

ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΤΗΣ 2^{ΑΣ} ΑΠΡΙΛΙΟΥ 1987

ΠΡΟΕΔΡΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΜΠΟΝΗ

ΙΑΤΡΙΚΗ. — **Ἡ περιγεννητική καὶ νεογνικὴ θνησιμότητα στὴν Ἑλλάδα, πρόβλημα βιοϊατρικὸ, κοινωνικὸ καὶ δημογραφικὸ, ὑπὸ Χρύσας Τζουμάκα-Μπακούλα, Νικ. Μатσανιώτη***, διὰ τοῦ ἀκαδημαϊκοῦ κ. Νικολάου Μатσανιώτη.

Ἡ περιγεννητικὴ θνησιμότητα ἐκφράζει τοὺς θανάτους ποὺ συμβαίνουν μετὰ τὴν 28ῃ ἐβδομάδα τῆς ἐγκυμοσύνης ἕως καὶ τὴν 1ῃ ἐβδομάδα τῆς ζωῆς. Συμπεριλαμβάνει φυσικὰ καὶ τοὺς θανάτους ποὺ ἐπισυμβαίνουν κατὰ τὴ διάρκεια τοῦ τοκετοῦ. Ἡ νεογνικὴ θνησιμότητα ἐκφράζει τοὺς θανάτους τῶν νεογνῶν ποὺ γεννήθηκαν ζωντανὰ στὴ διάρκεια τοῦ πρώτου μῆνα μετὰ τὸν τοκετό.

Περιγεννητικὴ καὶ νεογνικὴ θνησιμότητα εἶναι δείκτες ποὺ δίνουν τὸ μέτρο τῆς ἐπάρκειας, ποσοτικῆς καὶ ποιοτικῆς, τῶν μαιευτικῶν καὶ παιδιατρικῶν ὑπηρεσιῶν σὲ μιὰ χώρα. Ἀντίθετα, ἡ μετανεογνικὴ θνησιμότητα (θάνατοι μετὰ τὸν 1ο μῆνα μέχρι τὸ τέλος τοῦ 1ου χρόνου) δὲν ἐπηρεάζεται τόσο ἀπὸ τὴν ποιότητα τῆς παρεχόμενης ἰατρικῆς φροντίδας ὅσο ἀπὸ τὸ κοινωνικὸ, οἰκονομικὸ καὶ πολιτισμικὸ ἐπίπεδο.

Οἱ στατιστικὲς ποὺ ἀφοροῦν τὴν περιγεννητικὴ καὶ νεογνικὴ θνησιμότητα εἶναι περιορισμένες καὶ ἀσαφεῖς, ἀκόμη καὶ σὲ χῶρες ὑγειονομικὰ ἀναπτυγμένες. Δὲν εἶναι λοιπὸν παράξενο, γιατί ἡ Ἑλλάδα στοὺς πίνακες τῶν Διεθνῶν Ὁργανισμῶν Ὑ-

* C. BAKOULA, N. MATSANIOTIS. **Perinatal and Neonatal Mortality in Greece. A Biomedical Social and Demographic Problem.**

γείας έφερε μέχρι σήμερα την ένδειξη «στοιχεΐα έλλιπή» ή «στοιχεΐα αναξιόπιστα».

Χρειάστηκαν αρκετά χρόνια για να αναγνωρισθεί από έρευνητές και οργανωτές τών υπηρεσιών υγείας ή αναγκαιότητα διερεύνησης τών προβλημάτων τής περιγεννητικής και νεογνικής περιόδου. Έγινε επίσης φανερό ότι για να έπισημανθοῦν οι ιδιαιτερότητες, για να διαμορφωθοῦν σημεία αναφορᾶς διαχρονικῶν και διακρατικῶν συγκρίσεων, και κυρίως για να έπισημανθοῦν οι ανεπάρκειες και για να σχεδιαστοῦν κατάλληλες λύσεις απαιτοῦνται ακριβεΐς πληροφορίες σε έθνικό επίπεδο. Ωστόσο μέχρι σήμερα μόνο ή Αγγλία, ή Κούβα και ή Ν. Ζηλανδία, έχουν έπιχειρήσει και διεκπεραιώσει τέτοιες μελέτες.

Μ' αυτό τὸ κίνητρο και γι' αυτό τὸ σκοπὸ έγινε από την Α' Παιδιατρική Κλινική τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν ή Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα, εὑρήματα τής οποίας σᾶς παρουσιάζω σήμερα.

Μεθοδολογικά, ή επίδημιολογική αὐτή μελέτη ήταν προγραμματισμένη, πληθυσμιακή και συγχρονική, δηλαδή κάλυψε χωρίς έπιλογή ὅλους τοὺς τοκετοὺς ποὺ έγιναν στὴ χώρα μας τὶς 30 ἡμέρες τοῦ Ἀπριλίου 1983. Για κάθε έπίτοκο ποὺ γέννησε σ' αὐτὸ τὸ διάστημα ζωντανὸ ή νεκρὸ μωρὸ με βάρος μεγαλύτερο από 500 γρ. συμπληρώθηκαν από τοὺς ειδικὰ εκπαιδευμένους για τὴν έρευνα γιατροὺς ή μαΐες, ὑπεύθυνους τοῦ τοκετοῦ, οι ἀπαντήσεις σε περισσότερα από 100 έρωτήματα. Τὰ έρωτηματολόγια ήταν προκωδικοποιημένα και ἀναφέρονταν στὸ κοινωνικὸ και μορφωτικὸ επίπεδο τής οἰκογένειας, τὴν υγεία και τὶς συνήθειες τής μητέρας, τὴν προγεννητικὴ φροντίδα ποὺ εἶχε, τὸ εἶδος τοῦ τοκετοῦ και τὴν ἔκβασή του, ἐνῶ τὰ νεογέννητα παρακολοιυήθηκαν τὴν πρώτη εβδομάδα τής ζωῆς τους, ἔστω κι ἂν μεταφέρθηκαν για νοσηλεία μακριὰ από τὴν μητέρα τους. Παράλληλα, από τὰ κατὰ τόπους ληξιαρχεΐα και τὴν Κεντρικὴ Στατιστικὴ Ὑπηρεσία τὸ σύνολο τών παιδιῶν ποὺ γεννήθηκαν τὸν Ἀπρίλιο τοῦ 1983 παρακολοιυήθηκαν συνεχῶς για ἕνα χρόνο ἀκόμη, προκειμένου να προσδιορισθεί ή νεογνικὴ και μετανεογνικὴ θνησιμότητα.

Ἡ ομάδα έρευνας ἔφτασε μέσω τοῦ Ὑπουργείου Ὑγείας στὶς Κρατικὲς Ὑπηρεσίες τοῦ Νομοῦ. Λειτουργικὴ προέκταση τών κρατικῶν υπηρεσιῶν ὑπῆρξε ὁ τοπικὸς συντονιστὴς τής έρευνας, ἕνας, ἀποκλειστικὰ ὑπεύθυνος για κάθε νομό.

Οἱ 55 συντονιστές, μαΐες κυρίως και έπισκέπτριες ἀδελφές, παρακολοιυήθηκαν εἰδικὸ εκπαιδευτικὸ σεμινάριο, ἀποσπᾶσθηκαν από τὴν ὑπηρεσία τους, και για 2 μῆνες ἐργάστηκαν ἀποκλειστικὰ στὸ έρευνητικὸ πρόγραμμα. Στὴ συνέχεια οι συντονιστὲς ἐκπαίδευσαν τὶς μαΐες, τοὺς μαιευτῆρες, τοὺς ἀγροτικοὺς γιατροὺς και τοὺς νεογνολόγους τής περιφέρειάς τους.

‘Ο ένθουσιασμός τῶν συντονιστῶν μὲ τὸν τόνο τῆς ἀνθρώπινης διάστασης, μακριὰ ἀπὸ κάθε ὑπαλληλικὴ νοοτροπία, τοποθέτησε τὸν τελικὸ στόχο τῆς ἔρευνας στὸ ἐπίπεδο «ἀτομικοῦ ἐπιτεύγματος». Τὸ στοιχεῖο αὐτὸ ἀποτελέσει κατὰ τὴ γνώμη μου τὸ «κλειδὶ» τῆς ἐπιτυχίας.

Συγκεντρώθηκαν 11.048 συμπληρωμένα ἔντυπα γιὰ ἰσάριθμους τοκετοὺς ποὺ ἀποτελοῦν τὸ 8% τῶν γεννήσεων τὸ χρόνο. Αὐτὴ ἡ σύγχρονη, ἀνεπίλεκτη καταγραφή ἀντιπροσωπευτικοῦ δείγματος τοῦ ἀναπαραγωγικοῦ καὶ νεογνικοῦ μας πληθυσμοῦ τροφοδότησε μιὰ τεράστια δεξαμενὴ στοιχείων. 11.000 τοκετοὶ ἐπὶ 100 ἐρωτήματα ποὺ ἀπαντήθηκαν ἀθροίζονται σὲ περισσότερες ἀπὸ 1.000.000 πληροφορίες. Ἡ ἀνάλυσή τους ἔγινε μὲ ἠλεκτρονικὸ ὑπολογιστὴ στὴν Ἀμερικὴ σὲ συνεργασία μὲ τὴν Παγκόσμια Ὁργάνωση Ὑγείας, γεγονός ποὺ ἐνισχύει τὴν ἐπιδημιολογικὴ ἀξιοπιστία τῶν ἀποτελεσμάτων.

Ἡ περιγεννητικὴ θνησιμότητα στὴ χώρα μας βρέθηκε 24%.

Αὐτὸ σημαίνει ὅτι στὶς 1000 Ἑλληνίδες, ποὺ φθάνουν τὴν 28ῃ ἐβδομάδα κυήσεως, οἱ 24 θὰ γεννήσουν ἢ νεκρὸ μωρό, ἢ τὸ βρέφος τους θὰ πεθάνει τὴν 1ῃ ἐβδομάδα μετὰ τὸν τοκετό.

Ἡ νεογνικὴ θνησιμότητα βρέθηκε 15.3%. Δηλαδή ἀπὸ τὰ 1000 μωρὰ ποὺ γεννιοῦνται ζωντανὰ τὰ 15 θὰ πεθάνουν τὸν πρῶτο μῆνα τῆς ζωῆς τους.

Ὑπολογίζεται ὅτι κάθε χρόνο χάνονται 3000 ζωές τὴν περιγεννητικὴ περίοδο, δηλαδή λίγο πρὶν, κατὰ καὶ ἀμέσως μετὰ τὸν τοκετό. Καὶ ἀπ’ αὐτὰ ποὺ γεννιοῦνται ζωντανὰ, 2000 πεθαίνουν τὸν πρῶτο μῆνα τῆς ζωῆς τους, εἰδικότερα τὰ 1500 πεθαίνουν τὴν 1ῃ ἐβδομάδα.

Ἡ ὑψηλὴ νεογνικὴ θνησιμότητα εἶναι ἐκείνη ποὺ διατηρεῖ ἀκόμη ὑψηλὴ καὶ τὴ βρεφικὴ μας θνησιμότητα ποὺ εἶναι — κατὰ τὴ μελέτη — 18.7% καὶ ὄχι 14% ποὺ ἀναφέρουν οἱ ἐπίσημες στατιστικὲς μας.

Ἡ περιγεννητικὴ καὶ κυρίως ἡ ὑψηλὴ νεογνικὴ μας θνησιμότητα δίνει τὸ μέτρο τῆς ἀνεπάρκειας τῶν μαιευτικῶν καὶ παιδιατρικῶν ὑπηρεσιῶν στὴ χώρα μας.

Ἡ σύγκριση μὲ ἄλλες χῶρες ἐπιβεβαιώνει εὐγλωττα τὸ πρόβλημά μας. (Πίνακας).

Βρισκόμαστε 10-15 χρόνια πίσω ἀπὸ τὶς ἀναπτυγμένες χῶρες ὡς πρὸς τὴν περιγεννητικὴ θνησιμότητα, μὲ διπλάσιο ἢ τριπλάσιο ποσοστὸ θανάτων τὴν πρώτη ἐβδομάδα καὶ τὸν πρῶτο μῆνα τῆς ζωῆς. Ἀντίθετα, ἡ μετανεογνικὴ μας θνησιμότητα, δηλαδή ἡ θνησιμότητα μετὰξὺ τοῦ 1ου καὶ 12ου μῆνα τῆς ζωῆς ποὺ φανερῶνει κυρίως τὶς συνθῆκες διαβίωσης τοῦ πληθυσμοῦ καὶ ἐλάχιστα τὸ ἐπίπεδο τῶν

ύπηρεσιών υγείας, είναι εξαιρετικά χαμηλή. Είναι μόνο 3%. Πηγαίνουμε στο σημείο αυτό πολύ καλύτερα από την Αγγλία και τη Γερμανία για παράδειγμα.

Η επί μέρους ανάλυση τών στοιχείων τής μελέτης φώτισε λεπτομερειακά το πρόβλημα, γιατί αποκάλυψε γεωγραφικές διακυμάνσεις τόσο τής περιγεννητικῆς όσο και τής νεογνικῆς θνησιμότητας.

Συγκεκριμένα:

Η Θράκη, ή Θεσσαλία και ή Πελοπόννησος στις όποιες γεννιέται 20% τών παιδιών μας, παρουσιάζουν μέχρι και διπλάσια περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα, και ή διαφορά αὐτή οφείλεται κυρίως στή θνησιμότητα τῆς 1ης ἐβδομάδας. Στό σύνολο τῆς χώρας δέν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ἀγροτικῶν και ἀστικῶν περιοχῶν, τουλάχιστον ὅπως δηλώνονται δημογραφικά. Ἀντίθετα, ή πρώτη νεογνική θνησιμότητα βρέθηκε σημαντικά χαμηλότερη στά μεγάλα ἀστικά κέντρα (Ἀθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη) ὅπου γίνονται οἱ μισοί τοκετοί, σέ σύγκριση μέ τήν ὑπόλοιπη χώρα.

Οἱ διαφορές αὐτές ἐπιτρέπουν τήν ὑπόθεση ὅτι οἱ περιγεννητικές ὑπηρεσίες υγείας στήν περιφέρεια εἶναι λιγότερο ἐπαρκεῖς, σέ ἀντίθεση μέ τίς κεντρικές πού εἶναι καλύτερα ὀργανωμένες.

Ἐνδιαφέρον ἦταν τό εὔρημα ὅτι τὰ νεογνά πού γεννιῶνται τίς πρωινές ὥρες τῶν ἐργασίμων ἡμερῶν ἔχουν τή χαμηλότερη θνησιμότητα (18%). Ἀντίθετα, ἔχουν αὐξημένη θνησιμότητα ὅσα γεννιῶνται τίς ἀπογευματινές ὥρες (27%) και ἀκόμη μεγαλύτερη ὅσα γεννιῶνται Κυριακές και ἀργίες (32%).

Σημαντικό ἴσως ἀπό κοινωνιολογική θεώρηση εἶναι ὅτι ή ἐκπαίδευση τοῦ πατέρα ἔχει περισσότερη ἐπίδραση στήν τύχη τοῦ κυήματος ἢ τοῦ νεογνοῦ σέ σύγκριση μέ τήν ἐκπαίδευση τῆς μητέρας. Η χαμηλότερη θνησιμότητα παρατηρήθηκε στις περιπτώσεις πού ὁ πατέρας εἶχε περισσότερα ἀπό 12 χρόνια σχολικῆς φοίτησης (12%), ἀνεξάρτητα ἀπό τήν ἐκπαίδευση τῆς μητέρας. Ἀντίθετα, μητέρες μορφωμένες ἀλλά παντρεμένες μέ λιγότερο ἐκπαιδευμένο πατέρα φαίνεται ὅτι ἔχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, ἀνάλογο μέ ἐκεῖνο πού καθορίζει ή ἐκπαίδευση τοῦ πατέρα και ὄχι ή δική τους.

Θεωρητικά οἱ μηχανισμοὶ παρέμβασης γιά τή μείωση τῆς περιγεννητικῆς και νεογνικῆς θνησιμότητας κατευθύνονται σέ δυό στόχους:

- 1) Στήν καλή ἐνδομήτρια ἀνάπτυξη τοῦ κυήματος.
- 2) Στήν καλύτερη περιγεννητική φροντίδα.

Τὰ ἐπιδημιολογικά στοιχεῖα τῆς μελέτης ἀποδεικνύουν ὅτι ή κατανομή τοῦ

βάρους τῶν νεογνῶν μας στὴ γέννηση ποὺ εἶναι καθοριστικὸς παράγοντας γιὰ τὴν ἐπιβίωση — εἶναι σχεδὸν ἰδανικὴ. Μόνο 5% ζυγίζουσι λιγότερο ἀπὸ 2500 γρ. Ὁ δείκτης προωρότητας (7.8%) εἶναι πολὺ ἱκανοποιητικὸς συγκριτικὰ μὲ ἄλλες χῶρες καὶ ἡ ἐπίπτωση τῶν βαρειῶν συγγενῶν ἀνωμαλιῶν (1.6%) συμπίπτει μὲ τοὺς διεθνεῖς δείκτες. Ἐπομένως τὸ πρόβλημά μας δὲν εἶναι τὰ «μειονεκτικὰ» μωρά.

Ἀντίθετα, ἡ δυνατότητα ἐπιβίωσης τῶν νεογνῶν ἀνάλογα μὲ τὸ βᾶρος τους στὴ γέννηση, δηλαδὴ ἡ εἰδικὴ ἀνὰ ὁμάδα βάρους θνησιμότητα, ὅπως λέγεται, εἶναι ἀπογοητευτικὴ. Ὅπως ὑποδεικνύει ἡ μεθοδολογικὴ προσπέλαση, ὑπάρχουν πολλὰ περιθώρια θεραπευτικῆς παρέμβασης, σαφεῖς προτεραιότητες καὶ ἐνδεχομένως στοιχειοθετοῦνται εὐθύνες.

Συγκεκριμένα, τὰ χαμηλοῦ βάρους νεογνά (κάτω τῶν 2500 γρ) ἔχουν μεγάλη θνησιμότητα ποὺ σταδιακὰ βέβαια μειώνεται μὲ τὴν αὐξηση τοῦ βάρους τους. Ὅμως ὁ ἀπόλυτος ἀριθμὸς τους εἶναι μικρὸς, ἡ ἐπιβίωσή τους ἀμφίβολη καὶ τὸ κόστος φροντίδας τόσο ὑψηλὸ ὥστε ἡ ἀναβάθμιση τῆς ὑγειονομικῆς τους κάλυψης νὰ μὴν ἀποτελεῖ — λογικὰ καὶ συγκριτικὰ — τὸν πρῶτο στόχο.

Ἡ ὑψηλὴ ὅμως θνησιμότητα τῶν βρεφῶν μὲ βᾶρος μεγαλύτερο ἀπὸ 2500 γρ ποὺ σημαίνει κάθε χρόνο 500 θνησιγενῆ καὶ 800 νεογνικοὺς θανάτους, δὲ μπορεῖ εὐκολὰ νὰ δικαιολογηθεῖ οὔτε ἰατρικὰ οὔτε ἠθικὰ.

Ἐκφράζει ἀνεπάρκεια τῆς περιγεννητικῆς φροντίδας στὸν τόπο μας, διαπίστωση ποὺ ἐνισχύεται καὶ ἀπὸ ἄλλα εὐρήματα τῆς ἔρευνας, ὅπως:

— 15% τῶν ἐπιτόκων μετακινοῦνται ἀπὸ τὸν τόπο κατοικίας τους, κυρίως πρὸς Ἀθήνα καὶ Θεσσαλονίκη, γιὰ νὰ γεννήσουν.

— Μόνο 10% τῶν τοκετῶν ἐξελίσσονται χωρὶς ἰατρικὴ παρέμβαση. Ἐνας στοὺς 2 τοκετοὺς ἐπιταχύνεται μὲ φάρμακα καὶ 1 στοὺς 3 προκαλεῖται μὲ μηχανικὰ ἢ φαρμακευτικὰ μέσα. Ἐτσι σὲ 75% τῶν περιπτώσεων χρησιμοποιοῦνται ὀξυτόκα φάρμακα καὶ 44% τῶν ἐπιτόκων παίρνουν στὴ διάρκεια τοῦ τοκετοῦ πεθιδίνη. Ἐνας στοὺς δύο τοκετοὺς ἄλλωστε γίνεται μὲ γενικὴ ἀναισθησία.

— 8% τῶν νεογεννητῶν μεταφέρονται μακριὰ ἀπὸ τὴ μητέρα τους γιὰ εἰδικὴ φροντίδα, ὅχι πάντοτε ἀπαραίτητη. Ἀπ' αὐτὰ 1 στὰ 3 (3.500 παιδιὰ τὸ χρόνο) χρειάζεται νὰ νοσηλευθοῦν σὲ μονάδες ἐντατικῆς νοσηλείας.

Ἡ ἀνάλυση τῶν αἰτιῶν θανάτου τῶν νεογνῶν μὲ κανονικὸ βᾶρος στὴ γέννηση ἐνισχύει τὴν ἄποψη ὅτι σὲ 7 στίς 10 περιπτώσεις ὁ θάνατος μποροῦσε νὰ εἶχε ἀποφευχθεῖ. Πράγματι γιὰ τὸ θάνατο 50% τῶν θνησιγενῶν ποὺ εἶχαν βᾶρος μεγαλύτερο ἀπὸ 2500 γρ ἐνοχοποιήθηκε ἡ ἐνδομήτρια ἀνοξία. Ἐπίσης τὸ μεγαλύτερο ποσοστὸ

των νεογνικών θανάτων αποδόθηκε σε άνοξία και λοίμωξη. Δηλαδή σε καταστάσεις προλήψιμες.

Υπολογίζεται ότι και μόνο η παρέμβαση στην ομάδα των νεογνών με κανονικό βάρος, στόχος που προϋποθέτει την αναβάθμιση των μαιευτικών και παιδιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας, θα ελάττωνε την περιγεννητική θνησιμότητα από 24% σε 17% και την νεογνική θνησιμότητα από 15.3% σε 11%.

Έχω την ισχυρή έντύπωση ότι οι μαιευτήρες κάνουν περισσότερα απ' όσα χρειάζεται για να βοηθήσουν τη διεκπεραίωση του φυσιολογικού τοκετού ενώ οι παιδίατροι κάνουν λιγότερα απ' όσα χρειάζονται για να βοηθήσουν το προβληματικό νεογνό.

Η επίβιωση πολλών εκατοντάδων νεογνών το χρόνο στον τόπο μας δέν είναι μόνο ιατρικός και ήθικος στόχος αλλά έχει και άμεση έθνική προτεραιότητα στις μέρες μας, που η χαμηλή γεννητικότητα του λαού μας οδηγεί εύθές σε σταθερή ελάττωση του γένους μας.

SUMMARY

Perinatal and Neonatal Mortality in Greece. A Biomedical, Social and Demographic Problem.

A nationwide cross-sectional survey covering the perinatal period was attempted for the first time throughout Greece, for the 30 consecutive days of April 1983. The aim was to estimate the perinatal and neonatal mortality rate (PRMR) and its variations in the country according to underlying demographic, biologic, socioeconomic and medical factors.

For this purpose a coded questionnaire was completed by the obstetrician and/or the midwife responsible for (or, at least, present at) the delivery for every mother giving birth either to a live or to a stillbirth infant weighing at least 500 grms. All babies were followed up for their first seven days while any death occurring to this cohort within 12 months was registered.

The 108 questions asked concerned the family's socioeconomic characteristics, mother's previous obstetric history, antenatal care, current pregnancy, delivery and newborn care.

The administration of the survey at a central level and its net-work were mainly supported by a «co-ordinator» exclusively working in each county. The study resulted

into the remarkable coverage of all state and private maternities, rural health centres and newborn units. At the end of the study period 11.048 completed questionnaires were returned and 264 perinatal deaths reported, 42% of which had a post-mortem examination.

The above sample represents 8% of the total annual deliveries in Greece and an almost 100% of the deliveries during April in the whole country, therefore it constitutes a reliable resource of information.

The analysis of the collected data was carried out in collaboration with WHO in the Centres for Disease Control, Atlanta, USA.

RESULTS

1. The perinatal and neonatal mortality rate in Greece were found to be 24‰ and 15.3‰ respectively which is 2 to 3 times higher than that in developed countries. The annual loss is estimated to 3.000 lives during the perinatal period. During the first month of life die 2.000 babies.

2. Large variations of the mortality rates were observed between:

- various regions (range: 42‰ to 17‰)
- big cities (20‰) and the rest of the country (27‰)
- working hours of each day (18‰) and Sundays (32‰)
- private and state maternities

3. The almost ideal birth weight distribution of the newborns all over the country (only 5% of singleton babies had a weight less than 2500 grms) and the low prematurity rate (7.8%) cannot explain the high perinatal and neonatal mortality.

4. A negative public image for the local health services is indicated by some findings e.g. 15% of expected mothers had moved from their residence to another place for delivery.

5. The quality of health services is challenged as:

— 90% of deliveries carried out with medical intervention (50% were augmented and 37% induced) which resulted to substantial overmedication and high incidence of general anaesthesia (50%).

— 8% of the newborns were transferred far from their mother for special care.

6. Half of the perinatal deaths occurred to big babies (above 2000 grms) and were mainly attributed to «anoxia». It is reasonable to assume that a substantial percentage of these deaths was due to poor perinatal health care.

It has been estimated that only the survival of babies above 2500 grms would decrease perinatal mortality from 24‰ to 17‰ and neonatal mortality from 15.3‰ to 11‰.

It is concluded, therefore, that intervention should aim to be less aggressive delivery methods and more effective perinatal care.

ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

| Θνησιμότητα ‰ | | | | | |
|---------------|----------|---------------|-----------------|----------|---------|
| Χρόνος | Χώρα | Περιγεννητική | Πρώιμη νεογνική | Νεογνική | Βρεφική |
| 1982 | Σουηδία | 7.5 | 3.8 | 4.6 | 6.8 |
| » | Γερμανία | 9.6 | 4.8 | 6.4 | 10.9 |
| » | Ίαπωνία | 10.8 | 3.3 | 4.2 | 6.6 |
| » | Άγγλία | 11.3 | 5.0 | 6.3 | 10.8 |
| » | ΗΠΑ | 12.6 | 6.7 | 7.6 | 11.2 |
| » | Ίσραήλ | 15.4 | 7.6 | 10.1 | 15.3 |
| 1983 | ΕΛΛΑΔΑ | 23.8 | 12.5 | 15.3 | 18.3 |