



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**Στάσεις και αντιλήψεις μαθητών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε
σχέση με το φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή**

Δήμητρα Ζ. Βαρνακιώτη

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ, 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

Αικατερίνη Λυκερίδου	Καθηγήτρια/Μαία/Τμήμα Μαιευτικής	
Κλεάνθη Γουρουντή	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια /Μαία/Τμήμα Μαιευτικής	
Αντιγόνη Σαραντάκη	Επίκουρη Καθηγήτρια/Μαία/Τμήμα Μαιευτικής	

Μέλη Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Βιβιλάκη Βικτωρία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια/ Μαία/ Τμήμα Μαιευτικής/ Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας/ΠΑΔΑ
Νικολαΐδης Πέτρος	Καθηγητής / Μαιευτήρας-Γυναικολόγος/Τμήμα Μαιευτικής/Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας/ΠΑΔΑ
Διαμάντη Αθηνά	Επίκουρη Καθηγήτρια/Μαία/Τμήμα Μαιευτικής/ Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας/ ΠΑΔΑ
Κοντοάγγελος Κωνσταντίνος	Επίκουρος Καθηγητής/ Ψυχίατρος/Τμήμα Ιατρικής/ Σχολή Επιστημών Υγείας/ ΕΚΠΑ

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής δεν υποδηλοί αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα (Ν. 5343/32, Άρθρο 202).

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη, Δήμητρα Βαρνακιώτη του Ζώη, υποψήφια διδάκτορας του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας και δικαιούχος των πνευματικών δικαιωμάτων επί της διατριβής και δεν προσβάλλω τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων. Για τη συγγραφή της διδακτορικής μου διατριβής δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από εφημερίδα ή περιοδικό, ιστοσελίδα κ.λπ.). 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 διδακτορικού διπλώματός μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της διατριβής μου μέχρι 31/8/2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη.

Η Δηλούσα

Ευχαριστίες

Η εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής αποτέλεσε ένα επίπονο αλλά συνάμα δημιουργικό ταξίδι, και απαίτησε ψυχική και σωματική προσπάθεια. Φτάνοντας αισίως στο τέρμα του, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου, αρωγοί στην προσπάθειά μου.

Ευχαριστώ τον άνθρωπο που με πήρε από το χέρι και μου έδειξε τα μονοπάτια της έρευνας, μου άνοιξε το δρόμο της επιστημονικής γνώσης και μου χάρισε απλόχερα, την συμπαράσταση και την βοήθειά του, την Καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, κ. Αικατερίνη Λυκερίδου. Ανάλογες ευχαριστίες αρμόζουν στην κ. Κλεάνθη Γουρουντή Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και στην κ. Αντιγόνη Σαραντάκη Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, για την αμέριστη υποστήριξη και τις καθοδηγήσεις τους, σε όλη την διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα, επιπρόσθετα, να ευχαριστήσω τα υπόλοιπα μέλη της επταμελούς επιτροπής μου, την κ. Βιβιλάκη Βικτωρία Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μαιευτικής του ΠΑΔΑ, τον κ. Νικολαΐδη Πέτρο Καθηγητή Εμβρυολογικής Ιατρικής του ΠΑΔΑ, την κ. Διαμάντη Αθηνά Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και τον κ. Κοντοάγγελο Κωνσταντίνο Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής του ΕΚΠΑ για τη συμμετοχή τους και τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Ευχαριστώ τους Διευθυντές των Επαγγελματικών Λυκείων και τους συλλόγους των διδασκόντων, καθώς χωρίς τη θετική τους ανταπόκριση θα ήταν ανέφικτο να διεξαχθεί το ερευνητικό μέρος της παρούσας προσπάθειας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες αρμόζουν στον Διευθυντή του Επαγγελματικού Λυκείου Κορυδαλλού, όπου η ερευνήτρια υπηρετεί ως εκπαιδευτικός, κ. Κωνσταντίνο Ασημακόπουλο, που στις εξαιρετικά αντίξοες συνθήκες της πανδημίας, ήταν υποστηρικτικός σε όλη την ερευνητική προσπάθεια.

Ευχαριστώ τους μαθητές και τις μαθήτριες, αλλά και τους κηδεμόνες τους που προσφέρθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και αφιέρωσαν το χρόνο τους για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Τέλος ευχαριστώ τους ανθρώπους που η ζωή με αξίωσε να έχω για οικογένεια, το σύζυγο και τις κόρες μου, τους γονείς και τα αδέρφια μου και τους φίλους που είναι σαν αδέρφια μου.

Δήμητρα Ζ. Βαρνακιώτη

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
Κατάλογος Πινάκων	13
Κατάλογος εικόνων.....	15
Πίνακας συντμήσεων και συντομογραφιών	16
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	17
1.1 Περί καισαρικής τομής και φυσιολογικού τοκετού: επιστημονικά δεδομένα.....	17
1.1.1 Ιστορική αναδρομή	17
1.1.2 Η πανδημία των καισαρικών τομών.....	17
1.1.3 Τα αυξημένα ποσοστά καισαρικών τομών στην Ελλάδα.....	19
1.1.4 Η καισαρική τομή ως μέθοδος τοκετού: ενδείξεις, αντενδείξεις, επιπλοκές.....	21
1.2 Περί καισαρικής τομής και φυσιολογικού τοκετού: στάσεις και αντιλήψεις.....	24
1.2.1 Η προτίμηση της καισαρικής τομής.....	24
1.2.2 Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας	25
1.2.3 Στάσεις και αντιλήψεις: από τη σκοπιά της κοινωνικής ψυχολογίας.....	28
1.2.3.1 Οι διαστάσεις των στάσεων	29
1.2.4 Κοινωνικό-γνωστικά μοντέλα τροποποίησης της συμπεριφοράς.....	30
1.2.4.1 Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία.....	31
1.2.4.2 Η θεωρία της έλλογης δράσης	32
1.2.4.3 Η θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς.....	33
1.2.4.4 Το διαθεωρητικό μοντέλο της αλλαγής.....	37
1.2.4.5 Η κοινωνικό-γνωστική θεωρία της μάθησης.....	38
1.3 Σκοποί και υποθέσεις της παρούσας έρευνας.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	46
2.1 Επιλογή πληθυσμού μελέτης	46

2.2 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	48
2.3 Στατιστική ανάλυση.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	52
3.1 Δημογραφικά στοιχεία	52
3.2 Πρόθεση επιλογής τοκετού.....	54
3.3 Η ενημέρωση των εφήβων σε θέματα τοκετού αναπαραγωγικής υγείας	55
3.4 Η κλίμακα των στάσεων απέναντι στο φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική.....	57
3.5 Συσχέτιση των παραγόντων της κλίμακας με δημογραφικά στοιχεία των εφήβων .	63
3.6 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία.....	67
3.7 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία.....	71
3.8 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς το φυσιολογικό τοκετό» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία.....	74
3.9 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία	77
3.10 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία.....	81
3.11 Ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης	82
3.12 Μελέτη παρέμβασης	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	94
4.1 Προτάσεις για μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες.....	100
4.2 Περιορισμοί της παρούσας έρευνας.	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	112

Παράρτημα Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	112
Παράρτημα Β: ΆΔΕΙΑ ΙΕΠ.....	120
Παράρτημα Γ: ΆΔΕΙΑ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ 2020-21.....	122
Παράρτημα Δ: ΕΝΤΥΠΟ ΓΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ.....	124
Παράρτημα Ε: ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....	126

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ραγδαία αύξηση του ποσοστού των γεννήσεων με καισαρική τομή, σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει ανησυχήσει την ιατρική και όχι μόνο κοινότητα, αφού η χρήση της μεθόδου γίνεται πολλές φορές χωρίς ιατρικές ενδείξεις. Σε υπολογίσιμο ποσοστό η διενέργεια καισαρικής τομής γίνεται μετά από αίτημα της εγκύου και είναι αρκετές φορές αποτέλεσμα ελλιπούς ενημέρωσης της μέλλουσας μητέρας. Ένας μεγάλος αριθμός αναποφάσιστων εγκύων γυναικών, καταδεικνύει την ανάγκη για παροχή περισσότερων πληροφοριών, αναφορικά με τον τοκετό, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, με τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας, ώστε οι γυναίκες να είναι σε θέση να επιλέξουν τι είναι αυτό που τις αντιπροσωπεύει καλύτερα με βάση την ενημέρωση και τα δικά τους προσωπικά κριτήρια. Η διερεύνηση των στάσεων και των προθέσεων των εφήβων σε θέματα τοκετού και αναπαραγωγικής υγείας είναι ιδιαίτερης σημασίας, αφενός γιατί οι νέοι θα διαμορφώσουν την πραγματικότητα στο εγγύς μέλλον, αφετέρου γιατί τα ερευνητικά δεδομένα από την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα είναι εξαιρετικά περιορισμένα. Έτσι, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις μαθητών Λυκείου σε θέματα που σχετίζονται με τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή μέσα από την συσχέτισή τους με τους παράγοντες της θεωρίας της σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Οι παραπάνω παράγοντες διερευνήθηκαν ως προς την προβλεπτική τους ικανότητα σε σχέση με την πρόθεση επιλογής συγκεκριμένου είδους τοκετού. Η μελέτη διερεύνησε επίσης, τις πηγές ενημέρωσης των εφήβων σε θέματα τοκετού και αναπαραγωγικής υγείας και το συσχετισμό τους με την πρόθεση για επιλογή τοκετού. Αξιολογήθηκαν επίσης τα αποτελέσματα διδακτικής παρέμβασης που στόχο είχε την τροποποίηση της πρόθεσης για εκδήλωση συμπεριφοράς. Το δείγμα αποτέλεσαν 480 μαθητές της πρώτης τάξης Επαγγελματικών Λυκείων από έντεκα σχολεία της Αττικής και τρία της Περιφέρειας. Το θεωρητικό πλαίσιο του ερευνητικού μέρους της έρευνας αποτέλεσε η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen,1985). Κατασκευάστηκε ερευνητικό εργαλείο-ερωτηματολόγιο και αξιολογήθηκαν τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του. Η εγκυρότητα περιεχομένου αξιολογήθηκε με τον προσδιορισμό της εγκυρότητας προσώπου (Face Validity) και του δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου (Content Validity Index ,CVI). Η αξιοπιστία του εργαλείου (Reliability) αξιολογήθηκε με τις τιμές των επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest), μέσω του συντελεστή συσχέτισης Intraclass correlation coefficient (ICC). Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's alpha. Για την

διερεύνηση της δομής του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων “exploratory factor analysis” (*Rotation Method: Varimax*). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο παραγόντων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Για τη σύγκριση των παραγόντων που προέκυψαν μετά την ανάλυση παραγόντων μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student’s t -test, ενώ μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Η ανάλυση γραμμική παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στους παράγοντες μεταξύ των ομάδων, στις οποίες πραγματοποιήθηκε παρέμβαση. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson’s χ^2 test ή το Fisher’s exact test όπου ήταν απαραίτητο. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. Το εργαλείο της συλλογής των δεδομένων εμφάνισε αποδεκτά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ομαδοποιήθηκαν σε 5 παράγοντες σε συμφωνία με την Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, που σχετίζονται μεταξύ τους και εξηγούν συνολικά το 48,9% της μεταβλητότητας. Από την ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) προέκυψε ότι όλοι οι παράγοντες του ερωτηματολογίου σχετίζονται με την πρόθεση για επιλογή τοκετού. Οι μετρήσεις στην ομάδα, στην οποία πραγματοποιήθηκε παρέμβαση, διέφεραν σημαντικά από την ομάδα ελέγχου, μια εβδομάδα μετά την παρέμβαση, ενώ συγκρίνοντας τις τιμές οχτώ μήνες μετά, βρέθηκε ότι δεν διέφεραν σημαντικά με τις αντίστοιχες τιμές στην αρχική μέτρηση. Τα συμπεράσματα της μελέτης αναφέρονται στην ανάγκη διαμόρφωσης θετικών στάσεων απέναντι στο φυσιολογικό τοκετό, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την επιθυμία των νέων ανθρώπων για καισαρική τομή χωρίς ιατρικές ενδείξεις. Προτείνονται εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε πρώιμα στάδια, με την συμμετοχή εκπαιδευτικών και επαγγελματιών υγείας, ώστε ο φυσιολογικός τοκετός να είναι αποτέλεσμα ενημέρωσης, προετοιμασίας και συνειδητής επιλογής.

Λέξεις κλειδιά: Φυσιολογικός τοκετός, καισαρική τομή, στάσεις, έφηβοι, θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς

ABSTRACT

The global increased in the caesarean section rates have raised concerns about the appropriateness of caesarean sections performed without medical indications. A significant proportion of caesarean sections is performed due to maternal request, which is probably the result of inadequate knowledge. The large percentage of undecided pregnant women demonstrates the essential to provide more information about childbirth, through educational interventions, with the contribution of health professionals, so that women became able to make an evidence-based choice. Investigating adolescents' attitudes and intentions regarding childbirth and reproductive health is of particular interest, since young people will define the near future reality. Moreover, research data from this age group is extremely scarce. Thus, the purpose of this study was to investigate attitudes and perceptions of high school students on issues related to vaginal birth and cesarean section, based on the theory of planned behavior. The factors included in the study were investigated in terms of their predictive value to determine the students' intention towards a specific mode of childbirth. The study also investigated adolescents' sources of information concerning childbirth and reproductive health and their association with the intention to choose a specific childbirth mode. Finally, the study evaluated an educational intervention aimed to modify students' attitudes towards birth. The study's sample consisted of 480 first grade students from eleven vocational high schools in Attica region, and three high schools in the countryside. The theoretical framework of the study was based on the Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991). A research instrument was developed, and its psychometric properties were evaluated. Content validity was assessed through the Face Validity and the Content Validity Index (CVI). The reliability of the instrument was evaluated through repetitive measurements (test-retest), using the Intraclass Correlation Coefficient (ICC). The internal reliability of the questionnaire was tested using the Cronbach's alpha coefficient. Exploratory factor analysis (Rotation Method: Varimax) was used to investigate the structure of the questionnaire. Pearson's correlation coefficient (r) was used to check for the two-factor relationship. Student's t -test was used to compare the factors that emerged after factor analysis between two groups, while ANOVA was used in case of more than two groups. Linear regression analysis was used to find independent factors related to the instrument factors from which dependence coefficients and their standard errors (SE errors) emerged. ANOVA was also used to evaluate differences in factors between groups. It was further assessed whether

the studied parameters' degree of change during time was different between the two groups. Pearson's X^2 test or Fisher's exact test was used to compare ratios where necessary. Statistical significance was set at $p < 0.05$ and analyses were conducted using SPSS statistical software (version 22.0). The data collection instrument demonstrated acceptable psychometric properties. The scale consisted of five factors emerged by factor analysis, explaining 48.9% of the total variance in the data. The logistic regression analysis showed that all factors in the questionnaire were associated with the intention to choose childbirth mode. The measurements in the group that educational intervention was applied differed significantly from those of the control group, one week after the intervention. Comparing these values eight months later, it was found that they did not differ significantly from the corresponding values in the initial evaluation. The study revealed the necessity to form positive attitudes towards vaginal birth, to affect young peoples' preference for caesarean section without medical indications. Educational interventions are suggested from early age stages, with the contribution of teachers and health professionals, so that birth becomes an informed, evidenced based preference.

Key words: Vaginal birth, caesarean section, attitudes, adolescents, planned behavior theory

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 3.1:	Δημογραφικά στοιχεία εφήβων	52
Πίνακας 3.2:	Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων	53
Πίνακας 3.3:	Πρόθεση επιθυμίας για τον τοκετό	54
Πίνακας 3.4:	Αποτύπωση ενημέρωσης εφήβων σε θέματα τοκετού και αναπαραγωγικής υγείας	55
Πίνακας 3.5:	Κλίμακα των στάσεων απέναντι στο Φ.Τ. και την Κ.Τ.	58
Πίνακας 3.6:	Exploratory factor analysis with Principal Components methods ...	59
Πίνακας 3.7:	Βαθμολογίες παραγόντων	61
Πίνακας 3.8:	Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας	62
Πίνακας 3.9:	Βαθμολογίες των παραγόντων της κλίμακας στις επαναληπτικές μετρήσεις	63
Πίνακας 3.10:	Συσχέτιση της «Γνωσιακής διάστασης των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» με τα δημογραφικά στοιχεία	64
Πίνακας 3.11:	Συσχέτιση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» με την ηλικία	66
Πίνακας 3.12:	Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» με τα δημογραφικά στοιχεία	67
Πίνακας 3.13:	Συσχέτιση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» με τα δημογραφικά στοιχεία	69
Πίνακας 3.14:	Συσχέτιση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» με την ηλικία	70
Πίνακας 3.15:	Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» με τα δημογραφικά στοιχεία	71
Πίνακας 3.16:	Συσχέτιση του παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων για το Φ.Τ» με τα δημογραφικά στοιχεία	72
Πίνακας 3.17:	Συσχέτιση του παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς το Φ.Τ» με την ηλικία	73

Πίνακας 3.18:	Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση του παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς το Φ.Τ» με τα δημογραφικά στοιχεία	74
Πίνακας 3.19:	Συσχέτιση του παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» με τα δημογραφικά στοιχεία	75
Πίνακας 3.20:	Συσχέτιση του παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» με την ηλικία	77
Πίνακας 3.21:	Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση του παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» με τα δημογραφικά στοιχεία	77
Πίνακας 3.22:	Συσχέτιση του παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» με τα δημογραφικά στοιχεία	78
Πίνακας 3.23:	Συσχέτιση του παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» με την ηλικία	80
Πίνακας 3.24:	Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση του παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» με τα δημογραφικά στοιχεία	81
Πίνακας 3.25:	Η πρόθεση των συμμετεχόντων για φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία	82
Πίνακας 3.26:	Η πρόθεση των συμμετεχόντων για φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή ανάλογα με τις πηγές ενημέρωσης	83
Πίνακας 3.27:	Οι διαστάσεις της TPB σε σχέση με την πρόθεση για φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή	84
Πίνακας 3.28:	Πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση της πρόθεσης για καισαρική τομή με τα δημογραφικά και τις διαστάσεις της TPB ...	85
Πίνακας 3.29:	Δημογραφικά στοιχεία των εφήβων ανά ομάδα	86
Πίνακας 3.30:	Μεταβολές των παραγόντων της κλίμακας ανά ομάδα	87
Πίνακας 3.31:	Μεταβολές των παραγόντων της κλίμακας στην ομάδα Παρέμβασης	90
Πίνακας 3.32:	Η πρόθεση τοκετού, οι πηγές ενημέρωσης, οι εντυπώσεις και τα θέματα που θα ήθελαν περισσότερη ενημέρωση ανά ομάδα	91

Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 1: Η παγκόσμια κατανομή των καισαρικών τομών.....	19
Εικόνα 2: Η κατανομή των καισαρικών τομών στις ευρωπαϊκές χώρες.....	20`
Εικόνα 3: Η θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς.....	34
Εικόνα 4: Η κοινωνικό-γνωστική θεωρία της μάθησης.....	39
Εικόνα 5: Η πρόβλεψη του Π.Ο.Υ. για τις καισαρικές τομές [8].....	43
Εικόνα 6: Τομέας επιλογής σπουδών.....	53
Εικόνα 7: Ποσοστό των εφήβων που φαντάζονταν να αποκτά παιδιά στο μέλλον.....	54
Εικόνα 8: Πρόθεση επιθυμίας για τον τοκετό.....	55
Εικόνα 9: Πηγές ενημέρωσης που διαμόρφωσαν την στάση των εφήβων απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό.....	56
Εικόνα 10: Εντυπώσεις των εφήβων για τον φυσιολογικό τοκετό.....	56
Εικόνα 11: Θέματα για τα οποία θα ήθελαν οι έφηβοι να ενημερώνονται περισσότερο.....	57
Εικόνα 12: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» ανάλογα με το φύλο τους.....	65
Εικόνα 13: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» ανάλογα με την πρόθεση.....	66
Εικόνα 14: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» ανάλογα με την πρόθεση.....	70
Εικόνα 15: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων για το Φ.Τ.» ανάλογα με το φύλο τους.....	73
Εικόνα 16: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» ανάλογα με το φύλο τους.....	77
Εικόνα 17: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» ανάλογα με το φύλο τους.....	80
Εικόνα 18: Μεταβολή στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» ανά ομάδα.....	89
Εικόνα 19: Μεταβολή στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» ανά ομάδα.....	90
Εικόνα 20: Μεταβολές των βαθμολογιών των εφήβων της ομάδας παρέμβασης στο χρόνο.....	91
Εικόνα 21: Πρόθεση των εφήβων για Φ.Τ. ή Κ.Τ. ανά ομάδα στην αρχική μέτρηση και στην μέτρηση της 1 ^{ης} εβδομάδας.....	93

Πίνακας συντμήσεων και συντομογραφιών

ΑΕΙ	Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women
CVI	Content Validity Index
HBM	Health Belief Model
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICC	Intraclass correlation coefficient
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
SARS-CoV-2	Κορονοϊός
TPB	Planned Behavior Theory
TRA	Theory of Reason Action
WHO	World Health Organization
ΕΠΑΛ	Επαγγελματικό Λύκειο
Ι.Ε.Π	Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής
ΙΕΚ	Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης
Κ.Τ	Καισαρική τομή
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
ΤΕΙ	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Φ.Τ	Φυσιολογικός τοκετός

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Περί καισαρικής τομής και φυσιολογικού τοκετού: επιστημονικά δεδομένα

1.1.1 Ιστορική αναδρομή

Ως καισαρική τομή, ορίζεται η χειρουργική επέμβαση κατά την οποία το έμβρυο (ή τα έμβρυα), ο πλακούντας και οι εμβρυικοί υμένες εξέρχονται της ενδομητρικής κοιλότητας (γεννιούνται) μετά από χειρουργική τομή και διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος και της μήτρας [1]. Η προέλευση του όρου πιθανολογείται ότι προέρχεται από τον Ιούλιο Καίσαρα, ο οποίος λέγεται ότι γεννήθηκε με την μέθοδο αυτή. Η καισαρική τομή χρονολογείται από τα αρχαία χρόνια και είχε ως σκοπό τη διάσωση του εμβρύου όταν η έγκυος γυναίκα πέθαινε στον τελευταίο μήνα της εγκυμοσύνης [2].

Ιστορικά, με το σκοπό που χρησιμοποιείται σήμερα ως περάτωση της κύησης σε αδυναμία κολπικού τοκετού, πρώτη φορά αναφέρεται στη Βιτεμβέργη και την επέμβαση πραγματοποίησε ο Jeremias Trautmann. Δυστυχώς, η έλλειψη μέτρων ασηψίας την εποχή εκείνη οδήγησε στο θάνατο της λεχιάδας 25 μέρες μετά την επέμβαση από σηπτική καταπληξία. Αναφέρονται αρκετές τέτοιες επεμβάσεις το 19^ο αιώνα, με υψηλά όμως ποσοστά θνησιμότητας (50-85%), κυρίως γιατί οι χειρουργοί της εποχής εκείνης δεν πραγματοποιούσαν συρραφή της μήτρας ή των κοιλιακών τοιχωμάτων, με αποτέλεσμα εφόσον η γυναίκα επιζούσε από την μεγάλη αιμορραγία τελικά να καταλήγει από σήψη. Με το πέρας των ετών οι τεχνικές εξελίχθηκαν και πλέον χρησιμοποιείται η μέθοδος Sanger ή αλλιώς κλασσική καισαρική τομή, που πήρε το όνομά της από τον Γερμανό μαιευτήρα-γυναικολόγο Max Sanger [2].

1.1.2 Η πανδημία των καισαρικών τομών

Τα ποσοστά των γεννήσεων με καισαρική τομή αυξάνονται ραγδαία, τις τελευταίες δεκαετίες. Πλέον, στις ανεπτυγμένες χώρες σχεδόν ένα στα τρία παιδιά γεννιέται με καισαρική τομή. Η σταθερή αυτή αύξηση σε παγκόσμιο επίπεδο έχει ανησυχήσει την ιατρική και όχι μόνο κοινότητα, αφού η χρήση της μεθόδου γίνεται

πολλές φορές χωρίς ιατρικές ενδείξεις. Την ώρα που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποδεικνύει ως αποδεκτό ποσοστό καισαρικής τομής περίπου το 15% [3], σε υπολογίσιμο ποσοστό η διενέργεια της γίνεται μετά από αίτημα της εγκύου και δεν αποτελεί πάντα επιλογή με ιατρικές ενδείξεις.

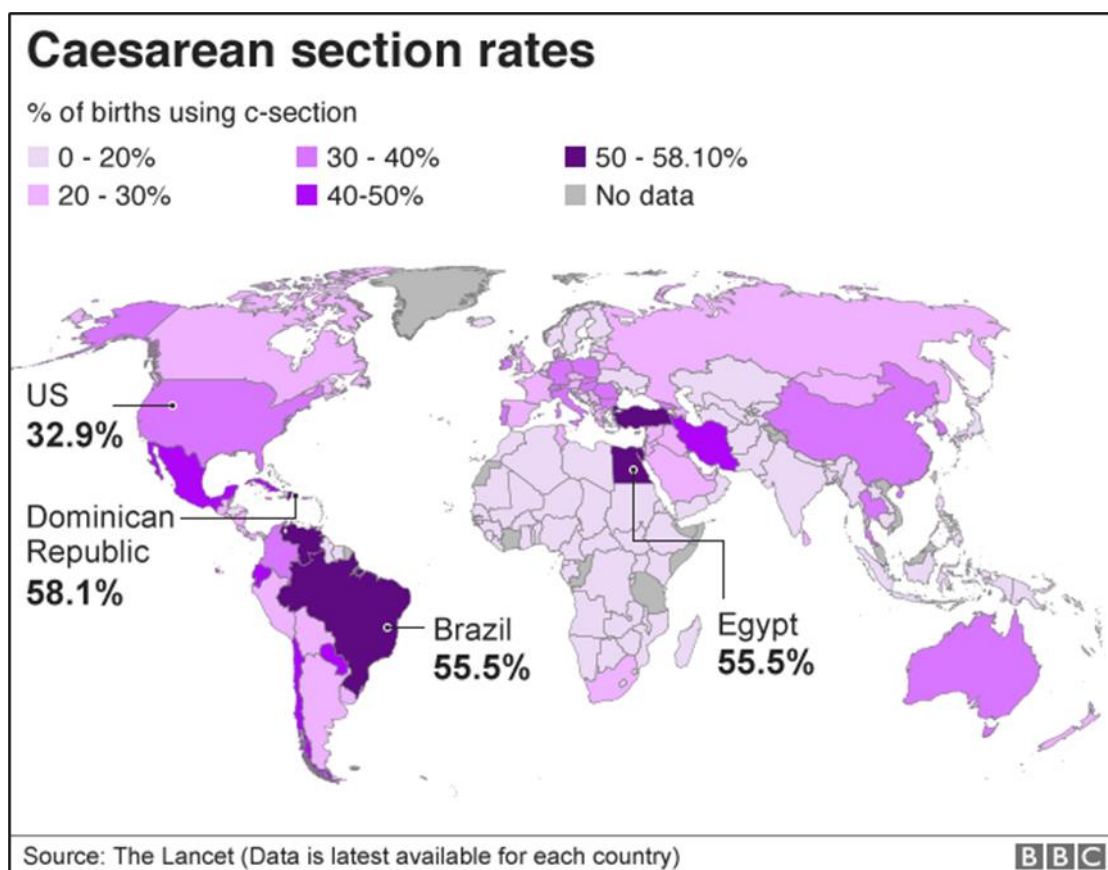
Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους, μεταξύ των οποίων η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας απόκτησης του πρώτου παιδιού, ο φόβος της μέλλουσας μητέρας για την όλη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού και του πόνου που θα νιώσει, ο σύγχρονος ταχύς και απαιτητικός τρόπος ζωής, αλλά και η άσκηση αμυντική ιατρικής [4],[5],[6]. Παράλληλα, η προχωρημένη ηλικία τεκνοποίησης, έχει αυξήσει την εμφάνιση προβλημάτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προβλήματα, τα οποία οδηγούν στην επιλογή της καισαρικής τομής, προκειμένου να διασφαλισθεί όσο το δυνατόν η υγεία του βρέφους και της μητέρας.

Εκτός από τις ιατρικές ενδείξεις, η καισαρική τομή ως επιλογή είναι αρκετές φορές αποτέλεσμα ελλιπούς ενημέρωσης της μέλλουσας μητέρας, σε συνδυασμό με έντονο φόβο και άγχος για την άγνωστη προς εκείνη διαδικασία. Ο φόβος για τις ωδίνες του τοκετού, η ανησυχία για τη μετέπειτα πιθανή μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, λόγω της χαλάρωσης του κόλπου της γυναίκας, αλλά και η πεποίθηση ότι το βρέφος θα ταλαιπωρηθεί αρκετά κατά τη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού, είναι μερικοί από τους παράγοντες που οδηγούν μια μητέρα να επιθυμεί να γεννήσει με καισαρική τομή [7]. Από μια άλλη οπτική, στην αύξηση των καισαρικών τομών συμβάλει και ο υψηλός αριθμός κυήσεων με εξωσωματική γονιμοποίηση σε σχέση με τα παλαιότερα χρόνια. Λόγω της πολυπλοκότητας, του χρόνου που χρειάζεται, του αυξημένου κόστους, αλλά και της ευαισθησίας που έχει η εξωσωματική γονιμοποίηση, αυτές οι κυήσεις θεωρούνται πολύτιμες και προκειμένου να διασφαλισθεί η επιτυχία της διαδικασίας, προτιμάται η καισαρική τομή.

Τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία (2010-2018), από 154 χώρες, αναφέρουν ότι τα ποσοστά των γεννήσεων με καισαρική τομή παγκοσμίως φτάνουν το 21,1% του συνόλου των γεννήσεων, έχουν δε αυξηθεί, σε όλες τις περιοχές από το 1990 [Εικ. 1].

Η Λατινική Αμερική και η περιοχή της Καραϊβικής έχουν τα υψηλότερα ποσοστά γεννήσεων με καισαρική τομή (40,5%), ακολουθεί η Βόρεια Αμερική (32,3%), η Ωκεανία (31,1%), η Ευρώπη (25%), η Ασία (19,2%) και η Αφρική (7,3%). Με βάση τα στοιχεία από 121 χώρες, η ανάλυση τάσεων έδειξε ότι μεταξύ 1990 και 2014, ο παγκόσμιος μέσος ρυθμός γεννήσεων με καισαρική τομή αυξήθηκε κατά 12,4% (από 6,7% σε 19,1%) με

μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 4,4%. Οι μεγαλύτερες απόλυτες αυξήσεις σημειώθηκαν στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική (19,4%, από 22,8% σε 42,2%), ακολουθεί η Ασία (15,1%, από 4,4% σε 19,5%), η Ωκεανία (14,1%, από 18,5% σε 32,6%), η Ευρώπη (13,8%, από 11,2% σε 25%), η Βόρεια Αμερική (10%, από 22,3% σε 32,3%) και η Αφρική (4,5%, από 2,9% σε 7,4%) [8].

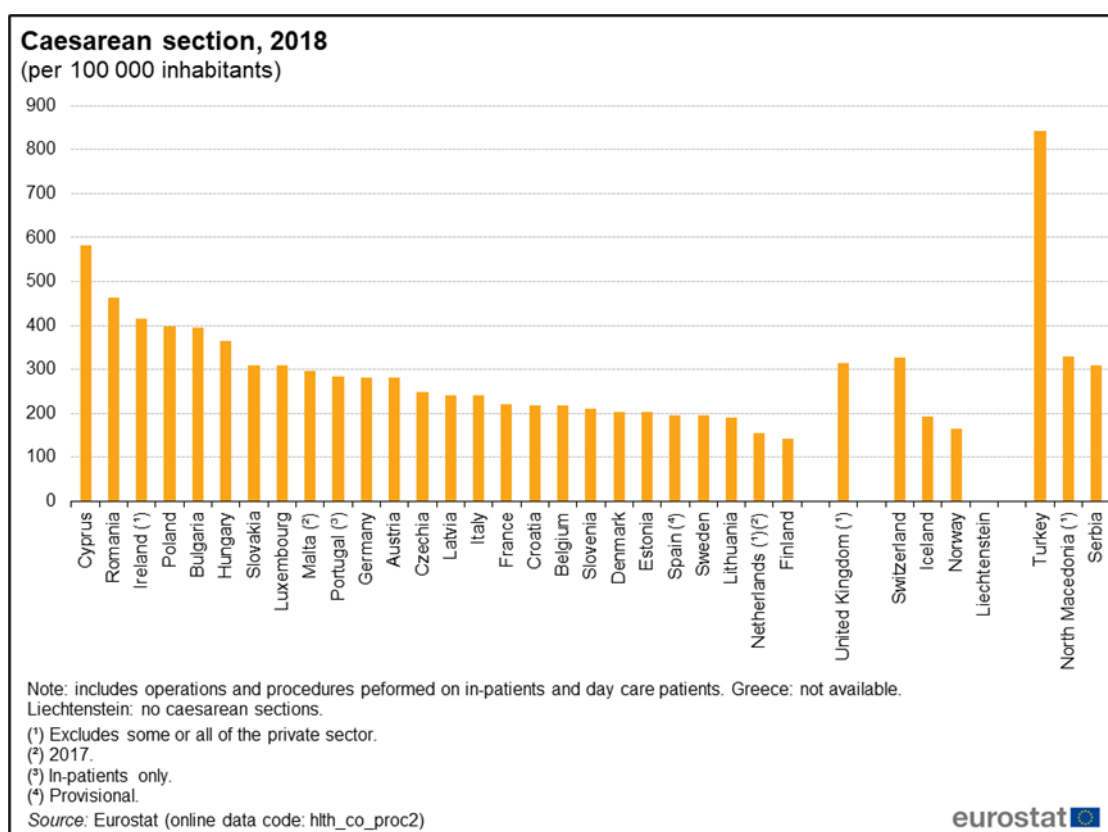


Εικόνα 1: Η παγκόσμια κατανομή των καισαρικών τομών

1.1.3 Τα αυξημένα ποσοστά καισαρικών τομών στην Ελλάδα

Η Ελλάδα φαίνεται να ακολουθεί την παγκόσμια τάση, καθώς από το 1983 έως το 1998 παρατηρείται μία αύξηση του ποσοστού των Κ.Τ από 13% σε 31% με την κατανομή να εμφανίζει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των δημόσιων (41,6%), και των ιδιωτικών νοσοκομείων 53% [9]. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2005, για την κατάσταση στα ελληνικά μαιευτήρια, το ποσοστό των καισαρικών τομών αυξήθηκε σχεδόν κατά 50% σε σχέση με το προηγούμενο διάστημα [10]. Στη χώρα μας δεν διαθέτουμε μέχρι το 2018 δεδομένα και η Ελλάδα ήταν απύσχα στις υφιστάμενες βάσεις δεδομένων του

Π.Ο.Υ. και του ΟΟΣΑ [Εικ. 2]. Το 2017, η Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας εξέδωσε δελτίο σχετικά με τη θέση της για το υψηλό ποσοστό των καισαρικών τομών στην Ελλάδα και την ανάγκη συστηματικής διερεύνησης των αυξημένων ποσοστών καισαρικής τομής και ανάπτυξης παρεμβάσεων για την ουσιαστική μείωση τους. Στην ανακοίνωση τονίζεται ότι το αυξημένο ποσοστό καισαρικών τομών είναι αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων και η χρήση τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών είναι ένας από τους ενδεδειγμένους τρόπους μείωσής του.



Εικόνα 2: Η κατανομή των καισαρικών τομών στις ευρωπαϊκές χώρες

Με τον τρόπο αυτό, αναμένεται να υπάρξει περαιτέρω βελτίωση της μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας [1]. Προτείνεται οι Μαιές και οι Μαιευτήρες να ακολουθούν τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες και άλλες εκπαιδευτικές, συμπεριφορικές και οργανωτικές παρεμβάσεις, για τη διαχείριση του τοκετού.

Το 2021 ξεκίνησε μια κλινική δοκιμή, στην οποία μελετάται η προγραμματισμένη εφαρμογή μιας κλιμακωτής παρέμβασης σε ελληνικές μαιευτικές μονάδες. Στην πολυκεντρική τυχαίοποιημένη μελέτη θα συμμετάσχουν 22 μαιευτικές μονάδες από όλη

την Ελλάδα, με συνολικά 20.000 έως 25.000 γεννήσεις. Οι παρεμβάσεις της μελέτης θα περιλαμβάνουν την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογίας Εταιρείας για τη διαχείριση του τοκετού και τη στοχευμένη εκπαίδευση στην καρδιοτοκογραφία, τις επείγουσες μαιευτικές καταστάσεις και τα κριτήρια ταξινόμησης των καισαρικών τομών κατά Robson. Κατά τη διάρκεια της φάσης παρέμβασης, τα ποσοστά και οι ενδείξεις για καισαρική τομή θα είναι διαθέσιμα στις συμμετέχουσες μονάδες μέσω μιας ζωντανής διαδικτυακής πλατφόρμας. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, οι συμμετέχοντες θα μπορούν να δουν τόσο την απόδοσή τους όσο και αυτή άλλων μονάδων και επίσης να λαμβάνουν σχόλια σχετικά με τα ποσοστά τους. Το πρωταρχικό αποτέλεσμα που θα αξιολογηθεί θα είναι η μεταβολή των ποσοστών καισαρικής τομής. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα περιλαμβάνουν τη μητρική και νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η μελέτη είναι η πρώτη μεγάλης κλίμακας προοπτική μελέτη για την μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών στην Ελλάδα και αναμένεται να δώσει νέες πληροφορίες σχετικά με παρεμβάσεις για τη μείωση των περιττών καισαρικών τομών, ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό, τις προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας της μητρικής και νεογνικής φροντίδας στην χώρα μας.

1.1.4 Η καισαρική τομή ως μέθοδος τοκετού: ενδείξεις, αντενδείξεις, επιπλοκές

Πριν από τη λήψη της απόφασης, για τον τρόπο περάτωσης της κύησης, θα πρέπει να μελετώνται οι παράγοντες που συνιστούν το πλαίσιο του τοκετού, καθώς και το ιστορικό της κάθε γυναίκας, ώστε να επιλεγεί η καλύτερη μέθοδος για τη μητέρα και το έμβρυο. Έτσι, υπάρχουν περιπτώσεις όπου κρίνεται αναγκαία και ζωτικής σημασίας η επιλογή της καισαρικής τομής για την πρόληψη ή αντιμετώπιση επιπλοκών. Οι πιθανές ενδείξεις για τη διενέργεια καισαρικής τομής, διακρίνονται σε 3 μεγάλες κατηγορίες: ενδείξεις προερχόμενες από τη μητέρα, ενδείξεις προερχόμενες από το έμβρυο και ενδείξεις που αποτελούν συνδυασμό παραγόντων, τόσο από τη μητέρα όσο και από το έμβρυο. Οι συνηθέστερες ενδείξεις από τη μητέρα είναι: η προηγηθείσα καισαρική τομή, χωρίς ωστόσο να αποτελεί απόλυτη ένδειξη [11], η προεκλαμψία ή η εκλαμψία, η ρήξη της μήτρας, ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου, οι καρδιοπάθειες ή τα ανευρύσματα, οι όγκοι της πύελου, η ενεργός ερμητική λοίμωξη κόλπου-αιδοίου, η HIV λοίμωξη (ανάλογα με το ιϊκό φορτίο και τη λήψη αντιρετροϊκής αγωγής), η ταυτόχρονη λοίμωξη από HIV και ηπατίτιδα C (HCV), η ύπαρξη κονδυλωμάτων, η σοβαρή νόσος της μητέρας (π.χ.

υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης), η νοσογόνος παχυσαρκία, με δείκτη μάζας σώματος άνω του 50 (δεν αποτελεί απόλυτη ένδειξη), η αδυναμία εξέλιξης του τοκετού (αναστολή καθόδου ή μη εξέλιξη της διαστολής του τραχήλου) [1]. Οι συνηθέστερες ενδείξεις (οι περισσότερες σχετικές και όχι απόλυτες) από το έμβρυο είναι η εμβρυϊκή δυσχέρεια, περιπτώσεις σοβαρής ευαισθητοποίησης στον παράγοντα Rhesus, το ιστορικό ενδομήτριου θανάτου, οι συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου, ο πρόωρος τοκετός (έμβρυα μικρότερα των 32 εβδομάδων), η σοβαρά υπολειπόμενη ενδομήτρια αύξηση, η πολύδυμος κύηση, τα σιαμαία έμβρυα, το εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου (η ισχιακή προβολή αποτελεί σχετική ένδειξη), η σοβαρή μακροσωμία [1]. Άλλες ενδείξεις θεωρούνται ο προδρομικός επιπωματικός πλακούντας, η αποκόλληση του πλακούντα, ιδιαίτερα όταν υπάρχει μεγάλη αιμορραγία, η κεφαλοπυελική δυσαναλογία, η ανεπιτυχής προσπάθεια εκτέλεσης εμβρυουλκίας, η πρόπτωση ομφαλίδας, η παράταση της κύησης μετά από ανεπιτυχείς προσπάθειες πρόκλησης τοκετού, πρωτοτόκος γυναίκα μεγαλύτερη των 35 ετών, με προβλήματα αναπαραγωγής και σύλληψη μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή [1],[12].

Εκτός όμως από τις παραπάνω κλινικές ενδείξεις, στους λόγους που μία έγκυος ζητά να γεννήσει με καισαρική τομή είναι η τοκοφοβία, ο φόβος για τον κοιλιακό τοκετό. Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η μέλλουσα μητέρα να εκφράζει την επιθυμία για διενέργεια καισαρικής τομής, χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη ιατρική ένδειξη που να την επιβάλλει. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να ακολουθήσει διεξοδική συζήτηση ανάμεσα στην γυναίκα και τον επαγγελματία υγείας, προκειμένου να αναλυθούν οι σχετικοί κίνδυνοι και τα οφέλη της συγκεκριμένης επιλογής σε σχέση με τον κοιλιακό τοκετό, τόσο στην παρούσα κύηση όσο και σε πιθανές μελλοντικές κυήσεις [1]. Εάν μετά από επαρκή ενημέρωση ο κοιλιακός τοκετός δεν αποτελεί για την έγκυο μια αποδεκτή επιλογή, εμμένοντας στην πρόθεσή της για προγραμματισμένη καισαρική τομή, τότε η δυνατότητα αυτή θα πρέπει να της προσφερθεί με τον απαιτούμενο σεβασμό.

Πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι αν και στις μέρες μας, ο τοκετός με καισαρική τομή είναι γενικά μια ασφαλής διαδικασία και οι περισσότερες γυναίκες αναρρώνουν ταχέως, μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές. Σε δύσκολες περιπτώσεις με πολλαπλές συμφύσεις είναι δυνατόν να υπάρξει κάκωση σε γειτονικά όργανα, όπως η ουροδόχος κύστη, ο ουρητήρας και το έντερο. Επιπλέον, παρά την προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών ή αντιπηκτικών, μπορεί να υπάρξουν λοιμώξεις και σχηματισμός θρόμβων στο αίμα (θρόμβωση) ή ακόμη και εμβολή. Δεδομένου ότι είναι αναγκαίο κατά τη διάρκεια της

επέμβασης να είναι κενή η ουροδόχος κύστη, η χρήση ουροκαθετήρα μπορεί να οδηγήσει σε λοίμωξη του ουροποιητικού. Επιπροσθέτως, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας. Ακόμα και υπό φυσιολογικές συνθήκες στην καισαρική τομή χάνεται διπλάσια ποσότητα αίματος (περίπου 1 λίτρο), σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό. Οι χειρουργικές τομές που γίνονται σε μια επέμβαση καισαρικής ενέχουν κίνδυνο μεγαλύτερης αιμορραγίας επί πλημμελούς αιμόστασης, ειδικά εάν δεν τύχουν της απαιτούμενης προσοχής [13]. Υπολογίζεται ότι σε ποσοστό που κυμαίνεται έως 6% χρειάστηκε μετάγγιση αίματος σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή, σπάνια δε, μπορεί να χρειαστεί να γίνει μαιευτική υστερεκτομή για τον έλεγχο της αιμορραγίας και την διάσωση της λεχωίδας. Στις επιπλοκές της καισαρικής τομής περιλαμβάνονται και οι επιπλοκές της αναισθησίας. Η καισαρική τομή, όπως και κάθε άλλη λαπαροτομία, χρειάζεται αναισθησία, οπότε θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη χορήγηση των φαρμάκων αναισθησίας για πιθανή αλλεργική ή άλλου είδους αντίδραση ή παρενέργεια. Η επισκληρίδιος αναισθησία που συνήθως προτιμάται ενέχει επίσης τον κίνδυνο των παραπάνω επιπλοκών [14].

Μετά από καισαρική τομή το σώμα της γυναίκας ανακτά τις δυνάμεις του με βραδύτερους ρυθμούς και αυτό συχνά μεταφράζεται σε παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο, συνήθως 3-5 ημέρες αν δεν υπάρξουν επιπλοκές. Μετεωρισμός και κωλικοί του εντέρου αποτελούν προσωρινά προβλήματα, τυπικά για ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Ένα ποσοστό 7% των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή αναφέρουν πόνο στην τομή μετά από 6 μήνες. Μερικές φορές προκύπτει καθυστερημένη επούλωση του τραύματος και σχηματισμός χηλοειδούς, που σίγουρα ενοχλεί τη μητέρα. Στην καισαρική τομή η γυναίκα δεν παίζει ενεργό ρόλο στην γέννηση του μωρού της, σε αντίθεση με τον φυσιολογικό τοκετό και αυτό ίσως μειώνει την αυτοπεποίθησή της. Επίσης οι γυναίκες μετά από καισαρική τομή έχουν μικρότερη πιθανότητα να θηλάσουν, σημαντικό μειονέκτημα, δεδομένης της αδιαμφισβήτητης αξίας του μητρικού θηλασμού για το έμβryo αλλά και για τη μητέρα [15]. Σε επόμενες κυήσεις η καισαρική τομή δεν είναι μονόδρομος, αλλά εάν επιχειρηθεί κολπικός τοκετός υπάρχει μικρός κίνδυνος ρήξης της ουλής της μήτρας και αυτό καθιστά την επανάληψη της καισαρικής τομής το συχνότερο σενάριο για τους μελλοντικούς τοκετούς. Παράλληλα αυξάνεται ο κίνδυνος παθολογικής πρόσφυσης του πλακούντα (προδρομικός, διεισδυτικός) που αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών στη διάρκεια της κύησης και του τοκετού. Έτσι και η μητρική θνησιμότητα καταγράφεται υψηλότερη στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε

καισαρική τομή σε σχέση με εκείνες που γέννησαν κολπικά. Καθώς αυξάνει ο αριθμός των καισαρικών τομών αυξάνει ανάλογα η μητρική νοσηρότητα και η θνησιμότητα [16],[17]. Από μια άλλη οπτική, με οικονομικούς όρους, η καισαρική τομή παρουσιάζει αυξημένο κόστος με αντίστοιχη επιβάρυνση του οικογενειακού και του κρατικού προϋπολογισμού. Από την πλευρά του εμβρύου, τα παιδιά που γεννιούνται με καισαρική τομή παρουσιάζουν συχνότερα αναπνευστικά προβλήματα και μπορεί να χρειασθεί παραμονή σε θερμοκοιτίδα μέχρι να εγκατασταθεί ικανοποιητική αναπνοή [18]. Ο τρόπος γέννησης μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του ανοσοποιητικού συστήματος του βρέφους και υπάρχουν δεδομένα που συσχετίζουν την καισαρική τομή με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ανοσολογικών νοσημάτων, όπως το άσθμα, οι αλλεργίες, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου I και η δυσανεξία στην γλουτένη [19].

Δεν πρέπει ωστόσο να δαιμονοποιήσουμε την καισαρική τομή. Στον αντίλογο πρέπει να αναφέρουμε ότι η προγραμματισμένη καισαρική τομή είναι μια ασφαλής μέθοδος τοκετού για το παιδί και ο κίνδυνος τραυματισμού του είναι μικρότερος από ότι στον κολπικό τοκετό. Τα κύρια πλεονεκτήματα της καισαρικής τομής για το νεογνό είναι η μείωση του κινδύνου για νεογνική ασφυξία-ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια, ενδοκρανιακή αιμορραγία, κάκωση βραχιονίου πλέγματος ή προσωπικού νεύρου. Η καισαρική τομή, γενικά, είναι πιο σύντομη από τον φυσιολογικό τοκετό, ενώ όταν είναι προγραμματισμένη, προκαλεί λιγότερο άγχος. Παράλληλα, όταν γίνεται με επισκληρίδιο αναλγησία, η μητέρα βλέπει και κρατάει το μωρό της αμέσως μετά την γέννηση, όπως στον φυσιολογικό τοκετό, ενώ δεν προκαλεί δυσλειτουργία στο περίνεο που θα μπορούσε να επηρεάσει τη ζωή της γυναίκας στο μέλλον (σεξουαλική δυσλειτουργία, ακράτεια ούρων, πρόπτωση μήτρας).

1.2 Περί καισαρικής τομής και φυσιολογικού τοκετού: στάσεις και αντιλήψεις

1.2.1 Η προτίμηση της καισαρικής τομής

Οι γυναίκες θεωρούν εξαιρετικά σημαντικό γεγονός τη διαδικασία του τοκετού, τόσο για την άμεση όσο και για τη μετέπειτα πορεία της υγείας των ίδιων και των βρεφών τους. Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο έχει παρατηρηθεί

αύξηση της προτίμησης των γυναικών για πραγματοποίηση καισαρικής τομής έναντι του φυσιολογικού τοκετού. Πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, η οποία συμπεριέλαβε 52 μελέτες από 28 διαφορετικές χώρες, εξέτασε τους παράγοντες που σχετίζονται με την προτίμηση των γυναικών για την καισαρική τομή. Η μελέτη αναφέρει ότι οι γυναίκες προτιμούν την καισαρική τομή εξαιτίας του έντονου φόβου απέναντι στο πόνο του κοιλιακού τοκετού. Επιπλέον, θεωρούν την καισαρική τομή ασφαλέστερη επιλογή, καθώς στις μέρες μας έχει ανέβει η μέση ηλικία που οι γυναίκες αποφασίζουν να γίνουν μητέρες, και έτσι ενδεχομένως θεωρούν πως θα αντιμετωπίσουν λιγότερες επιπλοκές κατά τη διαδικασία της γέννησης του παιδιού τους. Ένας ακόμη λόγος που οδηγεί τις γυναίκες να επιλέξουν την καισαρική τομή είναι η ανεπαρκής στελέχωση του δημόσιου τομέα με ελλείψεις σε προσωπικό, γεγονός που τους προκαλεί έντονη ανασφάλεια σχετικά με την παροχή ή μη ολοκληρωμένης φροντίδας. Σε γενικές γραμμές, αρκετές γυναίκες πιστεύουν ότι η διαδικασία του τοκετού θα είναι ευκολότερη μέσω της καισαρικής τομής, καθώς μπορούν να επιλέξουν την ημερομηνία διεξαγωγής της, και να έχουν καλύτερο έλεγχο της κατάστασης, αποφεύγοντας πιθανούς κινδύνους τόσο για το έμβρυο όσο και για τις ίδιες [20]. Παρόλα αυτά, ένας μεγάλος αριθμός εγκύων γυναικών, εμφανίζεται αναποφάσιστος, σχετικά με επιλογές που αφορούν στον τοκετό. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει την ανάγκη για παροχή περισσότερων και πιο εξατομικευμένων πληροφοριών, αναφορικά με τα οφέλη αλλά και τα μειονεκτήματα των δύο μεθόδων, ώστε οι γυναίκες να είναι σε θέση να επιλέξουν τι είναι αυτό που τις αντιπροσωπεύει καλύτερα με βάση τεκμηριωμένα δεδομένα αλλά και τα δικά τους προσωπικά κριτήρια.

1.2.2 Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Οι στάσεις και οι πεποιθήσεις που σχετίζονται με τις επιλογές τοκετού, έχουν μελετηθεί αρκετά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, προτείνοντας στρατηγικές για την εξάλειψη των προκαταλήψεων και την ευαισθητοποίηση των εγκύων σχετικά με τα οφέλη του φυσιολογικού τοκετού καθώς και παρεμβάσεις, που προάγουν την εμπιστοσύνη των γυναικών στην ικανότητά τους να γεννούν φυσικά και που θα μείωναν δυνητικά τα ποσοστά των καισαρικών τομών [21-29]. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα προτείνουν την έναρξη των παρεμβάσεων, πριν από την τεκνοποίηση, θεωρώντας πως οι στάσεις σχετικά με την γέννηση διαμορφώνονται πριν από την εγκυμοσύνη και επηρεάζονται από τροποποιήσιμους παράγοντες, όπως ο φόβος, και η έλλειψη γνώσης σχετικά με τις επιλογές τοκετού [30-33]. Οι μελέτες που διερευνούν αντιλήψεις νέων, που δεν

βρίσκονται σε διαδικασία τεκνοποίησης, σε θέματα τοκετού και αναπαραγωγικής υγείας είναι περιορισμένες. Έρευνα που ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του '90 στις Ηνωμένες Πολιτείες από τους Lampman και Phelps, είχε σα σκοπό να διερευνήσει τις στάσεις και τις πεποιθήσεις φοιτητών σχετικά με την καισαρική τομή. Η μελέτη περιέλαβε 102 φοιτητές (άντρες και γυναίκες) οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που διερευνούσε τις απόψεις τους σε σχέση με την καισαρική τομή, ως εμπειρία και ως ιατρικά επιβεβλημένη διαδικασία, και ρωτούσε για τις πεποιθήσεις τους σχετικά με τον κίνδυνο και τις επιπλοκές του τοκετού με καισαρική τομή. Ο αριθμός των «αναποφάσιστων» απαντήσεων στη μελέτη ήταν εντυπωσιακός. Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες και οι άνδρες ανταποκρίθηκαν παρόμοια, αν και οι γυναίκες ήταν πολύ πιο πιθανό από τους άνδρες να δηλώσουν ότι θα απογοητεύονταν βαθιά αν έπρεπε να γεννήσουν με καισαρική τομή. Παρά το γεγονός ότι μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων, συμφώνησε ότι γίνονται πολλές περιττές γεννήσεις με καισαρική τομή και δεν θεωρούσαν τη διαδικασία ως φυσιολογικό τρόπο τοκετού, οι περισσότεροι ερωτηθέντες (πάνω από 70%) διαφώνησαν ότι ο τοκετός με καισαρική τομή θα είναι μια αρνητική εμπειρία ή θα έκανε μια γυναίκα να αισθάνεται αποτυχημένη. Οι ερευνητές τόνισαν την ανάγκη ενημέρωσης σε θέματα τοκετού, και πρότειναν την συμμετοχή επαγγελματιών υγείας για την ευαισθητοποίηση των μελλοντικών γονέων [34].

Στις αρχές του 2000, έρευνα σε 65 φοιτητές σε κολέγιο της Νέας Υόρκης, από την Cleeton, διερεύνησε τις απόψεις των συμμετεχόντων στους οποίους είχε προηγηθεί προβολή εκπαιδευτικού βίντεο με θέμα τον τοκετό. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια σειρά επιπέδων, ενδιαφέροντος και γνώσης. Στις απαντήσεις τους, οι φοιτητές περιέγραψαν τον τοκετό ως ένα θαυματουργό γεγονός που όμως σχετίζεται με τον φόβο του πόνου, ενώ θεωρούσαν ότι ο τοκετός γίνεται κυρίως στο νοσοκομείο, όπου χορηγείται «ασφαλής και αποτελεσματική» παυσίπονη αγωγή. Στους συμμετέχοντες άρεσε η βιωματική διάσταση του τοκετού και εξέφρασαν την επιθυμία να μάθουν περισσότερα για τις ιατρικές και τις συναισθηματικές πτυχές της γέννησης. Η ερευνήτρια ανέφερε πως το αποτέλεσμα αυτό αμφισβητούσε την ερμηνεία των Lampman και Phelps, οι οποίοι υπέθεσαν πως η έλλειψη ενημέρωσης στους εφήβους είναι αποτέλεσμα της έλλειψης ενδιαφέροντος καθώς ο τοκετός αξιολογείται ως ένα αρκετά μελλοντικό γεγονός. Έτσι, η μελέτη υποστήριξε πως ο φόβος των φοιτητών συνδέεται με την έλλειψη γνώσης και πρότεινε τη διδασκαλία σε μαθητές λυκείου, ειδικών θεματικών με σκοπό την μείωση του άγχους, την αύξηση του μητρικού αυτοελέγχου και την προώθηση θετικών εμπειριών γέννησης [35].

Το 2009, 3.680 άνδρες και γυναίκες, φοιτητές πανεπιστημίου στον Καναδά, συμμετείχαν σε διαδικτυακή έρευνα για τις προτιμήσεις τους σε σχέση με τον τοκετό. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησε ότι θα προτιμούσαν την γέννηση με φυσιολογικό τοκετό. Η μελέτη ανέδειξε ότι για τις γυναίκες, η αυτοπεποίθηση απέναντι στην διαδικασία του κοιλιακού τοκετού ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της προτίμησης τους. Η έρευνα επεκτάθηκε μελετώντας τις προθέσεις του δείγματος απέναντι στην χρήση της τεχνολογίας στον τοκετό (2014) και έδειξε ότι οι συμμετέχοντες που φοβόντουσαν περισσότερο τον τοκετό, προτιμούσαν την επισκληρίδιο αναισθησία αλλά και τη γέννηση με καισαρική τομή. Οι ανησυχίες για τις σωματικές αλλαγές μετά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, η ευνοϊκή στάση απέναντι στη μαιευτική τεχνολογία και η έκθεση σε πληροφορίες εγκυμοσύνης και γέννησης μέσω των μέσων ενημέρωσης συνδέθηκαν επίσης σημαντικά με την προτίμηση για καισαρική τομή. Οι ερευνητές πρότειναν εκπαιδευτικές στρατηγικές που θα στοχεύουν σε άνδρες και γυναίκες, για την άμβλυνση των φόβων και την παροχή τεκμηριωμένων πληροφοριών σχετικά με τις διαφορετικές επιλογές τοκετού [36],[37]. Είναι αξιοσημείωτο ότι πρόσθετες μελέτες κατά την τελευταία δεκαετία συσχέτισαν επίσης τα οπτικά μέσα με μικτές εντυπώσεις απέναντι στη γέννηση, ενώ την ίδια στιγμή οι επαγγελματίες υγείας δεν φαίνεται να επιλέγονται ως αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης [38].

Την ίδια περίοδο, (2010) μελέτη από την Dejoy σε 459 φοιτήτριες στις Ηνωμένες Πολιτείες, διερεύνησε τις απόψεις νέων γυναικών για τον τοκετό, σε σχέση με την παρακολούθηση από μαιείς και μαιευτές. Η Dejoy αναφέρει πως οι συμμετέχοντες περιγράφουν την ιατρική προσέγγιση, ως χαρακτηριστικό στοιχείο του τοκετού, θεωρώντας ότι ο τοκετός είναι εγγενώς επικίνδυνος και απρόβλεπτος και η τεχνολογία, απολύτως απαραίτητη για τον έλεγχο των κινδύνων που περικλείει [39]. Το 2014, σε μεγάλη διαδικτυακή έρευνα, στην οποία συμμετείχαν γυναίκες και άνδρες ηλικίας 18-40 ετών, από κολέγια και πανεπιστήμια σε 8 χώρες (Αυστραλία, Καναδάς, Χιλή, Αγγλία, Γερμανία, Ισλανδία, Νέα Ζηλανδία, Ηνωμένες Πολιτείες), συλλέχθηκαν δεδομένα προκειμένου να μελετηθεί η προτίμηση για την καισαρική τομή χωρίς ιατρικές ενδείξεις, οι αιτίες, και οι ελλείψεις γνώσεων σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Εκτός από τον φόβο του τοκετού, που αναδείχτηκε καθοριστικός παράγοντας προτίμησης της καισαρικής τομής, στις νεαρές γυναίκες που προτιμούσαν το συγκεκριμένο τρόπο γέννησης, παρατηρήθηκαν αρκετά κενά γνώσης και εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τον τοκετό. Οι ερευνητές κατέληξαν πως ενώ η αυξημένη αυτοπεποίθηση συνδέθηκε με

μειωμένο φόβο και περιορισμένη προτίμηση για Κ.Τ., δεν είναι σαφές εάν οι συμμετέχοντες με αυτοπεποίθηση είχαν στην πραγματικότητα και πιο ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό [40].

Σε πιο πρόσφατη διαδικτυακή μελέτη, σε δείγμα 276 φοιτητριών, της Βορειοδυτικής Αγγλίας, διερευνήθηκαν οι παράγοντες που σχετίζονται με τις αρνητικές εντυπώσεις γύρω από τον τοκετό καθώς και εάν διαφορετικές πηγές ενημέρωσης συνδέονται με τον φόβο του τοκετού. Οι συμμετέχοντες με αρνητικές εντυπώσεις για τον τοκετό είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου για τον τοκετό. Οι αρνητικές ιστορίες γέννησης από φίλους και μέλη της οικογένειας καθώς και οι συγκεχυμένες αντιλήψεις για τις αναπαραστάσεις της γέννησης μέσω οπτικών μέσων, συσχετίστηκαν επίσης με υψηλότερα επίπεδα φόβου για τον τοκετό. Φοιτήτριες που είχαν παραστεί σε έναν φυσιολογικό τοκετό εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα φόβου [38].

Γίνεται αντιληπτό από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ότι οι στάσεις και οι αντιλήψεις σε θέματα τοκετού, έχουν μελετηθεί σε έγκυες καθώς και σε άντρες και γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Ωστόσο τα ερευνητικά δεδομένα από πληθυσμούς εφήβων είναι εξαιρετικά περιορισμένα, παρά το γεγονός ότι η βιβλιογραφία στο σύνολό της προτείνει εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε πρώιμα στάδια, πολύ πριν από την περίοδο της τεκνοποίησης.

1.2.3 Στάσεις και αντιλήψεις: από τη σκοπιά της κοινωνικής ψυχολογίας

Οι στάσεις αποτελούν τον κεντρικό άξονα της αντίληψης του ανθρώπου για τα κοινωνικά φαινόμενα. Επιδρούν στη συμπεριφορά του ατόμου, στην αλληλεπίδρασή του με τον συνάνθρωπο, την οικογένεια, το περιβάλλον εργασίας, και γενικά με όλες τις συνιστώσες του κοινωνικού πλαισίου. Η μελέτη των στάσεων του ανθρώπου αποτελεί έναν από τους κεντρικούς στόχους αλλά και τα πρώτα έργα της κοινωνικής ψυχολογίας και βασίζεται στην διερεύνηση της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την οπτική του ατόμου -πώς δηλαδή το ίδιο το άτομο βλέπει τα διάφορα κοινωνικά στοιχεία στον περίγυρό του. Οι στάσεις μαθαίνονται από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον έτσι τόσο η διαμόρφωση όσο και η αλλαγή των στάσεων εξηγούνται με βάση διάφορες θεωρίες της μάθησης. Ορισμένοι ερευνητές βασίζονται σε συμπεριφορικές εξηγήσεις, με επίκεντρο το ρόλο της ενίσχυσης, άλλοι ερμηνεύουν τα ίδια φαινόμενα με βάση τη μιμητική θεωρία της μάθησης, ενώ τέλος, άλλοι ερευνητές χρησιμοποιούν έννοιες της

γνωστικής θεωρίας της μάθησης. Ανάλογα με τη θεωρία της μάθησης που χρησιμοποιείται για την εξήγηση της εκμάθησης, οι ερευνητές ενδιαφέρονται επίσης για τους κοινωνικούς φορείς που διαμορφώνουν τις στάσεις. Η σχέση μεταξύ των στάσεων και της συμπεριφοράς τέθηκε υπό διερεύνηση από τις αρχές του περασμένου αιώνα. Ο Αμερικανός ψυχολόγος Gordon Allport ήταν από τους πρώτους που τόνισε ότι μία στάση είναι στην ουσία η ετοιμότητα για δράση και έδωσε τον εξής ορισμό στην έννοια στάση: «...νοερή και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία είναι οργανωμένη με βάση εμπειρίες, ώστε να κατευθύνει και να επηρεάζει δυναμικά τις αντιδράσεις του ατόμου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες συσχετίζεται» [41].

1.2.3.1 Οι διαστάσεις των στάσεων

Η έννοια «στάση» θεωρείται από τους σύγχρονους κοινωνικούς ψυχολόγους ως τρισδιάστατη, αποτελούμενη από το γνωστικό στοιχείο, το συναισθηματικό στοιχείο και τη συμπεριφορά του ατόμου [42]. Η γνωστική διάσταση των στάσεων αναφέρεται στις γνωστικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη νοημοσύνη. Εκτός από την οργάνωση των ερεθισμάτων, η αντίληψη του ανθρώπου κατηγοριοποιεί τα ερεθίσματα σε ενιαία σύνολα. Η κατηγοριοποίηση των ερεθισμάτων σαφώς διευκολύνει την αντίληψη του περιβάλλοντος, επειδή η αντίληψη διαφορετικών ερεθισμάτων ως ενιαία, απλοποιεί τις αντιδράσεις του οργανισμού. Έτσι, το γνωστικό στοιχείο των στάσεων, αναφέρεται κυρίως στην ανθρώπινη νοερή δυνατότητα να αντιλαμβάνεται και να κατηγοριοποιεί σαν ενιαία, όμοια αντικείμενα και αφηρημένες έννοιες. Μια δεύτερη διάσταση του γνωστικού στοιχείου των στάσεων ονομάζεται από τον Rokeach κεντρικότητα [43]. Ο Sherif αναφέρεται στο ίδιο θέμα αλλά το ονομάζει εγωκεντρικότητα [44]. Με τους όρους αυτούς εννοείται ότι ορισμένες στάσεις είναι πιο κεντρικές, πιο ουσιαστικές, πιο βαθιά ριζωμένες στο εγώ του ανθρώπου. Το συναισθηματικό στοιχείο αποτελεί τη δεύτερη διάσταση των στάσεων. Η κάθε στάση ενδέχεται να διεγείρει θετικά, ουδέτερα ή αρνητικά συναισθήματα στο άτομο. Η συναισθηματική αντίδραση περιλαμβάνει, τόσο την υποκειμενική περιγραφή της συναισθηματικής κατάστασης από το ίδιο το άτομο, όσο και την αντικειμενική μέτρηση των αντιδράσεων του αυτόνομου νευρικού συστήματος, π.χ. της ταχυκαρδίας, του άγχους κλπ. Η συναισθηματική διάσταση των στάσεων είναι επίσης αποτέλεσμα της μάθησης καθώς έχει συνδεθεί με τη στάση κάτω από συνθήκες ενίσχυσης, ή κάτω από την επίδραση κάποιας κοινωνικής παραμέτρου. Η τρίτη και τελευταία διάσταση των στάσεων αφορά τη συμπεριφορά. Όταν

κάποιος δηλώνει μία στάση, είτε τη δηλώνει προφορικά, είτε συμπληρώνει κάποιο ερωτηματολόγιο, περιμένει κανείς να συμπεριφερθεί ανάλογα με τη δηλωμένη του στάση.

Ένα από τα πρώτα ζητήματα που ανέδειξε η μελέτη των στάσεων, είχε σχέση με την ασυνέπεια που παρατηρούνταν μεταξύ στάσεων και συμπεριφοράς. Στο επίκεντρο των ερευνών βρέθηκε το πώς θα μπορούσαμε να προβλέψουμε, εάν κάποιος θα εκφράσει τη στάση του με την αντίστοιχη συμπεριφορά και από ποιους παράγοντες αυτό εξαρτάται. Το συγκεκριμένο ζήτημα επισημάνθηκε για πρώτη φορά σε ένα πείραμα σε φυσικό περιβάλλον το 1935. Ο La Piere, συνοδευόμενος από ένα νεαρό ζευγάρι Κινέζων, ταξίδεψε σε διάφορες πόλεις των Η.Π.Α σε μια εποχή που οι Αμερικανοί ήταν προκατειλημμένοι απέναντι στους Κινέζους. Οι ταξιδιώτες διανυκτέρευσαν σε ξενοδοχεία, έφαγαν σε εστιατόρια, και ήταν παντού καλοδεχούμενοι. Μετά το τέλος του ταξιδιού ο La Piere έστειλε γράμματα σε κάθε ένα από τα ξενοδοχεία και εστιατόρια που επισκέφθηκαν, ρωτώντας, εάν δέχονται Κινέζους. Από τα ξενοδοχεία και τα εστιατόρια που απάντησαν, το 92% δήλωσαν ότι δεν δέχονται Κινέζους, παρατηρήθηκε δηλαδή μία ασυνέπεια μεταξύ δηλωμένης στάσης και πραγματικής συμπεριφοράς. Το 1969, ανασκόπηση 50 σχετικών μελετών, καταλήγει στο συμπέρασμα: «ενδεχόμενο είναι η συσχέτιση μεταξύ στάσεων και συμπεριφοράς να είναι μηδέν ή ελάχιστη, παρά μεγάλη». Ο Wicker κατέληξε ότι είναι ενδεχόμενο να μεσολαβούν μεταξύ στάσεων και συμπεριφοράς, τα χαρακτηριστικά του ατόμου αλλά και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες βρίσκεται. Έτσι για την πρόβλεψη της πραγματικής συμπεριφοράς του ατόμου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και άλλες στάσεις του, πιθανά αντικρουόμενα κίνητρα του ατόμου, οι γλωσσικές και νοητικές του ικανότητες, η παρουσία συγκεκριμένων ατόμων που συμμερίζονται τις απόψεις του ή διαφωνούν με αυτές, οι κανόνες συμπεριφοράς της κοινωνίας, οι ενδεχόμενες αρνητικές ή θετικές συνέπειες της συμπεριφοράς κ.α. [45].

1.2.4 Κοινωνικό-γνωστικά μοντέλα τροποποίησης της συμπεριφοράς

Ερμηνείες σε μια συμπεριφορά μπορούν να δοθούν μέσα από τις θεωρίες. Με τον όρο θεωρία εννοείται ένα σύνολο συνεκτικών μη αντικρουόμενων δηλώσεων, απόψεων ή ιδεών, που οργανώνει, προβλέπει και εξηγεί φαινόμενα, γεγονότα ή συμπεριφορές [46].

Η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης της ψυχολογίας της υγείας. Έτσι αναπτύχθηκαν διάφορα κοινωνικό-γνωστικά θεωρητικά μοντέλα τα οποία συγκλίνουν στην κοινή παραδοχή του

ενεργού ρόλου του ατόμου, υποστηρίζοντας πως τα άτομα είναι ικανά να αυτο-ελέγχονται, να θέτουν στόχους και να υιοθετούν συμπεριφορές μέσα από γνωστικές διαδικασίες πρόβλεψης, σχεδιασμού και λήψης αποφάσεων.

1.2.4.1 Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία

Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία (HBM - Health Belief Model) του I. Rosenstock είναι ένα θεωρητικό μοντέλο που επιχειρεί να εξηγήσει τις συνθήκες κάτω από τις οποίες ένα άτομο υιοθετεί υγιείς συμπεριφορές. Το μοντέλο αυτό διατυπώθηκε τη δεκαετία του '50 από τους ερευνητές Rosenstock, Hochbaum και Kegels [47], οι οποίοι εργάζονταν στο Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ, ως απάντηση στην ευρεία αποτυχία, από άποψη συμμετοχής πολιτών, των προγραμμάτων πρόληψης και διάγνωσης ασθενειών και ιδιαίτερας της φυματίωσης [48],[49]. Το 1974 το μοντέλο επεκτάθηκε στη μελέτη της αντίδρασης των ατόμων στα συμπτώματα μιας ασθένειας αλλά και στις συμπεριφορές τους απέναντι σε διαγνωσμένες ασθένειες, εστιάζοντας στην τήρηση της θεραπευτικής αγωγής. Ακριβώς μια δεκαετία αργότερα, δυο άλλοι ερευνητές, οι Janz και Becker, αναφέρουν ότι στο σύνολό τους οι έρευνες δείχνουν ότι το μοντέλο προβλέπει πράγματι τις ατομικές συμπεριφορές υγείας [50]. Τη σύνθεση του μοντέλου απαρτίζουν μεταβλητές οι οποίες στοχεύουν στη μέτρηση της ψυχολογικής ετοιμότητας ενός ατόμου και της πρόθεσής του για δράση. Οι μεταβλητές αυτές ουσιαστικά προβλέπουν για ποιο λόγο τα άτομα θα κινηθούν με σκοπό την πρόληψη ή τον έλεγχο μιας ασθένειας ή την αποφυγή κάποιας κατάστασης. Αυτές οι μεταβλητές είναι η αντιλαμβανόμενη ευπάθεια, η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα, τα αντιλαμβανόμενα οφέλη, τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια, η παρακίνηση για δράση και οι τροποποιητικές μεταβλητές.

Η αντιλαμβανόμενη ευπάθεια είναι η πεποίθηση του ατόμου ότι είναι ευάλωτο σε προβλήματα ή συνθήκες υγείας. Το άτομο γνωρίζει ότι δεν είναι άτρωτο και μπορεί να έρθει αντιμέτωπο με ασθένειες ή άλλες αρνητικές καταστάσεις στον τομέα της υγείας, εάν συνεχίσει ένα επισφαλή τρόπο ζωής, παρόλο που στη παρούσα φάση είναι ελεύθερο συμπτωμάτων. Η αντιλαμβανόμενη ευπάθεια αποτελεί ισχυρό κίνητρο για το άτομο να υιοθετήσει μια υγιή συμπεριφορά. Η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα είναι η πεποίθηση του ατόμου ότι η ασθένεια του ή η συνθήκη που βιώνει είναι σοβαρή και ότι οι πιθανές συνέπειες έχουν σοβαρές διαστάσεις. Η αντιλαμβανόμενη ευπάθεια και η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα συνιστούν την αντιλαμβανόμενη απειλή. Τα αντιλαμβανόμενα οφέλη είναι η πεποίθηση του ατόμου ότι η προτεινόμενη συμπεριφορά

θα συμβάλει στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης μιας ασθένειας ή μιας δυσάρεστης κατάστασης. Το άτομο υιοθετεί την προτεινόμενη συμπεριφορά μόνο εάν πιστεύει ότι θα δεχτεί ευεργετικά οφέλη τα οποία υπερνικούν την αντιλαμβανόμενη απειλή. Τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια είναι η πεποίθηση του ατόμου ότι κάποιος παράγοντας αποτελούν τις αιτίες που τον εμποδίζουν να υιοθετήσει τη σωστή για την υγεία του συμπεριφορά. Συχνά πρόκειται για ρεαλιστικές συνθήκες που αποτελούν τροχοπέδη ή ψυχοφθόρες διαδικασίες που το άτομο καλείται να αντιπαρέλθει. Πρόκειται για σημαντική μεταβλητή στον καθορισμό της αλλαγής συμπεριφοράς καθώς το άτομο πρέπει να έχει την πεποίθηση ότι τα οφέλη από την υιοθέτηση της νέας συμπεριφοράς υπερνικούν τα εμπόδια και ξεπερνούν σε σπουδαιότητα τις συνέπειες της παλιάς συμπεριφοράς.

Η παρακίνηση για δράση συνίσταται στα γεγονότα, στους ανθρώπους και στις καταστάσεις που παρακινούν το άτομο να αλλάξει τρόπο ζωής. Μερικές φορές οι υποκινητές για δράση, τα κίνητρα, μπορεί να πηγάζουν εσωτερικά. Οι τροποποιητικές μεταβλητές είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τις προσωπικές πεποιθήσεις και συντελούν στη δόμηση της αντίληψης: ηλικία, φύλο, εθνικότητα, προσωπικότητα, επίπεδο εκπαίδευσης, κουλτούρα, προηγούμενες εμπειρίες, ικανότητες, γνώσεις, κοινωνική τάξη, κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο. Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία εφαρμόζεται σε τουλάχιστον τρεις περιπτώσεις: σε συμπεριφορές πρόληψης για την υγεία που περιλαμβάνουν συμπεριφορές προαγωγής της υγείας, όπως η άσκηση και η σωστή διατροφή, και αποφυγή συμπεριφορών που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία, όπως το κάπνισμα ή η μη χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή, σε συμπεριφορές ασθενών, συμπεριφορές δηλαδή συμμόρφωσης ή όχι στη συνιστώμενη θεραπευτική αγωγή, και τέλος, στην κλινική πρακτική, η οποία περιλαμβάνει τις επισκέψεις στο γιατρό [51]. Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία αποτέλεσε επί σειρά ετών το πιο συχνά εφαρμοζόμενο μοντέλο σε μελέτες και προγράμματα στον τομέα της προαγωγής της υγείας [52].

1.2.4.2 Η θεωρία της έλλογης δράσης

Η θεωρία της έλλογης δράσης (Theory of reasoned action ,TRA), η οποία διατυπώθηκε από τους Ajzen και Fishbein το 1977, στηρίχτηκε στην Αρχή της Συμβατότητας, σύμφωνα με την οποία οι στάσεις και η συμπεριφορά περιέχουν τέσσερα στοιχεία: (α) τη δράση, (β) το στόχο (γ) το πλαίσιο και (δ) το χρόνο. Έτσι η συμπεριφορά του ατόμου,

αποτελεί μία δράση για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου, υπό ένα συγκεκριμένο πλαίσιο και σε μία δεδομένη χρονική στιγμή. Σύμφωνα με την αρχή αυτή η συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις και τη συμπεριφορά θα είναι μεγαλύτερη, όταν και τα δύο στοιχεία προσδιορίζονται στο επίπεδο γενικότητας σε σχέση με το καθένα από τα τέσσερα στοιχεία και ερευνά τις συνθήκες κάτω από τις οποίες οι στάσεις μπορούν να συσχετιστούν περισσότερο με μία συμπεριφορά [53],[54]. Σύμφωνα με τη TRA, όσο ισχυρότερη είναι η πρόθεση ενός ατόμου να εμπλακεί σε μία συμπεριφορά, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να εμπλακεί σε αυτήν. Ο βασικός επομένως παράγοντας για την πραγματοποίηση μιας συμπεριφοράς είναι η πρόθεση, δηλαδή η συνειδητή απόφαση του ατόμου να αναλάβει δράση για την πραγματοποίηση της συμπεριφοράς. Η TRA προτείνει ότι η βούληση του ατόμου να υιοθετήσει μία συγκεκριμένη συμπεριφορά εξαρτάται από 2 βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες:

α) τις στάσεις προς τη συμπεριφορά, οι οποίες αποτελούν το αποτέλεσμα της αξιολόγησης της συμπεριφοράς σε σχέση με τις αναμενόμενες συνέπειες που η υιοθέτησή της θα έχει για το άτομο και,

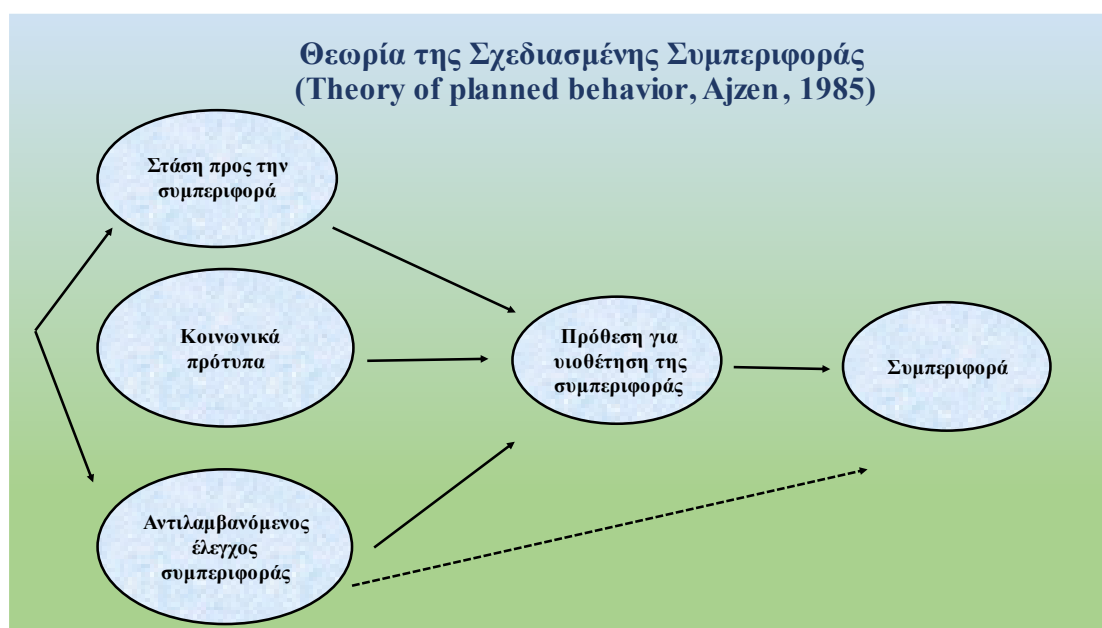
β) την υποκειμενική νόρμα, δηλαδή τις αντιλήψεις του ατόμου αναφορικά με την άποψη που έχουν οι «σημαντικοί άλλοι» για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά και το κατά πόσο επικροτείται ή αποδοκιμάζεται μια ενδεχόμενη υιοθέτησή της.

Οι «σημαντικοί άλλοι» δεν είναι μία προκαθορισμένη ομάδα ατόμων αλλά μπορεί να διαφέρουν μεταξύ διαφορετικών ομάδων ατόμων ή και μεταξύ ατόμων που ανήκουν στις ίδιες τις ομάδες. Μπορεί να είναι για παράδειγμα, φίλοι, μέλη της οικογένειας, συνάδελφοι, συνεργάτες κλπ. [55]. Η TRA συσχέτισε άμεσα τη υιοθέτηση μίας συμπεριφοράς με την πρόθεση για υιοθέτηση της και την συνέδεσε με τους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς και τους σημαντικούς άλλους. Στις αδυναμίες της θεωρίας συγκαταλέγεται το γεγονός ότι αυτή περιορίζεται σε παράγοντες που σχετίζονται με την ελεύθερη βούληση του ατόμου, ενώ αντιθέτως όσες συμπεριφορές απαιτούν άλλου είδους δεξιότητες και πόρους για να πραγματοποιηθούν δεν μπορούν να προβλεφθούν με επάρκεια από το μοντέλο της TRA [56]. Το κενό αυτό στην υποκειμενική αντίληψη για την άσκηση ελέγχου ήρθε να καλύψει η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς .

1.2.4.3 Η θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς

Η θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Planned Behavior Theory, TPB), ίσως η πιο δημοφιλής θεωρία στάσεων, είναι η εξέλιξη της θεωρίας της έλλογης δράσης στην

οποία ο εισηγητής Icek Ajzen, προσέθεσε τη μεταβλητή του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, ο οποίος αποτυπώνει την ευκολία ή δυσκολία εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς [57],[58]. Η παρουσία εμποδίων που σχετίζονται με την πραγματοποίηση της συμπεριφοράς, περιορίζουν τον έλεγχο πάνω στη βούληση πραγματοποίησής της, αντιθέτως η παρουσία υψηλής αίσθησης ελέγχου σχετικά με τη συμπεριφορά, αυξάνει τις πιθανότητες υιοθέτησής της [59]. Έτσι η υιοθέτηση μίας συμπεριφοράς εξαρτάται πέρα από την πρόθεση του ατόμου, όπως ορίζει η θεωρία της έλλογης δράσης, και από την υποκειμενική αντίληψη άσκησης ελέγχου που εννοιολογικά ταυτίζεται με την αυτο-αποτελεσματικότητα που συναντάμε σε άλλα μοντέλα συμπεριφοράς (Bandura, 1997). Κεντρική παραδοχή στην θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς είναι ότι η πρόθεση για υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς εξαρτάται από τρεις καθοριστικούς παράγοντες: τις στάσεις σχετικά με τη συμπεριφορά, οι οποίες καθορίζονται από τις αντιλήψεις, γνώσεις, προσδοκίες (θετικές και αρνητικές) απέναντι στη συμπεριφορά, τις πεποιθήσεις σχετικά με το κανονιστικό πλαίσιο, την υποκειμενική νόρμα, οι οποίες καθορίζονται από τους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς του ατόμου και την επίδραση των «σημαντικών άλλων» στην υιοθέτηση της συμπεριφοράς και από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο σχετικά με τη συμπεριφορά, ο οποίος καθορίζει την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με την ικανότητα του να προβεί τελικά στην υιοθέτηση ή όχι μίας συμπεριφοράς [Εικ. 3].



Εικόνα 3: Η θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς

Σε μια γενική θεώρηση, όσο θετικότερες είναι οι στάσεις και η αντίληψη άσκησης ελέγχου και όσο περισσότερο οι «σημαντικοί άλλοι» επιδοκιμάζουν μία συγκεκριμένη συμπεριφορά, τόσο ισχυρότερη είναι η πρόθεση ενός ατόμου να την πραγματοποιήσει και τόσο μεγαλύτερες οι πιθανότητες τελικά να υιοθετηθεί η εν λόγω συμπεριφορά, καθώς η πρόθεση θεωρείται το αμέσως προηγούμενο στάδιο της συμπεριφοράς και αποτελεί τον καλύτερο δείκτη πρόβλεψής της [58],[60]. Τέλος, εκτός από τους παράγοντες αυτούς, κατά την κατάρτιση ενός προγράμματος πρόβλεψης και επηρεασμού της συμπεριφοράς πρέπει να ληφθούν επίσης υπόψη δημογραφικοί, πολιτιστικοί και κοινωνικοί παράγοντες, στοιχεία που επίσης επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου [61]. Η TPB αποτελεί πολύ καλή μέθοδο για τη μελέτη και την πρόβλεψη της συμπεριφοράς του ατόμου, παρέχοντας πολύτιμα εργαλεία για τον επιτυχή σχεδιασμό προγραμμάτων υιοθέτησης συμπεριφορών υγείας. Μεταξύ των διαφόρων κοινωνικό-γνωστικών μοντέλων, η TPB προτιμάται για τη μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν συμπεριφορές πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Για το λόγο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως κατά τη αξιολόγηση και τον σχεδιασμό προγραμμάτων screening και εμβολιασμού.

Σκόπιμο είναι να αναφερθεί, ότι η χρήση της στην υγεία και πιο συγκεκριμένα στον σχεδιασμό προληπτικών παρεμβάσεων πρέπει να γίνεται με γνώμονα ορισμένους περιορισμούς. Πεδίο συζήτησης αποτελεί η σημασία της συνείδησης ως βασικού παράγοντα κατά τη λήψη μίας απόφασης υιοθέτησης συμπεριφοράς. Έτσι ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η συμπεριφορά επηρεάζεται περισσότερο από ασυνείδητες παρά από συνειδητές νοητικές διεργασίες, οι οποίες δεν μπορούν να μετρηθούν μέσω της TPB, όπως αυτή προτάθηκε από τον Ajzen [62]. Ο παράγοντας του χρόνου μπορεί να αποτελέσει επίσης ένα σημαντικό εμπόδιο στον συσχετισμό προθέσεων και συμπεριφοράς. Πολλές φορές είναι πιθανό κατά τη διάρκεια του χρόνου να μεταβληθεί τόσο η πρόθεση του ατόμου για την υιοθέτηση μίας συμπεριφοράς, όσο και η υποκειμενική αντίληψη ελέγχου για αυτήν, επηρεάζοντας έτσι τελικά την πραγματοποίησή της [60]. Ένας επιπλέον περιορισμός της TPB είναι ότι δεν συνυπολογίζει εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν καθοριστικά την τελική λήψη της απόφασης για την υιοθέτηση μίας συμπεριφοράς, όπως είναι γεωγραφικοί, κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες. Οι θρησκευτικές αντιλήψεις του ατόμου, οι θεσμικοί κανόνες του κράτους ή η πρόσβαση σε δομές υγείας, αποτελούν επίσης παράγοντες που επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη συμπεριφορά του ατόμου, αλλά δεν περιλαμβάνονται στην TPB [63].

Ένα ακόμη σημείο κριτικής στη TPB αφορά στο γεγονός ότι τα δεδομένα στα οποία στηρίζεται για την πρόβλεψη μίας συμπεριφοράς προέρχονται αποκλειστικά από τις δηλώσεις των ατόμων, οι οποίες μπορεί να είναι προϊόν προκατάληψης και όχι πραγματικές προθέσεις ή αντιλήψεις τους. Γεγονός είναι ότι αρκετές από τις συμπεριφορές που πραγματοποιούνται καθημερινά δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας νοητικής διεργασίας, αλλά αποτέλεσμα συνήθειας ή αυτόματης ανταπόκρισης [64]. Ένας επιπλέον περιορισμός της TPB είναι ότι εστιάζει μόνο στις προθέσεις του ατόμου, αδιαφορώντας για την τελικά πραγματοποιηθείσα συμπεριφορά, γεγονός που θέτει σε κίνδυνο τον σχεδιασμό προληπτικών παρεμβάσεων ευρείας βάσης. Η παρακολούθηση της επιλεγμένης συμπεριφοράς και η σύγκρισή της με την προβλεφθείσα συμπεριφορά, παρά το ότι είναι φαινομενικά δύσκολο, θα μπορούσε να συμβάλλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας κάθε σχεδιαζόμενου προγράμματος υγείας [65-69]. Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να συμβάλλει στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς του ατόμου, αλλά δεν περιλαμβάνεται στην αρχική μορφή της TPB και προτείνεται από αρκετούς ερευνητές, είναι η μελέτη της προηγούμενης συμπεριφοράς. Φαίνεται μάλιστα ότι η μέτρηση της προηγούμενης συμπεριφοράς βελτιώνει την προβλεψιμότητα της μελλοντικής συμπεριφοράς, ακόμα κι αν συμπεριληφθεί ως ξεχωριστός παράγοντας, χωρίς να έχει ενσωματωθεί στην TPB. Η αξία της μεταβλητής αυτής έγκειται στο γεγονός ότι όσο μία συμπεριφορά επαναλαμβάνεται υπό δεδομένες συνθήκες, τόσο μετατρέπεται σε συνήθεια και επηρεάζει την πρόθεση υιοθέτησης μίας συμπεριφοράς. [66,70]. Η πιο συχνή ωστόσο κριτική που έχει ασκηθεί στον Ajzen για την TPB έχει να κάνει με την απουσία αξιολόγησης της συναισθηματικής κατάστασης του υποκειμένου από την διαδικασία πρόβλεψης μίας συμπεριφοράς [71-74]. Άνθρωποι σε θετική συναισθηματική κατάσταση τείνουν να αξιολογούν θετικά τα διάφορα γεγονότα (όπως πχ. τις συνέπειες μιας συμπεριφοράς) και το αντίστροφο, γεγονός που επηρεάζει τόσο την πρόθεση όσο και την υιοθέτηση μίας συμπεριφοράς [75,76]. Ωστόσο οι υποστηρικτές της θεωρίας αναφέρουν ότι μπορεί να μην διατυπώνονται με σαφήνεια οι συναισθηματικές προεκτάσεις, αλλά συμπεριλαμβάνονται έμμεσα και στους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς και στην υποκειμενική αντίληψη για την άσκηση ελέγχου και ταυτόχρονα η προσθήκη της παραμέτρου των συναισθηματικών συνεπειών για το άτομο από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς δεν έδειξε να επηρεάζει την πρόθεση εκδήλωσης της συμπεριφοράς [60],[77].

Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι ο βαθμός στον οποίο κάθε ξεχωριστός παράγοντας

της TPB (στάσεις, υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς, υποκειμενική αντίληψη για την άσκηση ελέγχου) επιδρά στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς, ποικίλει στα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνών. Έτσι σε πολλές μελέτες εμφανίζεται συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις και στην πρόθεση αλλά η τελευταία δεν συσχετίζεται πάντα με τους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς και με την υποκειμενική αντίληψη για την άσκηση ελέγχου με αποτέλεσμα οι ερευνητές να αδυνατούν να καταλήξουν σε συμφωνία σχετικά με το ποιος παράγοντας είναι περισσότερο ή λιγότερο σημαντικός στην πρόβλεψη μίας συμπεριφοράς [63]. Το προβλεπτικό μοντέλο που προτείνει η θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς έχει μελετηθεί σε σχέση με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ [78],[79] τη σωματική άσκηση και τις διατροφικές συνήθειες [80],[81], την πρόθεση γυναικών για αυτοεξέταση μαστού [82], την ανακύκλωση και την οικολογική συνείδηση [83], την πρόθεση για εμβολιασμό [84], το θηλασμό [85] και πρόσφατα σε επιλογές τοκετού [86].

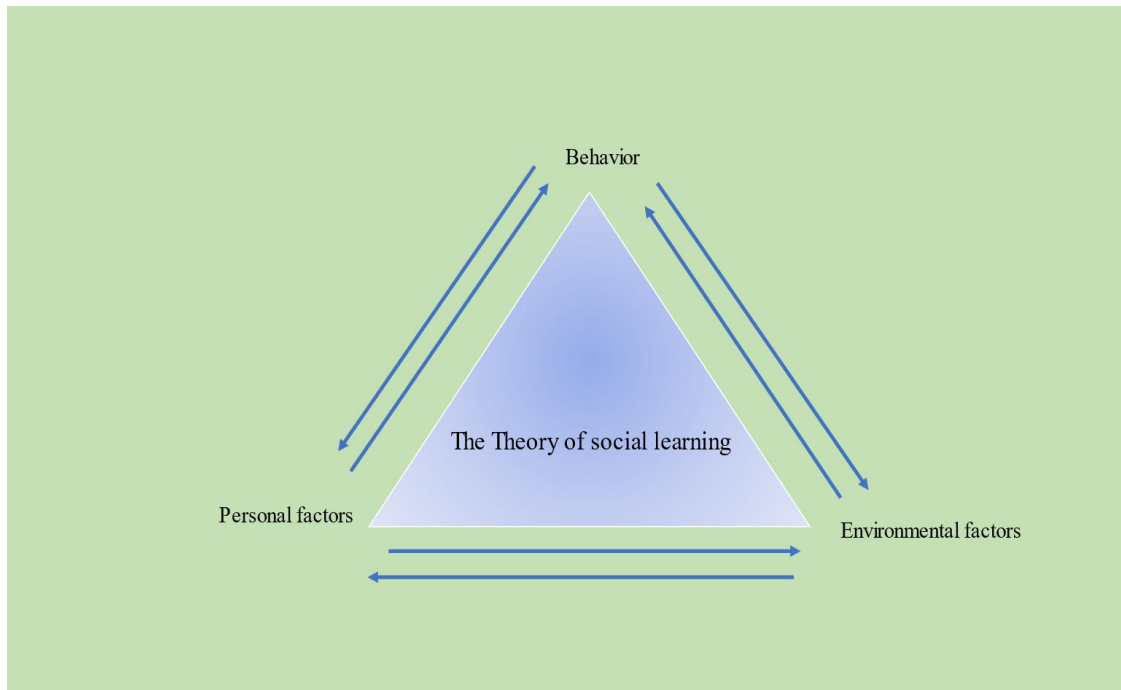
1.2.4.4 Το διαθεωρητικό μοντέλο της αλλαγής

Το μοντέλο αυτό πρεσβεύει ότι η αλλαγή συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία περιλαμβάνει διαβαθμιζόμενα στάδια. (Prochaska & Di Clemente, 1982) Προηγείται ένα στάδιο προετοιμασίας στο οποίο το άτομο προετοιμάζεται να λάβει δράση και συζητά για τις διαδικασίες που διευκολύνουν τη μετάβαση μεταξύ των σταδίων, όπως η εκτίμηση της αυτο-αποτελεσματικότητας, η αξιολόγηση πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων και η διάγνωση πειρασμών [87]. Οι θεμελιώδεις μεταβλητές του μοντέλου χωρίζονται σε τρία ιεραρχικά επίπεδα τα οποία συγκλίνουν για να έχουν ως επακόλουθο την αλλαγή στη συμπεριφορά. Το πρώτο επίπεδο περιλαμβάνει διεργασίες πριν την πρόθεση για αλλαγή, πρόθεση (σκέψη για αλλαγή), προετοιμασία (μικρές αλλαγές), δράση (ενεργή συμμετοχή σε αλλαγή συμπεριφοράς) και διατήρηση (συντήρηση αλλαγής σε βάθος χρόνου). Το δεύτερο επίπεδο περιλαμβάνει διαδικασίες αλλαγής, ισορροπίας αποφάσεων και αυτο-αποτελεσματικότητας, που είναι οι πυλώνες που οδηγούν σε αλλαγή συμπεριφοράς. Οι διαδικασίες αλλαγής (τεχνικές ψυχοθεραπείας) αποτελούν στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα καθώς κινούνται διαμέσου των σταδίων της αλλαγής στη συμπεριφορά [88] και περιλαμβάνουν βιωματικές ή γνωστικές διαδικασίες (πρόκληση συνείδησης, θεατρική ανακούφιση, επαναξιολόγηση περιβάλλοντος, επαναξιολόγηση εαυτού και κοινωνική απελευθέρωση) και συμπεριφορικές διαδικασίες (μέτρηση βελτίωσης ικανότητας, βοήθεια στις σχέσεις,

ενίσχυση οργάνωσης, αυτο-απελευθέρωση και έλεγχος διέγερσης). Η ισορροπία αποφάσεων ζυγίζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα καθεμιάς απόφασης, ενώ η αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου ότι έχει την ικανότητα να εκτελέσει με επιτυχία ένα στόχο. Τέλος, στο τρίτο επίπεδο περιγράφεται τι πρέπει να αλλάξει το άτομο έτσι ώστε να ξεπεράσει την προβληματική συμπεριφορά όταν αυτή προκύπτει [89]. Έχει εφαρμοστεί σε συμπεριφορές υγείας, όπως η άσκηση, οι διατροφικές συνήθειες, ενώ σε σχέση με το κάπνισμα αποτελεί μέχρι σήμερα, ίσως τη δημοφιλέστερη εφαρμογή (και θεραπευτικά).

1.2.4.5 Η κοινωνικό-γνωστική θεωρία της μάθησης

Μέχρι τα μισά του περασμένου αιώνα η ερμηνεία της ανθρώπινης μάθησης και συμπεριφοράς βασίστηκε στο συμπεριφορικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η μάθηση συνίσταται στην **τροποποίηση της συμπεριφοράς** έπειτα από εντατική άσκηση ή εμπειρία του ατόμου σ' αυτήν την κατάσταση, προβάλλοντας με το τρόπο αυτό, τη σημασία της επίδρασης του περιβάλλοντος ως καθοριστικού παράγοντα. Παρά το γεγονός ότι μεγάλο μέρος της ανθρώπινης συμπεριφοράς μπορεί να αιτιολογηθεί και να κατανοηθεί λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες του περιβάλλοντος, η συμπεριφορική θεώρηση είναι μάλλον μονομερής και αποτυγχάνει να ερμηνεύσει πολύπλοκότερες μορφές συμπεριφοράς. Οι Miller και Dollard υποστήριξαν ότι υπάρχουν μορφές συμπεριφοράς τις οποίες ο άνθρωπος αποκτά απλώς με παρατήρηση και μίμηση της συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων, προτείνοντας έτσι έναν εναλλακτικό τρόπο απόκτησης ικανοτήτων και γνώσεων εισάγοντας την έννοια της κοινωνικής μάθησης [90]. Το 1986 ο Bandura διατυπώνει την κοινωνικό-γνωστική θεωρία της μάθησης θέλοντας με τον όρο αυτό να δηλώσει εκτός από τους κοινωνικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του ανθρώπου και τους γνωστικούς παράγοντες, δηλαδή τις διεργασίες της σκέψης που καθορίζουν τα κίνητρα, τα συναισθήματα και τις πράξεις [91]. Σύμφωνα με τη θεωρία, το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ο άνθρωπος ζει, έχει ενεργό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικής του ανάπτυξης και ο τρόπος που κάποιος ερμηνεύει και αντιδρά απέναντι στις κοινωνικές συνθήκες ρυθμίζει και επηρεάζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις πράξεις του [Εικ. 4].



Εικόνα 4: Η κοινωνικό-γνωστική θεωρία της μάθησης

Με αυτό τον τρόπο, οι άνθρωποι επηρεάζουν και επηρεάζονται από το περιβάλλον και τα κοινωνικά συστήματα μέσα στα οποία δραστηριοποιούνται [92]. Συγκεκριμένα, η λειτουργία αυτή εμφανίζεται ως μια δυναμική αλληλεπίδραση τριών παραγόντων: των εσωτερικών παραγόντων (γνωστικοί, συναισθηματικοί και βιολογικοί παράγοντες), της έκδηλης συμπεριφοράς και των περιβαλλοντικών επιρροών. Κεντρική θέση στις εσωτερικές γνωσιακές διαδικασίες και σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς διαδραματίζουν οι προσδοκίες που οι άνθρωποι έχουν σχετικά με τον εαυτό τους (προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας) και οι προσδοκίες που έχουν σχετικά με τις καταστάσεις (προσδοκίες αποτελέσματος). Η προσδοκία αυτο-αποτελεσματικότητας αφορά στους μηχανισμούς εκτίμησης και αξιολόγησης των ικανοτήτων του ατόμου σε σχέση με μια συγκεκριμένη συνθήκη του περιβάλλοντος. Αντίθετα η προσδοκία αποτελέσματος αναφέρεται στις εκτιμήσεις που κάνει ένα άτομο για το αποτέλεσμα μιας συμπεριφοράς, δηλαδή στις συνέπειες που το άτομο προσδοκά να επιφέρει μια συμπεριφορά που επέλεξε. Οι προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας και αποτελέσματος συχνά συμφωνούν, όμως η παρουσία της μιας δε σημαίνει οπωσδήποτε και την παρουσία της άλλης. Έτσι, ένα άτομο μπορεί να έχει τη βεβαιότητα ότι η εκδήλωση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς μπορεί να αποφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα, αλλά να αμφιβάλει για την ικανότητά του να εκδηλώσει την συγκεκριμένη

συμπεριφορά [93]. Οι προσδοκίες είναι βασικοί παράγοντες διαμόρφωσης της συμπεριφοράς και είναι δυνατό να επιστρατεύσουν όλες τις γνωστικές ικανότητες του ατόμου [94-97].

Σε ότι αφορά τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, καθοριστικό ρόλο στην δόμηση του φαίνεται να διαδραματίζουν η οικογένεια, οι συνομήλικοι και το σχολείο. Στην πορεία της ζωής και ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο το οποίο διανύει κανείς οι άνθρωποι αναλαμβάνουν νέους ρόλους που απαιτούν από εκείνους την ανάπτυξη νέων ικανοτήτων. Οι συνεχείς αλλαγές στο περιβάλλον, απρόβλεπτα γεγονότα, τεχνολογικές εξελίξεις και κοινωνικές αλλαγές απαιτούν από το άτομο διαρκή επανεκτίμηση και προσαρμογή των ικανοτήτων του. Οι πληροφορίες που συλλέγει για την εκτίμηση των ικανοτήτων του και κατ' επέκταση για τη διαμόρφωση των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας προέρχονται από τέσσερις βασικές πηγές: προσωπικές εμπειρίες, εμπειρίες μέσω προτύπου, κοινωνική πειθώ, σωματική και συναισθηματική διέγερση. Οι πληροφορίες, ανεξάρτητα από ποια πηγή προέρχονται, δεν αποτελούν αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης των ικανοτήτων του ατόμου. Αποκτούν νόημα μέσω της γνωστικής τους επεξεργασίας από το ίδιο το άτομο. Επομένως, η προσωπική υποκειμενική ερμηνεία των πληροφοριών αυτών είναι εκείνη που επηρεάζει την αυτο-αποτελεσματικότητα του ατόμου [98]. Οι εμπειρίες του ατόμου στο παρελθόν μπορούν να δημιουργήσουν μία ισχυρή αίσθηση αποτελεσματικότητας για την εκτέλεση παρόμοιων έργων στο μέλλον και για αυτό θεωρείται η πιο σημαντική πηγή διαμόρφωσης των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας. Σε γενικές γραμμές οι επιτυχίες ενισχύουν τις προσδοκίες αποτελεσματικότητας, ενώ οι επαναλαμβανόμενες αποτυχίες οδηγούν στην αποδυνάμωση των προσδοκιών αποτελεσματικότητας.

Οι εμπειρίες μέσω προτύπου επίσης έχουν σημαντικό ρόλο καθώς οι άνθρωποι συχνά δομούν τις πεποιθήσεις αυτο-αποτελεσματικότητας μέσω εμπειριών που αποκτώνται από την παρακολούθηση της επίδοσης άλλων ατόμων, τα οποία λειτουργούν ως κοινωνικά πρότυπα. Από την κοινωνική σύγκριση οι άνθρωποι συγκεντρώνουν πληροφορίες απαραίτητες για την αξιολόγηση των δικών τους ικανοτήτων. Έτσι, η αίσια έκβαση των προσπαθειών προσώπων με παρόμοιες ικανότητες ενισχύει την αυτο-αποτελεσματικότητα του παρατηρητή, καθώς αντιλαμβάνεται την επίδοση του προτύπου ως κριτήριο της δικής του επίδοσης. Με την ίδια λογική, η παρατήρηση ατόμων να αποτυγχάνουν, παρά τις επίμονες προσπάθειες, μειώνει την αυτο-αποτελεσματικότητα του παρατηρητή και αποδυναμώνει τις προσπάθειές του. Κοινωνικά πρότυπα μπορούν να

αποτελέσουν άτομα που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Ανάλογα με τις ικανότητες εκείνων που επιλέχθηκαν από τα άτομα για κοινωνική σύγκριση, η αποτίμηση της προσωπικής τους αποτελεσματικότητας θα διαφέρει σημαντικά [99]. Στο σχολείο για παράδειγμα, κοινωνικά πρότυπα αποτελούν κατά κύριο λόγο οι συμμαθητές και οι δάσκαλοι, αλλά πρότυπα μπορούν να αποτελέσουν μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως οι γονείς, τα αδέρφια, τα ξαδέλφια αλλά και πρόσωπα του στενού φιλικού περιβάλλοντος που με τη συμπεριφορά τους μπορούν να δείξουν αποτελεσματικές στρατηγικές για την διαχείριση των απαιτήσεων του περιβάλλοντος και να πείσουν ότι τα προβλήματα είναι επιλύσιμα, οι απειλές αντιμετωπίσιμες, οι φόβοι ελεγχόμενοι και οι στόχοι εφικτοί.

Η κοινωνική πειθώ αποτελεί την τρίτη πηγή ενίσχυσης των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας. Η κοινωνική πειθώ αναφέρεται στη λεκτική υποστήριξη που παρέχουν τα άτομα με τα οποία συναναστρέφεται κανείς και σκοπό έχει να πείσει τους ανθρώπους ότι διαθέτουν τις ικανότητες που απαιτούνται προκειμένου να εκτελέσουν επιτυχώς ένα έργο. Οι άνθρωποι, που πείθονται λεκτικά ότι διαθέτουν τις ικανότητες που απαιτούνται προκειμένου να ανταποκριθούν σε συγκεκριμένες δραστηριότητες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε δραστηριότητες που πιθανώς θα απέφευγαν, να καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια και κατά συνέπεια να καλλιεργήσουν τις ικανότητές τους. Από την άλλη, η καλλιέργεια μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων προσωπικής ικανότητας γρήγορα διαψεύδεται από τα απογοητευτικά αποτελέσματα των προσπαθειών κάποιου, αναιρώντας κατ' αυτόν τον τρόπο τα άτομα που την καλλιεργούν, αποδυναμώνοντας ακόμη περισσότερο την αυτο-αποτελεσματικότητα του αποδέκτη. Σε σχέση με τις υπόλοιπες πηγές, η κοινωνική πειθώ έχει περιορισμένη δύναμη επιρροής, όμως μπορεί να συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας και κατ' επέκταση σε επιτυχημένες επιδόσεις, όταν κινείται εντός ρεαλιστικών ορίων. Η σημασία που θα αποδώσει κάποιος στις κοινωνικές εκτιμήσεις εξαρτάται κυρίως από την εμπιστοσύνη που έχει στο πρόσωπο που την εκφράζει. Γενικά, οι άνθρωποι έχουν την τάση να εμπιστεύονται τις γνώμες ατόμων που κατέχουν ένα ευρύ σώμα γνώσεων σε ένα συγκεκριμένο τομέα δράσης. Όσο πιο αξιόπιστη θεωρείται η πηγή της πληροφορίας, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να υπερισχύσει των προσωπικών εκτιμήσεων και να επηρεάσει τις κρίσεις αυτο-αποτελεσματικότητας. Εξάλλου, υπάρχουν τομείς δράσης για τους οποίους οι άνθρωποι διαθέτουν περιορισμένες γνώσεις και κατά συνέπεια δεν μπορούν να βασιστούν αποκλειστικά στις προσωπικές τους εκτιμήσεις. Το πλέον

σημαντικό είναι ότι η κοινωνική πειθώ λειτουργεί καλύτερα όταν δεν περιορίζεται απλά στη διατύπωση θετικών αξιολογήσεων αλλά παρουσιάζοντας τους στόχους ως επιτεύξιμους, μέσω δεξιοτήτων που μπορούν να αποκτηθούν, ενισχύοντας την πίστη του ατόμου στην ικανότητά του να αποκτήσει αυτές τις δεξιότητες, δομώντας δραστηριότητες που εξασφαλίζουν ένα υψηλό επίπεδο αρχικής επιτυχίας και παρέχοντας λεπτομερή ανατροφοδότηση της συνεχούς προόδου, αποφεύγοντας να τοποθετηθούν πρόωρα τα άτομα σε καταστάσεις με υψηλή πιθανότητα αποτυχίας.

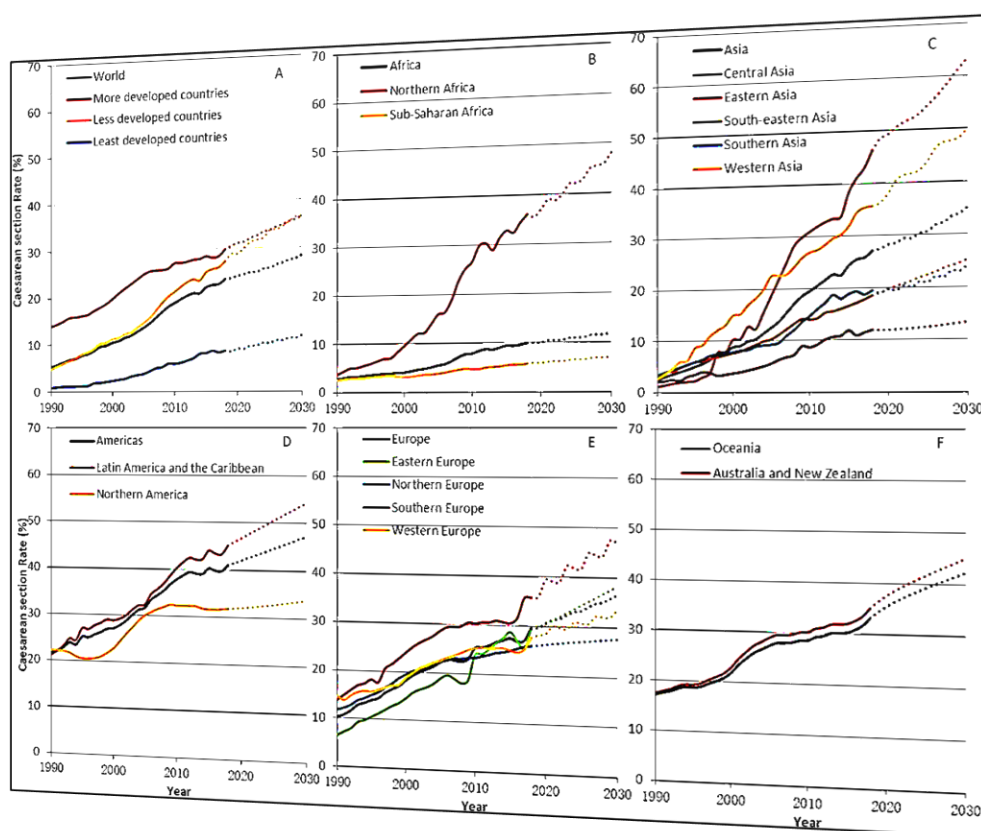
Η τελευταία πηγή πληροφόρησης για τις προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας του ατόμου είναι η σωματική και συναισθηματική του κατάσταση. Οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη σωματική τους διέγερση και τα συναισθήματα που τη συνοδεύουν ως ενδείξεις της αυτο-αποτελεσματικότητάς τους. Έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις και καταστάσεις υψηλής σωματικής διέγερσης κατά την εκτέλεση ενός έργου ερμηνεύονται από το άτομο ως ενδείξεις ευπάθειας στην αποτυχία [98]. Έρευνες έδειξαν ότι όταν το άτομο εμπλέκεται σε δραστηριότητες που απαιτούν σωματική δύναμη και αντοχή, αντιλαμβάνεται την κόυραση και τους πόνους ως ενδείξεις φυσικής αδυναμίας. Με τη μείωση των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας αυξάνεται ο φόβος της αποτυχίας, ο οποίος παράγει ακόμη περισσότερο άγχος και συμβάλει εν τέλει σε ανεπαρκείς επιδόσεις, ένας φαύλος κύκλος που επιβεβαιώνει τις αρχικές ανησυχίες του ατόμου. Φυσικά οι πληροφορίες που σχετίζονται με τις προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας, δεν προέρχονται από αυτή καθαυτή τη σωματική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, αλλά από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει τα συμπτώματα αυτά. Διαφορετικοί τρόποι ερμηνείας έχουν διαφορετικό αντίκτυπο. Έτσι, άνθρωποι υψηλής αυτο-αποτελεσματικότητας αντιλαμβάνονται μία κατάσταση διέγερσης ως ένα παράγοντα που ενεργοποιεί τις σωματικές και πνευματικές τους δυνάμεις και κατά συνέπεια συμβάλλει στην επιτυχία. Τέλος, ο τρόπος με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει τη σωματική και συναισθηματική του κατάσταση κατά την εκτέλεση ενός έργου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εμπειρίες του. Παρατηρώντας πόσο καλά αποδίδει σε διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις, τελικά διαμορφώνει μία πεποίθηση σχετικά με το πώς η συναισθηματική και σωματική του διέγερση μπορεί να επηρεάσει την προσωπική του αποτελεσματικότητα.

Τέλος, σκόπιμο θα ήταν να αναφερθεί ότι, εννοιολογικά, δεν υπάρχει διακριτή για πολλές μελέτες, διαφορά ανάμεσα στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς της θεωρίας της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, και την αυτό-αποτελεσματικότητα. Ο

αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ορίζει την ευκολία ή τη δυσκολία της συμπεριφοράς, ενώ η αυτό-αποτελεσματικότητα ορίζεται από την αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του, δηλαδή για την ευκολία ή την δυσκολία του ίδιου, στο να πραγματοποιήσει τη συμπεριφορά [100].

1.3 Σκοποί και υποθέσεις της παρούσας έρευνας.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι τα δεδομένα που αφορούν στάσεις νέων ανθρώπων, που δεν βρίσκονται σε διαδικασία τεκνοποίησης, σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή, είναι περιορισμένα. Ακόμη πιο περιορισμένες είναι οι μελέτες που έχουν συμπεριλάβει και τα δυο φύλα. Την ίδια στιγμή, η πρόβλεψη του Π.Ο.Υ. για το ποσοστό των γεννήσεων με καισαρική τομή [Εικ. 5], αναφέρει ότι με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα, μέχρι το 2030, 38 εκατομμύρια γυναίκες σε παγκόσμιο επίπεδο, ετησίως, θα γεννούν με καισαρική, ποσοστό 28,5% στο σύνολο των γεννήσεων [8].



Εικόνα 5: Η πρόβλεψη του Π.Ο.Υ. για τις καισαρικές τομές [8]

Πρώτος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει στάσεις και αντιλήψεις μαθητών Λυκείου σε θέματα που σχετίζονται με τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή μέσα από την συσχέτισή τους με τους παράγοντες της θεωρίας της σχεδιασμένης συμπεριφοράς.

Δεύτερος σκοπός της έρευνας είναι η αξιολόγηση των παραπάνω παραγόντων ως προς την προβλεπτική τους ικανότητα σε σχέση με την επιθυμητή συμπεριφορά. Στην παρούσα μελέτη ως «επιθυμητή συμπεριφορά» ορίστηκε η πρόθεση επιλογής φυσιολογικού τοκετού.

Τρίτος σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των πηγών ενημέρωσης των εφήβων σε θέματα τοκετού και αναπαραγωγικής υγείας, οι πιθανές ελλείψεις και ο συσχετισμός τους με την πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς.

Τέταρτος σκοπός της έρευνας είναι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων διδακτικής παρέμβασης με στόχο την τροποποίηση της πρόθεσης για εκδήλωση συμπεριφοράς, σε δείγμα μαθητών.

Στα πλαίσια του θεωρητικού πλαισίου και με τη γνώση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, είναι δυνατό να διατυπωθούν οι ερευνητικές υποθέσεις. Οι υποθέσεις που γίνονται βάσει των σκοπών της μελέτης, είναι:

1. Η κλίμακα η οποία αναπτύχθηκε για να διερευνήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις των μαθητών θα έχει αποδεκτά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά.
2. Η κλίμακα θα αποτελείται από πέντε παράγοντες, σε συμφωνία με την θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, οι οποίοι θα σχετίζονται μεταξύ τους.
3. Οι παράγοντες της κλίμακας θα σχετίζονται με την πρόθεση επιλογής συγκεκριμένου είδους τοκετού.
4. Αναμένουμε υψηλά ποσοστά απαντήσεων «Δεν γνωρίζω-Δεν απαντώ»
5. Αναμένουμε χαμηλά ποσοστά ενημέρωσης από εκπαιδευτικές διαδικασίες
6. Η παρέμβαση η οποία θα πραγματοποιηθεί σε δείγμα μαθητών αναμένουμε να έχει αποτελέσματα που όμως δεν θα διατηρούνται 8 μήνες μετά.

Ο έλεγχος των παραπάνω υποθέσεων θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση των εφήβων για επιλογή συγκεκριμένου είδους τοκετού, τις ελλείψεις σε θέματα ενημέρωσης και ταυτόχρονα να αναγνωρίσουμε εκείνες τις εκπαιδευτικές διαδικασίες που θα ήταν αποτελεσματικότερες, ώστε να προτείνουμε παρεμβάσεις με στόχο την διαμόρφωση θετικών στάσεων και πεποιθήσεων απέναντι στο

φυσιολογικό τοκετό και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης σε σχέση με την διαδικασία του.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Επιλογή πληθυσμού μελέτης

Για την επιλογή του δείγματος, παραχωρήθηκε από την Διεύθυνση Επαγγελματικής Εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων κατάλογος με τα Επαγγελματικά Λύκεια του νομού Αττικής. Το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Ι.Ε.Π.) ο επιστημονικός φορέας που εισηγείται στο Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων (Υ.ΠΑΙ.Θ.) για την έγκριση διεξαγωγής ερευνών σε σχολικές μονάδες, έδωσε την έγκριση διεξαγωγής της παρούσας μελέτης τον Αύγουστο του 2019 (Αρ. Πρωτ.: Φ12/124243/Δ4,01-08-2019) (Παράρτημα) θέτοντας τις παρακάτω προϋποθέσεις:

1. «Η έρευνα να γίνει με την έγγραφη συγκατάθεση των γονέων-κηδεμόνων των **ανήλικων** μαθητών/τριών (για κάθε **ανήλικο** μαθητή/-τρια χωριστά) και των ίδιων των μαθητών /τριών. Στο έντυπο γονικής συναίνεσης που θα δοθεί από τον ερευνητή να περιγράφεται η μεθοδολογία και οι σκοποί της έρευνας. Οι μαθητές/-τριες να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια **ανώνυμα** και **εθελοντικά**.» Το έντυπο σχεδιάστηκε από τη ερευνήτρια σύμφωνα με την παραπάνω υπόδειξη.(Παράρτημα)
2. Οι μαθητές/-τριες να απασχοληθούν μια (1) διδακτική ώρα στο πλαίσιο του μαθήματος Επιλογής «Αγωγή Υγείας»

Καθώς ο σχεδιασμός της μελέτης προέβλεπε την συμμετοχή εφήβων, από την επιλογή του δείγματος αποκλείστηκαν σχολεία εσπερινά, όπου ο μέσος όρος ηλικίας των μαθητών είναι μεγαλύτερος. Με βάση την εμπειρία της ερευνήτριας, η οποία υπηρετεί ως εκπαιδευτικός στα Επαγγελματικά Λύκεια της χώρας από το 2005, επελέγησαν για το δείγμα, μεγάλες από άποψη πληθυσμού σχολικές μονάδες, ώστε να εξασφαλισθεί η συμμετοχή παιδιών από όλες τις ειδικότητες, οι οποίες επιλέγονται από τους μαθητές στην Β΄ τάξη και με βάση την διαθεσιμότητα σε κάθε σχολική μονάδα (μικρές σχολικές μονάδες, λιγότερες ειδικότητες).

Για να αυξήσουμε την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος συμπεριλήφθηκαν 9 σχολεία από την περιφέρεια και το τελικό δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 30 σχολεία. (Παράρτημα). Τον Οκτώβρη του 2019 πραγματοποιήθηκε η πιλοτική δοκιμή του ερωτηματολογίου σε δείγμα 30 μαθητών του Επαγγελματικού Λυκείου του Κορυδαλλού όπου υπηρετεί η ερευνήτρια. Από τον Δεκέμβριο του 2019 ξεκινά η συλλογή των δεδομένων στις σχολικές μονάδες. Οι επισκέψεις στη σχολική μονάδα γίνονταν μετά από συνεννόηση με τον Διευθυντή και σε συνεργασία με το σύλλογο διδασκόντων, ώστε η έρευνα να μην παρεμποδίζει την ομαλή λειτουργία του σχολείου. Η πρόσκληση για συμμετοχή αφορούσε όλους τους μαθητές της Α΄ τάξης και, σε πρώτο χρόνο οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν γραπτά και προφορικά, από την ερευνήτρια για την σημασία και τους σκοπούς της έρευνας. Σε δεύτερο χρόνο, στους μαθητές που προσκόμιζαν το έντυπο συναίνεσης συμμετοχής, χορηγούνταν το ερωτηματολόγιο.

Εδώ, θα πρέπει να αναφερθεί ότι, αν και τα αποτελέσματα της πιλοτικής εφαρμογής έδειξαν πολύ καλή κατανόηση και ανταπόκριση των συμμετεχόντων, εξαιτίας της εξειδίκευσης των θεμάτων που πραγματεύεται το εργαλείο της μέτρησης, κρίθηκε αναγκαία η παρουσία της ερευνήτριας κατά την διάρκεια της συλλογής των δεδομένων, προς παροχή διευκρινήσεων. Η απώλεια, από την στιγμή της διάθεσης των εντύπων μέχρι την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έφτανε το 80 % σε κάποιες σχολικές μονάδες, γεγονός που αποδίδεται κυρίως σε αμέλεια συμπλήρωσης των εντύπων, καθώς στο συνολικό πληθυσμό μόλις ένα έντυπο επιστράφηκε με την δήλωση «Δεν επιθυμώ το παιδί μου να συμμετάσχει στην έρευνα.»

Τον Φεβρουάριο του 2020 κάνει την εμφάνισή της στην Ελλάδα η λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2 και ένα μήνα αργότερα η χώρα περνάει στην φάση του πρώτου lock-down με αποτέλεσμα την αναστολή της λειτουργίας των σχολικών μονάδων. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το δεύτερο lock-down, και την αντικατάσταση της δια ζώσης εκπαίδευσης από διαδικασίες τηλεεκπαίδευσης, λίγους μήνες αργότερα, είχε σαν αποτέλεσμα να καταστεί αδύνατη η συλλογή δεδομένων. Επιπρόσθετα, με το άνοιγμα των σχολείων, οι σύλλογοι διδασκόντων ήταν επιφυλακτικοί στην παρεμβολή εξωτερικών παραγόντων στην εκπαιδευτική κοινότητα, πιθανώς από φόβο απέναντι στην διασπορά του ιού. Για τους παραπάνω λόγους δεν ήταν δυνατή η συλλογή δεδομένων από όλα τα σχολεία που συμμετείχαν στον αρχικό σχεδιασμό της μελέτης και το τελικό δείγμα προέκυψε από 14 Λύκεια. Για τους ίδιους λόγους, οι ομάδες μαθητών στους οποίους θα αξιολογηθούν τα αποτελέσματα της διδακτικής παρέμβασης, προήλθαν από ένα

Επαγγελματικό Λύκειο αντί δύο όπως είχε αρχικά σχεδιαστεί. Η συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε τον Μάιο του 2021.

Σε ότι αφορά το μέγεθος του δείγματος σε σχέση με το σχεδιασμένο εργαλείο μέτρησης, φαίνεται ότι δεν υπάρχει μια επαρκώς τεκμηριωμένη επιστημονική απάντηση για τον βέλτιστο αριθμό των υποκειμένων. Έτσι κάποιοι ερευνητές πιστεύουν ότι 200 περιπτώσεις είναι αρκετές, όταν οι ερωτήσεις δεν είναι περισσότερες από 40 [101],[102]. Άλλοι θεωρούν ότι θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 10 άτομα για κάθε ερώτημα της κλίμακας που πρόκειται να σταθμιστεί [103]. Υπάρχει, επίσης, η άποψη ότι η αναλογία ερώτησης ανά αριθμό ατόμων πρέπει να είναι κάπου μεταξύ του 5 και 10 [104],[105],[106], καθώς και η άποψη ότι η αναλογία ατόμων προς μεταβλητές να μην είναι μικρότερη από 5 [107]. Οι Arrindel και Van der Ende (1985) πρότειναν ως επαρκές δείγμα τον 20πλάσιο αριθμό περιπτώσεων σε σχέση με τον αριθμό των παραγόντων της προτεινόμενης προς εφαρμογής κλίμακας [108]. Το μέγεθος του δείγματος στην παρούσα μελέτη ήταν ικανό για την επίτευξη των ερευνητικών σκοπών, και συμβατό με τις υποδείξεις της βιβλιογραφίας.

2.2 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο, με βάση την θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Η διαδικασία ανάπτυξης του εργαλείου μέτρησης έλαβε χώρα σε τρεις φάσεις. Ο στόχος της πρώτης φάσης ήταν να δημιουργηθούν τα στοιχεία-ερωτήσεις του εργαλείου, από δύο κύριες πηγές: α) μια εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση σε δεδομένα που εξετάζαν τη στάση απέναντι σε επιλογές τοκετού, σε πληθυσμούς ανδρών και γυναικών (εγκύων και μη εγκύων) και β) μια ομάδα έξι ειδικών, επιστημόνων από διαφορετικούς τομείς, που ανέλαβαν να αξιολογήσουν τον δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου (Content Validity Index, CVI) του ερωτηματολογίου και περιελάβανε, μια μαία, δύο καθηγήτριες Μαιευτικής, έναν υποψήφιο διδάκτορα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, έναν εκπαιδευτικό Λυκείου και ένα κλινικό ψυχολόγο με κοινωνικό-γνωστικό υπόβαθρο. Έτσι, προέκυψε μια ομάδα 19 ερωτήσεων που διερευνούν στάσεις και προθέσεις του εφηβικού πληθυσμού απέναντι στις επιλογές τοκετού. Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί, ότι η κλίμακα Childbirth Fear Prior Pregnancy (CFPP), που αξιολογεί τον φόβο προς τον τοκετό πριν από την εγκυμοσύνη ήταν βασικός οδηγός για την ανάπτυξη του εργαλείου μας [109].

Στη δεύτερη φάση αξιολογήθηκε η εγκυρότητα περιεχομένου του ερωτηματολογίου από την ομάδα των ειδικών. Η εγκυρότητα περιεχομένου αξιολογήθηκε με τον προσδιορισμό της εγκυρότητας προσώπου (Face Validity) και του δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου (CVI). Για να αξιολογήσουν εάν τα στοιχεία ήταν σχετικά, σαφή και ουσιαστικά, δόθηκε στους ειδικούς μια κλίμακα αξιολόγησης με τις ακόλουθες παραμέτρους: 1) τη συνάφεια κάθε ερώτησης προς το εργαλείο (πόσο σχετική είναι η ερώτηση) 2) τη σαφήνεια κάθε ερώτησης (πόσο σαφής είναι η διατύπωση) 3) τη βαρύτητα κάθε ερώτησης (πόσο απαραίτητη είναι η ερώτηση) και 4) συστάσεις για βελτίωση κάθε ερώτησης (αναφορά). Ζητήθηκε από τους ειδικούς να βαθμολογήσουν κάθε στοιχείο σε μια κλίμακα 4 βαθμών που κυμαίνεται από 1 έως 4 (1 = μη σχετικό, 2 = κάπως σχετικό, 3 = αρκετά σχετικό και 4 = πολύ σχετικό) ανάλογα με τον τρόπο έκφρασης, το περιεχόμενο και την προσαρμογή στον τοπικό πολιτισμό και τον ερευνητικό στόχο. Οι βαθμολογίες 1 και 2 θεωρήθηκε «άκυρο περιεχόμενο» ενώ οι αξιολογήσεις 3 και 4 θεωρήθηκαν «έγκυρο περιεχόμενο». Το CVI κάθε στοιχείου (I-CVI) υπολογίστηκε ως ο λόγος του αριθμού των «αρκετά σχετικών» και «πολύ σχετικών» απαντήσεων σύμφωνα με τη γνώμη των ειδικών, προς τον αριθμό των ειδικών. Το συνολικό CVI του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ως ο μέσος όρος των I-CVI όλων των στοιχείων. Τα στοιχεία με I-CVI χαμηλότερο από 0,78 θεωρήθηκαν υποψήφια για αναθεώρηση και τα στοιχεία με πολύ χαμηλές τιμές ήταν υποψήφια για διαγραφή. Βαθμολογία CVI μεγαλύτερη από 0,8 αξιολογήθηκε ως ικανοποιητική εγκυρότητα περιεχομένου [110],[111]. Οι ειδικοί πρότειναν αναθεώρηση σε δύο ερωτήσεις προκειμένου να ταιριάζουν με την κουλτούρα και το υπόβαθρο των νεαρών εφήβων. Η πλειονότητα των στοιχείων αξιολογήθηκε, με I-CVI πάνω από 0,78, και τα 19 στοιχεία που κρατήθηκαν ήταν τα πιο ξεκάθαρα και τα πιο συνοπτικά.

Οι στόχοι της τρίτης φάσης ήταν, αρχικά, η αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της σταθερότητας του εργαλείου (Reliability) αξιολογώντας τις τιμές των επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest), σε δείγμα 30 μαθητών και με διαφορά 14 ημερών. μέσω του συντελεστή συσχέτισης Intraclass correlation coefficient (ICC). Ακολούθησε η διερεύνηση της παραγοντικής δομής του ερωτηματολογίου και της εσωτερικής συνέπειας χρησιμοποιώντας τον συντελεστή Cronbach alpha, και η διερεύνηση της διακριτικής και κατασκευαστικής εγκυρότητας (Discriminant και Construct Validity) με την τεχνική των γνωστών ομάδων.

Στα πλαίσια της προκαταρκτικής μελέτης (pilot study) που πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβρη του 2019 σε δείγμα 30 μαθητών αξιολογήθηκε ο βαθμός κατανόησης των ερωτήσεων ώστε να διαγνωσθούν δυσχέρειες ή ασάφειες και να μεθοδευτεί καλύτερα η αντιμετώπιση τους. Το εργαλείο συλλογής των δεδομένων ολοκληρώθηκε με δύο επιπλέον ενότητες, μια ενότητα με ατομικά-δημογραφικά στοιχεία, και μια ενότητα που διερευνούσε τις πηγές ενημέρωσης των συμμετεχόντων σε θέματα τοκετού και αναπαραγωγικής υγείας. Τέλος σκόπιμο θα ήταν να αναφερθεί ότι το υλικό της διδακτικής παρέμβασης σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια και βασίστηκε στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σε σχέση με τους παράγοντες που επιδρούν περισσότερο στην διαμόρφωση της πρόθεσης για υιοθέτηση συγκεκριμένου είδους τοκετού.

2.3 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για την διερεύνηση της δομής του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων “exploratory factor analysis” (*Rotation Method: Varimax*). Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach’s- α . Οι συντελεστές intraclass correlation coefficients (ICCs) χρησιμοποιήθηκαν για να διερευνηθεί η συμφωνία των απαντήσεων. Η συμφωνία θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής είναι μέχρι 0,4, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,41 έως 0,6, υψηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,61 έως 0,80 και πολύ υψηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης είναι μεγαλύτερος από 0,8. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο παραγόντων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Για τη σύγκριση των παραγόντων που προέκυψαν μετά την ανάλυση παραγόντων μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student’s t-test, ενώ μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των

πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την πρόθεση για καισαρική τομή έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στους παράγοντες μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Δημογραφικά στοιχεία

Το δείγμα αποτέλεσαν 480 έφηβοι, 14-17 ετών, με μέση ηλικία τα 15,5 έτη (SD=0,6 έτη).

Στον Πίνακα 3.1 δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των εφήβων.

Πίνακας 3.1: Δημογραφικά στοιχεία εφήβων

		N	%
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		15,5 (0,6)	
Φύλο	Αγόρια	209	43,5
	Κορίτσια	260	54,2
	Δεν απαντώ	11	2,3
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	469	97,7
	Εξωτερικό	11	2,3
Χώρα καταγωγής	Αλβανία	35	7,3
	Αμερική	2	0,4
	Αρμενία	1	0,2
	Αφγανιστάν	1	0,2
	Αφρική	1	0,2
	Γερμανία	1	0,2
	Ελλάδα	427	89,0
	Ινδία	1	0,2
	Ισπανία	1	0,2
	Καζικιστάν	1	0,2
	Πακιστάν	1	0,2
	Ρουμανία	2	0,4
	Ρωσία	3	0,6
	Σερβία	1	0,2
	Συρία	1	0,2
	Τουρκία	1	0,2
	Χρόνια διαμονής στην Ελλάδα		15,1 (1,8)
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Γεωπονίας και περιβάλλοντος	8	1,7
	Διοίκησης και οικονομίας	42	8,8
	Δομικών έργων δομ. περιβάλλοντος	9	1,9
	Εφαρμοσμένων τεχνών	15	3,2
	Ηλεκτρολογίας ηλεκτρονικής και αυτοματισμού	19	4,0
	Μηχανολογίας	55	11,6
	Ναυτιλιακών επαγγελμάτων	16	3,4
	Πληροφορικής	46	9,7
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	265	55,8

Το 54,2% των εφήβων ήταν κορίτσια. Το 97,7% των εφήβων είχε γεννηθεί στην Ελλάδα και το 89,0% καταγόταν επίσης από την Ελλάδα. Η πλειονότητα των εφήβων είχε επιλέξει τον τομέα Υγείας Πρόνοιας & Ευεξίας για τη Β' τάξη [Εικ. 6].



Εικόνα 6: Τομέας επιλογής σπουδών

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών των εφήβων δίνεται στον **Πίνακα 3.2** που ακολουθεί. Το 55,8% των εφήβων είχαν πατέρα απόφοιτο γυμνασίου/λυκείου. Επίσης, το 52,3% των εφήβων είχαν μητέρα απόφοιτο γυμνασίου/λυκείου.

Πίνακας 3.2: Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων

		N	%
Ποια είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό	69	14,4
	Γυμνάσιο-Λύκειο	268	55,8
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	78	16,3
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	53	11,0
	Μεταπτυχιακό	8	1,7
	Διδακτορικό	4	0,8
Ποια είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	Δημοτικό	44	9,2
	Γυμνάσιο-Λύκειο	251	52,3
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	92	19,2
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	74	15,4
	Μεταπτυχιακό	14	2,9
	Διδακτορικό	5	1,0

Το ποσοστό των εφήβων που φαντάζονταν να αποκτά παιδιά στο μέλλον δίνεται στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 7].



Εικόνα 7: Ποσοστό των εφήβων που φαντάζονταν να αποκτά παιδιά στο μέλλον

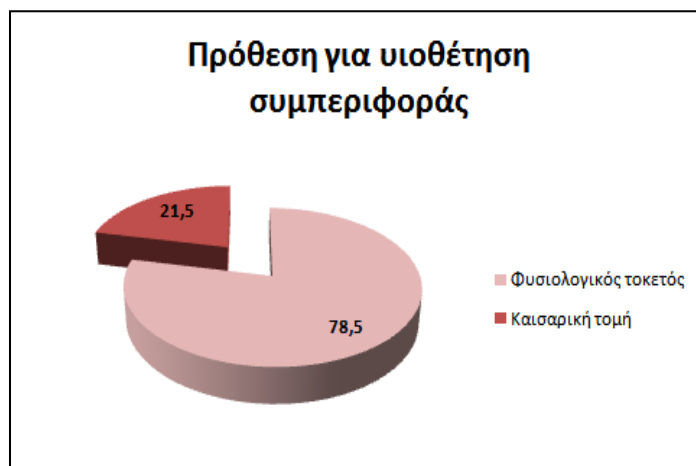
3.2 Πρόθεση επιλογής τοκετού

Η πλειονότητα των εφήβων (78,5%) επιθυμούσε να γεννήσει ή να γεννήσει η σύντροφός τους φυσιολογικά, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.3.

Πίνακας 3.3: Πρόθεση επιθυμίας για τον τοκετό

Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	N	%
Φυσιολογικός τοκετός	377	78,5
Καισαρική τομή	103	21,5

Τα παραπάνω αποτελέσματα αποτυπώνονται και στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 8].



Εικόνα 8: Πρόθεση επιθυμίας για τον τοκετό

3.3 Η ενημέρωση των εφήβων σε θέματα τοκετού αναπαραγωγικής υγείας

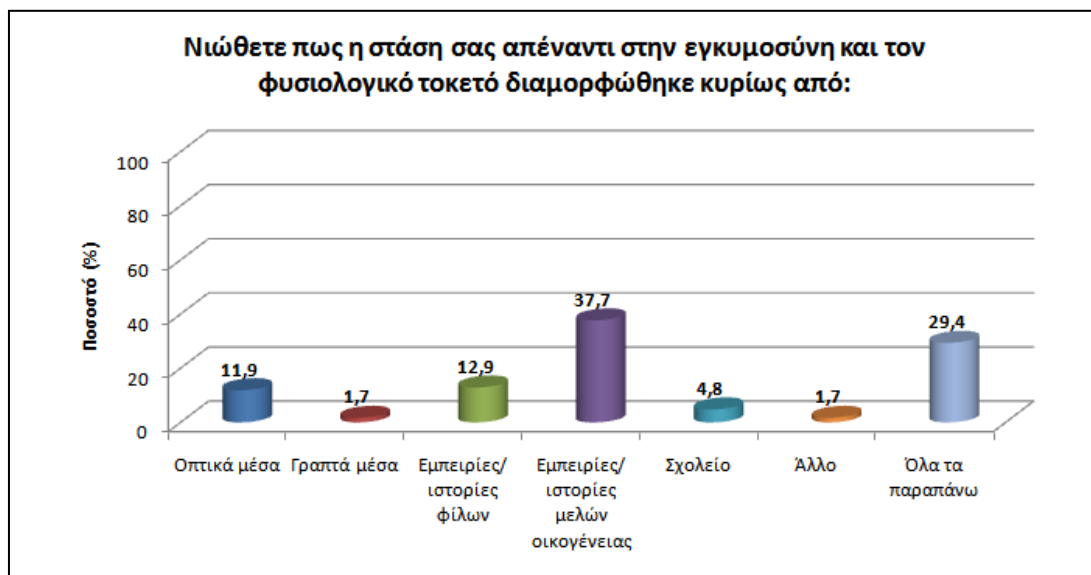
Στον Πίνακα 3.4 παρουσιάζονται στοιχεία για την ενημέρωση των εφήβων σε θέματα που αφορούν τον φυσιολογικό τοκετό και την αναπαραγωγική υγεία.

Πίνακας 3.4: Αποτύπωση ενημέρωσης εφήβων σε θέματα τοκετού και αναπαραγωγικής υγείας

		N	%
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Ναι	427	89,0
	Όχι	53	11,0
Νιώθετε πως η στάση σας απέναντι στην εγκυμοσύνη και τον φυσιολογικό τοκετό διαμορφώθηκε κυρίως από	Οπτικά μέσα	57	11,9
	Γραπτά μέσα	8	1,7
	Εμπειρίες/ ιστορίες φίλων	62	12,9
	Εμπειρίες/ ιστορίες μελών οικογένειας	181	37,7
	Σχολείο	23	4,8
	Άλλο	8	1,7
	Όλα τα παραπάνω	141	29,4
Από το μέσο από το οποίο ενημερωθήκατε για τον φυσιολογικό τοκετό, οι εντυπώσεις σας ήταν, κατά μέσο όρο:	Θετικές	182	37,9
	Αρνητικές	24	5,0
	Και τα δύο	235	49,0
	Κανένα από τα δύο	39	8,1
Παρακαλώ πείτε μας για ποια θέματα θα θέλατε να ενημερώνεστε καλύτερα	Η διαδικασία της εγκυμοσύνης	49	10,2
	Προώθηση μιας υγιούς εγκυμοσύνης (διατροφή, τρόπος ζωής)	38	7,9
	Η διαδικασία του τοκετού	41	8,5
	Διαθέσιμες υπηρεσίες υγιούς αναπαραγωγής	13	2,7
	Τι θα μπορούσε να πάει στραβά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού	57	11,9
	Πώς να συμπεριληφθούν και οι δυο σύντροφοι στην εμπειρία της γέννησης	23	4,8
	Όλα τα παραπάνω	259	54,1

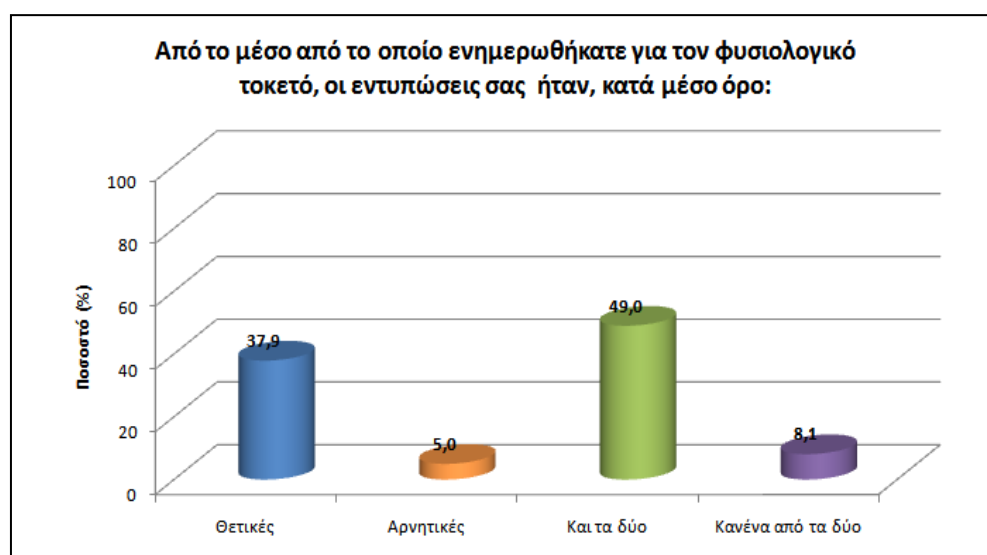
Το 89,0% των εφήβων φαντάζονταν τον εαυτό τους να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον. Το 37,7% των εφήβων θεωρούν ότι διαμόρφωσαν τη στάση τους απέναντι στην εγκυμοσύνη και τον φυσιολογικό τοκετό κυρίως από τις εμπειρίες/ιστορίες μελών της οικογένειάς τους. Το 48,8% των εφήβων είχε και θετικές και αρνητικές εντυπώσεις για τον τοκετό. Το 10,2% των εφήβων θα ήθελε παραπάνω πληροφόρηση για τη διαδικασία της εγκυμοσύνης, το 11,9% για το τι θα μπορούσε να πάει στραβά κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης και του τοκετού και το 50,8% θα επιθυμούσε να ενημερώνεται για περισσότερα από ένα θέματα. Οι πηγές ενημέρωσης που διαμόρφωσαν την στάση των εφήβων απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό δίνονται στο επόμενο γράφημα [Εικ. 9].



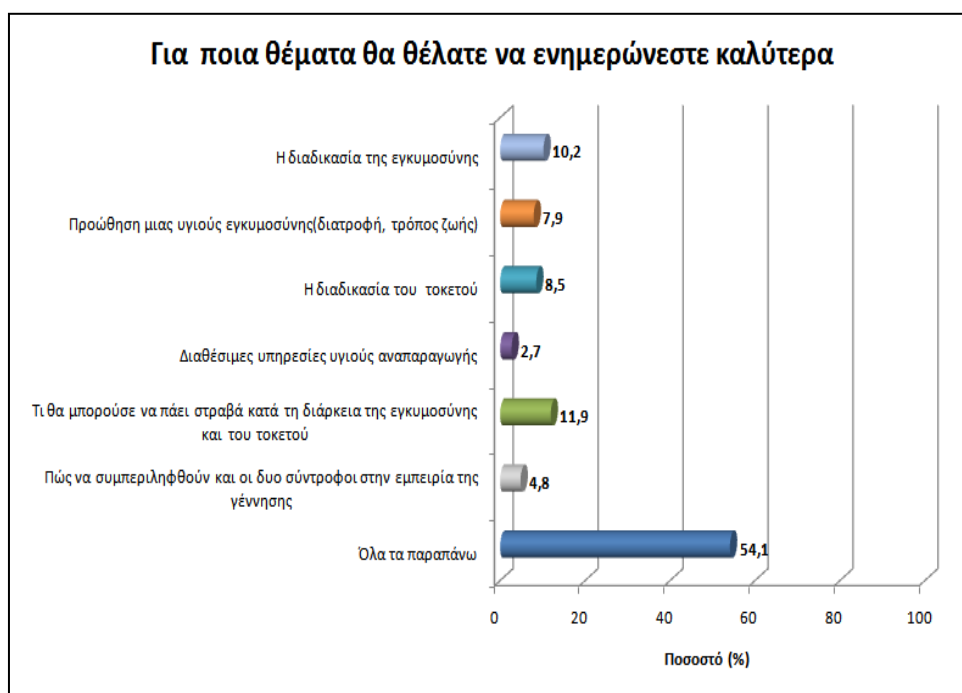
Εικόνα 9: Πηγές ενημέρωσης που διαμόρφωσαν την στάση των εφήβων απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό

Οι εντυπώσεις των εφήβων για τον φυσιολογικό τοκετό δίνονται στην **Εικόνα 10**.



Εικόνα 10: Εντυπώσεις των εφήβων για τον φυσιολογικό τοκετό

Τα θέματα για τα οποία θα ήθελαν οι έφηβοι να ενημερώνονται περισσότερο δίνονται στο παρακάτω γράφημα [Εικ. 11].



Εικόνα 11: Θέματα για τα οποία θα ήθελαν οι έφηβοι να ενημερώνονται περισσότερο

3.4 Η κλίμακα των στάσεων απέναντι στο φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική

Αναλυτικά οι απόψεις των εφήβων απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική δίνονται στον **Πίνακα 3.5** που ακολουθεί.

Πίνακας 3.5: Κλίμακα των στάσεων απέναντι στο Φ.Τ. και την Κ.Τ.

	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ	Δεν διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ/ Συμφωνώ πολύ (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Ο φυσιολογικός (ή κοιλιακός) τοκετός είναι ένα σύνολο από απόλυτα φυσιολογικά φαινόμενα που συμβαίνουν στο τέλος μιας εγκυμοσύνης	6 (1,3)	15 (3,1)	87 (18,1)	241 (50,2)	131 (27,3)	77,5
Οι γυναίκες γεννούν κυρίως με φυσιολογικό τοκετό και οι καισαρικές τομές σε έναν πληθυσμό δεν θα πρέπει να είναι περισσότερες από ένα μικρό ποσοστό του συνόλου των τοκετών	18 (3,8)	57 (11,9)	191 (39,8)	168 (35)	46 (9,6)	44,6
Στην Ελλάδα οι περισσότερες γυναίκες γεννούν με φυσιολογικό τοκετό	26 (5,4)	87 (18,1)	176 (36,7)	158 (32,9)	33 (6,9)	39,8
Ο φυσιολογικός τοκετός είναι ασφαλέστερος για την μητέρα	11 (2,3)	57 (11,9)	119 (24,8)	178 (37,1)	115 (24)	61,0
Ο φυσιολογικός τοκετός είναι ασφαλέστερος για το μωρό	11 (2,3)	48 (10)	165 (34,4)	170 (35,4)	86 (17,9)	53,3
Μετά από τον φυσιολογικό τοκετό ο πόνος είναι λιγότερος και η ανάρρωση γρηγορότερη	16 (3,3)	44 (9,2)	164 (34,2)	170 (35,4)	86 (17,9)	53,3
Ο φυσιολογικός τοκετός ενεργοποιεί τον πρώιμο δεσμό (bonding) μητέρας-νεογέννητου και αυξάνει την επιτυχία του μητρικού θηλασμού	9 (1,9)	35 (7,3)	207 (43,1)	164 (34,2)	65 (13,5)	47,7
Η καισαρική τομή είναι μια χειρουργική επέμβαση που πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι	23 (4,8)	84 (17,5)	91 (19)	170 (35,4)	112 (23,3)	58,8
Η καισαρική τομή αποτελεί ένα μέσο ώστε αποφεύγονται οι πόνοι του φυσιολογικού τοκετού	34 (7,1)	95 (19,8)	149 (31)	160 (33,3)	42 (8,8)	42,1
Η καισαρική τομή είναι ασφαλέστερη για την μητέρα	57 (11,9)	124 (25,8)	215 (44,8)	72 (15)	12 (2,5)	17,5
Η καισαρική τομή είναι ασφαλέστερη για το μωρό	45 (9,4)	95 (19,8)	233 (48,6)	92 (19,2)	14 (2,9)	22,1
Η καισαρική τομή μπορεί να αποτελεί ένα μέσο προγραμματισμού της ημέρας και της ώρας του τοκετού	23 (4,8)	43 (9)	233 (48,5)	141 (29,4)	40 (8,3)	37,7
Στην Ελλάδα οι περισσότερες γυναίκες γεννούν με καισαρική τομή	15 (3,1)	125 (26)	196 (40,8)	111 (23,1)	33 (6,9)	30,0
Ο φυσιολογικός τοκετός είναι γενικά απρόβλεπτος	11 (2,3)	44 (9,2)	122 (25,4)	216 (45)	87 (18,1)	63,1
Γενικά αντιλαμβάνομαι τον φυσιολογικό τοκετό ως μια ξεπερασμένη μέθοδο γέννησης	123 (25,6)	160 (33,3)	123 (25,6)	63 (13,1)	11 (2,3)	15,4
Νομίζω ότι οι άνθρωποι που είναι σημαντικοί για εμένα θα προτιμούσαν να γεννήσω (η σύντροφός μου να γεννήσει) με φυσιολογικό τοκετό	53 (11)	28 (5,8)	8 (1,7)	97 (20,2)	294 (61,3)	81,5
Νομίζω ότι οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται με τον τοκετό θα προτιμούσαν να γεννήσω (η σύντροφός μου να γεννήσει) με φυσιολογικό τοκετό	86 (17,9)	23 (4,8)	11 (2,3)	106 (22,1)	254 (52,9)	75,0
Νομίζω ότι θα έχω αυτοπεποίθηση και έλεγχο του εαυτού μου κατά την διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού και θα διαχειριστώ (η σύντροφός μου θα διαχειριστεί) ψύχραιμα τους πόνους.	34 (7,1)	67 (14)	161 (33,5)	151 (31,5)	67 (14)	45,4
Ο πόνος του φυσιολογικού τοκετού είναι ανυπόφορος. Θα πανικοβληθώ (η σύντροφός μου θα πανικοβληθεί) και δεν θα ξέρω τι να κάνω κατά την διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού	32 (6,7)	113 (23,5)	156 (32,5)	121 (25,2)	58 (12,1)	37,3

Τα ποσοστά συμφωνίας κυμαίνονταν από 15,4% μέχρι 81,5%. Συγκεκριμένα, το 15,4% των εφήβων συμφωνούσε/συμφωνούσε απόλυτα με την πρόταση «Γενικά αντιλαμβάνομαι τον φυσιολογικό τοκετό ως μια ξεπερασμένη μέθοδο γέννησης» και το 17,5% με την πρόταση «Η καισαρική τομή είναι ασφαλέστερη για την μητέρα». Το 81,5% των εφήβων συμφωνούσε/συμφωνούσε απόλυτα με την πρόταση «Νομίζω ότι οι άνθρωποι που είναι σημαντικοί για εμένα θα προτιμούσαν να γεννήσω (η σύντροφος μου να γεννήσει) με φυσιολογικό τοκετό» και το 77,5% με την πρόταση «Ο φυσιολογικός (ή κολπικός) τοκετός είναι ένα σύνολο από απόλυτα φυσιολογικά φαινόμενα που συμβαίνουν στο τέλος μιας εγκυμοσύνης».

Έγινε ανάλυση παραγόντων,(Exploratory factor analysis) με Varimax περιστροφή, από την οποία προέκυψαν οι 5 παράγοντες που δίνονται στον **Πίνακα 3.6:**

Πίνακας 3.6: Exploratory factor analysis with Principal Components methods (Varimax Rotation) Loadings

	Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό	Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή	Συναισθηματική διάσταση των στάσεων	Σημαντικοί "άλλοι"	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς
1	Ο φυσιολογικός (ή κολπικός) τοκετός είναι ένα σύνολο από απόλυτα φυσιολογικά φαινόμενα που συμβαίνουν στο τέλος μιας εγκυμοσύνης		0,59		
2	Οι γυναίκες γεννούν κυρίως με φυσιολογικό τοκετό και οι καισαρικές τομές σε έναν πληθυσμό δεν θα πρέπει να είναι περισσότερες από ένα μικρό ποσοστό του συνόλου των τοκετών	0,64			
3	Στην Ελλάδα οι περισσότερες γυναίκες γεννούν με φυσιολογικό τοκετό				
4	Ο φυσιολογικός τοκετός είναι ασφαλέστερος για την μητέρα	0,72			
5	Ο φυσιολογικός τοκετός είναι ασφαλέστερος για το μωρό	0,71			
6	Μετά από τον φυσιολογικό τοκετό ο πόνος είναι λιγότερος και η ανάρρωση γρηγορότερη	0,44			
7	Ο φυσιολογικός τοκετός ενεργοποιεί τον πρώιμο δεσμό (bonding) μητέρας-νεογέννητου και αυξάνει την επιτυχία του μητρικού θηλασμού	0,40			

Πίνακας 3.6 Exploratory factor analysis with Principal Components methods (Varimax Rotation) Loadings (συνέχεια)

8	Η καισαρική τομή είναι μια χειρουργική επέμβαση που πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι	0,45				
9	Η καισαρική τομή αποτελεί ένα μέσο ώστε αποφεύγονται οι πόνοι του φυσιολογικού τοκετού	0,53				
10	Η καισαρική τομή είναι ασφαλέστερη για την μητέρα	0,72				
11	Η καισαρική τομή είναι ασφαλέστερη για το μωρό	0,71				
12	Η καισαρική τομή μπορεί να αποτελεί ένα μέσο προγραμματισμού της ημέρας και της ώρας του τοκετού	0,40				
13	Στην Ελλάδα οι περισσότερες γυναίκες γεννούν με καισαρική τομή					
14	Ο φυσιολογικός τοκετός είναι γενικά απρόβλεπτος	0,60				
15	Γενικά αντιλαμβάνομαι τον φυσιολογικό τοκετό ως μια ξεπερασμένη μέθοδο γέννησης	-0,48				
16	Νομίζω ότι οι άνθρωποι που είναι σημαντικοί για εμένα θα προτιμούσαν να γεννήσω (η σύντροφος μου να γεννήσει) με φυσιολογικό τοκετό	0,42				
17	Νομίζω ότι οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται με τον τοκετό θα προτιμούσαν να γεννήσω (η σύντροφος μου να γεννήσει) με φυσιολογικό τοκετό	0,41				
18	Νομίζω ότι θα έχω αυτοπεποίθηση και έλεγχο του εαυτού μου κατά την διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού και θα διαχειριστώ (η σύντροφός μου θα διαχειριστεί) ψύχραιμα τους πόνους.				-0,81	
19	Ο πόνος του φυσιολογικού τοκετού είναι ανυπόφορος. Θα πανικοβληθώ (η σύντροφός μου θα πανικοβληθεί) και δεν θα ξέρω τι να κάνω κατά την διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού				0,84	
% μεταβλητότητας που εξηγείται		13,1	10,6	9,1	8,4	7,7
Cronbach's a		0,75	0,75	0,71	0,78	0,77

Η τιμή του κριτηρίου KMO ήταν 0,70, η οποία ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,5), οπότε υπήρχε επάρκεια του δείγματος και ήταν κατάλληλο για παραγοντική ανάλυση. Επίσης, το κριτήριο του Bartlett ήταν σημαντικό ($p < 0,001$), οπότε υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων, υποστηρίζοντας την καταλληλότητα των δεδομένων

για την διεξαγωγή παραγοντικής ανάλυσης. Οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε 5 παράγοντες που συνολικά εξηγούν το 48,9% της μεταβλητότητας. Ο παράγοντας «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» αποτελείται από 6 ερωτήσεις και εξηγεί το 13,1% της μεταβλητότητας. Ο παράγοντας «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» αποτελείται από 4 ερωτήσεις και εξηγεί το 10,6% της μεταβλητότητας. Ο παράγοντας «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων» αποτελείται από 3 ερωτήσεις και εξηγεί το 9,1% της μεταβλητότητας. Ο παράγοντας «Σημαντικοί "άλλοι"» αποτελείται από 2 ερωτήσεις και εξηγεί το 8,4% της μεταβλητότητας. Ο παράγοντας «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» αποτελείται από 2 ερωτήσεις και εξηγεί το 7,7% της μεταβλητότητας. Οι ερωτήσεις «Στην Ελλάδα οι περισσότερες γυναίκες γεννούν με φυσιολογικό τοκετό» και «Στην Ελλάδα οι περισσότερες γυναίκες γεννούν με καισαρική τομή» είχαν φορτίο κάτω του 0,4, οπότε δεν μπόρεσαν να εισαχθούν σε κάποιον από τους παράγοντες. Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha του Cronbach για την κλίμακα ήταν 0,76 άνω του αποδεκτού ορίου, οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι ερωτήσεις ανά παράγοντα και το άθροισμά τους διαιρέθηκε με το πλήθος τους. Έτσι προέκυψαν οι βαθμολογίες των παραγόντων, που μπορούν να κυμανθούν από 1 έως 5 μονάδες και περιγράφονται στον **Πίνακα 3.7** που ακολουθεί.

Πίνακας 3.7: Βαθμολογίες παραγόντων

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό	1,83	5,00	3,53 (0,61)
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή	1,00	4,75	3,00 (0,64)
Συναισθηματική διάσταση των στάσεων	1,67	5,00	3,78 (0,63)
Σημαντικοί "άλλοι"	1,00	5,00	4,01 (1,13)
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	1,00	5,00	2,91 (0,92)

Η βαθμολογία στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» κυμαινόταν από 1,83 μέχρι 5 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 3,53 μονάδες (SD=0,61 μονάδες). Η βαθμολογία στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» κυμαινόταν από 1,00 μέχρι 4,75 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 3,00 μονάδες (SD=0,64 μονάδες). Η βαθμολογία στον παράγοντα «Συναισθηματική

διάσταση των στάσεων» κυμαινόταν από 1,67 μέχρι 5,00 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 3,78 μονάδες (SD=0,63 μονάδες). Η βαθμολογία στον παράγοντα «Σημαντικοί "άλλοι"» κυμαινόταν από 1,00 μέχρι 5,00 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 4,01 μονάδες (SD=1,13 μονάδες). Η βαθμολογία στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» κυμαινόταν από 1,00 μέχρι 5,00 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 2,91 μονάδες (SD=0,92 μονάδες).

Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των παραγόντων δίνονται στον **Πίνακα 3.8** που ακολουθεί.

Πίνακας 3.8: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας

		Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή	Συναισθηματική διάσταση των στάσεων	Σημαντικοί "άλλοι"	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό	r	-0,29	0,15	0,30	0,02
	P	<0,001	0,001	<0,001	0,692
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή	r	1,00	-0,07	-0,25	-0,05
	P		0,117	<0,001	0,243
Συναισθηματική διάσταση των στάσεων	r		1,00	0,16	0,00
	P			<0,001	0,922
Σημαντικοί "άλλοι"	r			1,00	0,04
	P				0,385

Ο παράγοντας «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» σχετιζόταν σημαντικά αρνητικά με τον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» και σημαντικά θετικά με τους παράγοντες «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων» και «Σημαντικοί "άλλοι"». Οπότε, όσο πιο θετικές στάσεις είχαν προς τον φυσιολογικό τοκετό τόσο λιγότερο θετικές στάσεις είχαν προς την καισαρική, τόσο πιο θετικά συναισθήματα είχαν για τον φυσιολογικό τοκετό και τόσο πιο υπέρ θεωρούσαν ότι θα είναι οι κοντινοί τους άνθρωποι αν επέλεγαν οι ίδιοι οι έφηβοι τον φυσιολογικό τοκετό. Ακόμα, ο παράγοντας «Σημαντικοί "άλλοι"» σχετιζόταν σημαντικά

αρνητικά με τον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» και σημαντικά θετικά με τον παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων». Οπότε, όσο πιο υπέρ θεωρούσαν ότι θα είναι οι κοντινοί τους άνθρωποι αν επέλεγαν οι ίδιοι οι έφηβοι τον φυσιολογικό τοκετό, τόσο λιγότερο θετικές πεποιθήσεις είχαν προς την καισαρική και τόσο πιο θετικά συναισθήματα είχαν για τον φυσιολογικό τοκετό.

Η διαδικασία των επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest) έγινε σε 30 εφήβους, και τα αποτελέσματά της δίνονται στον **Πίνακα 3.9**.

Πίνακας 3.9: Βαθμολογίες των παραγόντων της κλίμακας στις επαναληπτικές μετρήσεις

	ICC	P
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό	0,85	<0,001
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή	0,82	<0,001
Συναισθηματική διάσταση των στάσεων	0,90	<0,001
Σημαντικοί "άλλοι"	0,89	<0,001
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	0,87	<0,001

Σημαντική συμφωνία υπήρξε σε όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου ($p < 0,001$).

3.5 Συσχέτιση των παραγόντων της κλίμακας με δημογραφικά στοιχεία των εφήβων

Στον **Πίνακα 3.10** που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των εφήβων.

Πίνακας 3.10: Συσχέτιση της «Γνωσιακής διάστασης των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» με τα δημογραφικά στοιχεία

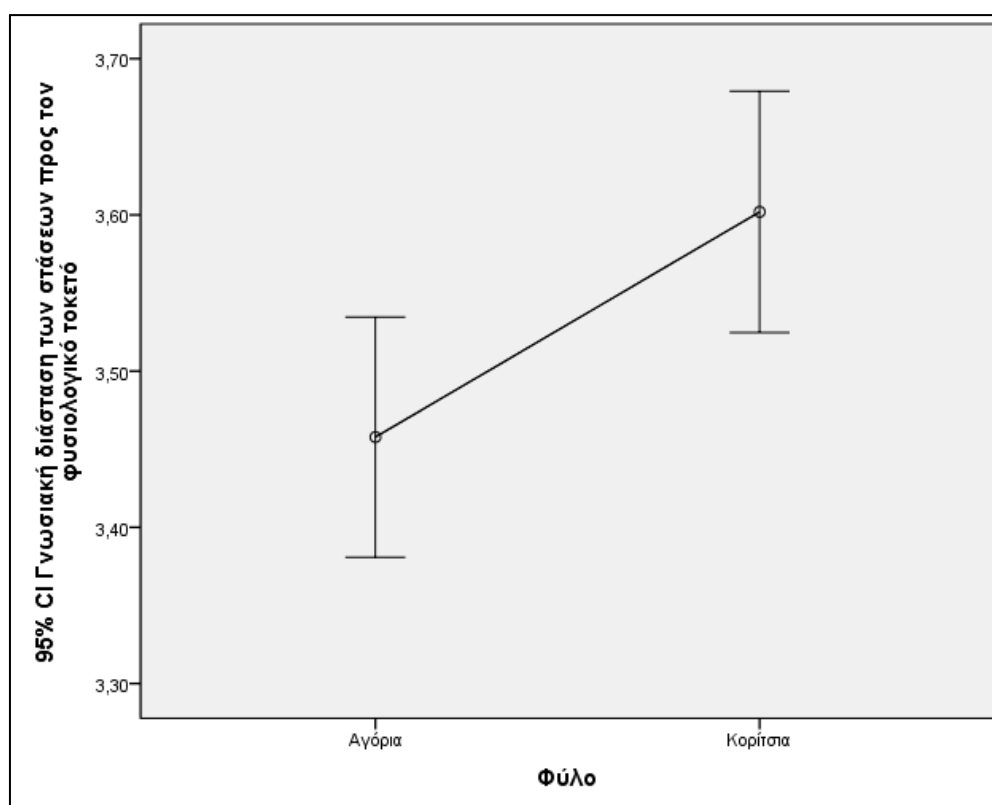
		Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Αγόρια	3,46	0,56	0,010
	Κορίτσια	3,60	0,63	
Ποια είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό	3,73	0,65	0,030+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	3,51	0,56	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	3,48	0,61	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	3,49	0,69	
Ποια είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	Δημοτικό	3,60	0,73	0,006+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	3,60	0,57	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	3,50	0,55	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	3,35	0,66	
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	3,54	0,61	0,201
	Εξωτερικό	3,30	0,64	
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος	3,45	0,58	0,005
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	3,61	0,62	
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Ναι	3,56	0,60	0,003
	Όχι	3,31	0,64	
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός	3,62	0,59	<0,001
	Καισαρική τομή	3,22	0,57	

+ANOVA

Τα κορίτσια είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας πιο θετική στάση απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τα αγόρια. Η βαθμολογία στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» διέφερε σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των μητέρων και των πατέρων των εφήβων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι έφηβοι των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος δημοτικού είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους έφηβους των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος γυμνασίου-λυκείου ($p=0,034$). Επίσης, οι έφηβοι των οποίων η μητέρα ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ/ΑΕΙ ή κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με

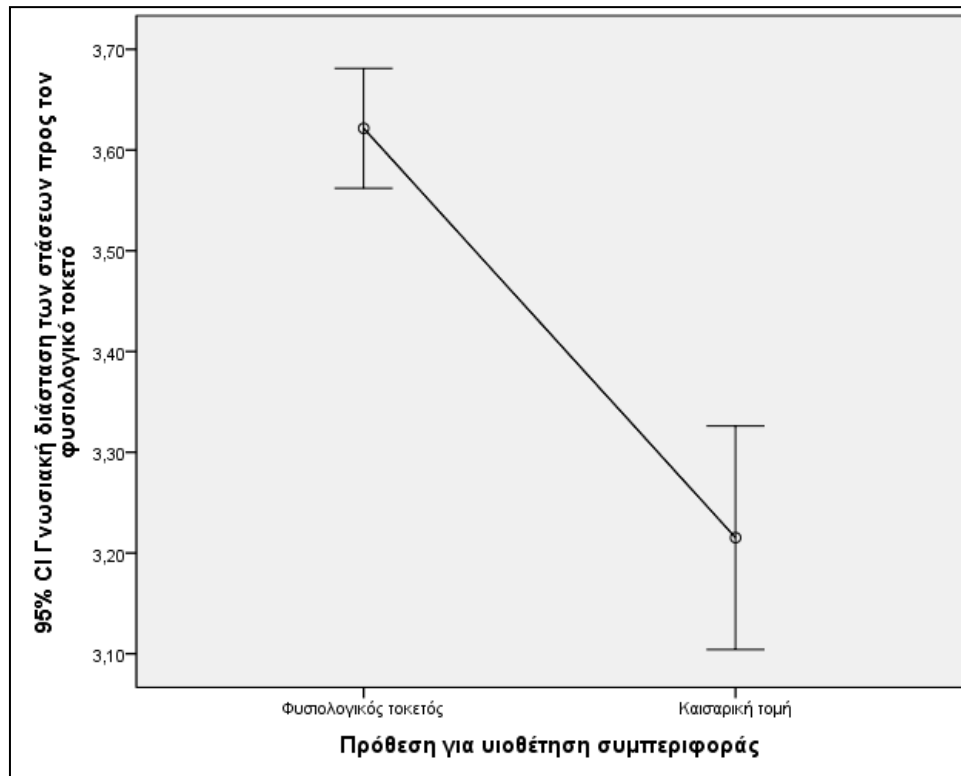
τους έφηβους των οποίων η μητέρα ήταν απόφοιτος γυμνασίου-λυκείου ($p=0,004$). Ακόμα, οι έφηβοι που είχαν επιλέξει τον τομέα Υγείας πρόνοιας ευεξίας ήταν πιο θετικοί απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, όπως και εκείνοι που φαντάζονταν τον εαυτό τους να αποκτά παιδιά και εκείνοι που είχαν την πρόθεση να αποκτήσουν παιδιά με φυσιολογικό τοκετό.

Στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 12] δίνεται η βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» ανάλογα με το φύλο τους.



Εικόνα 12: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» ανάλογα με το φύλο τους

Στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 13] δίνεται η βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» ανάλογα με την πρόθεση που είχαν για συγκεκριμένο είδος τοκετού.



Εικόνα 13: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» ανάλογα με την πρόθεση

Στον **Πίνακα 3.11** δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» με την ηλικία των εφήβων.

Πίνακας 3.11: Συσχέτιση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» με την ηλικία

		Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό
Ηλικία	r	0,03
	P	0,554

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» με την ηλικία των εφήβων

3.6 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία, τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον Πίνακα 3.12.

Πίνακας 3.12: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» με τα δημογραφικά στοιχεία

		β+	SE++	P
Φύλο	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	0,13	0,06	0,036
Ηλικία		-0,02	0,05	0,705
Ποια είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο-Λύκειο	-0,20	0,09	0,020
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	-0,22	0,10	0,032
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	-0,13	0,11	0,222
Ποια είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό (αναφορά)			
	Δημοτικό	0,16	0,11	0,156
	Γυμνάσιο-Λύκειο	0,23	0,08	0,002
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	0,12	0,09	0,181
Τόπος γέννησης	Ελλάδα (αναφορά)			
	Εξωτερικό	-0,25	0,18	0,163
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος (αναφορά)			
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	0,06	0,06	0,352
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,13	0,09	0,151
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός (αναφορά)			
	Καισαρική τομή	-0,43	0,07	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα, της μητέρας καθώς και η πρόθεση για συγκεκριμένο τύπο τοκετού βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό». Συγκεκριμένα:

- Τα κορίτσια είχαν κατά 0,13 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερο θετική στάση απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τα αγόρια.
- Οι έφηβοι των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος γυμνασίου-λυκείου είχαν κατά 0,20 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερο θετική στάση απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τους εφήβους των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος δημοτικού.
- Οι έφηβοι των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος ΙΕΚ-τεχνικής σχολής είχαν κατά 0,22 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερο θετική στάση απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τους εφήβους των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος δημοτικού.
- Οι έφηβοι των οποίων η μητέρα ήταν απόφοιτος γυμνασίου-λυκείου είχαν κατά 0,23 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερο θετική στάση απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τους εφήβους των οποίων η μητέρα ήταν πτυχιούχος ΤΕΙ/ΑΕΙ ή κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού.
- Οι έφηβοι που ήταν πρόθυμοι για καισαρική τομή είχαν κατά 0,43 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερο θετική στάση απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τους εφήβους που ήταν πρόθυμοι για φυσιολογικό τοκετό.

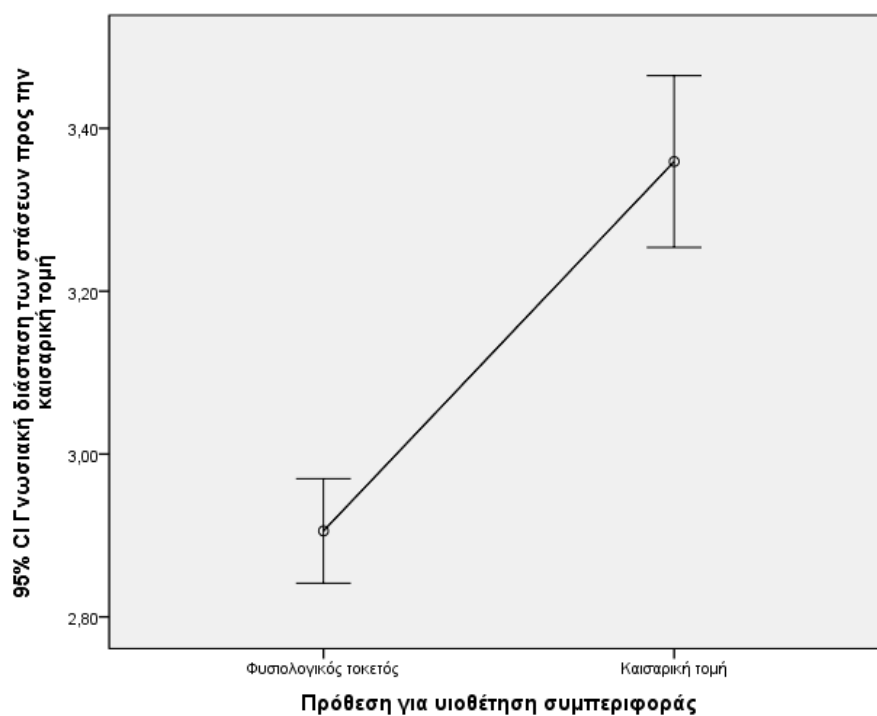
Στον **Πίνακα 3.13** που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των εφήβων.

Πίνακας 3.13: Συσχέτιση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» με τα δημογραφικά στοιχεία .

		Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Αγόρια	3,06	0,58	0,072
	Κορίτσια	2,95	0,69	
Ποιά είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό	2,92	0,62	0,211+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	3,00	0,61	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	3,13	0,61	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	2,95	0,81	
Ποιά είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	Δημοτικό	2,91	0,64	0,187+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	2,96	0,66	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	3,06	0,60	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	3,10	0,60	
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	3,00	0,65	0,800
	Εξωτερικό	2,95	0,40	
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος	3,09	0,56	0,007
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	2,93	0,69	
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι	3,09	0,57	0,298
	Ναι	2,99	0,65	
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός	2,91	0,63	<0,001
	Καισαρική τομή	3,36	0,54	

+ANOVA

Οι έφηβοι που είχαν επιλέξει τον τομέα Υγείας πρόνοιας ευεξίας είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή», υποδηλώνοντας λιγότερο θετική στάση απέναντι στην καισαρική τομή, όπως και εκείνοι που είχαν την πρόθεση να αποκτήσουν παιδιά με φυσιολογικό τοκετό. Στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 14] δίνεται η βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» ανάλογα με την πρόθεση που είχαν για συγκεκριμένο είδος τοκετού.



Εικόνα 14: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» ανάλογα με την πρόθεση

Στον **Πίνακα 3.14** που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» με την ηλικία των εφήβων.

Πίνακας 3.14: Συσχέτιση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» με την ηλικία

		Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή
Ηλικία	r	-0,01
	P	0,804

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» με την ηλικία των εφήβων.

3.7 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία, τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον Πίνακα 3.15 που ακολουθεί.

Πίνακας 3.15: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση του παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» με τα δημογραφικά στοιχεία

		β+	SE++	P
Φύλο	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	-0,08	0,07	0,209
Ηλικία		0,02	0,05	0,641
Ποιά είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο-Λύκειο	0,06	0,09	0,497
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	0,16	0,11	0,154
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	-0,08	0,12	0,469
Ποιά είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό (αναφορά)			
	Δημοτικό	-0,20	0,12	0,113
	Γυμνάσιο-Λύκειο	-0,17	0,08	0,060
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	-0,09	0,09	0,351
Τόπος γέννησης	Ελλάδα (αναφορά)			
	Εξωτερικό	-0,07	0,19	0,732
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος (αναφορά)			
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	-0,10	0,07	0,139
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,00	0,09	0,962
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός (αναφορά)			
	Καισαρική τομή	0,45	0,07	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

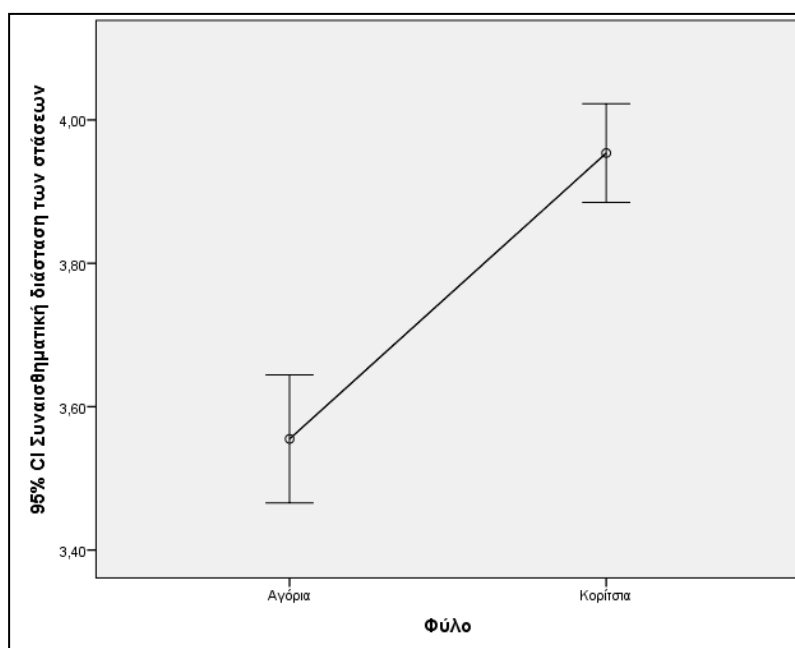
Μόνο η πρόθεση για συγκεκριμένο τύπο τοκετού βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή». Συγκεκριμένα, οι έφηβοι που ήταν πρόθυμοι για καισαρική τομή είχαν κατά 0,45 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερο θετική στάση απέναντι στην καισαρική τομή, σε σύγκριση με τους εφήβους που ήταν πρόθυμοι για φυσιολογικό τοκετό. Στον **Πίνακα 3.16** που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στον παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων για το Φ.Τ» ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των εφήβων.

Πίνακας 3.16: Συσχέτιση του παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων για το Φ.Τ» με τα δημογραφικά στοιχεία

		Συναισθηματική διάσταση των στάσεων		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Αγόρια	3,56	0,65	<0,001
	Κορίτσια	3,95	0,56	
Ποιά είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό	3,66	0,70	0,122+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	3,76	0,61	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	3,91	0,64	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	3,81	0,62	
Ποιά είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	Δημοτικό	3,67	0,70	0,651+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	3,78	0,60	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	3,82	0,70	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	3,78	0,62	
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	3,79	0,63	0,086
	Εξωτερικό	3,45	0,54	
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος	3,65	0,64	<0,001
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	3,89	0,61	
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι	3,73	0,68	0,552
	Ναι	3,78	0,63	
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός	3,82	0,63	0,002
	Καισαρική τομή	3,61	0,64	

+ANOVA

Τα κορίτσια είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας πιο θετικά συναισθήματα απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τα αγόρια. Οι έφηβοι που είχαν επιλέξει τον τομέα Υγείας πρόνοιας ευεξίας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στον παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων για το Φ.Τ», υποδηλώνοντας περισσότερα θετικά συναισθήματα απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, όπως και εκείνοι που είχαν την πρόθεση να αποκτήσουν παιδιά με φυσιολογικό τοκετό. Στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 15] δίνεται η βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων για το Φ.Τ» ανάλογα με το φύλο τους.



Εικόνα 15: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων για το Φ.Τ» ανάλογα με το φύλο τους

Στον **Πίνακα 3.17** που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson του παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων για το Φ.Τ» με την ηλικία των εφήβων.

Πίνακας 3.17: Συσχέτιση του παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς το Φ.Τ» με την ηλικία

		Συναισθηματική διάσταση των στάσεων
Ηλικία	r	0,01
	P	0,885

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση του παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων για το Φ.Τ» με την ηλικία των εφήβων

3.8 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς το φυσιολογικό τοκετό» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς το Φ.Τ» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία, τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον **Πίνακα 3.18** που ακολουθεί.

Πίνακας 3.18: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση του παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς το Φ.Τ» με τα δημογραφικά στοιχεία

		β+	SE++	P
Φύλο	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	0,39	0,06	<0,001
Ηλικία		0,02	0,05	0,708
Ποια είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο -Λύκειο	0,16	0,09	0,081
	ΙΕΚ -Τεχνική σχολή	0,25	0,12	0,064
	ΑΕΙ -ΤΕΙ – Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	0,22	0,11	0,055
Ποια είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό (αναφορά)			
	Δημοτικό	0,01	0,12	0,928
	Γυμνάσιο-Λύκειο	0,01	0,08	0,911
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	0,04	0,09	0,656
Τόπος γέννησης	Ελλάδα (αναφορά)			
	Εξωτερικό	-0,33	0,19	0,077
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος (αναφορά)			
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	0,06	0,07	0,394
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,02	0,09	0,837
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός (αναφορά)			
	Καισαρική τομή	-0,24	0,07	0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το φύλο και η πρόθεση για συγκεκριμένο τύπο τοκετού βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τον παράγοντα «Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς το Φ.Τ». Συγκεκριμένα:

- Τα κορίτσια είχαν κατά 0,39 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερο θετικά συναισθήματα απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τα αγόρια.
- οι έφηβοι που ήταν πρόθυμοι για καισαρική τομή είχαν κατά 0,24 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερο θετικά συναισθήματα απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τους εφήβους που ήταν πρόθυμοι για φυσιολογικό τοκετό.

Στον **Πίνακα 3.19** δίνεται η βαθμολογία στον παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των εφήβων.

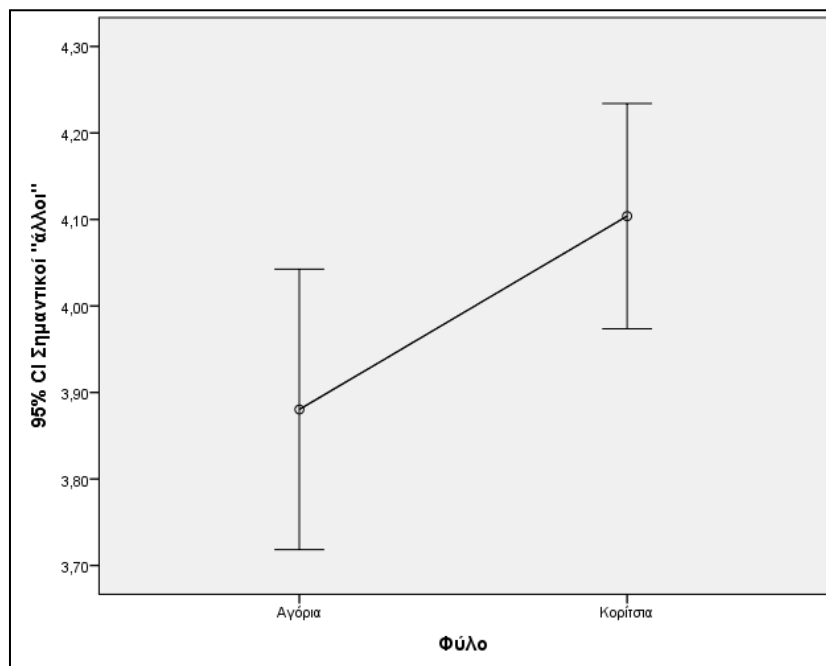
Πίνακας 3.19: Συσχέτιση του παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» με τα δημογραφικά στοιχεία

		Σημαντικοί "άλλοι"		P
		Μέση τιμή	SD	Student's t-test
Φύλο	Αγόρια	3,88	1,19	0,033
	Κορίτσια	4,10	1,07	
Ποια είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό	3,96	1,18	0,478++
	Γυμνάσιο-Λύκειο	4,08	1,06	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	3,94	1,25	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό	3,86	1,23	
Ποια είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	Δημοτικό	3,69	1,28	0,049+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	4,13	1,06	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	3,85	1,13	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό	4,01	1,21	
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	4,00	1,14	0,188
	Εξωτερικό	4,45	0,79	

Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος	3,90	1,19	0,048
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	4,11	1,06	
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι	3,69	1,34	0,028
	Ναι	4,05	1,10	
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός	4,29	0,88	<0,001
	Καισαρική τομή	3,00	1,36	

+ANOVA

Τα κορίτσια είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας θεωρούσαν ότι θα είναι οι κοντινοί τους άνθρωποι πιο υπέρ αν επέλεγαν οι ίδιοι οι έφηβοι τον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τα αγόρια. Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στον παράγοντα ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των μητέρων των εφήβων. Οι έφηβοι που είχαν επιλέξει τον τομέα Υγείας πρόνοιας ευεξίας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στον παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”», όπως και εκείνοι που φαντάζονται να αποκτούν παιδιά και εκείνοι που είχαν την πρόθεση να αποκτήσουν παιδιά με φυσιολογικό τοκετό. Στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 16] δίνεται η βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» ανάλογα με το φύλο τους.



Εικόνα 16: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» ανάλογα με το φύλο τους

Στον **Πίνακα 3.20** δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson του παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» με την ηλικία των εφήβων.

Πίνακας 3.20: Συσχέτιση του παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» με την ηλικία

		Σημαντικοί “άλλοι”
Ηλικία	r	0,06
	P	0,164

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση του παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» με την ηλικία των εφήβων.

3.9 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία, τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον **Πίνακα 3.21**.

Πίνακας 3.21: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση του παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» με τα δημογραφικά στοιχεία

		$\beta+$	SE++	P
Φύλο	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	0,26	0,10	0,012
Ηλικία		0,09	0,08	0,256
Ποια είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο-Λύκειο	0,07	0,15	0,656
	IEK-Τεχνική σχολή	-0,07	0,18	0,694
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό	-0,06	0,19	0,742
Ποια είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό (αναφορά)			

	Δημοτικό	-0,30	0,20	0,126
	Γυμνάσιο-Λύκειο	0,04	0,13	0,783
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	-0,19	0,15	0,200
Τόπος γέννησης	Ελλάδα (αναφορά)			
	Εξωτερικό	0,20	0,31	0,504
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος (αναφορά)			
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	0,01	0,11	0,934
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,10	0,15	0,503
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός (αναφορά)			
	Καισαρική τομή	-1,25	0,11	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το φύλο και η πρόθεση για συγκεκριμένο τύπο τοκετού βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τον παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”». Συγκεκριμένα:

- Τα κορίτσια είχαν κατά 0,26 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή θεωρούσαν ότι θα είναι οι κοντινοί τους άνθρωποι πιο υπέρ αν επέλεγαν οι ίδιοι οι έφηβοι τον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τα αγόρια.
- οι έφηβοι που ήταν πρόθυμοι για καισαρική τομή είχαν κατά 1,25 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους εφήβους που ήταν πρόθυμοι για φυσιολογικό τοκετό.

Στον **Πίνακα 3.22** που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των εφήβων.

Πίνακας 3.22: Συσχέτιση του παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» με τα δημογραφικά στοιχεία

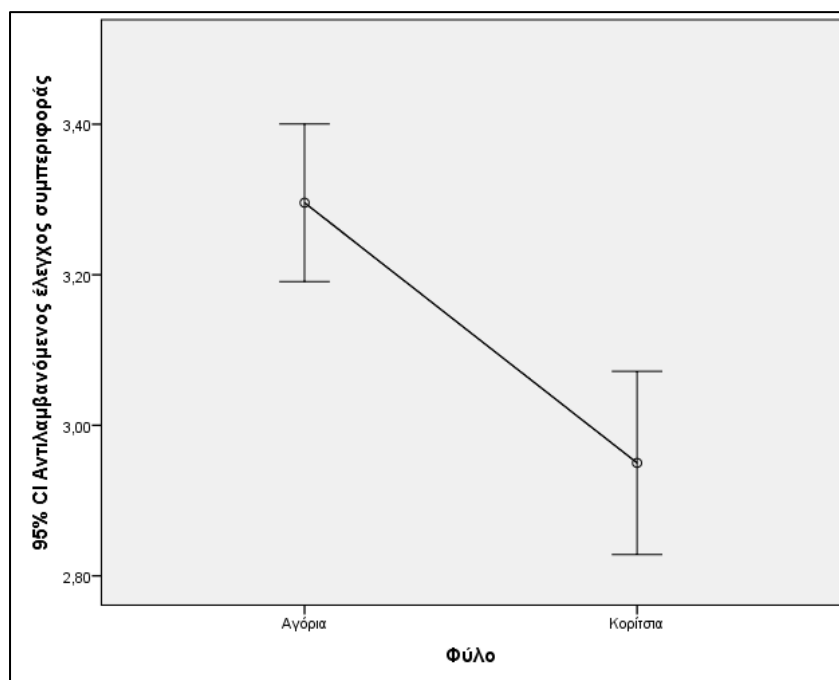
		Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Αγόρια	3,30	0,77	<0,001+
	Κορίτσια	2,95	1,00	

Ποια είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό	2,98	1,00	0,620++
	Γυμνάσιο-Λύκειο	3,10	0,87	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	3,07	0,98	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ-Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	3,18	0,99	
Ποια είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	Δημοτικό	3,02	1,06	0,405+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	3,05	0,85	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	3,23	0,90	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ-Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	3,11	1,05	
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	3,09	0,92	0,866
	Εξωτερικό	3,05	1,01	
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος	3,15	0,88	0,207
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	3,04	0,96	
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι	2,68	1,01	0,001
	Ναι	3,14	0,90	
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός	3,20	0,86	<0,001
	Καισαρική τομή	2,68	1,02	

+ANOVA

Τα κορίτσια είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας λιγότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, σε σύγκριση με τα αγόρια. Οι έφηβοι που φαντάζονταν να αποκτούν παιδιά είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς», όπως και εκείνοι που είχαν την πρόθεση να αποκτήσουν παιδιά με φυσιολογικό τοκετό.

Στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 17] δίνεται η βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» ανάλογα με το φύλο τους.



Εικόνα 17: Βαθμολογία των εφήβων στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» ανάλογα με το φύλο τους

Στον **Πίνακα 3.23** που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson του παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» με την ηλικία των εφήβων.

Πίνακας 3.23: Συσχέτιση του παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» με την ηλικία

Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς		
Ηλικία	r	0,03
	P	0,494

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση του παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» με την ηλικία των εφήβων.

3.10 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία, τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον **Πίνακα 3.24**.

Πίνακας 3.24: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση του παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» με τα δημογραφικά στοιχεία

		$\beta+$	SE $_{++}$	P
Φύλο	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	-0,31	0,09	0,001
Ηλικία		0,08	0,07	0,297
Ποιά είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό (αναφορά)			
	Γυμνάσιο-Λύκειο	0,07	0,14	0,632
	IEK-Τεχνική σχολή	0,05	0,16	0,758
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	0,13	0,17	0,443
Ποιά είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό (αναφορά)			
	Δημοτικό	-0,07	0,18	0,695
	Γυμνάσιο-Λύκειο	-0,06	0,12	0,620
	IEK-Τεχνική σχολή	0,10	0,13	0,439
Τόπος γέννησης	Ελλάδα (αναφορά)			
	Εξωτερικό	-0,13	0,27	0,624
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος (αναφορά)			
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	-0,02	0,10	0,806
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,42	0,14	0,002
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός (αναφορά)			
	Καισαρική τομή	-0,46	0,10	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το φύλο, το αν φαντάζονταν να αποκτούν παιδιά και η πρόθεση για συγκεκριμένο τύπο τοκετού βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς». Συγκεκριμένα:

- Τα κορίτσια είχαν κατά 0,31 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, σε σύγκριση με τα αγόρια.
- οι έφηβοι που φαντάζονταν να αποκτούν παιδιά είχαν κατά 0,42 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους εφήβους που δεν το φαντάζονταν.
- οι έφηβοι που ήταν πρόθυμοι για καισαρική τομή είχαν κατά 0,46 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους εφήβους που ήταν πρόθυμοι για φυσιολογικό τοκετό.

3.11 Ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης

Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την πρόθεση για καισαρική τομή έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Στον **Πίνακα 3.25** που ακολουθεί δίνεται η πρόθεση των συμμετεχόντων για φυσιολογικό τοκετό ή για καισαρική τομή ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Πίνακας 3.25: Η πρόθεση των συμμετεχόντων για φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία

		Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς		P
		Φυσιολογικός τοκετός N (%)	Καισαρική τομή N (%)	
Φύλο	Αγόρια	168 (80,4)	41 (19,6)	0,419+
	Κορίτσια	201 (77,3)	59 (22,7)	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		15,5 (0,6)	15,5 (0,6)	0,592‡
Ποια είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό	53 (76,8)	16 (23,2)	0,549+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	215 (80,2)	53 (19,8)	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	62 (79,5)	16 (20,5)	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	47 (72,3)	18 (27,7)	
Ποια είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	Δημοτικό	33 (75)	11 (25)	0,898+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	200 (79,7)	51 (20,3)	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	72 (78,3)	20 (21,7)	

	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	72 (77,4)	21 (22,6)	
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	367 (78,3)	102 (21,7)	0,470++
	Εξωτερικό	10 (90,9)	1 (9,1)	
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος	159 (75,7)	51 (24,3)	0,184+
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	214 (80,8)	51 (19,2)	

+Pearson's χ^2 test ++Fisher's exact test ‡Student's t-test

Δεν διέφερε σημαντικά η πρόθεση των συμμετεχόντων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα. Στον **Πίνακα 3.26** που ακολουθεί δίνεται η πρόθεση των συμμετεχόντων για φυσιολογικό τοκετό ή για καισαρική τομή ανάλογα με τις πηγές ενημέρωσης σε θέματα τοκετού και αναπαραγωγικής υγείας.

Πίνακας 3.26: Η πρόθεση των συμμετεχόντων για φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή ανάλογα με τις πηγές ενημέρωσης

		Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς		P
		Φυσιολογικός τοκετός	Καισαρική τομή	
		N (%)	N (%)	
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι	34 (64,2)	19 (35,8)	0,007+
	Ναι	343 (80,3)	84 (19,7)	
Νιώθετε πως η στάση σας απέναντι στην εγκυμοσύνη και τον φυσιολογικό τοκετό διαμορφώθηκε κυρίως από	Οπτικά μέσα	42 (73,7)	15 (26,3)	0,886++
	Γραπτά μέσα	6 (75)	2 (25)	
	Εμπειρίες/ ιστορίες φίλων	48 (77,4)	14 (22,6)	
	Εμπειρίες/ ιστορίες μελών οικογένειας	142 (78,5)	39 (21,5)	
	Σχολείο	20 (87)	3 (13)	
	Άλλο	6 (75)	2 (25)	
	Όλα τα παραπάνω	113 (80,1)	28 (19,9)	
Από το μέσο από το οποίο ενημερωθήκατε για τον φυσιολογικό τοκετό, οι εντυπώσεις σας ήταν, κατά μέσο όρο	Θετικές	163 (89,6)	19 (10,4)	<0,001+
	Αρνητικές	9 (37,5)	15 (62,5)	
	Και τα δύο	172 (73,2)	63 (26,8)	
	Κανένα από τα δύο	33 (84,6)	6 (15,4)	
Παρακαλώ πείτε μας για ποια θέματα θα θέλατε να ενημερώνεστε καλύτερα	Η διαδικασία της εγκυμοσύνης	41 (83,7)	8 (16,3)	0,482+
	Προώθηση μιας υγιούς εγκυμοσύνης(διατροφή, τρόπος ζωής)	34 (89,5)	4 (10,5)	
	Η διαδικασία του τοκετού	32 (78)	9 (22)	
	Διαθέσιμες υπηρεσίες υγιούς αναπαραγωγής	11 (84,6)	2 (15,4)	
	Τι θα μπορούσε να πάει στραβά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού	41 (71,9)	16 (28,1)	

Πώς να συμπεριληφθούν και οι δυο σύντροφοι στην εμπειρία της γέννησης	18 (78,3)	5 (21,7)
Όλα τα παραπάνω	200 (77,2)	59 (22,8)

+Pearson's χ^2 test ++Fisher's exact test

Οι συμμετέχοντες που φαντάζονταν τον εαυτό τους να αποκτούν παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον είχαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό την πρόθεση να το αποκτήσουν με φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν φαντάζονταν τον εαυτό τους να αποκτούν παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον. Ακόμα, η πρόθεση των συμμετεχόντων για συγκεκριμένο είδος τοκετού διέφερε σημαντικά ανάλογα με το τι εντύπωση τους είχε κάνει η ενημέρωση για τον φυσιολογικό τοκετό. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν αρνητικές εντυπώσεις είχαν σημαντικά σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό πρόθεση να γεννήσουν με καισαρική τομή.

Στον Πίνακα 3.27 που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της θεωρίας της σχεδιασμένης συμπεριφοράς ανάλογα με την πρόθεσή τους για φυσιολογικό τοκετό ή για καισαρική τομή.

Πίνακας 3.27: Οι διαστάσεις της TPB σε σχέση με την πρόθεση για φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή.

	Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς		P Student's t-test
	Φυσιολογικός τοκετός	Καισαρική τομή	
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό	3,62 (0,59)	3,22 (0,57)	<0,001
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή	2,91 (0,63)	3,36 (0,54)	<0,001
Συναισθηματική διάσταση των στάσεων	3,82 (0,63)	3,61 (0,64)	0,002
Σημαντικοί "άλλοι"	4,29 (0,88)	3 (1,36)	<0,001
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	3,2 (0,86)	2,68 (1,02)	<0,001

Οι συμμετέχοντες που είχαν πρόθεση για καισαρική τομή είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή . Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που είχαν πρόθεση για φυσιολογικό τοκετό είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό, τη

Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς τον Φ.Τ, τη διάσταση «Σημαντικοί "άλλοι"» καθώς και στον Αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς. Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την πρόθεση για καισαρική τομή και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία και τις διαστάσεις της θεωρίας της σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον Πίνακα 3.28.

Πίνακας 3.28: Πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση της πρόθεσης για καισαρική τομή με τα δημογραφικά και τις διαστάσεις της TPB

		OR (95% ΔΕ)+	P
Φύλο	Αγόρια (αναφορά)		
	Κορίτσια	3,97 (0,82 – 19,22)	0,087
Ηλικία		1,10 (0,66 – 1,82)	0,720
Ποια είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό (αναφορά)		
	Γυμνάσιο-Λύκειο	0,90 (0,32 – 2,47)	0,830
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	0,75 (0,23 – 2,49)	0,642
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	1,10 (0,33 – 3,74)	0,875
Ποια είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	Δημοτικό (αναφορά)		
	Γυμνάσιο-Λύκειο	1,42 (0,45 – 4,49)	0,555
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	1,14 (0,33 – 4,02)	0,834
	ΑΕΙ-ΤΕΙ- Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	1,04 (0,29 – 3,73)	0,957
Τόπος γέννησης	Ελλάδα (αναφορά)		
	Εξωτερικό	0,25 (0,02 – 2,81)	0,263
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Άλλος (αναφορά)		
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	0,68 (0,35 – 1,33)	0,257
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	0,90 (0,37 – 2,21)	0,816
Από το μέσο από το οποίο ενημερωθήκατε για τον φυσιολογικό τοκετό, οι εντυπώσεις σας ήταν, κατά μέσο όρο	Κανένα από τα δύο (αναφορά)		
	Θετικές	1,26 (0,35 – 4,49)	0,725
	Αρνητικές	2,20 (1,06 – 4,54)	0,034
	Και τα δύο	2,58 (0,79 – 8,42)	0,116
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό		0,36 (0,2 – 0,64)	< 0,001
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή		2,80 (1,59 – 4,91)	< 0,001
Συναισθηματική διάσταση των στάσεων		0,55 (0,33 – 0,92)	0,022
Σημαντικοί "άλλοι"		0,45 (0,35 – 0,59)	< 0,001
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς		0,49 (0,35 – 0,69)	< 0,001

+Σχετικός λόγος (95% Διάστημα εμπιστοσύνης)

Οι εντυπώσεις των εφήβων για το φυσιολογικό τοκετό και όλες οι διαστάσεις της TPB, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την πρόθεση για καισαρική τομή. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με αρνητικές εντυπώσεις για το φυσιολογικό τοκετό είχαν 2,20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν πρόθεση για καισαρική τομή σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν ούτε αρνητικές ούτε θετικές εντυπώσεις.
- Όσο αυξάνεται η Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό τόσο μειώνεται η πιθανότητα πρόθεσης για καισαρική τομή.
- Όσο αυξάνεται η Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή τόσο αυξάνεται η πιθανότητα πρόθεσης για καισαρική τομή.
- Όσο αυξάνεται η Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς τον Φ.Τ τόσο μειώνεται η πιθανότητα πρόθεσης για καισαρική τομή.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία της διάστασης «Σημαντικοί "άλλοι"» τόσο μειώνεται η πιθανότητα πρόθεσης για καισαρική τομή.
- Όσο αυξάνεται η Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς τόσο μειώνεται η πιθανότητα πρόθεσης για καισαρική τομή.

3.12 Μελέτη παρέμβασης

Εξήντα συνολικά έφηβοι χωρίστηκαν σε δύο ισοπληθείς ομάδες, την ομάδα ελέγχου και την ομάδα παρέμβασης. Τα δημογραφικά στοιχεία των εφήβων ανά ομάδα δίνονται στον Πίνακα 3.29 που ακολουθεί.

Πίνακας 3.29: Δημογραφικά στοιχεία των εφήβων ανά ομάδα

		Ομάδα		P
		Ελέγχου N (%)	Παρέμβασης N (%)	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		15,3 (0,7)	15,4 (0,7)	0,565‡
Φύλο	Αγόρια	13 (43,3)	15 (50)	0,489+
	Κορίτσια	15 (50)	15 (50)	
	Δεν απαντώ	2 (6,7)	0 (0)	
Ποιά είναι η εκπαίδευση του πατέρα σου;	Δημοτικό	5 (16,7)	6 (20)	0,803+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	15 (50)	15 (50)	
	ΙΕΚ-Τεχνική σχολή	4 (13,3)	5 (16,7)	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	6 (20)	3 (10)	
	Μεταπτυχιακό	0 (0)	0 (0)	
	Διδακτορικό	0 (0)	1 (3,3)	
Ποιά είναι η εκπαίδευση της μητέρας σου;	Δημοτικό	5 (16,7)	7 (23,3)	0,629+
	Γυμνάσιο-Λύκειο	12 (40)	13 (43,3)	

	IEK-Τεχνική σχολή	6 (20)	4 (13,3)	
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	6 (20)	4 (13,3)	
	Μεταπτυχιακό	1 (3,3)	0 (0)	
	Διδακτορικό	0 (0)	2 (6,7)	
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	28 (93,3)	28 (93,3)	1,000+
	Εξωτερικό	2 (6,7)	2 (6,7)	
Χρόνια διαμονής στην Ελλάδα, μέση τιμή (SD)		15 (1)	14,8 (1,7)	0,525‡
Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη	Γεωπονίας και περιβάλλοντος	0 (0)	3 (10)	0,142+
	Διοίκησης και οικονομίας	9 (30)	7 (23,3)	
	Δομικών έργων	0 (0)	5 (16,7)	
	Εφαρμοσμένων τεχνών	1 (3,3)	0 (0)	
	Ηλεκτρολογίας ηλεκτρονικής και αυτοματισμού	3 (10)	3 (10)	
	Μηχανολογίας	1 (3,3)	2 (6,7)	
	Ναυτιλιακών επαγγελμάτων	1 (3,3)	1 (3,3)	
	Πληροφορικής	5 (16,7)	2 (6,7)	
	Υγείας πρόνοιας ευεξίας	10 (33,3)	7 (23,3)	
Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;	Όχι	5 (16,7)	7 (23,3)	0,519++
	Ναι	25 (83,3)	23 (76,7)	

+Fisher's exact test ++Pearson's χ^2 test ‡Student's t-test

Παρόμοια ήταν τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα στις δύο ομάδες.

Οι μεταβολές στις βαθμολογίες των παραγόντων της κλίμακας ανά ομάδα, δίνονται στον

Πίνακα 3.30.

Πίνακας 3.30: Μεταβολές των παραγόντων της κλίμακας ανά ομάδα

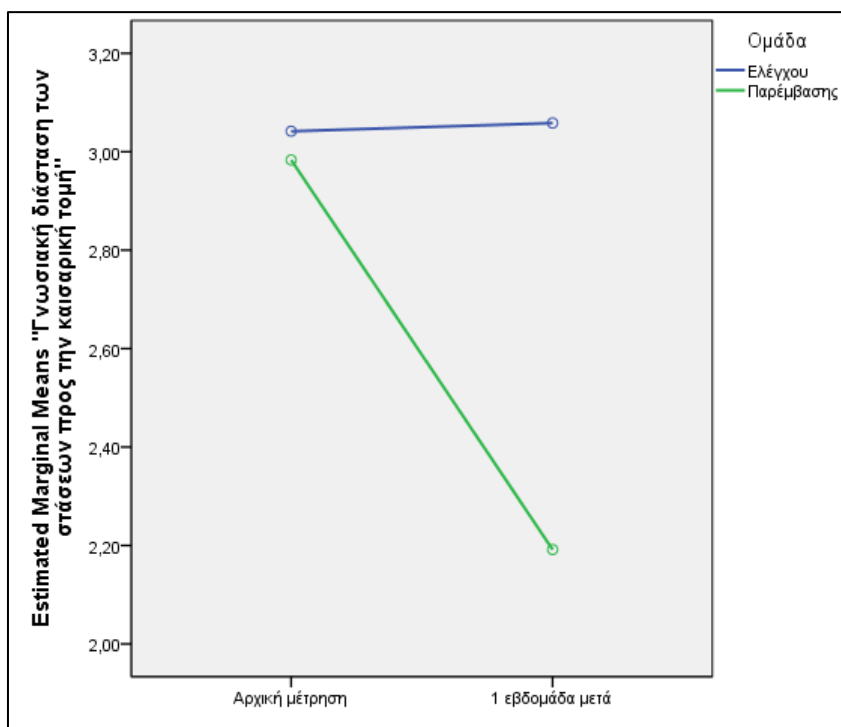
	Ομάδα	Αρχικά		1 εβδομάδα μετά		Μεταβολή		P ²	P ³
		Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD		
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό	Ελέγχου	3,46	0,63	3,40	0,77	-0,06	1,07	0,731	0,332
	Παρέμβασης	3,49	0,61	3,66	0,52	0,17	0,63	0,304	
	P¹	0,835		0,137					
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή	Ελέγχου	3,04	0,57	3,06	0,66	0,02	1,02	0,915	<0,001
	Παρέμβασης	2,98	0,52	2,19	0,51	-0,79	0,63	<0,001	
	P¹	0,680		<0,001					
Συναισθηματική διάσταση των στάσεων	Ελέγχου	3,92	0,60	3,66	0,66	-0,27	0,89	0,090	0,919
	Παρέμβασης	3,86	0,64	3,57	0,50	-0,29	0,80	0,067	
	P¹	0,677		0,561					
Σημαντικοί "άλλοι"	Ελέγχου	4,00	1,07	3,83	1,27	-0,17	1,52	0,524	0,345

	Παρέμβασης	3,67	1,14	3,85	1,04	0,18	1,32	0,483	
	P¹		0,249		0,956				
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	Ελέγχου	3,02	0,83	3,25	1,02	0,23	1,38	0,330	0,042
	Παρέμβασης	3,02	0,99	3,95	0,66	0,93	1,22	<0,001	
	P¹		1,000		0,003				

¹Διαφορά μεταξύ των ομάδων ²Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ³Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

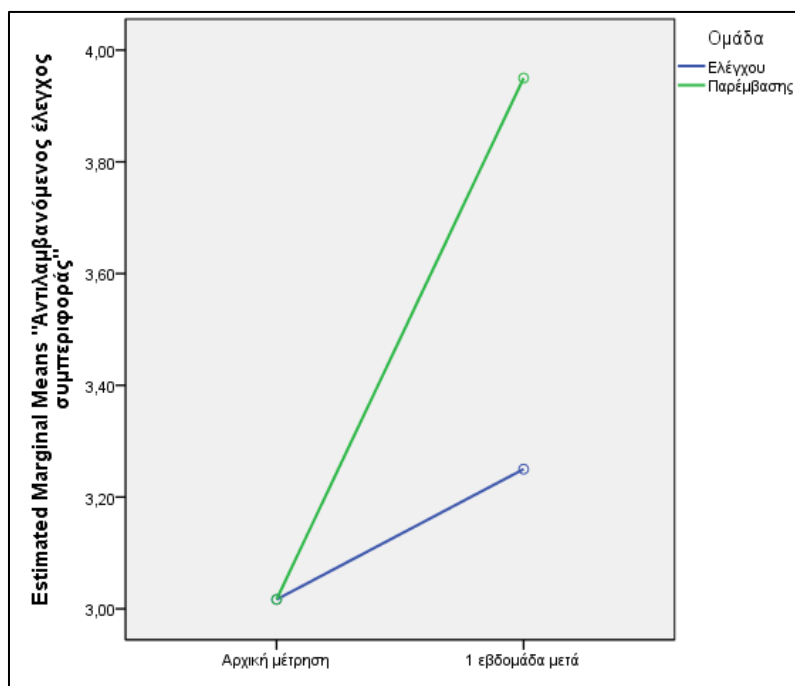
Αρχικά οι βαθμολογίες σε όλους τους παράγοντες ήταν παρόμοιες στις δύο ομάδες. Στην μέτρηση που έγινε 1 εβδομάδα μετά, οι βαθμολογίες στους παράγοντες «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» και «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, η βαθμολογία στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους έφηβους της ομάδας παρέμβασης, υποδηλώνοντας λιγότερο θετικές στάσεις απέναντι στην καισαρική, σε σχέση με τους έφηβους της ομάδας ελέγχου. Επίσης, η βαθμολογία στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» ήταν σημαντικά υψηλότερη στους έφηβους της ομάδας παρέμβασης, υποδηλώνοντας μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση προς το Φ.Τ, σε σχέση με τους έφηβους της ομάδας ελέγχου. Οι βαθμολογίες στους παράγοντες αυτούς μεταβλήθηκαν σημαντικά στην 1^η εβδομάδα σε σύγκριση με την αρχική μέτρηση μόνο στην ομάδα παρέμβασης, ενώ στην ομάδα ελέγχου παρέμεινε σε παρόμοια με τα αρχικά επίπεδα. Κατά συνέπεια, ο βαθμός μεταβολής των εν λόγω παραγόντων διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων.

Η μεταβολή στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» ανά ομάδα, δίνεται στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 18].



Εικόνα 18: Μεταβολή στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» ανά ομάδα

Η μεταβολή στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» ανά ομάδα, δίνεται στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 19].



Εικόνα 19: Μεταβολή στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» ανά ομάδα

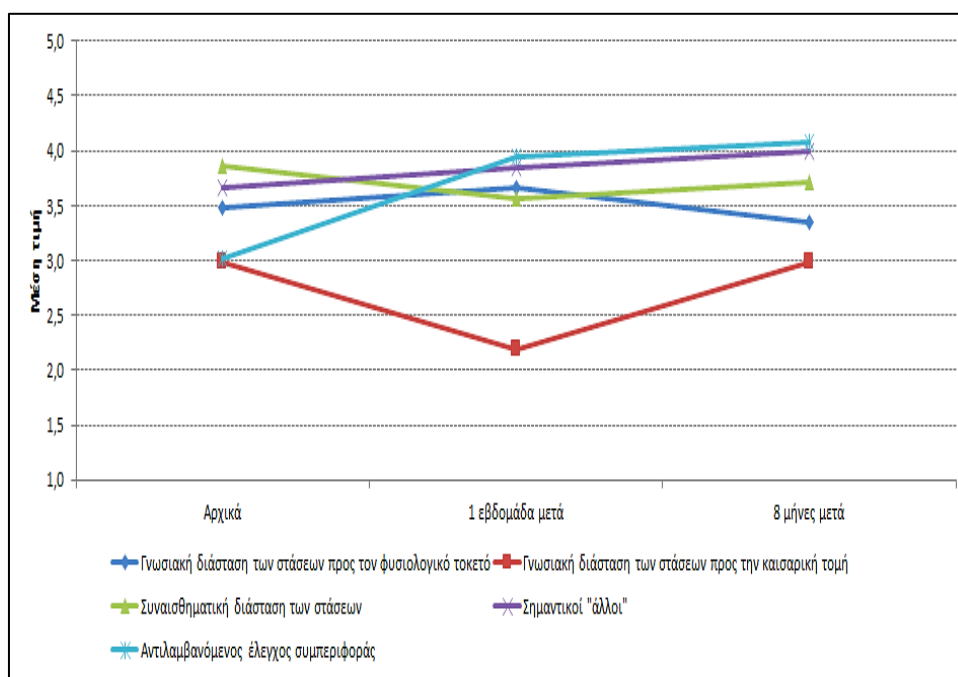
Για να ελεγχθεί κατά πόσο διατηρήθηκε η παρέμβαση, δόθηκε 8 μήνες μετά, στα ίδια παιδιά της ομάδας παρέμβασης το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Οι βαθμολογίες των παιδιών της ομάδας παρέμβασης στους 8 μήνες δίνεται στον **Πίνακα 3.31** που ακολουθεί.

Πίνακας 3.31: Μεταβολές των παραγόντων της κλίμακας στην ομάδα παρέμβασης

	1 εβδομάδα μετά		8 μήνες μετά		Μεταβολή		P Paired t-test
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό	3,66	0,52	3,36	0,60	-0,30	0,35	<0,001
Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή	2,19	0,51	2,99	0,62	0,80	0,59	<0,001
Συναισθηματική διάσταση των στάσεων	3,57	0,50	3,71	0,57	0,14	0,57	0,172
Σημαντικοί "άλλοι"	3,85	1,04	4,00	0,93	0,15	0,80	0,313
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	3,95	0,66	4,08	0,67	0,13	0,74	0,333

Σημαντική μείωση σημειώθηκε στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό» και σημαντική αύξηση στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» στο 8μηνο. Οπότε μειώθηκαν σημαντικά οι θετικές στάσεις των εφήβων για τον φυσιολογικό τοκετό και αυξήθηκαν σημαντικά οι θετικές τους στάσεις για την καισαρική τομή. Συγκρίνοντας τις τιμές των παραγόντων αυτών βρέθηκε ότι δεν διέφεραν σημαντικά με τις αντίστοιχες τιμές στην αρχική μέτρηση. Συνεπώς, για τις θετικές στάσεις απέναντι στην καισαρική, οι οποίες μειώθηκαν σημαντικά μετά την παρέμβαση, στους 8 μήνες είχαν επιστρέψει στα αρχικά επίπεδα ($p=0,954$). Επίσης, οι θετικές στάσεις απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό που δεν μεταβλήθηκαν αμέσως μετά την παρέμβαση, αλλά μειώθηκαν στους 8 μήνες, δεν είχαν σημαντική διαφορά από τις αρχικές μετρήσεις ($p=0,279$). Οι υπόλοιποι παράγοντες δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά στους 8 μήνες μετά την παρέμβαση, υποδηλώνοντας ότι η αύξηση στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς διατηρήθηκε στο 8μηνο.

Οι μεταβολές των βαθμολογιών των εφήβων της ομάδας παρέμβασης στο χρόνο, δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί [Εικ. 20].



Εικόνα 20: Μεταβολές των βαθμολογιών των εφήβων της ομάδας παρέμβασης στο χρόνο

Η πρόθεση συγκεκριμένου τρόπου τοκετού, οι πηγές ενημέρωσης, τα συναισθήματα που δημιουργήθηκαν στους εφήβους για τον φυσιολογικό τοκετό και τα θέματα που θα ήθελαν περισσότερη ενημέρωση, δίνονται στον **Πίνακα 3.32** που ακολουθεί ανά μέτρηση και ανά ομάδα.

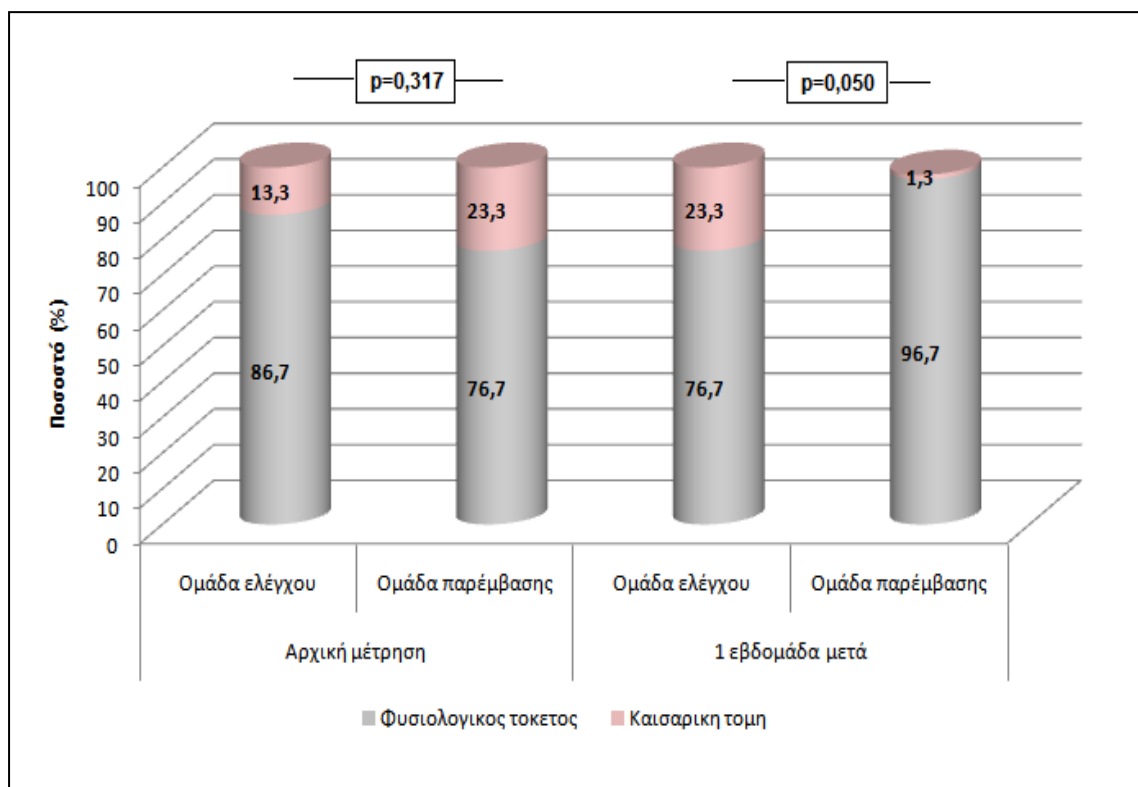
Πίνακας 3.32: Η πρόθεση τοκετού, οι πηγές ενημέρωσης, οι εντυπώσεις και τα θέματα που θα ήθελαν περισσότερη ενημέρωση ανά ομάδα

		Αρχική μέτρηση		1 εβδομάδα μετά		8 μήνες μετά
		Ομάδα ελέγχου	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα παρέμβασης
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Πρόθεση για υιοθέτηση συμπεριφοράς	Φυσιολογικός τοκετός	26 (86,7)	23 (76,7)	23 (76,7)	29 (96,7)	29 (96,7)
	Καισαρική τομή	4 (13,3)	7 (23,3)	7 (23,3)	1 (3,3)	1 (3,3)
	P	0,317+		0,050++		
Νιώθετε πως η στάση σας απέναντι στην εγκυμοσύνη και τον φυσιολογικό	Οπτικά μέσα	5 (16,7)	7 (23,3)	3 (10)	8 (26,7)	8 (26,7)
	Γραπτά μέσα	1 (3,3)	0 (0)	2 (6,7)	2 (6,7)	2 (6,7)
	Εμπειρίες/ ιστορίες φίλων	1 (3,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	5 (16,7)	5 (16,7)
	Εμπειρίες/ ιστορίες μελών οικογένειας	10 (33,3)	9 (30)	13 (43,3)	8 (26,7)	8 (26,7)

τοκετό διαμορφώθηκε κυρίως από	Σχολείο	3 (10)	1 (3,3)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)
	Άλλο	1 (3,3)	0 (0)	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)
	Όλα τα παραπάνω	9 (30)	9 (30)	6 (20)	7 (23,3)	7 (23,3)
	P		0,578++		0,476++	
Από το μέσο από το οποίο ενημερωθήκατε για τον φυσιολογικό τοκετό, οι εντυπώσεις σας ήταν, κατά μέσο όρο	Θετικές	9 (30)	15 (50)	8 (26,7)	8 (26,7)	8 (26,7)
	Αρνητικές	1 (3,3)	2 (6,7)	6 (20)	3 (10)	3 (10)
	Και τα δύο	18 (60)	9 (30)	15 (50)	16 (53,3)	16 (53,3)
	Κανένα από τα δύο	2 (6,7)	4 (13,3)	1 (3,3)	3 (10)	3 (10)
	P		0,116++		0,636++	
Παρακαλώ πείτε μας για ποια θέματα θα θέλατε να ενημερώνεστε καλύτερα	Η διαδικασία της εγκυμοσύνης	4 (13,3)	6 (20)	1 (3,3)	2 (6,7)	2 (6,7)
	Προώθηση μιας υγιούς εγκυμοσύνης(διατροφή, τρόπος ζωής)	6 (20)	2 (6,7)	1 (3,3)	2 (6,7)	2 (6,7)
	Η διαδικασία του τοκετού	0 (0)	4 (13,3)	5 (16,7)	4 (13,3)	4 (13,3)
	Διαθέσιμες υπηρεσίες υγιούς αναπαραγωγής	1 (3,3)	0 (0)	1 (3,3)	2 (6,7)	2 (6,7)
	Τι θα μπορούσε να πάει στραβά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού	2 (6,7)	2 (6,7)	5 (16,7)	3 (10)	3 (10)
	Πώς να συμπεριληφθούν και οι δυο σύντροφοι στην εμπειρία της γέννησης	2 (6,7)	3 (10)	1 (3,3)	2 (6,7)	2 (6,7)
	Όλα τα παραπάνω	15 (50)	13 (43,3)	16 (53,3)	15 (50)	15 (50)
	P		0,264++		0,948++	

Κατά την αρχική μέτρηση τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Στην μια εβδομάδα μετά την παρέμβαση, το ποσοστό των εφήβων που θα επέλεγαν τον φυσιολογικό τοκετό ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα παρέμβασης. Τα υπόλοιπα στοιχεία της 1^{ης} εβδομάδας, δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων.

Η πρόθεση των εφήβων για φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή ανά ομάδα στην αρχική μέτρηση και στην μέτρηση της 1^{ης} εβδομάδας δίνεται στο ακόλουθο γράφημα [Εικ. 21].



Εικόνα 21: Πρόθεση των εφήβων για Φ.Τ. ή Κ.Τ. ανά ομάδα στην αρχική μέτρηση και στην μέτρηση της 1^{ης} εβδομάδας

Στους 8 μήνες, τα στοιχεία του πίνακα 3.32 της ομάδας παρέμβασης ήταν παρόμοια με αυτά της 1^{ης} εβδομάδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως αναφέρθηκε στην αρχή της παρούσας εργασίας, η παγκόσμια αύξηση του ποσοστού των γεννήσεων με καισαρική τομή έχει εγείρει ανησυχίες στην επιστημονική κοινότητα. Πρόσφατη ανασκόπηση συμπεριέλαβε μελέτες που αφορούσαν ένα ευρύ φάσμα μη κλινικών παρεμβάσεων για τη μείωση των περιττών καισαρικών, κυρίως σε ανεπτυγμένες χώρες. Η μελέτη ανέδειξε λίγες παρεμβάσεις, που στόχευαν κυρίως σε επαγγελματίες υγείας (εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών σε συνδυασμό με υποχρεωτική δεύτερη γνώμη, εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών σε συνδυασμό με έλεγχο και ανατροφοδότηση), με αποτελεσματικότητα στην μείωση των ποσοστών της καισαρικής τομής και τόνισε την έλλειψη μελετών, σχετικά με παρεμβάσεις που στοχεύουν σε γυναίκες ή οικογένειες και σε οργανισμούς ή εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης [112].

Ανάλογη ανασκόπηση, συμπεριέλαβε μελέτες που αφορούσαν τις πεποιθήσεων των γυναικών και των κοινοτήτων σχετικά με τη γέννηση, τις ατομικές ανάγκες πληροφόρησης σε θέματα τοκετού, τις αλληλεπιδράσεις με τους επαγγελματίες υγείας και την επιρροή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην μέθοδο τοκετού. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι προτιμήσεις των γυναικών για τον τοκετό ποικίλλουν μεταξύ των πληθυσμών. Οι γυναίκες εκτιμούν τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν ευκαιρίες για διάλογο, είναι εξατομικευμένες (συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης προηγούμενων εμπειριών γέννησης) και συνάδουν με τη διαθέσιμη κλινική φροντίδα και τις συμβουλές του επαγγελματία υγείας με τον οποίο έρχονται σε επαφή. Έτσι η μελέτη προτείνει, οι διάφορες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις να λαμβάνουν υπόψη αυτές τις δυναμικές αλληλεπιδράσεις, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε γυναίκας και την ανάγκη της για συναισθηματική υποστήριξη [113].

Στα παραπάνω ευρήματα, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και τα αποτελέσματα πολύ πρόσφατης ανασκόπησης, που εξέτασε τις απόψεις γυναικών, εγκύων και μη, γυναικών με προηγούμενο ιστορικό καισαρικής τομής, λεχωίδων αλλά και συντρόφων γυναικών, σε σχέση με την καισαρική τομή. Μια ευρεία ποικιλία παραγόντων φαίνεται να επιδρά στις προτιμήσεις των γυναικών για καισαρική τομή ελλείψει ιατρικών ενδείξεων, με σημαντικότερους τον φόβο του πόνου, την αβεβαιότητα του κοιλιακού τοκετού και τις θετικές στάσεις απέναντι στην καισαρική τομή. Η ανασκόπηση προτείνει οι παρεμβάσεις για τη μείωση των περιττών καισαρικών τομών να αντιμετωπίζουν αυτούς τους παράγοντες [20]. Η τελευταία οδηγία του Π.Ο.Υ., σε μια προσπάθεια να

αξιοποιηθούν τα ερευνητικά δεδομένα για τις μη κλινικές παρεμβάσεις με σκοπό τη μείωση των περιττών καισαρικών τομών, ενσωματώνει τις απόψεις, τους φόβους και τις πεποιθήσεις τόσο των γυναικών όσο και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις καισαρικές τομές. Λαμβάνει επίσης υπόψη τη σύνθετη δυναμική και τους περιορισμούς των συστημάτων και οργανισμών υγείας και των σχέσεων μεταξύ γυναικών, επαγγελματιών υγείας και οργάνωσης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης [114].

Και ενώ η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί στην αξία των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, η πρόβλεψη του Π.Ο.Υ. για τα ποσοστά των γεννήσεων με καισαρική τομή είναι, όπως έχει ήδη αναφερθεί στην παρούσα εργασία, αποθαρρυντική. Ένας προβληματισμός αφορά στον σχεδιασμό των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων ο οποίος θα πρέπει να είναι τεκμηριωμένος, βασισμένος σε επιστημονικά δεδομένα. Στην παρούσα έρευνα κατασκευάστηκε ένα εργαλείο, το οποίο διερευνά στάσεις και προθέσεις προς τον τοκετό, σε εφήβους, με αποδεκτά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, όπως είχαμε υποθέσει, πλαισιωμένο από την θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Η κλίμακα αποτελεί πιθανώς, την πρώτη προσπάθεια στην διεθνή βιβλιογραφία να μελετηθεί η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα με ένα σταθμισμένο εργαλείο. Η στατιστική ανάλυση επιβεβαίωσε την αρχική μας υπόθεση για την συσχέτιση των παραγόντων της κλίμακας. Έτσι προέκυψε ότι όσο πιο θετικές απόψεις είχαν οι συμμετέχοντες προς τον φυσιολογικό τοκετό τόσο λιγότερο θετικές απόψεις είχαν προς την καισαρική, τόσο πιο θετικά συναισθήματα είχαν για τον φυσιολογικό τοκετό και τόσο πιο υπέρ θεωρούσαν ότι θα είναι οι κοντινοί τους άνθρωποι αν επέλεγαν οι ίδιοι οι έφηβοι τον φυσιολογικό τοκετό.

Σε ότι αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος φάνηκε ότι τα κορίτσια είχαν περισσότερο θετική στάση απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τα αγόρια. Οι έφηβοι των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος γυμνασίου-λυκείου είχαν λιγότερο θετική στάση απέναντι στον φυσιολογικό τοκετό, σε σύγκριση με τους εφήβους των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος δημοτικού και πιο θετική στάση σε σχέση με τους συμμετέχοντες των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος ΙΕΚ. Κατά τρόπο ανάλογο, όσο ανέβαινε το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας τόσο λιγότερο θετικές ήταν οι στάσεις των εφήβων προς το φυσιολογικό τοκετό. Το αποτέλεσμα αυτό προκύπτει και στη μελέτη της Ardic ,του 2018, [115] και πιθανώς υποδηλώνει ότι καθώς ανεβαίνει το μορφωτικό επίπεδο, περιορίζεται ο χρόνος που τα μέλη μιας οικογένειας επικοινωνούν μεταξύ τους ή ότι η χρήση της τεχνολογίας και ο γρήγορος και προγραμματισμένος τρόπος ζωής αντανakλούν και σε άλλους τομείς δραστηριοποίησης του ατόμου.

Οι συμμετέχοντες που θα ακολουθούσαν τον τομέα Υγείας, Πρόνοιας και Ευεξίας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στον παράγοντα «Σημαντικοί “άλλοι”» θεωρώντας πως ο φυσιολογικός τοκετός προτιμάται από τους οικείους τους ή/και τους επαγγελματίες υγείας. Παρουσίασαν επίσης λιγότερο θετική στάση απέναντι στην καισαρική τομή σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία [40]. Το αποτέλεσμα αυτό θα μπορούσε επίσης να συγκριθεί με τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης των Antić LZ et al. η οποία διερεύνησε την τοκοφοβία σε φοιτητές από διαφορετικά προγράμματα σπουδών και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι φοιτητές από τις επιστήμες υγείας είχαν χαμηλότερα επίπεδα τοκοφοβίας, σε σύγκριση με τους φοιτητές των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών [116]. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι έλαβαν τις περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό από την οικογένεια και λιγότερες από τα επαγγελματικά βιβλία. Με βάση τα παραπάνω δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε την ύπαρξη σχέσης αιτίου-αποτελέσματος, ανάμεσα στον τομέα σπουδών και την πρόθεση επιλογής τοκετού, είναι ωστόσο μια συνθήκη που χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος στην παρούσα έρευνα, δήλωσε πρόθεση να επιλέξει φυσιολογικό τοκετό σε μια μελλοντική ανεπίπλεκτη κύηση, αποτέλεσμα που συμφωνεί με αντίστοιχες μελέτες σε νεανικούς πληθυσμούς [117],[118],[119].

Το ποσοστό προτίμησης για την καισαρική τομή ανήλθε στο 21,5% ένα ποσοστό υψηλότερο σε σχέση με παρόμοιες μελέτες από την διεθνή βιβλιογραφία [120] και αρκετά υψηλό σε σχέση με τις οδηγίες του Π.Ο.Υ., για τα ποσοστά των δικαιολογημένων καισαρικών τομών. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το συγκεκριμένο ποσοστό αν αναλογιστεί κανείς ότι ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν μόλις 15,5 έτη. Η ερμηνεία του συγκεκριμένου αποτελέσματος θα ήταν σκόπιμο να λάβει υπόψη ένα σύνολο παραγόντων που δημιουργούν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνουν χώρα οι επιλογές τοκετού στην Ελλάδα. Έτσι, οι μαιευτικές υπηρεσίες οι οποίες συνιστούν σημαντικό μέρος της περιγεννητικής υγείας, αποτελούν μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), η οποία στη χώρα μας δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς. Η μειωμένη συμμετοχή των μαιών στις μαιευτικές διαδικασίες και η ιατροποίηση του τοκετού, έχουν συμβάλλει στη διαμόρφωση της ελληνικής πραγματικότητας όπως περιεγράφηκε το Μάρτιο του 2013, όταν δημοσιοποιήθηκαν στη Γενεύη οι καταληκτικές παρατηρήσεις της Επιτροπής του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών (CEDAW) για τη χώρα μας. Σε αυτές

συμπεριλαμβάνεται η ανησυχία για «το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό των καισαρικών τομών που πραγματοποιούνται σε δημόσια (40%) και ιδιωτικά (έως 65%) νοσοκομεία *«χωρίς ιατρική αιτιολόγηση»*. Σύμφωνα με την Επιτροπή, αυτού του είδους η διαχείριση του τοκετού συνιστά *«διάκριση κατά των γυναικών»* η οποία πρέπει να εξαλειφθεί. Την ίδια στιγμή, ο Π.Ο.Υ. αλλά και ο νόμος 4486/2017 (άρθρο 12) για την μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, υπερτονίζουν την ανάγκη για παροχή συμβουλευτικής και ενημέρωσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας με σκοπό την αναχαίτηση της ραγδαίας αύξησης των Κ.Τ.

Τι συμβαίνει όμως με πληθυσμιακές ομάδες όπου δεν υπάρχει σαν προοπτική, στο άμεσο μέλλον τους, η διαχείριση επιλογών τοκετού, όπως οι έφηβοι; Στην παρούσα μελέτη, τα ποσοστά των απαντήσεων, «Ούτε συμφωνώ-ούτε διαφωνώ=Δεν γνωρίζω» στις ερωτήσεις της κλίμακας που διερεύνησε τις στάσεις και τις απόψεις των συμμετεχόντων σε θέματα που σχετίζονται με τον Φ.Τ και την Κ.Τ. κυμάνθηκαν, όπως είχαμε υποθέσει σε υψηλά επίπεδα, από 18,1% έως 48,6%. Ταυτόχρονα, η πλειονότητα των εφήβων διαμόρφωσε τη στάση του απέναντι στην εγκυμοσύνη και τον φυσιολογικό τοκετό κυρίως από τις εμπειρίες/ιστορίες μελών της οικογένειάς του, με το ποσοστό των συμμετεχόντων που ενημερώθηκε μέσα από εκπαιδευτικές διαδικασίες να φτάνει μόλις το 4,8%, και τους μισούς περίπου συμμετέχοντες να αναφέρουν και θετικές και αρνητικές εντυπώσεις για τον τοκετό. Από την ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι, οι συμμετέχοντες που είχαν αρνητικές εντυπώσεις είχαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό πρόθεσης να γεννήσουν με καισαρική τομή, ένα αποτέλεσμα που φαίνεται να συμφωνεί με την μελέτη των Thomson et al. που σχετίζει τις αρνητικές εντυπώσεις για τον Φ.Τ με υψηλότερα ποσοστά φόβου [38].

Σε σχέση με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, την αντίληψη δηλαδή των συμμετεχόντων για την πραγματική τους ικανότητα να επιλέξουν μελλοντικά το Φ.Τ, οι έφηβοι που ήταν πρόθυμοι για καισαρική τομή είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους εφήβους που ήταν πρόθυμοι για φυσιολογικό τοκετό. Το συμπέρασμα αυτό έρχεται να αναδείξει το αποτέλεσμα που μοιάζει να υπάρχει διαχρονικά σε όλες τις μελέτες, ότι ο φόβος για τον πόνο του Φ.Τ και η έλλειψη αυτοπεποίθησης συνδέονται με αβεβαιότητα για τις επιλογές τοκετού και προτίμηση για την Κ.Τ.

Η αναζήτηση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την πρόθεση για Κ.Τ έδειξε, όπως υποθέσαμε, ότι όλοι οι παράγοντες της κλίμακας που κατασκευάστηκε σχετίζονται με την πρόθεση επιλογής Κ.Τ. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν

πρόθεση για καισαρική τομή είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή και σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς τον φυσιολογικό τοκετό, τη Συναισθηματική διάσταση των στάσεων προς τον Φ.Τ, τη διάσταση «Σημαντικοί "άλλοι"» καθώς και στον Αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς. Λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω συσχετισμούς, σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια μια ωριαία εκπαιδευτική ενότητα με σκοπό να αναδειχθούν τα πλεονεκτήματα του Φ.Τ. και η ανάγκη συμμετοχής και των δυο συντρόφων στη γέννηση. Θεωρήθηκε ότι η παρουσίαση του φυσιολογικού τρόπου γέννησης, χωρίς το δίλλημα Φ.Τ ή Κ.Τ., θα έδινε στους συμμετέχοντες την ευκαιρία να γνωρίσουν καλύτερα την γέννηση, χωρίς την επιβάρυνση του άγχους της σύγκρισης με έναν επεμβατικό τοκετό. Λαμβάνοντας επίσης κατά νου ότι στην ερώτηση «για ποια θέματα θα θέλατε να ενημερώνεστε καλύτερα;» η απάντηση με το μεγαλύτερο ποσοστό εκτός του «όλα τα παραπάνω» ήταν «τι θα μπορούσε να πάει στραβά κατά την διάρκεια ενός Φ.Τ» έγινε προσπάθεια να ευαισθητοποιηθούν αγόρια και κορίτσια στην απόλυτα φυσική διαδικασία της γέννησης.

Αρχικά οι δύο ομάδες, ελέγχου και παρέμβασης, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και οι βαθμολογίες σε όλους τους παράγοντες των στάσεων ήταν παρόμοιες. Στην μέτρηση που έγινε μία εβδομάδα μετά, η βαθμολογία στον παράγοντα «Γνωσιακή διάσταση των στάσεων προς την καισαρική τομή» ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους έφηβους της ομάδας παρέμβασης, υποδηλώνοντας λιγότερο θετικές στάσεις απέναντι στην καισαρική, σε σχέση με τους έφηβους της ομάδας ελέγχου. Παράλληλα, η βαθμολογία στον παράγοντα «Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς» ήταν σημαντικά υψηλότερη στους έφηβους της ομάδας παρέμβασης, υποδηλώνοντας μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση προς το Φ.Τ, σε σχέση με τους έφηβους της ομάδας ελέγχου. Οι βαθμολογίες στους παράγοντες αυτούς μεταβλήθηκαν σημαντικά στην 1^η εβδομάδα σε σύγκριση με την αρχική μέτρηση μόνο στην ομάδα παρέμβασης, ενώ στην ομάδα ελέγχου παρέμειναν σε παρόμοια με τα αρχικά επίπεδα. Προκειμένου να ελεγχθεί κατά πόσο διατηρήθηκε η μεταβολή, 8 μήνες μετά, το ερωτηματολόγιο δόθηκε εκ νέου, στα παιδιά της ομάδας παρέμβασης. Συγκρίνοντας τις τιμές των παραγόντων της κλίμακας των στάσεων, βρέθηκε ότι δεν διέφεραν σημαντικά σε σχέση με τις αντίστοιχες τιμές στην αρχική μέτρηση εκτός από την αύξηση στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, μεταβολή η οποία διατηρήθηκε στο 8μηνο. Σε σχέση με την πρόθεση επιλογής τοκετού, μια εβδομάδα μετά την παρέμβαση, το ποσοστό των εφήβων που θα επέλεγαν τον

φυσιολογικό τοκετό ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα παρέμβασης, ωστόσο 8 μήνες μετά η μεταβολή δεν είχε διατηρηθεί.

Από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι τόσο οι απόψεις όσο και η αυτοπεποίθηση είναι παράγοντες τροποποιήσιμοι εφόσον οι παρεμβάσεις είναι στοχευμένες και σχεδιάζονται τεκμηριωμένα. Πρόσφατη μελέτη του 2018 για την διαχείριση της τοκοφοβίας υπερτονίζει τη θεωρητική πλαισίωση ανάλογων παρεμβάσεων ώστε να εμβαθύνουν στην κατανόηση των ψυχολογικών διεργασιών που οδηγούν στην εκδήλωση τοκοφοβίας και προτείνει την συνεργασία μεταξύ μαιών, ψυχολόγων και δομών υγείας, ώστε να διασφαλίζεται η έγκαιρη και αποτελεσματική φροντίδα για γυναίκες με υψηλά επίπεδα φόβου τοκετού [121].

Από την οπτική της εκπαίδευσης, είναι γεγονός ότι η αποτελεσματικότητα της εκπαιδευτικής διαδικασίας είναι συνυφασμένη με το χρόνο που αυτή συμβαίνει και η περίοδος της βασικής εκπαίδευσης θεωρείται η πλέον κατάλληλη για την απόκτηση γνώσεων και τη διαμόρφωση πεποιθήσεων, στάσεων και τελικά συμπεριφορών. Ένας ακόμη παράγοντας που επιδρά στην μάθηση είναι ανατροφοδότηση. Παραδοσιακά, οι διαδικασίες της αξιολόγησης μιας παρέμβασης είναι γραμμικές. Στο τέλος της παρέμβασης, οι εκπαιδευτικοί αποτιμούν την επίτευξη των μαθησιακών στόχων και οι μαθητές λαμβάνουν πληροφορίες για την πρόοδό τους. Αυτό συνέβη και στην παρούσα μελέτη όπως φάνηκε στις μετρήσεις μία εβδομάδα από το τέλος της παρέμβασης. Ωστόσο, η μάθηση αλλάζει, και πολύπλοκες συνθήκες σε ατομικό και κοινωνικό πλαίσιο αναδύονται καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη να αλλάξουν και οι μορφές αξιολόγησης και ανατροφοδότησης. Το γεγονός ότι στην εποχή της πληροφορίας οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη ανέφεραν έλλειψη πληροφόρησης εγείρει ανησυχίες. Προτείνεται, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην διαμόρφωση θετικών στάσεων προς τον Φ.Τ, να ξεκινούν σε πρώιμα στάδια, όπως για παράδειγμα στο δημοτικό ή στην προσχολική περίοδο, προσαρμοσμένα στο ελάχιστο υπόβαθρο ωριμότητας και γνώσης για να μπορέσουν να τύχουν επεξεργασίας και κατανόησης. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να έχουν συνέχεια, να επιτρέπουν άμεση, ακριβή και πλούσια πληροφόρηση, να εμπλέκουν τους μαθητές στην μαθησιακή διαδικασία, να εμπλουτίζονται με την ηλικία (αντισύλληψη, οικογενειακός προγραμματισμός), να εξατομικεύονται και να προσεγγίζουν ολιστικά και βιωματικά τα θέματα της γέννησης και της αναπαραγωγικής υγείας. Οι μαιές και οι μαιευτές μπορούν να σχεδιάσουν και να υποστηρίξουν τέτοιου

είδους παρεμβάσεις σε συνεργασία με την σχολική κοινότητα, όπως προτείνεται και στην πρόσφατη οδηγία του Π.Ο.Υ., για την μείωση των Κ.Τ.

4.1 Προτάσεις για μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες.

Οι μελλοντικές μελέτες που θα αφορούν σε στάσεις και αντιλήψεις εφήβων σε θέματα τοκετού και αναπαραγωγικής υγείας, προτείνεται να χρησιμοποιούν σταθμισμένα εργαλεία. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις να ενταχτούν στο αναλυτικό πρόγραμμα, να γίνονται από μαίες/τες ή εκπαιδευτικούς με επιμόρφωση, ενώ σκόπιμο θα ήταν να σχεδιαστούν τυχαιοποιημένες μελέτες που θα ελέγξουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

4.2 Περιορισμοί της παρούσας έρευνας.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης, προήλθε από την Α΄ τάξη Επαγγελματικών Λυκείων. Οι σχολικές μονάδες ήταν από το λεκανοπέδιο της Αττικής και μόνο τέσσερις από την περιφέρεια. Έτσι τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της κλίμακας θα πρέπει να αξιολογηθούν και σε άλλους πληθυσμούς (π.χ. μαθητές Γενικών Λυκείων) καθώς και σε άλλα γεωγραφικά διαμερίσματα. Ιδανικά, θα ήταν επιθυμητό, η έρευνα να είχε συμπεριλάβει αξιολόγηση της συναισθηματικής κατάστασης των υποκειμένων καθώς όπως προαναφέρθηκε, πρόκειται για χαρακτηριστικό που επιδρά καταλυτικά στις προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας του ατόμου, ωστόσο πολλές επιφυλάξεις κατά την προκαταρκτική έρευνα, από γονείς, εκπαιδευτικούς αλλά και εκπροσώπους του ΙΕΠ, απέτρεψαν αυτή την μέτρηση. Οι παράγοντες της κλίμακας καθώς και η προβλεπτική τους ικανότητα σε σχέση με την επιλογή είδους τοκετού, θα πρέπει επίσης να μελετηθούν σε ευρύτερα δείγματα. Για τους παραπάνω λόγους τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι δύσκολο να γενικευτούν, ωστόσο, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι είναι η πρώτη μελέτη που εξετάζει στάσεις και πρόθεση απέναντι σε συγκεκριμένο είδος τοκετού σε εφήβους με τόσο χαμηλό μέσο όρο ηλικίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Υπουργείο Υγείας. Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε.). Κατευθυντήριες οδηγίες και συναινέσεις ασθενών στη Μαιευτική και Γυναικολογία. Κατευθυντήρια οδηγία Νο 12. 2014.
- [2] Τζεβελέκης Φ, Παπαδόπουλος Α, Τσαλίκης Τ, Σταματόπουλος Χ. Καισαρική Τομή: Νεότερα Δεδομένα. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία. 2008 20(2):139-145.
- [3] World Health Organization (WHO). WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva, 2015.
- [4] Linton A, Peterson MR, Williams TV. Effects of Maternal Characteristics on Cesarean Delivery Rates among U.S. Department of Defense Healthcare Beneficiaries, 1996-2002. *Birth* 2004; 1:3-11. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.0268. x.
- [5] Cavallaro FL, Cresswell JA, Ronsmans C. Obstetricians' Opinions of the Optimal Cesarean Rate: A Global Survey. *PLoS One* 2016;3:e0152779.
- [6] Yang YT, Mello MM, Subramanian SV, et al. Relationship Between Malpractice Litigation Pressure and Rates of Cesarean Section and Vaginal Birth After Cesarean Section. *Medical Care* 2009; 2:234-242. doi:10.1097/MLR.0b013e31818475de
- [7] Loke A, Davies L, Li S. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. *BMC Health Services Research*. 2015; 15:274.
- [8] Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates *BMJ Glob Health*. 2021 Jun; 6(6): e005671. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671.
- [9] Tampakoudis P, Assimakopoulos E, Grimbizis G, Zafrakas, M, Tampakoudis G, Mantelenakis S, Bontis. Cesarean section rates and indications in Greece: Data from a 24-year period in a teaching hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2004 31(4), pp. 289–292.
- [10] Mossialos E, Allin S, Karras K, Davaki K. An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience *Eur J Public Health*. 2005 Jun;15(3):288-95. doi:10.1093/eurpub/cki002. Epub 2005 May 27

- [11] ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2019 Feb;133(2): e110-e127.
- [12] American College of Obstetricians and Gynecologists. Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Mar;210(3):179-93.
- [13] Royal college of Obstetricians & Gynecologists. Choosing to have a caesarean section. United Kingdom, 2015.
- [14] American College of Obstetricians and Gynecologists. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. *Obstetric Care Consensus No. 1*, 2014.
- [15] Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC* 2016 16, 90 doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1
- [16] Ye J, Betran AP, Torloni MR, Mikolajczyk RT, Gulmezoglu A, Zhang J. Association between caesarean section and maternal and neonatal mortality: a worldwide population-based ecologic study. *BJOG* 2016 Apr;123(5):745-53. doi:10.1111/1471-0528.13592. Epub 2015 Aug 24
- [17] Sandall J, Tribe RM, Avery L, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children *Lancet* 2018 Oct 13;392(10155):1349-1357. doi:10.1016/S0140-6736(18)31930-5
- [18] Chertok IR, Shoham-Vardi I. Infant hospitalization and breastfeeding post-caesarean section. *Br J Nurs.* 2008 Jun 26-Jul 9;17(12):786-91.
- [19] Cho CE, Norman M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 Apr;208(4):249-54.
- [20] Colomar M, Opiyo N, Kingdon C, Long Q, Nion S, Bohren MA, Betran AP. Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. *PLoS One.* 2021; 5;16(5): e0251072. doi: 10.1371/journal.pone.0251072
- [21] Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, et al. The Influence of Women's Fear, Attitudes and Beliefs of Childbirth on Mode and Experience of Birth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12:55.
- [22] Fenwick J, Toohill J, Gamble J, et al. Effects of a Midwife Psycho-education Intervention to Reduce Childbirth Fear on Women's Birth Outcomes and

- Postpartum Psychological Wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015; 15:284.
- [23] Bagherian-Afrakoti N, Alipour A, Pourasghar M, et al. Assessment of the Efficacy of Group Counselling Using Cognitive Approach on Knowledge, Attitude, and Decision making of Pregnant Women about Modes of Delivery. *Health Care for Women International* 2018;6:684-696
- [24] Yousefzadeh S, Darmiyan ME, Younesi MA, et al. The Effect of a Training Program during Pregnancy on the Attitude and Intention of Nulliparous Women to Choose the Delivery Mode. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2016; 4:704-711.
- [25] Kızıllırmak A and Başer M. The Effect of Education Given to Primigravida Women on Fear of childbirth. *Applied Nursing Research* 2016; 29:19-24.
- [26] Hajizadeh S, Tehrani RF, Simbar M, et al. Effects of Recruiting Midwives into a Family Physician Program on Women's Awareness and Preference for Mode of Delivery and Caesarean Section Rates in Rural Areas of Kurdistan. *PloS One* 2016;4: e0151268.
- [27] Dadipoor S, Mehraban M, Aghamolaei T, et al. Prediction of Birth Type Based on the Health Belief Model. *Journal of Family & Reproductive Health* 2017; 3:159-164.
- [28] Bagherian-Afrakoti N, Pourasghar M, Shirvani MA, et al. A Review on Strategies to Important Knowledge and Attitude of Iranian Pregnant Women Requesting for Caesarean. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2016; 4:4455.
- [29] Preis H, Gozlan M, Dan U, et al. A Quantitative Investigation into Women's Basic Beliefs about Birth and Planned Birth Choices. *Midwifery* 2018; 63:46-51.
- [30] Haines H, Rubertsson C, Pallant JF, et al. Women's Attitudes and Beliefs of Childbirth and Association with Birth Preference: A Comparison of a Swedish and an Australian Sample in Mid-pregnancy. *Midwifery* 2012;6: E850-E856.
- [31] Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, et al. Self-efficacy Beliefs and Fear of Childbirth in Nulliparous Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2013; 3:116-121
- [32] Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean Section on Maternal Request: Reasons for the Request, Self-estimated Health, Expectations, Experience of Birth and

- Signs of Depression Among First-time Mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 4:451-456.
- [33] Hall WK, Stoll K, Hutton EK, et al. A Prospective Study of Effects of Psychological Factors and Sleep on Obstetric Interventions, Mode of Birth, and Neonatal Outcomes Among Low-Risk British Columbian Women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;1.
- [34] Lampman C, Phelps A. College Students' Knowledge and Attitudes About Cesarean Birth. *Birth* 1997; 3:159-164.
- [35] Cleeton ER. Attitudes and Beliefs About Childbirth Among College Students: Results of an Educational Intervention. *Birth* 2001; 3:192-200.
- [36] Stoll K, Fairbrother N, Carty E, et al. "It's All the Rage These Days": University Students' Attitudes Toward Vaginal and Cesarean Birth. *Birth* 2010; 2:133-140.
- [37] Stoll K, Hall W, Janssen P, et al. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery* 2014; 2:220-226.
- [38] Thomson G, Stoll K, Downe S, et al. Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2016; 1:37-44.
- [39] Dejoy SB. "Midwives Are Nice, But ...": Perceptions of Midwifery and Childbirth in an Undergraduate Class. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2010; 2:117-123.
- [40] Stoll KH, Hauck YL, Downe S, et al. Preference for Cesarean Section in Young Nulligravid Women in Eight OECD Countries and Implications for Reproductive Health Education. *Reproductive Health* 2017; 1:116.
- [41] Allport, G.W. (1935) Attitudes. In: Murchison, C., Ed., *Handbook of Social Psychology*, Clark University Press, Worcester, MA, 798-844.
- [42] Rosenberg M., Hovland C. (1960) *Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes*. Yale University Press, New Haven.
- [43] Rokeach M. *Beliefs, attitudes and values*. San Francisco: Jossey-Bass, 1968.
- [44] Sherif CW, Sherif M, Nebergall RE. (1965) *Attitude and attitude change*. Philadelphia: Saunders.
- [45] Wicker AW. Attitudes versus action: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues*, 1969, 25, 41-78.

- [46] Eccles M, Grimshaw J, Walker A, Johnston M, Pitts N. Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *J Clin Epidemiol.* 2005; 58:107–12.
- [47] Hochbaum G, Rosenstock I, Kegels S. (1952) Health Belief Model. United States Public Health Service.
- [48] Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 1974; 2, 324- 508.
- [49] Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q.* 1988; 15(2):175-83.
- [50] Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later *Health Educ Q.*1984; 11(1):1-47.
- [51] Conner M, Norman P. The Role of Social Cognition in Health Behaviors. In: Conner, M. and Norman, P., Eds., *Predicting Health Behavior*, Open University Press, Buckingham,1996; 1-21.
- [52] Glanz K, Rimer B, Lewis F. (2002) *Health behavior and health education. Theory, research and practice.* Wiley & Sons, San Francisco.
- [53] Fishbein M. A theory of reasoned action: Some applications and implications. *Nebraska Symposium on Motivation*,1979; 27, 65-116.
- [54] Sheppard BH, Hartwick J, Warshaw PR. The Theory of Reasoned Action: A Meta-Analysis of Past Research with Recommendations for Modifications and Future Research *Journal of Consumer Research*,1988; 15, (3), 325–343.
- [55] Montaño DE, Kasprzyk D. (2015) Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. "V." Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (95-124). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- [56] Armitage C, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol.* 2001; 40(4):471-99.
- [57] Ajzen I. (1985) From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckamn (Eds.), *Action Control: From Cognition to Behavior.* (11-39). Heidelberg: Springer.
- [58] Ajzen I. (1991) *Attitudes, personality and behavior.* Milton Keynes: Open University Press.

- [59] Ajzen I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*,2002; 32(4), 665-683.
- [60] Ajzen I. The Theory of Planned Behaviour: Reactions and Reflections. *Psychology & Health*, 2011; 26, 1113-1127.
- [61] Ajzen I. (2002) Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations.
- [62] Ajzen I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior* (2nd. Edition). Milton-Keynes, England: Open University Press / McGraw-Hill.
- [63] Krawczyk AL, Perez S, Lau E, Holcroft CA, Amsel R, Knäuper B, Rosberger Z. Human papillomavirus vaccination intentions and uptake in college women. *Health Psychology*,2012; 31(5), 685-693.
- [64] Gibbons FX, Gerrard M, Blanton H, Russell DW. Reasoned action and social reaction: willingness and intention as independent predictors of health risk. *J Pers Soc Psychol.* 1998; 74(5):1164-80.
- [65] Ajzen I. & Fishbein M. (2005) The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- [66] Kor K, Mullan BA. Sleep hygiene behaviours: An application of the theory of planned behaviour and the investigation of perceived autonomy support, past behaviour and response inhibition. *Psychology & Health*, 2011; 26(9), 1208-1224.
- [67] Hagger M, Chatzisarantis NLD, Hein V, Soos I, Karsai I, Lintunen T et al. Teacher, peer and parent autonomy support in physical education and leisure-time physical activity: A trans-contextual model of motivation in four nations. *Psychology & Health*, 2009; 24, 689-711
- [68] Hassandra M, Vlachopoulos SP, Kosmidou E, Hatzigeorgiadis A, Goudas M, Theodorakis Y. Predicting students' intention to smoke by theory of planned behaviour variables and parental influences across school grade levels. *Psychology & Health*, 2011; 26(9), 1241-1258.
- [69] Wolff, K., Nordin, K., Brun, W., Berglund, G., & Kvale, G. Affective and cognitive attitudes, uncertainty avoidance and intention to obtain genetic testing: An extension of the Theory of Planned Behaviour. *Psychology & Health*,2011; 26(9), 1143-1155.

- [70] Norman P. & Cooper Y. The theory of planned behaviour and breast self-examination: Assessing the impact of past behaviour, context stability and habit strength. *Psychology & Health*, 2011; 26(9), 1156-1172.
- [71] Kraft P, Rise J, Sutton S, Røysamb E. Perceived difficulty in the theory of planned behaviour: perceived behavioural control or affective attitude? *Br J Soc Psychol*. 2005 Sep;44(Pt 3):479-96.
- [72] Conner M, Armitage C. Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research *Journal of Applied Social Psychology*1998; 28(28):1430-1464.
- [73] Rapaport P, Orbell S. Augmenting the theory of planned behaviour: Motivation to provide practical assistance and emotional support to parents. *Psychology & Health*, 2000 (15), 309-324.
- [74] Pligt J, Vries N.K. Belief importance in expectancy value models of attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 1998;28,1339-1354.
- [75] Arvola A, Vassallo M, Dean M, Lampila P, Saba A, Lähteenmäki L, Shepherd R. Predicting intentions to purchase organic food: the role of affective and moral attitudes in the Theory of Planned Behavior. *Appetite*. 2008; 50(2-3):443-54.
- [76] McKee SA, Wall AM, Hinson RE, Goldstein A, Bissonnette M. Effects of an implicit mood prime on the accessibility of smoking expectancies in college women. *Psychol Addict Behav*. 2003; 17(3):219-25.
- [77] Ajzen I & Sheikh S. Action versus inaction: Anticipated affect in the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(1), 2013; 155-162.
- [78] Anderson CB, Wetter DW, Pollak, K.I. Relations between self-generated positive and negative expected smoking outcomes and smoking behavior: an explanatory study among adolescents. *Psychol Addict Behav*, 2002; 16:196-204.
- [79] Cooke R, Dahdah M, Norman P, French DP. How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2016 Jun;10(2):148-67. doi: 10.1080/17437199.2014.947547. Epub 2014 Sep 17.
- [80] Duncan MJ, Rivas A, Jordan C. Brief report: understanding intention to be physically active and physical activity behaviour in adolescents from a low socio-economic status background: an application of the Theory of Planned Behaviour.

- J Adolesc. 2012 Jun;35(3):761-4. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.07.017. Epub 2011 Aug 5. PMID: 21820730.
- [81] Shaun K Riebl, Paul A Estabrooks, Julie C Dunsmore, Jyoti Savla, Madlyn I Frisard, Andrea M Dietrich, Yiming Peng, Xiang Zhang, Brenda M Davy A systematic literature review and meta-analysis: The Theory of Planned Behavior's application to understand and predict nutrition-related behaviors in youth *Eat Behav* 2015 Aug;18:160-78. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.05.016.
- [82] Norman P, Cooper Y. The theory of planned behaviour and breast self-examination: Assessing the impact of past behaviour, context stability and habit strength. *Psychology and Health*, 2011; 26: 1156–1172.
- [83] Zhuling L, Yang JZ, Spierre Clark S, Shelly M. Recycling as a planned behavior: the moderating role of perceived behavioral control *Springer* October 2021 *Environment Development and Sustainability*. DOI: 10.1007/s10668-021-01894-z
- [84] Xiao X, Wong R M Vaccine hesitancy and perceived behavioral control: A meta-analysis *Vaccine*. 2020 Jul 14;38(33):5131-5138. doi:10.1016/j.vaccine.2020.04.076.
- [85] Guo JL, Wang TF, Liao JY, Huang CM Efficacy of the theory of planned behavior in predicting breastfeeding: Meta-analysis and structural equation modeling *Appl Nurs Res* . 2016 Feb; 29:37-42. doi: 10.1016/j.apnr.2015.03.016
- [86] Ghaffari M, Afshari A, Rakhshanderou S, Armoon B. Using theory of planned behavior for prediction of delivery mode among pregnant women: a theory-based cross-sectional research *Int J Adolesc Med Health*. 2017 Nov 23;32(2). doi:10.1515/ijamh-2017-0106.
- [87] Prochaska JO & DiClemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1982; 19(3), 276-288.
- [88] Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Res Q Exerc Sport*. 1992; 63(1):60-6.
- [89] Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC & Fava J. Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 56(4), 520-528

- [90] Zimmerman BJ & Schunk DH. (2003). Albert Bandura: The scholar and his contributions to educational psychology. In B. J. Zimmerman & D. H. Schunk (Eds.), *Educational psychology: A century of contributions* (pp. 431-457). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- [91] Bandura A. (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- [92] Pajares F. Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 1996; 66(4), 543-578.
- [93] Schunk DH. Self-efficacy and classroom learning. *Psychology in the Schools*, 1985; 22(2), 208-223.
- [94] Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 1982a 37, 122-147.
- [95] Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 1993; 28, 117-148.
- [96] Bandura A. (1995) *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- [97] Bandura A. (1997a) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- [98] Bandura A. (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company, New York.
- [99] Bandura A., Jourden, F. J. Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991; 60(6), 941-951.
- [100] Control Beliefs: Health Perspectives K. Wallston, in *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2001
- [101] Comrey AL. (1973). *A first course in factor analysis*. New York: Academic Press.
- [102] Gorsuch RL. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- [103] Nunnally JC. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- [104] Αλεξόπουλος ΔΣ. (1998a). *Ψυχομετρία: Σχεδιασμός τεστ και ανάλυση ερωτήσεων* (Α και Β τόμος). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- [105] Comrey AL & Lee HB. (1992). *A first course in factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- [106] MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S & Hong S. Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 1999; 4, 84-99.

- [107] Bryant FB & Yarnold PR. (1995). Principal components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 99-136). Washington, DC: American Psychological Association.
- [108] Arrindell WA & Van der Ende J. (1985). An empirical test of the utility of the observations-to-variables ratio in factor and components analysis. *Applied Psychological Measurement*, 9, 165-178
- [109] Stoll K, Hauck Y, Downe S, Edmonds J, Gross M, Malott A , McNiven P, Swift E , Thomson G, Hall WK. Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy *Sex Reprod Healthc* 2016 Jun;8:49-54. doi: 10.1016/j.srhc.2016.02.004. Epub 2016 Mar 4).
- [110] Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* 2007; 30: 459–467. pmid:17654487. doi:10.1002/nur.20199
- [111] Gignac G E. (2009). Psychometrics and the measurement of emotional intelligence. In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. A. Parker (Eds.), *The Springer series on human exceptionality. Assessing emotional intelligence: Theory, research, and applications* (p. 9–40). Springer Science + Business Media. doi:org/10.1007/978-0-387-88370-0_2
- [112] Innie Chen, Newton Opiyo, Emma Tavender, Sameh Mortazhejri, Tamara Rader, Jennifer Petkovic, Sharlini Yogasingam, Monica Taljaard, Sugandha Agarwal, Malinee Laopaiboon, Jason Wasiak, Suthit Khunpradit, Pisake Lumbiganon, Russell L Gruen, Ana Pilar Betran Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Sep 28;9(9):CD005528. doi: 10.1002/14651858.CD005528.pub3.
- [113] Kingdon C, Downe S, Betran AP. Women's and communities' views of targeted educational interventions to reduce unnecessary caesarean section: a qualitative evidence synthesis *Reprod Health*. 2018 Jul 24;15(1):130. doi: 10.1186/s12978-018-0570-z.
- [114] doi: 10.1002/14651858.CD005528.pub3. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section)
- [115] Ardic C. Role of mother education level in delivery method preference. *Family Practice and Palliative Care*. 2018; 3(1): 28-32.

- [116] Antić LZ, Radoš SN, Jokić-Begić N Are non-pregnant women afraid of childbirth? Prevalence and predictors of fear of childbirth in students *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2019 Sep;40(3):226-231. doi: 10.1080/0167482X.2018.1470162. Epub 2018 May 10
- [117] Mazzoni, A., Althabe, F., Gutierrez, L. et al. Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16, 34. doi.org/10.1186/s12884-016-0824-0
- [118] Liang H, Fan Y, Zhang N, Chongsuvivatwong V, Wang Q, Gong J, Sriplung H. Women's cesarean section preferences and influencing factors in relation to China's two-child policy: a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*. 2018; 12:2093-2101 doi.org/10.2147/PPA.S171533
- [119] Buyukbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karsidag AYK, Bektas E, Unal O & Turan C. Caesarean delivery or vaginal birth: Preference of Turkish pregnant women and influencing factors, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*.2010; 30:2, 155-158, doi: 10.3109/01443610903461436
- [120] Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2011 Mar;118(4):391-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02793. x. Epub 2010 Dec 7. PMID: 21134103; PMCID: PMC3312015.
- [121] Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions *Midwifery*. 2018 Jun;61: 97-115.doi: 10.1016/j.midw.2018.02.013.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητή/τέ μαθήτριά/τή,

Το ερωτηματολόγιο που κρατάς έχει σκοπό να καταγράψει τις απόψεις σου σχετικά με τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή .

Οι πληροφορίες που δίνεις θα χρησιμοποιηθούν για να σχεδιάσουμε προγράμματα αγωγής υγείας για νέους σαν εσένα.

Η συμμετοχή σου στην έρευνα είναι **εθελοντική**.

Μην γράψεις το όνομά σου πάνω στο ερωτηματολόγιο.

Οι απαντήσεις που θα δώσεις θα κρατηθούν **μυστικές**.

Σγουρέψου ότι διάβασες **προσεκτικά** κάθε ερώτηση.

Τσέκαρε **ξεκάθαρα** το τετραγωνάκι ή τον «αριθμό» που προτιμάς.

Ευχαριστούμε για την πολύτιμη βοήθειά σου.

ΣΧΟΛΕΙΟ _____

1) Πόσο χρονών είσαι;

2) Είσαι:

Αγόρι

Κορίτσι

Θα προτιμούσα να μην απαντήσω

3) Ποια είναι η εκπαίδευση των γονιών σου;

(σημείωσε στο τετραγωνάκι τον αριθμό της επιλογής σου)

A) Πατέρας:

B) Μητέρα:

1. Δημοτικό
2. Γυμνάσιο – Λύκειο
3. ΙΕΚ-Τεχνική Σχολή
4. Πανεπιστήμιο-ΤΕΙ
5. Μεταπτυχιακό
6. Διδακτορικό

4) Γεννήθηκες στην Ελλάδα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

5) Από ποια χώρα κατάγεσαι;

6) Πόσα χρόνια έχεις ζήσει στην Ελλάδα;

7) Ποιος είναι ο τομέας επιλογής σου για την Β' τάξη;

- Τομέας Γεωπονίας και Περιβάλλοντος
- Τομέας Διοίκησης και Οικονομίας
- Τομέας Δομικών Έργων, Δομημένου Περιβάλλοντος και Αρχιτεκτονικού Σχεδιασμού
- Τομέας Εφαρμοσμένων Τεχνών
- Τομέας Ηλεκτρολογίας, Ηλεκτρονικής και Αυτοματισμού
- Τομέας Μηχανολογίας
- Τομέας Ναυτιλιακών Επαγγελμάτων
- Τομέας Πληροφορικής
- Τομέας Υγείας-Πρόνοιας-Ευεξίας

8) Φαντάζεσαι τον εαυτό σου να αποκτά παιδιά κάποια στιγμή στο μέλλον;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Παρακαλώ βαθμολογήστε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες δηλώσεις επιλέγοντας μια από τις 5 απαντήσεις από κάτω. Είτε είστε κορίτσι που θα διαχειριστεί μια μελλοντική εγκυμοσύνη είτε είστε αγόρι, που θα υποστηρίξει μια έγκυο γυναίκα, παρακαλείσθε να βαθμολογήσετε τις παρακάτω δηλώσεις έχοντας τον εκάστοτε ρόλο κατά νου.

Λάβετε υπόψη τις παρακάτω αντιστοιχίες:

Δεν συμφωνώ- Ούτε διαφωνώ = Δεν γνωρίζω ή δεν έχω άποψη

Διαφωνώ = Είναι προσωπική μου άποψη ότι η δήλωση δεν ισχύει

Διαφωνώ πολύ = Έχω διασταυρώσει ότι η δήλωση δεν ισχύει

Συμφωνώ = Είναι προσωπική μου άποψη ότι η δήλωση ισχύει

Συμφωνώ πολύ = Έχω διασταυρώσει ότι η δήλωση ισχύει

9) Ο φυσιολογικός (ή κολπικός) τοκετός είναι ένα σύνολο από **απόλυτα φυσιολογικά φαινόμενα** που συμβαίνουν στο τέλος μιας εγκυμοσύνης με σκοπό την γέννηση του εμβρύου.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

10) Οι γυναίκες γεννούν κυρίως με φυσιολογικό τοκετό και οι καισαρικές τομές σε έναν πληθυσμό δεν θα πρέπει να είναι περισσότερες από ένα μικρό ποσοστό του συνόλου των τοκετών.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

11) Στην Ελλάδα οι περισσότερες γυναίκες γεννούν με φυσιολογικό τοκετό.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

12) Ο φυσιολογικός τοκετός είναι ασφαλέστερος για την μητέρα

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

13) Ο φυσιολογικός τοκετός είναι ασφαλέστερος για το μωρό

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

14) Μετά από τον φυσιολογικό τοκετό ο πόνος είναι λιγότερος και η ανάρρωση γρηγορότερη.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

15) Ο φυσιολογικός τοκετός ενεργοποιεί τον πρώιμο δεσμό (bonding) μητέρας-νεογέννητου και αυξάνει την επιτυχία του μητρικού θηλασμού.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

16) Η καισαρική τομή είναι μια χειρουργική επέμβαση που πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι (κίνδυνος για την μητέρα ή το έμβρυο).

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

17) Η καισαρική τομή αποτελεί ένα μέσο ώστε αποφεύγονται οι πόνοι του φυσιολογικού τοκετού.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

18) Η καισαρική τομή είναι ασφαλέστερη για την μητέρα.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

19) Η καισαρική τομή είναι ασφαλέστερη για το μωρό.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

20) Η καισαρική τομή μπορεί να αποτελεί ένα μέσο προγραμματισμού της ημέρας και της ώρας του τοκετού.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

21) Στην Ελλάδα οι περισσότερες γυναίκες γεννούν με καισαρική τομή.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

22) Ο φυσιολογικός τοκετός είναι γενικά απρόβλεπτος .

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

23) Γενικά αντιλαμβάνομαι τον φυσιολογικό τοκετό ως μια ξεπερασμένη μέθοδο γέννησης.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

24) Αν υποθέσουμε ότι μπορούσες να επιλέξεις τον τρόπο με τον οποίο θα φέρεις (η σύντροφός σου) στον κόσμο το παιδί σου, θα προτιμούσες:

- Φυσιολογικό τοκετό
 Καισαρική τομή

25) Με ποιο τρόπο, θεωρείς ότι οι άνθρωποι που είναι σημαντικοί για εσένα (οικογένεια, συγγενείς) θα προτιμούσαν να γεννήσεις (η σύντροφός σου να γεννήσει) ;

- Με φυσιολογικό τοκετό
 Με καισαρική τομή

26) Με ποιο τρόπο, θεωρείς ότι οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται με τον τοκετό (μαίες, μαιευτήρες) θα προτιμούσαν να γεννήσεις (η σύντροφός σου να γεννήσει) ;

- Με φυσιολογικό τοκετό
 Με καισαρική τομή

27) Νομίζω ότι θα έχω αυτοπεποίθηση και έλεγχο του εαυτού μου κατά την διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού και θα διαχειριστώ (η σύντροφός μου θα διαχειριστεί) ψύχραιμα τους πόνους.

Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

28) Ο πόνος του φυσιολογικού τοκετού είναι ανυπόφορος. Θα πανικοβληθώ (η σύντροφός μου θα πανικοβληθεί) και δεν θα ξέρω τι να κάνω κατά την διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού.

- Διαφωνώ πολύ Διαφωνώ Δεν συμφωνώ Συμφωνώ Συμφωνώ πολύ
ούτε διαφωνώ

29) Νιώθετε πως η στάση σας απέναντι στην εγκυμοσύνη και τον φυσιολογικό τοκετό διαμορφώθηκε κυρίως από:

- Οπτικά μέσα (Τηλεόραση, YouTube, ταινίες κτλ)
 Γραπτά μέσα (Βιβλία, περιοδικά κτλ)
 Εμπειρίες/ιστορίες φίλων
 Εμπειρίες/ιστορίες μελών της οικογένειας
 Σχολείο- Εκπαιδευτική διαδικασία
 Άλλο(παρακαλώ περιγράψτε): _____

30) Από το μέσο από το οποίο ενημερωθήκατε για τον φυσιολογικό τοκετό, οι εντυπώσεις σας ήταν, κατά μέσο όρο:

- Θετικές
 Αρνητικές
 Και τα δύο
 Κανένα από τα δύο

31) Παρακαλώ πείτε μας για ποια θέματα θα θέλατε να ενημερώνεστε καλύτερα (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση)

- Η διαδικασία της εγκυμοσύνης
- Προώθηση μιας υγιούς εγκυμοσύνης(διατροφή, τρόπος ζωής)
- Η διαδικασία του τοκετού
- Διαθέσιμες υπηρεσίες υγιούς αναπαραγωγής
- Τι θα μπορούσε να πάει στραβά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού
- Πώς να συμπεριληφθούν και οι δυο σύντροφοι στην εμπειρία της γέννησης

Ευχαριστούμε πολύ για την βοήθειά σου!

Παράρτημα Β: ΆΔΕΙΑ ΙΕΠ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ
Π/ΘΜΙΑΣ ΚΑΙ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α'

Ταχ. Δ/ση: Ανδρέα Παπανδρέου 37
Τ.Κ. – Πόλη: 15180 Μαρούσι
Ιστοσελίδα: www.minedu.gov.gr
Πληροφορίες: Ι. Βασιλικός
Τηλέφωνο: 210 344 32 76

ΠΡΟΣ:

- κα Βαρνακιώτη Δήμητρα
e-mail: dimivar@yahoo.gr
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Α' Αθήνας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Β' Αθήνας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Γ' Αθήνας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Δ' Αθήνας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Δυτ. Αττικής
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Ανατ. Αττικής
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Πειραιά
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Αιτωλοακαρνανίας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Άρτας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Μαγνησίας

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτημα έγκρισης διεξαγωγής έρευνας

Σχετ.: Το με το αρ. πρωτ. 38392/Δ4/12-03-2019 εισερχόμενο σε ΥΠ.Π.Ε.Θ. έγγραφο

Σε απάντηση του ανωτέρω σχετικού και μετά τη γνωμοδότηση του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Πράξη 30/25-07-2019 του Δ.Σ.), σας γνωρίζουμε ότι **επιτρέπουμε** τη διεξαγωγή έρευνας από την κα Βαρνακιώτη Δήμητρα, η οποία απευθύνεται σε μαθητές και μαθήτριες της Α' τάξης των ΕΠΑ.Λ. κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2019-2020, **με τις εξής προϋποθέσεις:**

- α) Πριν από την έναρξη της έρευνας να γίνει ενημέρωση του Διευθυντή και του συλλόγου Διδασκόντων της σχολικής μονάδας, η οποία θα συμμετάσχει στην έρευνα, σχετικά με τη διαδικασία διεξαγωγής της.
- β) Η έρευνα να γίνει με την έγγραφη συγκατάθεση των γονέων-κηδεμόνων των **ανήλικων** μαθητών/τριών (για κάθε **ανήλικο** μαθητή/-τρια χωριστά) και των ίδιων των μαθητών /τριών. Ο Διευθυντής του σχολείου, αφού αποστείλει στους γονείς-κηδεμόνες προς συμπλήρωση το έντυπο γονικής συναίνεσης που θα του κατατεθεί από τον ερευνητή και στο οποίο θα περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας και συγκεντρώσει τα ενυπόγραφα σημειώματα με τη συγκατάθεση των γονέων-κηδεμόνων, μπορεί να συνεχίσει στη διεξαγωγή της έρευνας.
- γ) Οι μαθητές/-τριες να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια **ανώνυμα** και εφόσον το επιθυμούν.

IOANNIS KAPOI
2019.08.01 13:38:04
IOANNIS KAPOUTSI
CN=IOANNIS KAPOUTSI
C=GR
O=Hellenic Public Administr
E=i.kapoutsis@minedu.gov.
Public key:

Βαθμός Ασφαλείας:
Να διατηρηθεί μέχρι:
Βαθ. Προτεραιότητας:

Αθήνα, 01-08-2019
Αρ. Πρωτ.: Φ12/124243/Δ4

- δ) Οι μαθητές/-τριες να απασχοληθούν μια (1) διδακτική ώρα στο πλαίσιο του μαθήματος Επιλογής «Αγωγή Υγείας» με την παρουσία εκπαιδευτικού της σχολικής μονάδας.
- ε) Η συγκέντρωση και μελέτη των στοιχείων να γίνουν σύμφωνα με την αρχή προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και δεν θα δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.
- στ) Να μη χρησιμοποιηθεί στο εν λόγω πρόγραμμα κανενός είδους διαφημιστικό υλικό.

Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.

Η έρευνα έχει θέμα «**Στάσεις και αντιλήψεις των μαθητών της Α' τάξης Λυκείου των ΕΠΑ.Λ. σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή**» και απευθύνεται σε μαθητές/-τριες των σχολικών μονάδων Δ/θμιας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης που ακολουθούν: 1^ο ΕΠΑΛ ΑΘΗΝΩΝ, 2^ο ΕΠΑΛ ΑΘΗΝΩΝ, 3^ο ΕΠΑΛ ΑΘΗΝΩΝ, 2^ο ΕΠΑΛ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΔΑΦΝΗΣ, 2^ο ΕΠΑΛ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ, 2^ο ΕΠΑΛ ΑΙΓΑΛΕΩ, 1^ο ΕΠΑΛ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΑΓ.ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ, 3^ο ΕΠΑΛ ΤΑΥΡΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΛΑΥΡΙΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ, ΕΠΑΛ ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΚΟΡΩΠΙΟΥ, ΕΠΑΛ ΡΕΝΤΗ, ΕΠΑΛ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ, ΕΠΑΛ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ, ΕΠΑΛ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ, ΕΠΑΛ ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ, 1^ο ΕΠΑΛ ΠΕΙΡΑΙΑ, ΕΠΑΛ ΑΓΡΙΝΙΟΥ, ΕΠΑΛ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ, ΕΠΑΛ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ, ΕΠΑΛ ΑΡΤΑΣ, ΕΠΑΛ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΕΠΑΛ ΒΟΛΟΥ, ΕΠΑΛ ΛΑΡΙΣΑΣ, ΕΠΑΛ ΚΙΑΤΟΥ και ΕΠΑΛ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας θα πρέπει:

1. Οι επισκέψεις στη σχολική μονάδα να γίνουν μετά από συνεννόηση με τον Διευθυντή και σε συνεργασία με το σύλλογο καθηγητών του σχολείου, ώστε η έρευνα να διεξαχθεί χωρίς να παρεμποδίζεται η ομαλή λειτουργία του.
2. Η υλοποίηση της παρέμβασης να πραγματοποιείται παρουσία των εκπαιδευτικών του σχολείου.
3. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας να κατατεθεί ηλεκτρονικό αντίτυπο της ερευνητικής εργασίας σε ψηφιακό δίσκο στο πρωτόκολλο του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Αν. Τσόχα 36, 115 21 Αθήνα), καθώς επίσης και ενυπόγραφη, σύμφωνη ή όχι γνώμη της ερευνήτριας για το εάν επιτρέπεται στο Ι.Ε.Π. να προβεί σε ηλεκτρονική ανάρτηση της ερευνητικής εργασίας. Το αντίτυπο, αφού κατατεθεί στο πρωτόκολλο, θα διαβιβαστεί αρμοδίως στη βιβλιοθήκη του Ι.Ε.Π..
4. Οι Διευθυντές των Διευθύνσεων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης να ενημερώσουν σχετικά τους Διευθυντές των σχολικών μονάδων αρμοδιότητάς τους, ώστε να διευκολύνουν την ενδιαφερόμενη στην πραγματοποίηση της έρευνας αυτής σύμφωνα με τα παραπάνω.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

**Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ
ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ
Π/ΘΜΙΑΣ & Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Εσωτ. Διανομή

- Γενική Δ/νση Σπουδών Π/θμιας & Δ/θμιας Εκπ/σης
- Δ/νση Επαγγελματικής Εκπ/σης, Τμ. Α'

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΑΧΑΛΑΣ

Παράρτημα Γ: ΑΔΕΙΑ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ 2020-21



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ Π/ΘΜΙΑΣ, Δ/ΘΜΙΑΣ
ΕΚΠ/ΣΗΣ & ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ
Π/ΘΜΙΑΣ ΚΑΙ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α'

Ταχ. Δ/ση: Ανδρέα Παπανδρέου 37
Τ.Κ. – Πόλη: 15180 Μαρούσι
Ιστοσελίδα: www.minedu.gov.gr
E-mail: depek_spoudon@minedu.gov.gr
Πληροφορίες: Α. ΓΙΑΚΟΥΜΑΚΗ
Τηλέφωνο: 210 344 32 56
Fax: 210 344 23 65

Βαθμός Ασφαλείας:
Να διατηρηθεί μέχρι:
Βαθ. Προτεραιότητας:

Αθήνα, 01-07-2020
Αρ. Πρωτ.: Φ12/84275/Δ4

ΠΡΟΣ:

- κα Βαρνακιώτη Δήμητρα
e-mail: dimivar@yahoo.gr
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Α' Αθήνας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Β' Αθήνας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Γ' Αθήνας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Δ' Αθήνας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Δυτ. Αττικής
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Ανατ. Αττικής
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Πειραιά
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Αιτωλοακαρνανίας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Άρτας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Μαγνησίας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Λάρισας
- Διεύθυνση Δ/θμιας Εκπ/σης Κορινθίας

ΘΕΜΑ: Έγκριση χρονικής επέκτασης διεξαγωγής έρευνας

Σχετ.: το με το αρ. πρωτ. 25818/Δ4/21-02-2020 εισερχόμενο σε Υ.ΠΑΙ.Θ. έγγραφο

Σε απάντηση του ανωτέρω σχετικού, σας γνωρίζουμε ότι **επιτρέπουμε** τη συνέχιση διεξαγωγής της έρευνας (η οποία είχε εγκριθεί με το υπ' αρ. πρωτ. Φ12/124243/Δ4/01-08-2019 έγγραφό μας) από την κα Βαρνακιώτη Δήμητρα, η οποία απευθύνεται σε μαθητές και μαθήτριες της Α' τάξης των ΕΠΑ.Λ. κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2020-2021, **με τις εξής προϋποθέσεις:**

- α) Πριν από την έναρξη της έρευνας να γίνει ενημέρωση του Διευθυντή και του συλλόγου Διδασκόντων της σχολικής μονάδας, η οποία θα συμμετάσχει στην έρευνα, σχετικά με τη διαδικασία διεξαγωγής της.
- β) Η έρευνα να γίνει με τη σύμφωνη γνώμη τους.
- γ) Η έρευνα να γίνει με την έγγραφη συγκατάθεση των γονέων-κηδεμόνων των **ανήλικων** μαθητών/τριών (για κάθε **ανήλικο** μαθητή/-τρια χωριστά) και των ίδιων των μαθητών/-τριών. Ο Διευθυντής του σχολείου, αφού αποστείλει στους γονείς-κηδεμόνες προς συμπλήρωση το έντυπο γονικής συναίνεσης που θα του κατατεθεί από τον ερευνητή και στο οποίο θα περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας και συγκεντρώσει τα ενυπόγραφα σημειώματα με τη συγκατάθεση των γονέων-κηδεμόνων, μπορεί να συνεχίσει στη διεξαγωγή της έρευνας.
- δ) Οι μαθητές/-τριες να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια **ανώνυμα** και εφόσον το επιθυμούν.

- ε) Οι μαθητές/-τριες να απασχοληθούν μια (1) διδακτική ώρα στο πλαίσιο του μαθήματος Επιλογής «Αγωγή Υγείας» με την παρουσία εκπαιδευτικού της σχολικής μονάδας.
- στ) Η συγκέντρωση και μελέτη των στοιχείων να γίνουν σύμφωνα με την αρχή προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και δεν θα δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.
- ζ) Να μη χρησιμοποιηθεί στο εν λόγω πρόγραμμα κανενός είδους διαφημιστικό υλικό.

Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.

Η έρευνα έχει θέμα «**Στάσεις και αντιλήψεις των μαθητών της Α' τάξης Λυκείου των ΕΠΑ.Λ. σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή**» και απευθύνεται σε μαθητές/-τριες των σχολικών μονάδων Δ/θμιας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης που ακολουθούν:

1^ο ΕΠΑΛ ΑΘΗΝΩΝ, 2^ο ΕΠΑΛ ΑΘΗΝΩΝ, 3^ο ΕΠΑΛ ΑΘΗΝΩΝ, 2^ο ΕΠΑΛ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΔΑΦΝΗΣ, 2^ο ΕΠΑΛ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ, 2^ο ΕΠΑΛ ΑΙΓΑΛΕΩ, 1^ο ΕΠΑΛ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΑΓ.ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ, 3^ο ΕΠΑΛ ΤΑΥΡΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΛΑΥΡΙΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ, ΕΠΑΛ ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ, 1^ο ΕΠΑΛ ΚΟΡΩΠΙΟΥ, ΕΠΑΛ ΡΕΝΤΗ, ΕΠΑΛ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ, ΕΠΑΛ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ, ΕΠΑΛ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ, ΕΠΑΛ ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ, 1^ο ΕΠΑΛ ΠΕΙΡΑΙΑ, ΕΠΑΛ ΑΓΡΙΝΙΟΥ, ΕΠΑΛ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ, ΕΠΑΛ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ, ΕΠΑΛ ΑΡΤΑΣ, ΕΠΑΛ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΕΠΑΛ ΒΟΛΟΥ, ΕΠΑΛ ΛΑΡΙΣΑΣ, ΕΠΑΛ ΚΙΑΤΟΥ και ΕΠΑΛ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας θα πρέπει:

1. Οι επισκέψεις στη σχολική μονάδα να γίνουν μετά από συνεννόηση με τον Διευθυντή και σε συνεργασία με το σύλλογο καθηγητών του σχολείου, ώστε η έρευνα να διεξαχθεί χωρίς να παρεμποδίζεται η ομαλή λειτουργία του.
2. Η υλοποίηση της παρέμβασης να πραγματοποιείται παρουσία των εκπαιδευτικών του σχολείου.
3. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας να κατατεθεί ηλεκτρονικό αντίτυπο της ερευνητικής εργασίας σε ψηφιακό δίσκο στο πρωτόκολλο του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Αν. Τσόχα 36, 115 21 Αθήνα), καθώς επίσης και ενυπόγραφη, σύμφωνη ή όχι γνώμη της ερευνήτριας για το εάν επιτρέπει στο Ι.Ε.Π. να προβεί σε ηλεκτρονική ανάρτηση της ερευνητικής εργασίας. Το αντίτυπο, αφού κατατεθεί στο πρωτόκολλο, θα διαβιβαστεί αρμοδίως στη βιβλιοθήκη του Ι.Ε.Π..
4. Οι Διευθυντές των Διευθύνσεων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης να ενημερώσουν σχετικά τους Διευθυντές των σχολικών μονάδων αρμοδιότητάς τους, ώστε να διευκολύνουν την ενδιαφερόμενη στην πραγματοποίηση της έρευνας αυτής σύμφωνα με τα παραπάνω.

ΙΟΑΝΝΙΣ ΚΑΡΟΥΤΣΙΣ
2020.07.06 06:12:09
ΙΟΑΝΝΙΣ ΚΑΡΟΥΤΣΙΣ
CN=ΙΟΑΝΝΙΣ ΚΑΡΟΥΤΣΙΣ
C=GR
O=Hellenic Public Administration Certification Services
E=i.karoutsis@inedu.gov.gr
Public key:

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Εσωτ. Διανομή

- Δ/ση Επαγγελματικής Εκπ/σης, Τμ. Α'

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ
ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗΣ ΣΠΟΥΔΩΝ
Π/ΘΜΙΑΣ & Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΑΧΑΛΑΣ

Παράρτημα Δ: ΕΝΤΥΠΟ ΓΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα Μαιευτικής

UNIVERSITY OF WEST ATTICA
FACULTY OF HEALTH &
WELFARE SCIENCES
Department of Midwifery

Αγαπητέ γονέα ,μαθητή/τρια

Στο πλαίσιο της Διδακτορικής Διατριβής με θέμα «**Στάσεις και αντιλήψεις των μαθητών της Α' τάξης Λυκείου των ΕΠΑΛ σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή**» που εκπονεί η υποψήφια διδάκτορας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, και εκπαιδευτικός του 1^{ου} ΕΠΑΛ Κορυδαλλού Βαρνακιώτη Δήμητρα, χορηγείται ερωτηματολόγιο στους μαθητές / μαθήτριες της Α' τάξης των Επαγγελματικών Λυκείων σχετικά με το παραπάνω θέμα.

Στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει εάν από την εφηβεία υπάρχουν ήδη, σε αγόρια και κορίτσια, διαμορφωμένες στάσεις και αντιλήψεις σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή ,από ποιες πηγές ενημερώνονται οι έφηβοι για τα συγκεκριμένα θέματα καθώς και αν εσφαλμένες αντιλήψεις είναι δυνατό να τροποποιηθούν.

Τα αποτελέσματα θα αποτελέσουν βάση για περαιτέρω έρευνα και οργάνωση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

Έτσι, θα επιθυμούσαμε την συμμετοχή των μαθητών και μαθητριών του σχολείου σας στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που θα τους διανεμηθεί στη τάξη.

Το παιδί σας θα χρειαστεί να συμπληρώσει κατά τη διάρκεια του μαθήματος Αγωγή Υγείας ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τις απόψεις του σε θέματα που σχετίζονται με τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή.

Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο θα είναι απολύτως εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για επιστημονική έρευνα.

Η άδειά σας να συμμετάσχει το παιδί σας στην έρευνα είναι εθελοντική. Είστε ελεύθεροι να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή του παιδιού σας όποτε επιθυμείτε.

Αν χρειάζεστε περισσότερες διευκρινίσεις παρακαλώ επικοινωνήστε με την κ.Βαρνακιώτη Δήμητρα στο τηλ. 6972 301 496

Σημείωση: η έρευνα έχει την επίσημη έγκριση του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Με εκτίμηση:

Η υποψήφια διδάκτορας:

Η Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Βαρνακιώτη Δήμητρα MSc

Δρ. Λυκερίδου Αικατερίνη

Συμφωνώ με την συμμετοχή του/της μαθητή/μαθήτριας:
.....στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της
έρευνας.

Οι γονείς:

Ο /η μαθητής / μαθήτρια:

.....

.....

Students' Attitudes Towards Birth Decisions

Dimitra VARNAKIOTI, Kleanthi COUROUNTI, Antigoni SARANTAKI

Faculty of Health and Caring Sciences, Midwifery Department,
University of West Attica, Athens, Greece

ABSTRACT

Background: Numerous approaches have been examined to reduce unnecessary cesarean sections. Recently, concerns regarding both the psychosocial and behavioral factors that affect birth decisions have been raised. Adolescents perceive conception, pregnancy, and birth as important aspects of sexual health education; however, they exhibit poor knowledge regarding the aforementioned concepts.

Aim: To identify data that examine attitudes toward birth choices among adolescents and young adults. To indicate the necessity of educational interventions, among young populations, in order to provide positive attitudes towards birth choices.

Materials and methods: We reviewed PubMed, MEDLINE, and Google Scholar for research – and respective reference lists – published between 1997 and 2020.

Results: We found a total of 13 papers, all in English, that examined attitudes and beliefs toward birth options in young populations.

Conclusions: Regardless of a recorded rise in the rates of cesarean sections, young students who are introduced into a medicalized birth culture report vaginal birth preference in a healthy future pregnancy. Future research must examine all circumstances and factors that influence the discrepant correlation of the aforementioned vaginal birth preference and the high rates of cesarean sections.

Keywords: attitudes, cesarean section, childbirth, students, vaginal birth.

BACKGROUND

A group of experts was summoned by the World Health Organization in 1985 to determine appropriate birth technology (1). They denounced what was considered as a baseless and noteworthy increase in worldwide cesarean section (CS) rates at that moment. Based on the evidence they had at hand, they concluded that

there was no explanation for any region to have a higher than 10-15% CS rate. However, the last decades saw an unprecedented and steady rise in CS rates, leading to increased research, debate, and concern among healthcare professionals, governments, policy makers, scientists and clinicians (2, 3).

According to the latest data derived from 150 countries currently, 18.6% of all births are

Address for correspondence:

Dimitra Varnakioti, PhD Student

Midwifery Department, Faculty of Health and Caring Sciences, University of West Attica, 28 Ag. Spyridonos Str., Egaleo 12243, Athens, Greece

Tel.: 6972301496

Email: dimitva@yahoo.gr, dvarnakioti@uniwa.gr

Article received on the 23rd of December 2020 and accepted for publication on the 11th of March 2021

delivered by CS, ranging between 6% in the least developed regions and 27.2% in the most developed regions. The following regions show the highest CS rates: Latin America and the Caribbean region 40.5%, Northern America 32.3%, Oceania 31.1%, Europe 25%, Asia 19.2%, and Africa 7.3%. Moreover, a 121-country trend analysis showed that, between 1990 and 2014, the global average CS rate increased by 12.4% (from 6.7% to 19.1%), with an average annual rate of increase of 4.4% (4). This could be explained through a complex multivariate analysis. Changes regarding both the distinguishing characteristics of the mother (increased in elderly nulliparous women) and professional practice styles, personalized medicine instead of team obstetrical care, increased malpractice pressure (defensive medicine), along with economic, organizational, social, and cultural factors (5-8).

Many strategies have been introduced to reduce CS rates, including the ongoing education of clinicians and communities regarding the benefits of vaginal birth and risks of unnecessary CSs (9). While the investigation for interventional approaches is ongoing, worries have focused on the psychosocial and behavioral factors that affect, and are affected by, cesarean delivery (10). Social cognitive theory models, indicating that attitudes directly affect behaviors, are currently being tested to predict preferred birth approaches (11-14).

AIM

Our study aims to indicate the necessity of early educational interventions among young populations, elaborating psychosocial and behavioral factors, in order to provide positive attitudes towards birth choices, and control the global increase in caesarean sections and medicalized interventions. □

METHODS

Both quantitative and qualitative evidence was systematically considered through the use of a scoping review. We explored PubMed, MEDLINE, and Google Scholar databases for studies published between 1997 and 2020, including their reference lists, to identify relevant research. We used the following search terms: "Cesarean", "CS", "Adolescents", "Birth", "Attitudes", "Birth Decisions", "Tokophobia", "Planned behavior theory", "Cesarean Section", "Social Cognitive Theory", and "Theory of Reasoned Action." Neither ethical approval nor informed consent was required, as we retrieved information freely available on the aforementioned databases. □

RESULTS

We identified a total of 13 papers, all in English. We included data that examined attitudes and beliefs toward birth options in young, childless students (men and women) from the last thirty years. □

DISCUSSION

Birth-related attitudes and beliefs have been constantly examined during pregnancy. Many proposals consider strategies that involve eliminating prejudice towards vaginal childbirth through raising awareness regarding the side effects of CS and benefits of vaginal birth. Moreover, strategies that promote women's confidence in their ability to deliver naturally would potentially reduce unnecessary CS rates (15-23). However, high rates of CS suggest that these interventions may not be either consistently or timely implemented.

Recent research suggested an immediate commencement of interventions, aimed at reducing CS rates before parenthood, as birth stances are formed prior to pregnancy and are potentially influenced by modifiable factors, such as fear of childbirth and lack of knowledge regarding birth decisions (24-27).

Adolescents perceived conception, pregnancy, and birth as significant fields of sexual health education. However, knowledge gaps were identified over time, while research rendered the development and support of evidence-based education programs as vital (28, 29). Therefore, it could be stated that the availability of data regarding adolescents' attitudes towards birth options is scarce.

Relevant research that began during the late 90s showed a high level of uncertainty regarding specific aspects of CS birth among young women and men (college students), highlighting the necessity to raise awareness for future parents (30). At the same time, a study regarding students at-

tending a college located in the province of New York demonstrated a range of levels in awareness, interest, and knowledge surrounding childbirth and suggested that the reported fear about pain in childbirth was associated with lack of information (31).

Consistent with past research, later results confirmed that most young adults were misinformed regarding the low necessity of most childbirth interventions and the risks associated with performing those interventions when not medically necessary (32). A similar study involved university students who took part in an online survey of birth-option inclinations. Most participants reported a preference for vaginal delivery, showing that CS was associated with fear of childbirth, while being driven by low confidence in achieving vaginal birth; this suggested that educational strategies should target both male and female university students to assist in the relief from vaginal birth-related fears while providing evidence-based information regarding all available alternatives (33).

The last decade saw a rise in the production of relevant data. Students' attitudes and beliefs regarding childbirth were studied in a group of Quebec's senior high school students. Participants expressed a preference towards hospital vaginal delivery under the supervision of an obstetrician as a dominant model, despite the growth in CS rates and increasingly perceiving CS delivery as normal. The study showed that lower awareness rates correlated with questions pertaining to CS and pain relief, which accompanied the responses in a national survey of women who were approaching their first childbirth at that time (34).

Authors communicated their worry regarding the population of senior high school students who received little, or no, education regarding both childbirth and birth interventions were potentially unaware of specific CS or epidural analgesia-related benefits and risks. Furthermore, a percentage of female students would choose these interventions even though they lack information regarding the implications of their choice pertaining both to maternal and fetal morbidity (35).

The same topic has been also researched among students attending the University of British Columbia through an online survey, focusing on factors potentially associated with fear of birth

and their preferences towards elective obstetric interventions among the next generation of maternity care consumers, previously introduced into a medicalized birth culture. The study reported that students who feared birth showed a preference both towards epidural anesthesia and CS. Physical changes after pregnancy and birth, obstetric technology held in great esteem, and information regarding pregnancy and birth information via the media also correlated with a CS preference (36).

It is notable that additional studies during the last decade also correlated visual media with mixed attitudes towards birth, while even fewer students regarded health professionals as credible information sources (35-39). Then, the same researchers extended their scope of investigation via an online survey at colleges and universities in Australia, Canada, Chile, England, Germany, Iceland, New Zealand, and the United States, which was conducted in 2014/2015. They focused on young women aged 18-25 years and their attitudes, indicating fear of uncontrollable labor pain and physical damage as primary reasons for CS preference.

Nevertheless, childbirth fear and CS preference rates declined, as the level of confidence in women's knowledge of pregnancy and birth increased, thus illustrating an inversely associated correlation. Therefore, the study suggested that awareness could be raised through either educational courses with physical attendance or social media. Moreover, relevant experiences described by both young women who have recently gave birth and celebrities could promote young women's capability of understanding the physiology of labor and birth, administer support in coping with labor pain, and minimize invasive procedures, thus reducing all fears related to pain, physical damage, and loss of control (9). It is significant that, in other studies, illustrations of first-hand positive observations of birth appear to implicate beneficial outcomes (39, 40).

The preference for vaginal birth has been also reported in a study examining the views of students attending Cumushane University of Turkey. The authors once again emphasized on the importance of both developing and promoting educational and initiatives for the young population (37).

The latest studies among the same demographic support previous findings, indicating that

being positively predisposed toward technological interventions, having a high-risk perception of vaginal birth, a family history of CS births, and fear of birth are associated with CS preference (41). □

CONCLUSIONS

The aforementioned data suggest that despite the global rise in CS rates over the last few decades, vaginal birth is the preferred mode of delivery in a healthy future pregnancy among young students.

Preferences for CS and obstetric interventions appear to correlate with attitudes and beliefs influenced by cultural, social, and psychological factors.

The social-cognitive framework suggests that attitude is the most strongly correlated precursor of behavior, with the majority of related studies highlighting that early and consistent exposure to childbirth information tend to influence young people's approaches towards their childbearing years positively. Also, despite the fact that, in

some countries, education about childbirth was starting early, knowledge gaps regarding childbirth decisions have been updated. Future research needs to assess all circumstances and factors that play a mediating role between the expressed preference for a vaginal birth and high CS rates. Education, government initiatives through the media, and new channels of communication, such as social media, could positively predispose young individuals towards birth by raising awareness pertaining to evidence-based practices.

We support that the learning needs of young children should be explored early enough in primary and secondary school, and educational interventions need to be designed and delivered consistently, in order to provide the positive outcomes of vaginal birth. We indicate the frame of social cognitive theory to support that positive attitudes towards a given behavior can lead to the adoption of the behavior. □

Conflicts of interest: none declared.

Financial support: none declared.

REFERENCES

- World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. *Lancet* 1985;8452:436-437.
- Bruggmann D, Löhlein L, Louwen F, et al. Caesarean Section-A Density-Equalizing Mapping Study to Depict Its Global Research Architecture. *Int J Environ Res Public Health* 2015;11:14690-14708.
- World Health Organization. (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
- Betrán AP, Ye J, Moller A, et al. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One* 2016;2:e0148343.
- Linton A, Peterson MR, Williams TV. Effects of Maternal Characteristics on Caesarean Delivery Rates among U.S. Department of Defense Healthcare Beneficiaries, 1996-2002. *Birth* 2004;13:1-11.
- Ionescu AC, Dimitriu M, Poenaru E, et al. Defensive caesarean section: A reality and a recommended health care improvement for Romanian obstetrics. *J Eval Clin Pract* 2019;1:111-116.
- Yang YT, Mello MM, Subramanian SV, et al. Relationship Between Malpractice Litigation Pressure and Rates of Caesarean Section and Vaginal Birth After Caesarean Section. *Medical Care* 2009;2:234-242.
- Cavallaro FL, Cresswell JA, Ronsmans C. Obstetricians' Opinions of the Optimal Caesarean Rate: A Global Survey. *PLoS One* 2016;3:e0152779.
- Stoll KH, Hauck YL, Downe S, et al. Preference for Caesarean Section in Young Nulligravid Women in Eight OECD Countries and Implications for Reproductive Health Education. *Reproductive Health* 2017;1:116.
- Schantz C, Loenzien MD, Goyet S, et al. How is Women's Demand for Caesarean Section Measured? A Systematic Literature Review. *PLoS One* 2019;3:e0213352.
- Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs* 1974;4:354-386.
- Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.
- Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991;2:179-211.
- Bandura A. Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology & Health* 1998;4:623-649.
- Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, et al. The Influence of Women's Fear, Attitudes and Beliefs of Childbirth on Mode and Experience of Birth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;12:55.
- Fenwick J, Toohill J, Gamble J, et al. Effects of a Midwife Psycho-education Intervention to Reduce Childbirth Fear on Women's Birth Outcomes and Postpartum Psychological Wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015;15:284.
- Bagherian-Afrakoti N, Alipour A, Pourasghar M, et al. Assessment of the Efficacy of Group Counselling Using

- Cognitive Approach on Knowledge, Attitude, and Decision making of Pregnant Women about Modes of Delivery. *Health Care for Women International* 2018;6:684-696.
18. Yousefzadeh S, Darmiyan ME, Younesi MA, et al. The Effect of a Training Program during Pregnancy on the Attitude and Intention of Nulliparous Women to Choose the Delivery Mode. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2016;4:704-711.
 19. Kazalrmak A and Başer M. The Effect of Education Given to Primigravida Women on Fear of childbirth. *Applied Nursing Research* 2016;29:19-24.
 20. Hajizadeh S, Tehrani RF, Simbar M, et al. Effects of Recruiting Midwives into a Family Physician Program on Women's Awareness and Preference for Mode of Delivery and Caesarean Section Rates in Rural Areas of Kurdistan. *PLoS One* 2016;4:e0151268.
 21. Dadipoor S, Mehraban M, Aghamolaei T, et al. Prediction of Birth Type Based on the Health Belief Model. *Journal of Family & Reproductive Health* 2017;3:159-164.
 22. Bagherian-Afrakoti N, Pourasghar M, Shirvani MA, et al. A Review on Strategies to Important Knowledge and Attitude of Iranian Pregnant Women Requesting for Caesarean. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2016;4:4455.
 23. Preis H, Gozlan M, Dan U, et al. A Quantitative Investigation into Women's Basic Beliefs about Birth and Planned Birth Choices. *Midwifery* 2018;63:46-51.
 24. Haines H, Rubertsson C, Pallant JF, et al. Womens' Attitudes and Beliefs of Childbirth and Association with Birth Preference: A Comparison of a Swedish and an Australian Sample in Mid-pregnancy. *Midwifery* 2012;6:E850-E856.
 25. Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, et al. Self-efficacy Beliefs and Fear of Childbirth in Nulliparous Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2013;3:116-121.
 26. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean Section on Maternal Request: Reasons for the Request, Self-estimated Health, Expectations, Experience of Birth and Signs of Depression Among First-time Mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;4:451-456.
 27. Hall WK, Stoll K, Hutton EK, et al. A Prospective Study of Effects of Psychological Factors and Sleep on Obstetric Interventions, Mode of Birth, and Neonatal Outcomes Among Low-Risk British Columbian Women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;1.
 28. McKay, Holowaty P. Sexual Health Education: A Study of Adolescents' Opinions, Self-Perceived Needs, and Current and Preferred Sources of Information. *Can J Hum Sex* 1997;1:29-38.
 29. McKay, Bissell MS. Sexual health education in the schools: Questions & Answers (3rd edition) A resource with answers to your questions about sexual health education in our schools; 2010. Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN).
 30. Lampman C, Phelps A. College Students' Knowledge and Attitudes About Cesarean Birth. *Birth* 1997;3:159-164.
 31. Cleeton ER. Attitudes and Beliefs About Childbirth Among College Students: Results of an Educational Intervention. *Birth* 2001;3:192-200.
 32. Dejoy SB. "Midwives Are Nice, But ...": Perceptions of Midwifery and Childbirth in an Undergraduate Class. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2010;2:117-123.
 33. Stoll K, Fairbrother N, Carty E, et al. "It's All the Rage These Days": University Students' Attitudes Toward Vaginal and Cesarean Birth. *Birth* 2010;2:133-140.
 34. Klein MC, et al. Birth Technology and Maternal Roles in Birth: Knowledge and Attitudes of Canadian Women Approaching Childbirth for the First Time. *J Obstet Gynecol Can* 2011;6:598-608.
 35. Palumbo CS, Hsu R, Tomkinson J, et al. Pre-University Students' Attitudes and Beliefs about Childbirth: Implications for Reproductive Health and Maternity Care Canadian Journal of Midwifery research and practice. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice* 2012;27:27-37.
 36. Stoll K, Hall W, Janssen P, et al. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery* 2014;2:220-226.
 37. Handan O, Gulay R. University Students' Attitudes toward Natural Birth. *J Gynecol Wom Health* 2017;7(4).
 38. Antić LZ, Radoš SN, Jokić-Begić N. Are non-pregnant women afraid of childbirth? Prevalence and predictors of fear of childbirth in students. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2018;3:226-231.
 39. Thomson G, Stoll K, Downe S, et al. Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2016;1:37-44.
 40. Mete A, Alparslan O. Investigating University Students' Preferences for Mode of Delivery Ayşe Mete, Ozgur Alparslan. *International Journal of Caring Sciences* 2018;3:1408.
 41. Weeks FS, Sadler M, Stoll K. Preference for caesarean and attitudes toward birth in a Chilean sample of young adults. *Women and Birth* 2020;2:e159-165.

**European Journal of Midwifery: Decision on manuscript number
EJM-00361-2021-01**

European Journal of Midwifery <kontakt@editorialsystem.com>

Wed 1/19/2022 10:37 PM

To: ΔΗΜΗΤΡΑ ΒΑΡΝΑΚΙΩΤΗ <dvarnakioti@uniwa.gr>

January 19, 2022

EJM-00361-2021-01

The Development and the Psychometric evaluation of the Adolescents Intensions towards the Birth Options Scale in Greek

Dear Ms. Dimitra Varnakioti,

I am pleased to inform you that your manuscript, entitled: The Development and the Psychometric evaluation of the Adolescents Intensions towards the Birth Options Scale in Greek, has been accepted for publication in the European Journal of Midwifery.

Your manuscript will be forwarded to the production department where linguistic edits may take place to ensure clarity in the text. You will have the ability to approve any edits at the proofing stage. You will receive a separate email with the proofs of your manuscript within the next 15 days.

Minor changes to the proofs will only be accepted. Beyond minor corrections, there will be no author changes accepted that are outside the style of the journal. Rewording, restructuring or changes of style to the manuscript will not be accepted.

Thank you for submitting your work to the European Journal of Midwifery.

Kind regards,
The Editorial Team
European Journal of Midwifery

EJUM is under the Auspices of the following associations:

- The Hellenic Midwives Association.
- The European Midwives Association (EMA)
- The Royal Dutch Organisation of Midwives (KNOV).
- The Belgian Midwives Association
- The Czech Chamber of Midwives.
- The Independent Midwives Association (AMI) of Romania.
- The Spanish Association of Midwives.
- The Austrian Midwives Association.
- The Catalonia Association of Homebirth Midwives (ALPAC).