62δ	Προσπάθεια πρόκλησης τοκετού από επιθυμία γυναίκας πριν τις 40Εβδ+10	
62ε	Πρόκληση τοκετού με φάρμακα	
63	Έναρξη τοκετού < 37+0 Εβδ	
74	Πυρετός κατά την διάρκεια τοκετού > 38° C	
76	Υποπτο καρδιοτοκογράφημα	
77	Παθολογικό καρδιοτοκογράφημα	
78	Πράσινο αμνιακό υγρό δίχως άλλη επιπλοκή	
79	Υποψία για εμβρυική υποξία (Λήψη εμβρυικού αίματος από το κεφάλι)	
80	Πρόπτωση ομφαλίδας	
82	Καθυστερημένη Εξέλιξη τοκετού στην Λανθάνουσα και Ενεργό Φάση	
83	Μη εξέλιξη τοκετού στην Λανθάνουσα και Ενεργό Φάση	
86	Εγκάρσια / Διαγώνια θέση εμβρύου	
87	Ισχιακή θέση εμβρύου	
88	Οπίσθια ινιακή προβολή	
89	Πρόσθια ινιακή προβολή	

90	Προσωπική / Μετωπική προβολή	
94	Επιθυμία για Παισίοπονο	
94	Επιθυμία για επισκληρίδιο αναλγησία	
94	Χρήση ωκυτοκίνης	
94	Μη συνταγογραφημένα φάρμακα	
96	Ενδομήτριος Θάνατος Εμβρύου	
98	Δυστοκία ώμου	
99	Επιθυμία της γυναίκας	
100α	Επιθυμία της μαίας	
100β	Προσωπικό	

1.1.3. Κίνδυνοι κατά τον τοκετό

Nr.	Παράγοντες Κινδύνου	Περαιτέρω Αντιμετώπιση
114	Αιμορραγία >500 ml	
115	Πρόβλημα με την αποκόλληση του πλακούντα	
116	Υπολείμματα Πλακούντα	
117	Ρήξη περινέου μέχρι 2 ^{ου} βαθμού	
118	Ρήξη περινέου >3 ^{ου} Βαθμού	
119	Αβεβαιότητα της μαίας για τις πληγές	
120	Θερμοκρασία > 38,0 ° C	

1.1.4. Επιπλοκές μετά τον τοκετό / διαταραχές στο νεογνό

Nr.	Παράγοντες Κινδύνου	Περαιτέρω Αντιμετώπιση
101	Ανόριμο έμβρυο < 3 Ποσοστιαία Μονάδα	Μεταφορά εμβρύου σε εντατική νεογνών
102	Ασφυξία / Υποξία / Κυάνωση	
103	Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας	
104	Διαταραχή προσαρμογής νεογνού	
105	Ήκτερος & Υπερχολερυθριναιμία	
106	Υπογλυκαιμία	
106	Χαμηλό ή μεγάλο βάρος γέννησης < 10 & > 90 Ποσοστιαία μονάδα	Έλεγχος γλυκόζης στο αίμα του νεογνού

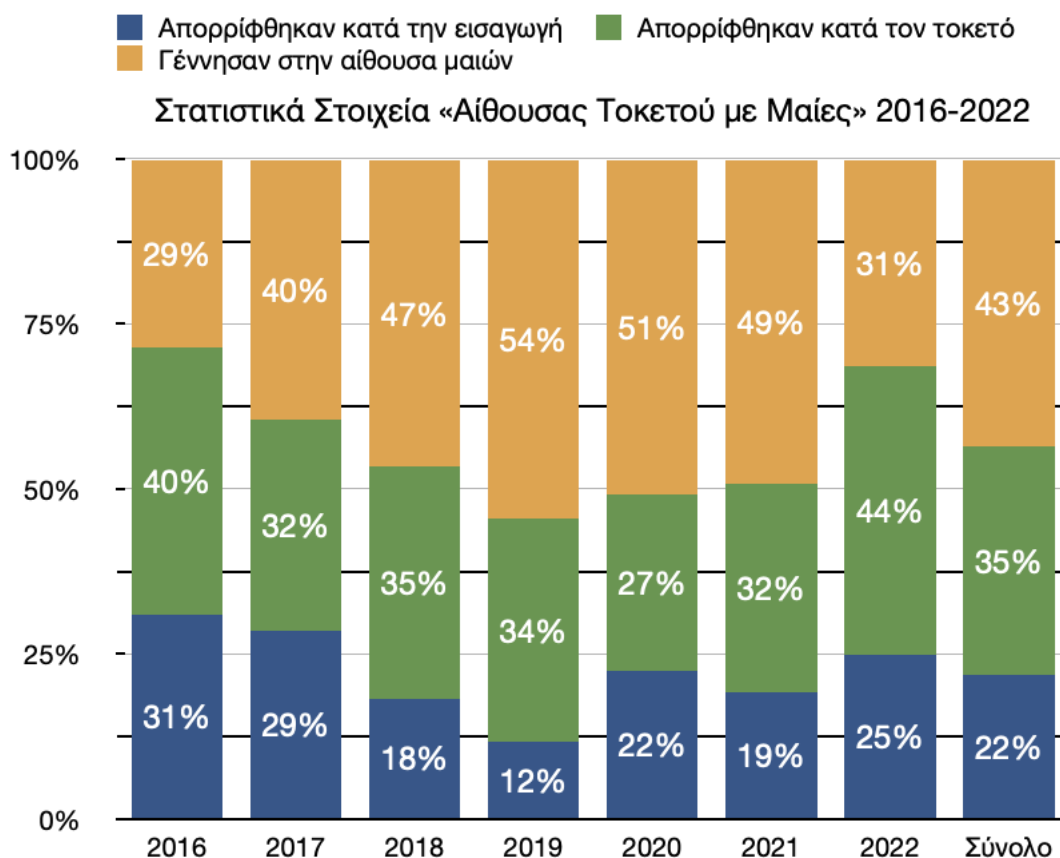
107	Απώλεια βάρους νεογνού > 10 %	
108	Τραυματισμοί, πάρεση	
109	Πυρετός > 38,0 °C	
110	Παθολογική πρώτη εξέταση νεογνού	
111	APGAR 1' < 8	
112	APGAR 5' < 9	
113	pH < 7,10 , BE < -12	Ο γιατρός κάνει την πρώτη εξέταση στο νεογνό

2. Στατιστικά Στοιχεία «Αίθουσας Τοκετού με Μαίες» από το 2016-2022

Από συλλογή των στοιχείων των γυναικών που κατά το διάστημα 2016-2022 δημιούργησαν φάκελο στο νοσοκομείο για την αίθουσα τοκετού με μαίες και των γυναικών που τελικά γέννησαν σ' αυτήν, δημιουργήθηκε ο παρακάτω πίνακας.

(Πηγή: Πρόγραμμα Συλλογής Δεδομένων του Νοσοκομείου Hochwald, Bad Nauheim)

Έτος	Δηλώσεις στην αίθουσα μαιών	Απορρίφθηκαν κατά την εισαγωγή	Εισαγωγή στην αίθουσα μαιών	Απορρίφθηκαν κατά τον τοκετό	Γέννησαν στην αίθουσα μαιών
2016	84	26 (30,95%)	58	34 (40,48%)	24 (28,57%)
2017	91	26 (28,57%)	65	29 (31,87%)	36 (39,56%)
2018	88	16 (18,18%)	72	31 (35,23%)	41 (46,59%)
2019	112	13 (11,61%)	99	38 (33,93%)	61 (54,46%)
2020	116	26 (22,41%)	90	31 (26,73%)	59 (50,86%)
2021	136	26 (19,12%)	110	43(31,62%)	67 (49,26%)
2022	121	30 (24,79%)	91	53 (43,80%)	38 (31,41%)
Σύνολο	750	163 (21,73%)	587	261 (34,8%)	326 (43,47%)



2.1. Γυναίκες που δεν μπόρεσαν να συνεχίσουν στην «Αίθουσα Τοκετού με Μαίες» μετά την κλινική τους εξέταση κατά την εισαγωγή

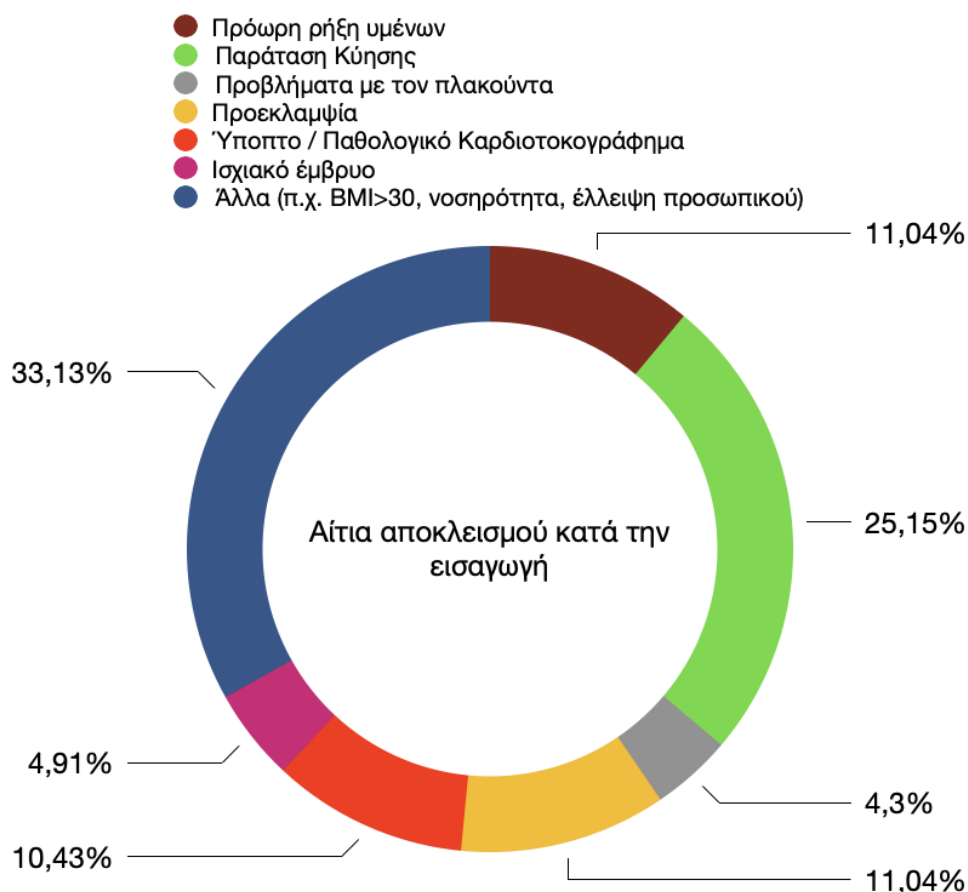
Στο Νοσοκομείο Hochwald υπάρχουν οδηγίες SOP (Standard Operating Procedures / Τυποποιημένες Διαδικασίες Λειτουργίας), οι οποίες περιγράφουν τις οδηγίες και τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν σε διάφορες παθολογικές και μη καταστάσεις, οδηγίες που σχετίζονται με την οργάνωση και τον ποιοτικό έλεγχο.

Στην Μαιευτική Κλινική οι οδηγίες SOP συντάσσονται από επιτροπή Μαιευτήρων-Μαιών με βάση διεθνή βιβλιογραφία, ευρωπαϊκές και παγγερμανικές οδηγίες και υπογράφονται από τον Διευθυντή της κλινικής και τον Διευθυντή ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου. Στην αίθουσα μαιών τα πρωτόκολλα που χρησιμοποιούνται είναι κοινά με αυτά της κανονικής αίθουσας τοκετών. Όμως σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει η δυνατότητα συνέχισης παρακολούθησης της γυναίκας στην αίθουσα τοκετών με μαίες ως ένα χρονικό διάστημα. Πιο συγκεκριμένα, όταν γίνεται επιβεβαίωση της Πρόωρης Ρήξης Υμένων, σε περίπτωση που η γυναίκα δεν έχει κάποια ιδιαίτερη παθολογία π.χ. θετικό β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο και το ΚΤΓ κατά την είσοδο της στο νοσοκομείο είναι φυσιολογικό, μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι της για τις επόμενες 12 ώρες. Γίνεται ενημέρωση της εγκύου για παρακολούθηση του χρώματος του αμνιακού υγρού, των εμβρυικών κινήσεων και μέτρηση της θερμοκρασίας ανά τετραώρου. 12 ώρες μετά από τη ρήξη υμένων, η γυναίκα εισάγεται στην αίθουσα τοκετών, τοποθετείται φλεβοκαθετήρας, λαμβάνεται αίμα και γίνεται έναρξη αντιβίωσης. 18 ώρες μετά από την ρήξη υμένων γίνεται πρόκληση τοκετού με φυτικά σκευάσματα π.χ. κοκτέιλ-ωδίνων (Wehencocktail, χυμός ροδάκινου με καστορέλαιο).

Στην περίπτωση παράτασης της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες ενημερώνονται για τους φυσικούς τρόπους έναρξης τοκετού, όπως την δαχτυλική αποκόλληση μεμβρανών, το βελονισμό, τον ερεθισμό των θηλών, την χρήση αρωματοθεραπείας με έλαιο Βερβένας, την χρήση ελαίων, όπως τζίντζερ, γαρύφαλλου, κανέλας, φύτρου σιταριού (Stachowiak, 2001), για την ενέργεια μασάζ στην κοιλιά τους. Μέχρι την 41+3 εβδομάδα κύησης, αν η γυναίκα δεν έχει έναρξη τοκετού, λαμβάνει επίσης το Cocktail με Καστορέλαιο και μετά από μια μέρα σε περίπτωση μη έναρξης του τοκετού, λαμβάνει φάρμακα για την πρόκληση τοκετού και γίνεται η παρακολούθηση της στην αίθουσα τοκετού σε συνδυασμό μαιάς και γιατρού. Το κοκτέιλ με καστορέλαιο χρησιμεύει ως εναλλακτική μέθοδος πρόκλησης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επίσπευση του τοκετού κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής πορείας της εγκυμοσύνης. Χρησιμοποιούνται 20 – 30 ml καστορέλαιο σε ένα ποτήρι χυμό. Η επίδραση του καστορέλαιου είναι καθαρτική, προάγοντας έτσι την εντερική περισταλτικότητα, η οποία με τη σειρά της

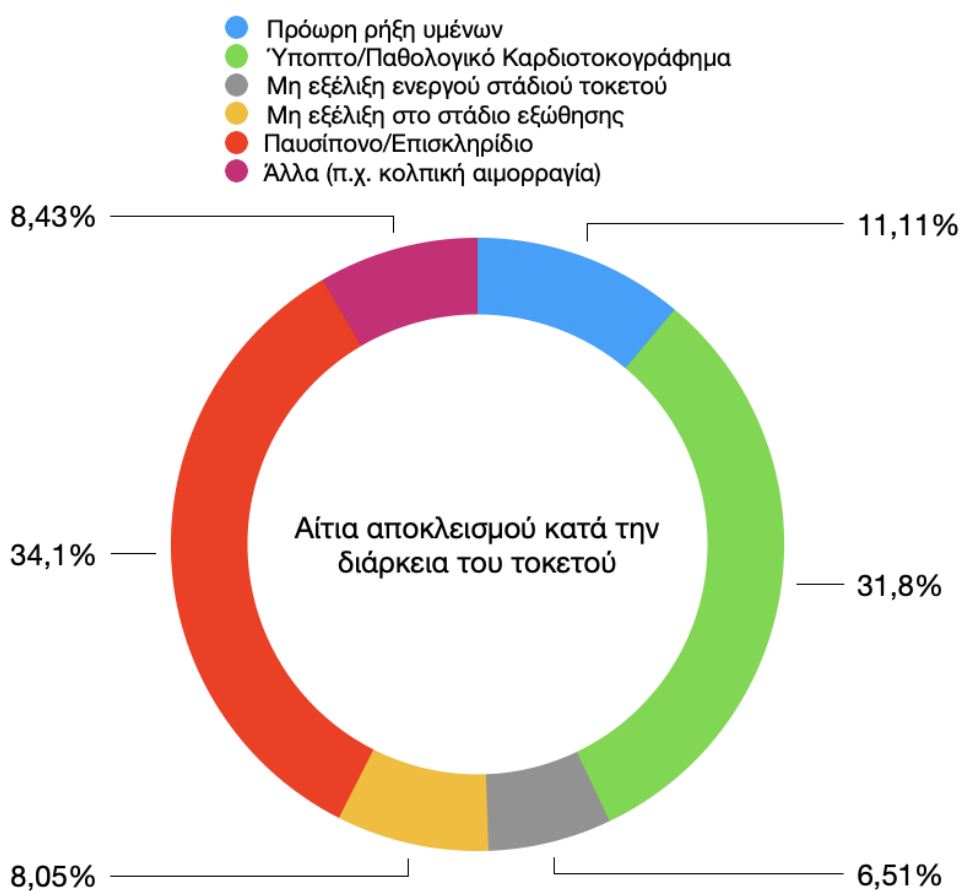
επιδρά στη μήτρα. Συνήθως ο τοκετός ξεκινά μετά από 3-6 ώρες. Αντένδειξη χρήσης του καστορέλαιου είναι οι φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου.

Κατά την εισαγωγή στην αίθουσα τοκετού στο Νοσοκομείο Hochwald, Bad Nauheim, από τις 750 γυναίκες που εξετάστηκαν, οι 163 (21,73%) απορρίφθηκαν κατά την εισαγωγή και δεν συνέχισαν τον τοκετό τους στην «Αίθουσα Τοκετού με Μαΐες». Αίτια απόρριψης είναι τα εξής: οι 18 (11,04%) είχαν πρόωρη ρήξη υμένων, οι 41 γυναίκες (25,15%) είχαν παράταση κύησης και χρειάστηκαν φαρμακευτική πρόκληση τοκετού, οι 7 (4,3%) εμφάνισαν προβλήματα με τον πλακούντα, οι 18 (11,04%) είχαν Προεκλαμψία, οι 17 (10,43%) ύποπτο καρδιοτοκογράφημα, στις 8 γυναίκες (4,91%) το έμβρυο είχε ισχιακή θέση, ενώ οι 54 γυναίκες (33,13%) δεν μπόρεσαν να συνεχίσουν για άλλους λόγους (π.χ. αυξημένο BMI >30, έλλειψη προσωπικού, κάποια ασθένεια που εμφάνισε η κυοφορούσα κατά την κύηση). Στον παρακάτω δακτύλιο παρουσιάζονται τα παραπάνω αίτια με την ποσοστωσή τους ως προς τον συνολικό αριθμό των γυναικών που απορρίφθηκαν κατά την εισαγωγή.



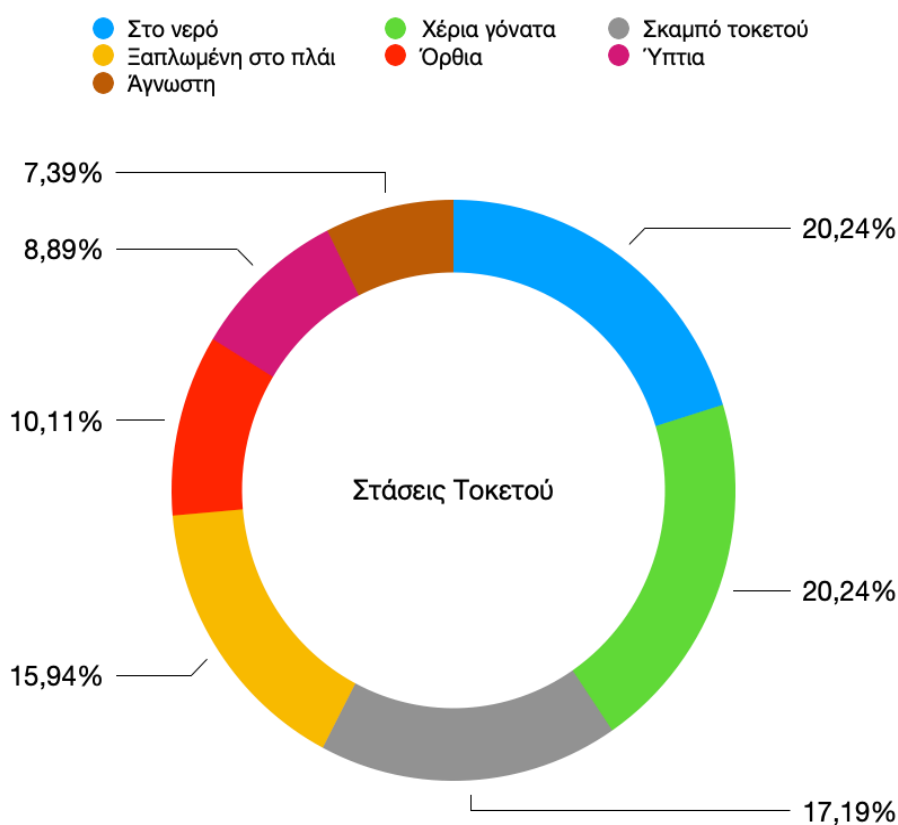
2.2. Γυναίκες που χρειάστηκαν ιατρική παρέμβαση κατά την διάρκεια του τοκετού

Από τις 587 γυναίκες που βρίσκονταν σε τοκετό στην αίθουσα τοκετού με μαίες, οι 261 (44,47%) χρειάστηκαν ιατρική παρέμβαση κατά την διάρκεια του τοκετού. 29 γυναίκες (11,11%) είχαν πρόωρη ρήξη υμένων, οι 83 (31,8%) εμφάνισαν ύποπτο/παθολογικό καρδιοτοκογράφημα, οι 17 (6,51%) δεν εξελίχθηκε ο τοκετός τους στην ενεργό φάση του, ενώ στις 21 γυναίκες (8,05%) δεν εξελίχθηκε ο τοκετός τους κατά την διάρκεια της εξώθησης. 89 γυναίκες (34,1%) χρειάστηκαν παυσίπονο ή επισκληρίδιο αναλγησία, ενώ 22 (8,43%) εμφάνισαν κάποιο άλλο πρόβλημα όπως κολπική αιμορραγία, πρόπτωση ομφαλίδας. Από αυτές τις γυναίκες που συνεχίστηκε η παρακολούθηση τους με παρουσία γιατρού, οι 178 (68,2%) γέννησαν φυσιολογικά, οι 21 (8,05%) γέννησαν με επεμβατικό τοκετό, οι 58 (22%) με καισαρική και 4 τοκετοί (1,53%) δεν έχουν κατηγοριοποιηθεί. Στον παρακάτω δακτύλιο φαίνονται τα παραπάνω αίτια ιατρικής παρέμβασης, ως προς τον συνολικό αριθμό γυναικών που κατά τα έτη 2016-2022 χρειάστηκαν ιατρική παρέμβαση κατά την διάρκεια του τοκετού, ενώ βρίσκονταν στην αίθουσα τοκετού με μαίες:



2.3. Οι στάσεις τοκετού

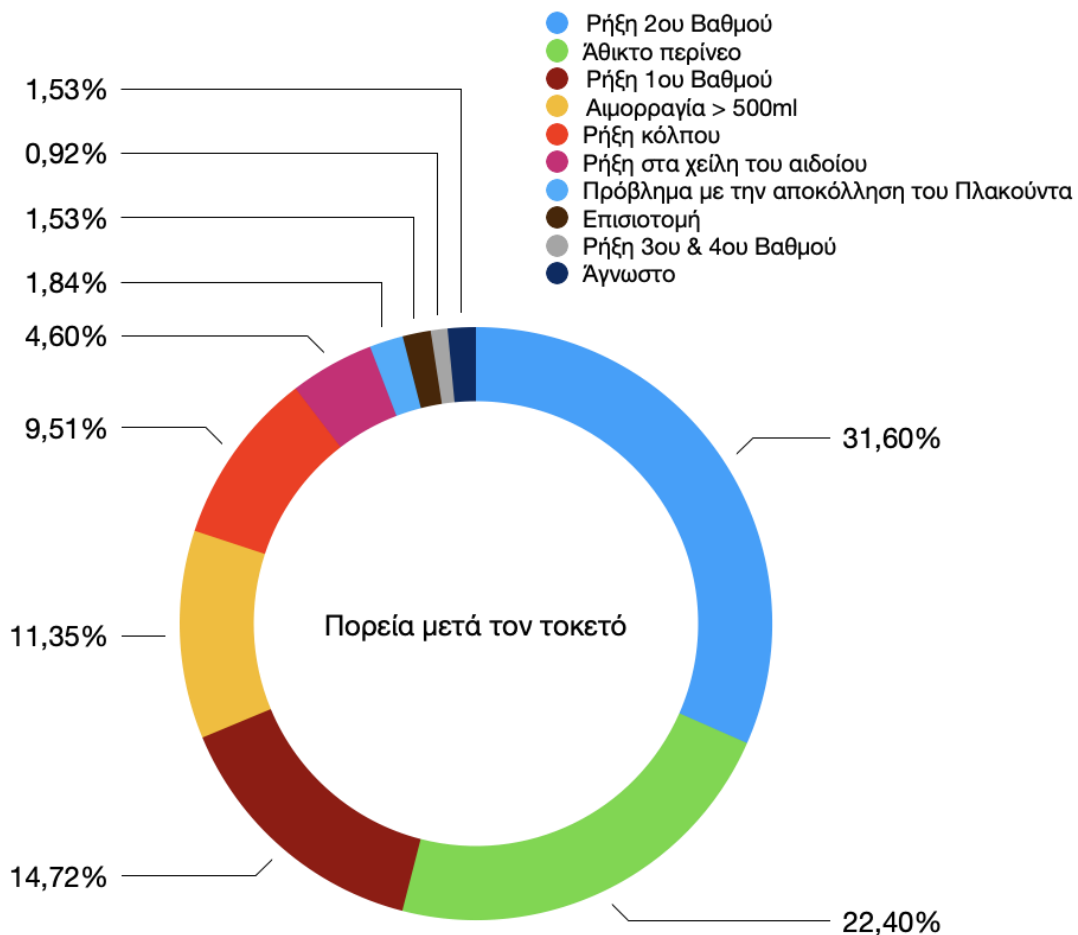
Στην αίθουσα τοκετού με μαίες στο νοσοκομείο Hochwald υποστηρίζονται οι γυναίκες, ώστε κατά την διάρκεια του τοκετού να διαλέγουν στάσεις στις οποίες αισθάνονται άνετα. Οι δύο πιο επιθυμητές στάσεις ήταν ο τοκετός στο νερό 66 γυναίκες (20,24%) και η στάση χέρια-γόνατα 66 γυναίκες (20,24%). Ο τοκετός στο νερό γίνεται στην ειδική μπανιέρα που έχει η αίθουσα τοκετού και η θερμοκρασία του νερού βρίσκεται στους 38 Βαθμούς Κελσίου. Η υστεροτοκία μπορεί να γίνει είτε μέσα στην μπανιέρα είτε πάνω στο κρεβάτι. Επόμενη πιο επιθυμητή στάση είναι το σκαμπό τοκετού, με 56 γυναίκες (17,19%) να γεννήσουν τελικά σε αυτήν την στάση, στην οποία η λεκάνη μεγαλώνει και εξαιτίας της βαρύτητας το έμβρυο κατεβαίνει πιο εύκολα. Την στάση ξαπλωμένη στο πλάι την προτίμησαν 52 γυναίκες (15,94%), ενώ την ύπτια στάση μόνο 29 (8,89%), την οποία δεν την επιλέγουν οι μαίες συχνά λόγω των μειονεκτημάτων, όπως της πίεσης των αγγείων, της μη κινητικότητας της λεκάνης και της έλλειψης της βαρύτητας. Την όρθια στάση την διάλεξαν 29 γυναίκες (10,11%) και ένας αριθμός 24 γυναικών (7,39%) έχει στο σύστημα καταχωρηθεί ως άγνωστη στάση τοκετού πιθανόν λόγω 2 ή περισσότερων στάσεων που επιλέχθηκαν κατά την διάρκεια του τοκετού. Στον παρακάτω δακτύλιο παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι στάσεις στις οποίες γέννησαν οι 326 γυναίκες που γέννησαν στην αίθουσα τοκετού με μαίες.



2.4. Η πορεία των γυναικών μετά τον τοκετό

Όταν το έμβρυο γεννιέται, αμέσως τοποθετείται στο γυμνό στήθος της μητέρας (Bonding/Skin-to- Skin). Εκεί γίνεται η αξιολόγηση της γενικής υγείας του νεογνού το 1^ο, 5^ο και 10^ο λεπτό. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει κάποια επιπλοκή, όπως αιμορραγία από την μητέρα ή κάποια διαταραχή με την αναπνοή του νεογνού, οι μαιές περιμένουν μέχρι ο ομφάλιος λώρος να μην έχει σφυγμό και τότε ζητάνε από τον πατέρα ή τον συνοδό να κόψουν τον ομφάλιο λώρο. Η αναμονή κατά τη διάρκεια της υστεροτοκίας είναι από 30 λεπτά μέχρι 1 ώρα. Σε περίπτωση που μετά από 1 ώρα ο πλακούντας δεν έχει γεννηθεί, καλείται γιατρός και η γυναίκα παύει να βρίσκεται μόνο υπό την επίβλεψη των 2 μαιών. Μετά την υστεροτοκία, γίνεται επισκόπηση του περινέου και του κόλπου της γυναίκας από την μαιά. Σε περίπτωση ρήξης περινέου μέχρι 2ου βαθμού καλείται ο ειδικευόμενος μαιευτήρας για να ράψει την γυναίκα, αλλά η λεχώνα συνεχίζει να βρίσκεται η ίδια στην αίθουσα τοκετών με μαιές. Σε ρήξη 3ου και πάνω καλείται ο επιμελητής μαιευτήρας να ράψει την γυναίκα και η παρακολούθησή της γίνεται πλέον από τον γιατρό και την μαιά.

Στον παρακάτω δακτύλιο παρουσιάζεται η πορεία των 326 γυναικών, που γέννησαν στην αίθουσα τοκετού με μαιές.



2.5. Η πορεία των νεογνών αμέσως μετά τον τοκετό

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, μόλις γεννηθεί το νεογνό, η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του γίνεται στο γυμνό στήθος της μητέρας του. Επίσης γίνεται λήψη φλεβικού και αρτηριακού αίματος από τον ομφάλιο λώρο για την μέτρηση του pH. Σε περίπτωση που το νεογνό έχει σημεία διαταραχής προσαρμογής ή ασφυξίας, τότε γίνεται άμεση απολίνωση του ομφάλιου λώρου και το νεογνό μαζί με την μία μαία και τον μαιευτήρα πηγαίνουν στο ειδικό κρεβάτι ανάνηψης νεογνού για περαιτέρω παρακολούθηση. Το νοσοκομείο Hochwald ως νοσοκομείο επιπέδου 4, δεν έχει παιδιατρική ή εντατική νεογνών, έτσι, σε περίπτωση που δεν βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας του νεογνού ή το pH του είναι <10 , τότε ενημερώνεται παιδίατρος από κάποιο νοσοκομείο επιπέδου 1 και έρχεται με ασθενοφόρο, για να γίνει η μεταφορά του νεογνού σε νοσοκομείο με εντατική νεογνού. Στον παρακάτω δακτύλιο παρουσιάζεται η πορεία των 326 νεογνών που γεννήθηκαν στην αίθουσα τοκετών με μαίες. Σε αυτά παρατηρείται ότι τα 307 (94,17%) δεν παρουσίασαν κανένα πρόβλημα, τα 8 (2,45%) εμφάνισαν διαταραχή προσαρμογής, 4 νεογνά (1,23%) είχαν ασφυξία, ενώ άλλα 4 νεογνά (1,23%) εμφάνισαν αμέσως μετά τον τοκετό κάποιο άλλο πρόβλημα, όπως μειωμένη γλυκόζη στο αίμα του νεογνού $<35\text{mg/dL}$, και 3 νεογνά (0,92%) δεν έχουν κατηγοριοποιηθεί.



Συμπεράσματα

Με την παρούσα διπλωματική εργασία, στόχος ήταν η ανάλυση του πολυδιάστατου και πολύπλοκου τομέα της μαιευτικής φροντίδας στη Γερμανία. Η ανάλυση εστίασε στην ιατροκοποίηση του τοκετού, την αύξηση των καισαρικών τομών, καθώς και στην υποστηρικτική και ανθρωποκεντρική φροντίδα που παρέχεται στις «Αίθουσες Τοκετών με Μαίες». Η μαιευτική φροντίδα παίζει κεντρικό ρόλο στην υγεία, την ασφάλεια και την ευημερία των γυναικών και των νεογέννητων. Εν τούτοις, η τάση της ιατροκοποίησης του τοκετού, η οποία χαρακτηρίζεται από τη χρήση μεγάλου αριθμού ιατρικών παρεμβάσεων και τεχνολογιών, προκαλεί σημαντικές προκλήσεις και διλήμματα. Ενώ οι τεχνολογίες και οι ιατρικές διαδικασίες μπορούν να σώσουν ζωές, ο υπερβολικός τους χρόνος μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες συνέπειες και να απομακρύνει τις γυναίκες από τον φυσιολογικό και φυσικό χαρακτήρα του τοκετού. Στον τομέα μας, είναι σημαντικό η επανεξέταση και η διαχείριση των κήσεων χαμηλού κινδύνου, διατηρώντας υψηλό επίπεδο ασφάλειας. Οι διεθνείς έρευνες έδειξαν ότι όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη, -δημόσιοι πληρωτές, υγεία ασφαλιστές και κυρίως οι μέλλουσες μητέρες-, θα επωφεληθούν από αυτό.

Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη περίπτωσης σχετικά με την «Αίθουσα Τοκετών με Μαίες» στη Μαιευτική κλινική του Hochwald παρείχε πληροφορίες και ενδείξεις σχετικά με την διαχείριση των γυναικών πριν, κατά και μετά τον τοκετό και επίσης παρείχε πολύτιμα στατιστικά στοιχεία του. Η αίθουσα τοκετού με μαίες προσφέρει μια εναλλακτική, ανθρωποκεντρική και ολιστική προσέγγιση στη μαιευτική φροντίδα, η οποία στοχεύει στην υποστήριξη και ενίσχυση της φυσικής διαδικασίας του τοκετού. Επίσης, ο σεβασμός των επιλογών και δικαιωμάτων των γυναικών και η προώθηση μίας ασφαλούς και θετικής εμπειρίας τοκετού αποτελεί μέρος της νοοτροπίας της συγκεκριμένης αίθουσας.

Συμπερασματικά ως προς τη μελέτη περίπτωσης που διεξάχθηκε παρουσιάστηκαν ορισμένοι περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας συλλογής δεδομένων, το 9,84% της έρευνας δεν είχε καταχωρηθεί σε κάποια κατηγορία στο πρόγραμμα συλλογής δεδομένων του νοσοκομείου, γι' αυτό αναγράφεται ως άγνωστο. Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι αυτός ο περιορισμός δεν αποτελεί πρόβλημα της μελέτης αλλά μάλλον μια δυσκολία που προέκυψε κατά την διαδικασία συλλογής δεδομένων.

Ένας ακόμη περιορισμός, αποτελεί το μέγεθος του δείγματος. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το μέγεθος του δείγματος στη μελέτη είναι περιορισμένο. Κατά τη διάρκεια των 6 χρόνων λειτουργίας της αίθουσας μαιών, καταγράφηκαν μόνο 326 τοκετοί. Ενδέχεται να

υπάρχουν περισσότερες διαφορές ή τάσεις που δεν έχουν προσδιοριστεί λόγω του περιορισμένου μεγέθους του δείγματος.

Παραρτήματα

Πίνακας 2.1

Λόγοι αποκλεισμού κατά την εισαγωγή
Πρόωρη ρήξη υμένων (11,04%)
Παράταση Κύησης (25,15%)
Προβλήματα με τον πλακούντα (4,3%)
Προεκλαμψία (11,04%)
Ύποπτο / Παθολογικό Καρδιοτοκογράφημα (10,43%)
Ισχιακό έμβρυο (4,91%)
Άλλα (π.χ. BMI>30, προσωπικό, ασθένεια γυναίκας) (33,13%)

Πίνακας 2.2

Αίτια αποκλεισμού κατά την διάρκεια τοκετού
Πρόωρη ρήξη υμένων (11,11%)
Ύποπτο/Παθολογικό Καρδιοτοκογράφημα (31,8%)
Μη εξέλιξη ενεργού στάδιου τοκετού (6,51%)
Μη εξέλιξη στο στάδιο εξώθησης (8,05%)
Παυσίπονο/Επισκληρίδιο (34,1%)
Άλλα (π.χ. κολπική αιμορραγία) (8,43%)

Πίνακας 2.3

Στάσεις τοκετού
Τοκετός στο νερό (20,24%)
Τετραποδική στάση (20,24%)
Σκαμπό τοκετού (17,19%)
Ξαπλωμένη στο πλάι (15,94%)
Όρθια (10,11%)
Ξαπλωμένη (8,89%)
Άγνωστη (7,39%)

Πίνακας 2.4

Πορεία γυναικών μετά τον τοκετό
Ρήξη 2ου Βαθμού (31,6%)
Άθικτο περίνεο (22,4%)
Ρήξη 1ου Βαθμού (14,72%)
Αιμορραγία > 500ml (11,35%)
Ρήξη κόλπου (9,51%)
Ρήξη στα χείλη του αιδοίου (4,6%)
Πρόβλημα με την αποκόλληση του πλακούντα (1,84%)
Επισιοτομή (1,53%)
Ρήξη 3ου & 4ου Βαθμού (0,92%)
Άγνωστο (1,53%)

Πίνακας 2.5

Πορεία νεογνών
Καμία επιπλοκή (94,17%)
Διαταραχή προσαρμογής νεογνού (2,5%)
Ασφυξία (1,23%)
Άλλα (π.χ. Γλυκόζη στο αίμα του νεογνού < 35mg/dL) (1,23%)
Άγνωστο (0,92%)

Διαβατήριο Μητέρας - Νεογνού

https://www.g-ba.de/downloads/83-691-707/2021-08-19_G-BA_Mutterpass_web_WZ.pdf

Νομοθεσία για την ιατρική και μαιευτική φροντίδα / sozialgesetzbuch (sgb) fünftes buch (v) - gesetzliche krankenversicherung - (artikel 1 des gesetzes v. 20. Dezember 1988, Bgbl. I s. 2477) § 24d ärztliche betreuung und hebammenhilfe

https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_24d.html

Πρόγραμμα Σπουδών στο Πανεπιστήμιο Μαιευτικής της Fulda

7. Semester 30 ECTS <i>Staatliche Prüfung</i>	H 19: Gesundheits-politischer Kon-text der Hebammenar-beit 5 ECTS, 4 SWS	H 20: Innovative Ver-sorgungs-kon-zepte für kriti-sche Situatio-nen im Be-treuungsbo-ge-n 5 ECTS, 4 SWS	H 21: Theoretisch fundiertes Heb-ammen-handeln in komplexen Fäl-len 5 ECTS, 5 SWS	H 22: Interdisziplinäre Entscheidungs-findung und ko-operatives Han-deln in heraus-fordernden Si-tuationen der Berufs-praxis 5 ECTS, 5 SWS	H 23: Perinatale Heb-ammen-begleitung 10 ECTS, 187,5 h Praxis, 4 SWS
6. Semester 30 ECTS <i>Theorie-Praxis-Transfer</i>	H 17: Bachelorarbeit 10 ECTS, 2 SWS		H 18: Hebammenarbeit in verschiedenen Settings 20 ECTS, 562,5 h Praxis, 1 SWS		
5. Semester 30 ECTS <i>Erweiterung des Berufsfeldes</i>	H 12: Neonatologie und Pädiatrie 5 ECTS, 5 SWS	H 13: Erweiterung des Berufsfeldes 5 ECTS, 5 SWS	H 14: Evidenzinfor-mierte Praxis 5 ECTS, 4 SWS	H 15: Gesundheits-förderung in der Arbeit von Hebammen 5 ECTS, 5 SWS	H 16: Hebammen-be-treuung der Fa-milien in beson-deren Situa-tionen 10 ECTS, 225 h Praxis, 2,5 SWS
4. Semester 30 ECTS <i>Wochenbett</i>	H 10, PG1005: Empirische Sozialforschung 10 ECTS, 8 SWS		H 11: Hebammenbegleitung im Wochenbett und während der Stillzeit 20 ECTS, 337,5 h Praxis, 10,5 SWS		

3. Semester 30 ECTS <i>Geburt</i>	H 7: Physiologie und Pathologie der Geburt 10 ECTS, 10 SWS		H 8: Praktische Geburtsbegleitung 10 ECTS, 10 SWS	H 9: Hebammenbegleitung der Gebärenden 10 ECTS, 225 h Praxis, 3 SWS
2. Semester 30 ECTS <i>Schwangerschaft</i>	H 4: Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft 10 ECTS, 10 SWS		H 5: Hebammenbegleitung in der Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung 10 ECTS, 10 SWS	H 6: Hebammenbetreuung von Schwangeren 10 ECTS, 262,5 h KRS, 0,5 SWS
1. Semester 30 ECTS <i>Grundlagen</i>	H 1: Biomedizinische Grundlagen für das Studium der Hebammenkunde 5 ECTS, 5 SWS	H 2: Hebamme als akademischer Beruf 5 ECTS, 5 SWS	H 3: Einführung in die klinische und außerklinische Hebammentätigkeit 20 ECTS, 2 x 6 Wochen Praxis (450 h), 6 SWS	

<https://www.hs-fulda.de/gesundheitswissenschaften/studium/bachelorstudiengaenge/hebammenkunde-bsc>

Βιβλιογραφία

Allen, V.M. *et al.* (2003) ‘Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term’, *Obstetrics and Gynecology*, 102(3), pp. 477–482. Available at: [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(03\)00570-2](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(03)00570-2).

Angolile, C.M. *et al.* (2023) ‘Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action’, *Health Science Reports*, 6(5), p. e1274. Available at: <https://doi.org/10.1002/hsr2.1274>.

Anja, V. (2020) ‘Was macht eine Hebamme bei der Geburt?’, *Von guten Eltern*, 8 January. Available at: <https://www.vonguteneltern.de/was-macht-eine-hebamme-bei-der-geburt/> (Accessed: 11 September 2023).

Arnold, M. (2016a) ‘Geburtshilfe in Deutschland: Zum Wohl von Mutter und Kind’, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 70(3), pp. 7–13. Available at: <https://www.jstor.org/stable/26766208> (Accessed: 26 April 2023).

Arnold, M. (2016b) ‘Geburtshilfe in Deutschland: Zum Wohl von Mutter und Kind’, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 70(3), pp. 7–13. Available at: <https://www.jstor.org/stable/26766208> (Accessed: 23 July 2023).

Arrish, J., Yeatman, H. and Williamson, M. (2017) ‘Midwives’ Role in Providing Nutrition Advice during Pregnancy: Meeting the Challenges? A Qualitative Study’, *Nursing Research and Practice*, 2017, p. 7698510. Available at: <https://doi.org/10.1155/2017/7698510>.

Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó. and Lundgren, I. (2012) ‘A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings’, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), pp. 79–87. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>.

Bernard Braun (2006) ‘Geburten und Geburtshilfe in Deutschland’. Schwäbisch Gmünd. Available at: <https://www.barmer.de/resource/blob/1022820/cee3c98d1c01f294acc2010680844000/gek-geburten-geburtshilfe-43-data.pdf>.

Bernitz, S. *et al.* (2016) ‘Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women’, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, p. 143. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0932-x>.

Betran, A. *et al.* (2016) ‘WHO Statement on Caesarean Section Rates’, *Bjog*, 123(5), pp. 667–670. Available at: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>.

Britton, J.R. (2012) ‘The assessment of satisfaction with care in the perinatal period’, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), pp. 37–44. Available at: <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.658464>.

Bryar, Rosamund M. (2003) *Theorie und Hebammenpraxis / Rosamund M. Bryar. Aus dem Engl. von Elisabeth Brock. Dt.-sprachige Ausg. hrsg. von Simone Kirchner*. Huber.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2016) ‘Mutterschafts-Richtlinien’. Available at: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL_2016-04-21_iK-2016-07-20.pdf [(Accessed: 15 October 2017).

Bundesministerium für Gesundheit (2023) *Angebote für werdende Mütter*. Available at: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/schwangerschaft-krankenversicherung.html> (Accessed: 4 September 2023).

Cardwell, C.R. *et al.* (2008) ‘Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies’, *Diabetologia*, 51(5), pp. 726–735. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00125-008-0941-z>.

Ciardulli, A. *et al.* (2017) ‘Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis’, *Obstetrics & Gynecology*, 129(3), p. 473. Available at: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001898>.

Cignacco, E., Büchi, S. and Oggier, W. (2004) ‘Hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Spital’, *Pflege*, 17, pp. 0253–0261. Available at: <https://doi.org/10.1024/1012-5302.17.4.253>.

Clarissa M. Schwarz (2008) *Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung- am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen*. Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin zur Erlangung des akademischen Grades. Available at: <https://api-depositonce.tu-berlin.de/server/api/core/bitstreams/405b7398-e811-4119-8578-7bc2b4a61df4/content>.

Davis-Floyd, R. (2001) ‘The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth’, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1), pp. S5–S23. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0).

Deutscher Bundestag (2021) ‘Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen’. Available at: <https://www.bundestag.de/resource/blob/844764/ac656a16f259978b379e41f649f39865/WD-9-012-21-pdf-data.pdf>.

Deutscher Hebammen Verband (2018) ‘HEBAMMEN-KREIßSAAL-WIE GEHT DAS? Das kleine ABC’. Available at: https://hebammen-sh.de/wp-content/uploads/180919_DHV_Hebammenkreisssaal_ABC_Broschuere_web.pdf.

DHZ (2018) *Geburtshäuser in Deutschland, Deutsche Hebammen Zeitschrift*. Available at: <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/die-genaue-zahl-ist-nicht-bekannt/> (Accessed: 4 September 2023).

Eide, B.I., Nilsen, A.B.V. and Rasmussen, S. (2009) ‘Births in two different delivery units in the same clinic – A prospective study of healthy primiparous women’, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, p. 25. Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-25>.

Galková, G. *et al.* (2022) ‘Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019’, *Global Pediatric Health*, 9, p. 2333794X211070916. Available at: <https://doi.org/10.1177/2333794X211070916>.

G-BA (2013) ‘Bericht zum Beratungsverfahren gemäß § 135 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. § 24 und § 24e SGB V bzw. § 8 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) Ultraschallscreening in der Schwangerschaft’. Available at: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2454/2013-03-21_Mu-RL_Ultraschallscreening-Merkblatt_ZD.pdf.

G-BA (2015) ‘Geschäftsbericht 2015 Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V’. Available at: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4136/2017_07-17-Geschaeftsbericht_2015_bf.pdf.

G-BA (2016) *G-BA aktuell Nr. 03 – Juni 2016 - Gemeinsamer Bundesausschuss*. Available at: <https://www.g-ba.de/service/newsletter/145/> (Accessed: 23 July 2023).

G-BA (2022) ‘Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFRRL)’. Available at: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3004/QFR-RL_2022-10-20_iK-2023-01-01.pdf.

G-BA (2023) *Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene - Gemeinsamer Bundesausschuss*. Available at: <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/> (Accessed: 3 September 2023).

GKV Spitzenverband (2015) ‘Hebammenhilfevertrag § 134a Abs. 1 SGB V in der Fassung des Schiedsspruches (Social Security Code book 5 version of arbitral award)’. Available at: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Vertrag_nach_134a_SGB_V_in_der_Fassung_des_Schiedsspruchs_2015.pdf ; 2015 (Accessed: 25 August 2016).

GKV-Spitzenverband (2020a) ‘Beiblatt 1 Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld zur Anlage 3 Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V’. Available at: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/20200401_Hebammen_Anlage_zur_Vereinbarung_-_Beiblatt_1_Kriterien_zu_Geburten_im_haeuslichen_Umfeld_Anlage_3_QV_final.pdf.

GKV-Spitzenverband (2020b) *Pressemitteilung Neuer Kriterienkatalog für Hausgeburten*. GKV-Spitzenverband. Available at: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1010176.jsp (Accessed: 23 July 2023).

GKV-Spitzenverband (2023a) *Geburtshäuser*. GKV-Spitzenverband. Available at: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtshaeuser/geburtshaeuser/geburtshaeuser.jsp (Accessed: 4 September 2023).

GKV-Spitzenverband (2023b) *Keine neuen Evidenzen zu Ausschlusskriterien bei Hausgeburten*. Available at: https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/09/meldung/09_hebammen/09_hebammen.html (Accessed: 4 September 2023).

2023).

Goberna-Tricas, J. *et al.* (2011) ‘Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women’, *Midwifery*, 27(6), pp. e231-237. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.004>.

Goeckenjan, M., Brückner, A. and Vetter, K. (2021) ‘Schwangerenvorsorge’, *Der Gynäkologe*, 54(8), pp. 579–589. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00129-021-04821-5>.

Goldkuhl, L. *et al.* (2022) ‘The influence and meaning of the birth environment for nulliparous women at a hospital-based labour ward in Sweden: An ethnographic study’, *Women and Birth*, 35(4), pp. e337–e347. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.005>.

Healy, S., Humphreys, E. and Kennedy, C. (2017) ‘A qualitative exploration of how midwives’ and obstetricians’ perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth’, *Women and Birth*, 30(5), pp. 367–375. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.005>.

HebG- Hebammengesetz (1985) *Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers* [Law of the midwife profession], *Bundesgesetzblatt I [Federal Law Gazette I]*, *Hebammengesetz vom 4. Juni 1985, das durch Artikel 17b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist*. Available at: http://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985/BJNR009020985.html ; 1985 (Accessed: 30 January 2017).

Hodnett, E.D., Downe, S. and Walsh, D. (2012) ‘Alternative versus conventional institutional settings for birth’, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8), p. CD000012. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub4>.

Hornemann, A. *et al.* (2008) ‘Primäre Sectiones subventionieren Spontangeburt. Spielen finanzielle Interessen bei der steigenden Sectiorate eine Rolle?’, *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde - GEBURTSH FRAUENHEILK*, 68, pp. 1082–1088. Available at: <https://doi.org/10.1055/s-2008-1039049>.

Hundley, V.A. *et al.* (1994) ‘Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care.’, *BMJ : British Medical Journal*, 309(6966), pp. 1400–1404. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541316/> (Accessed: 5 September 2023).

IJRC (2016) ‘ECtHR Allows Czech Law Prohibiting Midwife Assistance in Home Births’, *International Justice Resource Center*, 21 November. Available at: <https://ijrcenter.org/2016/11/21/ecthr-allows-czech-law-prohibiting-midwife-assistance-in-home-births/> (Accessed: 29 July 2023).

Isaline, G. *et al.* (2019) ‘An exploratory cost-effectiveness analysis: Comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Belgium’, *Midwifery*, 75, pp. 117–126. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.004>.

Janssen, P.A. *et al.* (2009) ‘Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician’, *CMAJ*, 181(6–7), pp. 377–383. Available at: <https://doi.org/10.1503/cmaj.081869>.

Johanson, R., Newburn, M. and Macfarlane, A. (2002) 'Has the medicalisation of childbirth gone too far?', *BMJ : British Medical Journal*, 324(7342), pp. 892–895. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122835/> (Accessed: 22 July 2023).

Juliane Neutsch (2021) *Nachsorge bei der Hebamme: Das sollten Sie wissen*. Available at: https://praxistipps.focus.de/nachsorge-bei-der-hebamme-das-sollten-sie-wissen_134084 (Accessed: 3 September 2023).

Junghänel, K. *et al.* (2015) 'Kaiserschnitte in deutschen Krankenhäusern: Wie zuverlässig sind Routinedaten aus dem strukturierten Qualitätsbericht für die Bestimmung der Kaiserschnitttraten?', *Das Gesundheitswesen*, 77, p. 6 S. Available at: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1381990>.

Kolip Petra (2012) 'Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus: Kaiserschnitt vs. Spontangeburt', (Gesundheitsmonitor 2012), pp. 182–204.

Landesverband der Hessischen Hebammen (2020) *Berufsordnung - Landesverband der Hessischen Hebammen, Landesverband der Hessischen Hebammen - Website des Landesverbandes der Hessischen Hebammen e.V.* Available at: <https://hebammen-hessen.de/beruf-hebamme/berufsordnung/> (Accessed: 3 September 2023).

Landesverband der Hessischen Hebammen e.V (2020) *Studiengang - Landesverband der Hessischen Hebammen, Landesverband der Hessischen Hebammen - Website des Landesverbandes der Hessischen Hebammen e.V.* Available at: <https://hebammen-hessen.de/beruf-hebamme/studiengang/> (Accessed: 22 July 2023).

Larsson, C. *et al.* (2021) 'Surgical complications after caesarean section: A population-based cohort study', *PLoS ONE*, 16(10), p. e0258222. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258222>.

Lattof, S.R. *et al.* (2020) 'Developing measures for WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: a conceptual framework and scoping review', *BMJ Open*, 9(4), p. e024130. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024130>.

Luyben Ans (2001) 'Geburtshilfe im 21. Jahrhundert; Erwartungen und Perspektiven"', (2), pp. 71–77.

Luz Gibbons *et al.* (2010) 'The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage,in: WORLD HEALTH REPORT, Backgroundpaper 30'. Available at: https://www.researchgate.net/publication/265064468_The_Global_Numbers_and_Costs_of_Additionally_Needed_and_Unnecessary_Caesarean_Sections_Performed_per_Year_Overuse_as_a_Barrier_to_Universal_Coverage_HEALTH_SYSTEMS_FINANCING.

MacKenzie Bryers, H. and van Teijlingen, E. (2010) 'Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care', *Midwifery*, 26(5), pp. 488–496. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.003>.

Melender, H.-L. (2006) 'What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women', *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5), pp. 331–339. Available at:

<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.02.009>.

Miquelutti, M.A., Cecatti, J.G. and Makuch, M.Y. (2013) 'Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), p. 171. Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-171>.

Mselle, L.T. and Eustace, L. (2020) 'Why do women assume a supine position when giving birth? The perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), p. 36. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2726-4>.

Münstedt, K., Brenken, A. and Kalder, M. (2009) 'Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany: a questionnaire study', *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 146(1), pp. 50–54. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.05.013>.

Mylonas, I. and Friese, K. (2015) 'Indications for and Risks of Elective Cesarean Section', *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(29–30), pp. 489–495. Available at: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>.

Nicola Bauer *et al.* (2007) *Handbuch Hebammenkreißsaal Von der Idee zur Umsetzung*. Verbund Hebammenforschung.

QUAG e.V (2003) 'Qualitätsbericht 2002. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland'.

QUAG e.V (2015) 'Qualitätsbericht, Außerklinische Geburten in Deutschland'. Available at: https://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2015.pdf.

Renfrew, M.J. *et al.* (2014) 'Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care', *Lancet (London, England)*, 384(9948), pp. 1129–1145. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).

Robyn Horsager-Boehrer, M.D. (2018) *Seven ways labor and delivery has changed for the better | Your Pregnancy Matters | UT Southwestern Medical Center*. Available at: <http://utswmed.org/medblog/recommendations-for-positive-birth-experience/> (Accessed: 14 September 2023).

Rydahl, E. *et al.* (2019) 'Cesarean section on a rise—Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study', *PLoS ONE*, 14(1), p. e0210655. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210655>.

Sandall, J. *et al.* (2016) 'Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women', *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4), p. CD004667. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>.

Scaer, R.M. (2002) 'Normal Birth: Two Stories', *The Journal of Perinatal Education*, 11(2), pp. 1–12. Available at: <https://doi.org/10.1624/105812402X88669>.

Smith, C.A. *et al.* (2006) 'Complementary and alternative therapies for pain management in

labour’, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(4), p. CD003521. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003521.pub2>.

Soltani, H. and Sandall, J. (2012) ‘Organisation of maternity care and choices of mode of birth: a worldwide view’, *Midwifery*, 28(2), pp. 146–149. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.009>.

Souza, J. *et al.* (2010) ‘Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health’, *BMC Medicine*, 8(1), p. 71. Available at: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71>.

Stachowiak, K. (2001) *Aromatherapie*. Stuttgart: Hippokrates.

STARK, Michael (Hg.) (2009) *Der Kaiserschnitt. Indikationen – Hintergründe – Operatives Management der Misgav-Ladach-Methode*. München: URBAN&FISCHER.

Šťastná, A. *et al.* (2022) ‘Does Advanced Maternal Age Comprise an Independent Risk Factor for Caesarean Section? A Population-Wide Study’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), p. 668. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010668>.

Statistik hessen (2023) *Bevölkerung in Hessen*, *statistik.hessen.de*. Available at: <https://statistik.hessen.de/unsere-zahlen/bevoelkerung> (Accessed: 1 August 2023).

Statistisches Bundesamt (2013a) ‘20 Jahre Krankenhausstatistik, S.119 Tabelle 6 (März 2012)’. Available at: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (2013b) ‘Pressemitteilung Nr. 365 (18.10.2012).’, 7 January. Available at: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilung/2012/10/PD12_365_231.html.

Statistisches Bundesamt (2022) *Hebammen und Entbindungspfleger - Anzahl in Deutschland bis 2020*, *Statista*. Available at: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159664/umfrage/hebammen-und-entbindungspfleger-in-deutschland-seit-2000/> (Accessed: 20 July 2023).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018) ‘Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser’. Available at: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611187004.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020) ‘Grunddaten der Krankenhäuser’, (Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Available at: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207004.pdf?__blob=publicationFile.

StudiScan (2023) *Hebamme Studium - 40 Studiengänge in Deutschland*. Available at:

<https://www.studieren-studium.com/studium/studieren/hebamme-Deutschland> (Accessed: 16 November 2023).

SURBEK, Daniel (2014) ‘Gynäkologie und Geburtshilfe: Sectio caesarea: Machen wir zu viele?’, pp. 970–972. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/1895/d7ff40ad6d91a25d0e89cac235135074131d.pdf>.

Tanja Karrer (2016) *Medizinisch nicht indizierte Kaiserschnitte aus theologisch-ethischer Sicht*. Universität Wien.

The German healthcare system (2023) *Expatica Germany*. Available at: <https://www.expatica.com/de/healthcare/healthcare-basics/german-healthcare-system-103359/> (Accessed: 14 September 2023).

Vetter, K. and Goeckenjan, M (2013) *Schwangerenvorsorge in Deutschland* | SpringerLink. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-013-1858-3#citeas> (Accessed: 3 September 2023).

Waldenström, U., Rudman, A. and Hildingsson, I. (2006) ‘Intrapartum and postpartum care in Sweden: women’s opinions and risk factors for not being satisfied’, *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(5), pp. 551–560. Available at: <https://doi.org/10.1080/00016340500345378>.

WHO (1996) ‘Care in Normal Birth: A practical Guide. Report of a technical Working group’.

Wolfgang U. Eckart (2021) *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. 9th edn. Springer.

WHO (2016) *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Available at: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912> (Accessed: 4 September 2023).

Zakerihamidi, M., Latifnejad Roudsari, R. and Merghati Khoei, E. (2015) ‘Vaginal Delivery vs. Cesarean Section: A Focused Ethnographic Study of Women’s Perceptions in The North of Iran’, *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(1), pp. 39–50. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280556/> (Accessed: 5 September 2023).

Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) (2006) ‘Health care in Germany: The German health care system’, in *InformedHealth.org [Internet]*. Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298834/> (Accessed: 14 September 2023).