



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Προηγμένη & Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα»**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία:

**«ΟΙ ΑΝΤΙΑΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΜΕΤΑ ΤΟΝ
ΤΟΚΕΤΟ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ»**

Ντίνου Ζαχαρούλα (ΑΜ: 21043)

Επιβλέπουσα:

Ηλιάδου Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια ΠαΔΑ

Αθήνα Ιούλιος 2023



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
FACULTY OF HEALTH & CARING SCIENCES
DEPARTMENT OF MIDWIFERY**

**Postgraduate Program (MSc)
“Advanced and Evidence Based Midwifery Care”**

Diploma Thesis:

**“WOMEN’S PERCEPTIONS OF THE OBSTETRIC CARE THEY
RECEIVED DURING THE EARLY POSTPARTUM PERIOD IN THE
HOSPITALS OF IOANNINA AND PTOLEMAIS”**

Ntinou Zacharoula (RN: 21043)

Supervisor:

Iliadou Maria, Assistant Professor of PaDA

Athens, July 2023



Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή:

Ηλιάδου Μαρία

Βιβιλάκη Βικτωρία

Δάγλα Μαρία

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι

Εξεταστική Επιτροπή:

| α/α | ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ | ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ | ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|-----|--------------------------|-------------------------|------------------|
| 1 | Ηλιάδου Μαρία | Επίκουρη Καθηγήτρια | |
| 2 | Βιβιλάκη Βικτωρία | Αναπληρώτρια Καθηγήτρια | |
| 3 | Δάγλα Μαρία | Αναπληρώτρια Καθηγήτρια | |

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη, Ντίνου Ζαχαρούλα του Δημητρίου με αριθμό Μητρώου 21043, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και πρόνοιας 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».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 20/8/2024 και έπειτα από αίτησή μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Η επιβλέπουσα καθηγήτρια

Ντίνου Ζαχαρούλα



...Στον Δημήτρη, στους γονείς μου & στην
κυρία Ηλιάδου...

Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εργασία δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την πολύτιμη συνεισφορά της επιβλέπουσας καθηγήτριας κ. Ηλιάδου Μαρίας. Θα θέλαμε να την ευχαριστήσουμε για την ανάθεση του θέματος της πτυχιακής μας εργασίας, αλλά και για την σημαντική βοήθεια και καθοδήγηση που μας παρείχε όλο αυτό το διάστημα της συγγραφής.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε επίσης τα νοσοκομεία των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας που μας έδωσαν την ευκαιρία να αντλήσουμε το υλικό που αποτελεί έρεισμα της εργασίας μας.

Ακόμη, ήταν τιμή μας που συνεργαστήκαμε με τις γυναίκες οι οποίες έλαβαν τις υπηρεσίες φροντίδας των δύο νοσοκομείων και τις ευχαριστούμε που δέχτηκαν εγκάρδια να συμμετάσχουν στην έρευνα προκειμένου να εντοπιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών φροντίδας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η περίοδος της κύησης αποτελεί μια σημαντική περίοδος για την γυναίκα. Εξίσου σημαντική είναι και η στιγμή του τοκετού καθώς η εμπειρία του συμβάλλει στην γυναικεία ψυχολογία. Η παροχή φροντίδας υγείας το πρώιμο διάστημα μετά τον τοκετό είναι πολύ σημαντική για τις γυναίκες καθώς οι ορμόνες, τις επηρεάζουν αλλά θέλουν και βοήθεια ώστε να μπορέσουν να ενταχθούν στο νέο τους ρόλο ως μητέρες.

Σκοπός: Η συγκεκριμένη μελέτη, έχει ως στόχο να αναλύσει τις αντιλήψεις των γυναικών για την παροχή μαιευτικής φροντίδας που έλαβαν κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό και η επίδραση της στη ζωή των γυναικών.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική ερευνητική προσέγγιση όπου ερωτήθηκαν 120 λεχώιδες σχετικά με τις αντιλήψεις τους για την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα στα πρώιμα στάδια μετά τον τοκετό, σε 2 νοσοκομειακές μονάδες, των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας. Η μελέτη έλαβε χώρα κατά το χρονικό διάστημα Οκτωβρίου 2022 έως και τέλος Δεκεμβρίου 2022. Για τη μέτρηση των αντιλήψεων των λεχωίδων σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν στα πρώιμα στάδια από τον τοκετό χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια KIM και EPDS. Στην ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) για Windows.

Αποτελέσματα: Από την έρευνα, η οποία διεξάχθηκε στα δύο νοσοκομεία της Πτολεμαΐδας και των Ιωαννίνων, σχετικά με την ικανοποίηση των λεχωίδων δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές. Φαίνεται πως υπάρχει διαφορά σχετικά με την ικανοποίηση από την μαία σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών. Έπειτα παρατηρήθηκε πως οι απαιτήσεις των γυναικών ήταν διαφορετικές σχετικά με το επάγγελμα αλλά και την ηλικία των συμμετεχόντων. Ακόμη, το ιστορικό της εγκυμοσύνης φαίνεται πως επηρεάζει, σχετικά με την έκβαση του τοκετού, τις απόψεις για την ικανοποίηση από την μαία ή τον ιατρό.

Συμπεράσματα: Με βάση τα ανώτερα αποτελέσματα της έρευνας, σημαντικό ρόλο

για την ικανοποίηση των γυναικών κατέχει η εκπαίδευση που έχουν λάβει αλλά και η έκβαση του τοκετού. Τα χαρακτηριστικά του προσωπικού των νοσοκομείων παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των γυναικών, για το λόγο αυτό χρειάζεται οι μαιευτήρες και οι μαίες, να στοχεύουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση και τη δημιουργία μιας θετικής εμπειρίας τοκετού.

Λέξεις κλειδιά: “Τοκετός”, “λοχεία”, “μαία”, “φροντίδα”.

Abstract

Introduction: The period of pregnancy is an important period for the woman. Equally important is the moment of childbirth as its experience contributes to women's psychology. Providing health care in the early postpartum period is very important for women as hormones affect them but they also need help to adapt to their new role as mothers.

Purpose: This particular study aims to analyze women's perceptions of the provision of obstetric care they received during the early postpartum period and its impact on women's lives.

Methodology: A quantitative research approach was conducted, where 120 postpartum women were questioned regarding their perceptions of the obstetric care provided in the early stages after childbirth, in 2 hospital units, Ioannina and Ptolemaida. The study took place during the period of October 2022 to December 2022. To measure the perceptions of mothers of the obstetric care they received in the early stages of childbirth, the questionnaires KIM and EPDS were used to analyze the data using IBMSPSS 21.0 software (Statistical Package for Social Sciences) for Windows.

Results: From the research conducted between the two hospitals of Ptolemaida and Ioannina, no significant differences are shown regarding the satisfaction of the patients. There seems to be a difference in satisfaction with midwifery care in relation to women's marital status. Then it was observed that the demands of the women were different regarding the profession and also the age of the participants. Also, the history of the pregnancy seems to influence the opinions about the satisfaction with the midwife or the doctor regarding the outcome of the delivery.

Conclusions: Based on the superior results of the research, an important role for women's satisfaction is played by the education they have received and the outcome of

childbirth. Hospital staff characteristics also have an active role in women's satisfaction, for this reason they need to aim for better service and the creation of a positive birth experience.

Key words: “childbirth”, “caesarean section”, “midwife”, “care”.

Περιεχόμενα

| | |
|---|----|
| Κεφάλαιο 1.Εισαγωγή..... | 12 |
| 1.1 Εισαγωγικά..... | 12 |
| 1.2. Αντικείμενο μελέτης..... | 13 |
| 1.3.Δομή εργασίας..... | 13 |
| Κεφάλαιο 2. Συστήματα υγείας και παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα..... | 15 |
| 2.1 Βασικές παράμετροι στα συστήματα υγείας - Ο ρόλος της ικανοποίησης των ασθενών | 15 |
| 2.2 Αντιλήψεις των γυναικών για την περιγεννητική φροντίδα..... | 20 |
| 2.3 Η εξέλιξη της μαιευτικής φροντίδας..... | 25 |
| Κεφάλαιο 3. Η μαία ως επαγγελματίας υγείας και η περιγεννητική φροντίδα. | 31 |
| 3.1. Περιγεννητική Μαιευτική Φροντίδα | 31 |
| 3.2. Μοντέλα Περιγεννητικής Φροντίδας..... | 37 |
| 3.3. Ο ρόλος των μαιών και των μαιευτήρων στην περιγεννητική φροντίδα | 43 |
| Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία Έρευνας..... | 48 |
| 4.1 Σκοπός – επιμέρους στόχοι της μελέτης..... | 48 |
| 4.2. Πληθυσμός μελέτης και τρόπος συλλογής δεδομένων. | 49 |
| 4.3. Ανάλυση ερωτηματολογίου..... | 50 |
| 4.4 Ηθικά και Δεοντολογικά ζητήματα | 51 |
| 4.5 Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων | 52 |
| Κεφάλαιο 5. Ανάλυση Δεδομένων | 53 |
| 5.1. Περιγραφική ανάλυση δεδομένων..... | 53 |
| Κεφάλαιο 6. Συζήτηση..... | 76 |
| Κεφάλαιο 8. Συμπεράσματα..... | 81 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ : | 83 |
| Παράρτημα..... | 89 |
| I.Εγκρίσεις Διανομής Ερωτηματολογίου..... | 89 |
| II. Άδεια για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων | 91 |

| | |
|--|----|
| III. Άδεια χρήσης ερωτηματολογίων | 94 |
| IV. Έγκριση ΚΙΜ μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο στα Ελληνικά | 95 |
| V. Έντυπο συγκατάθεσης ερωτηματολογίων | 95 |
| VI. Ερωτηματολόγιο | 97 |

Κεφάλαιο 1.Εισαγωγή

1.1 Εισαγωγικά

Η κύηση είναι μια κατάσταση που πολλές γυναίκες προσπάθησαν για να επιτευχθεί ή βρέθηκαν σ' αυτήν χωρίς να το έχουν στα άμεσα σχέδια τους. Σε κάθε περίπτωση αποτελεί μια κατάσταση με αυξημένα επίπεδα στρες για την γυναίκα καθώς βιώνει όλες αυτές τις ψυχικές και σωματικές αλλαγές. Η περίοδος αυτή σηματοδοτείται από πολλές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της εγκύου με σκοπό την προστασία της αλλά και του ίδιου του εμβρύου καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης και ιδιαίτερα κατά τον τοκετό. Οι αλλαγές που βιώνουν οι γυναίκες επιδρούν με τρόπο που οι ίδιες φαίνεται να αντιδρούν σωματικά ή ψυχικά (Yika r& Nasik, 2019).

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί ένα άγχος στις νέες μητέρες που μπορεί να σχετίζεται με πολλούς παράγοντες και παρατηρείται κατά την διάρκεια της κύησης ή του τοκετού. Σημαντική ωστόσο είναι και η ανησυχία των γυναικών για το αν μπορούν να ανταπεξέλθουν σωστά στις απαιτήσεις του νεογέννητου. Οι ανησυχίες αυτές φαίνονται να προκύπτουν σε γυναίκες που έρχονται πρώτη φορά στην κατάσταση της κύησης κυρίως γιατί υπάρχει η ανησυχία για το άγνωστο (Gao, 2019).

Κατά τον τοκετό οι ορμόνες φτάνουν στο ανώτερο σημείο ενώ μετά από αυτόν μειώνονται δραματικά. Η λοχεία είναι η περίοδος που το σώμα προσπαθεί να ανακάμψει και να επανέλθει στα προ κύησης επίπεδα. Ωστόσο οι γυναίκες την περίοδο αυτή εκτός από τη προσαρμογή του σώματος χρειάζεται να προσαρμοστούν και στην νέα τους ζωή. Η φροντίδα που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας βοηθά την γυναίκα να ενσωματωθεί στη νέα της ζωή αλλά και βελτιώνει την υγεία της με την πρόληψη διαφόρων δυσμενών καταστάσεων που σχετίζονται με την περίοδο αυτής της κατάστασης και τη φροντίδα του παιδιού της (Field, 2016).

Η φροντίδα που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας κατά το πρώιμο στάδιο του τοκετού πολλές φορές δεν είναι η επιθυμητή ή δεν ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες των γυναικών. Η αδυναμία μιας ολοκληρωμένης και εστιασμένης μαιευτικής φροντίδας στην γυναίκα και το παιδί της μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως είναι η έλλειψη προσωπικού και ιατρικών μέσων, το αυξημένο φόρτο εργασίας που έχει ως αποτέλεσμα ο επαγγελματίας να μην εστιάζει πλήρως στη γυναίκα. Ακόμη, πολλές φορές κάτω από την εργασιακή πίεση ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να θεωρεί αυτονόητα και δεδομένα πράγματα που η γυναίκα αγνοεί.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν γυναίκες που βίωσαν την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα σε όλο της το «μεγαλείο» καθώς οι επαγγελματίες υγείας ήταν πρόθυμοι να λύσουν κάθε τους απορία. Επιπλέον, διέθεταν χρόνο και εστίαζαν στις ανάγκες της ασθενούς προσπαθώντας να την προετοιμάσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για την μετάβαση στον ρόλο του γονέα.

1.2. Αντικείμενο μελέτης

Το αντικείμενο της μελέτης της συγκεκριμένης εργασίας αποτελεί η διερεύνηση και αξιολόγηση των αντιλήψεων των γυναικών για την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα. Πώς οι ίδιες βίωσαν την εμπειρία αυτή, τι επιρροή είχε στις ίδιες στην περίοδο που αυτές βρισκόντουσαν, αλλά και τι επιπτώσεις θα είχε η εμπειρία τους σε μια επόμενη κύηση. Συγκεκριμένα, η μελέτη σχετίζεται με το πώς οι γυναίκες θεωρούν την ιδανική παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα και ποιές ενέργειες δημιουργούν έναν αρνητικό αντίκτυπο για την μαιευτική φροντίδα. Η επίδραση της μαιευτικής φροντίδας σε ένα πολύ ιδιαίτερο στάδιο της γυναίκας όπου οι ορμονικές διακυμάνσεις βρίσκονται στην κορύφωσή τους, επηρεάζει άμεσα την ψυχολογική της κατάσταση. Ακόμη είναι σημαντική η μελέτη της επιρροής της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας στη γυναίκα είτε κατά τη λοχεία είτε σε μια επόμενη κύηση.

1.3. Δομή εργασίας

Η παρούσα εργασία αποτελείται από 8 Κεφάλαια.

Το 1^ο Κεφάλαιο αφορά την Εισαγωγή όπου αποδίδονται βασικές έννοιες της εργασίας αλλά και έρευνες σχετικά με το ζήτημα της αντίληψης των γυναικών για την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν.

Στο 2^ο Κεφάλαιο, περιγράφονται βασικά στοιχεία σχετικά για τα συστήματα υγείας, καθώς και η ικανοποίηση των ασθενών και οι αντιλήψεις που έχουν οι γυναίκες για την παρεχόμενη περιγεννητική φροντίδα. Ακόμη, γίνεται παράθεση της εξέλιξης της μαιευτικής ανά τους αιώνες έως και τη σήμερον ημέρα.

Στο 3^ο Κεφάλαιο, παρουσιάζεται ο κομβικός ρόλος της μαΐας στην περιγεννητική φροντίδα των γυναικών αλλά και η συμβολή της στο σύστημα υγείας. Η μαΐα αποτελεί έναν επαγγελματία υγείας ο οποίος στοχεύει σε μια ποιοτική και ολοκληρωμένη φροντίδα που αποσκοπεί στις ανάγκες των γυναικών καθώς δεν βλέπει τις γυναίκες μόνο ως ασθενείς.

Στο 4^ο Κεφάλαιο, αναλύεται η Μεθοδολογία της συγκεκριμένης έρευνας, ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι. Αναφέρεται η αδυναμία της μεθόδου συλλογής των δεδομένων, καθώς επίσης και ο πληθυσμός της μελέτης και ο τρόπος συλλογής των δεδομένων. Ακολουθεί η ανάλυση των επιμέρους ενοτήτων του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε. Γίνεται επίσης αναφορά στα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα που προέκυψαν. Τέλος, στο κεφάλαιο αυτό γίνεται επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας για έλεγχο πιθανής αρνητικής ή θετικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών.

Στο 5^ο Κεφάλαιο, γίνεται η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας, σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν για τις ανάγκες και τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Στη συνέχεια παρατίθεται η Στατιστική Ανάλυση.

Στο 6^ο Κεφάλαιο, γίνεται η Συζήτηση για τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης που προηγήθηκε, καθώς επίσης και σχολιασμός των ερευνητικών ερωτημάτων που είχαν τεθεί. Στο τέλος αυτού του κεφαλαίου γίνεται σύγκριση των δικών μας αποτελεσμάτων, με προγενέστερες έρευνες, στις οποίες είχε γίνει χρήση των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήσαμε και εμείς (KIM και EPDS).

Στο 7^ο Κεφάλαιο, παραθέτουμε Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα.

Στο 8^ο Κεφάλαιο, γίνεται η διεξαγωγή των Συμπερασμάτων που προέκυψαν από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας.

Κεφάλαιο 2. Συστήματα υγείας και παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα

2.1 Βασικές παράμετροι στα συστήματα υγείας - Ο ρόλος της ικανοποίησης των ασθενών

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν υποστεί σημαντικές αλλαγές τις τελευταίες δεκαετίες. Στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, σοσιαλιστικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντικαταστάθηκαν από δυτικοευρωπαϊκούς τύπους. Οι Σκανδιναβικές χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν πειραματιστεί με ισχυρούς εταιρικούς παράγοντες στον χώρο της υγείας, ώστε έχουν εισέλθει σε μια περίοδο με μεγαλύτερο ανταγωνισμό, αλλά και ισχυρότερη κρατική παρέμβαση. Επιπλέον, οι ΗΠΑ έχουν προσπαθήσει και εν μέρει βελτίωσαν το σύστημα υγείας τους (Wendt, 2014).

Η μελέτη του ΟΟΣΑ (1987) «Financing and Delivering Health Care» διέκρινε τρία βασικά μοντέλα: το μοντέλο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS), το κοινωνικό ασφαλιστικό μοντέλο και το μοντέλο ιδιωτικής ασφάλισης. Μετά τον μετασχηματισμό από τα σοσιαλιστικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, φαίνεται ότι οι χώρες της ΚΑΕ έχουν διατηρήσει ένα υψηλότερο επίπεδο κρατικής ρύθμισης, όπως είναι το χαρακτηριστικό της ασφάλισης υγείας στη Δυτική Ευρώπη (Wendt, 2014).

Το σύστημα NHS από τη Νότια Ευρώπη, από την άλλη πλευρά, φαίνεται ακόμη να στερείται διοικητικής ικανότητας και υποδομών και διαθέτει υψηλότερα μερίδια ιδιωτικής χρηματοδότησης σε σύγκριση με τα συστήματα NHS στις σκανδιναβικές χώρες και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Wendt, 2014).

Το έργο του Moran αντιπροσωπεύει μια από τις πρώτες προσπάθειες συνδυασμού των διαστάσεων της χρηματοδότησης, της παροχής υπηρεσιών και της διακυβέρνησης στην υγειονομική περίθαλψη. Χρησιμοποιώντας τους τρεις κυβερνητικούς χώρους της «κατανάλωσης», της «παροχής» και της «παραγωγής», ο Μοράν κατασκεύασε τέσσερις τύπους «κρατών υγειονομικής περίθαλψης». Συνδυάστηκε η συμμετοχή κρατικών φορέων, μη κυβερνητικών φορέων και

προσδιορίστηκε μια ταξινόμηση 27 συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, τρία εκ των οποίων είναι «ιδανικοί τύποι» (Wendt, 2014).

Ένας κύριος στόχος των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί η πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, και μάλιστα δύο τυπολογίες καλύπτουν την πρόσβαση των ασθενών στις ευρωπαϊκές χώρες. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ταξινομούνται βάσει των ακόλουθων οκτώ κριτηρίων: της συνολικής δαπάνης υγειονομικής περίθαλψης, του συνδυασμού δημόσιου-ιδιωτικού τομέα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, της ιδιωτικής πληρωμής από την τσέπη (OOP), της παροχής υγειονομικής περίθαλψης εξωτερικών ασθενών, της παροχής υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών, του δικαιώματος στην υγειονομική περίθαλψη, της αμοιβής των ιατρών και της πρόσβασης των ασθενών σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Wendt, 2014).

«Η φροντίδα που είναι σημαντική συχνά δεν παρέχεται, και η φροντίδα που παρέχεται συχνά δεν είναι σημαντική». Αυτή η αμφιλεγόμενη φράση ήταν ένα από τα θέματα που συζητήθηκαν στο εργαστήριο «το Σύστημα Υγείας Μάθησης (LHS)». Είναι εκπληκτικό ότι μπορεί να χρειαστούν έως και 17 χρόνια προτού εφαρμοστούν τα θετικά ερευνητικά αποτελέσματα στην κλινική πράξη και αρχίσει να βελτιώνεται η φροντίδα των ασθενών. Η μετάβαση από τα δεδομένα και τη γνώση στην κλινική πρακτική είναι τόσο αργή και η απάντηση σε αυτή την ερώτηση μπορεί να μην είναι απλή. Ωστόσο, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να γίνουν λιγότερο αδρανή και να «μαθαίνουν» από την εξάσκηση πολύ πιο γρήγορα σε σχέση με τη σημερινή εποχή (Budrionis & Bellika, 2016).

Σκοπός ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι να εξασφαλίσει την καινοτομία, την ποιότητα, την ασφάλεια και την αξία. Στόχο αποτελεί η αντιμετώπιση των κύριων περιορισμών της Ιατρικής βασισμένης σε στοιχεία. Αυτή η διαδικασία θα επιτευχθεί με την ταχεία εξέλιξη της γνώσης που παράγεται στην κλινική έρευνα στη χρήση της πρακτικής ρουτίνας, την ενδυνάμωση μιας κοινής κουλτούρας ευθύνης, καθώς και τη διευκόλυνση της δημόσιας συμμετοχής ασθενών και γιατρών για την παραγωγή και τη διάδοση των αποδεικτικών στοιχείων.

Η προτεινόμενη ιδέα δίνει μεγάλη έμφαση στη συμπερίληψη των ασθενών στη

λήψη αποφάσεων για την εξατομίκευση των σχεδίων φροντίδας αντί για την παροχή μιας τυπικής θεραπείας για κάθε άτομο που πληρεί ορισμένα κριτήρια. Επικεντρώνεται επίσης, στη διερεύνηση των δεδομένων που συλλέγονται στην καθημερινή κλινική πράξη ως ενημερωμένη πηγή γνώσης και ελάχιστα προκατειλημμένη σε συγκεκριμένο πληθυσμό (Budrionis et al.,2016).

Η εξατομίκευση των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας από τους στόχους του LHS. Τα συμπτώματα, οι στόχοι και οι προσδοκίες που αναφέρονται από τον ασθενή είναι μια αναγνωρισμένη συμβολή στη μαθησιακή υγειονομική περίθαλψη. Η ενεργοποίηση μιας ολοκληρωμένης συλλογής δεικτών υγείας που αναφέρονται από ασθενείς μπορεί να συμβάλλουν στην ερμηνεία και την καλύτερη κατανόηση του «ασθενούς» (Budrionis et al.,2016).

Ωστόσο, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης γίνονται όλο και πιο περίπλοκα τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Ως απάντηση σε αυτή την πολυπλοκότητα, οι τυπολογίες της υγειονομικής περίθαλψης έχουν εξελιχθεί σε ένα ουσιαστικό εργαλείο σύγκρισης των ομοιοτήτων και διαφορών σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι χώρες χρηματοδοτούν, παρέχουν και οργανώνουν την υγειονομική τους περίθαλψη. Οι τυπολογίες βοηθούν τους ερευνητές, φοιτητές και φορείς στον τομέα της πολιτικής υγείας να κατανοήσουν τις δομές και τις διαδικασίες που μπορούν να γενικευθούν πέρα από τα μοναδικά χαρακτηριστικά κάθε επιμέρους συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Reibling, Ariaans & Wendt, 2019).

Οι υπάρχουσες ταξινομήσεις συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης έχουν λάβει ασυγκριτική-θεσμική προοπτική. Αυτές οι ταξινομήσεις διακρίνονται μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης με βάση είτε τον ρόλο των διαφορετικών τύπων παραγόντων ή σε θεσμικές διαφορές στους τομείς χρηματοδότησης, παροχής υπηρεσιών και ρύθμισης (πρόσβασης) (Reibling, Ariaans & Wendt, 2019).

Ωστόσο, αυτές οι ταξινομήσεις μετά βίας έχουν εξετάσει τι είναι διάκριση σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη ως ένας τομέας παραγωγής πρόνοιας: η πολυπλοκότητά της και η τεχνική φύση της διάγνωσης και θεραπείας. Η υψηλότερη προσφορά και μεγαλύτερη πρόσβαση δεν είναι απαραίτητο να οδηγούν πάντα σε καλή φροντίδα και βελτιωμένα αποτελέσματα. Ως εκ τούτου, η συγκριτική ερευνητική

συζήτηση για την πολιτική υγείας τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει εστιάσει έντονα στο ερώτημα πώς μπορεί η υγειονομική περίθαλψη να καταφέρει να βελτιώσει την απόδοση και τα αποτελέσματά της. Στα πλαίσια αυτής της έρευνας έχουν τονιστεί οι διεθνικές διαφορές στις προσπάθειες πρόληψης, ο προσανατολισμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η διαχείριση των διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με κατευθυντήριες γραμμές που βασίζονται σε στοιχεία. Μεγάλο μέρος της δουλειάς έχει διεξαχθεί από τον ΟΟΣΑ και το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας (Reibling, Ariaans & Wendt, 2019).

Οι τυπολογίες έχουν εξελιχθεί από τότε που διέθεταν μια έντονη εστίαση στους φορείς και επικεντρώνονται τώρα σε έννοιες που εστιάζουν στις θεσμικές ρυθμίσεις των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι εκδοχές της υγειονομικής περίθαλψης ενημερώνονται από τη θεσμική θεωρία μέσω του ενδιαφέροντος για θεσμική αλλαγή και από το πόσο συγκεκριμένες θεσμικές ρυθμίσεις μπορεί να σχετίζονται με αποτελέσματα, όπως η υγεία και οι ανισότητες στην υγεία (Reibling, Ariaans & Wendt, 2019).

Με βάση την τυπολογία που προτάθηκε το 1970 από τον Field, διακρίνουμε τέσσερις τύπους των συστημάτων υγείας: ένα πλουραλιστικό σύστημα υγείας, στο οποίο υπάρχει υψηλή ιδιωτική παροχή και το ιατρικό επάγγελμα έχει υψηλή αυτονομία, ένα σύστημα ασφάλισης υγείας στο οποίο οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης διαδραματίζουν ισχυρό ρόλο και το ιατρικό επάγγελμα έχει υψηλή αυτονομία, ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας όπου οι περισσότερες εγκαταστάσεις παροχής υπηρεσιών ανήκουν στο κράτος και οι γιατροί έχουν υψηλή αυτονομία και τέλος ένα κοινωνικοποιημένο σύστημα υγείας, στο οποίο όλες οι εγκαταστάσεις ανήκουν και ελέγχονται από το κράτος. Με βάση τις τρεις διαστάσεις της «κάλυψης», «χρηματοδότησης» και «ιδιοκτησίας», σε μια μελέτη του ΟΟΣΑ ο Schieber πρόσθεσε ένα εθνικό μοντέλο υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει καθολική κάλυψη, φορολογική χρηματοδότηση και παροχή δημόσιας ιδιοκτησίας (Reibling, Ariaans & Wendt, 2019).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες ήταν γενικά και παραμένουν συχνά αποκλεισμένες από τη συζήτηση για το καθεστώς πρόνοιας. Ενώ η λειτουργικότητα των κοινωνικών δικαιωμάτων παραμένει πιο δύσκολη από προγράμματα αντικατάστασης εισοδήματος, έχουν σημειωθεί πολλές πρόοδοι στη μέτρηση της αποεμπορευματοποίησης σε διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες. Μάλιστα, η μέτρηση και η διασφάλιση της ποιότητας

των κοινωνικών υπηρεσιών έχει γίνει μείζον μέλημα για πολιτικούς και ερευνητές (Reibling, Ariaans & Wendt, 2019).

Το ζήτημα του βαθμού στον οποίο η υγειονομική περίθαλψη συνδέεται πράγματι με τα αποτελέσματα της υγείας του πληθυσμού ήταν κεντρικό στην Ευρώπη. Η πρόληψη, αν και σχετικά ασήμαντη όσον αφορά τον προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης, είναι ένας τομέας με τεράστια δυνατότητα βελτίωσης των αποτελεσμάτων υγείας. Μια διεθνής σύγκριση συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που στοχεύει στην παροχή πληροφοριών για την κατανόηση των πληροφοριών όσον αφορά τα αποτελέσματα της υγείας αποτελεί τον στόχο (Reibling, Ariaans & Wendt, 2019).

Η ποιότητα της περίθαλψης είναι μια κυρίαρχη έννοια στα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας και βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Η σημασία της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει επιταχυνθεί τα τελευταία χρόνια μέσω της ανάπτυξης των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας και ατζέντας ασθενών. Εν τέλει, η ποιότητα της περίθαλψης, και όχι η τιμή, είναι το κύριο μέλημα στην υγειονομική περίθαλψη (Xesfingi & Vozikis, 2016).

Έχει προταθεί ότι μπορούμε να μετρήσουμε την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης παρατηρώντας τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματά της. Παρόλο που οι στόχοι της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης είναι σχεδόν καθολικοί, οι κοινωνίες και οι πολιτισμοί σε όλο τον κόσμο διαφέρουν ως προς το πόσο τονίζουν τους πρόσθετους στόχους της εστίασης στον ασθενή, της επικαιρότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας. Τα μέτρα υγειονομικής περίθαλψης αναπτύσσονται για ποικίλα κοινά. Για όλους αυτούς τους σκοπούς είναι επιτακτική ανάγκη να είναι ουσιαστικά, επιστημονικά ορθά, γενικεύσιμα και ερμηνεύσιμα (Xesfingi & Vozikis, 2016).

Η ικανοποίηση των ασθενών επίσης, είναι ένα σημαντικό μέτρο της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς προσφέρει πληροφορίες για την επιτυχία του παρόχου στην εκπλήρωση των προσδοκιών που είναι πιο σημαντικές για τον πελάτη και βασικός καθοριστικός παράγοντας της προοπτικής συμπεριφοράς των ασθενών (Xesfingi & Vozikis, 2016).

Η ικανοποίηση του ασθενούς, σύμφωνα με τους Xesfingi και Vozikis (2016) συσχετίζεται με σημαντικά αποτελέσματα, όπως η ανώτερη συμμόρφωση, η μειωμένη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών, η μικρότερη προσφυγή σε θέματα αμέλειας και η καλύτερη πρόγνωση. Πτυχές της εμπειρίας φροντίδας όπως ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα στις βασικές ανέσεις και η επικοινωνία με παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, βοηθούν στον εντοπισμό απτών προτεραιοτήτων για τη βελτίωση της ποιότητας. Ορισμένοι ερευνητές έχουν προτείνει ότι ο ορισμός της βελτίωσης της ποιότητας από την οπτική γωνία των ασθενών παρέχει καλύτερη αξία για τα χρήματά τους με βελτιωμένη ασφάλεια, προσβασιμότητα, ισότητα και πληρότητα της περίθαλψης. Ωστόσο, από την άποψη ενός παρόχου, η βελτίωση της ποιότητας μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική, παρέχοντας πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες σε μεγαλύτερο αριθμό καταναλωτών με εύλογο επίπεδο ικανοποίησης, με το τελευταίο να είναι αρκετό για τη διατήρηση των πελατών (Xesfingi & Vozikis, 2016).

Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα, η εργασιακή κατάσταση και η εκπαίδευση επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό όσο το εισόδημα. Συγκεκριμένα, το εισόδημα είναι ο μόνος κοινωνικοδημογραφικός παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει τα μέγιστα την ικανοποίηση των ασθενών. Επιπλέον, εντοπίζεται μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μακροχρόνιας ανεργίας και της ικανοποίησης των ασθενών, ενώ μια μικρή συσχέτιση τεκμηριώνεται για τη βραχυχρόνια ανεργία και την ικανοποίηση των ασθενών ανάλογα με το φύλο. Τέλος, διερευνάται η κατάσταση της υγείας σε σχέση με τις δαπάνες για την υγεία μαζί με τις παροχές υγειονομικής περίθαλψης (νοσοκομειακά κρεβάτια και γιατροί ανά άτομο) και αποδεικνύεται μια ισχυρή σχέση μεταξύ της αναφοράς καλής ή κακής κατάστασης υγείας και των δαπανών και των προβλέψεων για την υγεία (Xesfingi & Vozikis, 2016).

2.2 Αντιλήψεις των γυναικών για την περιγεννητική φροντίδα

Η γέννηση ενός παιδιού είναι μια συναισθηματική, γνωστική, και πιθανόν πνευματική εμπειρία. Το σώμα, το μυαλό και το πνεύμα ενώνονται για να φέρουν στον κόσμο μια ακόμη ζωή. Η εμπειρία της γέννησης είναι ιδιαίτερα σημαντική και

ουσιαστική για τη γυναίκα κάνοντάς την να συμμετέχει ενεργά με όλο της το είναι στη διαδικασία. Η γέννηση φέρει συναισθηματικές, πολιτισμικές και πνευματικές διαστάσεις πέραν της φυσικής εμπειρίας. Πρόκειται για μια εμπειρία ζωής, με προσωπική σημασία και πολιτισμική σπουδαιότητα (Callister, Vehvilainen-Julkunen & Lauri, 1996).

Η εγκυμοσύνη περιγράφεται ως μια περίοδος ωρίμανσης τριών φάσεων. Με άλλα λόγια, ως μια εξέλιξη από την πίστη στην εγκυμοσύνη, στην πίστη στο έμβρυο και τελικά στο μωρό. Αυτές οι φάσεις αναπτύσσονται μεμονωμένα ανάλογα με τις εμπειρίες ζωής της γυναίκας. Μία σημαντική πτυχή του ρόλου της μαίας είναι να υποστηρίξει και να εντοπίσει τα εμπόδια στη διαδικασία ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ένα βασικό μέλημά της αποτελεί η εκπαίδευση των γονέων ως προς την προγεννητική φροντίδα του μωρού. Η εκπαίδευση των γονέων ξεκινά μεταξύ της 2^{ης} και 30^{ης} εβδομάδας εγκυμοσύνης και συνεχίζεται κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού. Ο γενικός στόχος είναι η ενίσχυση των γονέων (Hallgren et al., 1995).

Ο τοκετός δεν θεωρείται πλέον ως απειλή αλλά ως πρόκληση. Υπάρχει περισσότερη εμπιστοσύνη στην ικανότητα κάποιου να διαχειριστεί την όλη διαδικασία, αλλά παράλληλα υπάρχει μείωση στα αναφερόμενα επίπεδα πόνου, καθώς και μειωμένη χρήση φαρμάκων. Οι γυναίκες έχουν πλέον περισσότερη γνώση και αυτοπεποίθηση μετά τον τοκετό. Σε γενικά πλαίσια τονίζεται η σημασία της ανάπτυξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων που στοχεύουν σε πιο ρεαλιστική γνώση, διότι υπάρχει διαφορά στις προσδοκίες και τις εμπειρίες που στο τέλος επηρεάζουν αρνητικά την εμπειρία του τοκετού (Hadjigeorgiou et al., 2012).

Οι περισσότερες γυναίκες είχαν θετικές εμπειρίες, βρίσκοντας μαίες και γιατρούς με καλές γνώσεις, διαπροσωπικές δεξιότητες και ικανότητες. Οι όποιες εμπειρίες σε ανεπαρκείς επικοινωνιακές δεξιότητες και συγκρούσεις έδειξαν την ανάγκη να δοθεί προτεραιότητα στην ανάπτυξη και αξιολόγηση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Τα στοιχεία της σύγκρουσης λειτούργησαν ως καταλύτης για την δημιουργία τεχνικών που βελτιώνουν τη σχέση μαίας-εγκύου/γυναίκας (Fraser, 1999).

Η ανάλυση των δεδομένων αποκάλυψε γρήγορα ότι οι γυναίκες εμπιστεύονταν τις μαίες εξαιτίας της εξειδίκευσης τους. Ανεξάρτητα από το τι συνέβη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού και της γέννησης του μωρού, η εμπιστοσύνη

παρέμεινε στα ίδια επίπεδα. Επομένως, η εμπιστοσύνη, όπως και η πεποίθηση ότι «ξέρουν καλύτερα» διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο (Bluff, & Holloway, 1994).

Υπάρχουν βέβαια, διάφοροι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες εμπιστεύονται τη γνώση και την ικανότητα των μαϊών. Οι λόγοι συνδέονται με την εκπαίδευση και την εμπειρία τους (Bluf, & Holloway, 1994).

Σε μελέτη των Bluff και Holloway (1994), φάνηκε ότι η εμπιστοσύνη στις γνώσεις και τις δεξιότητες της μαίας επηρέασε την απόφαση δύο επιτόκων να δεχθούν επισκληρίδιο αναλγησία όταν ήταν αρχικά απρόθυμες να λάβουν μια τέτοια μορφή ανακούφισης από τον πόνο. Οι γυναίκες πιστεύουν ότι η εκπαίδευση που έχουν λάβει οι μαίες, όπως και η εμπειρία που απέκτησαν, τους έδωσε τη δυνατότητα να κάνουν προβλέψεις και προτάσεις μετατρέποντας την επαγγελματική κρίση ως ακριβή (Bluff & Holloway, 1994).

Οι προτάσεις που κάνει η μαία ήταν αποτελεσματικές και φάνηκε να δημιουργούν την εντύπωση μιας ικανότητας που προάγει την αξιοπιστία, ενσταλάσσοντας έτσι εμπιστοσύνη και ενισχύοντας την άποψη ότι «ξέρουν καλύτερα». Άμεσο αποτέλεσμα αυτού είναι η εμπιστοσύνη της γυναίκας στις μαίες, και αυτό πολύ γρήγορα καθιερώθηκε όταν οι γυναίκες εισήχθησαν στο νοσοκομείο για τοκετό. Αυτή η εμπιστοσύνη αποδεικνύεται από τις περισσότερες γυναίκες (Bluff & Holloway, 1994).

Οι μαίες μπορούν να διαχειριστούν φυσιολογικούς τοκετούς και είναι κατάλληλοι επαγγελματίες για να φροντίζουν γυναίκες με περιπτώσεις «χαμηλού κινδύνου». Έχουν εκπαιδευτεί για τη θεραπεία ασθενειών και σε περίπτωση επιλοκών είναι καλύτερα σε θέση να παρέχουν φροντίδα (Bluff & Holloway, 1994).

Ήταν φανερό ότι οι γυναίκες αναμφισβήτητα αποδέχονταν τις αποφάσεις που έπαιρναν οι επαγγελματίες μαίες. Αυτό τοποθέτησε τις μαίες σε μια θέση ισχύος και εξουσίας όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων. Οι γυναίκες μπορεί να μην κατανοούν πάντα γιατί ελήφθησαν αυτές οι αποφάσεις, αλλά συμμορφώνονται, λόγω της εμπιστοσύνης που έχουν στον λήπτη της απόφασης, ανεξάρτητα από το τι συνεπάγεται η απόφαση. Για παράδειγμα, σε μια περίπτωση με θέμα το φαγητό και το ποτό δεν

συζητήθηκε ποτέ μεταξύ της μαίας και της γυναίκας, αλλά η τελευταία φάνηκε να αποδέχτηκε την απόφαση που πάρθηκε για αυτήν (Bluff & Holloway, 1994).

Σύμφωνα με τους Hallgren et al., ο φόβος του πόνου δεν ήταν η κυρίαρχη πηγή του φόβου για τον τοκετό, αλλά οι ανησυχίες της ευημερίας του μωρού και της σωματικής βλάβης στη γυναίκα. Εξίσου σημαντικοί παράγοντες ήταν ο φόβος απώλειας της ακεραιότητας και η αδυναμία ελέγχου του εαυτού τους (Hallgren et al., 1995).

Ο τοκετός ως απειλητικό γεγονός έχει να κάνει με την απειλή για την ολότητα του σώματος, καθώς και την ολότητα του ατόμου. Μάλιστα, όπως κάποιες γυναίκες ανέφεραν χαρακτηριστικά : “Νομίζω ότι θα σκάσω./ Λένε ότι γίνεσαι επιθετικός και τρελός όταν γεννάς./ Φοβήθηκα πολύ./ Δεν θέλω να το περάσω όλο αυτό, πονάει πάρα πολύ” (Hallgren et al., 1995).

Αρκετές γυναίκες είχαν αποφασίσει να συμμετάσχουν στην εκπαίδευση τοκετού, γιατί κλήθηκαν να το κάνουν από τη μαία. Ωστόσο, δεν φάνηκε να παρακινούνται προς αυτήν την κατεύθυνση. Μίλησαν με συντρόφους και φίλους για την επερχόμενη γέννα, αλλά η άποψη ήταν ότι η περισσότερη γνώση θα μπορούσε να προκαλέσει περισσότερο φόβο. Σε κάποιες άλλες γυναίκες αυξάνεται η ελπίδα όσον αφορά την εκπαίδευση του τοκετού και εν μέρει την πρόοδο της απλής εγκυμοσύνης και των συναισθημάτων επαφής με το μωρό. Κάποιες άλλες εκφράζουν συναίσθημα ελέγχου του πόνου ανάλογα με την τεχνική της αναπνοής. Στο σύνολό τους οι γυναίκες αισθάνονται απροετοίμαστες για τις σωματικές εμπειρίες, τη διάρκεια της γέννησης και την εμπειρία που προσφέρει ο χρόνος (Regan & Mc Elroy, 2013).

Μια μερίδα γυναικών αντιλαμβάνεται τον τοκετό ως χαρμόσυνο, αλλά τρομακτικό γεγονός. Ο τρόμος έχει να κάνει περισσότερο με τη στιγμή της γέννησης του παιδιού και κατά πόσο όλη η διαδικασία θα στεφθεί με επιτυχία. Επίσης, εκφράζεται αυξημένη ανάγκη για αγάπη και συναισθηματική υποστήριξη από τον σύντροφο και τους γονείς. Οι τεχνικές αναπνοής βοηθούν σε μεγάλο ποσοστό τις εγκύους να διατηρήσουν την ψυχραιμία τους και να απολαύσουν τη διαδικασία της γέννησης (Regan & Mc Elroy, 2013).

Οι προσδοκίες του τοκετού, φαίνεται να είναι έντονες συναισθηματικά με σκούρα και ανοιχτά χρώματα. Η χαρούμενη και ουσιαστική πλευρά του τοκετού ήταν το μωρό. Η «σκοτεινή» πλευρά ήταν ο πόνος, που συνδέθηκε με τις σκέψεις περί θανάτου. Η γυναίκα φαίνεται να αποφεύγει σκέψεις για τη σκοτεινή πλευρά. Είναι σαν να είναι απασχολημένη με συναισθήματα ευτυχίας για το μωρό και σαν να ταυτίζεται με αυτό. Κάποιες γυναίκες βλέπουν την εκπαίδευση πριν τον τοκετό ως μια αποδοχή πρόκλησης (Hallgren et al., 1995).

Η εκπαίδευση στον τοκετό μοιάζει να είναι μέρος του τελετουργικού της εγκυμοσύνης. Ο τοκετός θεωρείται ως μια ουσιαστική πρόκληση, άξια δέσμευσης. Είναι ουσιαστικά διαχειρίσιμος υπό ορισμένες συνθήκες (Hadjigeorgiou et al., 2012).

Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι οι γυναίκες σε όλο τον κόσμο επιθυμούν να μπορούν να ασκήσουν τα δικαιώματά τους και να κάνουν συνειδητές επιλογές σχετικά με το πού θα γεννήσουν. Το ιατρικό μοντέλο εξακολουθεί να διαθέτει ισχυρή επιρροή στις αποφάσεις των γυναικών. Επιπλέον, το μοντέλο της μαιευτικής προσφέρει επιλογές γέννησης στις γυναίκες, ενώ ο πολιτισμός σε ορισμένες χώρες επηρεάζει την πρακτική της μαιευτικής. Οι αντιλήψεις για την ασφάλεια κατά τη διάρκεια του τοκετού διαμόρφωσαν τις προτιμήσεις των γυναικών και η αυτονομία των γυναικών με τη σειρά της διευκόλυνε τις επιλογές σχετικά με τον τόπο γέννησης (Hadjigeorgiou et al., 2012).

Ο τοκετός είναι ένα από τα πιο απαιτητικά ψυχολογικά γεγονότα στη ζωή της μητέρας, ως 10-34% του συνόλου της τεκνοποίησης. Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν τραυματικές εμπειρίες τοκετού. Μια αρνητική εμπειρία στον τοκετό συνδέεται με διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), διαταραχή σε διαπροσωπικές σχέσεις, δυσλειτουργικό δεσμό μητρικής βρεφικής ηλικίας, μείωση των ποσοστών αποκλειστικού θηλασμού, φόβο τοκετού και αυξημένη επιθυμία για εκλεκτική καισαρική τομή σε μελλοντικές εγκυμοσύνες. Μάλιστα, η πρόληψη του ψυχολογικού τραύματος γέννησης (Psychological Birth Trauma) έχει προταθεί ως νέος τομέας έρευνας στην συνάντηση της Οξφόρδης (Taheri et al., 2018).

Η εμπειρία του τοκετού περιλαμβάνει διάφορα μητρικά συναισθήματα, όπως τον έλεγχο της γέννησης, την αυτοεκτίμηση, την ολοκλήρωση, τη λήψη αποφάσεων και την αίσθηση του επιτεύγματος. Οι αποτελεσματικές και τεκμηριωμένες

παρεμβάσεις προωθούν την θετική εμπειρία του τοκετού ελαχιστοποιώντας την εμφάνιση του ψυχολογικού τραύματος γέννησης (Taheri et al., 2018).

Σύμφωνα με μετανάλυση των Taheri et al., όπου εξετάστηκαν διαφορετικές στρατηγικές ανακούφισης από τον πόνο για την προώθηση μιας θετικής εμπειρίας τοκετού από τη μητέρα, φάνηκε ότι η χαλάρωση κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι αποτελεσματική για τη βελτίωση της εμπειρίας του τοκετού (Taheri et al., 2018).

Η αντίληψη για την εμπειρία του τοκετού είναι εξαιρετικά εξατομικευμένη και οι απόψεις των γυναικών ποικίλλουν σχετικά με το τι συνιστά μια θετική και ικανοποιητική εμπειρία. Η ικανοποίηση είναι μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη διαδικασία. Περιλαμβάνει μια θετική συναισθηματική απόκριση σε μια εμπειρία και μια γνωστική αξιολόγηση της συναισθηματικής απόκρισης. Ταυτίζεται με ένα συναίσθημα που προκύπτει μετά από θετική ή όχι αξιολόγηση της εμπειρίας τοκετού (Bryanton et al., 2008).

2.3 Η εξέλιξη της μαιευτικής φροντίδας

Η σύγχρονη κοινωνία διέπεται από εξελίξεις σε όλους τους τομείς του ανθρώπου. Η γέννηση δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση της συνεχόμενης εξέλιξης. Παλαιότερα η γέννηση αποτελούσε μια φυσική διαδικασία που η γυναίκα πολλές φορές εκτελούσε και μόνη της αν πάρουμε ως παράδειγμα τους πρωτόγονους. Σήμερα η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί μια περίπλοκη διαδικασία με πολλούς κινδύνους να ελλοχεύουν. Αυτή η ανισότητα συχνά οφείλεται στους εξελικτικούς περιορισμούς, στις μαιευτικές διαστάσεις που αφορούν τη ταχύτητα εξέλιξης καθώς και τη θερμορύθμιση στα μεταγενέστερα ανθρώπινα όντα (Grabowski, 2013).

Ο άνθρωπος όταν εμφανίστηκε στη γη δεν είχε τη μορφή που έχει σήμερα. Οι πρωτόγονοι άνθρωποι μετακινούνταν στηριζόμενοι και στα τέσσερα μέλη τους. Ο σύγχρονος άνθρωπος, χαρακτηρίζεται από τη δίποδη κίνηση του. Οι κινητικές διαφορές σχετίζονται με διαφορές στη μορφολογία της πυέλου που έχουν αναφερθεί σε σύγκριση με ορισμένα από τα πρώτα μέλη της καταγωγής μας (Grabowski, 2013).

Η εξέλιξη του ανθρώπου δεν σχετίζεται μόνο με τα εξωτερικά χαρακτηριστικά ή την κίνηση του. Με την σειρά τους οι αλλαγές της εξέλιξης επέφεραν αλλαγές στη μαιευτική εξέλιξη των ανθρωποειδών. Ο σύγχρονος άνθρωπος δυσκολεύεται στη διαδικασία του τοκετού είτε αυτό αφορά εξωγενείς παράγοντες είτε ανατομικούς. Μάλιστα έχει αναφερθεί η άποψη ότι οι θερμορρυθμιστικοί περιορισμοί στο πλάτος του σώματος μπορεί να έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στον περιορισμό της ανάπτυξης του πυελογεννητικού σωλήνα (Grabowski, 2013).

Παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον το γεγονός πως οι πρώτες συνοδοί του τοκετού ήταν γυναίκες. Στην αρχαία μυθολογία αναφέρεται πως θεές ήταν παρούσες στις παραδόσεις. Σε «πρωτόγονες» φυλές η γυναίκα συνοδευόταν στη γέννα από τη μητέρα της ή από άλλη γυναίκα συγγενή. Προϊστορικές μορφές και αρχαία αιγυπτιακά σχέδια δείχνουν γυναίκες να γεννούν σε καθιστή ή οκλαδόν θέση. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί το γεγονός πως οι μαίες αναφέρονται και στην Παλαιά Διαθήκη (Drife, 2002).

Η ιστορία της μαιευτικής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ιστορία της γυναικολογίας. Πράγματι, η πρώτη επιτυχημένη καισαρική τομή πραγματοποιήθηκε το 1738 στις Βρετανικές Νήσους από μια Ιρλανδή μαία, τη Μαίρη Donally. Η λέξη Obstetrix ήταν η λατινική λέξη για τη μαία και θεωρείται ότι προέρχεται από το obstare, το οποίο μεταφράζεται ως «στάσου μπροστά», επειδή η μαία στέκεται μπροστά από τη γυναίκα για να παραλάβει το μωρό. Μόνο τον 20ο αιώνα το μάθημα που διδάσκεται στις ιατρικές σχολές αλλάζει το όνομά του από «γενετική» σε «μαιευτική», ίσως επειδή η λατινική ονομασία φαινόταν πιο ακαδημαϊκή σε σύγκριση με την αγγλοσαξονική. Επίσης, προέρχεται από το mid, "with" και wyf, "woman" (Drife, 2002).

Τα γραπτά του Ιπποκράτη τον πέμπτο αιώνα π.Χ. περιλαμβάνουν μια περιγραφή του φυσιολογικού τοκετού. Ο τοκετός με όργανα περιοριζόταν σε θνησιγενή μωρά και περιλάμβανε τη χρήση αγκίστρων, οργάνων ή συμπιεστικών λαβίδων. Τέτοια όργανα περιγράφονταν σε σανσκριτικά κείμενα και ήταν γνωστά στην Αραβία, τη Μεσοποταμία και το Θιβέτ. Η παρέμβαση στον παρεμποδισμένο τοκετό πιθανότατα είχε υψηλό βαθμό κινδύνου σχετικά με τη μητρική θνησιμότητα (Drife, 2002).

Ο Σωρανός της Εφέσου (μ.Χ. 98–138) περιέγραψε την προγεννητική φροντίδα, την προσπάθεια και τη διαχείριση της κακής παρουσίας. Συμβούλεψε ότι κατά τη διάρκεια του τοκετού η γυναίκα πρέπει να βρίσκεται ξαπλωμένη στο κρεβάτι και μετά να μεταφέρεται στην καρέκλα του τοκετού, όπου η μαία θα κάθεται απέναντί της, ενθαρρύνοντάς την να πιέζει, πριν λάβει το μωρό στο ύφασμα/πετσέτα. Τα γραπτά του Σωρανού αποτέλεσαν τη βάση του «Moschion», ενός λατινικού χειρόγραφου τον έκτο αιώνα μ.Χ., αλλά λίγο περισσότερα προστέθηκαν 900 χρόνια αργότερα στη μαιευτική γνώση με την εφεύρεση της εκτύπωσης (Drife, 2002).

Το 1513 εμφανίστηκε ένα εγχειρίδιο μαιευτικής που έγινε μεγάλη επιτυχία, το “Der Schwangern Frauenund Hebamen Rosengarten”, γνωστό ως “The Rosengarten”. Το συγκεκριμένο μεταφράστηκε σε πολλές άλλες γλώσσες. Το “The Rosengarten” ήταν το μόνο δημοσιευμένο έργο του Eucharius Rosslin, φαρμακοποιού από το Φράιμπουργκ που ασχολήθηκε με την ιατρική το 1498. Ο Rosslin μπορεί να μην άσκησε ο ίδιος τη μαιευτική, αλλά επανέλαβε τη μαιευτική διδασκαλία των αρχαίων, συμπεριλαμβανομένου του Σωρανού και περιελάμβανε νέες ξυλογραφίες που βασίζονταν στην αρχική τους εικονογράφηση. Ο Ρόσλιν επέπληξε τις μαίες της εποχής για την άγνοια και δεισιδαιμονία τους. Αξίζει να σημειωθεί πως το στήθοσκόπιο εφευρέθηκε τον 19^ο αιώνα κάνοντας τον έλεγχο της κατάστασης του εμβρύου ακόμη πιο δύσκολη να ελεγχθεί. Οι γιατροί με τις μαίες ήρθαν σε ρήξη, διότι οι άνδρες απαγορευόταν να παρακολουθούν τη διαδικασία του τοκετού. Έτσι, προέκυψε σιγά σιγά η εμφάνιση του άνδρα-μαία (μαιευτή) (Drife, 2002).

Κατά τον 16^ο αι. ο Γάλλος στρατιωτικός χειρουργός Pare ίδρυσε μια σχολή για μαίες. Μόλις τον 17ο αιώνα οι «accoucheurs», δηλαδή οι άρρενες μαίες, έγιναν μόδα στη Γαλλία. Η «Man-midwifery» έφτασε στη Βρετανία τον 17ο αιώνα, αλλά παρέμεινε λιγότερο της μόδας από ό,τι στη Γαλλία. Οι πιο διάσημοι ασκούμενοι στη Γαλλία ήταν η οικογένεια Τσάμπερλεν. Μάλιστα, ο William Smellie πρωτοστάτησε τον 18ο αιώνα στην ίδρυση της μαιευτικής ως ακαδημαϊκό κλάδο στη Βρετανία (Drife, 2002).

Η πρώτη βρετανική σχολή μαιευτικής ιδρύθηκε στο Λονδίνο το 1725. Ο Smellie είναι διάσημος ως «ο κύριος της βρετανικής μαιευτικής» και περιγράφεται ως ένας από τους σημαντικότερους μαιευτήρες όλων των εποχών. Ήταν ένας άνθρωπος με κοινή αίσθηση. Ο Hunter ήταν από τους πρώτους μαιευτήρες που ασχολήθηκαν με

τον τομέα του φυσιολογικού τοκετού που μέχρι τότε ήταν προνόμιο μόνο των γυναικών μαιών (Drife, 2002).

Μάλιστα, οι εξελίξεις της ασηψίας και της αναισθησίας τον 19ο αιώνα δημιούργησαν την ανάγκη για μια άλλη πρακτική στον τομέα της μαιευτικής, αυτή της καισαρικής τομής. Το όνομα «καισαρική» πιθανότατα προέρχεται όχι από τον Ιούλιο Caesar, αλλά από το λατινικό “caedere”, το οποίο σημαίνει «κόβω». Το ρωμαϊκό δίκαιο Lex Caesare δήλωσε ότι μια γυναίκα που πέθαινε στα τέλη της εγκυμοσύνης θα έπρεπε να παραδοθεί αμέσως μετά το θάνατό της και αν το μωρό πέθαινε έπρεπε να ταφεί χωριστά. Η πρώτη καισαρική τομή της σύγχρονης εποχής αποδίδεται στον Ελβετό JacobNufer, εκτροφέα χοίρων, ο οποίος το 1500 πήρε άδεια από τις αρχές, ώστε να χειρουργήσει τη γυναίκα του, αφού ήταν σε διαδικασία τοκετού για αρκετές ημέρες με τη βοήθεια 13 μαιών. Στη συνέχεια, η γυναίκα του είχε πέντε επιτυχημένους κολπικούς τοκετούς, με αποτέλεσμα ορισμένοι να αμφιβάλλουν για την αυθεντικότητα της ιστορίας. Όλες αυτές οι επεμβάσεις όμως πραγματοποιούνταν χωρίς αναισθησία. Στα μέσα του 19ου αιώνα τα ποσοστά θνησιμότητας παρέμειναν υψηλά και η καισαρική τομή συνδυαζόταν συχνά με υστεροτομία (Drife, 2002).

Στην αρχαιότητα, η καισαρική τομή γινόταν σε περίπτωση που η γυναίκα ήταν νεκρή ή πέθαινε σε μια προσπάθεια να σωθεί το έμβρυο. Ωστόσο, οι διάφορες εξελίξεις στη χειρουργική τεχνική από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και μέσα στον 20^ο αιώνα βελτίωσαν τη διαδικασία, με αποτέλεσμα τη χαμηλή νοσηρότητα και ακολούθως τη χαμηλή θνησιμότητα. Κατά συνέπεια, οι στόχοι της καισαρικής τομής έχουν εξελιχθεί από τη διάσωση του εμβρύου σε πολιτιστικούς ή θρησκευτικούς,σελόγους ανησυχίας για την ασφάλεια της μητέρας και του παιδιού ή ακόμη και λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις της μητέρας σχετικά με τον τρόπο γέννησης (Todman, 2007).

Στη Ρώμη ήταν γνωστή η διαδικασία της καισαρικής τομής, ωστόσο εκτελείτο σπάνια. Δεν υπάρχει αναφορά της διαδικασίας στο SoranusGynaecology, το πιο εξέχον σωζόμενο κείμενο για τη μαιευτική ούτε από τα γραπτά του Ιπποκράτη, τα οποία περιέχουν πληροφορίες για περιπτώσεις δύσκολων γεννήσεων. Πρόοδοι στην αναισθησία μαζί με τη χρήση επισκληρίδιου αναισθησίας, καθώς και γενικές βελτιώσεις στη νοσηλευτική και την μετεγχειρητική φροντίδα, έχουν επιφέρει σταθερή μείωση στα ποσοστά θνησιμότητας στον δυτικό κόσμο. Ο τοκετός με καισαρική τομή έχει γίνει η πιο συχνή επέμβαση σε νοσοκομεία. Ως αποτέλεσμα, οι ενδείξεις και τα

κίνητρα για αυτήν έχουν αλλάξει δραματικά από την αρχαιότητα έως τη σημερινή εποχή (Todman, 2007).

Προχωρώντας στο θέμα του φυσιολογικού τοκετού αξίζει να αναφερθεί πως περίπου το 10% των γυναικών που προγραμματίζουν και επιτυγχάνουν έναν κολπικό τοκετό θα βιώσουν κάποιου είδους επιπλοκή. Επιπλέον, αυτό το ποσοστό είναι σημαντικά υψηλότερο σε προγραμματισμένους κολπικούς τοκετούς που αποτυγχάνουν. Τόσο η μητρική όσο και η νεογνική θνησιμότητα είναι αυξημένη στην καισαρική τομή μετά τον τοκετό σε σύγκριση με τον κολπικό ή εκλεκτικό τοκετό (Gregory et al., 2012).

Ο φυσιολογικός τοκετός ήταν ο αρχικός τρόπος γέννησης του εμβρύου, μέσω μιας διαδικασίας η οποία έχει εξελιχθεί σε όλα της τα στάδια από τότε μέχρι σήμερα και η πιθανότητα επιπλοκών είναι σαφώς μικρότερη. Ο φυσικός τοκετός ξεκινά αυθόρμητα μεταξύ της 37ης και της 42ης συμπληρωμένης εβδομάδας της κύησης. Η διάρκειά του εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες, όπως το μέγεθος του εμβρύου, και είναι συνήθως λίγων ωρών. Στον κολπικό τοκετό το παιδί γεννιέται συνήθως με κεφαλική προβολή (Siabani, Jamshidi & Mohammadi, 2019).

Τα νεογνικά οφέλη του κολπικού τοκετού περιλαμβάνουν τη «φυσική» προσαρμογή στο εξωτερικό περιβάλλον σε σχέση με το αναπνευστικό, αιματολογικό και ανοσολογικό σύστημα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μειωμένες εισαγωγές σε νοσοκομείο λόγω αναπνευστικού προβλήματος, θεωρητικά λιγότερες λοιμώξεις και δυνητικά βελτιωμένη ανοσοποιητική λειτουργία, καθώς σχετίζεται με βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες λειτουργίες του εντέρου, όπως και με αλλεργικές αντιδράσεις (Gregory et al., 2012).

Σύμφωνα με τους Torkan et al., η στάση της γυναίκας απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό δεν συσχετίζεται σημαντικά με το επάγγελμα, αλλά με το επίπεδο εκπαίδευσής της. Επίσης, η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση του φυσιολογικού ή όχι τοκετού. Διάφορα ευρήματα υποδεικνύουν ότι ο φυσιολογικός κολπικός τοκετός μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη ποιότητα ζωής, ιδίως να αποφέρει ανώτερο επίπεδο σωματικής υγείας. Πράγματι, ο φυσιολογικός κολπικός τοκετός μπορεί να είναι καλύτερο να θεωρείται ως η πρώτη προτεραιότητα στο τέλος της

εγκυμοσύνης (Torkan et al., 2009).

Κεφάλαιο 3. Η μαία ως επαγγελματίας υγείας και η περιγεννητική φροντίδα.

3.1. Περιγεννητική Μαιευτική Φροντίδα

Όπου κι αν βρίσκονται οι γυναίκες και τα μωρά, όποιες κι αν είναι οι συνθήκες διαβίωσης ή το ισχύον σύστημα υγείας, η υγεία και η ευημερία μπορούν να βελτιωθούν με τη μαιευτική φροντίδα. Μαζί με το «The State of the World's Midwifery» και το «NewbornSeries», τιμάται η πρόοδος που έχει επιτευχθεί, οριοθετούνται τα απαραίτητα επόμενα βήματα και προσδιορίζονται οι τρομερές δυνατότητες για περαιτέρω οφέλη για την υγεία. Η διεθνής προσοχή και δράση γίνεται για να διασφαλιστεί ότι όλες οι γυναίκες γεννούν με αξιοπρέπεια και ασφάλεια και ότι όλοι μπορούν και αξίζουν να λαμβάνουν ποιοτική φροντίδα στην αρχή της ζωής τους (Sakala & Newburn, 2014).

Τι θέλουν οι γυναίκες από τη μαιευτική τους φροντίδα; Οι γυναίκες επιθυμούν φροντίδα με σεβασμό, μια κλινικά ικανή μαία, εκτιμούν την αξία της καλής επικοινωνίας, καθώς και τις υψηλής ποιότητας πληροφορίες έχοντας παράλληλα, αίσθηση του ελέγχου και ικανότητα συμμετοχής στη φροντίδα τους. Θέλουν εμπιστοσύνη στις σχέσεις τους με τους παρόχους φροντίδας. Αυτές οι ιδιότητες χαρτογραφούνται στενά με τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών(ICM), τις Βασικές Έννοιες της Μαιευτικής και τον ορισμό της μαιευτικής πρακτικής (Sakala & Newburn, 2014).

Σε εθνικές έρευνες, οι γυναίκες που τεκνοποιούν, εμπιστεύονται συντριπτικά τους παρόχους μητρότητας και τα συστήματα που παρέχουν αξιόπιστα ποιοτική φροντίδα. Τα συστήματα περίθαλψης και μητρότητας σε όλο τον κόσμο πρέπει να ανταποκρίνονται στις αρχές και τις ευθύνες για την αντιμετώπιση ευρέως διαδεδομένων ζητημάτων που έχουν εντοπιστεί ανά διαστήματα, συμπεριλαμβανομένης της αποτυχίας παροχής ποιότητας στη μαιευτική φροντίδα. Ως συνέπεια, προκύπτει ο κίνδυνος και η σπατάλη χρήσης ιατρικών διαδικασιών υπερβολικά ελεύθερα, η χρήση πρακτικών χωρίς αποδεδειγμένο όφελος και η σχετιζόμενη νοσηρότητα που μπορεί να προληφθεί, καθώς και η θνησιμότητα (Raynor,

& England, 2010).

Ένα μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι κατάλληλο για τις περισσότερες αναπαραγωγικές γυναίκες και τα νεογέννητα βρέφη που είναι υγιή και με χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών. Ωστόσο, η παγκόσμια τάση κλίνει προς την αυξημένη χρήση εξειδικευμένων φροντίδων μητρότητας, ανεξαρτήτως ανάγκης. Το “ICM EssentialSkills” για τη Βασική Μαιευτική Πρακτική ευθυγραμμίζει το πεδίο εφαρμογής της μαιευτικής πρακτικής με ένα μοντέλο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών μέτρων, την προώθηση του φυσιολογικού τοκετού, την ανίχνευση των επιπλοκών, την πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη ή άλλη κατάλληλη βοήθεια και τη διεξαγωγή έκτακτων μέτρων (Sakala & Newburn, 2014).

Αυτή η σειρά τονίζει ότι η βελτιστοποίηση του κανονικού και οι βιοψυχοκοινωνικές διεργασίες είναι βασικό στοιχείο της μαιευτικής φροντίδας. Οι φαρμακολογικές και χειρουργικές παρεμβάσεις, η χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και άλλες αποκλίσεις από την κανονικότητα πρέπει να επιφυλάσσονται για ενδείξεις με ισχυρή τεκμηριωμένη βάση και δεν χρησιμοποιούνται ελεύθερα ή τακτικά σε υγιείς γυναίκες και μωρά. Τα αυξανόμενα δείγματα αποδεικτικών στοιχείων διευκρινίζουν ότι μια τέτοια φροντίδα είναι συνετή. Μια φροντίδα που προωθεί, υποστηρίζει και προστατεύει την έμφυτη, ορμονικά καθοδηγούμενη και φυσιολογική διαδικασία βελτιστοποιεί τον τοκετό, τη γέννηση, το θηλασμό και την προσκόλληση, βοηθώντας τις γυναίκες και τα νεογέννητα βρέφη κατά τη διάρκεια αυτών των τεράστιων περιγεννητικών μεταβάσεων της ζωής, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ιατρικές παρεμβάσεις συχνά διαταράσσουν τις διεργασίες (Sakala & Newburn, 2014).

Διάφορα επιστημονικά πλαίσια κατά τη διάρκεια αυτής της ταχείας περιόδου ανάπτυξης, με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις για την υγεία των γυναικών και των μωρών έχουν αναδείξει διάφορα θέματα. Αυτά περιλαμβάνουν την αναπτυξιακή προέλευση της υγείας και των ασθενειών, το μάθημα ανάπτυξη της υγείας, το ανθρώπινο μικροβίωμα και την επιγενετική. Επιστημονικά στοιχεία για ακούσια δυσμενείς επιπτώσεις και την πιθανότητα περαιτέρω βλαβών, υποδεικνύουν τη σοφία της αρχής της προφύλαξης και τον περιορισμό της απόκλισης από ανανεωμένες στην εξέλιξη ή φυσιολογικές διαδικασίες (Sakala & Newburn, 2014).

Οι μαιευτικές δεξιότητες και γνώσεις έχουν απαξιωθεί ή χαθεί στο ιατρικό

μοντέλο περίθαλψης που κυριαρχεί σε πολλές χώρες και μητροπολιτικές περιοχές. Η αρνητική επίδραση της μητρικής φροντίδας χωρίς ποιότητα στο χώρο της μαιευτικής αποτελεί ένα σοβαρό θέμα προς μελέτη και βελτίωση. Αναμφισβήτητα, οι γυναίκες και τα νεογέννητα βρέφη πρέπει να έχουν πρόσβαση σε βασικές μαιευτικές ικανότητες που περιορίζουν την ανάγκη για διορθωτικές παρεμβάσεις. Αυτές οι αρμοδιότητες περιλαμβάνουν μέτρα στήριξης της εργασίας με σκοπό την πρόοδο, την άνεση και τη συναισθηματική καλλιέργεια, την υποστήριξη κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, αλλά και τη φροντίδα μετά τον τοκετό που ενισχύει την προσαρμογή, την προσκόλληση, αλλά και τον θηλασμό (Sakala & Newburn, 2014).

Διευκρινίζεται ότι οι μαιέες και άλλοι, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών και των νοσοκόμων, έχουν τη δυνατότητα να ασκήσουν τη μαιευτική, αλλά το πιθανό όφελος είναι περιορισμένο όταν στην υγειονομική περίθαλψη οι εργαζόμενοι στερούνται μαιευτικών δεξιοτήτων και εκπαίδευσης. Θα μπορούσε να διασφαλιστεί ότι αυτή η φροντίδα είναι αξιόπιστη και παρέχεται σε συστήματα υψηλής απόδοσης. Τα αποτελέσματα ενισχύονται όταν η φροντίδα καθοδηγείται από μαιέες που είναι μορφωμένες, αδειοδοτημένες και ενταγμένες στο σύστημα υγείας. Επιπλέον, όταν εργάζονται σε διεπιστημονικές ομάδες με έτοιμη πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα όπου και όταν χρειάζεται. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται και ενθαρρύνεται το αποδεδειγμένο μοντέλο (Sakala & Newburn, 2014).

Ορισμένες χώρες υψηλού εισοδήματος επηρεάζουν αρνητικά τις παγκόσμιες πρακτικές, καθώς και τα συστήματα μαιευτικής φροντίδας. Η επιρροή εμφανίζεται μέσω της εκπαίδευσης της υγείας του προσωπικού, σε περιοδικά, σε ερευνητικά προγράμματα και ιατρικές βιομηχανίες που προωθούν προϊόντα κερδών. Προκειμένου το αποτέλεσμα να είναι θετικό, πρέπει να αποφεύγεται η υπερβολική χρήση, η προσέγγιση και η υπονόμηση της μαιευτικής. Οι συγκεκριμένες διαδικασίες βλάπτουν τα καθιερωμένα συστήματα μαιευτικής και δημιουργούν εμπόδια στην ανάπτυξη, την αποκατάσταση και ενίσχυση της ποιοτικής μαιευτικής φροντίδας. Για χάρη της παγκόσμιας ευημερίας της μητέρας και των νεογνών, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι χρηματοδότες δεν πρέπει να παραβλέπουν την ποιότητα της φροντίδας μητρότητας, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση σε έθνη με μεγάλη παγκόσμια επίδραση (Sakala & Newburn, 2014).

Οι αλλαγές που γίνονται κατά τη διάρκεια της λοχείας επιτρέπουν την αναστροφή των μεταβολικών προσαρμογών που συνέβησαν στην εγκυμοσύνη. Συγκεκριμένα, τα πυελικά όργανα επιστρέφουν στη μη έγκυο κατάσταση τους και το σώμα προετοιμάζεται για την έναρξη της γαλουχίας. Παραδοσιακά, αυτή είναι μια περίοδος που εκτείνεται από το τέλος του τρίτου σταδίου του τοκετού μέχρι την έκτη έως την όγδοη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Είναι επίσης, μια περίοδος προσαρμογής κατά την οποία η γυναίκα αναρρώνει από τον τοκετό της και η σχέση με το μωρό της γίνεται πραγματικότητα. Αν και έχει θεωρηθεί ότι οι περισσότερες γυναίκες αντιμετωπίζουν λίγα προβλήματα στη διάρκεια της λοχείας, μια έρευνα εντόπισε ότι έως και 17 στις 20 γυναίκες είχαν πρόβλημα υγείας. Εκτός από αυτό, είναι πιθανό να προκύψουν απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές (Alba et al., 2019).

Ο ρόλος της μαιάς είναι μοναδικός στο ότι έχει την ευκαιρία να συνεχίσει την παρακολούθηση της προόδου, να αναγνωρίσει τις όποιες ανωμαλίες και να προσφέρει την κατάλληλη υποστήριξη και συμβουλές στις γυναίκες και τις οικογένειές τους. Η καλή γνώση της υποκείμενης φυσιολογίας είναι απαραίτητη (Harrison, 2000).

Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος ψυχολογικής αλλαγής και πρόκλησης και σε ορισμένες περιπτώσεις αποτελεί μια αναπτυξιακή κρίση. Το άγχος μιας γυναίκας να γίνει καλή μητέρα συνδέεται συχνά με την πεποίθηση πως αυτό επιτυγχάνεται όταν το παιδί έχει μια αρμονική σχέση με την ίδια τη μητέρα. Η αμφιθυμία για την εγκυμοσύνη, οι αγωνίες για τη σωματική υγεία ή την υγεία και ανάπτυξη του μωρού, η αγωνιώδης αναμονή για τις αλλαγές που επίκεινται στον τρόπο ζωής της γυναίκας μετά τον τοκετό, καθώς και οι φόβοι για την ικανότητα αντιμετώπισης όλων αυτών των εμπειριών είναι χαρακτηριστικοί και λογικοί (Cantwell & Cox, 2006).

Στο πρώτο τρίμηνο μια γυναίκα μπορεί να παρατηρήσει αυξημένη συναισθηματική αστάθεια, η οποία μπορεί να επιδεινωθεί από ναυτία, ευαισθησία στο στήθος και άλλες σωματικές αλλαγές, χαρακτηριστικά της πρώιμης εγκυμοσύνης. Αργότερα, συμβαίνουν περαιτέρω σωματικές αλλαγές, αλλαγές στο σεξουαλικό ενδιαφέρον και ανησυχίες για τον τοκετό, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην αλλαγή της διάθεσης. Στην φάση της ύστερης εγκυμοσύνης ενδέχεται να παρατηρηθεί με κοινωνική απόσυρση και η γυναίκα να απορροφηθεί στην ενασχόληση με τις προετοιμασίες για τον τοκετό και τη φροντίδα του μωρού. Μάλιστα, οι εμμονικές

σκέψεις δεν είναι σπάνιες, έχοντας συχνά ως επίκεντρο την υγεία του μωρού. Τέτοιες συναισθηματικές αλλαγές συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με τις αναγκαίες προσαρμογές στην εγκυμοσύνη, αλλά μπορεί να οφείλονται και στις ορμονικές αλλαγές που συνοδεύουν την εγκυμοσύνη (Cantwell & Cox, 2006).

Είναι σημαντικό να μπορούμε να διακρίνουμε αυτές τις αλλαγές από εκείνες που σχετίζονται με πιο ξεκάθαρες ψυχικές ασθένειες. Ενώ τα συμπτώματα άγχους είναι κοινά, δεν περιλαμβάνουν συνήθως κρίσεις πανικού που συνοδεύονται από το αίσθημα φόβου. Ομοίως, οι περίοδοι μειωμένης διάθεσης συνήθως χαρακτηρίζονται από γενικευμένη ενοχή και χαμηλή αυτοεκτίμηση, έντονη διέγερση ή καθυστέρηση και σπανιότερα αυτοκτονικές σκέψεις (Cantwell & Cox, 2006).

Ορισμένες ομάδες έχουν ιδιαίτερες ανάγκες αναφορικά με την τεκνοποιία. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου πολύ νέες, ανύπαντρες και μη υποστηριζόμενες μητέρες και γυναίκες που τυχαίνει να έχουν άσχημες εμπειρίες από τη μητρότητα, να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες. Συγκεκριμένα, οι δικές τους ανάγκες μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση με εκείνες των μωρών τους και γι' αυτόν ακριβώς το λόγο πρέπει από νωρίς να προγραμματίζεται η παροχή κατάλληλης υποστήριξης από τις μαίες και τους γιατρούς προκειμένου να βοηθήσουν τη γυναίκα στην ανάπτυξη και κατάλληλη φροντίδα του μωρού της (Cantwell & Cox, 2006)

Από την άλλη, οι μεγαλύτερες μητέρες μπορεί να διαθέτουν υπερβολικά εξιδανικευμένες προσδοκίες εγκυμοσύνης και τοκετού και να έχουν προβλήματα προσαρμογής στις αλλαγές της ζωής μετά τον τοκετό. Άλλες ομάδες που μπορεί να αντιμετωπίσουν ιδιαίτερες δυσκολίες περιλαμβάνουν εκείνες τις γυναίκες με προηγούμενη απώλεια εγκυμοσύνης, αυτές που έχουν υποβληθεί σε υποβοηθούμενη σύλληψη, γυναίκες που έχουν υψηλού κινδύνου εγκυμοσύνες και όσες έχουν κάνει επείγουσα καισαρική τομή (Cantwell & Cox, 2006).

Κατά τη λοχεία, εμφανίζεται μεταγεννητικό ή μητρικό «μπλουζ» στο 50-80% των γυναικών. Αυτό αποτελεί μια ήπια και αυτοπεριοριζόμενη κατάσταση με έναρξη τυπικά την πρώτη μεταγεννητική εβδομάδα που υποχωρεί μέσα σε 1-2 εβδομάδες. Τα πιο κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν κατάθλιψη, χαμηλή διάθεση, δακρύρροια, αϋπνία, κόπωση και ευερεθιστότητα. Η στήριξη από τους επαγγελματίες, την οικογένεια και τους φίλους είναι συνήθως επαρκής για να αποφευχθεί μια δυσάρεστη

εξέλιξη της κατάστασης. Η σημασία της έγκειται στο γεγονός ότι η πιο σοβαρή περίπτωση μπορεί να εξελιχθεί σε μεταγεννητική κατάθλιψη. Όπως έχει παρατηρηθεί, το αυξημένο άγχος και η κατάθλιψη στο τρίτο τρίμηνο συνιστούν χαρακτηριστικά του μεταγεννητικού μπλουζ (Berg & Dahlberg, 2001).

Η μη ψυχωτική κατάθλιψη συχνά εμφανίζεται αργότερα στη μεταγεννητική περίοδο, με κορύφωση εμφάνισης περίπου στις 6 εβδομάδες. Για ορισμένες γυναίκες μπορεί να έχει τη μορφή εμμονής όσον αφορά ανησυχίες ή φόβο ότι μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στο μωρό τους. Οι σκέψεις αυτοτραυματισμού δεν είναι ασυνήθιστες. Ωστόσο, η πλειονότητα των καταθλίψεων που εμφανίζονται αυτή τη στιγμή είναι ήπιες και δεν απαιτούν ειδική ψυχιατρική παρέμβαση (Cantwell & Cox, 2006).

Η παροχή επιπλέον υποστήριξης και μη κατευθυντικής συμβουλευτικής από τους επισκέπτες υγείας είναι συνήθως επαρκής για την επίλυση του προβλήματος. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν τον μεγαλύτερο ρόλο στην ανάπτυξη μεταγεννητικής κατάθλιψης και μάλιστα έχουν παρατηρηθεί ασθενέστερες συσχετίσεις με μαιευτικές επιπλοκές, ιστορικό κακοποίησης, χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και αντίληψη κακής μαιευτικής εμπειρίας. Η μη θεραπευμένη μεταγεννητική κατάθλιψη επίσης, συνδέεται στενά με μια διαταραγμένη σχέση μητέρας-μωρού με δυσμενείς επιπτώσεις στη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους (Cantwell & Cox, 2006).

Επομένως, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η εξειδίκευση των επαγγελματιών μαιών και η υποστήριξη τους στη μέλλουσα μητέρα και ταυτόχρονα την πλέον μητέρα (λεχωίδα) προκειμένου να αντιμετωπιστούν και να εξομαλυνθούν οι όποιες ψυχολογικές διακυμάνσεις προκύψουν. Η μαία οφείλει να βρίσκεται στο πλευρό της γυναίκας, έτσι ώστε η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους να βασίζεται σε γερά θεμέλια και να εξασφαλίζεται μια ειλικρινής σχέση εκατέρωθεν. Η προαγωγή υγείας αποτελεί το κύριο μέλημα των μαιών, σε σύγκριση με τη διαχείριση και τη κακή υγεία (Beldon & Crozier, 2005).

3.2. Μοντέλα Περιγεννητικής Φροντίδας

Η ιατρικοποίηση του τοκετού έχει συμβάλλει στη δημιουργία μοντέλων περιγεννητικής φροντίδας ανά τον κόσμο. Η κύηση και ο τοκετός θεωρούνται ως διαδικασίες υψηλού κινδύνου όπου απαιτείται υψηλή εξειδίκευση (International Confederation of Midwives, Midwifery Led Care, The First Choice for All Women).

Το μοντέλο φροντίδας που οδηγείται από τη μαία ως επαγγελματίας υπεύθυνος για το σχεδιασμό, την οργάνωση και τον τοκετό έχει ως επίκεντρο τη γυναίκα και το έμβρυο και στην περίοδο της κύησης, αλλά και στη μεταγεννητική περίοδο. Αυτό το μοντέλο φροντίδας βασίζεται στη λογική πως η γυναίκα αποτελεί το επίκεντρο και πως η κύηση και ο τοκετός συνιστούν φυσιολογικά γεγονότα (International Confederation of Midwives, Midwifery Led Care, The First Choice for All Women).

Αυτή η μέθοδος παρέχει στη γυναίκα εκπαίδευση, συμβουλευτική και φροντίδα μετά την κύηση που σε κάθε περίπτωση προσαρμόζεται στα μέτρα της καθεμίας. Οι γυναίκες απολαμβάνουν έναν μεγάλο αριθμό πλεονεκτημάτων όσον αφορά την παροχή αυτής της φροντίδας, διότι είναι λιγότερο πιθανό να γεννήσουν με επισκληρίδιο. Μάλιστα, η περίπτωση να έχουν μια φυσιολογική γέννα είναι μεγάλη και δεν παρουσιάζει διαφορά με τα ποσοστά της καισαρικής τομής. Παρατηρείται, επίσης μικρότερη πιθανότητα πρόωρης γέννησης και είναι λιγότερο πιθανό το έμβρυο να πεθάνει πριν τις 24 εβδομάδες. Επιπλέον, οι γυναίκες που έλαβαν μαιευτική φροντίδα είναι πολύ πιο πιθανό να παρακολουθούνται στη γέννηση από μια καταξιωμένη μαία (International Confederation of Midwives, Midwifery Led Care, The First Choice for All Women).

Η περιγεννητική φροντίδα αποτελεί το πλέον κατάλληλο μοντέλο φροντίδας για τις εγκύους. Αναμφισβήτητα παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας και ασφάλεια συνδυασμένη με την πιο αποτελεσματική χρήση των πρόσφατων στοιχείων βελτιώνοντας τα αποτελέσματα (International Confederation of Midwives, Position Statement, Giving birth normal).

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στον φυσιολογικό τοκετό, στα

πλαίσια του οποίου δίνεται έμφαση στην υγεία της γυναίκας, στην εκπαίδευση και την πρακτική άσκηση της μαίας, καθώς και στα υφιστάμενα συστήματα υγείας (International Confederation of Midwives, Position Statement, Giving birth normal).

Οι μαίες είναι υπέρμαχοι του φυσιολογικού τοκετού. Τα πλεονεκτήματα του φυσιολογικού τοκετού είναι αποδεδειγμένα, αλλά οι αποφάσεις των γυναικών επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες, όπως ο πολιτισμός στον οποίο ανήκουν, κάποια κοινωνικοοικονομικά θέματα και συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τον φυσιολογικό τοκετό και ο επακόλουθος φόβος γι' αυτόν, όπως και η αδυναμία να εμπιστευτούν την έμφυτη ικανότητά τους για γέννηση (International Confederation of Midwives, Position Statement, Giving birth normal).

Όταν η εκπαίδευση της μαίας περιορίζεται αποκλειστικά σε νοσοκομεία και ιατρικές κλινικές ενδέχεται αυτή η πρακτική να τις αποτρέψει από το να ασκούν όλο το φάσμα της μαιευτικής πρακτικής έχοντας ως αποτέλεσμα μια τέτοια εμπειρία να επηρεάσει την ικανότητα τους να υποστηρίξουν τις γυναίκες στη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού (International Confederation of Midwives, Position Statement, Giving birth normal).

Το ICM ορίζει τον φυσιολογικό τοκετό ως μια μοναδική δυναμική διαδικασία στην οποία εμβρυϊκές και μητρικές φυσιολογίες και ψυχοκοινωνικά πλαίσια αλληλεπιδρούν. Ο φυσιολογικός τοκετός είναι η διαδικασία κατά την οποία η γυναίκα ξεκινά και ολοκληρώνει τον τοκετό, το βρέφος γεννιέται χωρίς την ανάγκη οποιασδήποτε χειρουργικής, ιατρικής ή φαρμακευτικής παρέμβασης (International Confederation of Midwives, Position Statement, Giving birth normal).

Η προώθηση του φυσιολογικού τοκετού περιλαμβάνεται στο Πεδίο Πρακτικής του ICM και ως εκ τούτου οι μαίες θα πρέπει να είναι ικανές σε όλα τα μέσα υποστήριξης κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού. Οι γυναίκες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε μια φροντίδα που καθοδηγείται από τη μαιευτική, μια ολοκληρωτική υποστήριξη, συμπεριλαμβανομένης της επιλογής του τοκετού στο σπίτι, αλλά και της βύθισης στο νερό (International Confederation of Midwives, Position Statement, Giving birth normal).

Οι Ενώσεις των μελών ενθαρρύνονται, εκτός των άλλων, σε συνεργασία με

γυναίκες, για την προώθηση του φυσιολογικού τοκετού, την επιβεβαίωση της μαιίας ως κύριου φροντιστή και ειδικού στον φυσιολογικό τοκετό και τον εμπλουτισμό της εκπαίδευσης των μαιών με απώτερο σκοπό την βελτίωση των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων στον τομέα του φυσιολογικού τοκετού. Επιπλέον, προβλέπεται η οργάνωση εκπαιδευτικών μαθημάτων για την ενίσχυση της πρακτικής των μαιών στον φυσιολογικό τοκετό, η αύξηση της ευαισθητοποίησής τους για τα οφέλη του φυσιολογικού τοκετού αναφορικά με την υγεία της μητέρας και του νεογνού, την καθιέρωση και χρήση δεικτών υγειονομικής περιθάλψης και τέλος την πρακτική στον φυσιολογικό τοκετό. Πολύ σημαντική είναι επίσης η παρέμβαση, όσον αφορά την επιρροή και συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και άλλες οργανώσεις με απώτερο στόχο την ενθάρρυνση και προώθηση του φυσιολογικού τοκετού (International Confederation of Midwives, Position Statement, Giving birth normal).

Οι μαιίες είναι οι κύριοι πάροχοι φροντίδας για τις γυναίκες που τεκνοποιούν σε όλο τον κόσμο. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη συνθετικών πληροφοριών αναφορικά με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα μεταξύ των μοντέλων συνεχούς φροντίδας στις μαιίες και άλλων μοντέλων φροντίδας (Sandall et al., 2016).

Οι γυναίκες που έλαβαν μοντέλα συνεχούς φροντίδας υπό τη μαιία ήταν λιγότερο πιθανό να βιώσουν παρέμβαση και περισσότερο πιθανόν να είναι ικανοποιημένες από τη φροντίδα που έλαβαν σε σχέση με διαφορετικά μοντέλα φροντίδας (Sandall et al., 2016).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να ελεγχθεί η υγεία και η ευημερία των γυναικών και των μωρών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γέννησης και της κύησης. Αυτοί οι τρόποι χαρακτηρίζονται ως «μοντέλα φροντίδας». Σε κάποιες περιπτώσεις συμβαίνει ένας μαιευτήρας ή ένας άλλος γιατρός να είναι ο κύριος επαγγελματίας υγείας και άλλες φορές να είναι μια μαιία. Μερικές φορές, η ευθύνη μοιράζεται μεταξύ μαιευτήρων και μαιών (Sandall et al., 2016).

Ένα από τα μοντέλα ονομάζεται «η συνέχεια που καθοδηγείται από τη μαιία». Εδώ η μαιία είναι ο κύριος επαγγελματίας, ξεκινώντας από το αρχικό ραντεβού, μέχρι και

τις πρώτες ημέρες της ανατροφής του παιδιού (Sandall et al., 2016).

Τα μοντέλα συνέχειας που καθοδηγούνται από τη μαία παρέχουν φροντίδα από την ίδια την ομάδα μαιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γέννησης και της πρώιμης περιόδου ανατροφής, και πολλές γυναίκες φαίνεται να το εκτιμούν αυτό. Αυτές οι ομάδες μαιών περιλαμβάνουν και άλλους παρόχους φροντίδας, σε περίπτωση ανάγκης (Sandall et al., 2016).

Σε αντίθεση, τα μοντέλα υπό την ηγεσία των μαιευτήρων ή οικογενειακών γιατρών δεν είναι συνήθως σε θέση να παρέχουν την ίδια μαία σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Πρέπει να ξέρουμε αν το μοντέλο συνέχειας που καθοδηγείται από τη μαία είναι ασφαλές και εάν φέρει οφέλη για τις μητέρες και τα μωρά (Sandall et al., 2016).

Τα κύρια οφέλη ήταν ότι οι γυναίκες που έλαβαν συνεχή φροντίδα υπό τη μαία είχαν λιγότερες πιθανότητες να κάνουν επισκληρίδιο. Επιπλέον, σε μικρότερο ποσοστό οι γυναίκες έκαναν επισιotoμίες. Οι πιθανότητες των γυναικών για αυθόρμητο κολπικό τοκετό ήταν επίσης αυξημένες και δεν υπήρχε διαφορά στον αριθμό των γεννήσεων με καισαρική τομή. Οι γυναίκες είχαν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν πρόωρο τοκετό και διέτρεχαν επίσης χαμηλότερο κίνδυνο να χάσουν τα μωρά τους. Επιπλέον, οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να λαμβάνουν φροντίδα κατά τον τοκετό από μαιέες που ήδη γνώριζαν. Συνολικά, η αναθεώρηση δεν εντόπισε κανένα αρνητικό αποτέλεσμα σε σύγκριση με άλλα μοντέλα (Sandall et al., 2016).

Οι περισσότερες γυναίκες καλό είναι να τυγχάνουν «συνέχειας φροντίδας υπό την ηγεσία της μαίας». Παρέχει οφέλη για γυναίκες και μωρά και δεν έχουν εντοπιστεί ανεπιθύμητες ενέργειες. Ωστόσο, στο ίδιο συμπέρασμα δεν μπορούμε να καταλήξουμε με σαφήνεια για γυναίκες με υπάρχουσες σοβαρές επιπλοκές εγκυμοσύνης ή υγείας (Sandall et al., 2016).

Σε κάποια προγεννητικά μοντέλα φροντίδας παρέχεται και εντός του τοκετού και/ή μετά τον τοκετό σε συνεργασία με ιατρικό προσωπικό. Μέσα στα μοντέλα περιγεννητικής φροντίδας οι μαιέες είναι σε συνεργασία με τη γυναίκα, την οδηγούν με ευθύνη στην αξιολόγηση των αναγκών που έχει τη συγκεκριμένη περίοδο,

προγραμματίζεται η φροντίδας της, παραπέμπεται σε άλλους επαγγελματίες ανάλογα με την περίπτωση και τη διασφάλιση της παροχής υπηρεσιών μητρότητας. Έτσι, τα μοντέλα φροντίδας που καθοδηγούνται από τη μαία στοχεύουν στην παροχή υπηρεσιών συνήθως σε υγιείς γυναίκες και με εγκυμοσύνες χωρίς επιπλοκές ή «χαμηλού κινδύνου» (Sandall et al., 2016).

Σε ορισμένα μοντέλα, οι μαίες παρέχουν συνέχεια της μαιευτικής φροντίδας σε όλες τις γυναίκες από μια καθορισμένη γεωγραφική τοποθεσία, ενεργώντας ως κύριος επαγγελματίας για γυναίκες των οποίων η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι χωρίς επιπλοκές, και συνεχίζοντας παρέχουν μαιευτική φροντίδα σε γυναίκες που έχουν ιατρικές και μαιευτικές επιπλοκές, πάντα σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες (Sandall et al., 2016).

Ορισμένα μοντέλα συνεχούς φροντίδας υπό τη μαία παρέχουν συνέχεια φροντίδας σε μια καθορισμένη ομάδα γυναικών μέσω μιας ομάδας μαιών που μοιράζονται ένα φόρτο υποθέσεων. Αυτή η ομάδα ονομάζεται «ομάδα» μαιευτικής. Έτσι, μια γυναίκα θα λάβει τη φροντίδα της από μια σειρά μαιών της ομάδας (Sandall et al., 2016).

Άλλα μοντέλα, που ονομάζονται "caseloadmidwifery", στοχεύουν στη μεγαλύτερη συνέχεια της σχέσης, διασφαλίζοντας ότι οι γυναίκες που τεκνοποιούν λαμβάνουν την προγεννητική, ενδογενή και μεταγεννητική φροντίδα από μια μαία ή τον ιατρικό συνεργάτη τους. Σε αυτό το στάδιο συνεχίζεται η συζήτηση για τους κινδύνους, τα οφέλη και το κόστος της ομάδας (Sandall et al., 2016).

Άλλα μοντέλα φροντίδας περιλαμβάνουν τα εξής : Φροντίδα που παρέχει ο μαιευτήρας, όπου είναι ο κύριος πάροχος της προγεννητικής φροντίδας για τις περισσότερες γυναίκες που τεκνοποιούν. Ένας μαιευτήρας είναι παρών κατά τη γέννηση και οι νοσοκόμες παρέχουν ενδογεννητική και μεταγεννητική φροντίδα. Άλλο μοντέλο αποτελεί τη φροντίδα που παρέχεται από οικογενειακό γιατρό, με παραπομπή σε ειδικό μαιευτήρα για την περαιτέρω φροντίδα που απαιτείται. Ένα τρίτο μοντέλο είναι η ύπαρξη κοινών μοντέλων φροντίδας, όπου ο οργανισμός είναι υπεύθυνος για την περίθαλψη καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης μέχρι τη μεταγεννητική περίοδο, όπου μοιράζεται μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών υγείας (Sandall et al., 2016).

Σε διάφορα σημεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, η ευθύνη για τη φροντίδα μπορεί να μεταφερθεί σε διαφορετικό πάροχο ή ομάδα παρόχων. Η φροντίδα τοποθετείται ανάμεσα τους οικογενειακούς γιατρούς και τις μαίες, ή στους παρόχους και από τις τρεις ομάδες. Οι μαίες παρέχουν φροντίδα σε γυναίκες που έχουν ιατρικές και μαιευτικές επιπλοκές σε συνεργασία με ιατρούς. Επιπλέον, η φροντίδα μητρότητας σε ορισμένες, παρέχεται κατά κύριο λόγο από τη μαία με την καθοδήγηση ενός μαιευτήρα, καθώς η μαία παρέχει την πραγματική φροντίδα, αλλά ο μαιευτήρας είναι αυτός που αναλαμβάνει συνολικά την ευθύνη για τη φροντίδα που παρέχεται στη γυναίκα καθ'όλη τη διάρκεια της περιόδου πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό (Sandall et al., 2016).

Η συνέχεια της φροντίδας είναι ένα μέσο παροχής φροντίδας που αναγνωρίζει ότι οι ανάγκες υγείας μιας γυναίκας είναι μεμονωμένα γεγονότα και πρέπει να είναι διαχειρίσιμα με την πάροδο του χρόνου. Αυτή η προοπτική επιτρέπει να αναπτυχθεί μια σχέση μεταξύ των ασθενών και των παρόχων φροντίδας. Ο πάροχος έχει γνώση του ιατρικού τους ιστορικού και θα νοιαστεί για αυτούς στο μέλλον. Η συνέχεια αναφέρεται από τη μεριά του ασθενή σε μια «συντονισμένη και ομαλή εξέλιξη της φροντίδας» (Sandall et al., 2016).

Το μοντέλο της συνέχειας διαθέτει τρεις κύριους τύπους: τη διαχείριση, την πληροφόρηση και τη σχέση. Η διαχείριση περιλαμβάνει την επικοινωνία τόσο των γεγονότων όσο και των κρίσεων στην ομάδα, θεσμικά και επαγγελματικά όρια μεταξύ επαγγελματιών και ασθενών. Η πληροφόρηση αφορά την έγκαιρη διαθεσιμότητα των σχετικών πληροφοριών. Η σχέση σημαίνει τη θεραπευτική σχέση του χρήστη της υπηρεσίας με έναν ή περισσότερους επαγγελματίες υγείας στην πάροδο του χρόνου. Τα μοντέλα φροντίδας συνέχειας υπό την ηγεσία της μαίας έχουν γενικά ως στόχο τη βελτίωση της φροντίδας για μια χρονική περίοδο (Sandall et al., 2016).

Μάλιστα, η αυξημένη πιθανότητα για αυθόρμητο κολπικό τοκετό σε γυναίκες που προσεγγίστηκαν από μαία σύμφωνα με τα μοντέλα φροντίδας συνέχειας είναι σε συνάρτηση με τη μικρότερη χρήση μιας σειράς αναλγητικών, μεγαλύτερη πιθανότητα παρουσίας κατά τη γέννηση από γνωστή μαία και τέλος, τη φιλοσοφία της φροντίδας. Η συνεχής φροντίδα από τη μαία είναι μια πολύπλοκη παρέμβαση (Sandall et al.,

2016).

Δυστυχώς δεν είναι εφικτό σε όλες τις χώρες του κόσμου οι μαιές να παρέχουν τα μοντέλα περίθαλψης με βάση τη συνέχεια και η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και αυτό συνιστά ένα σημαντικό εμπόδιο στην εφαρμογή. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής που επιθυμούν να επιτύχουν κλινικά σημαντικές βελτιώσεις στη φροντίδα μητρότητας, ιδιαίτερα γύρω από την ομαλοποίηση και τον εξανθρωπισμό του τοκετού και την πρόληψη του πρόωρου τοκετού, πρέπει να λάβουν υπόψη τα μοντέλα φροντίδας που καθοδηγούνται από τη μαιά και να αναθεωρηθεί η χρηματοδότηση των υπηρεσιών που ηγούνται της μαιάς (Sandall et al., 2016).

Οι γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης, του τοκετού και της λοχείας λαμβάνουν υπηρεσίες μαιευτικής φροντίδας από τους εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Η φροντίδα που λαμβάνουν οι γυναίκες μπορεί να είναι ευεργετική γι' αυτές και τα παιδιά τους και άλλοτε να μην καλύπτουν τις απαιτήσεις των γυναικών. Στη συνέχεια της εργασίας, παραθέτονται οι αντιλήψεις των γυναικών των νοσοκομείων των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας, σχετικά με την παρεχόμενη σ' αυτές φροντίδα κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό.

3.3. Ο ρόλος των μαιών και των μαιευτήρων στην περιγεννητική φροντίδα

Η προαγωγή της υγείας είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη έννοια στη φροντίδα της υγείας και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της εθνικής υγείας. Η προαγωγή της υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία για τις μαιές που δίνουν έμφαση στον εσωτερικό τους ρόλο αναφορικά με την προαγωγή της υγείας παρά με τη διαχείριση μιας ασθένειας ή της κακής υγείας (Beldon & Crozier, 2005).

Η επιστήμη της μαιευτικής προκειμένου να αναγνωριστεί το αντικείμενο και οι δεξιότητες των μαιών πέρασε από πολλά στάδια. Το επάγγελμα της μαιάς εντοπίζεται στα κατώτερα επίπεδα του τομέα της ιατρικής, παρόλα αυτά όμως κατάφερε να αναδειχτεί ένα επάγγελμα ζωτικής σημασίας. Σκοπό αποτελεί η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς για την βελτίωση της υγείας τους. Η προαγωγή του φυσιολογικού τοκετού, η ενημέρωση και η εκπαίδευση των νέων μητέρων για τον

τοκετό βοηθά στην καλύτερη έκβαση της υγείας της μητέρας και του παιδιού αλλά και στην καλύτερη εμπειρία τοκετού (Marshall & Raynor, 2014).

Η εξατομικευμένη φροντίδα είναι η αρχή για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Η απαίτηση παροχής υπηρεσιών μητρότητας υψηλής ποιότητας σχεδιασμένη να ταιριάζει στις ατομικές ανάγκες της μητέρας και των βρεφών ορίζεται σύμφωνα με το πρότυπο του Εθνικού Πλαισίου Υπηρεσιών (NSF) για τα παιδιά, τους νέους και τη μητρότητα. Αν και η μαία ανέκαθεν κατείχε σημαντικό ρόλο στη δημόσια υγεία, υπάρχει πλέον ρητή ανάγκη, ώστε το επάγγελμα να στρέψει την προσοχή του σε επιπλέον καίρια ζητήματα, όπως η εφηβική εγκυμοσύνη, η ανάγκη διακοπής του καπνίσματος, η ευαισθητοποίηση για τα ναρκωτικά και η ενδοοικογενειακή βία (Beldon et al., 2005).

Ο επαγγελματικός κώδικας δεοντολογίας για τις μαίες δηλώνει ξεκάθαρα την ανάγκη, όσον αφορά τους επαγγελματίες, να σέβονται τις ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις των ζευγαριών και να αναγνωρίζουν τις γυναίκες ως συνεργάτες στη δική τους φροντίδα. Ο DeVries περιγράφει την εξέλιξη της φροντίδας για εγκύους με βάση την παθητική, ενεργητική και ελεγχόμενη παροχή φροντίδας. Ακολουθώντας την παθητική παροχή φροντίδας φαίνεται πως οι υπηρεσίες μεταβαίνουν σε μια «μεταμοντέρνα» εποχή, όπου η τεχνολογία και ο συγκεντρωτισμός απορρίπτονται υπέρ των κέντρων τοκετού. Ωστόσο, η αυξημένη συμμετοχή και η πιο χαλαρή ατμόσφαιρα που εμπεριέχονται στις υπηρεσίες μητρότητας καλύπτεται από ένα περιβάλλον που ελέγχεται από τους επαγγελματίες, όπως φαίνεται και από τα αυξημένα ποσοστά παρέμβασης (Beldon et al., 2005).

Οι μαίες έχουν παίξει κεντρικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος και υιοθετούν νέες προσεγγίσεις παροχής φροντίδας διευκολύνοντας και υποστηρίζοντας την αλλαγή στην ατομική συμπεριφορά. Η ικανότητα της μαίας έγκειται επομένως, στην ικανότητά της να καθιερώσει μια υποστηρικτική και ενθαρρυντική σχέση με τη γυναίκα. Ωστόσο, οι μαίες χρειάζεται να εκπαιδευτούν στη χρήση κατάλληλων δεξιοτήτων παροχής συμβουλών (Beldon et al., 2005).

Μια άλλη παράμετρος που θέτει την ίδια τη γυναίκα στο επίκεντρο, αποσκοπεί στη βελτίωση της γνώσης και στην κατανόηση των διαδικασιών από τις επίτοκες και

της φροντίδας που προσφέρεται. Οι μαίες πρέπει να επιδιώξουν να συνεργάζονται με τις γυναίκες και τις οικογένειες, παρέχοντάς τους τη δυνατότητα να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα που πιστεύουν ότι μπορεί να χρειάζονται. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, όταν υπάρχει ανοιχτή επικοινωνία που επιτρέπει όχι μόνο την ενημερωμένη συγκατάθεση, αλλά ταυτόχρονα την ενημερωμένη επιλογή (Beldon et al., 2005).

Η εκπαίδευση είναι κάτι περισσότερο από την παροχή πληροφοριών. Η εκπαίδευση είναι ένας όρος που αποτυπώνει εικόνες της επίσημης μάθησης, με γυναίκες να κάθονται μέσα σε μικρές ομάδες όπως οι μαθητές που είναι έτοιμοι να δεχτούν πληροφορίες και η μαία που οδηγεί μια «τάξη», μεταδίδοντας πληροφορίες ως εμπειρογνώμονας δάσκαλος (Beldon et al., 2005).

Η σχέση μεταξύ της μαίας και της γυναίκας επηρεάζεται από μια σειρά εξωτερικών παραγόντων. Η αυξημένη γνώση, για παράδειγμα, σημαίνει ότι οι γυναίκες είναι πιο ενημερωμένες για την υγειονομική περίθαλψη στην εποχή μας και επομένως είναι λιγότερο πιθανό να εξαρτώνται από τις μαίες για τη συνολική τους φροντίδα. Από την άλλη, η ιατρική τεχνολογία έχει εξελιχθεί με περισσότερες παρεμβάσεις στη μαιευτική φροντίδα που με τη σειρά της επηρεάζει τη μαιευτική πρακτική. Η ιατρική τεχνολογία επίσης, επηρεάζει, ως ένα βαθμό, τις αντιλήψεις του κοινού για τον ρόλο των μαιών. Έτσι, για παράδειγμα, μερικές γυναίκες μπορεί να θεωρούν την ιατρική φροντίδα ως ανώτερη από τη μαιευτική φροντίδα. Τέτοιες αντιλήψεις επομένως, θα επηρεάσουν το πώς σχετίζονται οι μαίες με τις γυναίκες που φροντίζουν. Υπάρχουν στοιχεία, ωστόσο, που υποδηλώνουν ότι υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι μαίες μπόρεσαν να αναπτύξουν προσωπικές ή ακόμη και φιλικές σχέσεις με τις γυναίκες (McCREA, 1993).

Ενώ οι μαίες άργησαν να ενταχθούν στη σημαντική πτυχή της δουλειάς τους, που είναι η σχέση με τις γυναίκες, οι έρευνες και η εμπειρία έχουν δείξει πόσο πολύτιμες μπορεί να είναι αυτές οι εμπειρίες όσον αφορά την επίτευξη μιας ικανοποιητικής εμπειρίας τοκετού. Με βάση στοιχεία, φαίνεται πως οι γυναίκες εκτιμούν αυτή την «αδιαίτερη» σχέση με τις μαίες και οι μαίες επιδεικνύουν με κάθε τρόπο τη μοναδική τους συμβολή στην υγεία των γυναικών. Συνολικά, οι περισσότερες σχέσεις μαίας/γυναίκας θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν καλές (McCREA, 1993).

Οι επιλογές του τρόπου ζωής που κάνει μια έγκυος γυναίκα μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην υγεία τόσο της ίδιας όσο και του μωρού και αυτές οι επιπτώσεις είναι δυνατόν να επεκταθούν περισσότερο στην κύηση, ακόμη και τη γέννηση. Η εγκυμοσύνη σχετίζεται με τη μείωση της σωματικής δραστηριότητας στις γυναίκες και το συγκεκριμένο διάστημα θεωρείται ως μια ευκαιρία για την αντιμετώπιση ζητημάτων του τρόπου ζωής. Επομένως, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι η παροχή συμβουλών από τις μαίες σχετικά με αλλαγές στη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ως εκ τούτου, γίνεται κατανοητό πως η διαχείριση της αύξησης βάρους κατά την εγκυμοσύνη και η μητρική παχυσαρκία αντιμετωπίζονται με ψυχολογική υποστήριξη και βασικές συμβουλές από τις μαίες (DeVivo & Mills, 2019).

Ο ρόλος του μαιευτήρα και της μαίας είναι θεμελιώδης για την επιτυχημένη διαχείριση της προγεννητικής περιόδου, τον τοκετό και μετά τον τοκετό τη διαχείριση του μαιευτικού ασθενούς (Davidson Jr, 1981). Ο ρόλος των μαιευτήρων-γυναικολόγων είναι εξέχουσας σημασίας για την χάραξη μιας δημόσιας πολιτικής και ιδιωτικής ασφάλειας υγείας, όπως και για τους τομείς της μαιευτικής και της γυναικολογίας. Παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη (Leader & Perales, 1995).

Οι περισσότερες γενικές ιατρικές εξετάσεις για τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, που κυμαίνεται από τα 15 έως τα 44 έτη, γίνονται από μαιευτήρες-γυναικολόγους, υποδεικνύοντας ότι αυτοί οι γιατροί θεωρούνται ως βασικοί ιατροί για πολλούς από τους ασθενείς τους. Έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες θέλουν άμεση πρόσβαση σε μαιευτήρες-γυναικολόγους, αλλά όταν τους ζητηθεί να επιλέξουν ποιον τύπο γιατρού θα επέλεγαν εάν είχαν μόνο έναν για όλη τη γενική ιατρική τους φροντίδα, οι περισσότερες απάντησαν πως θα προτιμούσαν τους γενικούς ιατρούς από τους μαιευτήρες-γυναικολόγους (Scroggs et al., 1997).

Πολλοί οργανισμοί διαχειριζόμενης φροντίδας δεν θεωρούν τους μαιευτήρες-γυναικολόγους ως γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Υπάρχει επίσης, κάποια συζήτηση μεταξύ των ίδιων των μαιευτήρων-γυναικολόγων σχετικά με το αν είναι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αν αυτό το καθεστώς είναι επιθυμητό από πλευράς τους. Το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και οι Γυναικολόγοι έχουν

υποστηρίζει ότι οι μαιευτήρες γυναικολόγοι συνιστούν γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι θα πρέπει να συνεχίσουν να επικεντρώνονται στην αναπαραγωγική υγεία και τις διαταραχές αυτής και όχι στο ευρύτερο πεδίο της υγείας των γυναικών (Scroggs et al., 1997).

Οι γυναίκες έχουν προτιμήσεις που αφορούν τη μαιευτική φροντίδα, οι οποίες εκτείνονται πολύ πιο πέρα από τις βασικές ανησυχίες των μαιευτικών και γυναικολογικών επαγγελματιών όσον αφορά τις διαδικασίες για την ανακούφιση από τον πόνο και την ταλαιπωρία κατά τον τοκετό (Drew, Salmon, & Webb, 1989).

Συνολικά, ο ρόλος των μαιευτήρων και των μαιών είναι ιδιαίτερα σημαντικός και συμβάλλει στη δημιουργία θετικής εμπειρίας τοκετού. Η ψυχολογική όσο και ιατρική υποστήριξη αυξάνει την αλληλεπίδραση μεταξύ της γυναίκας και του ιατρικού και βοηθητικού προσωπικού δημιουργώντας δεσμούς που είναι δυνατόν να κρατήσουν πολλά χρόνια.

Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία Έρευνας

4.1 Σκοπός – επιμέρους στόχοι της μελέτης

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης, είναι η διερεύνηση και αξιολόγηση της ικανοποίησης των λεχωϊδων γυναικών των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας σχετικά με την φροντίδα που έλαβαν μετά τη διεκπεραίωση του τοκετού.

Ειδικότερα οι επιμέρους στόχοι της συγκεκριμένης εργασίας είναι:

1. Συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων των λεχωϊδων, με την ικανοποίηση τους από το επίπεδο συνεργασίας τους με τον μαιευτήρα, κατά την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα.
2. Συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων των λεχωϊδων, με την ικανοποίηση τους από το επίπεδο συνεργασίας τους με τη μαία, κατά την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα.
3. Συσχέτιση του μαιευτικού ιστορικού των λεχωϊδων, με την ικανοποίηση τους από τη συνεργασία τους με τον μαιευτήρα, κατά την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα.
4. Συσχέτιση του μαιευτικού ιστορικού των λεχωϊδων, με την ικανοποίηση τους από τη συνεργασία τους με τη μαία, κατά την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα.
5. Συσχέτιση της κλίμακας EPDS, με την ικανοποίηση των λεχωϊδων από τον μαιευτήρα, κατά την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα.
6. Συσχέτιση της κλίμακας EPDS, με την ικανοποίηση των λεχωϊδων από τη μαία, κατά την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα.
7. Συσχέτιση της κλίμακας EPDS, μεταξύ των λεχωϊδων των 2 νοσοκομείων.
8. Συσχέτιση της κλίμακας EPDS, με τα δημογραφικά στοιχεία των λεχωϊδων.
9. Συσχέτιση της κλίμακας EPDS, με το μαιευτικό ιστορικό των λεχωϊδων.
10. Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των λεχωϊδων από τη συνεργασία τους με τον μαιευτήρα, μεταξύ των 2 νοσοκομείων.

11. Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των λεχωίδων από τη συνεργασία τους με τη μαία, μεταξύ των 2 νοσοκομείων

Η έρευνα που επιλέχθηκε για τις ανάγκες της συγκεκριμένης εργασίας και κρίθηκε ως καταλληλότερη είναι η ποσοτική και αφορά τη μέτρηση την ικανοποίησης των λεχωίδων γυναικών σε δυο νοσοκομειακές μονάδες. Η ποσοτική προσέγγιση έχει την ικανότητα να εξετάζει μεταβλητές που μπορούν να ποσοτικοποιηθούν με τη συμβολή των στατιστικών μεθόδων. Τα αποτελέσματα μπορούν να είναι αξιόπιστα και αντικειμενικά και να συμπεριλάβουν μεγάλο αριθμό ατόμων στην έρευνα. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο συλλογής δεδομένων στην συγκεκριμένη έρευνα, έδωσε την δυνατότητα να μην υπάρχει προσωπική εμπλοκή των ερευνητών με τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα (Cohen & Masion, 2012). Ωστόσο ως αδυναμία της συγκεκριμένης μεθόδου μπορεί να χαρακτηριστεί το περιορισμένο εύρος απαντήσεων και ότι οι παρατηρήσεις χρησιμοποιούνται για μια γενική άποψη μεγάλου χρονικού διαστήματος όμως, αποτυπώνονται από παρατηρήσεις που διεξάγονται μια χρονική στιγμή (Παπαγεωργίου, 2014).

Προκειμένου να αναζητηθούν παλαιότερες μελέτες για τις ανάγκες της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, με τη συμβολή της βάσης δεδομένων PubMed και τη χρήση ειδικών λέξεων κλειδιών: childbirth, caesarean section, midwife, care. Τα άρθρα ήταν κατά βάση αγγλικής διαλέκτου και μεταφράστηκαν για τις ανάγκες της εργασίας. Οι αναζητήσεις πραγματοποιήθηκαν από το έτος 2010 και έπειτα.

Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα της συγκεκριμένης εργασίας είναι να αναδείξει τη σημασία της φροντίδας των λεχώνων που έλαβαν κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό.

4.2. Πληθυσμός μελέτης και τρόπος συλλογής δεδομένων.

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν λεχωίδες γυναίκες. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με δείγμα ευκολίας εξαιτίας του περιορισμένου αριθμού γεννήσεων των συγκεκριμένων περιοχών το διάστημα της διεξαγωγής της έρευνας. Τα δεδομένα λήφθηκαν με τη βοήθεια συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου. Κάθε λεχωίδα συμπλήρωσε μόνη της το ερωτηματολόγιο. Ο τόπος που διεξήχθη η έρευνα δεν ήταν ένας αλλά δύο πόλεις της Ελλάδος, και συγκεκριμένα δύο νοσοκομειακές

μονάδες των Ιωαννίνων και τη Πτολεμαΐδας. Το έτος διεξαγωγής της έρευνας ήταν οι τελευταίοι μήνες του 2022.

4.3. Ανάλυση ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που αποτέλεσε σημαντικό εργαλείο για την διεξαγωγή και την λήψη των δεδομένων της παρούσας έρευνας, διαιρείται στα εξής μέρη:

Α μέρος: ερωτηματολόγιο σχετικό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το κομμάτι αυτό περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών αλλά και 5 σχετικές με το μαιευτικό τους ιστορικό.

Β μέρος: το μέρος αυτό συγκεντρώνει 10 ερωτήσεις κλιμακούμενης βαθμίδος. Βασικός κορμός των ερωτήσεων αυτών αποτέλεσε το ερωτηματολόγιο της κλίμακας KIM (Kuorio Instrument for mothers). Από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο επιλέχθηκαν ορισμένες ερωτήσεις με σκοπό να συμβάλουν στην ανίχνευση του επιπέδου ικανοποίησης των γυναικών σχετικά με την μαιευτική φροντίδα που έλαβαν.

Γ μέρος: στο σημείο αυτό υπάρχουν 4 ερωτήσεις σχετικές με τις εντυπώσεις που είχαν οι γυναίκες από την φροντίδα που έλαβαν. Οι ερωτήσεις αυτές είναι μικρής έκτασης.

Δ μέρος: το κομμάτι αυτό αφορά 10 ερωτήσεις της Κλίμακας Μεταγεννητικής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Το ερωτηματολόγιο αυτό, δημιουργήθηκε το 1980 από μια ομάδα ψυχιάτρων της Βρετανίας. Αποτελεί ένα εργαλείο συλλογής δεδομένων σχετικών με την κατάθλιψη των μητέρων μετά από έναν τοκετό στα πλαίσια του περιβάλλοντος της υγειονομικής φροντίδας (Lee, 2000).

Οι απαντήσεις των συγκεκριμένων ερωτήσεων είναι κατά βάση με την βαθμίδα της κλίμακας Likert.

Σχετικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, μπορεί να θεωρηθεί ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως περιλαμβάνει δύο ερωτηματολόγια το Kuorio Instrument for mothers & το EPDS, τα οποία αποτελούν διαδεδομένα ερωτηματολόγια και χρησιμοποιούνται από πλήθος ερευνητών. Ειδικά η κλίμακα EPDS μπορεί να εντοπίσει τα επίπεδα της κατάθλιψης στις λεχώιδες που γέννησαν πρόσφατα. Είναι μέθοδος διερεύνησης και πρόγνωσης. Περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται σε βαθμίδα κλίμακα Likert από

το 0 έως το 3. Μικρότερη συνολική βαθμολογία της νέας μητέρας, αντανακλά μικρότερη συμπτωματολογία, ενώ μεγαλύτερη βαθμολογία δείχνει πιο έντονη συμπτωματολογία. Το EPDS αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε με έρευνες που διεξήχθησαν σε λεχωίδες της Μεγάλης Βρετανίας και αποτελεί σημαντικό εργαλείο που προτιμάται πιο συχνά για την ανίχνευση καταθλιπτικών επιλόχειων διαταραχών στις περισσότερες έρευνες (Affonso, Horowitz & Mayberry, 2000; Dennis, 2004).

Επίσης και το ερωτηματολόγιο KIM φαίνεται σύμφωνα με παρόμοιες μελέτες ότι είναι αξιόπιστο. Η κλίμακα KIM (Kuorio Instrument for Mothers) είναι ανώνυμη και αυτοσυμπληρούμενη. Είναι μεταφρασμένο και σταθμισμένο σε Ελληνικό πληθυσμό. Για τη χρήση της Ελληνικής έκδοσης, ελήφθησαν οι σχετικές άδειες από τους κατασκευαστές. Από το ερωτηματολόγιο KIM επιλέχθηκαν κάποιες ερωτήσεις προκειμένου να ανιχνευθεί το επίπεδο της ικανοποίησης των γυναικών σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν (Sapountzi – Krepia et al., 2009).

4.4 Ηθικά και Δεοντολογικά ζητήματα

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη τηρώντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που σχετίζονται με τα προσωπικά δεδομένα των ατόμων που έλαβαν μέρος. Πρώτο βήμα των ερευνητών ήταν η λήψη άδειας διεξαγωγής της έρευνας από τις νοσοκομειακές μονάδες των δύο πόλεων των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας. Μετά την έγκριση των Επιστημονικών Συμβουλίων των νοσοκομείων, επόμενο ήταν η διανομή έντυπου συγκατάθεσης των λεχωίδων της έρευνας. Σύμφωνα με το έντυπο αυτό τα άτομα ενημερώνονται για τους σκοπούς, την μεθοδολογία και για την ανωνυμία της έρευνας. Έπειτα με δική τους θέληση πραγματοποιείται η συμμετοχή τους σ' αυτήν.

Οι συμμετέχουσες δεν είχαν κανέναν χρονικό περιορισμό συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Με τον τρόπο αυτό, δεν πιέστηκαν για την συμπλήρωση του ώστε οι απαντήσεις να είναι ορθές και μη βεβιασμένες. Κάποια από τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε λεχωίδες που νοσηλευόταν στους θαλάμους των νοσοκομείων των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας. Κάποια ερωτηματολόγια δόθηκαν σε λεχωίδες που είχαν λάβει εξιτήριο από τα δύο αυτά νοσοκομεία μέχρι και 40 μέρες μετά τον τοκετό τους. Σε αυτές, η συμπλήρωση πραγματοποιήθηκε στα σπίτια τους μετά την λήψη άδειας από τους οικείους με περιθώριο συμπλήρωσης μιας εβδομάδας. Οι ερευνήτριες

καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας επίλυαν τυχόν απορίες για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια, μετά την συμπλήρωσή τους, επιστράφηκαν σε κλειστό φάκελο και τοποθετήθηκαν σε κάλπη, για διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας. Εξηγήθηκε στις συμμετέχουσες ο σκοπός της έρευνας προφορικά αλλά και με πληροφορίες που παρεχόταν στο έντυπο συγκατάθεσης. Έγινε σαφές πως οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούσαν μπορούσαν να διακόψουν την συμμετοχή τους στην έρευνα. Πρόσβαση στα ερωτηματολόγια και τα δεδομένα της έρευνας είχαν μόνο οι ερευνητές και η επιβλέπουσα καθηγήτρια.

Προκειμένου η διεξαγωγή της έρευνας να πληροί όλες τις σωστές προϋποθέσεις, ζητήθηκε άδεια από τους συγγραφείς των ερωτηματολογίων. Μετά την λήψη άδειας ξεκίνησε η διαδικασία της έρευνας (οι άδειες παρατίθενται στο παράρτημα της συγκεκριμένης εργασίας).

4.5 Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBMSPSS (Statistical Package for the Social Science) για Windows. Στην ανάλυση που θα ακολουθήσει παρακάτω θα πραγματοποιηθούν έλεγχοι σύμφωνα με τους οποίους θα απορριφθούν ή θα γίνουν αποδεκτές οι ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας. Συγκεκριμένα, θα γίνει έλεγχος Independent samples t - test με τον οποίο θα γίνει σύγκριση των μέσων όρων των δύο υποκατηγοριών μίας μεταβλητής. Στην συνέχεια θα ακολουθήσει ο έλεγχος One way ANOVA ο οποίος ελέγχει τους μέσους όρους μεταξύ των τριών και πάνω κατηγοριών, στην περίπτωση όμως που ο παραπάνω έλεγχος είναι στατιστικά σημαντικός θα ακολουθήσει ο έλεγχος Post - Hoc για να εξακριβωθεί που υπάρχουν οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υποκατηγοριών. Επιπλέον, για να διαπιστωθεί εάν ορισμένες μεταβλητές έχουν επίδραση μεταξύ τους θα γίνει έλεγχος συσχέτισης Pearson με τον οποίο θα ελεγχθεί η πιθανή αρνητική ή θετική συσχέτιση δύο η και παραπάνω ποσοτικών μεταβλητών.

Κεφάλαιο 5. Ανάλυση Δεδομένων

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο πραγματοποιείται η ανάλυση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία τέθηκαν για τους σκοπούς και τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των γυναικών για την παροχή μαιευτικής φροντίδας την οποία έλαβαν κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό αλλά και την επίδραση που είχε αυτή στην ζωή τους. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν αναφέρονται συνοπτικά: α) στη συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων με την ικανοποίηση των γυναικών από τον μαιευτήρα και τη μαία, β) τη συσχέτιση του μαιευτικού ιστορικού με την ικανοποίηση των λεχωίδων από τον μαιευτήρα και τη μαία, γ) τη συσχέτιση της κλίμακας EPDS με την ικανοποίηση των γυναικών για την παρεχόμενη φροντίδα από το μαιευτήρα και τη μαία, δ) την ικανοποίηση των γυναικών από την συνεργασία τους με τον μαιευτήρα και τη μαία. Τέλος σημαντικό κομμάτι αποτελεί η συσχέτιση της κλίμακας EPDS με τις γυναίκες των δυο νοσοκομείων, των δημογραφικών στοιχείων αλλά και το μαιευτικό τους ιστορικό.

5.1. Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία, το ιστορικό των τοκετών καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν την ικανοποίηση από τη μαία και από το μαιευτήρα. Παράλληλα υπήρχαν ερωτήσεις οι οποίες μετρούσαν την κατάθλιψη των λεχωίδων. Με βάση αυτό τον διαχωρισμό, πραγματοποιήθηκαν και οι παρακάτω αναλύσεις.

Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία (Στόχοι 1&2)

Οικογενειακή κατάσταση με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία

| ANOVA | | | | | | |
|------------------------|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Ικανοποίηση από γιατρο | Between Groups | 1,754 | 2 | ,877 | ,678 | ,510 |
| | Within Groups | 151,413 | 117 | 1,294 | | |
| | Total | 153,167 | 119 | | | |
| Ικανοποίηση από μαια | Between Groups | 17,545 | 2 | 8,772 | 3,911 | ,023 |
| | Within Groups | 262,422 | 117 | 2,243 | | |
| | Total | 279,967 | 119 | | | |

Από τον παραπάνω πίνακα, διαπιστώνεται ότι η σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και την ικανοποίηση από το μαιευτήρα δεν είναι στατιστικά σημαντική (Sig = 0,510 > 0,05) αντίθετα από την σχέση με τη μαια (Sig = 0,023 < 0,05)

Εκπαίδευση με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαια.

| ANOVA | | | | | | |
|------------------------|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Ικανοποίηση απο γιατρο | Between Groups | 15,752 | 3 | 5,251 | 4,432 | ,005 |
| | Within Groups | 137,415 | 116 | 1,185 | | |
| | Total | 153,167 | 119 | | | |
| Ικανοποίηση από μαια | Between Groups | 29,736 | 3 | 9,912 | 4,595 | ,004 |

| | | | | | | |
|--|---------------|---------|-----|-------|--|--|
| | Within Groups | 250,231 | 116 | 2,157 | | |
| | Total | 279,967 | 119 | | | |

Από τον παραπάνω πίνακα, διαπιστώνεται ότι η σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και την ικανοποίηση από το μαιευτήρα δεν είναι στατιστικά σημαντική (Sig = 0,510 > 0,05) αντίθετα από την σχέση με την μαία (Sig = 0,023 < 0,05).

Εκπαίδευση με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από την μαία

Multiple Comparisons

| Bonferroni | | | | | | | |
|------------------------|----------------|----------------|-----------------------|------------|-------|-------------------------|-------------|
| Dependent Variable | (I) Εκπαίδευση | (J) Εκπαίδευση | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ικανοποιηση_απο_γιατρο | ΛΥΚΕΙΟ | ΚΟΛΛΕΓΙΟ | ,52174 | ,78617 | 1,000 | -1,5885 | 2,6320 |
| | | ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ | -,62112* | ,21108 | ,024 | -1,1877 | -,0545 |
| | | ΜΑΣΤΕΡ | -1,03382 | ,39671 | ,062 | -2,0987 | ,0310 |
| | ΚΟΛΛΕΓΙΟ | ΜΑΣΤΕΡ | -1,55556 | ,85084 | ,420 | -3,8394 | ,7283 |
| | | ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ | -1,14286 | ,78173 | ,879 | -3,2412 | ,9555 |
| | ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ | ΜΑΣΤΕΡ | -,41270 | ,38785 | 1,000 | -1,4538 | ,6284 |
| ικανοποίηση_απο_μαια | ΛΥΚΕΙΟ | ΚΟΛΛΕΓΙΟ | ,95652 | 1,06088 | 1,000 | -1,8912 | 3,8042 |
| | | ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ | -,83713* | ,28484 | ,024 | -1,6017 | -,0725 |
| | | ΜΑΣΤΕΡ | -1,37681 | ,53533 | ,068 | -2,8138 | ,0602 |
| | ΚΟΛΛΕΓΙΟ | ΜΑΣΤΕΡ | -2,33333 | 1,14816 | ,266 | -5,4153 | ,7486 |
| | | ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ | -1,79365 | 1,05490 | ,551 | -4,6253 | 1,0380 |
| | ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ | ΜΑΣΤΕΡ | -,53968 | ,52338 | 1,000 | -1,9446 | ,8652 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Η εκπαίδευση έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την ικανοποίηση τόσο από το μαιευτήρα όσο και από τη μαία (Sig < 0,05 και στις δύο περιπτώσεις), με τις λεχνοίδες

που ήταν τελειόφοιτες κατώτερης εκπαίδευσης να είναι πιο ικανοποιημένες από αυτές που είχαν λάβει ανώτερη μόρφωση.

Επάγγελμα με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία

| ANOVA | | | | | | |
|------------------------|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| | | Sum of Squares | Df | Mean Square | F | Sig. |
| ικανοποιηση_απο_γιατρο | Between Groups | 5,298 | 3 | 1,766 | 1,385 | ,251 |
| | Within Groups | 147,869 | 116 | 1,275 | | |
| | Total | 153,167 | 119 | | | |
| ικανοποίηση_απο_μαια | Between Groups | 23,899 | 3 | 7,966 | 3,609 | ,015 |
| | Within Groups | 256,067 | 116 | 2,207 | | |
| | Total | 279,967 | 119 | | | |

| Multiple Comparisons | | | | | |
|--|---------------|-----------------------|------------|------|-------------------------|
| Dependent Variable: ικανοποίηση_απο_μαια | | | | | |
| Bonferroni | | | | | |
| (I) Επάγγελμα | (J) Επάγγελμα | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval |
| | | | | | |

| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
|---------------------------|---------------------------|---------|------------|-----------|-----------------|-------------|
| ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛ ΟΣ | ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛ ΟΣ | ,83925 | ,3295 2 | ,073 | - ,0453 | 1,723 8 |
| | ΑΝΕΡΓΗ | 1,20690 | ,4725 3 | ,042 | - ,0615 | 2,475 3 |
| | ΟΙΚΙΑΚΑ | 1,45690 | ,5933 4 | ,033 | - ,1358 | 3,049 6 |
| ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛ ΟΣ | ΟΙΚΙΑΚΑ | ,61765 | ,5553 4 | 0,35 | - ,8730 | 2,108 3 |
| | ΑΝΕΡΓΗ | ,36765 | ,4238 3 | 0,49 | - ,7700 | 1,505 3 |
| ΑΝΕΡΓΗ | ΟΙΚΙΑΚΑ | ,25000 | ,6504 6 | 1,00 0 | - 1,496 0 | 1,996 0 |

Η σχέση ανάμεσα στο επάγγελμα και την ικανοποίηση είναι στατιστικά μη σημαντική αν η τελευταία αναφέρεται στο μαιευτήρα (Sig = 0,251 > 0,05) αλλά σημαντική αν αναφέρεται στη μαία (Sig = 0,015 < 0,005). Συγκεκριμένα, οι άνεργες, οι φοιτήτριες και όσες απασχολούνται με τα οικιακά, ήταν πιο ικανοποιημένες από τις υπόλοιπες.

Ηλικία με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία

| Correlations | | | |
|--------------|--------|------------------------|----------------------|
| | Ηλικία | ικανοποιηση_απο_γιατρο | ικανοποίηση_απο_μαια |

| | | | | |
|--|---------------------|-------|--------|--------|
| Ηλικία | Pearson Correlation | 1 | -,064 | ,217* |
| | Sig. (2-tailed) | | ,487 | ,017 |
| | N | 120 | 120 | 120 |
| ικανοποιηση_απο_γιατρο | Pearson Correlation | -,064 | 1 | ,670** |
| | Sig. (2-tailed) | ,487 | | ,000 |
| | N | 120 | 120 | 120 |
| ικανοποίηση_απο_μαια | Pearson Correlation | ,217* | ,670** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,017 | ,000 | |
| | N | 120 | 120 | 120 |
| *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). | | | | |
| **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). | | | | |

| Multiple Comparisons | | | | | | |
|--|--------|-----------------------|------------|-------|-------------------------|-------------|
| Dependent Variable: ικανοποίηση_απο_μαια | | | | | | |
| Bonferroni | | | | | | |
| (I) | (J) | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| Ηλικία | Ηλικία | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| <30 | 30-40 | -,07143 | ,27794 | 1,000 | -,7465 | ,6037 |
| | >40 | -1,92857* | ,55588 | ,002 | -3,2787 | -,5784 |
| 30-40 | >40 | -1,85714* | ,55588 | ,003 | -3,2073 | -,5070 |
| *. The mean difference is significant at the 0.05 level. | | | | | | |

Όμοια με την εκπαίδευση, και η ηλικία έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη μαία αλλά όχι με τον μαιευτήρα (Sig = 0,017 < 0,05 και Sig = 0,487 > 0,05, αντίστοιχα), με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας να δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένες από τις μικρότερες.

Σύγκριση ιστορικού των λεχωίδων με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία (Στόχοι 3&4)

| | | Τοκετο ί_πλήρ εις | Τοκετοί _πρόωρ οι | Αποβολέ ς_αμβώσ εις | Δυσκολί α_τοκετ ού | ικανοποιησ η_απο_για τρο | ικανοποίη ση_απο_μ αια |
|---------------------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Τοκετοί_ πλήρεις | Pear son Corr elati on | 1 | -,281** | 0,123 | ,189* | -,489** | -,357** |
| | Sig. (2- taile d) | | 0,002 | 0,180 | 0,039 | 0,000 | 0,000 |
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Τοκετοί_ πρόωροι | Pear son Corr elati on | -,281** | 1 | ,335** | 0,010 | ,345** | ,353** |
| | Sig. (2- | 0,002 | | 0,000 | 0,915 | 0,000 | 0,000 |

| | | | | | | | |
|------------------------|---------------------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|
| | tailed) | | | | | | |
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Αποβολές_αμβώσεις | Pearson Correlation | 0,123 | ,335** | 1 | 0,098 | -,231* | 0,031 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,180 | 0,000 | | 0,286 | 0,011 | 0,733 |
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Δυσκολία_τοκετού | Pearson Correlation | ,189* | 0,010 | 0,098 | 1 | -,317** | -,395** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,039 | 0,915 | 0,286 | | 0,000 | 0,000 |
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Ικανοποίηση από γιατρό | Pearson Correlation | -,489** | ,345** | -,231* | -,317** | 1 | ,670** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | 0,011 | 0,000 | | 0,000 |

| | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|---------|--------|-------|---------|--------|-----|
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Iκανοποίηση από μαία | Pearson Correlation | -,357** | ,353** | 0,031 | -,395** | ,670** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 | 0,000 | 0,733 | 0,000 | 0,000 | |
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |

Από τον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι το ιστορικό εγκυμοσυνών των γυναικών του δείγματος έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ικανοποίηση τόσο από το μαιευτήρα όσο και από την μαία, σε όλες τις εκφάνσεις που μετρήθηκαν, δηλαδή τοκετοί πλήρεις, τοκετοί πρόωροι, αποβολές / αμβλώσεις, δυσκολία τοκετού καθώς για όλες οι συσχετίσεις είχαν $Sig < 0,05$. Μόνη εξαίρεση, αποτελεί η συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση από τη μαία και τις αποβολές / αμβλώσεις, που είχε $Sig = 0,733 > 0,05$, η οποία δεν είναι στατιστικά σημαντική. Περισσότερο ικανοποιημένες φαίνεται πως είναι αυτές που είχαν πρόωρους τοκετούς, ακολουθούμενες από όσες είχαν δυσκολία στον τοκετό, σε σχέση με τις υπόλοιπες.

Σύγκριση προτιμήσεων είδους τοκετού με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία

| Independent Samples Test | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| | Levene's Test for Equality of Means |

| | | Variances | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------|-------|-------|--------|--------------------|--------------------|-----------------------------|---|---------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| ικανοποιηση_απο_γιατρο | Equal variances assumed | 5,750 | 0,018 | 1,210 | 118 | 0,229 | 0,28889 | 0,23871 | -0,18382 | 0,76160 |
| | Equal variances not assumed | | | 1,450 | 72,319 | 0,151 | 0,28889 | 0,19921 | -0,10821 | 0,68599 |
| ικανοποίηση_απο_μια | Equal variances assumed | 1,798 | 0,183 | 0,205 | 118 | 0,838 | 0,06667 | 0,32467 | -0,57627 | 0,70960 |
| | Equal variances not assumed | | | 0,211 | 52,176 | 0,834 | 0,06667 | 0,31601 | -0,56741 | 0,70074 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | assu | | | | | | | | | |
| | med | | | | | | | | | |

Δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην προτίμηση είδους τοκετού σε σχέση με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και τη μαία (Sig = 0,151 > 0,05 & Sig = 0,838 > 0,05)

Σύγκριση είδους τοκετού με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία

| Group Statistics | | | | | |
|-------------------------|----------------|---|-------|----------------|-----------------|
| | Είδος_τοκετού | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| ικανοποιηση_απο_γιατρο | φυσιολογικός | 5 | 1,660 | 1,04927 | ,1402 |
| | τοκετός | 6 | 7 | | 2 |
| | καισαρική τομή | 6 | 2,140 | 1,16656 | ,1458 |
| ικανοποίηση_απο_μαια | φυσιολογικός | 5 | 1,964 | 1,30683 | ,1746 |
| | τοκετός | 6 | 3 | | 3 |
| | καισαρική τομή | 6 | 2,937 | 1,58239 | ,1978 |

| Independent Samples Test | | |
|---------------------------------|---|------------------------------|
| | Levene's Test for Equality of Variances | t-test for Equality of Means |

| | | F | Sig. | t | Df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
|------------------------|-----------------------------|-------|-------|--------|---------|--------------------|--------------------|-----------------------------|---|-----------|
| | | | | | | | | | Low er | Upp er |
| ικανοποίηση_απο_γιατρο | Equal variances assumed | 1,033 | 0,312 | -2,356 | 118 | 0,020 | -0,47991 | 0,20374 | -0,88337 | -0,07646 |
| | Equal variances not assumed | | | -2,372 | 117,903 | 0,019 | -0,47991 | 0,20230 | -0,88052 | -0,07931 |
| ικανοποίηση_απο_μια | Equal variances assumed | 4,135 | 0,044 | -3,642 | 118 | 0,000 | -0,97321 | 0,26723 | -1,50241 | -0,44402 |
| | Equal variances not assumed | | | -3,688 | 117,628 | 0,000 | -0,97321 | 0,26386 | -1,49574 | -0,45069 |

Αντίθετα, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο είδος του τοκετού σε σχέση με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και τη μαία (Sig = 0,020 < 0,05 & Sig = 0,000 < 0,05).

Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή ήταν πιο ικανοποιημένες από τις γυναίκες των υπόλοιπων κατηγοριών.

Σύγκριση της κλίμακας EPDS με την ικανοποίηση από τον μαιευτήρα και τη μαία (Στόχοι 5&6)

| Correlations | | | | |
|------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|-------|
| | | ικανοποιηση_απο_γιατρο | ικανοποίηση_απο_μαια | EPDS |
| ικανοποιηση_απο_γιατρο | Pearson Correlation | 1 | ,670** | ,180* |
| | Sig. (2-tailed) | | ,000 | ,049 |
| | N | 120 | 120 | 120 |
| ικανοποίηση_απο_μαια | Pearson Correlation | ,670** | 1 | ,206* |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | | ,024 |
| | N | 120 | 120 | 120 |
| EPDS | Pearson Correlation | ,180* | ,206* | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,049 | ,024 | |

| | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|
| | N | 120 | 120 | 120 |
| **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). | | | | |
| *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). | | | | |

Το σκορ της κλίμακας EPDS είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από την μαία (0,049 & 0,024, αντίστοιχα, αμφότερα μικρότερα του 0,05), δηλαδή οι γυναίκες που είχαν υψηλότερη βαθμολογία άρα πιο έντονη συμπτωματολογία, είχαν λιγότερη ικανοποίηση σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν.

Σύγκριση ικανοποίησης των λεγούδων από το μαιευτήρα και τη μαίας στα δύο νοσοκομεία (Πτολεμαΐδας και Ιωαννίνων) (Στόχος 7&8)

| Group Statistics | | | | | |
|------------------------|------------|----|--------|----------------|-----------------|
| | Hospital | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| ικανοποιηση_απο_γιατρο | Ιωάννινα | 60 | 2,0833 | 1,25268 | ,16172 |
| | Πτολεμαΐδα | 60 | 1,7500 | ,98506 | ,12717 |
| ικανοποίηση_απο_μαια | Ιωάννινα | 60 | 2,7167 | 1,63740 | ,21139 |
| | Πτολεμαΐδα | 60 | 2,2500 | 1,39764 | ,18043 |

| Independent Samples Test | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|------------------------------|----|------|------------|-------------------------|--|
| | | Levene's Test for Equality of Variances | t-test for Equality of Means | | | | | |
| | F | Sig. | t | df | Sig. | Std. Error | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | (2- tail ed) | Mean Differ ence | Differ ence | Interval of the Difference | |
|----------------------------|--|-----------|-----------|-----------|-------------|--------------------|------------------------|----------------|----------------------------------|-------------|
| | | | | | | | | | Low er | Upp er |
| ικανοποιηση_ απο_γιατρο | Equa l varia nces assu med | 4,0 47 | 0,0 47 | 1,6 20 | 118 | 0,1 08 | 0,333 33 | 0,205 73 | - 0,07 407 | 0,74 074 |
| | Equa l varia nces not assu med | | | 1,6 20 | 111, 784 | 0,1 08 | 0,333 33 | 0,205 73 | - 0,07 431 | 0,74 097 |
| ικανοποίηση_ απο_μαια | Equa l varia nces assu med | 6,8 06 | 0,0 10 | 1,6 79 | 118 | 0,0 96 | 0,466 67 | 0,277 92 | - 0,08 370 | 1,01 703 |
| | Equa l varia nces not assu med | | | 1,6 79 | 115, 161 | 0,0 96 | 0,466 67 | 0,277 92 | - 0,08 384 | 1,01 717 |

Δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία σε σύγκριση με την μαιευτική μονάδα από την οποία εξυπηρετήθηκαν οι λεχωίδες, καθώς Sig = 0,108 και 0,096 > 0,05 αντίστοιχα.

Σύγκριση της κλίμακας EPDS μεταξύ των λεχωίδων των 2 νοσοκομείων (Στόχος 9)

| Group Statistics | | | | | |
|------------------|------------|----|-------|----------------|-----------------|
| | Hospital | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| EPDS | Ιωάννινα | 60 | ,8167 | ,70089 | ,09048 |
| | Πτολεμαίδα | 60 | ,7333 | ,84104 | ,10858 |

| Independent Samples Test | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|---|-------|------------------------------|-----|-----------------|-----------------|-----------------------|---|---------|
| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| EPDS | Equal variances assumed | 3,181 | 0,077 | 0,590 | 118 | 0,557 | 0,08333 | 0,14134 | -0,19655 | 0,36322 |

| | | | | | | | | | |
|---------|--|--|-----|-------|------|--------|--------|-------|-------|
| Equal | | | 0,5 | 114,2 | 0,55 | 0,0833 | 0,1413 | - | 0,363 |
| varian | | | 90 | 85 | 7 | 3 | 4 | 0,196 | 32 |
| ces not | | | | | | | | 65 | |
| assum | | | | | | | | | |
| ed | | | | | | | | | |

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο σκορ της κλίμακας EPDS και την μαιευτική μονάδα των λεχωίδων, καθώς $Sig = 0,557 > 0,05$.

Σύγκριση της κλίμακας EPDS με τα δημογραφικά στοιχεία των λεχωίδων των 2 νοσοκομείων (Στόχος 10)

Όπως διαπιστώνεται από τους παρακάτω πίνακες όπου εκτιμάται η συσχέτιση ανάμεσα στις επιμέρους μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων και το σκορ της κλίμακας EPDS, διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση αναφορικά μόνο με το επάγγελμα ($Sig = 0,000 < 0,05$) καθώς για όλα τα υπόλοιπα η τιμή Sig είναι μικρότερη του 0,05 (εκπαίδευση: $Sig = 0,292$, οικογενειακής κατάστασης: $Sig = 0,065$, ηλικία: $Sig = 0,845$). Οι γυναίκες που απασχολούνται με τα οικιακά ή που είναι δημόσιες υπάλληλοι έχουν μικρότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες κατηγορίες επαγγέλματος.

Επάγγελμα σε σύγκριση με την κλίμακα EPDS

| ANOVA | | | | | |
|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| EPDS | | | | | |
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Between Groups | 11,213 | 3 | 3,738 | 7,261 | ,000 |
| Within Groups | 59,712 | 116 | ,515 | | |
| Total | 70,925 | 119 | | | |

| Multiple Comparisons | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------|-----------|-------------------------------|------------------------|
| Dependent Variable: EPDS | | | | | | |
| Bonferroni | | | | | | |
| (I) Επάγγελμα | (J) Επάγγελμα | Mean Differenc e (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | Lowe r Boun d | Uppe r Boun d |
| ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛ ΟΣ | ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛ ΟΣ | -,26116 | ,1591 2 | ,621 | - ,6883 | ,1660 |
| | ΑΝΕΡΓΗ | ,65747* | ,2281 8 | ,028 | ,0450 | 1,270 0 |
| | ΟΙΚΙΑΚΑ | ,22414 | ,2865 2 | 1,00 0 | - ,5450 | ,9932 |
| ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛ ΟΣ | ΟΙΚΙΑΚΑ | ,48529 | ,2681 7 | ,438 | - ,2345 | 1,205 1 |
| | ΑΝΕΡΓΗ | ,91863* | ,2046 6 | ,000 | ,3693 | 1,468 0 |
| ΑΝΕΡΓΗ | ΟΙΚΙΑΚΑ | -,43333 | ,3141 0 | 1,00 0 | - 1,276 5 | ,4098 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Εκπαίδευση σε σύγκριση με την κλίμακα EPDS

| |
|--------------|
| ANOVA |
| EPDS |

| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| Between Groups | 2,238 | 3 | ,746 | 1,260 | ,292 |
| Within Groups | 68,687 | 116 | ,592 | | |
| Total | 70,925 | 119 | | | |

Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με κλίμακα EPDS

| ANOVA | | | | | |
|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| EPDS | | | | | |
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Between Groups | 3,237 | 2 | 1,618 | 2,798 | ,065 |
| Within Groups | 67,688 | 117 | ,579 | | |
| Total | 70,925 | 119 | | | |

Σύγκριση ηλικίας με κλίμακα EPDS

| Correlations | | | |
|---------------------|---------------------|------|--------|
| | | EPDS | Ηλικία |
| EPDS | Pearson Correlation | 1 | ,018 |
| | Sig. (2-tailed) | | ,845 |
| | N | 120 | 120 |
| Ηλικία | Pearson Correlation | ,018 | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,845 | |
| | N | 120 | 120 |

Σύγκριση της κλίμακας EPDS με το μαιευτικό ιστορικό των λεχωίδων των 2 νοσοκομείων (Στόχος 11)

Αναφορικά με τη σύγκριση της σχέσης της κλίμακας EPDS με τις επιμέρους συνιστώσες του ιστορικού των λεχωίδων, στατιστικά σημαντική σχέση (Sig < 0,005) βρέθηκε στη σχέση με τους φυσιολογικούς τοκετούς (Sig = 0,001 και στις δύο μεταβλητές), ενώ η σχέση με τους πρόωρους τοκετούς, τις αποβολές / αμβλώσεις και τη δυσκολία τοκετού ήταν μη στατιστικά σημαντική (Sig = 0,396, 0,895, 0,255 αντίστοιχα).

| | | EPDS | Τοκετοί πλήρεις | Τοκετοί πρόωροι | Αποβολές αμβλώσεις | Δυσκολία τοκετού |
|--------------------|---------------------|--------|-----------------|-----------------|--------------------|------------------|
| EPDS | Pearson Correlation | 1 | -,301** | 0,078 | -0,012 | -0,105 |
| | Sig. (2-tailed) | | 0,001 | 0,396 | 0,895 | 0,255 |
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Τοκετοί_πλήρεις | Pearson Correlation | -,301* | 1 | -,281** | 0,123 | ,189* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,001 | | 0,002 | 0,180 | 0,039 |
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Τοκετοί_πρόωροι | Pearson Correlation | 0,078 | -,281** | 1 | ,335** | 0,010 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,396 | 0,002 | | 0,000 | 0,915 |
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Αποβολές_αμβλώσεις | Pearson Correlation | 0,012 | 0,123 | ,335** | 1 | 0,098 |
| | Sig. (2-tailed) | 0,255 | 0,002 | 0,000 | | |

| | | | | | | | |
|------------------|---------------------|--------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sig. (2-tailed) | 0,895 | 0,180 | 0,000 | | 0,286 | |
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | |
| Δυσκολία_τοκετού | Pearson Correlation | -0,105 | ,189* | 0,010 | 0,098 | 1 | |
| | Sig. (2-tailed) | 0,255 | 0,039 | 0,915 | 0,286 | | |
| | N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | |

Σύγκριση κλίμακας EPDS με το είδος τοκετού

| Independent Samples Test | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|---|-------|------------------------------|-----|-----------------|-----------------|-----------------------|---|---------|
| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| EPDS | Equal variances assumed | 1,650 | 0,201 | -0,331 | 118 | 0,742 | -0,04688 | 0,14180 | -0,32767 | 0,23392 |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|----------------|-------------|-----------|------------------|-------------|------------------|-------------|
| | Equal varian ces not assum ed | | | - 0,3 27 | 109,0 52 | 0,74 4 | - 0,0468 8 | 0,1432 7 | - 0,330 83 | 0,237 08 |
|--|---|--|--|----------------|-------------|-----------|------------------|-------------|------------------|-------------|

Σύγκριση κλίμακας EPDS με την προτίμηση είδους SI τοκετού

| Independent Samples Test | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|---|-----------|------------------------------|------------|-----------------|------------------|-----------------------|---|-------------|-------|
| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | | |
| | | | | | | | | | | Lower | Upper |
| EP DS | Equal varian ces assum ed | 0,2 42 | 0,6 24 | - 0,4 76 | 118 | 0,63 5 | - 0,0777 8 | 0,1632 9 | - 0,401 13 | 0,245 57 | |
| | Equal varian ces not | | | - 0,4 88 | 51,9 12 | 0,62 8 | - 0,0777 8 | 0,1593 8 | - 0,397 61 | 0,242 05 | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | assum ed | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Τέλος, από τους δύο τελευταίους πίνακες, διαπιστώνεται ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο σκορ της κλίμακας EPDS και το είδος (Sig = 0,742) ή την προτίμηση είδους τοκετού (Sig = 0,635).

Κεφάλαιο 6. Συζήτηση

Η παρούσα εργασία κλήθηκε να απαντήσει σε ένα ευρύ σύνολο ερωτημάτων σε μια προσπάθεια διερεύνησης της ικανοποίησης των λεχωίδων σε σχέση με τις επιμέρους συνιστώσες που είναι ικανές να διαμορφώσουν αυτή την ικανοποίηση. Με τη χρήση της στατιστικής, δόθηκαν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα – στόχους της έρευνας, όπως είχαν διατυπωθεί στην ενότητα της μεθοδολογίας της έρευνας.

Αναφορικά με τη σύγκριση των δημογραφικών στοιχείων με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία, διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση από τη μαία επηρεάζεται περισσότερο από τα δημογραφικά στοιχεία από ό, τι η ικανοποίηση από το μαιευτήρα. Η διαφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχουσών δημιουργούσε και διαφορά στην ικανοποίηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (ιατρούς και μαίες) κάτι που μπορεί να οφείλεται στην μεγαλύτερη ενσυναίσθηση που νιώθουν απέναντι σε αυτό και γενικότερα στον «πλούτο» εμπειριών που έχουν αποκτήσει σε σχέση με λεχωίδες που δεν έχουν προχωρημένο επίπεδο εκπαίδευσης. Σε αυτό το σημείο η παρούσα έρευνα συμφωνεί και με την έρευνα των Calister et al. (1996) οι οποίοι εντόπισαν μια μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε άτομα με αξιώματα όπως το ιατρικό προσωπικό που τη συνέδεσαν με το θρήσκευμα. Στην παρούσα έρευνα, αν και δεν ελέγχθηκε το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό, θα μπορούσαμε να το συσχετίσουμε με την ελληνική κουλτούρα που τρέφει ένα σεβασμό προς τα ιατρικά επαγγέλματα. Αντίθετα, η σημασία της ηλικίας στη σχέση με τη μαία ενδέχεται να σχετίζεται με την αυξημένη ανάγκη που έχουν οι μεγαλύτερες σε ηλικία λεχωίδες από τις συμβουλές και τις καθοδηγήσεις της μαίας, δεδομένου ότι η διαδικασία του τοκετού, στην οποία κυρίως συμμετέχει ο μαιευτήρας, είναι εμπειρία που δεν εξαρτάται σημαντικά από την ηλικία.

Η απάντηση στο τρίτο και τέταρτο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή αν το ιστορικό των λεχωίδων σχετίζεται με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία, είχε αρκετά ξεκάθαρη καταφατική απάντηση. Μάλιστα, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Biro et al. (2003) οι οποίοι διαπίστωσαν τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε γυναίκες από την παροχή ομαδικής μαιευτικής φροντίδας. Η ικανοποίηση από το μαιευτήρα έχει σχέση με όλες τις πτυχές του ιστορικού των γυναικών (τοκετοί, αποβολές, δυσκολία), ενώ η μόνη πτυχή του ιστορικού που εξετάστηκε, η οποία δεν έχει με την ικανοποίηση με τη μαία,

είναι οι αποβολές και οι αμβλώσεις, κάτι αρκετά αναμενόμενο καθώς το πιθανότερο είναι να μην χρειαστεί η μαία σε κανένα σημείο της διάδρασης τους με τις λεχωίδες να ενημερωθούν για τα περιστατικά αυτά. Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα δεν διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχουσες εξέφρασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση προς το πρόσωπο των μαιευτήρων σε αντίθεση με την έρευνα των Sapountzi – Krepia et al. (2008) όπου συνολικά διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχουσες είχαν μια πιο θετική εμπειρία από το μαιευτήρα από ό,τι από τη μαία. Ακόμα, η προτίμηση είδους τοκετού, επειδή είτε αντιστοιχεί στο είδος του τοκετού είτε άλλαξε λόγω, πιθανότατα, σοβαρών επιπλοκών κατά τη διάρκεια της κύησης, δεν φάνηκε να σχετίζεται με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και τη μαία. Αυτό το εύρημα φαίνεται να έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της έρευνας των Sapountzi – Krepia et al. (2009) οι οποίοι εντόπισαν διαφορές ανάμεσα στην ικανοποίηση και τη συνεργασία των γυναικών με τους μαιευτήρες και τις μαίες στις περιπτώσεις που είχαν φυσιολογικό τοκετό και σε αυτές που ακολούθησαν καισαρική τομή. Συγκεκριμένα, διαπίστωσαν αυξημένη συνεργασία με τους μαιευτήρες και τις μαίες στις περιπτώσεις φυσιολογικού τοκετού.

Το πέμπτο και έκτο ερευνητικό ερώτημα είναι επίσης απόλυτα μετρήσιμα, καθώς απαντώνται με βάση τα σκορ που έχουν πετύχει οι λεχωίδες από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου EPDS. Έτσι, το σκορ της κλίμακας EPDS είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από την μαία, κάτι αναμενόμενο, καθώς η κλίμακα αυτή ανιχνεύει την κατάθλιψη, η οποία είναι εύλογο ότι σχετίζεται με την ικανοποίηση από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και από το προσωπικό των μαιευτηρίων όπου γέννησαν. Η υψηλή ικανοποίηση από την ομαδική παροχή βοήθειας από το προσωπικό των μαιευτηρίων επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Shields et al. (1998) οι οποίοι διαπίστωσαν πως η ικανοποίηση των λεχωίδων αυξάνεται στις περιπτώσεις εκείνες όπου υπάρχει ομαδική παροχή βοήθειας.

Ακολούθως, διαπιστώνεται ότι η ικανοποίηση από το μαιευτήρα και από τη μαία δεν επηρεάστηκε από την μαιευτική μονάδα από την οποία εξυπηρετήθηκαν οι λεχωίδες (ερευνητικά ερωτήματα 7 και 8) κάτι αναμενόμενο, διότι αφενός οι παροχές και γενικά, η εμπειρία της διαμονής στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, είναι περίπου κοινή ανάμεσα στα περισσότερα, τουλάχιστον, νοσοκομεία της χώρας, αφετέρου, στην ικανοποίηση από το μαιευτήρα και τη μαία επιδρά πολύ λιγότερο το υπόλοιπο περιβάλλον του νοσοκομείου σε σχέση με τη βαρύτητα που έχουν τα ίδια τα άτομα, δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας (μαιευτήρες και μαίες). Σε αυτό το σημείο, η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα της έρευνας των Sapountzi-Krepia et al.

(2008) όπου αναφέρεται πως στην Ελλάδα ακολουθείται το βιοιατρικό μοντέλο και έτσι όλες οι συμμετέχουσες γέννησαν σε νοσοκομείο.

Ενδιαφέρον έχει και το συμπέρασμα που προκύπτει σχετικά με συγκρίσεις ανάμεσα στις λεχωίδες των νοσοκομείων Πτολεμαΐδας και Ιωαννίνων (9ο ερευνητικό ερώτημα), δηλαδή σχετικά με τα σκορ της κλίμακας EPDS, με τα σκορ αλλά σε σχέση με τα επιμέρους δημογραφικά στοιχεία των λεχωίδων των δύο νοσηλευτικών μονάδων και με το μαιευτικό τους ιστορικό. Σε αρκετές από αυτές υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, όπως στα περισσότερα από τα δημογραφικά των λεχωίδων, και σε κάποια μαιευτικά στοιχεία (και πρόωροι τοκετοί).

Από όλα τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσωπικού των νοσοκομείων συνεισφέρουν σημαντικά σε όλες τις συνιστώσες της ικανοποίησης των λεχωίδων. Το προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία, όπως φάνηκε από τις συσχετίσεις στις οποίες εμπλέκεται το ερωτηματολόγιο EPDS, συσχετίζεται με το ιστορικό των λεχωίδων, ενώ ακόμα και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των τελευταίων συνεισφέρουν στην τελική αίσθηση της ικανοποίησης. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συγκεφαλαιώνουν τον εγγενώς σπουδαίο ρόλο του μαιευτήρα αλλά τονίζουν και τον ρόλο των μαιών ο οποίος, κρίνεται σπουδαιότερος από ό,τι του μαιευτήρα σε ορισμένες συσχετίσεις που ελέγχθηκαν, όπως π. χ. σε σχέση με την εκπαίδευση, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των λεχωίδων.

Ωστόσο, έχουν πραγματοποιηθεί και παρόμοιες μελέτες όπως η παρούσα έρευνα. Όπως και στην παρούσα μελέτη έτσι και στην μελέτη των Sapountzi-Krepia et al. (2009), γίνεται χρήση του ερωτηματολογίου KIM. Και τις δύο έρευνες φαίνεται πως δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην ικανοποίηση των γυναικών από τους μαιευτήρες και τις μαιές. Το είδος του τοκετού και οι εμπειρίες των γυναικών και στις δύο έρευνες επηρέασαν την κρίση των γυναικών. Κοινό σημείο των ερευνών αποτελεί ότι οι γυναίκες έδειχναν λίγο μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους μαιευτήρες συγκριτικά με τις μαιές. Ωστόσο, εντοπίζεται μια ειδοποιός διαφορά μεταξύ των δύο ερευνών καθώς στην παρούσα έρευνα φαίνεται πως λόγω του μη ενεργού ρόλου των μαιών κατά των καταστάσεων όπως των αποβολών δεν υπήρχαν σημάδια ικανοποίησης στο κομμάτι αυτό.

Σύμφωνα με την έρευνα των Sapountzi – Krepia et al. (2009), παρατηρείται πως όπως σ' αυτή έτσι και στην παρούσα έρευνα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων έχουν σημαντικό ρόλο για την αντίληψη και ικανοποίηση των γυναικών από την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα. Ωστόσο σε επόμενη έρευνα των

Sapountzi – Krepia et al. (2009), η διαφορά στα δημογραφικά στοιχεία στηρίζεται στην καταγωγή και στις θρησκευτικές πεποιθήσεις ενώ στην παρούσα μελέτη σχετίζεται με την εκπαίδευση που έχουν λάβει οι γυναίκες (Sapountzi – Krepia, 2008).

Ακόμη μια έρευνα η οποία ήταν παρόμοια με την συγκεκριμένη μελέτη, ήταν η έρευνα των Vivilaki et al (2009). Στην συγκεκριμένη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης, έγινε χρήση της κλίμακας EPDS και διαπιστώθηκε πως η κλίμακα αυτή ήταν σημαντικά βοηθητική για την ανακάλυψη επιπέδων κατάθλιψης στον πληθυσμό των λεχωίδων. Μάλιστα μέσω της έρευνας των Vivilaki et al (2009) επιβεβαιώθηκε η εγκυρότητα της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας EPDS. Παρομοίως στην παρούσα έρευνα φάνηκε πως η κλίμακα αυτή ήταν ευεργετική για να μας δώσει τα απαραίτητα στοιχεία σχετικά με την κατάθλιψη. Σημαντική συσχέτιση αποτέλεσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σχετικά με τα αποτελέσματα της κλίμακας EPDS (Vivilaki et al., 2009).

Σύμφωνα με τα έως τώρα δεδομένα, η κλίμακα EPDS συμβάλει στην ανίχνευση καταστάσεων επιλόχειας κατάθλιψης. Οι νέες μητέρες φαίνεται πως επηρεάζονται περισσότερο από το φαινόμενο αυτό καθώς προσβάλλει περίπου το 20% των μητέρων αυτών. Βέβαια δεν είναι απίθανο να εντοπιστεί και σε μητέρες με περισσότερα από ένα τέκνα. Πάντως η κλίμακα αυτή μπορεί μέσα από απλές ερωτήσεις να ανακαλύψει την ψυχική κατάσταση των γυναικών καθώς αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο (Cox, Murray & Chapman, 1993). Μάλιστα οι Cox, Murray και Chapman (1993) αναφέρουν πως η συγκεκριμένη κλίμακα μπορεί να συμπληρωθεί σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα δίνοντας παράλληλα αξιόπιστα αποτελέσματα για την ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων για διάστημα επτά ημερών.

Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι κατανοητό και εύκολο στη χρήση του. η βαθμολόγηση των απαντήσεων δεν αποτελεί διαδικασία αυξημένης δυσκολίας. Παρόλα αυτά μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα περίπου πέντε λεπτών οι ειδικοί μπορούν να καταλήξουν σε συμπεράσματα αναφορικά με τα κατάθλιψη.

Ως βασικό περιορισμό της παρούσας έρευνας θα μπορούσε να ειπωθεί πως το μελετώμενο δείγμα της παρούσας εργασίας δεν ήταν ιδιαίτερα μεγάλο συγκριτικά με παρόμοιες μελέτες. Εντούτοις αποδεικνύεται πως τα αποτελέσματα του ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητικά καθώς δεν παρατηρήθηκαν αποκλίσεις συγκριτικά με προηγούμενες έρευνες.

Κεφάλαιο 7. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία, είναι καταστάσεις πολύ ιδιαίτερες για κάθε γυναίκα. Για το λόγο αυτό χρειάζεται οι συνθήκες να είναι ευνοϊκές προκειμένου οι γυναίκες να έχουν μια θετική εμπειρία. Με βάση την παρούσα έρευνα, μπορούν να διεξαχθούν και άλλες μελέτες προκειμένου να εντοπιστεί η ικανοποίηση των γυναικών από την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα.

Ωφέλιμο θα ήταν να διεξαχθεί μια έρευνα σε μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη συμμετοχή και τα αποτελέσματά της να μπορούν να γενικευθούν. Ακόμη μπορεί να διεξαχθεί μια έρευνα σε διαφορετικές πόλεις της Ελλάδας με σκοπό την σύγκριση τους για την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα.

Σε δεύτερο χρόνο, θα μπορούσαν να μελετηθούν οι συνθήκες των νοσοκομείων όπου οι γυναίκες γεννούν και η παρεχόμενη σ' αυτά μαιευτική φροντίδα. Έτσι μπορούν να διαπιστωθούν τυχόν ελλείψεις των νοσοκομειακών μονάδων ακόμη και η ελλειμματική τους λειτουργία. Μέσα από αυτή την έρευνα μπορούν να προταθούν τρόποι για μια πιο ορθή λειτουργία.

Ακόμη, μια ακόμη έρευνα που μπορεί να διεξαχθεί στηρίζεται στις αντιλήψεις των μαιών και των μαιευτήρων για την παρεχόμενη φροντίδα στις γυναίκες. Μέσα από την έρευνα αυτή θα μπορούν οι επαγγελματίες να αναλογιστούν εάν εκτελούν το καθήκον τους και αν παρέχουν στις γυναίκες την απαραίτητη δυνατή φροντίδα σε μια ευάλωτη περίοδο της ζωής τους.

Κεφάλαιο 8. Συμπεράσματα

Η μαιευτική φροντίδα είναι ένα σημαντικό ζήτημα για τις γυναίκες κατά την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία. Η επικοινωνία με τον μαιευτήρα φαίνεται πως εμπνέει σε αυτές σιγουριά και εμπιστοσύνη. Ταυτόχρονα ο ρόλος της μαίας αποδεικνύεται ως εξίσου σημαντικός με αυτόν του μαιευτήρα καθώς οι γυναίκες μπορούν να μοιραστούν μαζί της άγχη, φοβίες, και απορίες τις οποίες δεν έχουν το θάρρος να μοιραστούν μαζί του σε κάποιες περιπτώσεις.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, έχει διαμορφωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να περιορίζει τον πολύτιμο ρόλο της μαίας. Όπως και στην έρευνα μας, παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από το μαιευτήρα συγκριτικά με τη μαία. Αν και οι διαφορές δεν ήταν πολύ μεγάλες, εντούτοις, φάνηκε και με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα του επιπέδου εκπαίδευσης των γυναικών, ότι αγνοούν εν μέρη τη συμβολή της μαίας.

Ακόμη τα δημογραφικά στοιχεία φαίνεται πως διαφοροποιούν τις επιλογές ικανοποίησης των γυναικών σχετικά με τη μαία και τον ιατρό. Οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ή όσες είχαν κατώτερη εκπαίδευση, φάνηκε να είναι πιο ικανοποιημένες από την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν. Αντίθετα όσες είχαν ανώτερη εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερες απαιτήσεις από την μαιευτική τους φροντίδα, για το λόγο αυτό φάνηκε ότι δεν ήταν τόσο ικανοποιημένες. Παρόμοια αποτελέσματα που σχετιζόταν με τη διαφοροποίηση των γυναικών αναφορικά με την ικανοποίησή τους ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία παρατηρούνται και στις έρευνες των Vivilaki et al. (2009), Sapountzi – Krepia et al. (2009) και Sapountzi – Krepia et al. (2008).

Σχετικά με τη ικανοποίηση των γυναικών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε πως μέσω της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε αναδείχθηκαν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των λεχωίδων. Στην έρευνα των Sapountzi – Krepia et al. (2009) όπου χρησιμοποιήθηκε το KIM παρατηρείται παρόμοια ανάδειξη πολλών παραγόντων αλλά όπως αναφέρουν και οι ίδιοι οι ερευνητές είναι ένα εργαλείο που απαιτεί πολύ χρόνο για να συμπληρωθεί και μάλιστα σε ιδιαίτερες συνθήκες όπως είναι οι πρώτες μέρες της λεχωίδας με το μωρό του.

Σχετικά με την κλίμακα EPDS η οποία εξέτασε την κατάθλιψη στον συγκεκριμένο πληθυσμό, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες με μεγαλύτερο σκορ

καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα. Σημαντικό στοιχείο της έρευνας, ήταν πως οι γυναίκες οι οποίες ήταν φοιτήτριες ή ασχολούνταν με τα οικιακά, είχαν μικρότερο δείκτη καταθλιπτικών επεισοδίων συγκριτικά με τις γυναίκες οι οποίες εργαζόταν σε κάποιο άλλο επάγγελμα. Ακόμη αυτές έδειχναν να είναι πιο ικανοποιημένες από τον μαιευτήρα και τη μαία.

Η μαιευτική φροντίδα είναι σημαντικό κομμάτι για την γυναίκες που κυοφορούν και φέρνουν στον κόσμο το παιδί τους. Η μαία αλλά και ο μαιευτήρας χρειάζεται να διαθέτουν τα κατάλληλα εφόδια για να βοηθήσουν τις γυναίκες σε όλη την κατάσταση που βιώνουν. Σημαντικό ωστόσο είναι οι γυναίκες να εμπιστεύονται τους ειδικούς και να απολαμβάνουν αυτό το μοναδικό ταξίδι.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

- Alba, R., Franco, R., Patrizia, B., Maria, C. B., Giovanna, A., Chiara, F., & Isabella, N. (2019) The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90(Suppl 6), 41.
- Beldon, A., & Crozier, S. (2005). Health promotion in pregnancy: the role of the midwife. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125(5), 216-220.
- Berg, M., & Dahlberg, K. (2001). Swedish midwives' care of women who are at high obstetric risk or who have obstetric complications. *Midwifery*, 17(4), 259-266.
- Bluff, R., & Holloway, I. (1994). 'They know best': women's perceptions of midwifery care during labour and childbirth. *Midwifery*, 10(3), 157-164.
- Biró, M. A., Waldenström, U., Brown, S., & Pannifex, J. H. (2003). Satisfaction with team midwifery care for low-and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth*, 30(1), 1-10. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00211.x>
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1), 24-34.
- Budrionis, A., & Bellika, J. G. (2016). The learning healthcare system: where are we now? A systematic review. *Journal of biomedical informatics*, 64, 87-92.)
- Callister, L. C., Vehvilainen - Julkunen, K., & Lauri, S. (1996). Cultural perceptions of childbirth: A cross-cultural comparison of childbearing women. *Journal of Holistic Nursing*, 14(1), 66-78.
- Cantwell, R., & Cox, J. L. (2006) Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 16(1), 14-20.

- Callister, L.C., Vehvilainen-Julkunen, K., Lauri, S., 1996. Cultural perceptions of childbirth: a cross-cultural comparison of childbearing women. *Journal of Holistic Nursing* 14, 66–78 <https://doi.org/10.1177/089801019601400105>
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 163(1), 27-31.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2012). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*
Εκδόσεις: Μεταίχμιο
- Davidson Jr, E. C. (1981). An analysis of adolescent health care and the role of the obstetrician-gynecologist. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 139(7), 845-851.
- De Vivo, M., & Mills, H. (2019). “They turn to you first for everything”: insights into midwives’ perspectives of providing physical activity advice and guidance to pregnant women. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 1-12.
- Drew, N. C., Salmon, P., & Webb, L. (1989). Mothers', midwives' and obstetricians' views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 96(9), 1084-1088.
- Drife, J. (2002). The start of life: a history of obstetrics. *Postgraduate medical journal*, 78(919), 311-315.
- Field, T., Diego, M., Hernandez, R.M., Figueiredo, B., Schanberg, S., Kuhn, C. (2016). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behav.*30(1). pp. 127-133.
- Fraser, D. M. (1999). Women's perceptions of midwifery care: a longitudinal study to shape curriculum development. *Birth*, 26(2), 99-107.

Gao, Y., Tang, Y., Tong, M., DU, Y., Chen, Q. (2019). Does attendance of a prenatal education course reduce rates of caesarean section on maternal request? A questionnaire study in a tertiary women hospital in Shanghai, *China.BMJopen*.9(6). Pe 029437.

Gilkison, A. (2013). Narrative pedagogy in midwifery education. *The Practising Midwife*, 16(8), 12-14.

Grabowski, M. W. (2013). Hominin obstetrics and the evolution of constraints. *Evolutionary Biology*, 40(1), 57-75.

Greenberg, L. (1982). Midwife training programs in highland Guatemala. *Social Science & Medicine*, 16(18), 1599-1609.

Gregory, K. D., Jackson, S., Korst, L., & Fridman, M. (2012). Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *American journal of perinatology*, 29(01), 07-18.

Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I., & Mårtensson, L. B. (2012). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery*, 28(3), 380-390.

Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A., & Forslin, L. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery*, 11(3), 130-137.

Harrison, J. M. (2000). Physiological changes of the puerperium. *British Journal of Midwifery*, 8(8), 483-488.

International Confederation of Midwives, Midwifery Led Care, The First Choice for All Women.

International Confederation of Midwives, Position Statement, Giving birth normal.

Lee, D.T.S., Yip, A.S.K., Chiu, H.F.K., Chung, T.K.H. (2000). Screening for postnatal depression using the double test strategy *Psychomatic Medicine*.62(2) pp. 258-263.

Leader, S., & Perales, P. J. (1995). Provision of primary-preventive health care services by obstetrician-gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 85(3), 391-395.

Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (2014). *Myles' Textbook for Midwives E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Mc CREA, H. A. L. L. Y. (1993). Valuing the midwife's role in the midwife/client relationship. *Journal of Clinical Nursing*, 2(1), 47-52.

Παπαγεωργίου, Γ. (2014). Ποσοτική έρευνα. http://sociology.soc.uoc.gr/pegasoc/wpcontent/uploads/2014/10/Microsoft-WordPagegeorgioy_DEIGMATOLHPTIKH1.pdf

Raynor, M., & England, C. (2010). *Psychology for midwives: pregnancy, childbirth and puerperium*. McGraw-Hill Education (UK).

Regan, M., & McElroy, K. (2013). Women's perceptions of childbirth risk and place of birth. *J Clin Ethics*, 24(3), 239-52.

Reibling, N., Ariaans, M., & Wendt, C. (2019). Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy*, 123(7), 611-620.

Sakala, C., & Newburn, M. (2014). Meeting needs of childbearing women and newborn infants through strengthened midwifery. *The Lancet*, 384(9948), e39-e40.

Sandall, J. (2012). Every woman needs a midwife, and some women need a doctor too. *Birth*, 39(4), 323-326.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of*

Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Sapountzi- Krepia, D., Lavdaniti, M., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Hong-Gu, H., Tortumluoglu, G. & Vehvilainen-Julkunen, K. (2008). Greek mother's perceptions of their cooperation with the obstetrician and the midwife in the delivery room. *International Journal of Caring Sciences*, 1 (3): 124-131.

Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Tzavelas, G., Psychogiou, M., Callister, L. C., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2009). Mothers' experiences of maternity services: internal consistency and test–retest reliability of the Greek translation of the Kuopio Instrument for Mothers. *Midwifery*, 25(6), 691-700.

Siabani, S., Jamshidi, K., & Mohammadi, M. M. (2019). Attitude of pregnant women towards Normal delivery and factors driving use of caesarian section in Iran (2016). *BioPsychoSocial medicine*, 13(1), 1-7.

Scroggs, J. A., Griffin, L. P., Bayerl, M., & Schulkin, J. (1997). Obstetrician-gynecologists as primary care physicians: the perspectives of health maintenance organization medical directors and obstetrician-gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 90(2), 291-295.

Shields N, Turnbull D, Reid M, Holmes A, McGinley M, Smith LN (1998). Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery*, 14:85–93

Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafranz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive health*, 15(1), 1-13.

Todman, D. (2007). A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(5), 357-361.

- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2009) Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC pregnancy and childbirth*, 9(1), 1-7.
- Yikar, S. K., & Nazik, E. (2019). Effects of prenatal education on complaints during pregnancy and on quality of life. *Patient education and counseling*, 102(1), 119-125.
- Vivilaki, V.G., Dafermos, V., Kogevinas, M., Bitsios, P. & Lionis, C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health*. 329
- Wendt, C. (2014). Changing healthcare system types. *Social policy & administration*, 48(7),864-882.
- Xesfingi, S., & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC health services research*, 16(1),

Παράρτημα

Ι.Εγκρίσεις Διανομής Ερωτηματολογίου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 -600578
e-mail : d.antoniadis@dypede.gr

09.11.2022 08:40:24
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΛΠΘ
Ανθή Καρβέλη
Χρυσάνθα Κοπούλου

, 04/11/2022
.: 66574
.: 66574

ΠΡΟΣ
Π.Γ.Ν.ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχέτ: 1) Το από 26/10/2022 έγγραφο ηλεκτρονικής αλληλογραφίας της κ. Ντίνου Ζαχαρούλας

- 2) Η υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.66159 (ΦΕΚ 761/Υ.Ο.Δ.Δ./19.09.2019) Υπουργική Απόφαση περί διορισμού Διοικητή στην 6η ΥΠΕ, όπως παρατάθηκε με το άρθρο δέκατο έβδομο του Ν.4812/2021 (ΦΕΚ 110/30.06.2021/τ.Α'), με το άρθρο 81 του Ν.4915/2022 (ΦΕΚ 63/24.03.2022 τ.Α') και εν συνεχεία με την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.44311/28.07.2022 (ΦΕΚ 670/30.07.22/τ.Υ.Ο.Ο.Δ) Υπουργική Απόφαση .

Σε απάντηση του παραπάνω εγγράφου ηλεκτρονικής αλληλογραφίας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ'αριθμ. 23/18.10.2022(Θ.17) γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου σας, εγκρίνουμε στην μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής κ. Ντίνου Ζαχαρούλα, να συλλέξει ερευνητικά δεδομένα με την χρήση ερωτηματολογίου, στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο: «*Οι αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό στα νοσοκομεία των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας*», με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
κ. ΝΤΙΝΟΥ ΖΑΧΑΡΟΥΛΑ
(Μεταπτυχιακή φοιτήτρια
του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής)

ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)

Θεσσαλονίκη, 30/9/2022
Αρ. Πρωτ.: Δ3β/45309

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Πληροφορίες: Πολίτου Τριανταφυλλιά.
Τηλέφωνο : 2313305246
E-mail : tpolitou@3ype.gr

Προς:

Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο».

ΘΕΜΑ: Εκπόνηση ερευνητικής εργασίας της κα. Αρσενίδου Αικατερίνης.

ΣΧΕΤ.: α) Το αρ. πρωτ. 27868/09-06-2020 έγγραφό μας.

β) Το αρ. πρωτ. 6716/19-09-2022 έγγραφό σας.

Με το ανωτέρω (β) σχετικό έγγραφό σας, μας διαβιβάσατε τα δικαιολογητικά αναφορικά με την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας της κα. Αρσενίδου Αικατερίνης, στο πλαίσιο της διπλωματικής της στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ» με ειδίκευση στη «ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ» της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Τμήματος Μαιευτικής, με θέμα «Οι αντλήψεις των γυναικών σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν κατά τη πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό στο Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας», Επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η κα. Ηλιάδου Μαρία.

Σας ενημερώνουμε ότι, έπειτα από:

- α) την εξέταση (ως προς την πληρότητα και την ορθότητα) των δικαιολογητικών που μας αποστέιλате,
- β) την αξιολόγηση των δεδομένων που θα αντληθούν (σε συνάρτηση με τον σκοπό διενέργειας της έρευνας),
- γ) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου στις λεχώιδες, την ημέρα του εξιτηρίου τους από τη μαιευτική κλινική, μετά τον τοκετό τους στο Γ.Ν Πτολεμαΐδας),
- δ) τη λήψη της θετικής γνωμοδότησης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου σας αναφορικά με την εκπόνηση της ερευνητικής εργασίας [η 14^η /22-09-2022 (θέμα 3^ο, απόφαση 89^η) Συνεδρίαση],

και υπό τις προϋποθέσεις ότι :

1. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας σύμφωνα με το (α) σχετικό έγγραφό μας και σύμφωνα με τα οριζόμενα κάθε φορά στις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις περί προφύλαξης από τον Covid-19
2. δεν θα υπάρξει καμιά επιπλέον οικονομική επιβάρυνση του Φορέα σας κατά τη διεξαγωγή ή εξαιτίας της ερευνητικής εργασίας
3. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα της μη παρακώλυσης της λειτουργίας του Νοσοκομείου
4. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και του απορρήτου των στοιχείων που θα συλλεχθούν

εγκρίνουμε την αίτηση της κα. Αρσενίδου Αικατερίνης, εφιστώντας την προσοχή, τόσο εκ μέρους της Υπηρεσίας σας όσο και εκ μέρους της ίδιας, στην τήρηση όσων ορίζουν οι όροι του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού 2016/679 και του Ν.2472/1997 για την υπεύθυνη ερευνητήρια.

Παρακαλούμε να ενημερώσετε σχετικά την αιτούσα.



Εσωτερική Διανομή:
Γραφείο Υποδιοικητών

II. Άδεια για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Πληροφορίες: Τσολίγκα Αικ.
Τηλ. 26510 99519
Email: epsymb@uhi.gr

Ιωάννινα 20-10-2022
Αριθμ.Πρωτ. 796

ΠΡΟΣ: Τον Αναπληρωτή Διοικητή

ΘΕΜΑ: «Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων μέσω διανομής ερωτηματολογίου στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Ντίνου Ζαχαρούλας»

ΣΧΕΤ: Το από 15-9-2022 έγγραφο της κ.Ντίνου Ζαχαρούλας Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας ΤΕ Μαιών με τα επισυναπτόμενα έγγραφα

Σας θέτουμε υπόψη τσ παραπάνω σχετικό έγγραφο και σας κάνουμε γνωστό ότι το Ε.Σ. με την αριθμ. 23/18-10-2022 (θ.17) απόφασή του και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνη γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής Έρευνας, εγκρίνει τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων μέσω ερωτηματολογίου στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Ντίνου Ζαχαρούλας Μαίας ΤΕ, φοιτήτριας στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η μελέτη έχει τίτλο: «Οι αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό στα νοσοκομεία των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας» και θα πραγματοποιηθεί με τη διανομή ερωτηματολογίων σε λεχвіδες με τη σύμφωνη γνώμη του Δ/ντή της Μαιευτικής/Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου μας.

Η μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Ντίνου Ζ. υπό την επίβλεψη της κ.Ηλιάδου Μαρίας Καθηγήτριας Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η μελέτη έχει σκοπό τη διερεύνηση των αντιλήψεων των λεχвіδων σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν κατά τη διάρκεια του τοκετού τους, αλλά και όλων συνολικά των ημερών νοσηλείας τους, τις ημέρες μετά τον τοκετό τους, (φροντίδα λεχвіδας, φροντίδα νεογνού, βοήθεια στο θηλασμό κ.α). Για τις ανάγκες της μελέτης θα διανεμηθούν 80 ερωτηματολόγια.

Η έναρξη της μελέτης θα γίνει μετά από τις σχετικές εγκρίσεις του Νοσοκομείου μας καθώς και την άδεια για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων από την 6^η ΥΠΕ.

Εξετάστηκαν και εγκρίνονται:

1. Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο
2. Το Ερωτηματολόγιο της μελέτης

1. Ο ερευνητής έχει την εξειδίκευση, την εμπειρία και την δυνατότητα διεξαγωγής της μελέτης.

| | |
|----------------------------|---|
| Ονοματεπώνυμο και ιδιότητα | Χρόνος απασχόλησης στη μελέτη ως ποσοστό του χρόνου για το κύριο έργο (%) |
|----------------------------|---|

| | |
|--|---|
| 1. Ντίνου Ζαχαρούλα Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΤΕ Μαία | - |
| 2. Αρσενίδου Αικατερίνη Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΤΕ Μαία | - |

2. Το κέντρο διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή που προβλέπεται στο πρωτόκολλο της μελέτης ώστε να παρέχει τη δυνατότητα διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της μελέτης εντός του προβλεπόμενου χρόνου.

Το ως άνω πρωτόκολλο είναι πλήρες και καλύπτει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική, θα τηρηθεί ο κανόνας της ανωνυμίας και δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο.

Στην συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου έλαβαν μέρος:

Πρόεδρος: Καλογερόπουλος Χρήστος Καθηγητής Οφθαλμολογίας

Μέλη: Τσιάρα Σταυρούλα Καθηγήτρια Παθολογίας, Κωστάντη Ελεονώρα Δ/ντρια ΕΣΥ ΜΕΘ, Λαγός Νικόλαος ΕΑ Αναισθησιολογίας (ΜΕΘ), Νάτσιας Δημήτριος ΕΒ Γενικής Ιατρικής, Ράρρας Νικόλαος ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων και Καραβασίλη Νικολέττα ΤΕ Νοσηλευτικής.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ



**Καλογερόπουλος Χρήστος
Καθηγητής Οφθαλμολογίας**



**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΡΙΘ. 45/17-11-2022 (Θ. 51) ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ.
ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

ΘΕΜΑ 51: «Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων μέσω διανομής ερωτηματολογίου στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Ντίνου Ζαχαρούλας »

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ. η αριθμ. πρωτ. 28082/14-11-2022 εισήγηση του Αναπληρωτή Διοικητή κ. Κωνσταντίνου Ντιναλέξη που έχει ως εξής:

ΣΧΕΤ:

- α) Αριθμ. Πρωτ. Ε.Σ.796/20-10-2022 έγγραφο του Ε.Σ.
- β) Το άρθρο 30 του Ν. 4865 (ΦΕΚ238,τ. Α, 04-12-21) το οποίο αντικαθιστά την παρ. 1 του αρ.3 Ν.2519/1997 (Α' 165)
- γ) Παρ. 2 του άρθρου 41 του Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26/9-2-2007 τ. Α') «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.»
- δ) αριθμ. Δ3(α)/οικ.36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/03-06-2019τ.Β')
- ε) Άρθρο 17 μέρους ΙΑ του Ν. 4683, ΦΕΚ 83, τ. Α, 10-04-2020
- στ) Την υπ'αριθμ. 66574/4-11-2022 χορήγηση άδειας από την 6^η ΥΠΕ

Σας θέτουμε υπόψη το ανωτέρω α) σχετ και σας κάνουμε γνωστό ότι το Ε.Σ. με την αριθμ. **23/18-10-2022 (Θ. 17)** απόφασή του και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνη γνώμη της **Επιστημονικής** Επιτροπής Έρευνας, **εγκρίνει** τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων μέσω ερωτηματολογίου στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Ντίνου Ζαχαρούλας Μαιάς ΤΕ, φοιτήτριας στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η μελέτη έχει τίτλο: «Οι αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό στα νοσοκομεία των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας» και θα πραγματοποιηθεί με τη διανομή ερωτηματολογίων σε λεκώιδες με τη σύμφωνη γνώμη του Δ/ντή της Μαιευτικής/Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου μας.

Η μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Ντίνου Ζ. υπό την επίβλεψη της κ.Ηλιάδου Μαρίας Καθηγήτριας Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η μελέτη έχει σκοπό τη διερεύνηση των αντιλήψεων των λεκωίδων σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν κατά τη διάρκεια του τοκετού τους, αλλά και όλων συνολικά των ημερών νοσηλείας τους, τις ημέρες μετά τον τοκετό τους, (φροντίδα λεκωίδας, φροντίδα νεογνού, βοήθεια στο θηλασμό κ.α). Για τις ανάγκες της μελέτης θα διανεμηθούν 80 ερωτηματολόγια.

Η έναρξη της μελέτης θα γίνει μετά από τις σχετικές εγκρίσεις του Νοσοκομείου μας καθώς και την άδεια για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων από την 6^η ΥΠΕ.

Εξετάστηκαν και εγκρίνονται:

1. Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο
2. Το Ερωτηματολόγιο της μελέτης

1. Ο ερευνητής έχει την εξειδίκευση, την εμπειρία και την δυνατότητα διεξαγωγής της μελέτης.

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Κ.ΝΤΙΝΑΛΕΞΗΣ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ

ΤΑ ΜΕΛΗ

Ν. ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ

Θ. ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ

Γ. ΦΛΟΥΔΑΣ

Δ. ΠΕΣΧΟΣ

III. Άδεια χρήσης ερωτηματολογίων

Άδειες χρήσης ερωτηματολογίου ΚΙΜ

From: katri.vehvilainenjulkunen@uef.fi

To: Ntinou zacharoula <ntinouzaroula@gmail.com>

Arsenidou Aikaterini <katerina_arsenidou@yahoo.gr>

Dear colleagues,

Thank you for your email. You can use the KIM questionnaire in your Thesis work. Please, inform your colleague, too.

Please, sent me your Thesis when ready to collect the information of the use of KIM.

Best wishes Katri.

Katri Vehvilainen – Julkunen, professor

University of Eastern Finland

Faculty of Health Sciences

Department of Nursing Science

POD 1627, 70211 Kuopio

Finland

IV. Έγκριση KIM μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο στα Ελληνικά

Από: despapoun@yahoo.gr

Προς: Ntinou zacharoula <ntinouzaroula@gmail.com>

Arsenidou Aikaterini <katerina_arsenidou@yahoo.gr>

Αγαπητή κ. Ντίνου,

Ευχαρίστως σας παραχωρώ την άδεια χρήσης του μεταφρασμένου στα Ελληνικά και σταθμισμένου ερωτηματολογίου KIM προκειμένου να το χρησιμοποιήσετε για τη συλλογή στοιχείων στα πλαίσια της διπλωματικής σας εργασίας με τίτλο «Οι αντιλήψεις των γυναικών για τη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό στα νοσοκομεία Ιωαννίνων και Πτολεμαΐδας».

Σας εύχομαι καλή επιτυχία.

Με εκτίμηση

Καθηγήτρια Δέσποινα Σαπουντζή – Κρέπια

Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Frederick

V. Έντυπο συγκατάθεσης ερωτηματολογίων

Έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια έρευνα που διεξάγεται από τις **Ντίνου Ζαχαρούλα και Αρσενίδου Αικατερίνη φοιτήτριες στο Τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**, με τίτλο: «Οι αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα που έλαβαν κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό στα νοσοκομεία των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας». Η παρούσα έρευνα γίνεται στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Προηγμένη & Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα», του τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Πρέπει να είστε 18 χρονών (ή μεγαλύτεροι) για να συμμετέχετε στην έρευνα. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Μπορείτε να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να διαβάσετε το **Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης**. Μπορείτε επίσης να αποφασίσετε να το συζητήσετε με την οικογένεια, τον γιατρό σας, ή τους φίλους σας. Αντίγραφο αυτού του εντύπου θα σας δοθεί.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σας ζητάμε να συμμετέχετε στην παρούσα έρευνα γιατί ο σκοπός της είναι:
Να διερευνηθούν οι απόψεις των γυναικών σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία των Ιωαννίνων και της Πτολεμαΐδας.

Η συμπλήρωση και επιστροφή του ερωτηματολογίου ή οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της συνέντευξης αποτελούν συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα. Εάν αισθανθείτε δυσφορία κατά την απάντησή σας σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρακαλούμε μη διστάσετε να ζητήσετε να παραλειφθούν.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είναι η βελτίωση της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας των λεχωϊδων και των νεογνών. Τα ενδεχόμενα οφέλη από την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας είναι εκπαιδευτικά, επιστημονικά και κοινωνικά.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Δεν θα έχετε κάποιο άμεσο και σημαντικό οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα πέραν των γνώσεων και των χρήσιμων ευρημάτων που θα αναδειχθούν από τη παρούσα μελέτη και σχετίζονται με την παροχή μαιευτικής φροντίδας εντός του νοσοκομείου, που σας αφορά άμεσα.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οποιοσδήποτε πληροφορίες αποκτηθούν σχετικά με την παρούσα έρευνα και οι οποίες θα μπορούσαν να σας ταυτοποιήσουν προσωπικά, θα παραμείνουν απόρρητες και θα αποκαλυφθούν μόνο με την άδειά σας ή όπως προβλέπεται από τον νόμο. Οι πληροφορίες εκείνες που σας ταυτοποιούν προσωπικά, θα διατηρηθούν ξεχωριστά από τα υπόλοιπα δεδομένα που σας αφορούν.

Τα δεδομένα θα φυλάσσονται με ευθύνη του ερευνητή.

Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετέχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα ενώ μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιοσδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα. Ο ερευνητής μπορεί να σας ζητήσει να αποσυρθείτε από την έρευνα, αν ανακύψουν περιστάσεις που το απαιτούν.

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

Αν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις ή ανησυχίες σε σχέση με την έρευνα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή .

Ακολουθούν τα πλήρη στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή.

Ντίνου Ζαχαρούλα – μαία (ntinouzaroula@gmail.com τηλ: 6947155058).

Αρσενίδου Αικατερίνη – μαία (Katerina_arsenidou@yahoo.gr τηλ: 6958450127)

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Υπογραφή συμμετέχοντα

Ημερομηνία

VI. Ερωτηματολόγιο

Κυριο Instrument for mothers

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.ΗΛΙΚΙΑ: _____ (χρόνια)

2.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρη 5

Παντρεμένη 4

Χωρισμένη 3

Χήρα 2

Συμβίωση 1

3.ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

ΔΗΜΟΤΙΚΟ 1

ΓΥΜΝΑΣΙΟ 2

ΛΥΚΕΙΟ 3

ΚΟΛΛΕΓΙΟ 4

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ 5

ΜΑΣΤΕΡ 6

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ 7

4.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ 1

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ 2

ΑΝΕΡΓΗ 3

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ 4

ΕΡΓΑΤΡΙΑ 5

ΟΙΚΙΑΚΑ 6

Άλλο _____

ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

| | | | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1 ^{ος} | 2 ^{ος} | 3 ^{ος} | 4 ^{ος} | 5 ^{ος} |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|

5. Ποιος τοκετός είναι αυτός;

6. Αριθμός τοκετών

1 Πόσους τοκετούς είχατε με συμπληρωμένους τους 9 μήνες εγκυμοσύνης (συμπεριλαμβανομένου και του πιο πρόσφατου) _____ (αριθμός)

2 Πόσους πρόωρους τοκετούς είχατε; _____ (αριθμός)

3 Πόσες αποβολές ή αμβλώσεις είχατε; _____ (αριθμός)

7. Ο τελευταίος τοκετός ήταν: φυσιολογικός τοκετός καισαρική τομή

8. Εάν μπορούσατε να διαλέξετε το είδος τοκετού, πώς θα προτιμούσατε να γεννήσετε;

1 Με φυσιολογικό τοκετό, γιατί; _____

2 Με καισαρική τομή, γιατί; _____

9. Από 0 (πολύ δύσκολη) έως 10 (πολύ εύκολη) πώς θα περιγράφατε την εμπειρία του τοκετού σας;

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ

10. ΕΑΝ μπορούσατε να επιλέξετε, πού θα προτιμούσατε να γεννήσετε;

- 1 σε μαιευτήριο με κάποιες μέρες νοσηλείας μετά τον τοκετό
- 2 σε μαιευτήριο ως εξωτερική ασθενής (εξιτήριο σε 24 ώρες μετά τον τοκετό) 3 στο σπίτι παρουσία μαιάς ή γιατρού
- 4 αλλού, πού; _____ 5 δεν έχω προτίμηση

11. Θα πρότεινα το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποια γνωστή μου για τοκετό

| Συμφωνώ απόλυτα | Συμφωνώ | Διαφωνώ | Διαφωνώ απόλυτα | Δεν ξέρω |
|-----------------|---------|---------|-----------------|----------|
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Οι παρακάτω ερωτήσεις είναι σχετικές με την ανάπτυξη των υπηρεσιών παροχής φροντίδας σε εγκυμονούσες γυναίκες. Απαντήστε βάσει της τελευταίας εγκυμοσύνης σας που κατέληξε σε γέννα ή βάσει της παρούσας εγκυμοσύνης σας.

12. Ποια από τα παρακάτω μέρη εμπιστευθήκατε κατά την τελευταία/παρούσα εγκυμοσύνη σας; (μπορείτε να κυκλώσετε πάνω από ένα από τα παρακάτω)

- 1 Σε εξωτερικά ιατρεία δημοσίου μαιευτηρίου, ΙΚΑ ή άλλου ασφαλιστικού οργανισμού.
- 2 Σε εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικού μαιευτηρίου
- 3 Σε εξωτερικά ιατρεία μαιευτικής κλινικής νοσοκομείου ή σε κέντρο υγείας
- 4 Ιδιώτη γιατρό μαιευτήρα
- 5 Άλλο, τι;.....
- 6 Δεν θυμάμαι

13. Έχετε χρησιμοποιήσει υπηρεσίες στο διαδίκτυο (ίντερνετ), για αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό;

- 1 Ναι
- 2 Όχι
- 3 Δεν ξέρω τι είναι αυτές οι υπηρεσίες

14. Παρακολουθήσατε κάποια σειρά μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα ή για την οικογενειακή ζωή, εκτός από τα προγραμματισμένα ραντεβού σας με το μαιευτήρα γυναικολόγο;

Ναι
 Όχι
 Δεν θυμάμαι

15. Πόσο ωφέλιμα θεωρείτε τα μαθήματα αυτά για άτομα που περιμένουν το πρώτο τους μωρό;

| | Για τη μητέρα | Για τον πατέρα |
|------------------|---------------|----------------|
| Άκρως ωφέλιμα | 1 | 2 |
| Ωφέλιμα | 1 | 2 |
| Όχι πολύ ωφέλιμα | 1 | 2 |
| Καθόλου ωφέλιμα | 1 | 2 |
| Δεν έχω γνώμη | 1 | 2 |

16. Πόσο ειλικρινείς και ακριβείς θεωρείτε τις πληροφορίες που σας δόθηκαν σχετικά με την εγκυμοσύνη στα μαθήματα αυτά για άτομα που περιμένουν το πρώτο τους μωρό;

Άκρως ειλικρινείς και ακριβείς
 Ειλικρινείς και ακριβείς
 Όχι ιδιαίτερα ειλικρινείς και ακριβείς κατά ποιο τρόπο, πώς;.....

17. Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν τη συνεργασία με τον ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ στην ΑΙΘΟΥΣΑΤΟΚΕΤΟΥ. Αξιολογήστε, βάσει των εμπειριών σας από τη γέννα σας, πόσο καλά αντιμετωπίστηκαν τα παρακάτω θέματα

| | Απόλυταεπαρκώς | Σχεδόνεπαρκώς | Σχεδόνανεπαρκώς | Απόλυταανεπαρκώς | Δεθυμάμαι |
|--|----------------|---------------|-----------------|------------------|-----------|
| Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Σε περιπτώσεις που έπρεπε να πάρω απόφαση, οι πιθανές εναλλακτικές | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν | | | | | |
| Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| κάποιες συσκευές και εργαλεία | | | | | |
| Ένοιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Υποστήριξε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Η ιατρική αγωγή που έλαβα ήταν σύμφωνη με τις προσδοκίες μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Σεβάστηκε το σώμα μου στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Μου εξήγησε τους λόγους για τους οποίους ακολουθήθηκαν οι διάφορες διαδικασίες | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την αγωγή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

| | Απόλυτα επαρκώς | Σχεδόν επαρκώς | Σχεδόν ανεπαρκώς | Απόλυτα ανεπαρκώς | Δε θυμάμαι |
|--|--------------------|-------------------|---------------------|----------------------|---------------|
| Μπόρεσα να σχεδιάσω τη γέννα μου μαζί με τη μαία | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Σε περιπτώσεις που αφορούσαν επιλογή, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Μου επέτρεπε να ενεργώ κατά τη γέννα μου βάσει των δικών μου αισθήσεων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Αισθάνθηκα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Υποστήριξε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές στάσεις που μπορούσα να πάρω κατά τη διάρκεια της γέννας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Μπορούσα να εκφράσω ελεύθερα τα δικά μου συναισθήματα για τη γέννα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Οι οδηγίες που έλαβα ήταν σύμφωνες με τις προσδοκίες μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Σεβάστηκε το σώμα μου κατά τις εξετάσεις και τις διαδικασίες στις οποίες υποβλήθηκα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Με ενημέρωση για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο (π.χ. κίνηση, αναπνοές κλπ) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν στην συνεργασία με τη ΜΑΙΑ στην ΑΙΘΟΥΣΑΤΟΚΕΤΟΥ. Αξιολογήστε, βάσει

των εμπειριών σας από την πιο πρόσφατη γέννα σας, πόσο καλά αντιμετωπίστηκαν τα παρακάτω θέματα

.

19. Μερικά θέματα που μπορούν να συζητηθούν στις υπηρεσίες παρακολούθησης εγκύου παρατίθενται παρακάτω. Να επισημάνετε: (α) εάν θεωρείτε τη συζήτηση του θέματος σημαντική και (β) αν το θέμα συζητήθηκε ικανοποιητικά/επαρκώς κατά την προηγούμενη γέννα σας.

| | Σημαντικότητα θέματος | | | Το θέμα συζητήθηκε επαρκώς | | |
|--|-----------------------|-------------------------|---------------|----------------------------|-----|-------------|
| | Σημαντικό | Όχι ιδιαίτερα σημαντικό | Όχι σημαντικό | Ναι | Όχι | Δεν θυμάμαι |
| Εγκυμοσύνη και λοχεία | | | | | | |
| Σωματικές αλλαγές | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Κατάθλιψη στην κύηση και μετά τη γέννα | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Εμβρυϊκή παρακολούθηση | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Γέννα | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Φόβος γέννας | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | | |
|---|-----------|----------------------------|---------------|-----|-----|----------------|
| Ανακούφιση πόνων τοκετού | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Καισαρική τομή | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Ανάνηψη μετά τη γέννα | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Θηλασμός | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Κατάσταση και συνήθειες υγείας | | | | | | |
| Διατροφή και γεύματα | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Ξεκούραση και άσκηση | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Κάπνισμα | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Αλκοόλ | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Ναρκωτικά | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Φάρμακα | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Οικογενειακή κατάσταση | Σημαντικό | Όχι ιδιαίτερα Σημαντικό | Όχι σημαντικό | Ναι | Όχι | Δεν θυμάμαι |
| Οικονομική κατάσταση | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Συζυγικές σχέσεις | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Σεξουαλική ζωή | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Πώς να ανταποκριθεί κανείς στις Υποχρεώσεις του ως μητέρα και Πατέρας | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Προετοιμασία για τη γέννα | | | | | | |
| Φροντίδα μωρού | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Πιθανότητα απόκτησης άρρωστου μωρού | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Ανατροφή | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Προετοιμασία των αδερφών να δεχθούν το μωρό | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Αισθήματα και εμπειρίες σχετιζόμενες με τη μητρότητα | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Αισθήματα και εμπειρίες σχετιζόμενες με την πατρότητα | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |

Άλλο θέμα, ποιό;

ΘΕΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝ ΓΕΝΕΙ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ανακαλέστε στη μνήμη σας τις πιο θετικές και τις πιο αρνητικές εμπειρίες από την εν γένει αγωγή και αντιμετώπισή σας και από τις επαφές σας με επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης σας και κατά τη διάρκεια του τοκετού.

20. Περιγράψτε την πιο θετική εμπειρία σας (Περιγράψτε την κατάσταση και πότε συνέβη και τι σήμαινε για εσάς).

.....

.....

.....

.....

21. Περιγράψτε την πιο αρνητική εμπειρία σας (Περιγράψτε την κατάσταση και πότε συνέβη και τι σήμαινε για εσάς).

.....

.....

.....

.....

22. Αναφέρετε τις διαστάσεις της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης και της μαιευτικής φροντίδας που πρέπει να αναπτυχθούν επείγοντως στη χώρα σας στο μέλλον.

.....

.....

.....
.....

Γράψτε στις σειρές που προσφέρονται και συνεχίστε στην πίσω πλευρά αυτής της σελίδας εάν υπάρχει κάτι επιπλέον που θέλετε να πείτε σχετικά με το θέμα αυτό.

Κλίμακα Μεταγεννητικής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Endinburgh Postnatal Depression Scale)

Τις τελευταίες 7 ημέρες:

1. Μπορούσα να γελάω και να βλέπω τη ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων:

| 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------|----------------------|-----------------------|---------|
| Όπως πάντα | Όχι τόσο πολύ, πλέον | Σίγουρα όχι τόσο τώρα | Καθόλου |

2. Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα:

| 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------|-------------------------------|---|---------|
| Όπως πάντα | Όχι τόσο τώρα, όπως παλιότερα | Σίγουρα λιγότερο τώρα, από ότι συνήθιζα | Καθόλου |

3. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς αιτία, όταν κάτι πήγαινε στραβά:

| 3 | 2 | 1 | 0 |
|-----------------------------|--------------------|----------------|-----------|
| Ναι, τις περισσότερες φορές | Ναι, μερικές φορές | Όχι τόσο συχνά | Όχι, ποτέ |

4. Ήμουν αγχωμένη ή στενοχωρημένη χωρίς λόγο:

| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
|---|---|---|---|

| | | | |
|--------------|-------------|--------------------|-----------------|
| Όχι, καθόλου | Πολύ σπάνια | Ναι, μερικές φορές | Ναι, πολύ συχνά |
|--------------|-------------|--------------------|-----------------|

5. Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο:

| | | | |
|-------------------|--------------------|----------------|-----------|
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| Ναι, αρκετά συχνά | Ναι, μερικές φορές | Όχι τόσο συχνά | Όχι, ποτέ |

6. Πνιγόμενα από τις καταστάσεις:

| | | | |
|--|---|--|---|
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| Ναι, τις περισσότερες φορές δεν είμαι καθόλου σε θέση να ανταπεξέλθω | Ναι, μερικές φορές δεν μπορούσα να ανταπεξέλθω όπως συνήθως | Όχι, τις περισσότερες φορές ανταπεξέρχομαι αρκετά καλά | Όχι, ανταπεξέρχομαι το ίδιο καλά όπως πάντα |

7. Ήμουν τόσο λυπημένη, που είχα δυσκολία να κοιμηθώ:

| | | | |
|-----------------------------|--------------------|----------------|--------------|
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| Ναι, τις περισσότερες φορές | Ναι, μερικές φορές | Όχι τόσο συχνά | Όχι, καθόλου |

8. Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη:

| | | | |
|-----------------------------|-------------------|----------------|--------------|
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| Ναι, τις περισσότερες φορές | Ναι, αρκετά συχνά | Όχι τόσο συχνά | Όχι, καθόλου |

9. Ήμουν τόσο λυπημένη που έκλαιγα:

| | | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| Ναι, τις περισσότερες φορές | Ναι, αρκετά συχνά | Μόνο περιστασιακά | Όχι, καθόλου |

10. Είχε περάσει από την σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου:

| | | | |
|-------------------|---------------|-------------|------|
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| Ναι, αρκετά συχνά | Μερικές φορές | Σχεδόν ποτέ | Ποτέ |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!