

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Αξιολόγηση του ρόλου και της στάσης των επαγγελματιών υγείας
σχετικά με τον περιγεννητικό θάνατο

Καλλιόπη Μακράκη

**Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Γιάγκος Λαβράνος**

Ιούνιος 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Αξιολόγηση του ρόλου και της στάσης των επαγγελματιών υγείας
σχετικά με τον περιγεννητικό θάνατο

Καλλιόπη Μακράκη

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Γιάγκος Λαβράνος

Ιούνιος 2015

Αφιέρωση

Αφιερώνω την μεταπτυχιακή διατριβή στον σύζυγό μου και στα τρία παιδιά μου, Άννα, Πασχάλη και Γιώργο, που βρίσκονταν κοντά μου με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, καθ' όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού μου.

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	σελ. 11
Αγγλική περίληψη	σελ. 13
Εισαγωγή	σελ. 15
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ. 17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΟΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	σελ. 19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ (ΠΓΘ)	σελ. 25
2.1 Περιγεννητική Θνησιμότητα στον Κόσμο.	σελ. 25
2.2 Περιγεννητική Θνησιμότητα στην Ελλάδα.	σελ. 33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΠΓΘ	σελ. 37
3.1 Η αναγκαιότητα ταξινόμησης.	σελ. 37
3.2 Μητρικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.	σελ. 40
3.2.1. Παράγοντες που προϋπήρχαν της κύησης.	σελ. 40
3.2.2 Παράγοντες που δρουν κατά την διάρκεια της παρούσας εγκυμοσύνης.	σελ. 42
3.3 Παράγοντες από την Έμβρυο - Πλακουντιακή μονάδα	σελ. 44
3.4 Παράγοντες που δρουν κατά τον τοκετό.	σελ. 46
3.5 Δημογραφικά και ιατροβιολογικά χαρακτηριστικά του νεογνού.	σελ. 49
3.6 Ποιότητα φροντίδας των μητέρων και των νεογνών κατά την περιγεννητική περίοδο.	σελ. 49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	σελ. 51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ	σελ. 57
5.1 Γενικά περί θρήνου και πένθους.	σελ. 57
5.2 Η έννοια της Περιγεννητικής Απώλειας (ΠΓΑ).	σελ. 59
5.2.1 Η φύση της περιγεννητικής θλίψης.	σελ. 60
5.2.2. Παράγοντες που επιδρούν στην Περιγεννητική Απώλεια	σελ. 61
5.2.3. Ο αντίκτυπος της Περιγεννητικής Θλίψης.	σελ. 62
5.3 Αποκατάσταση και παρεμβάσεις Περιγεννητικής Απώλειας.	σελ. 63
5.4 Η επίδραση του Περιγεννητικού Θανάτου στους Επαγγελματίες Υγείας (ΕΥς).	σελ. 68
5.5 Τι φοβούνται οι ΕΥ σε αυτές στις περιπτώσεις Περιγεννητικής Απώλειας;	σελ. 71

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ. 73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ	σελ. 75
6.1 Στόχος της έρευνας	σελ. 75
6.2 Σκοπός και στόχοι	σελ. 75
6.3 Επιμέρους ερωτήματα που τέθηκαν προς διερεύνηση	σελ. 76
6.4 Σχεδιασμός της μελέτης	σελ. 76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Υλικό και μέθοδος	σελ. 79
7.1 Δομή ερωτηματολογίου.	σελ. 79
7.2 Μεθοδολογία μορφοποίησης του πρώτου μέρους ερωτηματολογίου - Μέθοδος Τεχνικής Delphi.	σελ. 81
7.3 Δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου – DAP-R.	σελ. 83
7.4 Έλεγχος Αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου.	σελ. 84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	σελ. 87
8.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.	σελ. 87
8.2 Οι απόψεις του δείγματος σχετικά με τους παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του Περιγεννητικού θανάτου.	σελ. 91
8.3 Στάσεις και συνήθειες των γονέων που μπορεί να επηρεάσουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας.	σελ. 94
8.4 Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ.	σελ. 98
8.5 Οι τρόποι παρέμβασης που πιστεύουν οι ΕΥς με τους οποίους μπορεί ένα ζευγάρι να ανακάμψει μετά από μια περιγεννητική απώλεια.	σελ. 99
8.6 Οι επαγγελματίες που συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια.	σελ. 102
8.7 Επιπτώσεις ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας	σελ. 104
8.8 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν την περιγεννητική απώλεια	σελ. 105
8.9 Συμπληρωματικά στοιχεία ερωτηματολογίου Delphi	σελ. 106
8.10 Συσχετίσεις.	σελ. 111
8.11 Ανάλυση αποτελεσμάτων δεύτερου μέρους ερωτηματολογίου.	σελ. 111
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	σελ. 117
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ. 123
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 129
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	σελ. 149
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι : ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ. 153
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ. 159
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.	σελ. 227

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ. Γιάγκο Λαβράνο, για την παροχή των πολύτιμων επιστημονικών του συμβουλών και επισημάνσεων κατά την εκπόνηση της εργασίας μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον σύζυγό μου Δημήτρη για την αμέριστη συμπαράστασή του όλο αυτό το διάστημα.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά τον κ. Παπαχριστόπουλο Κίμωνα, τον κ. Ρώτα Αλέξανδρο, τον κ. Νιωτάκη Γιώργο, την κα. Πεχλιβάνη Φανή, την κα Σπινθούρη Μαρία, την κα. Σκανδαλάκη Νεκταρία, την κα. Παπαδάκη Στυλιανή, την κα. Πετράκη Χαρίκλεια, την κα. Κλεισαρχάκη Σοφία, την κα Τζωρτζακάκη-Λυμπεροπούλου Κική και την κα Καραντεμοίρη Μαρία, οι οποίοι αποτέλεσαν την ομάδα των ειδικών που συμμετείχαν στην μορφοποίηση της δομής του ερευνητικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη μας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η στάση των Επαγγελματιών Υγείας (ΕΥς) απέναντι στην περιγεννητική παρηγορητική φροντίδα, επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων από αυτούς υπηρεσιών, αλλά και την προσωπική ικανοποίηση που αντλούν από την εργασία τους. Για αυτό το λόγο είναι ζωτικής σημασίας οι υπηρεσίες τους αυτές να διέπονται από μια σαφώς καθορισμένη πολιτική στην αντιμετώπιση του περιγεννητικού θανάτου.

Σκοπός: Για πρώτη φορά σε ένα Ελληνικό σύστημα υγείας, διερευνάται η στάση των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με τον Περιγεννητικό Θάνατο (ΠΓΘ).

Υλικό και Μέθοδος: Δείγμα: 140 Επαγγελματίες Υγείας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και το Βενιζέλειο Παννάειο Γενικό Νοσοκομείο του Νομού Ηρακλείου. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, που διερεύνησε την «Αξιολόγηση Ρόλου της Στάσης των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με τον ΠΓΘ». Τέλος, έγινε η στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων σε αυτό, προκειμένου να εξαχθούν, με ακριβή τρόπο συμπεράσματα για τα συγκεκριμένα δεδομένα.

Αποτελέσματα: Το 55,8% του δείγματος συμφωνεί ότι η προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά παίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που διαχειρίζονται οι ΕΥς τον ΠΓΘ. Επίσης, το 61,6% συμφωνεί ότι τα έτη εργασιακής εμπειρίας έχουν πολύ σημαντική επιρροή. Επιπρόσθετα, υπήρξε μεγάλη συμφωνία ότι ο ΠΓΘ προκαλεί σημαντικό εργασιακό στρες. Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία δεν είχε λάβει κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του θανάτου του ΠΓΘ.

Συμπεράσματα: Η περιγεννητική θνησιμότητα αποτελεί βαρυσήμαντο δείκτη, γιατί αντικατοπτρίζει το επίπεδο του υγειονομικού χάρτη μιας κοινότητας και σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Για το λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού, με σκοπό την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, ώστε να προάγουν ομαδικά την πρόληψη και αντιμετώπιση του ΠΓΘ, καθώς και την αποκατάσταση των γονέων μετά από μια περιγεννητική απώλεια.

Λέξεις κλειδιά: περιγεννητικός θάνατος, παρηγορητική φροντίδα, γονεϊκό πένθος, συστήματα ταξινόμησης, κλίμακα πένθους, θνησιγένεια.

Summary

Introduction: The attitude of health professionals towards perinatal palliative care (PPC) affects the quality of service they offer, and their personal satisfaction from their work. For this reason, it is vital that these services be governed by a clearly defined policy in dealing with perinatal death.

Purpose: For the first time, in the Greek healthcare system, the attitude of healthcare professionals towards perinatal palliative care is being investigated.

Material and Methods: A qualitative and descriptive study was accomplished with a questionnaire within the perinatal units of two hospitals, the University Hospital and Venizeleion - Pannaneion General Hospital, both of Heraklion, Crete, Greece. More precisely, the study used convenience sampling of 140 healthcare professionals in these perinatal units. Finally, statistical analysis of the data was conducted using SPSS 20.

Results: The present study showed that 55.8% of the participants agree that previous exposure to analogous cases influenced the healthcare professionals' attitudes towards perinatal bereavement care. In addition, 61.6% agree that the years of working experience have an important influence on this attitude. Moreover, there was general agreement that PPC increased workplace stress. Finally, the overwhelming majority had not received any special training on how to cope with bereaved parents and manage individuals conscious of their own mortality.

Conclusions: The perinatal mortality rate is a significant indicator of the health level in a community, and is related to a wide range of social and economic factors. The health care providers emphasized their needs for increased training on how to cope with bereaved parents and requested greater support from team members and hospital services. The necessity for appropriate training of staff and for the effective management of resources, to collectively promote prevention treatment and rehabilitation of parents after a perinatal loss, became clear from this study.

Keywords: perinatal death, palliative care, parental bereavement, classification systems, grieving scale, stillbirth.

Εισαγωγή



Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τα θέματα της επιδημιολογίας και των συστημάτων ταξινόμησης των αιτίων του περιγεννητικού θανάτου. Επιπρόσθετα, μελετήθηκε η επίδραση της περιγεννητικής θνησιμότητας στη Δημόσια Υγεία και οι πολιτικές στρατηγικές που κρίνονται αναγκαίες για την προαγωγή της υγείας, καθώς και την πρόληψη και αντιμετώπιση των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην πρόκληση του περιγεννητικού θανάτου. Προσδιορίστηκαν οι ομάδες υψηλού κινδύνου, που αποτελούν τους κύριους στόχους παρέμβασης, και οι παράγοντες που μπορεί να τροποποιηθούν και να προληφθούν.

Τέλος, μελετήθηκε η επίδραση της περιγεννητικής απώλειας στο ζευγάρι, και οι παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η φυσιολογική ανάκαμψη του γονέα, ο οποίος βίωσε μια τέτοια τραγική εμπειρία.

Εν κατακλείδι, διερευνήθηκαν κλινικά πρωτόκολλα για την αποκατάσταση των γονέων μετά την περιγεννητική απώλεια και προσδιορίστηκαν οι παράγοντες που συντελούν στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας διαχειρίζονται και οργανώνουν αποτελεσματικά την παροχή ιατρικής φροντίδας κατά την περιγεννητική περίοδο. Διερευνήθηκαν ορισμένες από τις προκλήσεις που παρουσιάζονται στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (Παιδιάτρων, Μαιευτήρων Μαιών, Νοσηλευτών, Ψυχολόγων, Κοινωνικών Λειτουργών, κοκ), που εμπλέκονται και επιθυμούν να παράσχουν υπηρεσίες στο πένθος των οικογενειών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΟΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Χρησιμοποιούνται πολλαπλοί ορισμοί που σχετίζονται με την περιγεννητική περίοδο, οι οποίοι βασίζονται σε διαφορετικές παραμέτρους (Gissler et al., 2010). Αποτελεί πρόκληση η διαφοροποίηση στις πρακτικές καταχώρισης και στην παραλλαγή των ορισμών, διότι παρουσιάζονται διακυμάνσεις στην τιμή των δεικτών της περιγεννητικής περιόδου (Lack et al., 2003). Κρίνεται, λοιπόν, σκόπιμο, προτού παρουσιασθούν τα στοιχεία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης του περιγεννητικού θανάτου διεθνώς και στην Ελλάδα, να διευκρινίσουμε την ορολογία που χρησιμοποιείται: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/86-statistikh-taksinomhsh-noswn-kai>.

Ηλικία κυοφορίας (gestational age): Η διάρκεια της κυοφορίας μετράται από την πρώτη ημέρα της τελευταίας φυσιολογικής έμμηνης ρύσης. Η ηλικία εκφράζεται σε συμπληρωμένες ημέρες ή συμπληρωμένες εβδομάδες, δηλαδή 280-286 ημέρες ή 40 εβδομάδες κύησης.

Πρόωρα νεογνά (pre-term infants): Σε αυτήν την κατηγορία συγκαταλέγονται όλα τα νεογνά που έχουν συμπληρώσει, μέχρι την στιγμή της γέννησης τους λιγότερο, από 37 συμπληρωμένες εβδομάδες (36 εβδομάδες + 6 ημέρες ή λιγότερες από 259 ημέρες) της κύησης. Το Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας (NCHS) και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) των ΗΠΑ αναφέρουν ότι όσο νωρίτερα γεννιέται ένα μωρό, τόσο είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα υγείας.

Επιπρόσθετα η προωρότητα υποδιαιρείται στις υποκατηγορίες:

Σε μια γενική ομάδα **πρόωρων νεογνών**, στην οποία ανήκουν όλα τα νεογνά που έχουν γεννηθεί πριν την συμπλήρωση της 37^{ης} εβδομάδας κύησης.

Μετρίως πρόωρα νεογνά (moderately preterm / late preterm neonates): ανήκουν όλα τα νεογνά που έχουν γεννηθεί μεταξύ 32 και 36 εβδομάδων κύησης.

Πολύ πρόωρα νεογνά (very preterm neonates): ανήκουν όλα τα νεογνά που έχουν γεννηθεί πριν την συμπλήρωση της 32ης εβδομάδας κύησης.

Ωριμα ή τελειόμηνια νεογνά (term infants): τα νεογνά τα οποία έχουν συμπληρώσει από 37 0/7 εβδ. συμπληρωμένες εβδομάδες έως λιγότερες από 41 6/7 συμπληρωμένες εβδομάδες (259-293 ημέρες) της κύησης (American College of Obstetricians and Gynecologists & Society of Maternal Fetal Medicine, 2013).

Υπερώριμα νεογνά (post-term infants): τα νεογνά τα οποία έχουν ξεπεράσει τις 42 συμπληρωμένες εβδομάδες ή περισσότερο 294 ημέρες της κύησης.

Η περιγεννητική περίοδος (perinatal period): αρχίζει στις 22 συμπληρωμένες εβδομάδες (154 ημέρες) της κύησης (τη στιγμή που το βάρος γέννησης είναι κανονικά 500 g), και τελειώνει σε επτά συμπληρωμένες ημέρες μετά τη γέννηση.

Η νεογνική περίοδος (neonatal period): αρχίζει κατά τη γέννηση και τελειώνει στις 28 συμπληρωμένες ημέρες μετά τη γέννηση.

Το βάρος γέννησης (birth weight): Το πρώτο βάρος του εμβρύου ή νεογνού που λαμβάνεται μετά τη γέννηση.

Οι ορισμοί «χαμηλό», «πολύ χαμηλό» και «υπερβολικά χαμηλό» βάρος γέννησης αποτελούν υποκατηγορίες του βάρους γέννησης.

Το χαμηλό βάρος γέννησης (low birth weight): Λιγότερο από 2499 γραμμάρια (από 1500 μέχρι και 2.499 γρ).

Πολύ χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση (very low birth weight): Λιγότερο από 1500 γρ (από 1000 μέχρι και 1.499γρ).

Εξαιρετικά χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση (extremely low birth weight): Λιγότερο από 1.000 g (μέχρι και 999 γρ).

Ζωντανή γέννηση (live birth): είναι ο πλήρης αποχωρισμός ή εξαγωγή από τη μητέρα του προϊόντος σύλληψης, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία, μετά τον αποχωρισμό, αναπνέει ή παρουσιάζει οποιαδήποτε άλλα αποδεικτικά στοιχεία της ζωής, όπως καρδιακούς παλμούς, σφυγμό του ομφάλιου λώρου ή σαφή κίνηση των γραμμωτών μυών, ασχέτως αν ή όχι ο ομφάλιος λώρος έχει κοπεί ή ο πλακούντας έχει αποκολληθεί. Κάθε προϊόν τέτοιας γέννησης θεωρείται γεννημένο ζωντανό.

Εμβρυϊκός θάνατος (ΕΘ) (fetal death - deadborn fetus): προσδιορίζεται όταν δεν υπάρχει κανένα σημάδι της ζωής μετά τον τοκετό, δεν αναπνέει ούτε παρουσιάζει άλλες ενδείξεις ζωής, όπως καρδιακό παλμό, σφυγμό του ομφάλιου λώρου, ή σαφή κίνηση των γραμμωτών μυών (Lawn et al., 2009. Barfield, 2011). Σύμφωνα με τον WHO, **θνησιγένεια (stillbirth)**, χαρακτηρίζεται ο θάνατος που συμβαίνει σε προϊόν της σύλληψης πριν τον αποχωρισμό του από την μητέρα του. Όρισε ως όριο τις 22 εβδομάδες κύησης και βάρος γέννησης ≥ 500 γρ. Ωστόσο, η NCHS¹, ACOG² και το ABS³ ορίζουν ως εμβρυϊκούς θανάτους αυτούς που συμβαίνουν ≥ 20 εβδομάδες κύησης και βάρος γέννησης > 400 γρ, στο Ηνωμένο Βασίλειο ο ΕΘ ορίζεται από ≥ 24 εβδομάδων και βάρους ≥ 350 γρ (Lawn et al., 2009). Χρειάζεται επίσης να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με την κατευθυντήρια Οδηγία Νο 21 της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας του Σεπτεμβρίου του 2014, ως θνησιγενές έμβρυο ορίζεται η γέννηση ενός νεογνού το οποίο δεν παρουσιάζει κανένα σημείο ζωής, είναι νεκρό, μετά την 24η εβδομάδα κύσεως.

Ο εμβρυϊκός θάνατος υποδιαιρείται περαιτέρω σε «**πρώιμο**» ή «**όψιμο**».

Πρώιμος εμβρυϊκός θάνατος: Οι εγκυμοσύνες που οδηγούν σε εμβρυϊκό θάνατο από τις 20 έως 27 εβδομάδες κύησης

Όψιμος Εμβρυϊκός θάνατος: Οι εγκυμοσύνες που οδηγούν σε εμβρυϊκό θάνατο από ≥ 28 εβδομάδες κύησης.

Αποβολή (miscarriage): Σε αυτήν την ομάδα κατηγοριοποιούνται οι εγκυμοσύνες που οδηγούν σε εμβρυϊκό θάνατο πριν από τις 20 εβδομάδες κύησης (Barfield, 2011).

Νεογνικός θάνατος: Περιλαμβάνει τους θανάτους νεογνών που γεννήθηκαν ζωντανά και απεβίωσαν μέχρι την 28^η ημέρα της ζωής τους.

Οι νεογνικοί θάνατοι διακρίνονται σε **πρώιμο** νεογνικό θάνατο και αναφέρεται σε θανάτους νεογνών μεταξύ 0 και 7^{ης} ημέρας της ζωής και στον **όψιμο** νεογνικό που αναφέρεται στους νεογνικούς θανάτους μεταξύ 8^{ης} και 28^{ης} ημέρας ζωής.

¹ Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας (National Center for Health Statistics - NCHS) www.cdc.gov/nchs

² Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG) <http://www.acog.org>

³ Australian Bureau of Statistics (ABS) : <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf>

Ο μητρικός θάνατος: σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι ο θάνατος μιας γυναίκας που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, και ορίζεται, ως ο θάνατος μιας γυναίκας η οποία είναι έγκυος ή εντός 42 ημερών από τη λήξη της κύησης, ανεξάρτητα από η αιτία του θανάτου.

Βρεφικός θάνατος: Περιλαμβάνει τους θανάτους βρεφών κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής.

Για τη διεθνή συγκρισιμότητα της μελέτης του περιγεννητικού θανάτου έχουν καθοριστεί ειδικοί δείκτες υγείας, οι οποίοι είναι μεταβλητές που σχετίζονται με χαρακτηριστικά ποιότητας και ποσότητας χρόνου που χρησιμοποιούνται για να μετρήσουν, άμεσα ή έμμεσα, αλλαγές σε μία κατάσταση της περιγεννητικής περιόδου (Τούντας, 2011. Τούντας και συν., 2009). Πιο συγκεκριμένα, αφορούν δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας ενός πληθυσμού. Ο MacDorman (2011) αναφερόμενος στον ορισμό που χρησιμοποιείται κάθε φορά για την εμβρυϊκή θνησιμότητα, υποστηρίζει ότι συμβάλλει περίπου στην αύξηση κατά 40% έως 60% της περιγεννητικής θνησιμότητας (Mathews et al., 2010). Αποφασιστικής σημασίας, είναι ο προσδιορισμός αυτών των δεικτών, διότι αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για τη σύγκριση διαφορετικών πληθυσμών, διαφορετικών υποομάδων μέσα στον ίδιο πληθυσμό ή σε πληθυσμούς σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, και οι δείκτες αυτοί είναι ζωτικής σημασίας για την παρακολούθηση και τη σύγκριση της ποιότητας παροχής περιγεννητικών υπηρεσιών υγείας (Cartlidge & Stewart, 1995. Wildman et al., 2003. Κουρέα-Κρεμαστινού, 2010). Επιπλέον, παρέχουν μια βάση για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και για την ανάπτυξη αρκετών σχεδίων για βελτίωση της πολιτικής δημόσιας υγείας.

Ο ΠΟΥ⁴ ορίζει την περιγεννητική θνησιμότητα ως τον «αριθμό των θνησιγενών και νεογνικών θανάτων κατά την πρώτη εβδομάδα της ζωής ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών βρεφών» (WHO, 2006). Όμως για τη διεθνή συγκρισιμότητα, ο ΠΟΥ, συνιστά την ένταξη όλων των βρεφών που γεννήθηκαν νεκρά και ζυγίζουν 1000 γρ ή περισσότερο κατά τη γέννηση (αν το βάρος γέννησης είναι διαθέσιμο), ή μετά από 28 συμπληρωμένες εβδομάδες κύησης, ή την επίτευξη 35 cm μήκος κεφαλής-πτέρνας.

⁴ Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), γνωστός με τα διεθνή αρκτικόλεξα WHO (World Health Organization, ή OMS (Organisation Mondiale de la Santé, είναι ο κατεξοχήν θεσμός του ΟΗΕ που ασχολείται με τον τομέα της υγείας. Ιδρύθηκε επίσημα το 1948 και εδρεύει στη Γενεύη. Πηγή: <http://www.unric.org/el/>

$$\text{Περιγεννητική θνησιμότητα (ΠΓΘ)} = \frac{\text{αριθμός των θνησιγενών} \geq 28 \text{ εβδ} + \text{πρώμων νεογνικών θανάτων}}{\text{κατά τη διάρκεια ενός έτους } A} \cdot 1000$$

$$\frac{\text{γεννήσεις ζωντανών βρεφών} + \text{εβρυϊκοί θάνατοι}}{\text{κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους } A}$$

Το Εθνικό Κέντρο Στατιστικής Υγείας (NCHS) τω ΗΠΑ χρησιμοποιεί δύο διαφορετικούς ορισμούς της περιγεννητικής θνησιμότητας στους οποίους συμπεριλαμβάνονται ο συνδυασμός των εμβρυϊκών και νεογνικών θανάτων (Barfield, 2011).

$$\text{ΠΓΘ} = \frac{\text{το σύνολο των θνησιγενών} \geq 20 \text{ εβδομάδες κύησης} + \text{θανάτους νεογνών } 0 - 28 \text{ ημέρα της ζωής τους}}{\text{κατά τη διάρκεια ενός έτους } A} \cdot 1000$$

$$\frac{\text{γεννήσεις ζωντανών βρεφών} + \text{εβρυϊκοί θάνατοι}}{\text{κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους } A}$$

$$\text{ΠΓΘ} = \frac{\text{το σύνολο των θνησιγενών} \geq 20 \text{ εβδομάδες κύησης} + \text{θανάτους νεογνών } 0 - 7 \text{ ημέρα της ζωής τους}}{\text{κατά τη διάρκεια ενός έτους } A} \cdot 1000$$

$$\frac{\text{γεννήσεις ζωντανών βρεφών} + \text{εβρυϊκοί θάνατοι}}{\text{κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους } A}$$

Μητρική θνησιμότητα (ΜΘ - Maternal mortality): Ο δείκτης μητρικής θνησιμότητας, αντιπροσωπεύει τον κίνδυνο της γυναίκας που συνδέεται με κάθε εγκυμοσύνη και εκφράζεται με το τύπο.

$$\text{ΜΘ} = \frac{\text{θανάτοι γυναικών στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό και στην λοχεία, από αίτια σχετιζόμενα με την κύηση κατά τη διάρκεια ενός έτους } A}{\text{γεννήσεις ζωντανών βρεφών} + \text{εβρυϊκοί θάνατοι}} \cdot 1000$$

$$\text{κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους } A$$

Εμβρυϊκή θνησιμότητα (ΕΘ - stillbirth mortality):

$$\text{ΕΘ} = \frac{\text{αριθμό των θνησιγενών}}{\text{κατά τη διάρκεια ενός έτους } A} \cdot 1000$$

$$\frac{\text{γεννήσεις ζωντανών βρεφών} + \text{εβρυϊκοί θάνατοι}}{\text{κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους } A}$$

Νεογνική θνησιμότητα (ΝΓΘ - Neonatal mortality)

$$\text{ΝΓΘ} = \frac{\text{θανάτους νεογνών } 0 - 28 \text{ ημέρα της ζωής τους}}{\text{κατά τη διάρκεια ενός έτους } A} \cdot 1000$$

$$\frac{\text{γεννήσεις ζωντανών βρεφών}}{\text{κατά τη διάρκεια ενός έτους } A}$$

Πρώμη νεογνική θνησιμότητα (ΠΝΓΘ):

$$\text{ΠΝΓΘ} = \frac{\text{θανάτους νεογνών } 0 - 7 \text{ ημέρα της ζωής τους}}{\text{κατά τη διάρκεια ενός έτους } A} \cdot 1000$$

$$\frac{\text{γεννήσεις ζωντανών βρεφών}}{\text{κατά τη διάρκεια ενός έτους } A}$$

Όψιμη νεογνική θνησιμότητα (ΟΝΓΘ):

$$\text{ΟΝΓΘ} = \frac{\text{θανάτους νεογνών } 8 \text{ - } 28 \text{ ημέρα της ζωής τους}}{\text{κατά τη διάρκεια ενός έτους } A} \cdot 1000$$

$$\frac{\text{γεννήσεις ζωντανών βρεφών}}{\text{κατά τη διάρκεια ενός έτους } A}$$

Βρεφική θνησιμότητα (ΒΘ-Infant mortality):

$$\text{ΒΘ} = \frac{\text{θανάτους βρεφών ηλικίας 0-365 ημερών κατά τη διάρκεια ενός έτους A}}{\text{γεννήσεις ζωντανών βρεφών έτους A}} * 1000$$

Δείκτης αναπαραγωγικότητας, (ΔΑ) Fertility rate:

$$\Delta A = \frac{\text{Γεννήσεις ζώντων έτους A, τόπου χ}}{\text{Πληθυσμός έτους A, τόπου χ}} * 1000$$

Γενικό ποσοστό γονιμότητας (ΓΠΓ)

$$\Gamma \Pi \Gamma = \frac{\text{Γεννήσεις ζώντων}}{\text{Γυναικείος πληθυσμός 15-49 ετών}} * 1000$$

Η έννοια της **αποτρεπτής θνησιμότητας (avoidable mortality)** εμφανίστηκε στη διεθνή βιβλιογραφία στα μέσα της δεκαετία του 1970 από τον Rutstein et al. (1976). Σταδιακά, έγινε αποδεκτή από τους διεθνείς οργανισμούς, όχι μόνο ως δείκτης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, αλλά και ως αξιόπιστος έμμεσος δείκτης της ανάπτυξης σύγχρονων, αποδοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας (Nolte & McKee, 2003). Η αποτρεπτή θνησιμότητα ορίζεται ως οι πρόωροι θάνατοι που δεν θα πρέπει να συμβαίνουν εάν παρέχεται έγκαιρη και αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη και εκφράζεται σε θανάτους ανά 100.000 κατοίκους (Ζάβρας et al., 2007).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

2.1 ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας προέκυψε ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των δεδομένων, και η σύγκριση των στατιστικών της θνησιμότητας ανάμεσα στις χώρες παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες για την ασφαλή στατιστική ερμηνεία οποιονδήποτε δεδομένων. Αυτό οφείλεται στους ακόλουθους λόγους:

- i. Οι διαφορετικοί ορισμοί που χρησιμοποιούνται.
- ii. Το βάρος γέννησης σε σχέση με την ηλικία κύησης.
- iii. Οι διαφορές στη μέθοδο καταγραφής των συνολικών γεννήσεων και των περιγεννητικών θανάτων. Αναλυτικότερα, η διαδικασία της γέννησης και του θανάτου εγγραφής ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών, ειδικά σε βρέφη που γεννήθηκαν πρόωρα ή πέθαναν αμέσως μετά τον τοκετό (Lack et al., 2003).

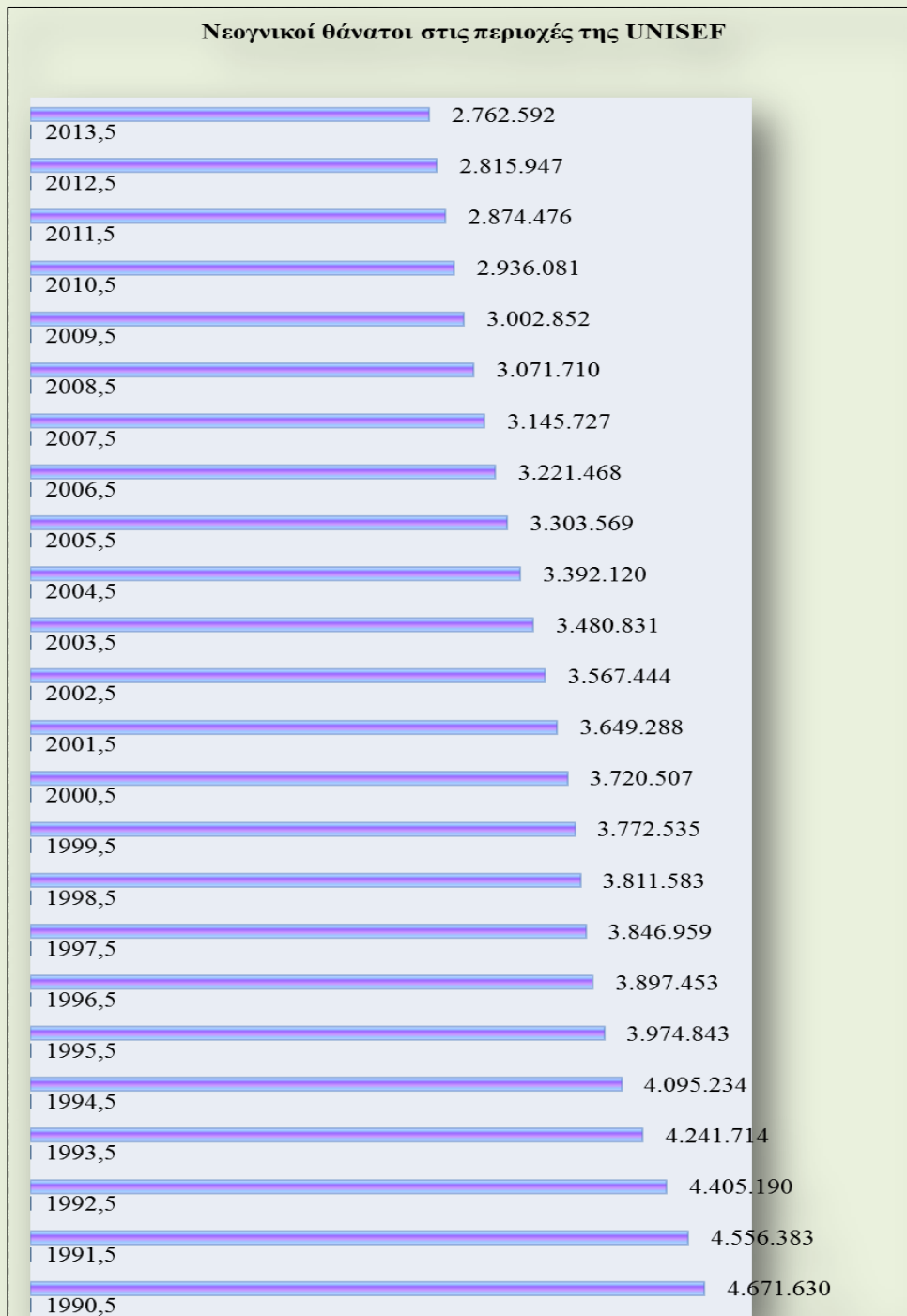
Διαπιστώνεται ότι οι κλινικοί ερευνητές και επιδημιολόγοι αντιμετωπίζουν σχεδόν ανυπέβλητα εμπόδια στη συλλογή και την ανάλυση αξιόπιστων δεδομένων σχετικά με τον επιπολασμό, την αξιολόγηση της θνησιμότητας και των μακροχρόνιων επιπτώσεων της σε διάφορους πολιτισμούς. Λείπουν πρότυπα εργαλεία και πρωτόκολλα, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται σοβαρά η διαθεσιμότητα ποιοτικών δεδομένων, ιδιαίτερα για τη Νότια Ασία και την Υποσαχάρια Αφρική, που αντιπροσωπεύουν τα δύο τρίτα του συνολικού ποσοστού ΠΓΘ (Lawn et al., 2005). Επίσης, η συλλογή δεδομένων εξαρτάται από παράγοντες, όπως το μέγεθος της περιοχής, από την ευκρίνεια και τη μέθοδο καταγραφής των συνολικών γεννήσεων και των περιγεννητικών θανάτων, καθώς και από τη νομοθεσία που διέπει αυτή την καταγραφή. Στον πίνακα 1, παρουσιάζονται τα κριτήρια καταχώρησης των θνησιγενών και καταγραφής των ζωντανών γεννήσεων στα κράτη της Ευρωπαϊκή Ένωσης.

Πίνακας 1: Κριτήρια καταχώρησης θνησιγενών και καταγραφής των ζωντανών γεννήσεων. Κατώτατα όρια για την καταγραφή των θνησιγενειών και ζωντανών γεννήσεων το 2004.		
Κατώτατα όρια για την εγγραφή		
Κράτος	Θνησιγενή	Ζωντανή γέννηση
Βέλγιο	≥22 εβδομάδες ή ≥500 γρ	κανένα όριο
Τσεχία	≥22 εβδομάδες, επίσημη καταγραφή 1000 g	≥500 γρ αν επιβίωσε τις πρώτες 24 ώρες από τη γέννηση.
Δανία	≥22 εβδομάδες	κανένα όριο
Γερμανία	≥500 g	κανένα όριο
Εστονία	≥22 εβδομάδες ή ≥500 γρ	κανένα όριο
Ιρλανδία	≥24 εβδομάδες ή ≥500 γρ	Δεν υπάρχει όριο για την εγγραφή ≥500 για γρ το εθνικό μητρώο της περιγεννητικής καταγραφής
Ελλάδα	≥28 εβδομάδες ηλικία κύησης.	Δεν είναι διαθέσιμη
Ισπανία	180 ημέρες (25 εβδομάδες +5 ημέρες)	Δεν υπάρχει όριο
Γαλλία	≥22 εβδομάδες ή ≥500 γρ	≥22 εβδομάδες ή ≥500 γρ
Ιταλία	180 ημέρες (25 εβδομάδες +5 ημέρες) αλλά εμβρυϊκοί θάνατοι στις 22-24 εβδ. είναι διαθέσιμα στο μητρώο ως αυτόματες αποβολές.	Δεν υπάρχει όριο
Κύπρος	Δεν υπάρχουν εγγραφές θνησιγενών.	Κανένα όριο
Λετονία	≥22 εβδομάδες ηλικία κύησης	Δεν υπάρχει όριο
Λιθουανία	≥22 εβδομάδες ή ≥500 γρ	Δεν υπάρχει όριο
Λουξεμβούργο	Η επίσημη κατευθυντήρια οδηγία είναι 180 ημέρες (25 εβδομάδες +5 ημέρες). Για το μητρώο γεννήσεων, η σύσταση είναι 28 εβδομάδες, αλλά πολλές μαιές και ιατροί καταγράφουν νεογνά με χαμηλότερη ηλικία κύησης	Η επίσημη κατευθυντήρια οδηγία είναι 180 ημέρες (25 εβδομάδες +5 ημέρες) Για το μητρώο γεννήσεων, η σύσταση είναι 28 εβδομάδες, αλλά πολλές μαιές και ιατροί καταγράφουν νεογνά με χαμηλότερη ηλικία κύησης.
Ουγγαρία	≥24 εβδομάδες ηλικία κύησης	Δεν υπάρχει όριο
Μάλτα	≥22 εβδομάδες ή ≥500 γρ	Δεν υπάρχει όριο από την National Obstetrics Information System. Αλλά από ληξιαρχικό μητρώο ορίζεται ≥22 εβδομάδες ή ≥500 γρ
Ολλανδία	≥22 εβδομάδες ή ≥500 γρ, αν η ηλικία κύησης είναι άγνωστη.	≥22 εβδομάδες ή ≥500 γρ, αν η ηλικία κύησης είναι άγνωστη
Αυστρία	≥500 γρ	Δεν υπάρχει όριο
Πολωνία	≥500 γρ	≥500 γρ
Πορτογαλία	Δεν υπάρχει όριο	Δεν υπάρχει όριο
Σλοβενία	≥22 εβδομάδες ηλικία κύησης	Δεν υπάρχει όριο
Σλοβακία	≥500 γρ	Δεν υπάρχει όριο
Φιλανδία	≥22 εβδομάδες ή ≥500 γρ	Δεν υπάρχει όριο
Σουηδία	≥28 εβδομάδες ηλικία κύησης	Δεν υπάρχει όριο
Ηνωμένο Βασίλειο	≥24 εβδομάδες είναι το νόμιμο όριο, αλλά από εθελοντικές κοινοποιήσεις καταγράφονται 22 και 23 εβδομάδες.	Δεν υπάρχει όριο
Νορβηγία	≥12 εβδομάδες	≥12 εβδομάδες
Πηγή: Gissler, M., et al. (2010).		

Σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία και τις στατιστικές υπηρεσίες, σε ορισμένες χώρες κάποιοι θάνατοι σκοπίμως δεν υπολογίζονταν. Ακριβέστερα, στην πρώην Σοβιετική Ένωση, δεν καταγράφονταν στα εθνικά στατιστικά δεδομένα περιπτώσεις ζώντων γεννηθέντων νεογνών, που όμως το νεογνό κατέληγε εντός 7 ημερών και ήταν μικρότερο των 1000 γρ ή 28 εβδομάδων κύησης. Επίσης, οι Gourbin και Masuy-Stroobant (1995) ισχυρίζονται ότι η μεγάλη διακύμανση των καταχωρίσεων που παρατηρείται φαίνεται να εξαρτάται ανάλογα από το επιτρεπτό χρονικό όριο εγγραφής του θανάτου στα εθνικά αρχεία. Όσο μεγαλύτερο είναι το επιτρεπτό όριο, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες των εμβρυικών και νεογνικών θανάτων να μην καταγράφονται στα κεντρικά στατιστικά στοιχεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του τύπου σφάλματος παρατηρήθηκε στη Γεωργία. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε για να εξακριβωθεί πόσες από τις εγγεγραμμένες γεννήσεις ζώντων νεογνών χαμηλού σωματικού βάρους γέννησης είχαν πράγματι επιζήσει διαπιστώθηκε, ότι ένα μεγάλο ποσοστό (21%) των θανάτων ποτέ δεν είχε καταχωρηθεί. Η συμπερίληψή τους, πιστεύουν οι Allen και Terry (1979) θα αύξανε την συνολική θνησιμότητα κατά 25%. Επίσης, και αλλού έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν παρόμοια προβλήματα. Για παράδειγμα, στο Enschede της Ολλανδίας, ο Smits (1981) διαπίστωσε ότι το 31% των περιγεννητικών θανάτων δεν είχε καταχωρηθεί. Στο Άμστερνταμ τα νοσοκομεία διαπίστωσαν ότι το 15% θανάτων δεν είχαν καταγραφεί, και δεν ήταν σε θέση να εκτιμήσουν ποιο είναι το ποσοστό αυτών που είχαν συμβεί κατ' οίκον (Doornbos & Nordbeck, 1985). Σε Ελληνική Εθνική έρευνα σχετικά με τον αριθμό των γεννήσεων και του περιγεννητικού θανάτου, το 31% δε είχαν καταχωρηθεί (Tzoumaka-Bakoula et al., 1990).

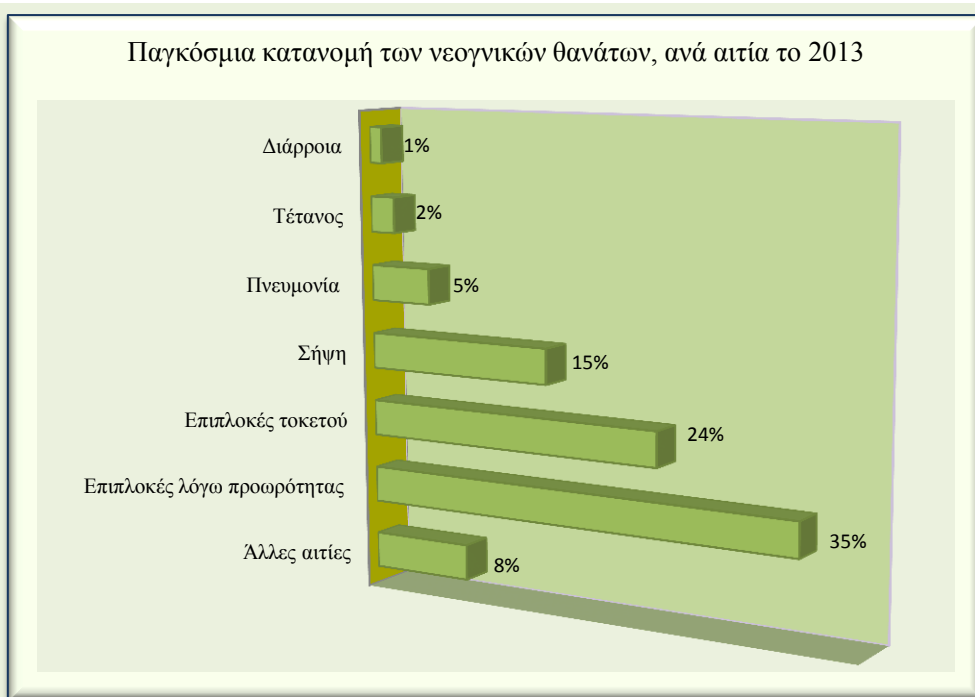
Η έκθεση που εκπονήθηκε σχετικά με τις αιτίες της θνησιγένειας, από τον WHO, UNICEF, The United Nations Population Fund και World Bank (2010), μέσω των μεγάλων εθνικών και δημογραφικών ερευνών και με τις απογραφές των πληθυσμών, τα δεδομένα που προέκυψαν διαπιστώθηκε, ότι βρίσκονται άρρηκτα συνδεδεμένες, ιδίως με εκείνες τις οποίες προκαλούν μητρικό θάνατο στις έγκυες γυναίκες, καθώς και στα νεογνίδια βρέφη τους. Υπολογίζεται ότι καταγράφονται σε διεθνές επίπεδο περίπου 350.000 μητρικοί θάνατοι, 3,6 εκατομμύρια νεογνικοί θάνατοι και 2,65 εκατομμύρια θνησιγενών (Lawn et al., 2011, Pattinson et al., 2011). Παγκοσμίως, από τους 6,3 εκατομμύρια θανάτους παιδιών κάτω, των πέντε ετών το 44% σημειώθηκε στη νεογνική περίοδο το 2013. Τα τρία τέταρτα των νεογνικών θανάτων συμβαίνουν

κατά την πρώτη εβδομάδα. Ο υψηλότερος κίνδυνος θανάτου υφίσταται κατά την πρώτη ημέρα της ζωής. Ένα εκατομμύριο νεογνά δεν ζουν καν για να δουν τη δεύτερη ημέρα της ζωής τους (Wardlaw et al., 2014). Στο γράφημα 1, αποτυπώνεται η πτωτική τάση της νεογνικής θνησιμότητας στις περιοχές της UNICEF.



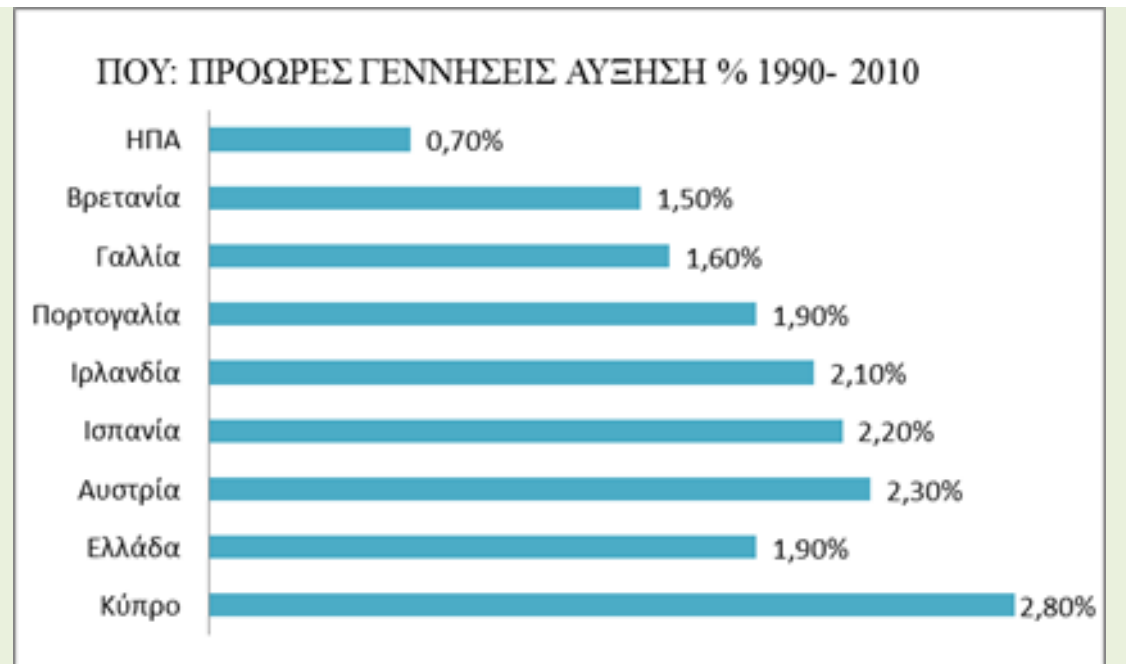
Γράφημα 1. Εκτιμήσεις νεογνικών θανάτων συνολικά από όλες τις περιοχές της UNICEF. Πηγή: <http://data.unicef.org>. Τελευταία ενημέρωση: 16 Σεπτεμβρίου 2014.

Σε παγκόσμιο επίπεδο (γράφημα 2), οι κύριες άμεσες αιτίες του νεογνικού θανάτου εκτιμάται ότι είναι ο πρόωρος τοκετός (35%), οι σοβαρές λοιμώξεις (15%) και η περιγεννητική ασφυξία κατά τον τοκετό (24%). Ο νεογνικός τέτανος (2%), που κυρίως οφείλεται σε έλλειψη συνθηκών υγιεινής στην απολίνωση του ομφαλίου λώρου, αντιπροσωπεύει ένα μικρότερο ποσοστό των θανάτων, διάρροια (1%), και άλλες αιτίες (8%) (Wardlaw et al., 2014).



Γράφημα 2: Περισσότερο από το ένα τρίτο των νεογνικών θανάτων προκαλούνται από τις επιπλοκές πρόωρης γέννησης και το ένα τέταρτο των αιτιών σχετίζονται με επιπλοκές κατά την διάρκεια του τοκετού. Πηγή UNICEF: Committing to child survival: A Promise Renewed progress report 2014. New York: UNICEF; 2014.

Κάθε χρόνο 15 εκατομμύρια μωρά γεννιούνται πρόωρα. Περίπου το 40% του συνόλου των θανάτων κάτω των 5 ετών συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των πρώτων 28 ημερών της ζωής. Ένα μεγάλο ποσοστό περιστατικών προκύπτει από επιπλοκές που σχετίζονται με τον πρόωρο τοκετό (πριν από τις 37 συμπληρωμένες εβδομάδες) ή από επιπλοκές κατά τον τοκετό. Σύμφωνα με σχετική έρευνα για λογαριασμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, ειδικότερα κατά την περίοδο 1990-2010, υπήρξε αύξηση των πρόωρων γεννήσεων σε ποσοστό 1,5%-2,8% (γράφημα 3).

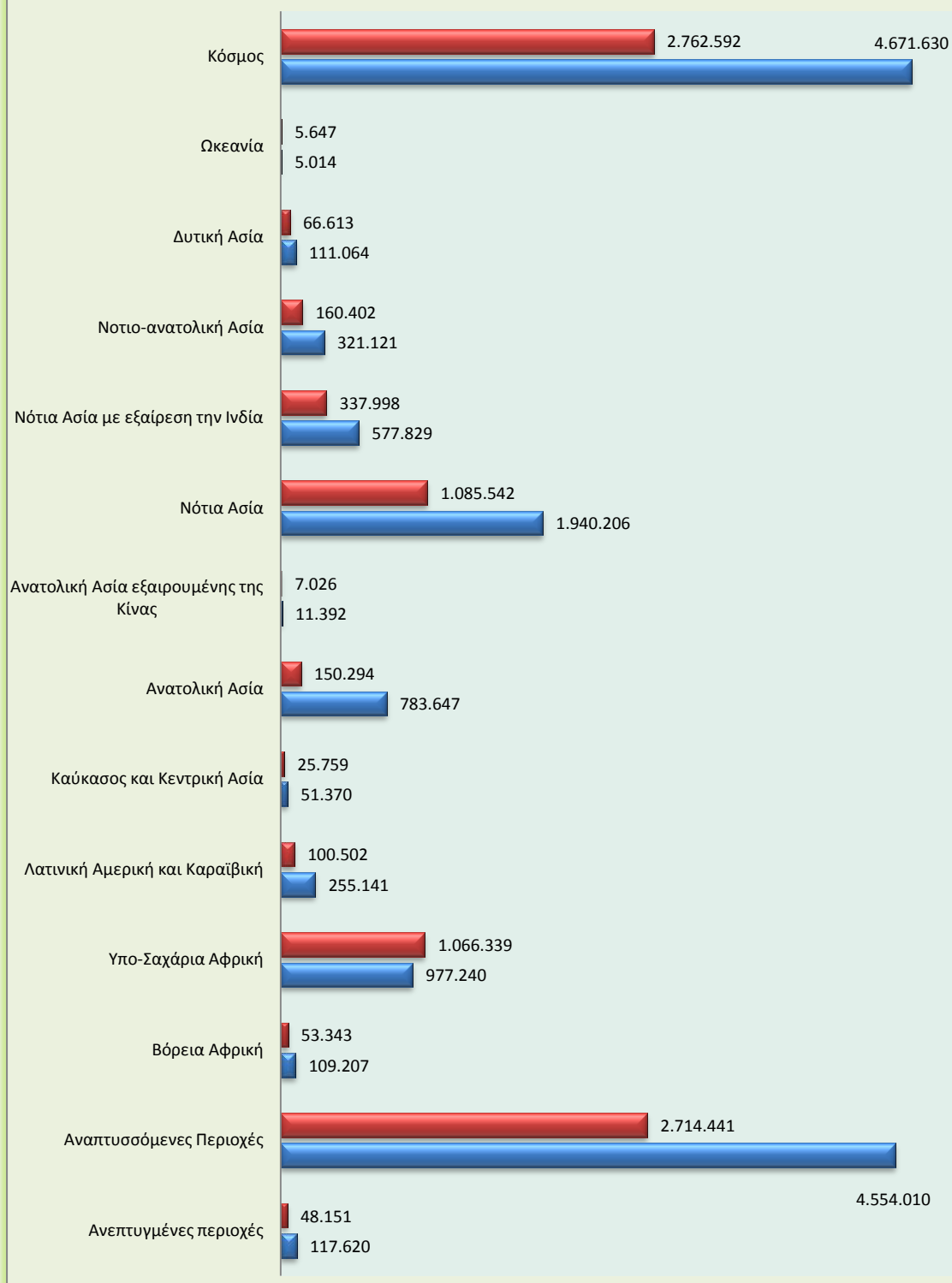


Γράφημα 3. Μεταβολή ποσοστών πρόωρων γεννήσεων στην ΕΕ. Πηγή: Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη φροντίδα των νεογνών. Πρόσβαση: <http://www.efcnl.org>

Επίσης, το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση είναι μια σημαντική έμμεση αιτία θανάτου. Κάθε χρόνο, από 15 εκατομμύρια βρέφη που γεννιούνται πρόωρα, το 1,1 εκατομμύρια πεθαίνουν λόγω προβλημάτων υγείας. Οι πρώτες εβδομάδες της ζωής κατά τη νεογνική περίοδο χαρακτηρίζονται από την υψηλότερη επικινδυνότητα θανάτου από οποιασδήποτε άλλη περιόδου στη διάρκεια ζωής ενός ανθρώπου (Lawn, Cousens & Zupan, 2005). Στις χώρες με υψηλό εισόδημα, η περιγεννητική θνησιμότητα αποτελεί πλέον ένα σημαντικό επίκεντρο των πολιτικών υγείας για την παιδική υγεία, ιδίως όσον αφορά τη θνησιμότητα και τη μείωση της νοσηρότητας. Ωστόσο, σε χώρες χαμηλότερου εισοδήματος, οι περιγεννητικοί δείκτες θνησιμότητας και οι αιτίες που ενοχοποιούνται εξακολουθούν να μην αντιμετωπίζονται με προσοχή ανάλογη με τη σημασία τους (Shiffman, 2010). Οι εκτιμήσεις του συνόλου των νεογνικών θανάτων από τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας από το 1990 έως το 2015 του ΟΗΕ απεικονίζονται στο καταγράφωντας σημαντική πρόοδο στη μείωση της θνησιμότητας των νεογνών στον κόσμο και στην Ελλάδα (γραφήματα 4- 5).

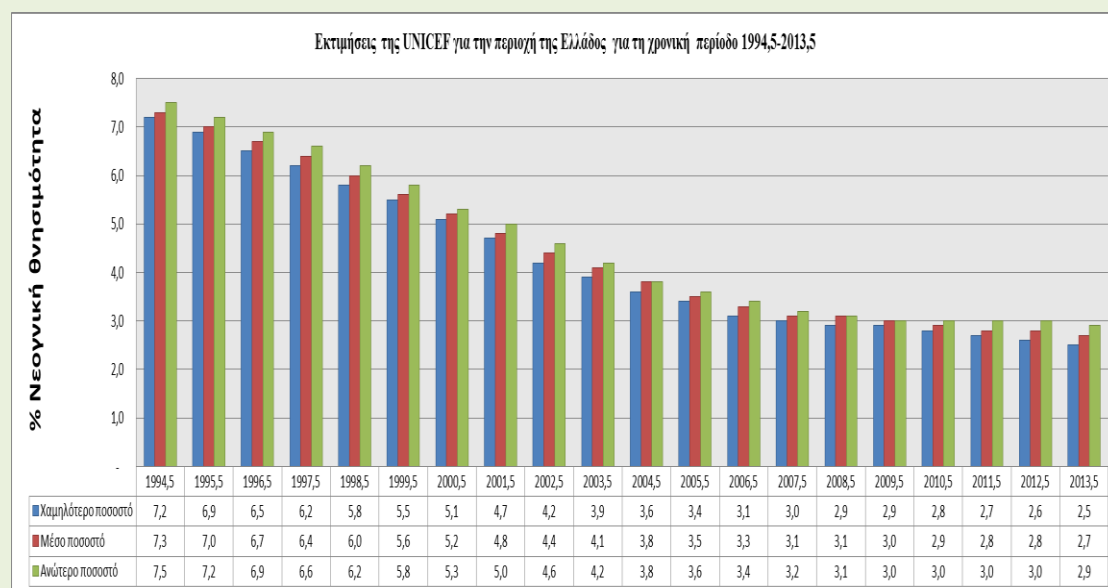
ΝΕΟΓΝΙΚΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ - ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΤΗΣ ΧΙΛΙΕΤΙΑΣ UNICEF

■ 2014 ■ 1991

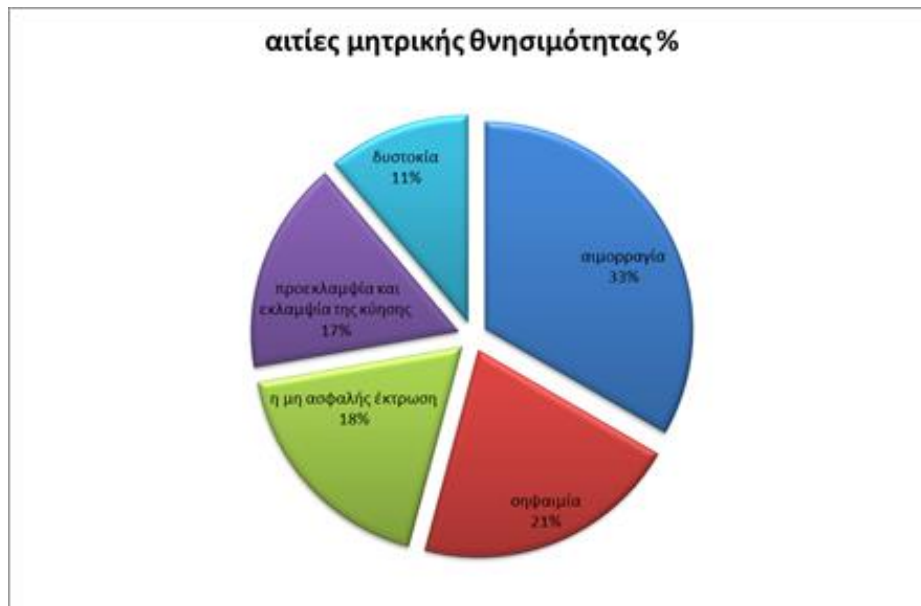


Γράφημα 4 Εκτιμήσεις νεογνικών θανάτων από τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας του ΟΗΕ. Πηγή: UNICEF, data@unicef.org.

Γράφημα 5 Εκτιμήσεις νεογνικών θανάτων από τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας του ΟΗΕ στην Ελλάδα.
<http://data.unicef.org> Last update: 16 September 2014.



Επίσης, στις αναπτυσσόμενες χώρες, η μητρική θνησιμότητα είναι η κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Επιπλοκές από την μεριά της μητέρας, όπως το χαμηλό βιοτικό επίπεδο διαβίωσης ή η έλλειψη υγιεινής διατροφής, φαίνεται να συνδέονται στενά με αυξημένο κίνδυνο νεογνικού θάνατο (Hogan et al., 2010. Lawn et al., 2005). Πάνω από το 80% των μητρικών θανάτων οφείλεται σε επιπλοκές που θα μπορούσαν να αποτραπούν ή να αντιμετωπιστούν. Σύμφωνα με έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2005, οι κύριες αιτίες των μητρικών θανάτων είναι η αιμορραγία (33%), η σηψαιμία (21%), η μη ασφαλής έκτρωση (18%), οι υπερτασικές διαταραχές της κύησης 17%. και η δυστοκία (11%) (γράφημα 6). Το 2000 ο κίνδυνος μητρικής θνησιμότητας ήταν 20/100.000 σε κατοίκους της Ευρώπης, 60/100.000 σε κατοίκους της Ασίας και 280/100.000 σε κατοίκους της Αφρικής κύησης (Τούντας, 2011).



Γράφημα 6. Οι κύριες αιτίες των μητρικών θανάτων Πηγή: Έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2005

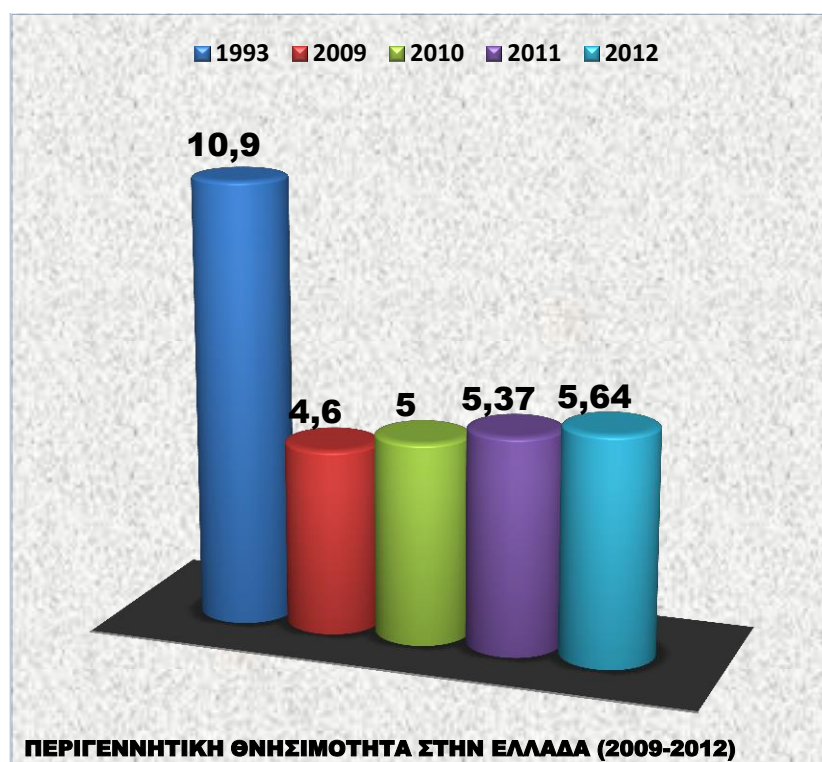
2.2 ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελληνική επικράτεια, η καθηγήτρια Τζουμάκα-Μπακούλα (1983) ανέλαβε να οργανώσει την πρώτη Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα. Η υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα ήταν διπλάσια και τριπλάσια εκείνης των ανεπτυγμένων χωρών της Ευρώπης. Αυτό σήμαινε ότι, από τις 1000 επιτόκους που έφθαναν για τοκετό σε κάποιο μαιευτήριο ή κέντρο υγείας ή σπίτι, οι 24 το έχαναν λίγο πριν, κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά τον τοκετό (Κιουρτσή, 2010). Στην 15ετία που ακολούθησε της πρώτης έρευνας, παρατηρήθηκαν σημαντικές πρόοδοι στη μαιευτική και τη νεογνολογία, χάρη στην αλματώδη τεχνολογική εξέλιξη και την καλύτερη ανάπτυξη και στελέχωση των υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια, κρίθηκε απαραίτητη η οργάνωση και διεξαγωγή δεύτερης Πανελλήνιας Περιγεννητικής Έρευνας το 1998 που είχε σκοπό και κίνητρο την αποτύπωση της τρέχουσας περιγεννητικής θνησιμότητας και, εμμέσως, την αποτίμηση του αποτελέσματος των παρεμβάσεων που προηγήθηκαν. Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ο υποδιπλασιασμός και πλέον της περιγεννητικής θνησιμότητας από 24% το 1983 σε 10,5% το 1998, δηλαδή μείωση της τάξης του 56%! (http://www.pitsilidis.gr/mediaupload/medical/medical_t_179.pdf).

Στην Ελλάδα, λόγω της οικονομικής κρίσεως από το 2010 και εξής, σύμφωνα με δημοσιεύματα, 900 περίπου βρέφη χάνουν την ζωή τους ετησίως λόγω

ανεπαρκούς περιγεννητικής φροντίδας. Σημειώνεται έλλειψη μονάδων εντατικής φροντίδας νεογνών, κάτι που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή των βρεφών, αλλά και των εγκύων γυναικών. Αναφέρεται επίσης ότι, ακόμη και στα νοσοκομεία που διαθέτουν τέτοιες μονάδες, αυτές είτε δεν λειτουργούν καθόλου είτε υπολειτουργούν λόγω έλλειψης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:088E:0001:0357:EN:PDF>).

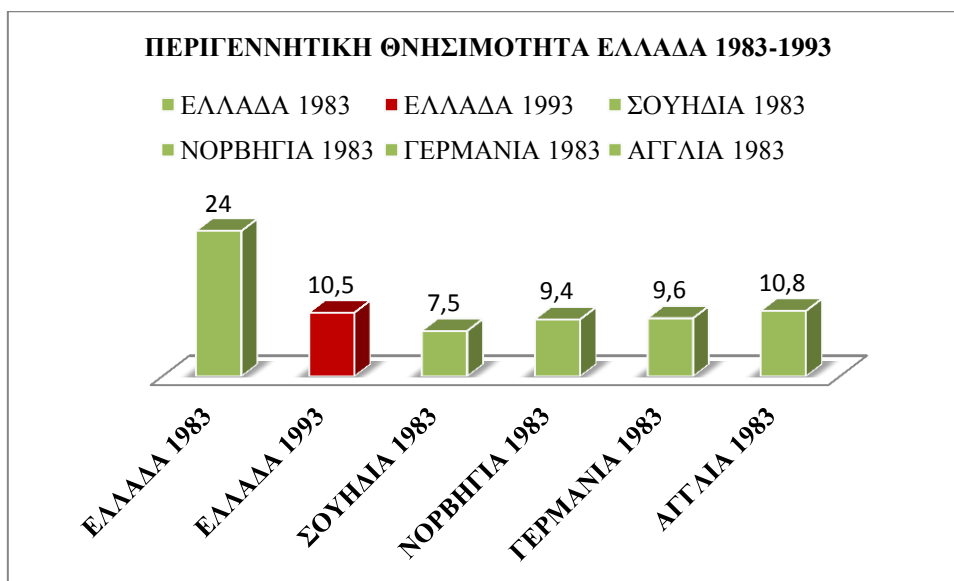
Ο εκπρόσωπος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής κ. Dalli (2012) δήλωσε ότι, το διάστημα από το 2009 έως το 2010, η εν λόγω θνησιμότητα στην Ελλάδα σημείωσε μικρή αύξηση και έφθασε από 4,6 σε 5,0 επί συνόλου χιλίων γεννήσεων. Επίσης, σύμφωνα με την ΕΣΥΕ, ο δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας στην Ελλάδα το 2012 αυξήθηκε στο 5,64 από 5,37 το 2011, (αναλυτικά, σε σύνολο 293 θανάτων βρεφών, τα 32 ήταν μικρότερα της 1 μέρας, 157 ήταν μικρότερα του 1 μηνός). Από το 2008 έως το 2011 καταγράφεται αύξηση των γεννήσεων νεκρών εμβρύων κατά 21,15% (Ελληνική Στατιστική Αρχή 2014) (γράφημα 7).



Γράφημα 7: Ο δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας στην Ελλάδα το 2012 αυξήθηκε. Πηγή: ELSTAT (2014) <http://www.statistics.gr>.

Στην πρώτη Πανελλήνια Περιγεννητική έρευνα, που διεξήγαγε η Α΄ Παιδιατρική κλινική του Πανεπιστήμιου Αθηνών, μελετήθηκαν 11048 συνεχείς επάλληλες

γεννήσεις που έγιναν στη Ελλάδα τον Απρίλιο του 1983. Στην έρευνα αυτή η περιγεννητική θνησιμότητα βρέθηκε 24 θάνατοι βρεφών ανά 1000 γεννήσεις, διπλάσια ή τριπλάσια από εκείνη άλλων ανεπτυγμένων χωρών (Σουηδία 7,5 %, Νορβηγία 9,4 %, Γερμανία 9,6% Αγγλία 10,8 %). Όμως στο σύνολο της, η κατάσταση στην Ελλάδα βελτιώθηκε τις δύο τελευταίες δεκαετίες, αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι το 1993 το ελληνικό ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας ήταν 10,5 επί συνόλου χιλίων γεννήσεων (γράφημα 8) (Κιουρκτσή, 2010).



Γράφημα 8: Η κατάσταση στην Ελλάδα βελτιώθηκε τις δεκαετίες 1983-1993. Πηγή: Κιουρκτσή, Ε. (2010), <http://www.pitsilidis.gr>

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

3.1 Η αναγκαιότητα ταξινόμησης.

Η μελέτη των αιτιών της θνησιγένειας και των νεογνικών θανάτων δυσχεραίνεται από την έλλειψη ενός ενιαίου πρωτοκόλλου για την αξιολόγηση και κατηγοριοποίηση της περιγεννητικής θνησιμότητας, εφόσον υπάρχουν περισσότερα από 35 δημοσιευμένα συστήματα για την κατάταξη των περιγεννητικών θανάτων. Επίσης, από τα χαμηλά ποσοστά ιστοπαθολογικών μελετών, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις, το πιστοποιητικό θανάτου συμπληρώνεται προτού ολοκληρωθεί το τελικό πόρισμα για τους αιτιοπαθογενετικούς μηχανισμούς του θανάτου (Korteweg et al., 2006).

Καταβάλλονται προσπάθειες για την υιοθέτηση ενός διεθνούς συστήματος ταξινόμησης που θα καταδεικνύει, τόσο τους μητρικούς, όσο και τους εμβρυϊκούς-νεογνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην περιγεννητική θνησιμότητα. Κάθε σύστημα ταξινόμησης θα πρέπει να βασίζεται σε διεξοδική αξιολόγηση των στοιχείων, τα οποία θα πρέπει να περιλαμβάνουν λεπτομερή περιγραφή της κατάστασης της μητέρας, του εμβρύου/νεογνού, του ομφάλιου λώρου και του πλακούντα κατά τη γέννηση, καθώς και άλλα γεγονότα που οδήγησαν στην θνησιγένεια και στον νεογνικό θάνατο (Silver et al., 2007).

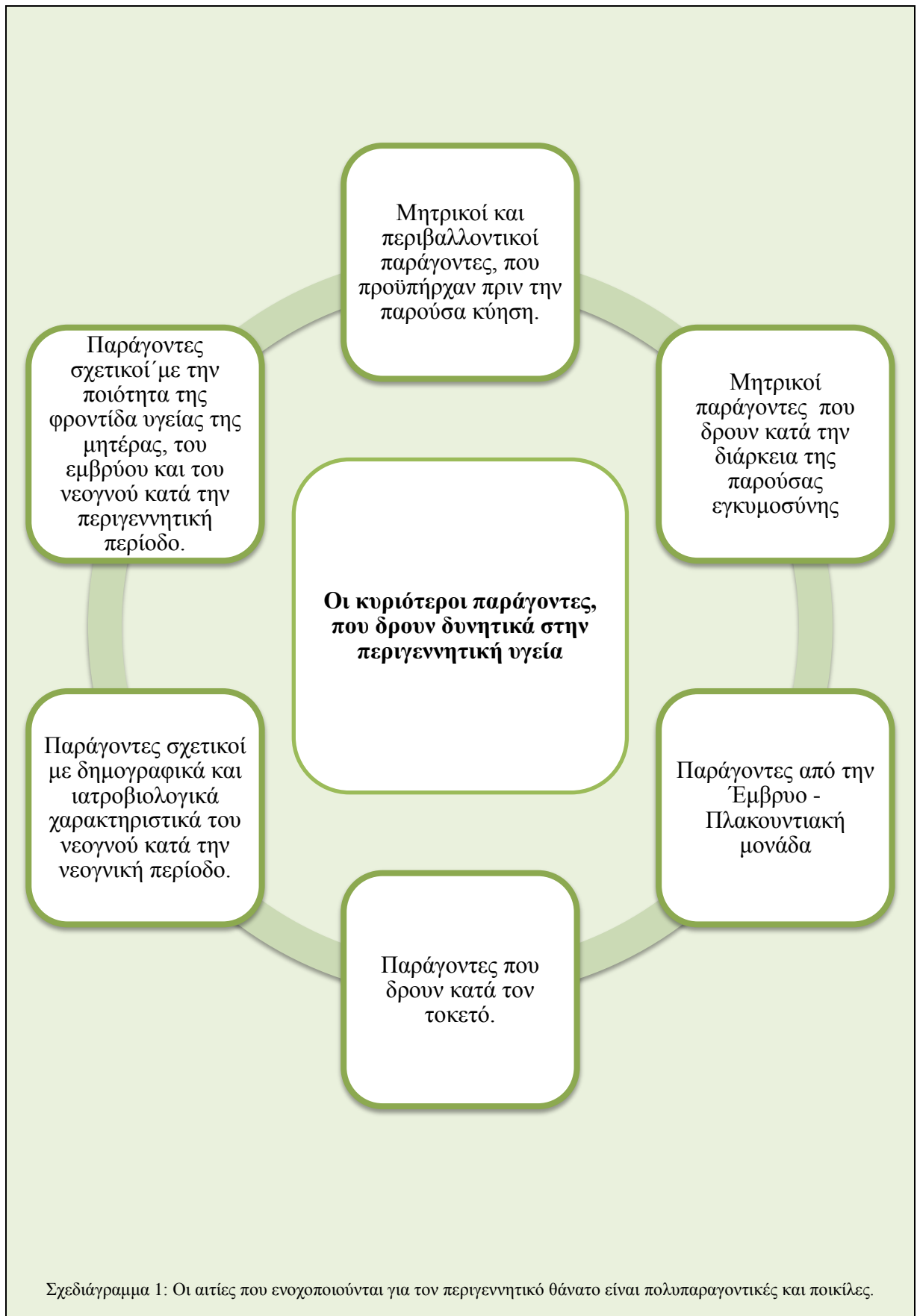
Από την άλλη πλευρά, πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχει ανεξήγητη θνησιγένεια και νεογνική θνησιμότητα, που δεν μπορούμε να αποδώσουμε σε ένα αναγνωρίσιμο παθογενετικό μηχανισμό, ούτε από την εμβρυόπλακουντιακή μονάδα, αλλά ούτε από το ιστορικό της μητέρας (Robson & Leader, 2010). Αυτή ευθύνεται για το 25% έως 60% του συνόλου των θανάτων (Yudkin et al., 1987. Froen et al., 2001. Bukowski et al., 2011). Υπάρχουν πολλές προκλήσεις σχετικά με την έρευνα των αιτιών του ενδομήτριου εμβρυϊκού θανάτου, διότι είναι δυσχερής η ανίχνευση και η μελέτη των μηχανισμών που δρουν βλαπτικά στο έμβρυο, επειδή εμφανίζονται στο ενδομήτριο περιβάλλον (Snowden & Caughey, 2012). Στο παράρτημα I παρατίθενται η Στατιστική Ταξινόμηση των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας ICD-10 που σχετίζονται με τον περιγεννητικό θάνατο (παράρτημα I, πίνακας 1) και το

σύστημα ταξινόμησης των μελών της Επιστημονικής Ομάδας της Περιγεννητικής Περιόδου της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας (παράρτημα I, πίνακας 2).

Με αφετηρία την αναγκαιότητα του εντοπισμού των παραγόντων που ενοχοποιούνται για τη μητρική και την περιγεννητική θνησιμότητα, έγινε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Σκοπός μας ήταν να συγκεντρωθούν και να ομαδοποιηθούν, τόσο οι προδιαθεσικοί παράγοντες, όσο και οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν τον περιγεννητικό θάνατο, με σκοπό να γίνεται εύκολα ο εντοπισμός τους, ώστε να μπορούμε να έχουμε ένα εφαλτήριο για την πρόληψη και την θεραπεία αυτών των παραγόντων που δρουν δυσμενώς κατά την περιγεννητική περίοδο.

Οι αιτίες που ενοχοποιούνται για τον περιγεννητικό θάνατο είναι πολυπαραγοντικές και ποικίλες, και αλλάζουν με την ηλικία της κύησης. Το 31% των θανάτων, δυνητικά είναι τροποποιήσιμοι, υποδηλώνοντας ότι θα πρέπει να αποτελούν μείζονος σημασίας στόχους των πολιτικών υγείας για τη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας (Jacob et al., 2015). Οι κυριότεροι παράγοντες, που δρουν δυνητικά στην περιγεννητική υγεία και αυξάνουν την πιθανότητα για περιγεννητικό θάνατο, ταξινομούνται σε:

1. Μητρικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, που προϋπήρχαν πριν την παρούσα κύηση.
2. Παράγοντες που δρουν κατά την διάρκεια της παρούσας εγκυμοσύνης και υποδιαιρούνται σε: α) μητρικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, β) παράγοντες από την έμβρυο- πλακουντιακή μονάδα, και γ) παράγοντες που δρουν κατά τον τοκετό. Παράγοντες σχετικούς με δημογραφικά και ιατροβιολογικά χαρακτηριστικά του νεογνού κατά την νεογνική περίοδο.
3. Από την ποιότητα της φροντίδα υγείας της μητέρας, του εμβρύου και του νεογνού κατά την περιγεννητική περίοδο.



3.2 Μητρικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Οι κυριότεροι παράγοντες που αποτελούν υψηλό κίνδυνο για την ψυχική και σωματική υγεία της μητέρας, και προδιαθέτουν για σοβαρή μητρική νοσηρότητα κατά την περιγεννητική περίοδο, διακρίνονται σε παράγοντες που προϋπήρχαν πριν της κύησης, σε δυσμενείς παράγοντες κατά την διάρκεια της παρούσας κύησης και δυσμενείς παράγοντες κατά την διάρκεια του τοκετού.

3.2.1. Παράγοντες που προϋπήρχαν της κύησης.

Δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου:

Η εθνικότητα, τα ποσοστά της περιγεννητικής θνησιμότητας στις ΗΠΑ ανάμεσα στον πληθυσμό των μαύρων είναι μεγαλύτερα από ό, τι μεταξύ των λευκών. Στην Αυστραλία, οι αυτόχθονες έχουν υψηλότερη θνησιμότητα από ότι οι λευκοί άποικοι. Στο Ισραήλ, οι Άραβες έχουν μεγαλύτερη θνητότητα από τους Εβραίους. Στη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι μετανάστες έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα από τον πληθυσμό των γονέων που γεννήθηκαν στην χώρα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι μετανάστες από την Ινδία, το Μπαγκλαντές, και το Πακιστάν παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά. Οι λόγοι για τις διαφορές αυτές είναι πολλαπλοί και διαφέρουν από χώρα σε χώρα (Davies-Tuck et al., 2015. Gillies et al., 1984).

Η παχυσαρκία, ενοχοποιείται για αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης, διαβήτη κύησης και κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας στον τοκετό (Mol et al., 2015).

Η φυλή. Σε πρόσφατες μελέτες του OCD (2014), διαπιστώθηκε ότι οι μαύρες γυναίκες είναι περίπου 60% πιο πιθανό να έχουν ένα πρόωρο μωρό σε σύγκριση με τις λευκές γυναίκες. Οι λόγοι για τη διαφορά μεταξύ μαύρων και λευκών γυναικών παραμένουν άγνωστοι και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Η οικογενειακή κατάσταση. Έρευνες δείχνουν ότι συγκεκριμένες συμπεριφορές κινδύνου σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (lifestyles) των ανύπανδρων εγκύων, και αποτελούν παράγοντα κινδύνου (Scand, 1996).

Η ηλικία της μητέρας. Τα μωρά που γεννήθηκαν από μητέρες ηλικίας κάτω των 20 ετών και άνω των 40 ετών έχουν τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας (Huang et al., 2008. Joseph et al., 2005). Έχει βρεθεί ότι οι έφηβες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αναιμία κατά την κύηση, ενώ η προωρότητα και τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά είναι μερικά από τα βασικότερα

προβλήματα που εμφανίζονται στα νεογνά των εφήβων (Rachukul et al., 2007. Keskinoglu et al., 2007). Επίσης μπορεί η μεγάλη ηλικία της μητέρας να σχετίζεται με αυξημένο επιπολασμό του διαβήτη κύησης και προεκλαμψίας (Son, 2014). Τέλος οι εφηβικές εγκυμοσύνες θεωρούνται αυξημένου κινδύνου μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας/ θνησιμότητας λόγω των ανεπιθύμητων εκβάσεων τους, εξαιτίας της γονεϊκής συναισθηματικής ανωριμότητάς τους, έχοντας ως αποτέλεσμα να μην επιδιώκουν την περιγεννητική φροντίδα, ή την πλημμελή **ε** προγεννητική φροντίδα (Thato et al., 2007).

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Τα ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας μεταξύ μητέρων χωρίς καμία εκπαίδευση είναι σχεδόν διπλάσια εκείνων με δευτεροβάθμια εκπαίδευση και άνω, σύμφωνα με την επιτροπή της UNICEF. Οι κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερες τάξεις, και σε περιοχές με υλική και κοινωνική στέρηση και φτωχό μορφωτικό επίπεδο, έχουν αυξημένο περιγεννητικό κίνδυνο. Σε χαμηλά εισοδήματα και μεσαίου εισοδήματος χώρες, εκτιμάται ότι το 46% των γυναικών γεννούν στο σπίτι χωρίς τη δυνατότητα πρόσβασης σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας περιγεννητικής φροντίδας (Bhutta et al., 2011).

Προηγούμενο βεβαρημένο μαιευτικό-γυναικολογικό ιστορικό.

Οι έγκυες με ιστορικό αυτόματων ή τεχνητών εκτρώσεων.

Προβλήματα με τη μήτρα ή τον τράχηλο, όπως ανεπάρκεια έσω τραχηλικού στομίου και συγγενείς ανωμαλίες διάπλασης της μήτρας (δίκερος) και του κόλπου.

Οι υπερπολυτόκες (>5 τοκετούς) παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες για αιμορραγία κατά τον τοκετό.

Με προηγούμενο ιστορικό πρόωρων τοκετών, ενδομήτριων θανάτων, συγγενών ανωμαλιών και νεογνικών θανάτων.

Έγκυες με μακροχρόνια υπογονιμότητα.

Εργώδης προηγούμενος τοκετός ή τοκετός με σικουουλκία.

Μικρά μεσοδιαστήματα ανάμεσα στις εγκυμοσύνες.

Παθολογικό ιστορικό της μητέρας.

Χρόνια προβλήματα υγείας της μητέρας, όπως χρόνια υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, διαταραχές πήξεως, αναιμίες, καρδιοπάθειες, πνευμονοφρίτιδα, σύφιλη, λιστερίωση, τοξοπλάσμωση, φλεγμονές, ενδοκρινικές παθήσεις, συστηματικά νοσήματα, το αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο, και κοκ.

Χειρουργικό ιστορικό της μητέρας:

Ιστορικό προηγηθεισών χειρουργικών επεμβάσεων στη μήτρα.

Κληρονομικό ιστορικό.

Ιστορικό γενετικών νοσημάτων.

Οι αρνητικές συνήθειες και συνθήκες υγιεινής της μητέρας.

Η πιθανότητα να προκύψει μια κύηση με υψηλούς κίνδυνους για την επιβίωση του εμβρύου ή του νεογνού αυξάνονται πολύ σε πληθυσμούς στους οποίους δεν τηρούνται οι συνθήκες δημόσιας και ατομικής υγιεινής και υπάρχει πλημμελής παρακολούθηση της υγείας των γυναικών. Επιπρόσθετη επιβάρυνση ελλοχεύει όταν συνυπάρχει με κακή ποιοτικά διατροφή, κατανάλωση ψυχοδραστικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, του καπνού, εξαρτησιογόνων ουσιών και κάποιων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, που μπορούν να έχουν επιπτώσεις σε μια επερχόμενη εγκυμοσύνη. Εκτιμήθηκε ότι εάν όλες οι έγκυες γυναίκες σταματήσουν το κάπνισμα, ο αριθμός των εμβρυϊκών και νεογνικών θανάτων θα μειωθεί κατά περίπου 10% (Kleinman et al., 1987).

3.2.2 Παράγοντες που δρουν κατά την διάρκεια της παρούσας εγκυμοσύνης

Μητρικοί παράγοντες

Στρεσογόνα γεγονότα της ζωής κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση πρόωρου τοκετού. Τα επίπεδα του ψυχοκοινωνικού στρες στην εγκυμοσύνη βρέθηκε να είναι ιδιαίτερα υψηλό στις μητέρες των οποίων τα μωρά γεννήθηκαν πρόωρα. Επίσης σε ορισμένες γυναίκες αγχωτικά γεγονότα μπορεί να επισπεύσουν τον τοκετό (Newton et al., 1979).

Η αρνητική στάση της γυναίκας προς την εγκυμοσύνη της αυξάνει τον κίνδυνο της περιγεννητικής θνησιμότητας (Bustan, 1994).

Κυήσεις με ανεπαρκή παρακολούθηση, λιγότερους από 3 ιατρικούς ελέγχους κατά τη διάρκειά της.

Κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη, στο έμβρυο και, στη συνέχεια, στο νεογέννητο μωρό (Goel et al., 2011). Η προγεννητική έκθεση στις παραπάνω ουσίες προκαλεί χρόνια εμβρυϊκή υποξία, απορρύθμιση της ομαλής λειτουργίας του ενδοκρινικού

συστήματος, και διαταραχή της νευροανάπτυξης του εμβρύου, η οποία σχετίζεται με εγκεφαλική δυσλειτουργία (Σταθοπούλου, 2014).

Διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας, ύδατος και ηλεκτρολυτών (διαβητική κετοξέωση, κετοξέωση της πείνας, γαλακτική οξέωση, οξύ λιπώδες ήπαρ γαλακτική οξέωση από υδατάνθρακες, δηλητηρίαση με ύδωρ κοκ).

Διαβήτης κύησης (gestational diabetes). Το μεταβολικό χαρακτηριστικό των γυναικών με διαβήτη εγκυμοσύνης είναι η ανεπαρκής έκκριση ινσουλίνης, που αδυνατεί να αντισταθμίσει την αύξηση της αντίστασης στην ινσουλίνη. Η κατάσταση αυτή έχει ως επακόλουθο αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα της εγκύου, οπότε και αυξημένα επίπεδα σακχάρου στο έμβρυο μέσω του πλακούντα, και μπορεί να προκαλέσει δυστοκία (δύσκολος τοκετός με αυξημένη συχνότητα τραυματισμού του νεογνού) ή ανάγκη για καισαρική τομή λόγω του μεγάλου μεγέθους του νεογνού. Επίσης, ο διαβήτης κύησης μπορεί να προκαλέσει πρόωρη ρήξη των υμένων, προεκλαμψία, ενδομήτριο θάνατο, συγγενείς ανωμαλίες, υδράμνιο, κλπ. (Son et al., 2014). Μετά την γέννηση, τα νεογνά κινδυνεύουν από υπογλυκαιμία λόγω της υπερπαραγωγής ινσουλίνης από το πάγκρεας του νεογνού και από χαμηλό ασβέστιο και μαγνήσιο με συμπτωματολογία από το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προεκλαμψία. Εμφανίζεται συνήθως την 27η-28η εβδομάδα της κύησης, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί και από την 20η εβδομάδα. Ορίζεται κλινικά από αυξημένη πίεση (υπέρταση) και αυξημένη πρωτεΐνη στα ούρα (λευκωματουρία), με ή χωρίς παθολογικά οιδήματα. Η προεκλαμψία μπορεί να περιορίσει τη ροή του αίματος διαμέσου του πλακούντα. Σαν συνέπεια, το έμβρυο λαμβάνει λιγότερο αίμα, οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες. Αυτό μπορεί να επιβραδύνει την ανάπτυξη του εμβρύου και να οδηγήσει σε χαμηλό βάρος γέννησης. Η προεκλαμψία, εάν δεν ελεγχθεί, μπορεί να προκαλέσει πολυοργανική ανεπάρκεια, ιδιαίτερα του ήπατος και των νεφρών, μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλική, ηπατική ή νεφρική αιμορραγία, και μπορεί να είναι θανατηφόρα και για τη μητέρα για το μωρό.

Κυήσεις με χειρουργικές επιπλοκές, όπως σκωληκοειδίτιδα, ειλεός, νεοπλασίες, ινομύωματα, κύστες ωοθηκών, κλπ.

Κύηση μετά από πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας ή τεχνητή γονιμοποίηση.

Η σηψαιμία της κυοφορούσας.

Ενδοηπατική χολόσταση κύησης, όταν εμφανίζεται μετά την 33η εβδομάδα κύησης, μπορεί να προκαλέσει αιφνίδιο ενδομήτριο θάνατο, λόγω αγγειοσυσπαστικής δράσης των υψηλών συγκεντρώσεων χολικών οξέων επί των χοριονικών φλεβών.

Σύνδρομο HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets Αιμόλυση, Υψηλά ηπατικά ένζυμα, Χαμηλά αιμοπετάλια (Sibai et al., 1986).

Θρομβοεμβολικό επεισόδιο εγκύου.

Rhesus ευαισθητοποίηση.

Κυοφορία περισσότερων από ένα μωρό (δίδυμα, τρίδυμα, ή περισσότερο).

3.3 Παράγοντες από την Έμβρυο - Πλακουντιακή μονάδα

Σε αυτήν την ομάδα ταξινομούνται ενδογενείς επιπλοκές από τον πλακούντα, τον ομφάλιο λώρο και τους υμένες για το έμβρυο.

Χρωμοσωμικές ανωμαλίες συγγενείς διαμαρτίες.

Αιμορραγικές επιπλοκές. Ειδικά η αιμορραγία από τον πλακούντα, μπορεί να είναι σοβαρή και να απειλήσει τη ζωή της μητέρας και του παιδιού.

Προδρομικός πλακούντας. Στον προδρομικό πλακούντα αντί η εμφύτευση του πλακούντα να γίνει στο σώμα της μήτρας, γίνεται χαμηλά και μπορεί να καλύπτει μέρος ή όλο το τραχηλικό στόμιο. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να καταβάλλεται σε εγκυμοσύνες με προδρομικό πλακούντα, που έχουν αναπτύξει τυχαία αιμορραγία. Σίγουρα, και οι δύο έχουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας που σχετίζονται (Record & McKeown, 1956).

Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα. Η απομάκρυνση του πλακούντα από το τοίχωμα της μήτρας πριν την έναρξη του τοκετού μπορεί να μειώσει ή να διακόψει τη ροή του πλούσιου σε οξυγόνο αίματος προς το έμβρυο. Η αποκόλληση πλακούντα είναι μία από τις βασικές αιτίες θανάτου του εμβρύου στον τρίτο τρίμηνο της κύησης. Μπορεί επίσης να προκαλέσει σοβαρά κυκλοφορικά προβλήματα στη μητέρα ή ακόμα και σοκ, αν υπάρχει σοβαρή αιμορραγία.

Πλακουντιακά έμφρακτα και γήρανση του πλακούντα.

Βραχύς ομφάλιος λώρος.
Αληθής κόμβος ομφάλιου λώρου.
Περιτύλιξη ομφάλιου λώρου
Πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων.
Δίδυμη και πολύδυμη κύηση.
Αργή εμβρυϊκή ανάπτυξη και κακή εμβρυϊκή θρέψη. Έμβρυο με υπολειπόμενο βάρος και υπολειπόμενη ενδομήτριο ανάπτυξη (IUGR).
Διαταραχές που σχετίζονται με την παράταση της κύησης.
Υπερβαρές έμβρυο.
Χοριοαμνιονίτιδα. Είναι μία σοβαρή ενδοαμνιακή λοίμωξη, που εντοπίζεται στο χόριο και το άμνιο. Λόγω του σηπτικού περιβάλλοντος, μπορεί να επέλθει ενδομήτριος θάνατος ή, εάν επιβιώσει το έμβρυο, να γεννηθεί με συγγενή πνευμονία, σηψαιμία ή μηνιγγίτιδα. Ιδιαίτερα τα oligoβαρή και τα πρόωρα νεογνά συχνά παρουσιάζουν σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας. Για το λόγο αυτό, η χοριοαμνιονίτιδα συνδυάζεται με υψηλό ποσοστό νεογνικής νοσηρότητας και θνητότητας.
Πρώιμη ρήξη εμβρυϊκών υμένων (πριν την 37η εβδομάδα).
Παρατεταμένη εγκυμοσύνη. Το υπερώριμο βρέφος είναι εξαρτώμενο από ένα γερασμένο πλακούντα, ο οποίος συχνά αδυνατεί να τροφοδοτήσει το έμβρυο με επαρκές οξυγόνο.
Φλεγμονές του εμβρύου.
Ανωμαλίες διάπλασης του εμβρύου.
Προσβολή του εμβρύου από επιβλαβείς παράγοντες που μεταφέρονται μέσω του πλακούντα.
Αιμορραγικές και αιματολογικές διαταραχές του εμβρύου.
Ενδοκράνιος μη τραυματική αιμορραγία του εμβρύου.
Αιμορραγική νόσος του εμβρύου .
Εμβρυϊκός ύδρωπας οφειλόμενος σε αιμολυτική νόσο.
Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη του εμβρύου.
Κατασταλτικά φάρμακα Κ.Ν.Σ. (ηρεμιστικά, αναισθητικά, ναρκωτικά)

3.4 Παράγοντες που δρουν κατά τον τοκετό.

Ο τοκετός υψηλού κινδύνου (ή αλλιώς δυστοκία) χαρακτηρίζεται ο τοκετός εκείνος που εμφανίζει ανώμαλη πρόοδο στην εξέλιξή του. Σύμφωνα με τον Δ. Αραβαντινό

(1989), είναι κυρίως αποτέλεσμα ανωμαλιών, που μπορεί να υπάρχουν μόνες τους ή σε συνδυασμό.

Ανώμαλη λειτουργία της μήτρας να προωθήσει το έμβρυο στον γεννητικό σωλήνα.

Ανώμαλες προβολές του εμβρύου, με αποτέλεσμα να δυσκολεύουν ή να καθιστούν αδύνατη τη γέννησή του.

Ανωμαλίες του γεννητικού σωλήνα που δυσκολεύουν την διόδο του εμβρύου.

Πρόπτωση ομφαλίδος.

Τραύματα κατά τον τοκετό.

Ενδοκράνιος τραυματισμός και αιμορραγία κατά τον τοκετό.

Άλλοι τραυματισμοί του κεντρικού νευρικού συστήματος κατά τον τοκετό.

Τραυματισμοί του τριχωτού της κεφαλής κατά τον τοκετό.

Τραυματισμοί του σκελετού κατά τον τοκετό.

Ασφυξία κατά τον τοκετό.

3.5 Δημογραφικά και ιατροβιολογικά χαρακτηριστικά του νεογνού.

Οι Jacob et al. (2015), μελέτησαν σε 46 MENN τρίτοβάθμιας βαθμίδας, τις αιτίες από 641 νεογνικούς θανάτους. Παρατήρησαν ότι οι αιτίες που σχετίζονται με το νεογνικό θάνατο είναι πολυπαραγοντικές και αλλάζουν με την ηλικία κύησης του νεογνού. Όσο μικρότερη η ηλικία κύησης, τόσο τα μορφολογικά και νευρολογικά χαρακτηριστικά του νεογνού είναι ανώριμα. Η θνησιμότητα οφείλεται συνήθως σε επιπλοκές της πρόωρης γέννησης, αναπνευστική δυσχέρεια, η οποία μπορεί να εξελιχτεί σε αναπνευστική ανεπάρκεια, ενδοκοιλιακή αιμορραγία, νεκρωτική εντεροκολίτιδα, και σήψη. Με την αύξηση της ηλικίας κύησης, η αιτιολογία της θνησιμότητας μετατοπίζεται σε υποξική-ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια και γενετικές ή δομικές ανωμαλίες.

Γενικά, τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσουν τα πρόωρα νεογνά, οφείλονται κυρίως στην ανωριμότητα (λειτουργική και ανατομική) των διαφόρων οργάνων-

συστημάτων του οργανισμού (Kamitsuka et al., 2015). Τα βρέφη που γεννήθηκαν πρόωρα βραχυπρόθεσμα παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου και μακροπρόθεσμα κινδυνεύουν να έχουν αναπηρίες σε σχέση με τα νεογνά που γεννήθηκαν τελειόμηνα (37-41 εβδομάδες κύησης). Το ποσοστό των πρόωρων γεννήσεων συνδέεται με τις μεταβολές των ποσοστών της νεογνικής θνησιμότητας μεταξύ των χωρών (Mathews & MacDorman, 2012).

Αναπνευστικά προβλήματα.

Το Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ΣΑΔ) είναι ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα και η κύρια αιτία θανάτου σε πρόωρα νεογνά.

Βρογχοπνευμονική δυσπλασία.

Πνευμοθώρακας, πνευμομεσοπνευμόνιο.

Διάμεσο πνευμονικό εμφύσημα.

Συγγενής πνευμονία.

Πνευμονική αιμορραγία.

Πνευμονική υπέρταση.

Άπνοια.

Σύνδρομο εισρόφησης του νεογνού.

Καρδιαγγειακές διαταραχές.

Ανοικτός αρτηριακός πόρος.

Υπόταση, υπέρταση.

Αιμορραγικές και αιματολογικές διαταραχές του νεογνού.

Αιμορραγικό σοκ ή βαθιά αναιμία (πρώιμη ή όψιμη).

Αιμορραγική νόσος του εμβρύου και του νεογνού.

Έλλειψη βιταμίνης Κ στο νεογνό.

Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη του νεογνού.

Υπερχολερυθριναιμία και Πυρηνικός ίκτερος. Η αποτυχημένη πρόληψη της Rh ευαισθητοποίησης και της διαχείρισης της νεογνικής υπερχολερυθριναιμίας έχει ως

αποτελέσμα νεογνικούς θανάτους και πολλά παιδιά με αναπηρίες (Bhutani et al., 2013) .

Νεογνικός ίκτερος οφειλόμενος σε άλλες μορφές υπερβολικής αιμόλυσης.

Διαταραχές του πεπτικού συστήματος.

Μειωμένη κινητικότητα και λειτουργικότητα του εντέρου. Ο Ειλεός από μηκόνιο.

Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (necrotizing enterocolitis).

Διαρροϊκό σύνδρομο.

Μεταβολικές διαταραχές του νεογνού. Ενδοκρινολογικές διαταραχές του νεογνού.

Υπασβεστιαμία.

Υπογλυκαιμία ή Υπεργλυκαιμία.

Όψιμη μεταβολική οξέωση.

Υποθερμία.

Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Ενδοκοιλιακή αιμορραγία.

Υποξική-ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια.

Πυρηνικός ίκτερος (εγκεφαλοπάθεια από χολερυθρίνη).

Παράγοντες που συμβάλλουν από το Ουροποιητικό σύστημα .

Νεφρική ανεπάρκεια.

Νεφρική αγενεσία ή Σύνδρομο Πότερ.

Πολυκυστική νεφρική νόσος

Δυσπλαστικοί νεφροί.

Υδρονέφρωση.

Υπονατρίαμία, Υπερνατρίαμία, Υπερκαλιαιμία.

Νεφρική σωληνιακή οξέωση, Νεφρική γλυκοζουρία

Οίδηματα.

Διάφορα.

Διαφραγματοκήλη.

Λοιμώξεις (συγγενείς-περιγεννητικές-νοσοκομειακές). Η σηψαιμία αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Χρωμοσωμικές θανατηφόρες ανωμαλίες.

Περιγεννητική ασφυξία.

Διαταραχές θερμορύθμισης: Τα πρόωρα εμφανίζουν δυσκολία στη διατήρηση της θερμοκρασίας τους, λόγω ανωριμότητας των ομοιοστατικών μηχανισμών αποβολής και παραγωγής θερμότητας. Η υποθερμία (θερμοκρασία ορθού < 36,4°C) μετά τη γέννηση είναι ένα πολύ συχνό και σοβαρό πρόβλημα στα πρόωρα νεογνά.

Συγγενή ιογενή νοσήματα

Βακτηριακή σηψαιμία του νεογνού.

Άλλα συγγενή λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα.

Ομφαλίτιδα του νεογνού, με ή χωρίς ήπια αιμορραγία.

Άλλες φλεγμονές, ειδικές της περιγεννητικής περιόδου.

3.6 Ποιότητα φροντίδας των μητέρων και των νεογνών κατά την περιγεννητική περίοδο.

Αναλυτικότερα, οι Merali et al. (2014) με την μελέτη τους σχετικά με τους παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη μητρική και την περιγεννητική θνησιμότητα εντόπισαν:

Παράγοντες που αφορούν τους εργαζομένους στο τομέα της υγείας. Η επαρκής κατάρτιση και η συνεχής επιμόρφωση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας είναι ζωτικής σημασίας, ώστε να συμβάλλουν στην ασφάλεια και στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται με αξιοπιστία σε κάθε γέννηση.

Παράγοντες που αφορούν τους ασθενείς.

Παράγοντες που αφορούν πτυχές της διακομιδής και της παραπομπής των ασθενών. Αφορούν αιτίες για την χρονοτριβή της διακομιδής και της παραπομπής των ασθενών, στην οποία περιλαμβάνονται η καθυστέρηση της απόφασης από αυτόν που έχει τον έλεγχο της λήψης αποφάσεων.

Παράγοντες που αφορούν πτυχές της διοικητικών διαδικασιών και των διοικητικών διαδικασιών εφοδιασμού, πχ σε ελλείψεις επαρκών δυνατοτήτων μετάγγισης αίματος.

Παράγοντες που εμφανίζονται λόγω πλημμελούς εφαρμογής αποτελεσματικής πολιτικής υγείας.

Εξωγενείς βλαπτικοί παράγοντες για το έμβρυο μπορεί να είναι βλαπτικοί παράγοντες όπως είναι τα φάρμακα, η ακτινοβολία, οι χημικές ουσίες του

περιβάλλοντος ή χημικές ουσίες που λαμβάνονται με την τροφή και εκείνες που υπάρχουν στο χώρο εργασίας. Επίσης, η έκθεση σε υψηλά επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης λεπτών σωματιδίων κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιγένειας (DeFranco et al., 2015).

Αντιδράσεις και δηλητηριάσεις οφειλόμενες σε φάρμακα που χορηγούνται στο έμβρυο και το νεογνό.

Η παροχή προγεννητικής φροντίδας. Συγκεκριμένα ο Roma (1999) σε μελέτη που διενήργησε στο Σικάγο, καταδείκνυε ότι η έγκαιρη προγεννητική φροντίδα συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας.

Εν κατακλείδι, οι παραπάνω παράγοντες αναλογούν στους περισσότερους θανάτους στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η υποβαθμισμένη κλινική φροντίδα από επαγγελματίες υγείας, η καθυστέρηση διακομιδής των ασθενών σε εξειδικευμένα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και οι ελλείψεις επαρκών δυνατοτήτων μετάγγισης αίματος⁵. Παράλληλα, παράγοντες που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας ευθύνονται για τα δύο τρίτα των ταυτοποιημένων παραγόντων, οι οποίοι θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

⁵ Περιλαμβάνουν την έλλειψη της προσβασιμότητας σε τράπεζες αίματος, σε έλλειψη των υλικών για τη συλλογή αίματος, στην ασφάλεια του αίματος, στην απροθυμία δοτών για προσφορά αίματος, καθώς και στην έλλειψη υποδομών.

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Στην Ευρώπη πριν από το τέλος του 19ου αιώνα, οι θάνατοι βρεφών κατά το πρώτο έτος της ζωής του ήταν περίπου 150-200 ανά χίλιες γεννήσεις ζωντανών. Περίπου το 40% των παιδιών που πέθαιναν ήταν πριν από την 10η ημέρα των γενεθλίων τους. Ειδικά σε οικογένειες με χαμηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, τα παιδιά ήταν δύο φορές πιο πιθανό να υποκύψουν, σε αντίθεση με αυτά των πιο ευημερουσών οικογενειών. Τα μέτρα δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων καθαρού νερού και ελέγχου μόλυνσης, οδήγησαν σε σημαντική βελτίωση της κατάστασης από τις αρχές του 20ου αιώνα. Με την εισαγωγή της ασφαλούς μετάγγισης αίματος στη δεκαετία του 1930, και τη χρήση Σουλφamidων και Πενικιλίνης, η θνησιμότητα μητέρας και βρέφους βελτιώθηκαν δραματικά. Από το 1945, η ΠΓΘ είχε πέσει έως 45%, καθώς και από το 1981 έως 12 ανά 1000 γεννήσεις (Badenhorst & Hughes, 2007).

Μια υγιής κύηση πρέπει να ξεκινάει πριν τη σύλληψη και να συνεχίζεται με την κατάλληλη παρακολούθηση στην προγεννητική και την περιγεννητική περίοδο. Οι υπηρεσίες υγείας στην περιγεννητική φροντίδα, πρέπει να παρέχουν την κατάλληλη περίθαλψη για την αντιμετώπιση των πιθανών παθολογικών επιπλοκών, που μπορεί να υπάρξουν. Ειδικά οι κυήσεις υψηλού κινδύνου, πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικά τριτοβάθμια νοσοκομεία και να παρακολουθούνται από άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό. Αυτά τα νοσοκομεία στελεχώνονται και με κατάλληλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό που απαιτείται για την παροχή υψηλού επιπέδου προηγμένων ιατρικών υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στον Καναδά. Οι μελλοντικοί γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, σχετικά με την αναγκαιότητα της παρακολούθησης της εγκύου και του μωρού της σε τριτοβάθμιες υπηρεσίες.

Η μελέτη της θνησιμότητας, σε συνδυασμό με τη μελέτη της αναπαραγωγικότητας, αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού στο μέλλον, στοιχείων που είναι απαραίτητα για τη διαμόρφωση της πολιτικής, κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας. Ειδικά η θνησιμότητα της μητέρας και του νεογνού είναι ένα φαινόμενο με πολλές κοινωνικό-οικονομικές προεκτάσεις, και η μελέτη της κρίνεται απαραίτητη για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και τη διαμόρφωση της πολιτικής δημόσιας υγείας.

Ωστόσο, ενώ τα τελευταία χρόνια η μελέτη των νεογνικών θανάτων δέχεται αυξανόμενη παγκόσμια προσοχή, η θνησιγένεια παρέμεινε σχεδόν αόρατη για τη χάραξη πολιτικής και τη χρηματοδότηση υπηρεσιών, παρά το γεγονός ότι έχει πολλούς κοινούς παράγοντες κινδύνου με τους νεογνικούς και μητρικούς θανάτους, εκ των οποίων και οι δύο βρίσκονται στο κεντρικό άξονα της επίτευξης των αναπτυξιακών στόχων της χιλιετίας⁶ και σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες εξακολουθεί να είναι εκτός τροχιάς (Berhan et al., 2014. Lawn et al., 2009).

Ένα βασικό πυλώνα της δημόσιας υγείας αποτελεί η αναγκαιότητα της μελέτης των περιγεννητικών δεικτών, οι οποίοι αποτελούν σημαντικό βοήθημα για την λήψη αποφάσεων που αποσκοπούν στην προαγωγή της δημόσιας υγείας. Οι Gravett & Rubens (2012), υποστηρίζουν ότι το ποσοστό της περιγεννητικής θνησιμότητας υποδηλώνει την σχετική υγεία ενός έθνους ή μιας κοινότητας, και επηρεάζει τους πάντες. Κατά κοινή ομολογία, η γέννηση ενός υγιούς παιδιού σε μια υγιή οικογένεια, με τη δυνατότητα αύξησης του προσδόκιμου ζωής, θα πρέπει να αποτελεί το στόχο της υγειονομικής περίθαλψης. Θα πρέπει έγκαιρα, να εντοπίζονται οι αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανεπιθύμητη έκβαση του περιγεννητικού θανάτου, και να γίνεται προσπάθεια να τροποποιηθούν ορισμένοι από αυτούς τους (Davies & Arroyo, 1985).

Αναλυτικότερα, για την επίτευξη ουσιαστικής μείωσης του ΠΓΘ σε όλο τον κόσμο, χρειάζονται διεπιστημονικές συντονισμένες προσπάθειες από διεθνείς οργανισμούς υγείας, ερευνητικά ιδρύματα, και μεμονωμένες χώρες, ώστε να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικές πολιτικές, προγράμματα και υπηρεσίες για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας των γυναικών και των νεογνών. Πολλοί από αυτούς τους θανάτους θα μπορούσαν σχετικά εύκολα να προληφθούν με απλές, χαμηλού κόστους παρεμβάσεις, πριν, κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά τη γέννηση (Wardlaw et al., 2014). Η μελέτη των πολιτιστικών-οικονομικών προσδιοριστών της υγείας, του φυσικού περιβάλλοντος, του τρόπου ζωής και των κοινωνικών συνθηκών, συμβάλλει σημαντικά στην αποτελεσματικότητα της κλινικής ιατρικής στην υγεία του πληθυσμού (Φιλαλήθης 2002). Στόχος είναι να εξαλειφθούν και να προληφθούν οι βαθύτερες αιτίες των εμβρυϊκών και νεογνικών θανάτων, και να γεφυρωθούν τα χάσματα, ώστε ο πληθυσμός να έχει ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

⁶The Millennium Development Goals (MDGs).

Βασικοί άξονες της πολιτικής της Δημόσιας Υγείας είναι:

- i) Η οργάνωση της κοινωνίας σύμφωνα με ανάγκες της δημογραφικής ανατομίας του πληθυσμού, που επηρεάζουν παραμέτρους της ποιότητας ζωής.
- ii) Να αντιμετωπίζονται ολιστικά τα γενικότερα πληθυσμιακά προβλήματα υγείας με στόχο την πρόληψη των ασθενειών, την προαγωγή της υγείας, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.
- iii) Η επαρκής κατάρτιση και η συνεχής επιμόρφωση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας είναι ζωτικής σημασίας, ώστε αυτοί να συμβάλλουν στην ασφάλεια και στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται με αξιοπιστία σε κάθε γέννησή (Merali et al. 2014).
- iv) Η Εκπαίδευση, τόσο του γυναικείου πληθυσμού κατά την προγεννητική περίοδο, αλλά και άλλων μελών της οικογένειας, ακόμη και σε μέλη της ευρύτερης οικογένειας που μπορεί να ασκούν επιρροή τη χρονική στιγμή που χρειάζεται εξειδικευμένη βοήθεια στην έγκυο/επίτοκο γυναίκα (Ferguson et al., 2013).
- v) Σχεδιασμός ισότιμης κατανομής των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης με σκοπό την ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης από τις διάφορες κατηγορίες των ΕΥς σχετικά με την περιγεννητική φροντίδα (Ono et al., 2013).
- vi) Εφαρμογή προγράμματος οικογενειακού προγραμματισμού, μαζικός προγεννητικός έλεγχος, παρακολούθηση της κύησης και λοχείας, αντιμετώπιση και πρόγνωση των επιπλοκών, οργάνωση για ασφαλή τοκετό και χειρουργείο (Catley- Carlson 1997. Berhan & Berhan 2014).

Το πεδίο εφαρμογής των κατευθυντήριων γραμμών ομαδοποιούνται στις κατηγορίες που αφορούν:

Την υγεία της μητέρας.

Την μητρική ψυχική υγεία.

Την υγεία του νεογνού.

Τη γαλουχία.

Σύμφωνα με την προσέγγιση του ΠΟΥ, στο 1^ο Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας στην Ottawa το 1986, υπογραμμίστηκε η ανάγκη οργάνωσης, τόσο δομών θεραπείας, όσο και δομών πρόληψης, και της αποκατάστασης της υγείας των πολιτών. Αργότερα, η Ευρωπαϊκή Ένωση, με την ανακοίνωση της σχετικά για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας, προσδιόρισε ότι τα συστήματα υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να προσθέτουν περισσότερα χρόνια στη ζωή, αλλά και περισσότερη ζωή στα χρόνια (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2014). Με αφετηρία αυτή την ανακοίνωση, προτείνεται, ότι, η οργάνωση των συστημάτων υγείας θα πρέπει να βασίζεται σε ένα βασικό άξονα με στόχο την προώθηση και προαγωγή υγείας του πληθυσμού (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2011). Ειδικά, θα πρέπει να αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που αφορούν την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση γύρω από τη περιγεννητική περίοδο. Οι δομές της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να έχουν ως πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση της υγείας και η οργάνωση τους να βασίζεται σε δημογραφικούς, επιδημιολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς δείκτες του πληθυσμού, που αποτυπώνονται στον Υγειονομικό Χάρτη της κάθε περιοχής (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2006).

Καθοριστικής σημασίας είναι η ενίσχυση στις κατευθυντήριες κλινικές γραμμές της πρωτοβάθμιας φροντίδας των γυναικών μετά τον τοκετό και των βρεφών στην πρωτοβάθμια φροντίδα, προκαλώντας τόσο μεσοπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα μείωση της νοσηρότητας (Haran et al., 2014). Τέλος, η προσπάθεια της δημόσιας υγείας θα πρέπει να στοχεύει στην εξομάλυνση των κοινωνικό-οικονομικών ανισοτήτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αποσκοπώντας στην προάσπιση των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, που ζουν σε μειονεκτικές, κοινωνικά, συνθήκες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, ή κοινωνικός αποκλεισμός.

Το 1986, ο ΠΟΥ δημοσίευσε μία λίστα προτάσεων σχετικά με την καταλληλότερη χρήση της τεχνολογίας στον τοκετό. Παρόλα αυτά, τείνει να γίνει πρότυπο στην Ευρώπη, η γυναικολογική και μαιευτική φροντίδα να στηρίζεται αποκλειστικά στην ιατρική οπτική. Το μοντέλο φροντίδας, που έχει ως επίκεντρο τη γυναίκα και τη μαιευτική παρακολούθηση από μαιέες, έχει μπει στο περιθώριο, εις βάρος των

μητέρων και των μωρών τους. Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, το ENCA⁷ υποστηρίζει ότι η περιγεννητική φροντίδα πρέπει να βασίζεται σε μαίες και σε συμβούλους μητρότητας. Αντίστοιχα το Ελληνικό Δίκτυο για την υγεία του παιδιού (ENCA Hellas) δημιουργήθηκε με στόχο τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας, ως μια πρωτοβουλία ευαισθητοποιημένων οργανισμών και πολιτών. Επιπρόσθετα, στην Γερμανία το 1997 ξεκίνησε η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για την Φροντίδα των Νεογνών (European Foundation for the Care of Newborn Infants-EFCNI), μέλος του οποίου στην Ελλάδα είναι το Ηλιτόμηνον. Αναλυτικότερα η δράση τους βασίζεται σε τρεις πυλώνες:

- i) Στην στήριξη των διεθνών οργανώσεων των γονέων με πρόωρα και πάσχοντα νεογνά.
- ii) Στο συντονισμό ενός διεπιστημονικού έργου για την ανάπτυξη κοινών ευρωπαϊκών πρωτοκόλλων και βέλτιστων πρακτικών σχετικά με την φροντίδα των πρόωρων βρεφών, των άρρωστων νεογνών και των οικογενειών τους.
- iii) Στην επίτευξη συνεργασίας με τους γονείς, τους επαγγελματίες υγείας, τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τους ενδιαφερόμενους φορείς, τους διεθνείς και ιδιωτικούς οργανισμούς. Διευκολύνοντας την ιατρική, ψυχολογική και κοινωνικο-παιδαγωγική υποστήριξη των πληγεισών οικογενειών (<http://www.efcni.org/>).

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία οι διάφορες χώρες έχουν διαφορετικά συστήματα φροντίδας για τη μητρότητα. Στην Αυστραλία, οι γυναίκες έχουν πρόσβαση στον γενικό ιατρό ή στο μαιευτήρα / παιδίατρό τους για τη συνήθη φροντίδα περίπου 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Επίσης, τακτικά μετά τη γέννηση, όλες οι γυναίκες μπορούν να επισκεφθούν δωρεάν τους παιδιατρικούς/νεογνολογικούς νοσηλευτές υγείας. Στις ΗΠΑ οι περισσότερες γυναίκες επισκέπτονται τον μαιευτήρα για την καθημερινή φροντίδα τους και τον παιδίατρο για το μωρό τους (Παναγιωτάκη 2012). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι μαίες διαδραματίζουν έναν πιο σημαντικό ρόλο στον τοκετό και τη μετέπειτα φροντίδα. Οι

⁷ European Network of Childbirth Associations: Δίκτυο για τον Σεβασμό στη Γέννα (ENCA). Το ENCA είναι ένα δίκτυο διακρατικών οργανώσεων, που μάχονται για τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας των μητέρων και των νεογνών. Δημιουργήθηκε για να κατακτήσει ξανά το αυτονόητο: τον σεβασμό στην εγκυμοσύνη και τη γέννα, την προστασία του φυσικού τοκετού, την προώθηση του θηλασμού, το δικαίωμα της οικογένειας στην επιλογή να βιώσει την εγκυμοσύνη και τη μητρότητα ως φυσική διαδικασία και όχι ως "αρρώστια" που χρειάζεται να αντιμετωπιστεί ιατρικά <http://www.encahellas.eu/>.

γυναίκες έχουν τη δυνατότητα μαιευτικής φροντίδας στο σπίτι έως ένα μήνα, και από τους επισκέπτες υγείας για το υπόλοιπο της περιόδου μετά τον τοκετό (Haran et al., 2014). Ωστόσο, στην Ελλάδα η πρωτοβάθμια περιγεννητική φροντίδα είναι ανεπαρκής (Βιβιλάκη 2005).

Τέλος με απόφαση του Ελληνικού Υπουργού Υγείας ορίστηκαν Περιγεννητικά Κέντρα σε δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα και σε ιδιωτικές Κλινικές. Το Περιγεννητικό Κέντρο είναι τριτοβάθμια νοσηλευτική μονάδα που παρέχει πλήρεις υπηρεσίες υγείας έναντι του συνόλου των προβλημάτων υγείας των επίτοκων-λεχωϊδών και των εμβρύων-νεογνών που ανακύπτουν κατά την περιγεννητική περίοδο, καθώς και επιμόρφωση και ενημέρωση στα θέματα περιγεννητικής φροντίδας (ΦΕΚ 2014).

5.1. Γενικά περί θρήνου και το πένθος.

Ο συγγραφέας πατήρ Φ. Φάρος στο βιβλίο του με τίτλο “Το Πένθος Ορθόδοξη Λαογραφική και Ψυχολογική Θεώρηση” (2013), αναφέρει, ότι, σύμφωνα με την πατερική φιλολογία, η αρχική πληροφόρηση ενός ατόμου για το θάνατο το αφήνει εμβρόντητο και άφωνο. Επίσης, η αρχική θλίψη προκαλεί ένα μούδιασμα, γίνεται ένα βάρος, ένας τραυματισμός, ένα άγχος, μια πίκρα και ένας εσωτερικός πόνος, που είναι τόσο βίαιος, ώστε κανείς να αισθάνεται ακυβέρνητος, και που τελικά εξελίσσεται σε ένα τρομερό συναίσθημα «σκυθρωπής» μοναξιάς. Επακολουθεί μια σφοδρή επιθυμία για κείνον που χάθηκε, που εκφράζεται με το κλάμα, τα ασυγκράτητα δάκρυα, τους στεναγμούς, την εξάντληση και την αδυναμία της θελήσεως. Η βασική αίτια της κατάστασης αυτής είναι ο χωρισμός. Η σφοδρή λύπη προκαλεί σωματικά συμπτώματα και μπορεί να οδηγήσει κάποιους και στην αυτοκτονία. Το πένθος χρειάζεται χώρο και χρόνο προκειμένου να ζήσουμε μαζί του.

Η K. Patricelli, (2006) μέλος της υπηρεσίας της Κοινοτικής Συμβουλευτικής Υπηρεσίας στην πολιτεία Αρκάνσας στις ΗΠΑ αναφέρει ότι, ο τρόπος που θα διαχειριστεί το κάθε άτομο το πένθος είναι μια μοναδική, προσωπική υπόθεση και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων του ποιός είναι ο θανών, ποιά ήταν η φύση της σχέσης με τον θανόντα και τις συνθήκες του θανάτου. Επίσης, η διαχείριση του θανάτου επηρεάζεται από την ηλικία, τις διαφορετικές εμπειρίες κοινωνικοποίησης και από τις βιολογικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Οι άνδρες και οι γυναίκες εμφανίζουν διαφορετικά πρότυπα στον τρόπο που βιώνουν και εκφράζουν το πένθος τους (Vance et al., 2002).

Οι θεωρίες στον τομέα του πένθους εξακολουθούν να χαρακτηρίζονται από πλουραλισμό προσεγγίσεων. Το πένθος είναι μια φυσιολογική αντίδραση στην απώλεια και δεν είναι ασθένεια. Η E. Kübler-Ross (1969), που είχε ίσως την πιο αυθεντική επιστημονική γνώμη σε ότι αφορά τη διαδικασία ωρίμανσης του πένθους, περιέγραψε πέντε φάσεις από τις οποίες περνάει ο άνθρωπος για να αποδεχτεί τελικά τον θάνατο. Αυτές οι φάσεις γίνανε γνωστές ως "Τα πέντε στάδια του πένθους", τα οποία είναι η άρνηση, ο θυμός, η διαπραγμάτευση, η κατάθλιψη και η αποδοχή. Η

θλίψη χρειάζεται το χρόνο της, αλλά τελικά αποκαθίσταται η ισορροπία. Ωστόσο, η Kübler-Ross ποτέ δεν υπερασπίστηκε ότι τα στάδια αυτά αποτελούν ένα απαραίτητο, αυστηρό πλαίσιο που ενεργοποιείται σε όλους όσους θρηνούν. Αντιθέτως, υποστήριξε ότι είναι αντιδράσεις που μπορεί να συμβούν σε μερικούς ανθρώπους και δεν υπάρχει μία τυπική αντίδραση στην απώλεια, όπως δεν υπάρχει και τυπική απώλεια (Kübler-Ross 1969. Australian Centre for Grief and Bereavement, 2011).

Η άρνηση είναι ένας απόλυτα φυσικός μηχανισμός άμυνας, και χαρακτηρίζεται είτε από συνειδητή ή ασυνείδητη αντίδραση αποδοχής της απώλειας. Η κινητοποίηση αυτού του μηχανισμού βοηθά τον πενθούντα να μειώσει την έντονη αρχική φάση του πόνου. Στην πραγματικότητα, σημαίνει ότι το άτομο που πενθεί αρχίζει να οργανώνει αυτά τα πολύ οδυνηρά συναισθήματα που πρόκειται να ακολουθήσουν. Δεν υπάρχουν κανόνες για το πόσο χρόνο θα διαρκέσει αυτή η φάση. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να εγκλωβιστούν σε αυτό το στάδιο, όταν επιμένουν να αρνούνται την τραυματική αλλαγή της απώλειας. Βέβαια, δεν είναι ιδιαίτερα εύκολο να αποδεχθεί ο πενθών ότι η απώλεια είναι ένα μέρος της ζωής ότι ο πόνος που έρχεται από την απώλεια θα περάσει αργά, και ότι η αγάπη που αισθάνεται θα παραμείνει μαζί με τις παντοτινές αναμνήσεις του από τον αποβιώσαντα.

Όταν η άρνηση αρχίζει να υποχωρεί, επιστρέφει ο πόνος και κορυφώνεται ο θυμός. Ο θυμός, κρύβει έντονο συναισθηματικό πόνο, που οφείλεται στην απώλεια και μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους. Το άτομο νιώθει εγκαταλελειμμένο και αδύναμο. Μπορεί να στρέψει το θυμό του, όχι μόνο απέναντι στην οικογένεια, στους φίλους, στο γιατρό, στο ίδιο το πρόσωπο που του προκάλεσε τον ψυχικό πόνο, αλλά και σε ανώτερες δυνάμεις, όπως είναι ο Θεός ή το πεπρωμένο του. Σε αυτό το στάδιο το άτομο είναι επιρρεπές στη χρήση ουσιών ώστε να θαμπώσει τον πόνο του. Όμως αυτός ο πόνος είναι η θεραπεία που θα τον οδηγήσει σε μια νέα πραγματικότητα.

Το επόμενο στάδιο, είναι η διαπραγμάτευση. Μέσα σε αυτήν την πορεία θα υπάρξουν συναισθήματα ενοχής. Αποτελούν ένα πολύ κοινό συναίσθημα κατά την διάρκεια της απώλειας. Ειδικά, όταν πρόκειται για την απώλεια ατόμου μικρότερης ηλικίας, ο πενθών μπορεί να αισθάνεται ότι δεν πρόλαβε να δείξει την αγάπη του στο θανόντα. Συγκεκριμένα, το άτομο εμπλέκεται σε μια συναισθηματική δίνη, ότι αυτό⁸ που αγαπάει, απομακρύνεται, φεύγει και αισθάνεται ιδιαίτερα συναισθηματικά ευάλωτο.

⁸Το στοιχείο της συναισθηματικής επένδυσης που χάθηκε δηλαδή το έμβρυο ή το νεογνό.

Υπάρχει το ενδεχόμενο να βιώσει ένα αίσθημα βασανιστικού πόνου, που κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης μπορεί να οδηγήσει σε άγχος. Σταδιακά συνειδητοποιεί ότι δεν έχει καμία δυνατότητα επανόρθωσης και ότι η απώλεια είναι αμετάκλητη (Φάρος 2013).

Η επόμενη φάση είναι η κατάθλιψη και η απομόνωση. Τα βασικά συμπτώματα του σταδίου αυτού είναι το αίσθημα της θλίψης, ο θρήνος που χαρακτηρίζεται με κρίσεις κλάματος, ανορεξία, μειωμένη διάθεση της φροντίδας του εαυτού τους, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης. Η χρονική διάρκεια του σταδίου της κατάθλιψης διαφέρει. Δεν υπάρχουν κανόνες για το πόσο χρόνο θα χρειαστεί κάποιος για να αναρρώσει. Αυτό εξαρτάται από την προσωπικότητα του, από το μέγεθος της απώλειας και από την υποστήριξη που έχει από αυτούς που τους αγαπούν. Η θλίψη μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή στο πλαίσιο της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος τους. Ειδικά στη φάση αυτή, η οικογένεια πρέπει να βρίσκεται σε επιφυλακή, διότι υπάρχουν περιπτώσεις που η κατάθλιψη βαθαίνει και ο πενθών αρνείται να το αντιμετωπίσει. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται ενδεχομένως εξειδικευμένη παρέμβαση από ειδικούς.

Τελευταία φάση είναι η αποδοχή. Σε αυτό το στάδιο, τα συμπτώματα υποχωρούν και ο πενθών τείνει να επιστρέψει στη φυσιολογική του κατάσταση, δεχόμενος την απώλεια ότι είναι μια πραγματικότητα τελεσίδικη και αμετάκλητη. Οι μνήμες που παραμένουν είναι επιμελημένες πχ τον θανόντα να τον αναφέρει σε μια προσευχή. Γενικά, με την πάροδο του χρόνου ο πόνος μειώνεται και ο πενθών είναι σε καλύτερη θέση να απολαμβάνει τις αναμνήσεις του.

5.2 Η έννοια της Περιγεννητικής Απώλειας (ΠΓΑ).

Η γονική θλίψη είναι μια υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση, ενώ, το πένθος είναι η διεργασία που αρχίζει μετά τη θλίψη και αποβλέπει στη συναισθηματική αποκατάσταση του τεθλιμμένου. Είναι ένα σύνολο από τελετουργίες ή συμπεριφορές που προβλέπονται από την παράδοση του πολιτισμού. Το γονικό πένθος προσδιορίζεται μετά τον θάνατο ενός μωρού, που μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γέννησης ή κατά τον πρώτο μήνα μετά τη γέννησή του (McSpedden, 2011). Αναμφισβήτητα, πρόκειται για μια οδυνηρή εμπειρία για τις οικογένειες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία και τεκμηριωμένα μπορεί έχει σημαντικές συνέπειες στην ψυχική και σωματική υγεία του ζευγαριού (Callister,

2006). Οι γονείς βιώνουν οδυνηρά αισθήματα θλίψης και πένθους. Ωστόσο, πρόκειται για μια θλίψη διαφορετικής φύσης σε σχέση με άλλες μορφές θλίψης, όπως μετά το θάνατο ενός ηλικιωμένου γονέα ή συζύγου.

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι πρόκειται για ένα είδος αμφιλεγόμενης απώλειας, λόγω της ταυτόχρονης φυσικής και ψυχολογικής απουσίας του εμβρύου ή του βρέφους, προκαλώντας διφορούμενη θλίψη⁹ (Boss, 2004). Για αυτό λοιπόν το λόγο, τα ζευγάρια τα οποία παλεύουν με αυτήν την τραγική εμπειρία, η θλίψη τους συχνά βρίσκεται σε αντιπαράθεση με τα κοινωνικά στερεότυπα τα οποία συνήθως επικεντρώνονται σε παραδοσιακές μεθόδους πένθους όπως συμβαίνει σε μια απώλεια ενός γονέα ή ενός αδελφού κοκ, (Doka, 1989. Lang et al., 2011).

Παρόλα αυτά, ο θάνατος του εμβρύου ή του νεογνού έχει σημαντικό αντίκτυπο σε πολλές πτυχές, τόσο στην υγεία των πενθούντων γονέων, όσο και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς (Lang & Tracy, 2013). Έχει παρατηρηθεί ακόμα, και σε γονείς που γέννησαν πρόωρα ότι ενδέχεται να το αντιμετωπίσουν ως απώλεια, και να θλιβονται εξαιτίας του ότι δεν γέννησαν φυσιολογικά, ακόμα και όταν το μωρό τους επιβιώσει (Golish & Pauell, 2003).

5.2.1 Φύση της περιγεννητικής θλίψης.

Ο περιγεννητικός θάνατος αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό πένθος, θεωρείται γενικά ως η πιο επώδυνη μορφή του πένθους, διότι είναι απροσδόκητος, συχνά ξαφνικός και μερικές φορές ανεξήγητος (Bennett et al., 2008. Chambers & Chan, 2000). Μετά το αρχικό σοκ και μούδιασμα, που ακολουθεί αμέσως μετά την πληροφόρηση του θανάτου, ακολουθεί μια περίοδος που είναι φυσιολογικό για τους γονείς να βιώσουν έντονη σύγχυση, δυσφορία, απελπισία, θλίψη, ευερεθιστότητα, ενοχή, σωματικά συμπτώματα, συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους (Cacciatore, 2010. Hughes et al., 1999, Mayville, 1998).

Ο θάνατος ενός παιδιού, ανεξάρτητα από την ηλικία, είναι μία από τις χειρότερες δυνατές απώλειες που μπορούν να βιώσουν οι ενήλικες (Chan, 2009). Η θλίψη που προκαλείται είναι ιδιαίτερα σοβαρή σε σχέση με την απώλεια ενός συζύγου, γονέα ή

⁹ Η διφορούμενη απώλεια είναι ένας πρόσφατα προσδιορισμένος τύπος απώλεια και είναι ποιοτικά διαφορετική από τη συνηθισμένη απώλεια (τον θάνατο). Η απώλεια είναι ασαφής και η διαδικασία της θλίψης και της διαπραγμάτευσης αυτής παραμένει παγωμένη. Τα πρόσωπα για τα οποία πενθούν είναι φυσικά και ψυχολογικά απόντα, γεγονός το οποίο περιπλέκει ακόμη περισσότερο τη θλίψη τους (Lang et al., 2011).

αδελφού (McSpedden, 2011). Ο δεσμός γονέα - παιδιού είναι εξαιρετικά ισχυρός. Οι γονείς προσδοκούν ότι τα παιδιά αποτελούν τη συνέχεια τους μετά το θάνατο τους, και έτσι η οικογένεια χάνει την ολότητα της. Επίσης, η απώλεια γίνεται αντιληπτή ως άκαιρη, διότι οι γονείς, σύμφωνα με το βιολογικό κύκλο, πρέπει να πεθαίνουν πριν από τα παιδιά (Leon, 2008). Επιπρόσθετα, οι γονείς αγωνίζονται να συμβιβαστούν με την απώλεια του μωρού τους και την απώλεια της νέας ζωής που ανέμεναν να απολαύσουν, πράγμα που τους δημιουργεί μια τεράστια υπαρξιακή κρίση (McSpedden, 2011). Ορισμένοι ερευνητές τόνισαν πώς ο αποχωρισμός του μωρού, ιδιαίτερα για τη μητέρα, μπορεί να οδηγήσει σε βαθιά σύγχυση, απογοήτευση, και μειωμένη αυτοεκτίμηση (Furman, 1978).

5.2.2 Παράγοντες που επιδρούν στην Περιγεννητική Απώλεια.

Οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διαχείριση της θλίψης είναι η δομή της προσωπικότητας του θλιμμένου και το ψυχολογικό προφίλ του και οι δομές κοινωνικής υποστήριξης που περιβάλλουν τους πενθούντες (Barr, 2012. Kroth et al., 2004).

Οι γυναίκες συνήθως αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα οδύνης, εκφράζοντας ανοικτά τη θλίψη τους (Benfield et al., 1978). Αντίθετα, οι άνδρες κοινωνικοποιούνται με άλλο τρόπο, η θλίψη τους είναι πιο πολύπλοκη, διότι δυσκολεύονται περισσότερο να εκφράσουν τα συναισθήματά τους ή να ζητήσουν βοήθεια. Συγκεκριμένα, έχουν την τάση να αποφεύγουν να μιλούν για τα συναισθήματά τους. Η θλίψη των ανδρών δεν εκφράζεται γενικά με δάκρυα, αλλά με θυμό, με δυσκολίες στη συγκέντρωση, με αυξημένη χρήση αλκοόλ και κοινωνική απόσυρση (Covington, 2006). Όσο μικρότεροι ηλικιακά είναι οι γονείς, τόσο, πιο γρήγορα αναρρώνουν. Επίσης, στα ζευγάρια που αγωνίζονται με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, προσδοκώντας να γίνουν γονείς, η διαχείριση της απώλειας γίνεται δυσμενέστερη.

Μετά το αρχικό σοκ και μούδιασμα στην πληροφορία του θανάτου, τα άτομα περνάνε έντονες επώδυνες περιόδους μοναξιάς, με αισθήματα ενοχής, οργής και απελπισίας. Διεθνείς μελέτες υποστηρίζουν ότι το κατάλληλο χρονικό διάστημα για μια επακόλουθη εγκυμοσύνη μετά από ένα περιγεννητικό θάνατο, είναι 6-18 μήνες (Gold, et al., 2010). Ακολούθως, τα επόμενα ένα με δυο χρόνια, σταδιακά αποδέχονται την απώλεια αυτή. Αρχίζουν να δραστηριοποιούνται και να επιστρέφουν

στις καθημερινές τους συνήθειες, αποκτάνε καινούρια ενδιαφέροντα, επιμελούνται τον εαυτό τους και τις σχέσεις τους με το άλλο φύλο και με τον κόσμο γενικότερα.

5.2.3 Ο αντίκτυπος της Περιγεννητικής Θλίψης.

Αρχικά η επίδραση της περιγεννητικής απώλειας μπορεί να γίνει αισθητή σαν τους ομόκεντρους κυματισμούς που προκαλούνται όταν ρίξουμε μια πέτρα μέσα σε μια λίμνη. Η περιγεννητική θλίψη επηρεάζει την αίσθηση της ατομικής υπόστασης του γονέα, τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, και πώς βλέπει τον εαυτό του στην κοινωνία (Jaffe, 2014). Μπορεί αν παρατηρηθεί ασυμφωνία ως προς τον τρόπο που τα ζευγάρια θρηνούν και πιθανά να οδηγήσει σε παρεξηγήσεις, κακή επικοινωνία, και συναισθηματική δυσφορία (Bennett et al., 2005). Η έλλειψη συνεννόησης, ενδέχεται να προκαλέσει γονική διχόνοια, ακόμα και διάλυση της σχέσης, διαζύγιο (Oliver, 1999). Ο χωρισμός του ζευγαριού πιθανολογείται ότι σχετίζεται με την ασύγχρονη βίωση του πένθους μεταξύ των δύο γονέων. Το πένθος της περιγεννητικής απώλειας, ενδέχεται να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας (Clyman et al., 1980). Η θλίψη και το πένθος αλλάζει το δίκτυο των κοινωνικών σχέσεων.

Αξίζει, επιπλέον να αναφερθούμε στην επίδραση της απώλειας σε μια επόμενη εγκυμοσύνη. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, η περιγεννητική περίοδος θεωρείται συνήθως ως μια από τις πιο ευχάριστες περιόδους της ζωής μιας γυναίκας. Ωστόσο, για μερικές γυναίκες που είχαν ιστορικό ΠΓΘ, μπορεί να θεωρηθεί ως μια αγχωτική κατάσταση (Blackmore et al., 2011. Hutti et al., 2011. Armstrong et al., 1998). Είναι πολύ σημαντική η δυνατότητα της μητέρας να σχηματίσει μια στενή συναισθηματική σχέση με τα παιδιά που θα γεννηθούν μετά. Όμως, μπορούν να διατηρηθούν ψυχολογικές διαταραχές της προηγούμενης εμπειρίας, έως την επόμενη εγκυμοσύνη. Αυτή η κατάσταση μπορεί προκαλέσει μια αντίσταση στην διαδικασία προσαρμογής στο νέο ρόλο της μητρότητας (Armstrong 2002. Hutti, 2005). Κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης συμβαίνουν εμφανείς σωματικές αλλαγές. Η κυοφορούσα αρχίζει να αναγνωρίζει, ότι βρίσκεται σε ένα μεταβατικό στάδιο στη σχέση της με το αναπτυσσόμενο έμβryo και με τον εαυτό της. Η ανάπτυξη αυτής της σχέσης είναι κρίσιμη, γιατί συσχετίζεται με τη φυσιολογική μελλοντική ανάπτυξη του παιδιού (Muller, 1996. Oppenheim 2007). Σε αυτή την κρίσιμη φάση, η μέλλουσα μητέρα

προσπαθεί να μην προσκολληθεί στο αναπτυσσόμενο έμβρυο, φοβούμενη να μην ξαναανιώσει μια πιθανή απώλεια συναισθηματικής επένδυσης.

Επίσης, αρκετοί συγγραφείς και κλινικές μελέτες έχουν περιγράψει τον κίνδυνο του παιδιού «υποκατάστατο», που μπορεί να είναι η εξιδανικευμένη του επόμενου παιδιού από τους γονείς. Τέλος, το «ευπαθές ή ευάλωτο παιδί», των οποίων οι γονείς συνεχώς φοβούνται ξανά την απώλεια και ασχολούνται με το παιδί τους υπερβολικά. (Rosenblatt, 2000). Με βάση την κλινική εμπειρία, μερικοί ερευνητές προτείνουν, ότι το ελάχιστο μεσοδιάστημα που θα πρέπει να μεσολαβήσει για μια επομένη εγκυμοσύνη, είναι τουλάχιστον ένα χρόνο, ώστε η μητέρα έχει το χρόνο να πενήσει το χαμένο παιδί της (Lewis, 1979. Bowlby, 1981).

5.3 Αποκατάσταση και Παρεμβάσεις Περιγεννητικής θλίψης.

Αρχικά, τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας, χρειάζεται να έχουν ειδικούς, ήρεμους χώρους, μακριά από τις πολύβουες αίθουσες τοκετών και τις μονάδες νεογνών, όπου να είναι δυνατόν να προσφέρουν ιδιωτικές στιγμές και άνεση στους γονείς και την οικογένεια, οι οποίοι βιώνουν την τραγικότητα της θνησιγένειας ή του νεογνικού θανάτου (Mancini et al., 2014). Το προσωπικό, πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο για τη γέννηση του νεκρού εμβρύου ή την περίθαλψη ενός νεογνού που πρόκειται να καταλήξει. Πέρα από την κλινική περίθαλψη, χρειάζεται να υπάρχουν παροχές για την υποστήριξη της ψυχικής υγείας των γονέων (Kelley and Trinidad, 2012).

Η άμεση κλινική και ψυχοκοινωνική διαχείριση του ΠΓΘ πρέπει να περιλαμβάνει την σαφή πληροφόρηση και την παροχή υποστηρικτικής συμπαράστασης στους γονείς. Από τη στιγμή που οι γονείς ενημερώνονται για την κακή πρόγνωση του εμβρύου ή του νεογνού τους, οι φροντιστές πρέπει να προσπαθήσουν να αναπτύξουν ένα κλίμα εμπιστοσύνης, χτίζοντας μια σχέση αλληλεπίδρασης με την οικογένεια. Επιπρόσθετα, η μητέρα έχει να αντιμετωπίσει και τον τοκετό του νεκρού εμβρύου. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να γεννήσει το νεκρό σε περιβάλλον αίθουσας τοκετών, όπου δε θα ακούγονταν κλάματα άλλων νεογέννητων. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να είναι πρόθυμοι, διακριτικά να παρατηρούν χωρίς να κρίνουν, και να διερευνούν τις ανάγκες τους, προσαρμόζοντας κατάλληλες συνθήκες για τις οικογένειες (Limbo & Kobler, 2010). Ο συγχρονισμός των φάσεων της θλίψης του προσωπικού με τους

γονείς είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική φροντίδα του γονικού πένθους (Miles, 1980).

Η χρήση πρωτοκόλλων στη διαχείριση του περιγεννητικού πένθους κρίνεται αναγκαία, διότι βοηθούν τους γονείς να θρηνήσουν τον θάνατο του παιδιού τους. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, αναπτύχθηκαν κλίμακες που μετρούσαν τις επιπτώσεις της περιγεννητικής απώλειας, βοηθώντας την παρακολούθηση και την έγκαιρη πρόγνωση πιθανής παθολογίας στην αποκατάσταση των γονέων σε μακροπρόθεσμο επίπεδο. Ιδιαίτερα, η κλίμακα της περιγεννητικής θλίψης (Perinatal Grief Scale) των Toedter & Lasker (παράρτημα I), βοήθησε στην ανάκαμψη από την απώλεια της εγκυμοσύνης και, συχνά, διευκόλυνε μια επόμενη επιτυχημένη κύηση (Potvin & Laskerf, 1989). Η κλίμακα αυτή είναι η πιο διαδεδομένη, μελετώντας κυρίως τρεις υποκατηγορίες της γονικής θλίψης: την ενεργό φάση του πένθους, την φάση προσαρμογής και τη φάση της απελπισίας. Η ενεργός φάση θεωρείται φυσιολογική αντίδραση που διαρκεί πεπερασμένα, συνδέεται στενά με απώλειες σε προχωρημένη ηλικία κύησης και με τις μητέρες (έναντι των πατέρων). Σημαντικό κρίνεται οι επαγγελματίες υγείας να μη δρουν ενάντια στους γονείς στην ενεργό φάση. Οι υποκλίμακες δυσκολία αντιμετώπισης και η απόγνωση, συχνά προμηνύουν τις πιο μακροπρόθεσμες και δύσκολες αντιδράσεις θλίψεως. Συνήθως, συνδέονται με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και φτώχη εσωτερική καλλιέργεια, με συναισθηματικά προβλήματα, με μικρή κοινωνική υποστήριξη, τόσο μεταξύ του ζευγαριού όσο και από την οικογένεια και τους φίλους. Το σχετικό ζήτημα για τους επαγγελματίες υγείας, δεν είναι αν ένας γονέας βιώνει τα συναισθήματα της θλίψης, αλλά να εντοπίσει παράγοντες στη διαχείριση της απώλειας που διευκολύνουν ή που εμποδίζουν την ανάκαμψη, και αν υπάρχουν συγκεκριμένες παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να του προσφέρουν (Lasker & Toedter, 2000). Τέλος, κρίσιμο είναι να επιλέξουν τον σωστό τρόπο και τη κατάλληλη στιγμή επικοινωνίας με τους γονείς.

Στα θνησιγενή έμβρυα, οι γονείς δεν προλαβαίνουν να δουν και να νιώσουν το αγέννητο μωρό τους για αρκετό χρόνο. Έχουν πολύ περιορισμένες αισθητικές μνήμες ή αλληλεπιδράσεις. Για τον λόγο αυτό, οι κατευθυντήριες γραμμές, που χρησιμοποιούνται στο να βοηθήσουν τους γονείς να θρηνήσουν την απώλεια τους, συνίστανται στο να ενθαρρύνουν τους γονείς να βλέπουν και να κρατήσουν το νεκρό μωρό τους, να του δώσουν όνομα, καθώς και να κρατήσουν ενθύμια, πχ μια

φωτογραφία, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ανάμνησης της ύπαρξης του μωρού τους. Φτιάχνοντας μνήμες, και όχι φαντασιώσεις, διευκολύνουν την ομαλή διαδικασία ωρίμανσης του πένθους (Radestad, 1991). Επεκτείνοντας τον συλλογισμό μας, με τον ίδιο τρόπο σε ένα μνημείο άγνωστου στρατιώτη δίνουμε υπόσταση στο θάνατο χωρίς τη φυσική παρουσία του σώματος με αποτέλεσμα το πένθος να μπορεί να λαμβάνει πραγματική υπόσταση (Lewis, 1976). Στη μελέτη των Surkan et al. (2008), προέκυψε ότι οι μητέρες, που δεν είχαν δαπανήσει τόσο πολύ χρόνο με το μωρό τους μετά τη θνησιγένεια, όπως επιθυμούσαν, παρουσίασαν επτά φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Ωστόσο, υπάρχουν μελέτες στις οποίες, πολλοί γονείς εκτιμούν ότι οι αυτές οι πρακτικές, όπως η φυσική επαφή με το νεκρό βρέφος, μπορεί να σχετίζεται με φτωχότερα ψυχολογικά αποτελέσματα και να ενοχοποιείται, ιδίως για την ανάπτυξη συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, καθώς υπάρχει αυξημένη πιθανότητα αποδιοργάνωσης της σχέσης μητέρας-νεογνού σε μια επόμενη κύηση (Badenhorst & Hughes, 2007).

Ο θυμός του γονέα είναι αναμενόμενη φυσιολογική αντίδραση απέναντι στο τραγικό συμβάν. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν υποχρέωση να είναι συναισθηματικά ειλικρινείς και υποστηρικτικοί, όποτε οι γονείς το χρειάζονται. Η συζήτηση θα πρέπει να κατευθύνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να εκφράζουν την λύπη τους για την δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση που οι γονείς αρχίζουν να κατηγορούν τους επαγγελματίες υγείας, ο καλύτερος τρόπος είναι απλά να τους αφήσουν να εκφράσουν τα αισθήματά τους. Όταν οι γονείς βρίσκονται στην κορύφωση του πένθους τους - θυμός, οι ΕΥ δεν θα πρέπει να κάνουν οποιαδήποτε προσπάθεια στο να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους συνέβη ο θάνατος, διότι μπορεί να επιδεινώσει την δύσκολη κατάστασή τους. Εκείνη τη στιγμή, καλύτερα να σιωπούν και να γίνονται καλοί ακροατές. Αυτή η προσέγγιση είναι η καταλληλότερη, ώστε να γεφυρωθεί το χάσμα και να επιτευχθεί η αμοιβαία κατανόηση μεταξύ του προσωπικού και των γονέων που θρηνούν (Φάρος, 2013).

Το πρωτόκολλο της μεταγεννητικής παρακολούθησης επιτρέπει στους γονείς να πάρουν τις κατάλληλες πληροφορίες για την απώλεια, πιθανών προβλημάτων, καθώς και το χρονοδιάγραμμα της επόμενης εγκυμοσύνης. Η καλύτερη στιγμή για να ενημερωθούν οι γονείς για τις αιτίες που ενοχοποιούνται για το συμβάν είναι, όταν

έχουν ηρεμήσει ώστε να τις αποδεχθούν με αξιοπιστία. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αναγνωρίζουν ότι οι γονείς σε επόμενη εγκυμοσύνη μπορεί να εκδηλώσουν σημαντικό άγχος (Badenhorst & Hughes, 2007).

Το πένθος της περιγεννητικής απώλειας είναι μια πολύ δύσκολη διαδικασία για το ζευγάρι που βιώνει την απώλεια. Υπό το πρίσμα αυτού του γεγονότος, πχ, στον Καναδά έχει δημιουργηθεί ένα εθνικό δίκτυο υποστήριξης, για χρήση από τους γονείς που θρηνούν. Οι γονείς χωρίς χρέωση, μπορούν να καλέσουν σε μια ειδική γραμμή υποστήριξης, όπου εξειδικευμένο προσωπικό προσφέρει ενισχυτική συμβουλευτική βοήθεια και τους αποστέλλει χρήσιμο έντυπο υλικό. Επίσης, αυτή η ομάδα της τηλεφωνικής υποστήριξης, συνδέει τους γονείς με άλλους γονείς που έχουν ήδη βιώσει μια παρόμοια απώλεια, με σκοπό να τους βοηθήσουν και να τους συμπαρασταθούν.

Στην εποχή της διεθνοποίησης, η οποία χαρακτηρίζεται από κινητικότητα ανθρώπων (μετανάστευση, τουρισμό κοκ), δημιουργώντας αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες για συνεργασία με οικογένειες διαφορετικών πολιτισμών. Η θεωρία της πολυπολιτισμικότητας της φροντίδας που αναπτύχθηκε από την Leininger (1991), τόνισε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να επεκτείνουν την σκέψη τους σε μια πολυπολιτισμική, ολιστική και συγκριτική θεώρηση της υγειονομικής φροντίδας. Η γνώση της πολιτιστικής ποικιλομορφίας είναι απαραίτητη για την παροχή της κατάλληλης περίθαλψης στις οικογένειες. Λόγω των αυξανόμενων αναγκών παροχής φροντίδας σε οικογένειες με διαφορετική κουλτούρα, είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι πάροχοι υγείας τις παραδόσεις και τις πεποιθήσεις της οικογένειας που πενθεί (Speck, 1978. Gibson, 1998). Για παράδειγμα, όταν πρόκειται για μια οικογένεια που είναι από την Ασία¹⁰, συνιστάται οι θεράποντες να μιλήσουν με την οικογένεια μέσω κάποιου «βασικού προσώπου», όπως ένα σεβαστό ή γηραιότερο άτομο της οικογένειας των πενθούντων (Engler et al., 2004). Στις ασιατικές χώρες, οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το θάνατο ως ένα θέμα ταμπού, και η στάση απέναντι στο πένθος

¹⁰Παλαιότερα, σε καταστάσεις περιγεννητικής ή νεογνικού θανάτου στην Ιαπωνία, ο γιατρός αρχικά θα συζητούσε τις σχετικές πληροφορίες με τον πατέρα, ενώ η ενημέρωση της μητέρας θα καθυστερούσε για αρκετές ημέρες, συνήθως όσο διαρκούσε η παραμονή της στο νοσοκομείο. Κατόπιν, προχωρώντας στις μέρες μας διαπιστώνουμε ότι η στάση αυτή άλλαξε και μιλάνε άμεσα στη μητέρα και τον πατέρα και στη συνέχεια, προσπαθούν να εξηγήσουν τι συνέβη και στους άλλους συγγενείς αν θα το επιθυμούσαν.

επηρεάζεται έντονα από τις αρχές του κομφουκιανισμού¹¹ και του βουδισμού. Ως αποτέλεσμα, αυτές οι πολιτιστικές αξίες ή χαρακτηριστικά, να δυσκολεύουν να εκφράσουν τις ανάγκες τους οι πενθούντες γονείς στους παρόχους υγείας (Chan et al., 2009).

Ιδιαίτερα οι επαγγελματίες υγείας, όταν εργάζονται σε νοσοκομεία που παρέχουν ιατρική περίθαλψη σε αλλοδαπούς ασθενείς, χρειάζεται να έχουν ειδική εκπαίδευση σχετικά με τις διαφορετικές θρησκείες και τις θρησκευτικές πρακτικές άλλων πολιτισμών. Είναι σημαντικό να είναι εξοικειωμένοι με τις παραδόσεις και τις πεποιθήσεις των άλλων, καθώς και με την έννοια της απώλειας για κάθε άτομο (Koopmans et al., 2013. Chan et al., 2009). Χαρακτηριστικό δίλημμα, είναι η βάπτιση του εν' δυνάμει θνήσκοντος νεογνού σε μια Νεογνική Μονάδα. Στην προκειμένη περίπτωση, είναι υποχρεωμένοι να έχουν ενημερωθεί για το θρήσκευμα των γονέων και, αν πρόκειται για χριστιανούς, να τους ρωτήσουν ποιό όνομα θα επιθυμούσαν για το παιδί τους. Η κατάλληλη θρησκευτική, ποιμαντική και πνευματική φροντίδα της οικογενείας, επηρεάζει την ομαλή διαχείριση και ανάκαμψη από το πένθος (Mancini et al., 2014).

Κάθε νοσοκομειακή μονάδα, η οποία παρέχει μαιευτική και νεογνολογική περίθαλψη, θα πρέπει να οργανώνει προγράμματα κατάρτισης, καθώς και πρωτόκολλα για τη διαχείριση του εμβρυϊκού ή νεογνικού θανάτου. Στα πλαίσια της Παρηγορητικής Αγωγής, ειδική διεπιστημονική συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων, όπως μεταξύ μαιευτήρα, μαίας, νοσηλεύτη, κλινικού ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού, επισκέπτη υγείας, φυσιοθεραπευτή και ιερέα οφείλει να ενεργοποιηθεί. Η δράση αυτή χρειάζεται να οργανώνεται μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, ώστε να βοηθήσουν το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης να διαχειριστεί τον θάνατο. Ειδικά η εμπλοκή του επισκέπτη υγείας στην υποστήριξη πένθους γονείς σε εξωνοσοκομειακή βάση, μπορεί να είναι κρίσιμη σε μεσοπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο επίπεδο για υγεία της οικογένειας (Cartwright et al., 2005).

¹¹ Ο Κομφούκιος δεν ενθάρρυνε τις συζητήσεις σχετικά με το θάνατο και προέτρεπε τους οπαδούς του να μην επιδιώκουν την αιώνια ζωή, ούτε να συζητούν περί θανάτου, θεών, φαντασμάτων και για το άγνωστο μέλλον ή για τη μετά θάνατον ζωή. Υποστήριξε ότι τα φαντάσματα ήταν πνεύματα και δεν ήταν εύκολο να κατανοηθούν. Ο Κομφούκιος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα ζητήματα αυτά είναι περίπλοκα και αφηρημένα, και ότι είναι προτιμότερο να περνούν το χρόνο με επίλυση των προβλημάτων της καθημερινής τους ζωής, από το να ασχολούνται με τον άγνωστο κόσμο του θανάτου και τη μεταθανάτια ζωή. Ήθελε να μεταδώσει τη σημασία της αποτίμησης της υπάρχουσας ζωής και να οδηγήσει σε μια ηθικά σωστή ζωή.

Αναντίρρητα, θα πρέπει να υπάρχει συνεχής κατάρτιση του προσωπικού σε θέματα πένθους κα πώς με ευαισθησία να ενισχύσουν τις οικογένειες να βιώνουν αυτά τα τραγικά συμβάντα (Gold, 2007).

Αποφασιστική σημασίας, είναι η τελική ανατροφοδότηση της ομάδας της περιγεννητικής φροντίδας, μετά από ένα τέτοιο θάνατο. Θα μπορούσε να έχει τη μορφή στοχοθετημένων συναντήσεων, υπό τον συντονισμό ενός εκπαιδευμένου μέλους του προσωπικού. Αυτή η συνεδρία είναι διαφορετική σε σχέση με την κλασική ιατρική διεξοδική απολογιστική ενημέρωση, υπό την έννοια ότι επιτρέπει στα μέλη της ομάδας της περιγεννητικής φροντίδας να αναπτύξουν μια κοινή καταγραφή των γεγονότων, να κρίνουν αν η πρακτική που εφάρμοσαν ήταν αποτελεσματική, και να διευρύνουν την εφαρμογή άλλων εναλλακτικών παρεμβάσεων που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν τις οικογένειες (Mancini et al., 2014).

Συμπερασματικά, αν οι φορείς της παρηγορητικής φροντίδας βοηθούν αποτελεσματικά τους γονείς που θρηνούν, ενδέχεται, να έχει σημαντικές επιδράσεις στην ομαλή επούλωση της τραυματικής εμπειρίας και φαίνεται να έχει σημαντικό αντίκτυπο, σχετικά με τον τρόπο που θα βιώσουν και θα θυμούνται την απώλεια αυτή (Inati et al., 2015. Gold, 2007).

5.4 Η επίδραση του Περιγεννητικού Θανάτου στους Επαγγελματίες Υγείας.

Έρευνες έχουν δείξει ότι, παρά τη συχνή επαφή των επαγγελματιών υγείας με τον θάνατο, αυτοί δυσκολεύονται να τον διαχειριστούν (Miles 1980). Η εργασία σε ένα τριτοβάθμιο κέντρο παροχής υπηρεσιών υγείας, συνίσταται σε ένα μίγμα επείγουσας ιατρικής, χειρουργικής νοσηλευτικής και εντατικής θεραπείας, αφετέρου απαιτείται κατάλληλη εκπαίδευση, ώστε οι επαγγελματίες να μπορούν να προετοιμαστούν για μια περιγεννητική απώλεια, ένα θνησιγενές βρέφος ή ένα πρόωρο τοκετό (Byatt et al., 2013. Berman, 2001). Η μελέτη της Miles (1980), που πραγματοποίησε σε δείγμα νοσηλευτών που εργάζονταν σε τμήματα υψηλού κινδύνου σχετικά με τις επιπτώσεις μιας σειράς σεμιναρίων για το θάνατο και τη θλίψη. Έδειξε ότι κατάλληλα σεμινάρια σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα του θανάτου και της θλίψης, βρέθηκε ότι είχαν θετικό αντίκτυπο στις στάσεις του προσωπικού έναντι των ασθενών και των γονέων.

Μια από τις πιο δύσκολες καταστάσεις, στην κλινική πρακτική, αποτελεί η περιγεννητική φροντίδα μιας γυναίκας και της οικογένειάς της, όταν η εγκυμοσύνη έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του μωρού. Οι ευάλωτοι γονείς, που θρηνούν, έχουν την ανάγκη σημαντικής συναισθηματικής υποστήριξης, κατανόησης και παρηγοριάς (Hutti, 2005). Επίσης, γεγονότα σχετικά, με τη γέννηση και το θάνατο, μπορεί να δημιουργήσουν ανεπίλυτα ζητήματα θλίψης για τους ίδιους τους φροντιστές υγείας (Sheen, 2015. Road et al., 2013. Begley, 1984).

Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται στην κατανόηση της γονικής θλίψης, για το λόγο ότι έχουν, παράλληλα, να διαχειριστούν τις δικές τους συναισθηματικές αντιδράσεις σχετικές με την κατάσταση. Σύμφωνα με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας Chelsea & Westminster Hospital, NHS Foundation Trust, και του Βασιλικού Κολεγίου της Παιδιατρικής και Παιδικής Υγείας, επισημαίνουν ότι, η φροντίδα των νεογνών στο τέλος του κύκλου ζωής τους και της οικογένειάς τους, θα πρέπει να είναι εθελοντική από το προσωπικό. Μάλιστα, αν τα μέλη του προσωπικού αισθάνονται ότι δεν μπορούν να παρέχουν παρηγορητική φροντίδα, τα καθήκοντα αυτά θα πρέπει να τα ανατεθούν σε άλλους. Σύμφωνα με τον Κώδικα Δεοντολογίας τη Νοσηλευτικής και Μαιευτικής στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι νοσηλευτές δεν πρέπει να κάνουν διακρίσεις, με οποιονδήποτε τρόπο, ενάντια σε εκείνους στους οποίους παρέχουν φροντίδα. Επίσης, τα μέλη του προσωπικού που εκφράζουν απροθυμία να φροντίσουν νεογνά που έχουν καταλήξει, θα πρέπει να λαμβάνουν υποστήριξη και εκπαίδευση για να μπορέσουν να εκπληρώσουν το ρόλο αυτό (Mancini et al., 2014).

Η φροντίδα και στήριξη των γονέων των οποίων το βρέφος έχει πεθάνει είναι εξαιρετικά απαιτητική, δύσκολη και αγχωτική. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι νοσηλευτές μπορεί να εμφανίσουν προσωπική αποτυχία, αισθάνονται αβοήθητοι, και πρέπει να αποστασιοποιηθούν από τους γονείς που πενθούν, επειδή αισθάνονται ότι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το τεράστιο μέγεθος των αισθημάτων της γονικής θλίψης. Μερικοί επαγγελματίες, έχουν επισημάνει ότι νοιώθουν την ανάγκη να απομακρυνθούν από τους γονείς που πενθούν, διότι αισθάνονται ότι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το τεράστιο μέγεθος των γονικών αισθημάτων απώλειας. Τείνουν και προσπαθούν να αποφύγουν τον πόνο, ελέγχοντας τα συναισθήματα τους,

αναπτύσσοντας επαγγελματική αποστασιοποίησης και συναισθηματική απόσυρση (Miles, 1980).

Συχνά, εμφανίζουν συγχρονισμένη στάση με τους γονείς ακόμα και αν οι τελευταίοι παραμένουν σιωπηλοί. Η μη λεκτική επικοινωνία και η διατήρηση της σιωπής των ΕΥ, είναι ένα τρόπος, ο οποίος βοηθά πολύ σημαντικά τους γονείς να αποκωδικοποιήσουν τα συναισθήματα, τις στάσεις και τις απόψεις τους και τα εχθρικά συναισθήματα προς το προσωπικό. Μηνύματα συμπαράστασης και κατανόησης μπορούν να σταλούν μέσω χειρονομιών και αγγιγμάτων (απτική επικοινωνία), μέσω της γλώσσας του σώματος ή της στάσης, της έκφρασης του προσώπου και της οπτικής επαφής

Οι Kelley and Trinidad (2012), σε μια δευτερογενή ποιοτική ανάλυση των δεδομένων που συνέλεξαν από γονείς με θνησιγένεια και σε ομάδα κλινικών ιατρών μαιευτήρων/γυναικολόγων, στην ευρύτερη περιοχή του Σιάτλ στις ΗΠΑ. Μελέτησαν τις εμπειρίες και τις πεποιθήσεις των γονέων και των ιατρών γύρω από τη θνησιγένεια μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι ερευνητές επισήμαναν ότι αρκετοί κλινικοί ιατροί που ασχολούνται με την θνησιγένεια αισθάνονταν πολύ καλύτερα προετοιμασμένοι για τη στήριξη των γονέων με θάνατο ενός πρόωρου νεογνού, παρά με αυτών που είχαν θνησιγενή. Η διαφοροποίηση αυτή οφείλεται στο ότι, στα πρόωρα βρέφη που δεν θα επιβιώσουν συνήθως εκδηλώνουν σημεία που καθιστούν δυνατή την ομάδα υγειονομικής περίθαλψης να προβλέψει το θάνατο, ενώ στη θνησιγένεια συνήθως δεν υπάρχει προειδοποίηση συνήθως είναι αιφνίδια και αναίτια. Οι γιατροί σε αυτή τη φάση όταν επικοινωνούν με το ζευγάρι, δεν πρέπει να λένε “Δεν μπορούσε να μη συμβεί”, πρέπει να λένε “Δεν θα μπορούσε να αποφευχθεί”. Οι περισσότεροι αισθάνονταν απροετοίμαστοι, στο πως να προσεγγίσουν το ζευγάρι ως σύμβουλοι. Είναι αναγκαίο να αναφέρουμε ότι αισθάνονται και εκείνοι λυπημένοι και απογοητευμένοι, διότι η κατάσταση δεν θα μπορούσε να διορθωθεί με την ιατρική φροντίδα. Οι Νοσηλευτές γενικά θεωρούνταν ότι παρείχαν περισσότερη συναισθηματική υποστηρικτική φροντίδα σε σχέση με τους ιατρούς.

Επιπλέον, πολλοί ΕΥ βρίσκονται σε δυσάρεστη θέση να αντιμετωπίσουν το θάνατο και το πένθος νεογνών. Συγκεκριμένα, ορισμένες, κατευθυντήριες γραμμές της απώλειας αναφέρουν ότι η ενοχή του παρόχου και το άγχος μπορεί να παρεμποδίσει

την ποιότητα της φροντίδας και να αυξήσει τα ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης (Malliarou et al., 2015. Malliarou et al., 2011). Μελέτη σε νοσοκομειακή μονάδα, διαπίστωσε ότι οι συντονιστές του πένθους βιώνουν έντονη δυσφορία και άγχος σχετικά με την αντιμετώπιση του περιγεννητικού θανάτου (Gold, 2007).

5.5 Τι φοβούνται οι ΕΥ σε αυτές τις περιπτώσεις;

Πρώτα από όλα, φοβούνται την επίκριση από τους πενθούντες γονείς και τους συναδέλφους τους. Ο Φόβος των ΕΥ για να αντιμετωπίσουν τους θυμωμένους γονείς τους παρακινεί γρήγορα να ενημερώσουν για το τι συνέβη με περιττούς ιατρικούς όρους, έχοντας μια παγωμένη έκφραση στο πρόσωπο τους. Στην πραγματικότητα αυτός δεν είναι ο αρμόζων τρόπος παρηγορητικής φροντίδας, διότι αυξάνει το κενό ανάμεσα στην αμοιβαία κατανόηση των ΕΥ και των γονέων. Αν ο γιατρός εκφράζει την κατάσταση τόσο επιθετικά η μητέρα μπορεί να συνειδητοποιήσει ότι εκείνη ευθύνεται και ότι κάτι έκανε λάθος. Όμως ασυνείδητα το προσωπικό κρατάει αυτή τη στάση έχοντας την ανάγκη για αυτοπροστασία. Κατά δεύτερο λόγο, ένα άλλο κοινό αίσθημα στο ιατρικό προσωπικό, είναι η μη αποδοχή του γεγονότος του θανάτου του μωρού, διότι δεν είχε διαπιστωθεί καμία μαιευτική παθολογία κατά τη διάρκεια της κύησης, και δεν υπήρχε κάποια αιτία της απώλειας. Επίσης, μερικοί ΕΥ αναφέρουν ότι αισθάνονται άβολα με την παρηγορητική φροντίδα του πένθους. Τους κάνει να αισθάνονται άβολα, μην ξέροντας τι να πουν σε μια τέτοια στιγμή. Ειδικά, δυσκολεύονται με τους γονείς που μόλις διαγνώστηκε ότι έχουν απώλεια του εμβρύου, καθώς πρόκειται για μια ισχυρή συγκινητική στιγμή για αυτούς". Το επίπεδο άνεσης σχετικά με τη διαχείριση της παρηγορητικής φροντίδας παίζει σημαντικό ρόλο, διότι όσο είναι μεγαλύτερη η άνεση τόσο η υποστήριξη είναι πιο αποτελεσματική παρέχοντας καλύτερη περίθαλψη (Roehrs et al., 2008).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

6.1 Στόχος της έρευνας

Μελετήσαμε για πρώτη φορά, σε ένα Ελληνικό σύστημα υγείας, προσδιορίζοντας τους παράγοντες που συντελούν στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας (ΕΥς) διαχειρίζονται και οργανώνουν αποτελεσματικά την παροχή ιατρικής φροντίδας κατά την περιγεννητική περίοδο. Επίσης, διερευνήσαμε την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνσή των ΕΥς, που αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά περιγεννητικής θνησιμότητας. Επιπρόσθετα, ασχοληθήκαμε με ποια πρωτόκολλα θεωρούνται αποτελεσματικότερα και καταλληλότερα από τους ΕΥς για την παρηγορητική φροντίδα του γονεϊκού πένθους και ποια εφαρμόζονται για την αποκατάσταση των γονέων. Τέλος, σε αυτή την έρευνα διερευνήσαμε ορισμένες από τις προκλήσεις που παρουσιάζονται στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (Παιδιάτρων, Μαιευτήρων, Μαιών, Νοσηλευτών, Ψυχολόγων, Κοινωνικών Λειτουργών, κοκ) που εμπλέκονται και επιθυμούν να παράσχουν υπηρεσίες στο πένθος των οικογενειών.

6.2 Σκοπός και στόχοι

Μετά την ολοκλήρωση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ακολουθήθηκε το ερευνητικό μέρος της διατριβής, το οποίο αφορά τη μεθοδολογία που εφαρμόστηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης και τα αποτελέσματα αυτής. Πραγματοποιήθηκε έρευνα στα δυο μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης, δηλαδή το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) και το Βενιζέλειο Παννάειο Γενικό Νοσοκομείο του Νομού Ηρακλείου Κρήτης στην Ελλάδα.

Διερευνήθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Πώς και γιατί δυσκολεύονται οι Επαγγελματίες Υγείας (ΕΥς) να διαχειριστούν τον περιγεννητικό θάνατο.
2. Ποιές οι συνέπειες στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας προς τη δοκιμαζόμενη οικογένεια.
3. Ποιές οι συμπεριφορές των ΕΥς σχετικά με το θάνατο.

6.3 Επιμέρους ερωτήματα που τέθηκαν προς διερεύνηση

Ο σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να περιγράψει και να διερευνήσει:

Τις επιπτώσεις που προκαλούνται στους ΕΥς μετά από την έκθεση τους σε περιγεννητικό θάνατο.

- i. Τις απόψεις των ΕΥς σχετικά με ποιούς γονεϊκούς παράγοντες επηρεάζουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας.
- ii. Τις προκλήσεις που παρουσιάζονται στην εκπαίδευση των ΕΥς, που εμπλέκονται και επιθυμούν να παράσχουν υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας στους πενθούντες γονείς.

6.4 Σχεδιασμός της μελέτης

Το θεσμικό συμβούλιο Δεοντολογίας και Έρευνας της 7ης ΥΠΕ ενέκρινε στις 2 Σεπτεμβρίου του 2014 την διανομή ερωτηματολογίου, σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του περιγεννητικού θανάτου από τους ΕΥς (παράρτημα ΙΙΙ).

Το Μάρτιο του 2015 διανεμήθηκαν ανώνυμα, ερωτηματολόγια σε επαγγελματίες υγείας στις μονάδες περιγεννητικής φροντίδας, στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) και στο Βενιζέλειο Παννάειο Γενικό Νοσοκομείο. Τα τμήματα στα όποια μοιράστηκαν ήταν:

- i) Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN)
- ii) Μαιευτικές Κλινικές.
- iii) Αίθουσες Τοκετών και Χειρουργικές Αίθουσες Καισαρικών Τομών .
- iv) Εξωτερικά Μαιευτικά Ιατρεία

- v) Τμήματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- vi) Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας.
- vii) Τμήματα Φυσιοθεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

Υλικό και μέθοδος

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, που διερευνούσε με ερωτήσεις κλειστού τύπου «Την Αξιολόγηση Ρόλου της Στάσης των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με τον Περιγεννητικό Θάνατο» (παράρτημα II). Πριν την διανομή, προηγήθηκε η μορφοποίηση της δομής του ερωτηματολογίου, η οποία βασίστηκε σε δεδομένα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, από επικυρωμένα ερευνητικά εργαλεία και από την κλινική εμπειρία ομάδας εμπειρογνομόνων που σχετίζονται με την περιγεννητική παρηγορητική φροντίδα. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε απαρτιζόταν από δύο βασικά μέρη με ομαδοποιημένες ενότητες και με επί μέρους ερωτήσεις, έτσι ώστε να μην προκληθεί σύγχυση και παρερμηνείες στους συμμετέχοντες. Τέλος, η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το λογισμικό IBM SPSS Regression Statistics Base 20, το οποίο μας παρείχε ένα εύρος αναλύσεων, ώστε να απεικονίσουμε με ακριβή τρόπο τα αποτελέσματα για τα συγκεκριμένα δεδομένα.

7.1 Δομή ερωτηματολογίου.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 44 ερωτήσεις, οι οποίες ομαδοποιήθηκαν σε 8 βασικές ενότητες (παράρτημα II). Οι ενότητες των ερωτήσεων 1-5 αφορούσαν τις απόψεις των ΕΥς σχετικά με τους γονεϊκούς παράγοντες που επηρεάζουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας και τους ζητούσε να προσδιορίσουν ποιούς επαγγελματίες υγείας αξιολογούν ότι είναι οι πιο κατάλληλοι για την φροντίδα των γονέων με ΠΓΑ. Οι ενότητες 6-8 κάλυπταν τις απόψεις των ΕΥς σχετικά με τις επιπτώσεις του ΠΓΘ σε αυτούς, τους δημογραφικούς παράγοντες των που θεωρούν ότι επηρεάζουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας, καθώς και τις προκλήσεις που παρουσιάζονται στην εκπαίδευσή τους, που εμπλέκονται στην παρηγορητική φροντίδα των πενθούντων γονέων.

Στις ενότητες 1-7 χρησιμοποιήθηκε ο πιο διαδεδομένος τύπος πεντάβαθμης κλίμακας Likert, ώστε να μετρήσει τις στάσεις, πεποιθήσεις και απόψεις των ΕΥς. Η

προσέγγιση αυτή βασίστηκε στην παραδοχή ότι η συνολική βαθμολογία ενός ατόμου στην κλίμακα δείχνει την στάση του απέναντι στο συγκεκριμένο ζήτημα. Συγκεκριμένα, στην κλίμακα Likert υπήρχαν 5 πιθανές απαντήσεις σε διατεταγμένη κλίμακα αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας (ή βαθμό διαφωνίας) με μια απάντηση του ερωτηματολογίου και η βαθμολογία που αντιστοιχούσε ήταν:

Συμφωνώ απόλυτα =5

Μάλλον Συμφωνώ = 4

Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ = 3

Μάλλον Διαφωνώ = 2

Διαφωνώ απόλυτα = 1

Τέλος, στην 8^η ενότητα ερωτήσεων οι περισσότερες απαντήσεις ήταν δίτιμες του τύπου: «Ναι» ή «Όχι».

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου κάλυπτε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ΕΥς και 5 ενότητες στάσεων που αφορούσαν διαφορετικές συμπεριφορές των ΕΥς ως προς το θάνατο και αποτελούνταν από 32 ερωτήσεις επταβάθμιας κλίμακας Likert.

Σύμφωνα με τους Μαλλιάρου και συν, (2011) οι πέντε ενότητες αποτελούνταν:

I. Αποφυγή θανάτου (Death avoidance). Καλύπτει στάσεις σχετικές με την αποφυγή σκέψεων περί θανάτου όσο το δυνατόν περισσότερο και αποτελείται από 5 ερωτήσεις τις: 3, 10, 12, 19, και 26.

II. Φόβος θανάτου (Fear of death). Περιγράφει αρνητικές σκέψεις και αισθήματα για το θάνατο και συμπεριλαμβάνει τις ερωτήσεις: 1,2,7,18,20,21,και 32.

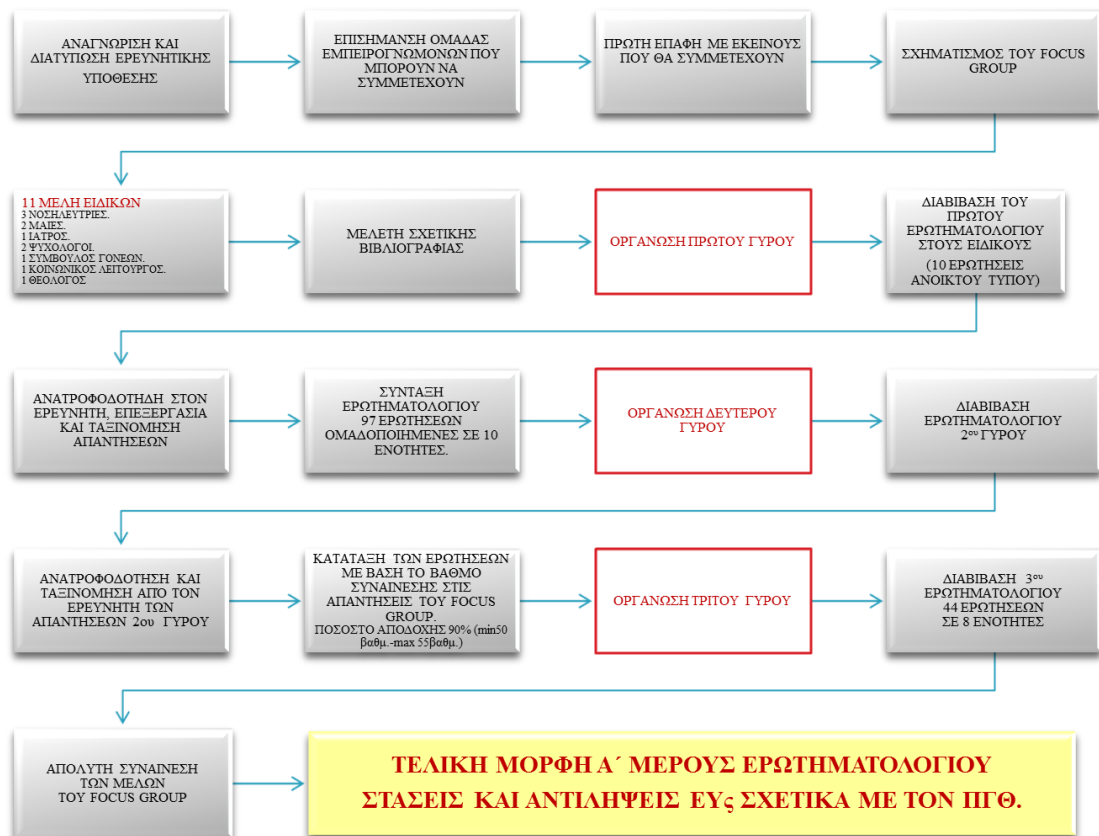
III. Ουδέτερη αποδοχή (Neutral acceptance). Περιγράφει το θάνατο πως ούτε είναι ευπρόσδεκτος αλλά ούτε και να τον φοβούνται, αποτελείται από 5 ερωτήσεις τις: 6, 14, 24, 17, και 30.

IV. Αποδοχή θανάτου (Approach acceptance): περιγράφει τον θάνατο να εκλαμβάνεται ως δίοδος προς μετά θάνατον ευτυχισμένη ζωή και περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις τις: 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, και 31.

V. Διαφυγή θανάτου (escape acceptance). Περιγράφει τον θάνατο να προβάλλεται ως απόδραση από μια οδυνηρή ύπαρξη και εμπεριέχει 5 ερωτήσεις τις: 5, 9, 11, 23, και 29.

7.2 Μεθοδολογία μορφοποίησης του πρώτου μέρους ερωτηματολογίου - Μέθοδος Τεχνικής Delphi.

Το Α΄ μέρος πήρε την τελική του μορφή μετά από την εφαρμογή της μεθόδου Delphi. Πρόκειται για μια δομημένη ερευνητική διαδικασία κατά την οποία μια σειρά από ερωτηματολόγια συντάχθηκαν και διανεμηθήκαν σε μια ομάδα εμπειρογνομόνων (Focus Group), με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών για το θέμα που διερευνάται. Η διαδικασία ολοκληρώθηκε μετά από τρεις γύρους, όταν επιτεύχθηκε η μέγιστη δυνατή συναίνεση μεταξύ των μελών της ομάδας, ώστε να εξασφαλιστεί ότι το περιεχόμενο ήταν κατάλληλο και εύκολα κατανοητό. Οι παρατηρήσεις τους επέτρεψαν περαιτέρω διορθώσεις (Σχεδιάγραμμα 2).



Σχεδιάγραμμα 2: Στάδια τεχνικής Delphi.

Η ομάδα εμπειρογνομόνων (πίνακας 1) που συμμετείχε εθελοντικά, απαρτιζόταν από, επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν γύρω από την περιγεννητική φροντίδα του

ζευγαριού όπως, Νοσηλεύτρια, Μαία, Παιδίατρο, Κοινωνική Λειτουργό, Ψυχολόγο, Ειδική Σύμβουλο Γονέων, ένα Θεολόγο και μία Μητέρα με περιγεννητική απώλεια ως βιωματική εμπειρία. Ωστόσο, μαιευτήρες που κλήθηκαν να συμμετάσχουν, δεν κατέσται δυνατόν, λόγω αυξημένων επαγγελματικών τους υποχρεώσεων.

Πίνακας 1: Ομάδα εμπειρογνομόνων (Focus Group).

Ομάδα εμπειρογνομόνων (Focus Group)

1. **Πεχλιβάνη Φανή Msc, PhD, Μαία - Επίκουρη Καθηγήτρια Α.ΤΕΙ Μαιευτικής Αθήνας.**
2. **Σπινθούρη Μαρία. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD. Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Π.Γ. Βενιζελείου Νοσοκομείου.**
3. **Σκανδαλάκη Νεκταρία. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc. Τομέαρχης ΝΥ Βενιζέλειο Γ.Ν.Η.**
4. **Παπαδάκη Στυλιανή. Μαία. Προϊσταμένη ΜΕΝΝ Π.Γ. Βενιζελείου Νοσοκομείου.**
5. **Νιοτάκης Γιώργος. Παιδίατρος- Παιδονευρολόγος, Επιμελητής Β΄ ΜΕΝΝ Π.Γ. Βενιζελείου Νοσοκομείου.**
6. **Ρώτας Αλέξανδρος. MSc. Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπευτής.**
7. **Πετράκη Χαρίκλεια. Msc. Νοσηλεύτρια – Ψυχολόγος Π.Γ.Ν. Βενιζελείου Νοσοκομείου.**
8. **Κλεισαρχάκη Σοφία. Κοινωνική Λειτουργός – Νοσηλεύτρια Π.Γ.Ν. Βενιζελείου Νοσοκομείου.**
9. **Τζωρτζακάκη-Λυμπεροπούλου Κική. Δασκάλα-Σύμβουλος Γονέων-Συγγραφέας.**
10. **Παπαχριστόπουλος Κίμων. Επίτιμος Καθηγητής Θεολογίας. Συγγραφέας. Ειδικός Ερευνητής των Πατέρων της Εκκλησίας.**
11. **Καραντεμοίρη Μαρία. Νοσηλεύτρια Π.Γ.Ν. Βενιζελείου Νοσοκομείου.**

Πρώτος γύρος τεχνικής Delphi: Ο πρώτος γύρος περιελάμβανε τη διανομή ενός ερωτηματολογίου από 10 ερωτήσεις ανοικτού τύπου, στο οποίο οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να εκφράσουν την προσωπική τους θέση, επιτρέποντας τους να απαντήσουν οτιδήποτε επιθυμούσαν με τη μορφή ενός σύντομου κειμένου. Οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου προσέφεραν χρήσιμη πληροφορία, καθώς παρείχαν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να περιγράψουν εκτενώς τα συναισθήματα τους, τις απόψεις και τις στάσεις τους για τα ερευνητικά πεδία της μελέτης μας. Το ερωτηματολόγιο του πρώτου γύρου που διανεμήθηκε όπως και οι απαντήσεις των συμμετεχόντων βρίσκονται στο παράρτημα II.

Μετά την επιτυχή ολοκλήρωση του πρώτου γύρου της μεθοδολογίας Delphi κατά την οποία έγινε εκτίμηση και ανάλυση των απαντήσεων, συντάχτηκε το δεύτερο ερωτηματολόγιο, το οποίο απαρτιζόταν από 97 ερωτήσεις οι οποίες ομαδοποιήθηκαν

σε δέκα βασικές ενότητες (στο παράρτημα II). Οι απαντήσεις του δεύτερου ερωτηματολογίου βασίζονταν στην επιλογή τρόπου συμφωνίας-διαφωνίας πετάβαθμης κλίμακας Likert, με τελικό στόχο την μεγίστη επίτευξη συναίνεσης των απόψεων του Focus Group.

Δεύτερος γύρος Τεχνικής Delphi: Συγκεκριμένα στο δεύτερο γύρο, ο κάθε συμμετέχων έλαβε ταχυδρομικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου το δεύτερο ερωτηματολόγιο, στο οποίο καλούνταν να απαντήσει σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert. Μετά την επιτυχή ολοκλήρωση της μεθοδολογίας Delphi, κατά την οποία έγινε ανάλυση των απαντήσεων των συμμετασχόντων, συντάχτηκε το τρίτο ερωτηματολόγιο. Η επιλογή των ερωτήσεων του τρίτου ερωτηματολογίου βασίστηκε στην μεγίστη συναίνεση των απόψεων του Focus Group (πίνακας 1 παραρτήματος II). Τελικά, 36 ερωτήσεις συγκέντρωσαν από 50 βαθμούς το λιγότερο και μεγίστη βαθμολογία 55, ποσοστό αποδοχής το 90%. Οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε 7 ενότητες (πίνακας 2 παραρτήματος II).

Γύρος 3 Τεχνικής Delphi: Τέλος, στον τρίτο γύρο, ο κάθε συμμετέχων έλαβε το τελικό ερωτηματολόγιο το οποίο παρατίθεται στο παράρτημα II, και κλήθηκε να αναθεωρήσει τις απαντήσεις του ή να διευκρινίσει τους λόγους για την άποψή του. Μετά το τέλος του τρίτου γύρου υπήρξε απόλυτη συναίνεση όλων των μελών του Focus Group για την τελική δομή του ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε στα νοσοκομεία της έρευνας μας.

7.3 Δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου – DAP-R.

Το δεύτερο μέρος συνίσταται από το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) πρόκειται για ερευνητικό εργαλείο που μελετά τις στάσεις των ΕΥς ως προς το θάνατο. Αναπτύχθηκε από την ερευνητική ομάδα των Gesser, Wong, και Reker το 1987-1988. Το DAP-R αντιπροσωπεύει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών θανάτου που κυμαίνονται από την αποφυγή, έως την ουδέτερη στάση προσέγγισης για την αποδοχή του θανάτου. Για τη μετατροπή του στην ελληνική γλώσσα, ακολουθήθηκε η διαδικασία της μετάφρασης σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνεται από την “Trust Scientific Advisory Committee” SAC: (διπλή αντίστροφη μετάφραση) και πολιτισμική προσαρμογή, στάθμιση του ερωτηματολογίου. Η συγγραφική ομάδα Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, Καραθανάση Κ, Σεραφείμ Τ, Σωτηριάδου Κ,

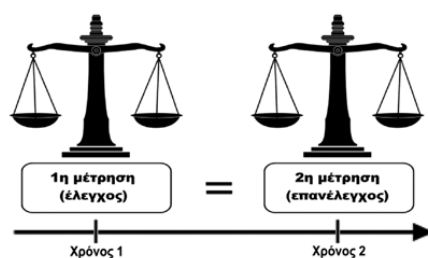
Θεοδοσοπούλου Ε., (2011) στάθμισαν το DAP-R στην ελληνική γλώσσα, και αφότου έγινε μετάφραση, ελέγχτηκε με ψυχομετρικά εργαλεία η αξιοπιστία του (reliability), η εγκυρότητα του (validity) και ο έλεγχος στην δομή (factor analysis) του ρωτηματολογίου (Μαλιαρού & συν., 2011). Η εγκυρότητα του περιεχομένου (content validity) και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου στο παρελθόν έχουν εξεταστεί και επαληθευθεί σε προηγούμενες έρευνες όπως, σε μελέτη με Έλληνες Νοσηλευτές ειδικευμένους στην φροντίδα ασθενών με νεφρολογικά προβλήματα, σχετικά με την στάση ως προς το θάνατο (Zyga et al., 2011). Επίσης εφαρμόστηκε σε έρευνα στην οποία εξετάζονταν η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς στο τέλος της ζωής τους (Malliarou et al., 2015).

Άδεια χρήσης για το ερωτηματολόγιο εξασφαλίστηκε εκ' μέρους της συγγραφικής ομάδας από την Δρ Μαρία Μαλλιαρού, ΤΧΗΣ (ΥΝ), Προϊσταμένη Χειρουργείου 404 ΓΣΝ και Επιστημονική Συνεργάτης ΤΕΙ Νοσηλευτικής ΣΕΥΠ, Θεσσαλίας, (παράρτημα ΙΙΙ).

7.4 Έλεγχος Αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου.

Για να υπάρχουν στην ερευνητική μας μελέτη έγκυρα αποτελέσματα, κρίθηκε αναγκαίο να χρησιμοποιήσουμε για τη διεξαγωγή της ερευνητικό εργαλείο, το οποίο προηγουμένως θα είχαμε ελέγξει για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Πριν την ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου που διανέμαμε στο δείγμα μας, πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητοι έλεγχοι προκειμένου να αποδειχθεί αν το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν έγκυρο και αξιόπιστο.

Συγκεκριμένα η αξιοπιστία αναφέρεται στη συνέπεια μέσω της επαναληψιμότητας και της αναπαραγωγιμότητας μιας σειράς μετρήσεων που οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα, στη συνοχή και στην ομοιογένεια ενός εργαλείου μέτρησης, καθώς και στο βαθμό που είναι απαλλαγμένο από το τυχαίο σφάλμα (random error), (Ουζούνη και Νακάκης, 2011), (εικόνα 1).



Εικόνα 1: Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων

Για την απόδειξη της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου μας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της εσωτερικής συνάφειας του ερωτηματολογίου, με τη χρήση του συντελεστή αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου (test-retest reliability), και ο συντελεστής Cronbach Alpha (internal consistency reliability) που δείχνει την ομοιογένεια μιας κλίμακας (Litwin, 1995). Εκτιμά τη συνέπεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία ενός ερωτηματολογίου, ελέγχει δηλαδή εάν οι συμμετέχοντες απαντούν με παρόμοιο τρόπο στα στοιχεία του ερωτηματολογίου (Γαλάνης, 2013). Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach Alpha θεωρείται ότι, όσο πιο κοντά είναι στη μονάδα, τόσο μεγαλύτερη είναι η εσωτερική του συσχέτιση, ενώ οι τιμές που είναι μεγαλύτερες από 0,8 θεωρούνται αρκετά ικανοποιητικές (Litwin, 1995).

Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο μας συμπληρώθηκε από 7 συμμετέχοντες στο πλαίσιο πιλοτικής μελέτης και έπειτα από την πάροδο ενός χρονικού διαστήματος 15 ημερών, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε ξανά από τους ίδιους συμμετέχοντες κάτω από ακριβώς τις ίδιες συνθήκες (πίνακας 3).

Πίνακας 2: Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	9	64,3
	Excluded ^a	5	35,7
	Total	14	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα 4, ο συντελεστής αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου είναι 0,926, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι το ερωτηματολόγιο είναι ιδιαίτερα αξιόπιστο.

Πίνακας 4: Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,926	76

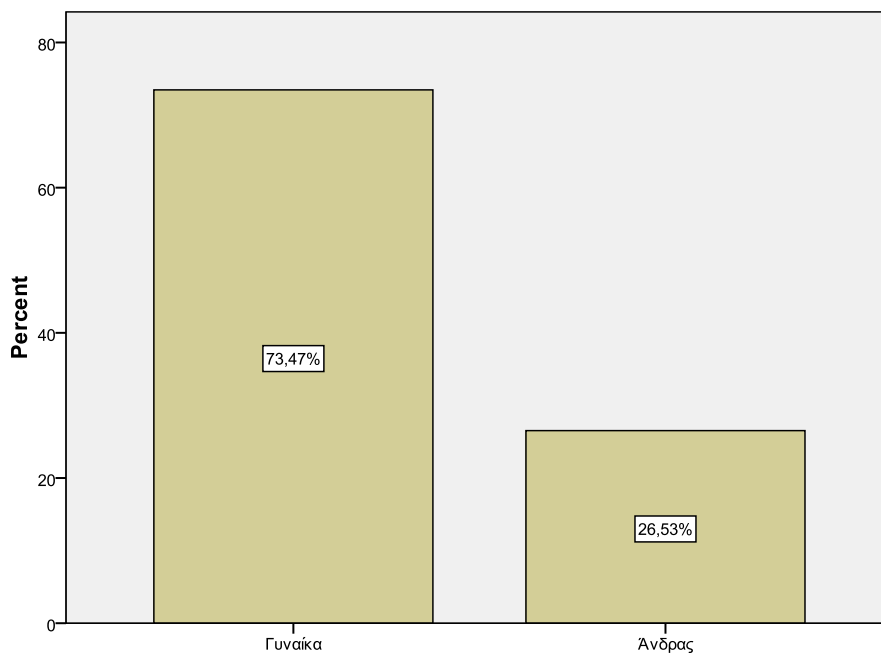
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

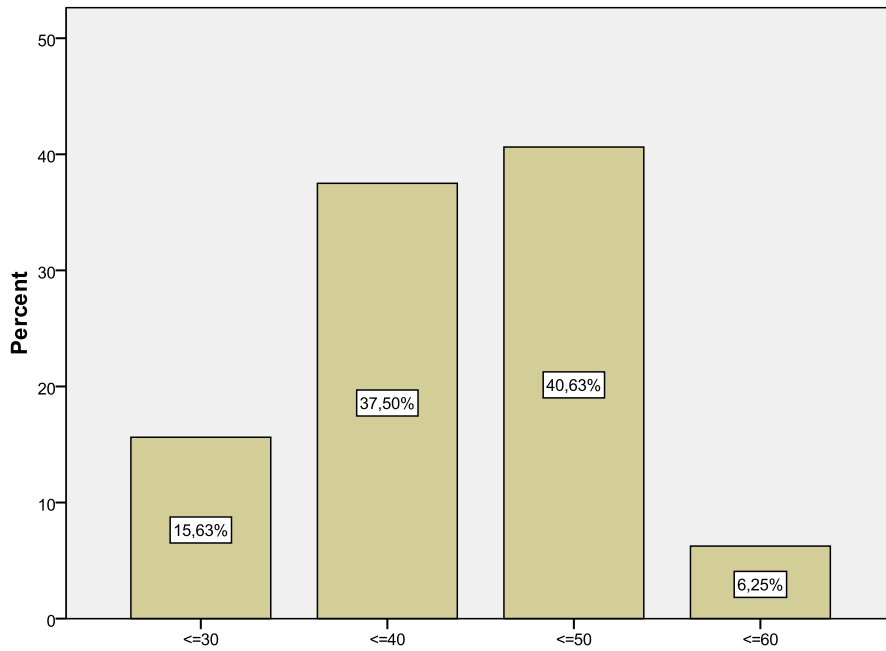
8.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Επιλέχθηκε η δειγματοληψία ευκολίας στην οποία συμμετείχαν όλοι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στα τμήματα περιγεννητικής φροντίδας. Διανεμήθηκαν 140 ερωτηματολόγια και συμμετείχαν συνολικά 100 άτομα, δηλαδή ποσοστό συμμετοχής (71,4%), εκ των οποίων το 73,47% ήταν γυναίκες και το 26,53% ήταν άνδρες (Διάγραμμα 1). Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (40,83%) ήταν άτομα έως 50 ετών, ενώ το 37,5% των ερωτηθέντων ήταν άτομα έως 40 ετών. Αρκετά μικρό (6,25%) ήταν το ποσοστό εκείνων οι οποίοι ήταν έως 60 ετών, ενώ δεν υπήρχε κανένας συμμετέχων άνω των 60 ετών (Διάγραμμα 2). Αναφορικά, με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το 66,67% του δείγματος αποτελούνταν από έγγαμα άτομα, ενώ το 26,04% των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι. Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 5,21% ήταν διαζευγμένοι και το 2,08% είχαν χηρέψει (Διάγραμμα 3).

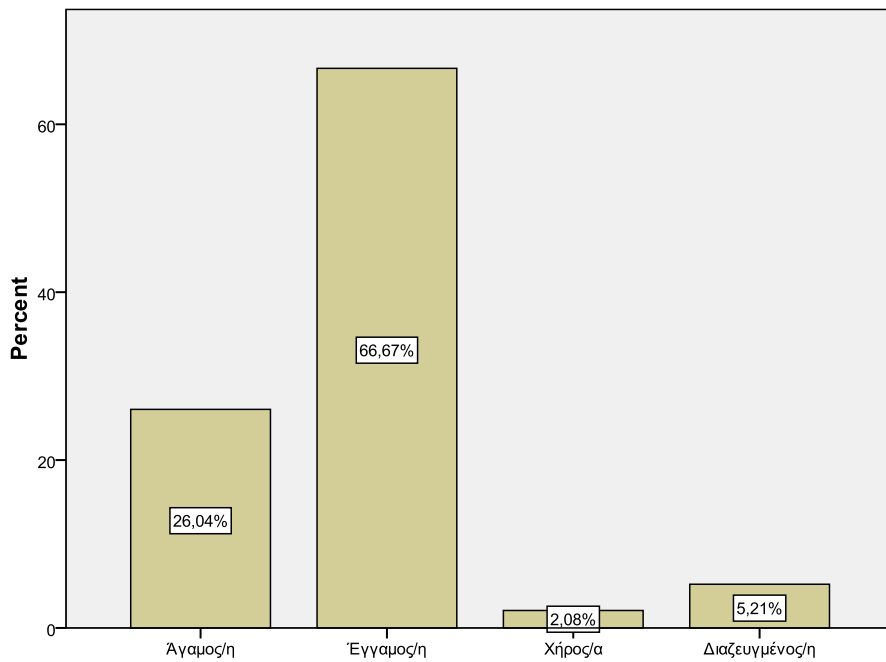
Διάγραμμα 1: Φύλο συμμετεχόντων του δείγματος στην έρευνα



Διάγραμμα 2: Η ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα



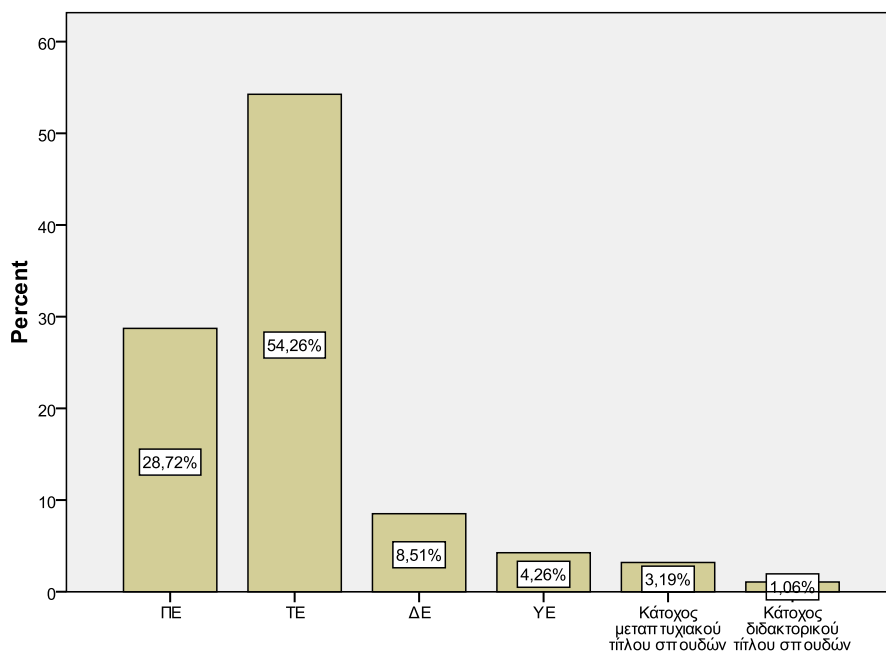
Διάγραμμα 3: Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είχαν ολοκληρώσει Τεχνολογικές Σπουδές (πχ ΤΕΙ), ενώ το 28,72% των συμμετεχόντων ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ). Ένα μικρότερο ποσοστό της τάξης του 8,51% είχαν ολοκληρώσει τη Δευτεροβάθμια

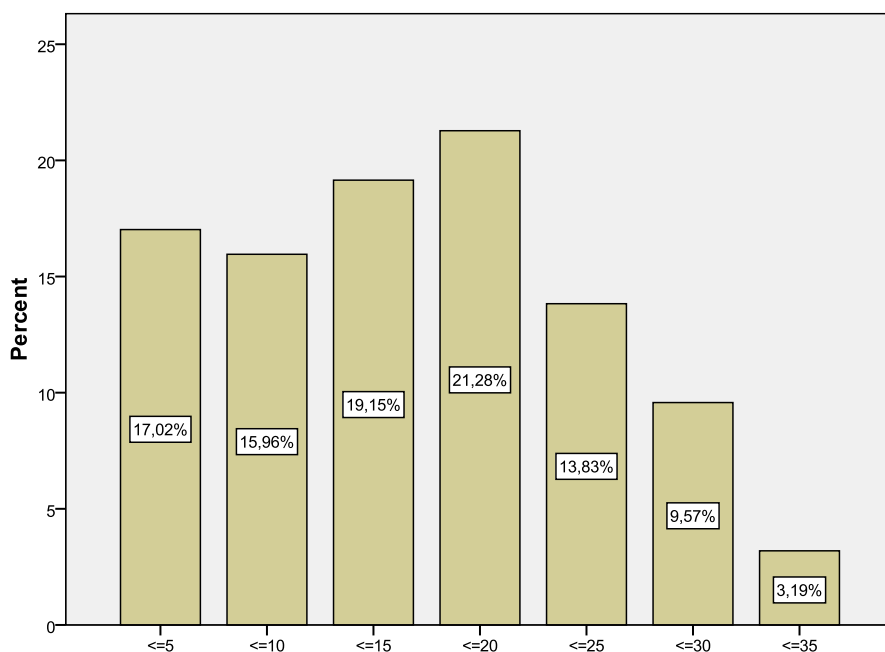
Εκπαίδευση (ΔΕ), ενώ το 4,26% την υποχρεωτική εκπαίδευση (ΥΕ). Το 3,19% των συμμετεχόντων είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού και το 1,06% κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σπουδών (Διάγραμμα 4).

Διάγραμμα 4: Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων.



Αναφορικά με τα χρόνια προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (21,28%) είχε έως 20 χρόνια προϋπηρεσίας, ενώ έως 15 χρόνια προϋπηρεσίας είχε το 19,15% των συμμετεχόντων. Το 17,02% και το 15,96% των συμμετεχόντων είχαν έως 5 και έως 10 χρόνια προϋπηρεσίας αντίστοιχα, ενώ αρκετά μικρότερο (3,19%) ήταν το ποσοστό εκείνων που είχαν έως και 35 χρόνια προϋπηρεσίας (Διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5: Χρόνια προϋπηρεσίας συμμετεχόντων (σε έτη).



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν Μαιευτήρες και Μαίες (33,3%), ενώ οι Ιατροί αποτελούσαν το 30,2% του δείγματος (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Η θέση των συμμετεχόντων στο χώρο εργασίας.

Ειδικότητα	Ποσοστό (%)
Γιατρός	30,2
Νοσηλευτής	15,6
Μαιευτής /Μαία	33,3
Τραυματιοφορέας	2,1
Φυσιοθεραπευτής	6,3
Κοινωνικός λειτουργός	3,2
Ψυχολόγος	1,0
Άλλη ειδικότητα	8,3

Επίσης, στην έρευνα συμμετείχαν σε ποσοστό 15,6% Νοσηλευτές και Νοσηλεύτριες και σε ποσοστό 6,3% Φυσιοθεραπευτές. Οι άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας συμπλήρωναν το 8,3% των συμμετεχόντων. Το 3,2% των συμμετεχόντων ήταν Κοινωνικοί Λειτουργοί, ενώ υπήρχε και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 2,1% Τραυματιοφορέων.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (39,2%) εργάζονταν στην Μ.Ε.Ν. των νεογνών, ενώ σε ποσοστό 18,6% εργάζονταν στην μαιευτική κλινική. Σε μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 10,3% εργάζονταν στην αίθουσα τοκετών, ενώ σε ποσοστό 6,2% στα εξωτερικά ιατρεία της μαιευτικής και σε ποσοστό 7,2% σε τμήμα φυσιοθεραπείας. Σε πολύ μικρότερα ποσοστά εργάζονταν σε χειρουργείο καισαρικών τομών (3,1%), στο τμήμα οικογενειακού προγραμματισμού (1%) και στην κοινωνική υπηρεσία, ενώ το 11,3% εργάζονταν σε άλλη υπηρεσία (πίνακας 6).

Πίνακας 6: Τμήμα εργασίας συμμετεχόντων στην έρευνα

Τμήμα εργασίας	Ποσοστό (%)
ΕΞΩΤ. ΙΑΤΡΕΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ	6,2
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	18,6
ΑΙΘΟΥΣΑ ΤΟΚΕΤΩΝ	10,3
ΧΕΙΡ. ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ	3,1
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	7,2
Μ. Ε. Ν. ΝΕΟΓΝΩΝ	39,2
ΤΜ.ΟΙΚΟΓ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	1,0
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	3,1
ΑΛΛΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	11,3

Οι συμμετέχοντες εργάζονται στο τμήμα που δήλωσαν κατά μέσο όρο γύρω στα 9,9 έτη. Το μικρότερο διάστημα εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα που εργάζονται είναι οι έξι μήνες (Minimum=0,5) και το μεγαλύτερο διάστημα τα 28 έτη (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Έτη εργασίας των συμμετεχόντων στο τμήμα τους

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Πόσο καιρό εργάζεστε σε αυτό το τμήμα	0,50	28,00	9,9270	7,67025

8.2 Οι απόψεις του δείγματος σχετικά με τους παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του Περιγεννητικού θανάτου.

Ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (48%) συμφωνεί απόλυτα στο ότι η Ηλικία και το Φύλο των γονέων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του Περιγεννητικού θανάτου. Η συντριπτική πλειοψηφία δε των ερωτώμενων (66,7%)

συμφωνεί απόλυτα ότι η προσωπικότητα των γονέων είναι αυτή που διαδραματίζει το σημαντικότερο ρόλο στη διαχείριση του συγκεκριμένου περιστατικού (Πίνακας 8).

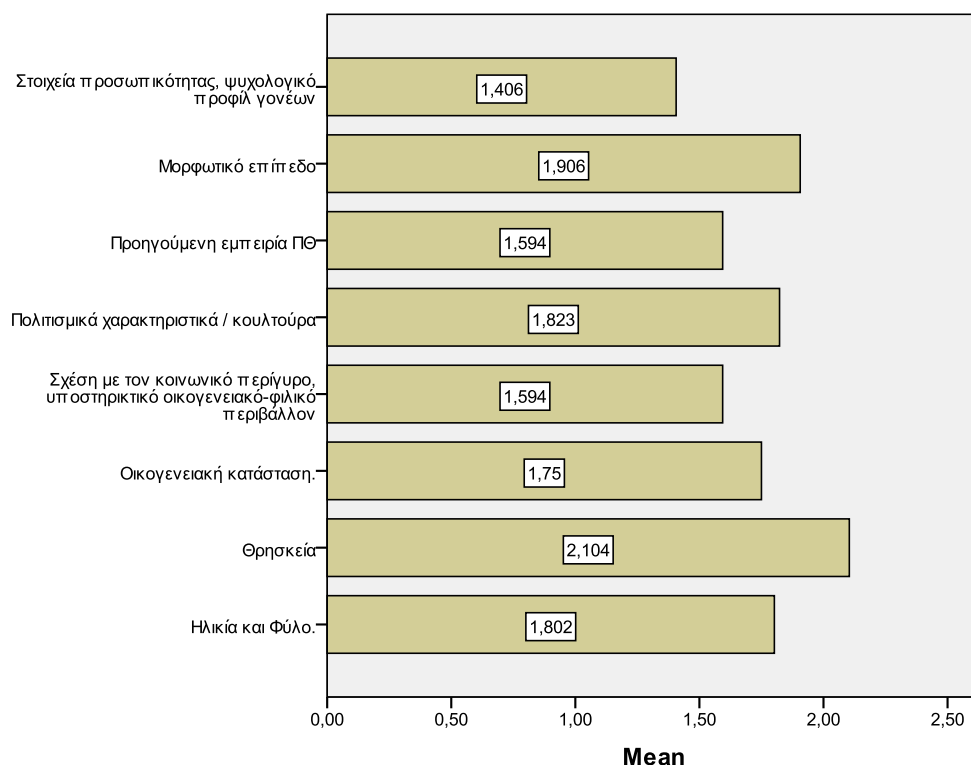
Πίνακας 8: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του ΠΓΘ.

	Ηλικία και Φύλο	Θρησκεία	Οικογενειακή κατάσταση	Κοινωνικός περίγυρος	Πολιτισμικά χαρακτηριστικά	Προηγούμενη εμπειρία	Μόρφωση	Προσωπικότητα
Συμφωνώ απόλυτα	48,0	33,7	50,5	54,5	45,5	58,2	49,5	66,7
Μάλλον συμφωνώ	31,6	39,8	32,3	36,4	35,4	31,6	26,3	28,3
Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	14,3	14,3	12,1	5,1	11,1	5,1	10,1	2,0
Μάλλον διαφωνώ	3,1	7,1	2,0	4	5,1	3,1	10,1	3,0
Διαφωνώ απόλυτα	3,1	5,1	3,0		3,0	2,0	4,0	

Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στο συγκριτικό διάγραμμα παρακάτω (Διάγραμμα 6), αυτό που επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό τους γονείς στη διαχείριση ενός περιστατικού περιγεννητικού θανάτου είναι η προσωπικότητα τους και το ψυχολογικό τους προφίλ. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, το 66,7% των συμμετεχόντων στην έρευνα συμφωνούν απόλυτα σε αυτό, ενώ το 28,3% των ερωτηθέντων μάλλον συμφωνεί σε αυτό.

Στη συνέχεια, το στοιχείο εκείνο που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου είναι η προηγούμενη εμπειρία σε ένα τέτοιο περιστατικό. Συγκεκριμένα, το 58,2% συμφωνεί απόλυτα και το 31,6% μάλλον συμφωνεί ότι η προηγούμενη εμπειρία των γονέων σε ένα τέτοιο περιστατικό μπορεί να συμβάλλει στη διαχείριση του.

Διάγραμμα 6: Συγκριτικό διάγραμμα δημογραφικών παραγόντων που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου.



Ο τρίτος κατά σειρά παράγοντας που επηρεάζει τους γονείς στον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται ένα περιστατικό περιγεννητικού θανάτου είναι η σχέση τους με τον κοινωνικό περίγυρο και η ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού-φιλικού περιβάλλοντος. Ειδικότερα, το 54,5% συμφωνεί απόλυτα ότι η ύπαρξη ενός τέτοιου περιβάλλοντος διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση του Περιγεννητικού θανάτου, ενώ σε αυτό μάλλον συμφωνεί το 36,4% των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Από την παρούσα έρευνα ως τέταρτος παράγοντας που συμβάλλει με το δικό του τρόπο στη διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου και σχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων είναι η οικογενειακή τους κατάσταση (συμφωνεί απόλυτα το 50,5% των ερωτηθέντων) και ως πέμπτος παράγοντας καταγράφεται το μορφωτικό τους επίπεδο. Ειδικότερα, το 49,5% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα και το 26,3% μάλλον συμφωνεί ότι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου.

Τέλος, το 48% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι το φύλο και η ηλικία των γονέων διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση ενός περιστατικού

περιγεννητικού θανάτου, ενώ το 45,5% και το 33,7% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά / κουλτούρα και η θρησκεία των γονέων αντίστοιχα παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση ενός τέτοιου περιστατικού.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι δημογραφικοί παράγοντες που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση ενός περιστατικού περιγεννητικού θανάτου είναι με τη σειρά οι εξής:

1. Στοιχεία προσωπικότητας και ψυχολογικό προφίλ γονέων
2. Προηγούμενη εμπειρία με περιστατικό περιγεννητικού θανάτου
3. Σχέση με τον κοινωνικό περίγυρο, υποστηρικτικό οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον
4. Οικογενειακή κατάσταση
5. Μορφωτικό επίπεδο
6. Φύλο και ηλικία
7. Πολιτισμικά χαρακτηριστικά / κουλτούρα
8. Θρησκεία.

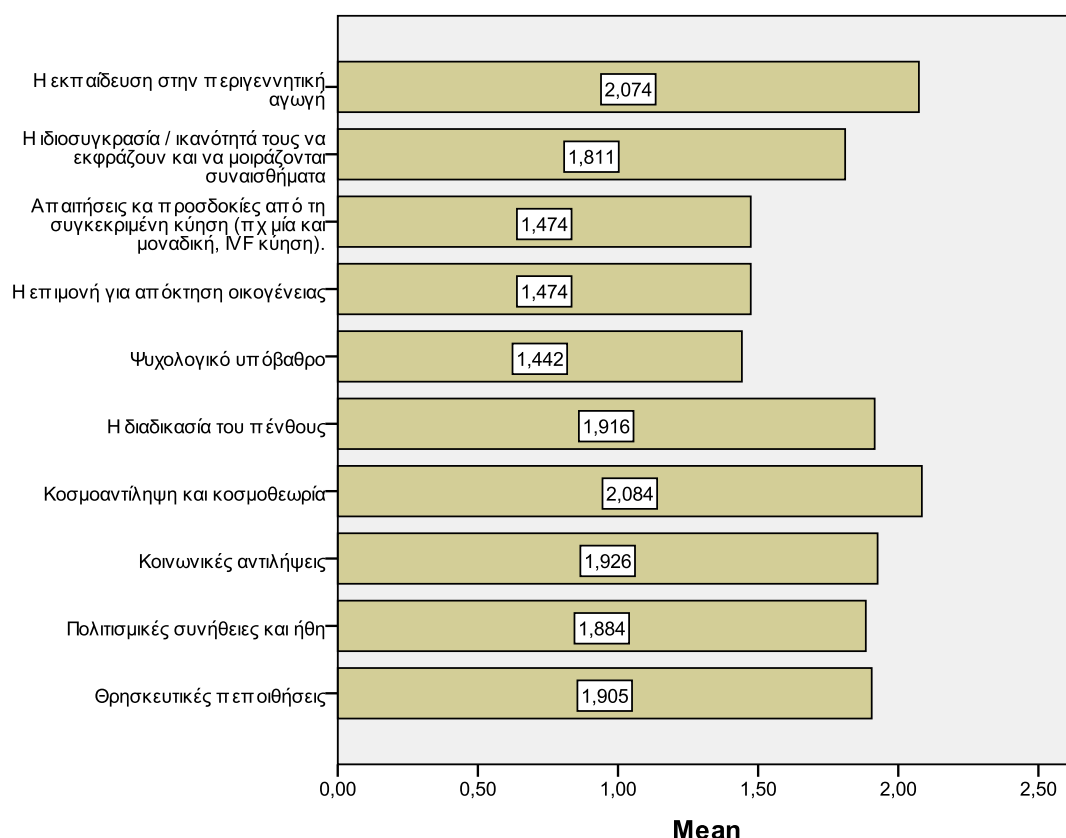
8.3 Στάσεις και συνήθειες των γονέων που μπορεί να επηρεάσουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας.

Ο πρώτος παράγοντας αναφορικά με τις στάσεις και τις συνήθειες των γονέων που μπορεί να επηρεάσουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας είναι το ψυχολογικό τους υπόβαθρο (Mean=1.44) (Διάγραμμα 7). Ειδικότερα, το 65,3% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα στο ότι το ψυχολογικό υπόβαθρο των γονέων μπορεί να επηρεάσει την διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (Πίνακας 9).

Ο επόμενος παράγοντας αφορά (κατά ίσο βαθμό) στην επιμονή των γονέων για απόκτηση οικογένειας και τις προσδοκίες που διατηρούσαν για την συγκεκριμένη κύηση (Mean = 1,47 έκαστο). Ειδικότερα, το 64,6% συμφωνεί απόλυτα και το 29,3% μάλλον συμφωνεί ότι η διαχείριση ενός περιστατικού περιγεννητικού θανάτου μπορεί

να επηρεαστεί από την επιμονή των γονέων που το βιώνουν για την απόκτηση οικογένειας. Αντίστοιχα, το 63,6% συμφωνεί απόλυτα και το 27,3% μάλλον συμφωνεί ότι η διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας καθορίζεται από τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες που είχαν οι γονείς από τη συγκεκριμένη κύηση.

Διάγραμμα 7: Στάσεις και συνήθειες των γονέων που μπορεί να επηρεάσουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας



Ο τρίτος παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο διαχείρισης ενός περιστατικού περιγεννητικού θανάτου, είναι η ιδιοσυγκρασία των γονέων και η ικανότητα τους να εκφράζουν και να μοιράζονται συναισθήματα. Ειδικότερα, το 34% συμφωνεί απόλυτα ότι ο παραπάνω παράγοντας είναι καθοριστικός, ενώ το 52,6% μάλλον συμφωνεί ως προς την επιρροή που μπορεί να ασκεί η ιδιοσυγκρασία των γονέων στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Στάσεις και συνήθειες των γονέων που μπορεί να επηρεάσουν τη διαχείριση του ΠΓΘ.

	Θρησκευτικές πεποιθήσεις	Πολιτισμικές συνήθειες	Κοινωνικές αντιλήψεις	Κοσμοαντίληψη	Διαδικασία πένθους	Ψυχολογικό υπόβαθρο	Επιμονή αποκατάστασης οικογένειας	Απαιτήσεις από την κύηση	Ιδιοσυγκρασία	Εκπαίδευση στην περιγεννητική αγωγή
Συμφωνώ απόλυτα	43,4	41,4	36,7	29,3	41,4	65,3	64,6	63,6	34,0	30,3
Μάλλον συμφωνώ	36,4	44,4	49,0	47,5	38,4	29,6	29,0	27,3	52,6	40,4
Ούτε συμφωνώ Ούτε	8,1	2	5,1	14,1	12,1	3,1	2,0	6,1	10,3	20,2
Μάλλον διαφωνώ	5,1	6,1	3,1	6,1	5,1	1,0	3,0	3,0	2,1	9,1
Διαφωνώ απόλυτα	7,1	6,1	6,1	3	3	1,0	1,0		1,0	

Οι πολιτισμικές συνήθειες και τα ήθη των γονέων φαίνεται ότι είναι ο τέταρτος παράγοντας (Mean = 1.88) επιρροής της διαχείρισης του περιγεννητικού θανάτου. Ειδικότερα, αναφορικά με αυτόν τον παράγοντα, το 41,4% συμφωνεί απόλυτα και το 44,4% μάλλον συμφωνεί ότι αυτός παίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο αντιμετώπισης ενός τέτοιου περιστατικού (Πίνακας 9).

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις καταλαμβάνουν, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας την πέμπτη θέση, μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν τον τρόπο αντιμετώπισης της περιγεννητικής απώλειας και σχετίζονται με τις στάσεις και τις συνήθειες των γονέων. Ειδικότερα, το 43,4% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις μπορούν να επηρεάσουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας, ενώ σε αυτό μάλλον συμφωνεί το 36,4%.

Των παραπάνω παραγόντων, ακολουθούν με φθίνουσα σειρά οι εξής:

- 1) Διαδικασία πένθους (Mean = 1,91)

- 2) Κοινωνικές αντιλήψεις (Mean = 1,92)
- 3) Εκπαίδευση στην περιγεννητική αγωγή (Mean = 2,07)
- 4) Κοσμοαντίληψη και κοσμοθεωρία (Mean = 2,08).

Ειδικότερα, αναφορικά με τη διαδικασία πένθους, το 41,4% συμφωνεί απόλυτα ότι αυτή μπορεί να επηρεάσει τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας. Το 36,7% συμφωνεί απόλυτα ότι οι κοινωνικές αντιλήψεις επηρεάζουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας, ενώ ακολουθούν κατά τον ίδιο βαθμό συμφωνίας (Συμφωνώ απόλυτα) σε ποσοστό 30,3% η εκπαίδευση στην περιγεννητική αγωγή και κατά 29,3% η κοσμοαντίληψη και η κοσμοθεωρία που χαρακτηρίζει τους γονείς.

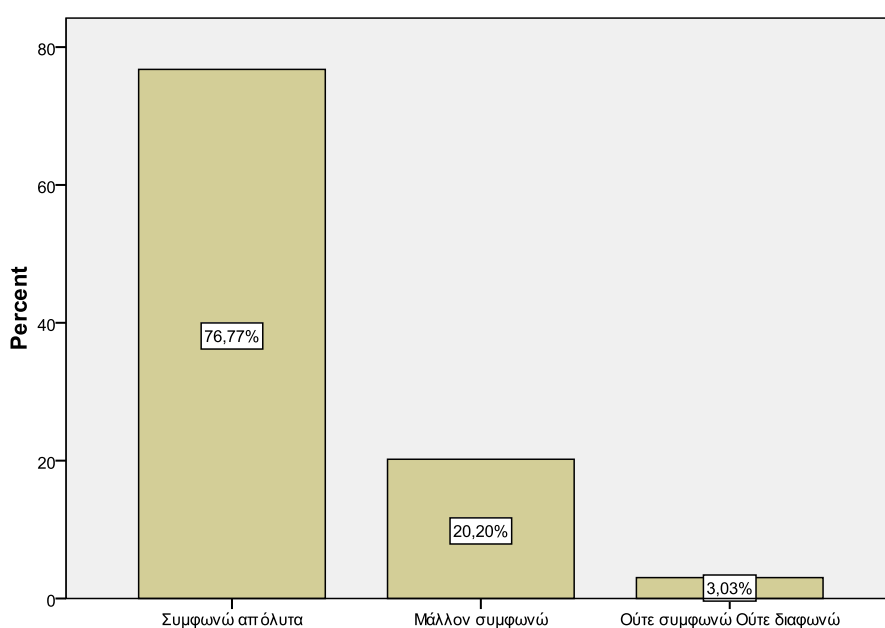
Συνοψίζοντας τα παραπάνω, από τους παράγοντες που αφορούν τις στάσεις και τις συνήθειες των γονέων, αυτοί που μπορούν να επηρεάσουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας είναι με τη σειρά:

1. Ψυχολογικό υπόβαθρο
2. Επιμονή για απόκτηση οικογένειας / Απαιτήσεις και προσδοκίες από τη συγκεκριμένη κύηση
3. Ιδιοσυγκρασία
4. Πολιτισμικές συνήθειες και ήθη
5. Θρησκευτικές πεποιθήσεις
6. Διαδικασία πένθους
7. Κοινωνικές αντιλήψεις
8. Εκπαίδευση στην περιγεννητική αγωγή
9. Κοσμοαντίληψη και κοσμοθεωρία

8.4 Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ.

Φαίνεται ότι ένα ζευγάρι, το οποίο έχει βιώσει την περιγεννητική απώλεια αντιμετωπίζει σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, το 76,77% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα με αυτή τη δήλωση, ενώ το 20,2% συμφωνεί σε ένα βαθμό (μάλλον συμφωνεί), (Διάγραμμα 8).

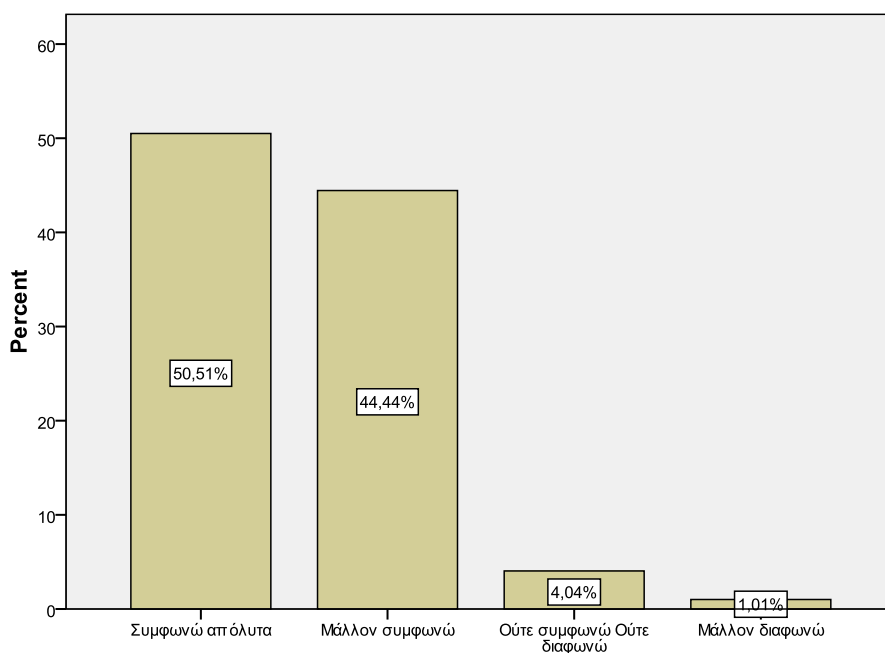
Διάγραμμα 8: Ένα ζευγάρι με ΠΘ αντιμετωπίζει σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα



Ο προβληματισμός σχετικά με το αν τα καταφέρουν να κάνουν άλλο παιδί, είναι ένα μικρότερης έκτασης και έντασης πρόβλημα για τα ζευγάρια που έχουν βιώσει ένα περιστατικό περιγεννητικού θανάτου.

Ειδικότερα, το 50,5% του δείγματος συμφωνεί απόλυτα ότι ένα ζευγάρι που έχει βιώσει ένα περιστατικό περιγεννητικού θανάτου προβληματίζεται σχετικά με το αν κάνει άλλο παιδί, ενώ σε αυτό συμφωνεί σε ένα βαθμό το 44,44% των ερωτηθέντων. Ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος μάλλον διαφωνεί ότι κάτι τέτοιο προβληματίζει ένα ζευγάρι, ενώ το 4% (περίπου) παραμένει ουδέτερο ως προς τον συγκεκριμένο προβληματισμό (Διάγραμμα 9).

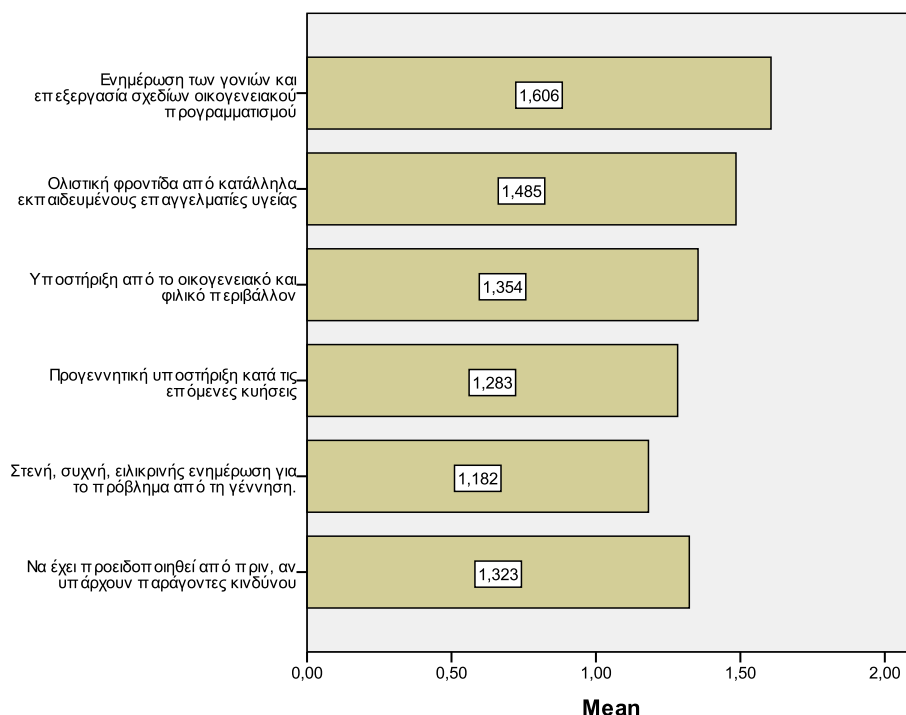
Διάγραμμα 9: Μικρότερος προβληματισμός σχετικά με την απόκτηση ενός άλλου παιδιού.



8.5 Οι τρόποι παρέμβασης που πιστεύουν οι ΕΥς με τους οποίους μπορεί ένα ζευγάρι να ανακάμψει μετά από μια περιγεννητική απώλεια.

Από τους τρόπους που προτείνονται για την υποστήριξη/βοήθεια σε ένα ζευγάρι με περιστατικό περιγεννητικής απώλειας, όλοι, άλλοι σε μικρότερο και άλλοι σε μεγαλύτερο βαθμό είναι αρκετά σημαντικοί. Σύμφωνα με την κατάταξη στο Διάγραμμα 10, ο βέλτιστος τρόπος, σύμφωνα με τη γνώμη των περισσότερων είναι, η στενή, συχνή και ειλικρινής ενημέρωση του ζευγαριού για το πρόβλημα από τη γέννηση.

Διάγραμμα 10: Τρόποι βοήθειας ζευγαριού με ΠΘ



Ειδικότερα, , το 82,8% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι η στενή, συχνή και ειλικρινής ενημέρωση για το πρόβλημα από τη γέννηση μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τους γονείς με περιστατικό περιγεννητικής απώλειας, ενώ το 16,2% μάλλον συμφωνεί σε αυτό (Πίνακας 10).

Το 73,7% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι η προγεννητική υποστήριξη μπορεί να φανεί χρήσιμη κατά τις επόμενες κυήσεις, ενώ κατά το ίδιο ποσοστό, οι συμμετέχοντες συμφωνούν απόλυτα ότι ένα ζευγάρι με περιστατικό περιγεννητικής απώλειας μπορεί να βοηθηθεί από ενδεχόμενη προειδοποίηση του από πριν, σχετικά με το αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου (Πίνακας 10).

Ο τέταρτος παράγοντας που μπορεί να βοηθήσει ένα ζευγάρι με περιστατικό περιγεννητικής απώλειας στη διαχείριση του είναι η υποστήριξη του από το οικογενειακό ή φιλικό του περιβάλλον. Το 68,7% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι η υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον μπορεί να βοηθήσει το ζευγάρι, ενώ σε αυτό μάλλον συμφωνεί το 28,3% του δείγματος.

Τα παραπάνω ακολουθεί η ολιστική φροντίδα από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας (Mean=1,48), καθώς το 62,6% των ερωτηθέντων συμφωνεί

απόλυτα ότι κάτι τέτοιο μπορεί να βοηθήσει το ζευγάρι να αντιμετωπίσει ένα περιστατικό περιγεννητικής απώλειας. Τέλος, ο τελευταίος κατά σειρά παράγοντας που βοηθάει ένα ζευγάρι με ΠΘ είναι η ενημέρωση του και η επεξεργασία σχεδίων οικογενειακού προγραμματισμού.

Πίνακας 10: Τρόποι βοήθειας ζευγαριού με ΠΘ.

	Προειδοποίηση για παράγοντες κινδύνου	Ενημέρωση για το πρόβλημα από τη γέννηση	Προγεννητική υποστήριξη κατά τις επόμενες κυήσεις	Υποστήριξη από το οικογενειακό – φιλικό περιβάλλον	Ολιστική φροντίδα από εκπαιδευμένους Επαγγελματίες Υγείας	Ενημέρωση των γονιών και επεξεργασία σχεδίων οικογενειακού προγραμματισμού
Συμφωνώ απόλυτα	73,7	82,8	73,7	68,7	62,6	49,5
Μάλλον συμφωνώ	22,3	16,2	25,3	28,3	29,3	41,4
Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	2,0	1,0	1,0	2,0	6,1	8,1
Μάλλον διαφωνώ	2,0			1,0	1,0	1,0
Διαφωνώ απόλυτα					1,0	

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΘ είναι κατά σειρά οι εξής:

- 1) Στενή, συχνή και ειλικρινής ενημέρωση για το πρόβλημα από τη γέννηση (Mean=1,18)
- 2) Προγεννητική υποστήριξη κατά τις επόμενες κυήσεις (Mean=1,28)
- 3) Να έχει προειδοποιηθεί το ζευγάρι από πριν, αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου (Mean=1,32)
- 4) Υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον (Mean=1,35)
- 5) Ολιστική φροντίδα από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας (Mean=1,48)
- 6) Ενημέρωση των γονιών και επεξεργασία σχεδίων οικογενειακού προγραμματισμού (Mean=1,60).

8.6 Οι επαγγελματίες που συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια.

Από τους επαγγελματίες που συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια, τον σημαντικότερη συμβολή στην παρηγορητική φροντίδα διαδραματίζει ο Ψυχολόγος (Mean = 1,03) (διάγραμμα 11).

Ειδικότερα, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (96,9%) συμφωνεί απόλυτα ότι ο ψυχολόγος μπορεί να παρέχει αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια όπως φαίνεται από τον πίνακα 11.

Η συμβολή του Ψυχολόγου ακολουθείται από τη συμβολή που μπορεί να έχει ένας Νεογνολόγος στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου από τους γονείς. Συγκεκριμένα, το 83,7% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν το ζευγάρι στη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας.

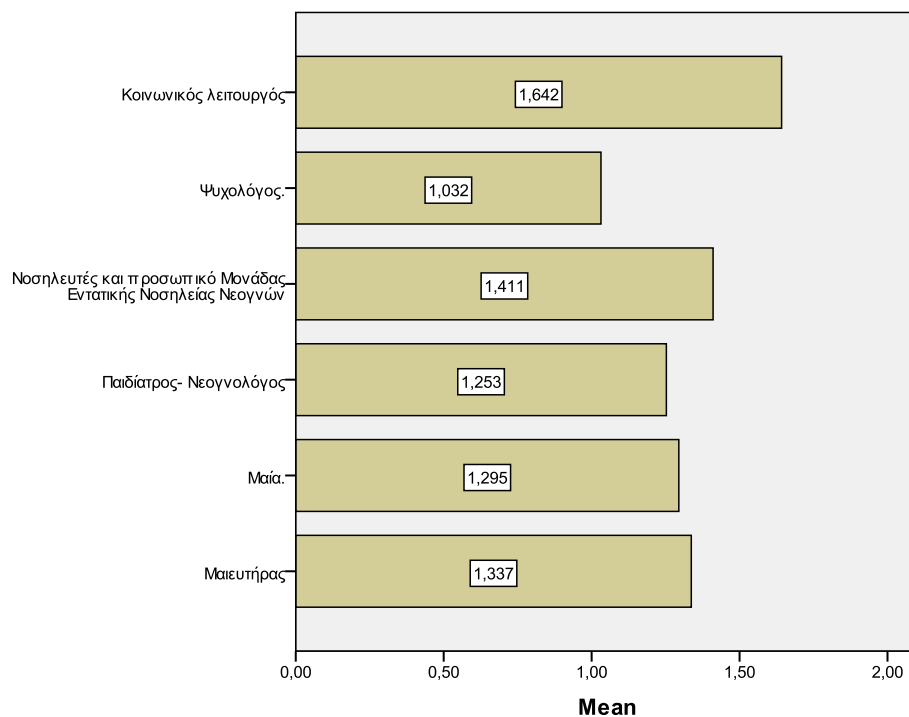
Στην τρίτη θέση κατά σειρά κατάταξης, βρίσκονται οι μαίες (Mean=1,29) που μπορούν να συμβάλλουν στη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας με τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν σε ένα ζευγάρι που βιώνει ένα τέτοιο περιστατικό, ενώ σημαντική κρίνεται και η συμβολή των μαιευτήρων (Mean = 1,33). Ειδικότερα, το 80,8% και το 75,8% συμφωνεί απόλυτα ότι οι μαίες και οι μαιευτήρες αντίστοιχα μπορούν να βοηθήσουν ένα ζευγάρι στη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας.

Στην πέμπτη θέση κατατάσσονται οι νοσηλευτές (Mean = 1.41), καθώς το 72,4% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι είναι εκείνοι οι επαγγελματίες υγείας που μπορούν να βοηθήσουν ένα ζευγάρι να διαχειριστεί την περιγεννητική απώλεια, ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί συγκεντρώνουν ένα πολύ μικρότερο ποσοστό, συγκριτικά με των υπολοίπων. Ειδικότερα, το 57,1% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί κρίνεται αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια.

Πίνακα 11: Επαγγελματίες που συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια.

	Μαιευτήρας	Μαία	Νεογνολόγος	Νοσηλεύτες	Ψυχολόγος	Κοινωνικός Λειτουργός
Συμφωνώ απόλυτα	75,8	80,8	83,7	72,4	96,9	57,1
Μάλλον συμφωνώ	18,2	12,1	9,2	17,3	3,1	28,6
Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	5,0	6,1	6,1	8,2		10,2
Μάλλον διαφωνώ			1,0	2,0		3,1
Διαφωνώ απόλυτα	1,0	1,0				1,0

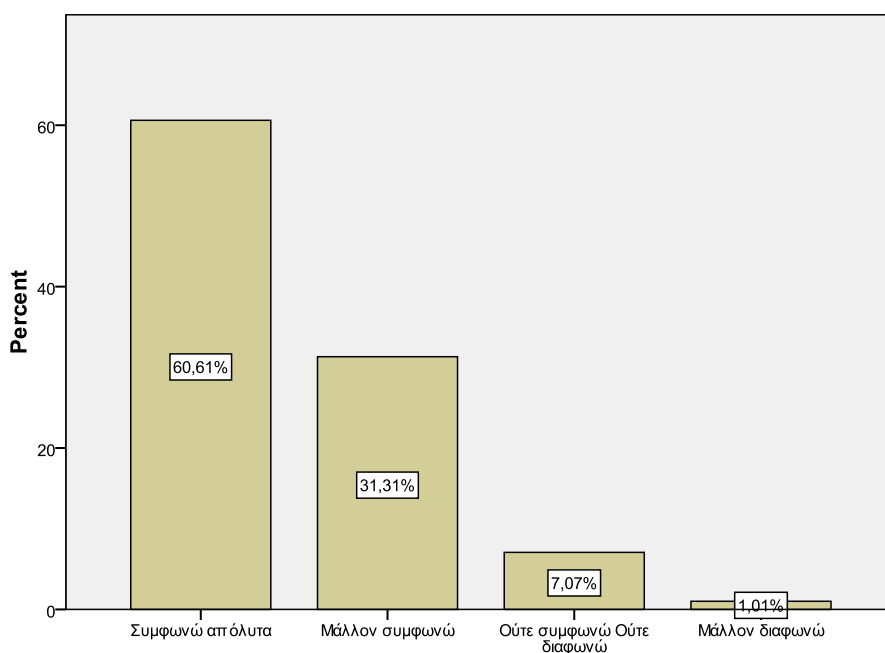
Διάγραμμα 11: Επαγγελματίες που συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια.



8.7 Επιπτώσεις ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας

Η κύρια επίπτωση του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας βρέθηκε ότι είναι τα συμπτώματα του εργασιακού στρες. Συγκεκριμένα, το 60,61% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι τα συμπτώματα του εργασιακού στρες είναι από τις σημαντικότερες επιπτώσεις του ΠΓΘ.

Διάγραμμα 12: Τα συμπτώματα του εργασιακού στρες είναι από τις σημαντικότερες επιπτώσεις του ΠΘ στους επαγγελματίες υγείας

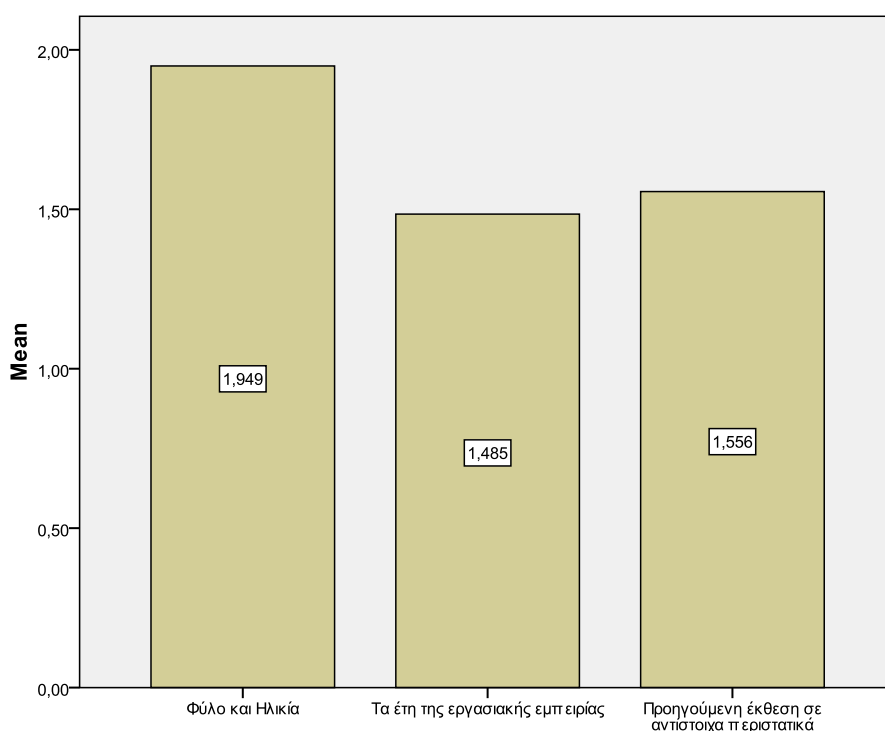


Το 31,31% των ερωτηθέντων μάλλον συμφωνεί ως προς το ότι τα συμπτώματα του εργασιακού στρες είναι από τις σημαντικότερες επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 1,01% μάλλον διαφωνεί στην παραπάνω διαπίστωση.

8.8 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν την περιγεννητική απώλεια

Από τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν την περιγεννητική απώλεια, το πλέον σημαντικό, είναι τα έτη της εργασιακής τους εμπειρίας (Mean=1,48), ενώ ακολουθούν η προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά (Mean=1,55) και το Φύλο και η ηλικία τους (Mean=1,94) (Διάγραμμα 13).

Διάγραμμα 13: Χαρακτηριστικά επαγγελματιών υγείας που παίζουν ρόλο στον τρόπο που βιώνουν/διαχειρίζονται τον ΠΓΘ.



Ειδικότερα, το 61,6% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι τα έτη εργασιακής εμπειρίας των επαγγελματιών υγείας παίζουν ρόλο στον τρόπο που αυτή βιώνουν και αντιμετωπίζουν τον ΠΓΘ, ενώ σε αυτό μάλλον συμφωνεί το 32,3% του δείγματος.

Το 55,8% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι η προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά παίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που βιώνουν/διαχειρίζονται οι επαγγελματίες υγείας τον ΠΓΘ, ενώ μικρότερο ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν δημογραφικοί παράγοντες, όπως το Φύλο και η Ηλικία. Συγκεκριμένα, το 36,4% συμφωνεί απόλυτα ότι το φύλο και η ηλικία παίζουν ρόλο

στον τρόπο που οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν/διαχειρίζονται τον ΠΘ, κάτι στο οποίο μάλλον συμφωνεί το 42,4% των ερωτηθέντων (πίνακας12).

Πίνακας 12: Χαρακτηριστικά επαγγελματιών υγείας που παίζουν ρόλο στον τρόπο που βιώνουν/διαχειρίζονται τον ΠΘ.

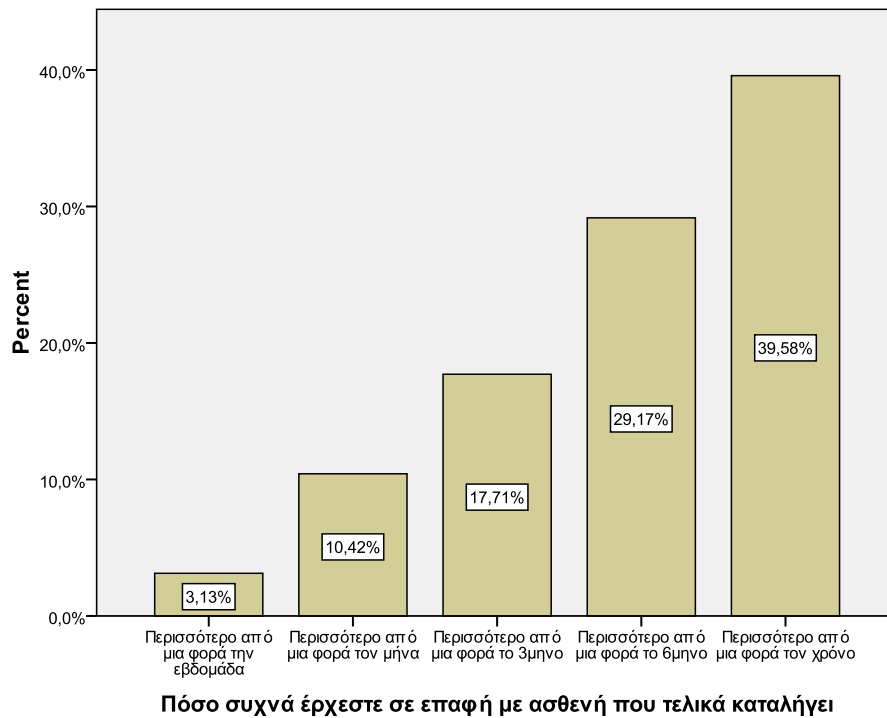
	Φύλο και Ηλικία	Έτη εργασιακής εμπειρίας	Προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά
Συμφωνώ απόλυτα	36,4	61,6	55,8
Μάλλον συμφωνώ	42,4	32,3	39,4
Ούτε συμφωνώ/Ούτε διαφωνώ	15,2	3,0	1,0
Μάλλον διαφωνώ	2,0	2,0	2,0
Διαφωνώ απόλυτα	4,0	1,0	2,0

8.9 Συμπληρωματικά στοιχεία ερωτηματολογίου Delphi

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, περισσότερες από μια φορά τον χρόνο, έρχεται σε επαφή με ασθενή που τελικά Ειδικότερα, ~~όπως φαίνεται στο~~ (Διάγραμμα 14), το 39,58% του δείγματος έρχεται, πάνω από μια φορά το χρόνο, σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει, ενώ το 29,17% έρχεται περισσότερο από μια φορά το εξάμηνο σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει. Όπως τα είχατε, προκαλούν σύγχυση

Το 17,71% των συμμετεχόντων στην έρευνα έρχεται, περισσότερο από μια φορά το τρίμηνο, σε επαφή με ασθενή που καταλήγει, ενώ αρκετά μικρότερο των προηγούμενων είναι το ποσοστό εκείνων που έρχονται, περισσότερο από μια φορά το μήνα, σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει (10,42%). Τέλος, μόνο το 3,13% των ερωτηθέντων, περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα, έρχεται σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει.

Διάγραμμα 14: Συχνότητα επαφής με ασθενή που τελικά καταλήγει.



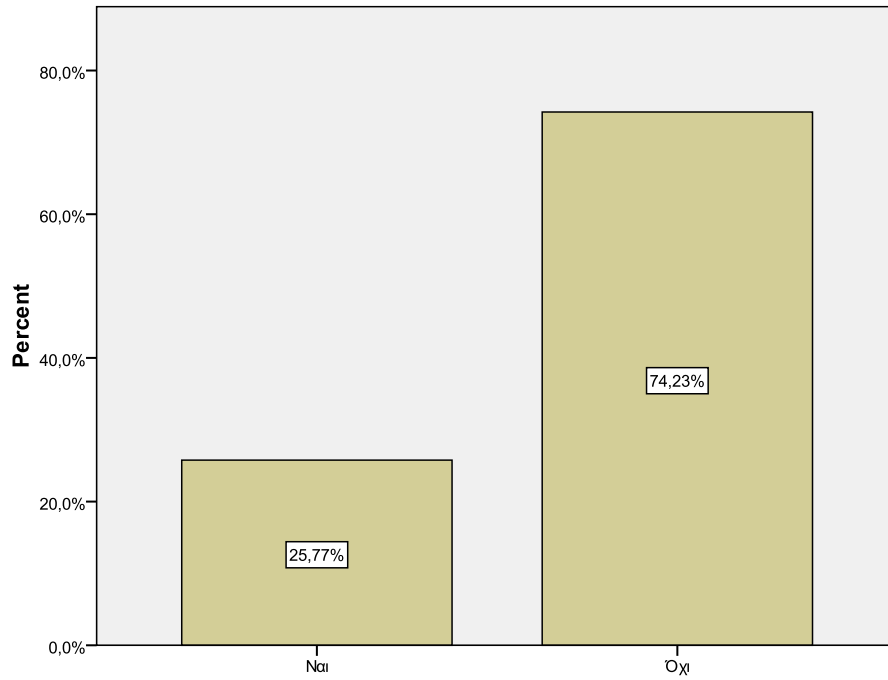
Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (74,23%) δεν έχει λάβει κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση στη σχολή του σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του θανάτου, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 25,77% δηλώνει ότι έχει λάβει τέτοιου είδους εκπαίδευση (διάγραμμα 15).

Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις ορισμένοι ερωτηθέντες σχετικά με το αν έχουν λάβει κάποιου είδους εκπαίδευσης για τη διαχείριση του θανάτου, απάντησαν σε ποσοστό της τάξης άνω του 90% ότι η συγκεκριμένη εκπαίδευση δεν επαρκεί για τη διαχείριση του θανάτου σε πρακτικό επίπεδο (διάγραμμα 16).

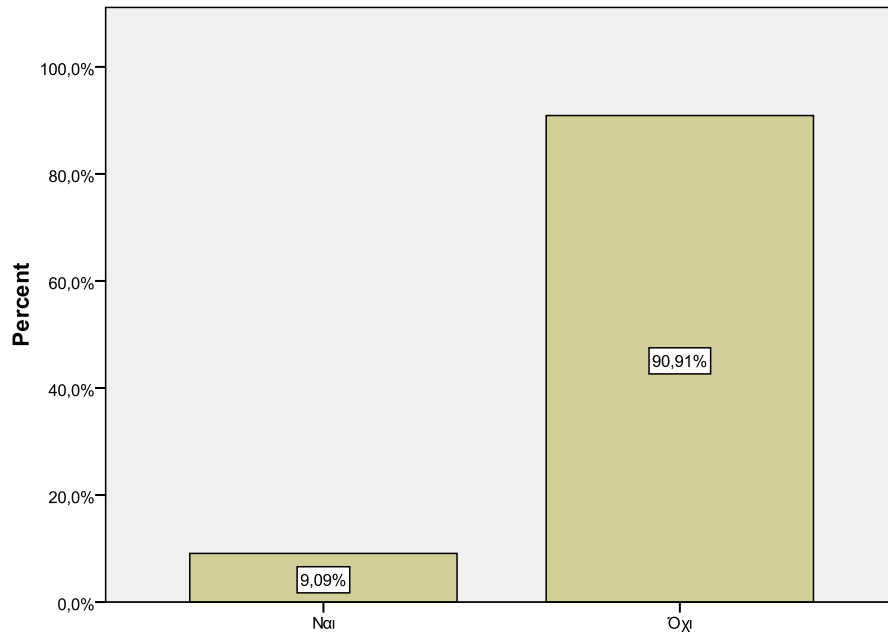
Το 55,21% του δείγματος συζητάνε με τους γονείς που αντιμετωπίζουν την πιθανότητα του περιγεννητικού θανάτου (διάγραμμα 17), κάτι το οποίο στην πλειοψηφία τους έκανε να αισθανθούν πολύ άβολα (66,67%) (διάγραμμα 18).

Για τον παραπάνω λόγο (άβολη συζήτηση) ενδεχομένως οι περισσότεροι (56,7% του δείγματος) δεν μιλούν ανοικτά στους γονείς για το θέμα του θανάτου (διάγραμμα 19), παρόλο που η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (85,26%) συζητά στο τμήμα που εργάζεται ανοικτά για περιστατικά θανάτου που συμβαίνουν στο τμήμα (διάγραμμα 20).

Διάγραμμα 15: Ακαδημαϊκή Εκπαίδευση για την διαχείριση του θανάτου.

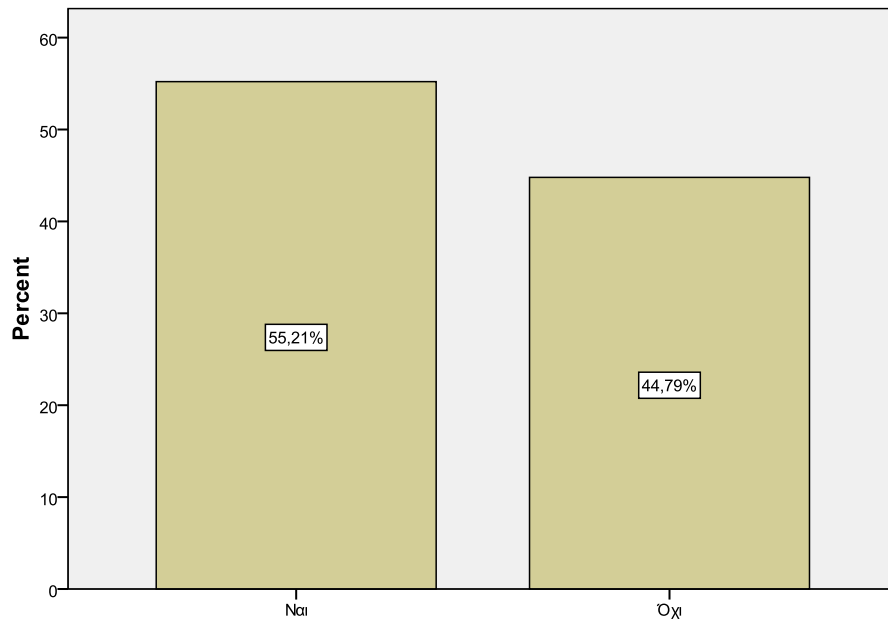


Διάγραμμα 16: Η εκπαίδευση για τη διαχείριση του θανάτου δεν είναι αρκετή.

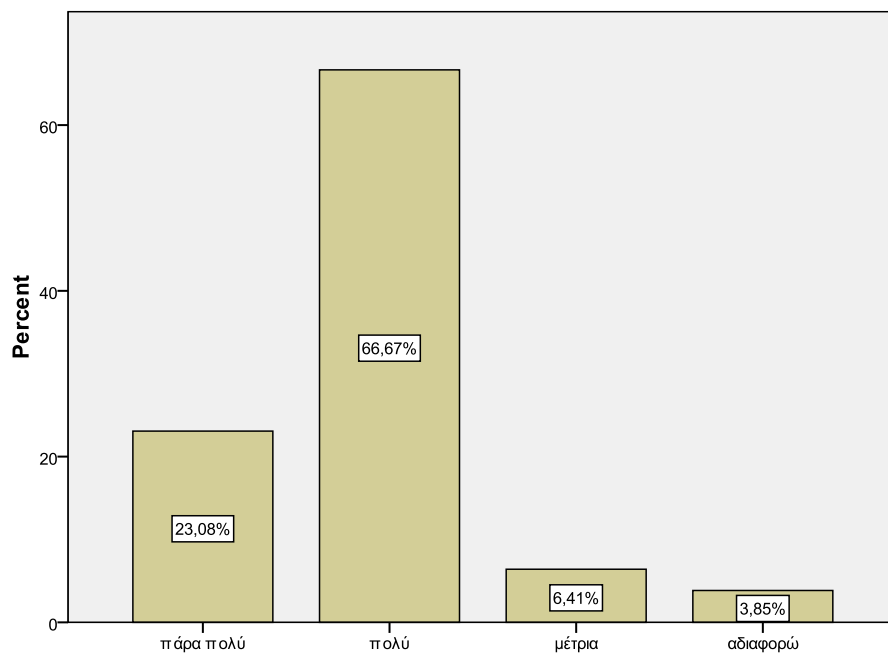


Αισθάνεστε ότι η εκπαίδευση που λάβατε για την διαχείριση του θανάτου σας προετοίμασε αρκετά για να αντιμετωπίσετε τον θάνατο και τα άτομα που πεθαίνουν

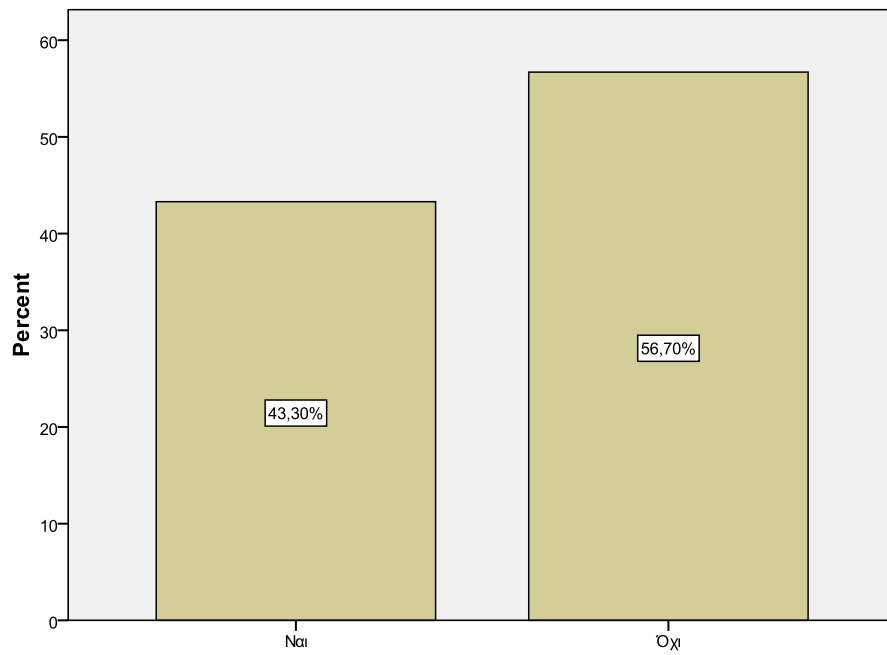
Διάγραμμα 17: Συζήτηση με γονείς που αντιμετωπίζουν την πιθανότητα του περιγεννητικού θανάτου.



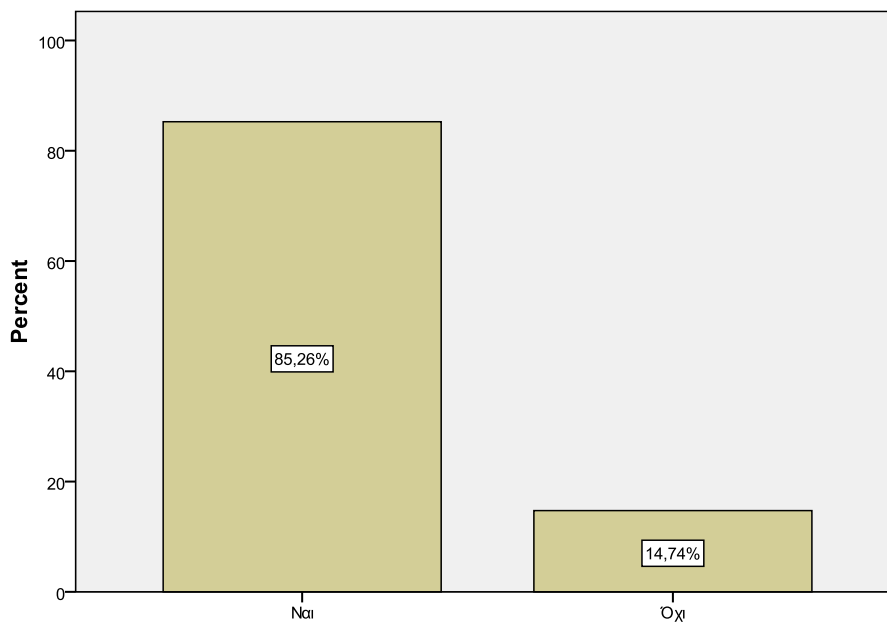
Διάγραμμα 18: Η συζήτηση με τους γονείς που αντιμετωπίζουν την πιθανότητα περιγεννητικού θανάτου είναι πολύ άβολη.



Διάγραμμα 19: Δε συζητάμε ανοικτά με τους γονείς το θέμα του θανάτου.



Διάγραμμα 20: Συζητάμε ανοικτά στο τμήμα περιστατικά θανάτου που λαμβάνουν χώρα σε αυτό.



8.10 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα μέλη του Focus Group η διαχείριση του ΠΓΘ προσκαλεί συμπτώματα εργασιακού στρες. Στην συνέχεια η παράμετρος εργασιακού στρες συσχετίστηκε Pearson και Spearman Correlation με τις μεταβλητές των ΕΥς:

Φύλο.

Ηλικία.

Οικογενειακή κατάσταση.

Επίπεδο εκπαίδευσης.

Χρόνια προϋπηρεσίας.

Χώρος και τμήμα εργασίας.

Ανάλογη προηγούμενη εμπειρία.

Το Φύλο και την Ηλικία επαγγελματιών υγείας.

Τα προηγούμενα έτη εργασιακής εμπειρίας.

Αποδείχθηκε, ότι καμία από τις παραπάνω μεταβλητές δε συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τα συμπτώματα του εργασιακού στρες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διαχείριση περιστατικών περιγεννητικού θανάτου. Στο παράρτημα II, πίνακας 3, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις εργασιακού στρες με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ΕΥς.

8.11 Ανάλυση αποτελεσμάτων δεύτερου μέρους ερωτηματολογίου.

Στον πίνακα 13 περιγράφονται αυτές οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου DAP-R. Αποδεκτή αξιοπιστία βάση του δείκτη Cronbach's α (internal consistency Reliability of the DAP-R) έχουμε στις 4 από τις πέντε διαστάσεις και συγκεκριμένα στις εξής:

- i) Φόβος θανάτου (Fear of death)
- ii) Αποφυγή θανάτου (Death Avoidance)
- iii) Αποδοχή θανάτου (Approach Acceptance)
- iv) Διαφυγή θανάτου (Escape Acceptance)

Στην διάσταση Ουδέτερη αποδοχή (Neutral Acceptance), η αξιοπιστία δεν έφθασε το αποδεκτό επίπεδο του 0,75.

Πίνακας 13: Οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου DAP- R

	Minimum	Maximum	Mean	SD	Cronbach's a
Φόβος θανάτου	1	6	3,19	1,13	0,82
Αποφυγή θανάτου	1	6,6	3,52	1,43	0,89
Ουδέτερη αποδοχή	1	4,8	2,66	0,81	0,59
Αποδοχή θανάτου	1,6	6,7	4,21	0,99	0,88
Διαφυγή θανάτου	1	7	4,9	1,32	0,86

Στον πίνακα 14 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R.

Πίνακας 14: Συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R

		Αποφυγή θανάτου	Ουδέτερη αποδοχή	Αποδοχή θανάτου	Διαφυγή θανάτου
Φόβος θανάτου	r	,754	-,251	,104	,023
	p	,000	,012	,303	,818
Αποφυγή θανάτου	r		-,065	,128	-,075
	p		,521	,208	,461
Ουδέτερη αποδοχή	r			,154	-,059
	p			,127	,565
Αποδοχή θανάτου	r				,363
	p				,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων Φόβος θανάτου, Αποφυγή θανάτου και Αποδοχή θανάτου και Διαφυγή θανάτου. Αντίθετα, υπήρχε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων Φόβος θανάτου και Ουδέτερη αποδοχή.

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R με την ηλικία των συμμετεχόντων. Υπήρχε μια ασθενής αρνητική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης Φόβος θανάτου και της ηλικίας των συμμετεχόντων. Επομένως, όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο μειώνεται ο φόβος του θανάτου. Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με τους υπόλοιπους παράγοντες.

Πίνακας 15: Συντελεστές συσχέτισης των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R με την ηλικία των συμμετεχόντων.

		Ηλικία
Φόβος θανάτου	r	-,204
	p	,046
Αποφυγή θανάτου	r	-,150
	p	,145
Ουδέτερη αποδοχή	r	,095
	p	,359
Αποδοχή θανάτου	r	-,005
	p	,964
Διαφυγή θανάτου	r	-,136
	p	,188

Στον πίνακα 16 εμφανίζονται οι συχνότητες των μεταβλητών των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R. Επίσης περιγράφονται οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το θάνατο, όπως αυτές βαθμολογήθηκαν κατά μέσο όρο από τους συμμετέχοντες στην έρευνα (πίνακας 17). Η μεγαλύτερη συμφωνία των συμμετεχόντων παρατηρείται στο γεγονός ότι «Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ένα φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός» (Mean = 1.9), καθώς επίσης και στο ότι «Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία» (Mean = 1.9). Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό διαφωνίας φαίνεται να υπάρχει στο γεγονός ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων «Ανυπομονεί για τη ζωή μετά το θάνατο» (Mean = 5,4).

Πίνακας 16: Οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το θάνατο

	Μέση Τιμή	SD
Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	1,9	1,3
Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	2,8	1,7
Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	3,4	1,8
Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	4,2	1,2
Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	5,0	1,8
Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σα ένα φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός.	1,9	1,1
Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου.	3,0	1,7
Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	4,5	1,5
Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απάισιο κόσμο	5,2	1,6
Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	3,4	1,8
Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	4,5	1,6
Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	3,4	1,6
Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.	3,9	1,5
Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	2,2	1,3
Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	3,6	1,4
Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	4,3	1,4
Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	3,1	1,5
Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	3,5	1,8
Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	3,4	1,7
Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	3,7	1,3
Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	3,4	1,7
Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου.	3,7	1,5
Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	4,8	1,5
Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	2,3	1,1
Βλέπω το θάνατο ως το πέρας σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο.	4,0	1,4
Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	3,8	1,4
Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	4,4	1,4
Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή	3,8	1,5
Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	4,8	1,6
Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	3,6	1,2
Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	5,4	1,4
Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	3,7	1,5

Πίνακας 17: Συχνότητες των μεταβλητών των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R

	Συμφωνώ απόλυτα N(%)	Συμφωνώ μέτρια N(%)	Συμφωνώ N(%)	Αναποφάσις τος N(%)	Διαφωνώ N(%)	Διαφωνώ μέτρια N(%)	Διαφωνώ απόλυτα N(%)
Φόβος θανάτου							
1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μια μακάβρια εμπειρία	58 (58,6%)	11 (11,1%)	17 (17,2%)	3 (3,0%)	9 (9,1%)	1 (1,0%)	
2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	33 (33,7%)	13 (13,3%)	19 (19,4%)	11 (11,2%)	16 (16,3%)	2 (2,0%)	4 (4,1%)
7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	27 (27,6%)	10 (10,2%)	25 (25,5%)	14 (14,3%)	13 (13,3%)	5 (5,1%)	4 (4,1%)
18. Έχω έντονο φόβο για τον θάνατο	23 (23,2%)	7 (7,1%)	12 (12,1%)	21 (21,2%)	26 (26,3%)	2 (2,0%)	8 (8,1%)
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	7 (7,1%)	7 (7,1%)	29 (29,3%)	27 (27,3%)	23 (23,2%)	3 (3,0%)	3 (3,0%)
21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	19 (19,4%)	11 (11,2%)	22 (22,4%)	16 (16,3%)	19 (19,4%)	5 (5,1%)	6 (6,1%)
32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	15 (15,2%)	3 (3,0%)	24 (24,2%)	26 (26,3%)	22 (22,2%)	3 (3,0%)	6 (6,1%)
Διαφυγή θανάτου							
3. Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	19 (19,4%)	16 (16,3%)	15 (15,3%)	13 (13,3%)	23 (23,5%)	6 (6,1%)	6 (6,1%)
10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	26 (26,3%)	2 (2,0%)	21 (21,2%)	16 (16,2%)	23 (23,2%)	3 (3,0%)	8 (8,1%)
12. Προσπαθώ πάντων να μην σκέφτομαι το θάνατο	19 (19,6%)	10 (10,3%)	20 (20,6%)	17 (17,5%)	24 (24,7%)	3 (3,1%)	4 (4,1%)
19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε σκέψη	21 (21,2%)	12 (12,1%)	17 (17,2%)	16 (16,2%)	26 (26,3%)	2 (2,0%)	5 (5,1%)
26. Προσπαθώ να μη έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	9 (9,1%)	10 (10,1%)	18 (18,2%)	27 (27,3%)	25 (25,3%)	7 (7,1%)	3 (3,0%)
Ουδέτερη αποδοχή							
6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ένα φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	50 (50,5%)	17 (17,2%)	24 (24,2%)	5 (5,1%)	2 (2,0%)		1 (1,0%)
14. Ο θάνατος είναι η φυσική διάσταση της ζωής	45 (45,5%)	9 (9,1%)	31 (31,3%)	8 (8,1%)	4 (4,0%)		2 (2,0%)
17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	22 (22,4%)	7 (7,1%)	26 (26,5%)	30 (30,6%)	6 (6,1%)	2 (2,0%)	5 (5,0%)

24. Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	36 (36,7%)	10 (10,2%)	41 (41,8%)	7 (7,1%)	3 (3,1%)	1 (1,0%)	
30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	7 (7,1%)	6 (6,1%)	33 (33,3%)	34 (34,3%)	14 (14,1%)		5 (5,1%)
Αποδοχή θανάτου							
4. Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά τον θάνατο μου	3 (3,1%)	4 (4,1%)	5 (5,1%)	60 (61,2%)	13 (13,3%)	3 (3,1%)	10 (10,2%)
8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	5 (5,2%)	5 (5,2%)	6 (6,2%)	35 (36,1%)	26 (26,8%)	2 (2,1%)	18 (18,6%)
13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτόν τον κόσμο	12 (12,1%)		16 (16,2%)	39 (39,4%)	22 (22,2%)	2 (2,0%)	8 (8,1%)
15. Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	12 (12,1%)	5 (5,1%)	19 (19,2%)	48 (48,5%)	8 (8,1%)	2 (2,0%)	5 (5,1%)
16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	6 (6,1%)	4 (4,1%)	8 (8,2%)	45 (45,9%)	19 (19,4%)	3 (3,1%)	13 (13,3%)
22. Προσβλέπω σε επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατο μου	9 (9,1%)	9 (9,1%)	21 (21,2%)	35 (35,4%)	14 (14,1%)	4 (4,0%)	7 (7,1%)
25. Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	8 (8,2%)	6 (6,1%)	12 (12,2%)	40 (40,8%)	23 (23,5%)	2 (2,0%)	7 (7,1%)
27. Ο θάνατος προσφέρει μια υπέροχη ανακούφιση ψυχής	2 (2,0%)	9 (9,1%)	9 (9,1%)	34 (34,3%)	29 (29,3%)	4 (4,0%)	12 (12,1%)
28. Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή	11 (11,2%)	4 (4,1%)	20 (20,4%)	33 (33,7%)	21 (21,4%)	1 (1,0%)	8 (8,2%)
31. Ανυπομονώ για τη μετά θάνατο ζωή	2 (2,0%)	1 (1,1%)	3 (3,0%)	19 (19,2%)	34 (34,3%)	3 (3,0%)	37 (37,4%)
Αποφυγή θανάτου							
5. Ο θάνατος είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	6 (6,1%)	6 (6,1%)	5 (5,1%)	14 (14,3%)	31 (31,6%)	3 (3,1%)	33 (33,7%)
9. Ο θάνατος προσέρει μια διαφυγή από τον απαισίο κόσμο	6 (6,1%)	3 (3,0%)	2 (2,0%)	13 (13,1%)	37 (37,4%)	6 (6,1%)	32 (32,3%)
11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από τον πόνο και τα βάσανα	6 (6,1%)	5 (5,1%)	11 (11,1%)	21 (21,2%)	32 (32,3%)	6 (6,1%)	18 (18,2%)
23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	2 (2,0%)	4 (4,0%)	12 (12,1%)	19 (19,2%)	34 (34,3%)	8 (8,1%)	20 (20,2%)
29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	3 (3,0%)	5 (5,1%)	10 (10,1%)	19 (19,2%)	34 (34,3%)	2 (2,0%)	26 (26,3%)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στόχος της έρευνας μας ήταν να μελετήσουμε τις επιδράσεις της περιγεννητικής θνησιμότητας στους ΕΥς, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, προσδιορίζοντας τους παράγοντες που συντελούν στο πώς οι επαγγελματίες υγείας διαχειρίζονται και οργανώνουν αποτελεσματικά την παροχή ιατρικής φροντίδας κατά την περιγεννητική περίοδο. Επίσης, επιδίωξη μας ήταν να μελετήσουμε την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των ΕΥς που αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά περιγεννητικής θνησιμότητας. Τέλος, διερευνήσαμε πρωτόκολλα που πρέπει να εφαρμόζονται για την αποκατάσταση του ζευγαριού με περιγεννητική απώλεια.

Για τους περισσότερους ανθρώπους, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου είναι επίπονη και δύσκολη εμπειρία. Χάνοντας κάποιον, με τον οποίο έχει μια σχέση βασισμένη στην αγάπη, θέτει σε κίνηση μια σειρά από σωματικές, συναισθηματικές, γνωστικές, συμπεριφορικές αντιδράσεις (Shapiro, 2001). Αντίστοιχα, στην έρευνα μας το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, περισσότερες από μια φορά τον χρόνο, έρχεται σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει. Το 55,8% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα ότι η προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά παίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που βιώνουν/διαχειρίζονται οι επαγγελματίες υγείας τον ΠΓΘ. Επίσης, το 61,6% συμφωνεί απόλυτα ότι τα έτη εργασιακής εμπειρίας διαδραματίζουν βαρυσήμαντη επιρροή, ενώ μικρότερο ρόλο φαίνεται να έχουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, όπως το Φύλο και η Ηλικία. Όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο μειώνεται ο φόβος του θανάτου. Αντιστοίχως επιβεβαιώνεται από την βιβλιογραφική ανασκόπηση των Peters et al., (2013), ότι οι νεότεροι ΕΥς αναφέρουν ισχυρότερο φόβο θανάτου και περισσότερη αρνητική στάση στην φροντίδα σε ετοιμοθάνατους ασθενείς. Επιπρόσθετα υπήρξε μεγάλη συμφωνία των μελών του δείγματος μας στο γεγονός ότι «Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ένα φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός», καθώς επίσης και στο ότι «Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία».

Σύμφωνα με τους ΕΥς της μελέτης μας, μετά από τις συναντήσεις ανατροφοδότησης και απολογισμού των συμβάντων ΠΓΘ, καταλήγουν στα συμπεράσματα, ότι

συγκεκριμένοι παράγοντες των γονέων διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση του ΠΓΘ και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, συνεκτιμώντας τους για μια πιο στοχευμένη παρηγορητική παρέμβαση στη γονεϊκή θλίψη.

Συνοπτικά, το δείγμα μας όρισε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά των γονέων που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση ενός περιστατικού περιγεννητικού θανάτου:

Στοιχεία της προσωπικότητας και το ψυχολογικό προφίλ γονέων. Η ιδιοσυγκρασία, ο τρόπος με τον οποίο σκέπτονται, ερμηνεύουν και αναλύουν τα γεγονότα γύρω τους.

Προηγούμενη εμπειρία με περιστατικό περιγεννητικού θανάτου.

Σχέση με τον κοινωνικό περίγυρο, υποστηρικτικό οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον και οι κοινωνικές αντιλήψεις τους.

Οικογενειακή κατάσταση και η επιμονή για απόκτηση οικογένειας/απαιτήσεις και προσδοκίες από τη συγκεκριμένη κύηση.

Μορφωτικό επίπεδο.

Εκπαίδευση στην περιγεννητική αγωγή.

Φύλο και ηλικία.

Πολιτισμικά χαρακτηριστικά/κουλτούρα. Πολιτισμικές συνήθειες και ήθη και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Κοσμοαντίληψη και κοσμοθεωρία τους.

Διαδικασία πένθους

Αναλυτικότερα τα παραπάνω στοιχεία των γονέων που επηρεάζουν την φυσιολογική ανάκαμψη από την τραγική εμπειρία του ΠΓΘ επιβεβαιώνουν αντίστοιχες διεθνείς έρευνες. Μελέτες έχουν δείξει, ότι, τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση και που έχουν την αίσθηση ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους, είναι πιθανό να έχουν μια φυσιολογική αντίδραση στο πένθος, ακόμη και μετά από μια απροσδόκητη απώλεια. Αντίθετα, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν περίπλοκη θλίψη μετά από μια απροσδόκητη απώλεια, προκαλώντας στον εαυτό τους εντονότερη κατάθλιψη και σωματικά προβλήματα (McSpedden, 2011). Επίσης, προηγούμενη εμπειρία με περιστατικό περιγεννητικού θανάτου αυξάνει την δυσκολία της αποκατάστασης. Ανάλογα, οι Mehran et al., (2013) πραγματοποίησαν μελέτη σε πληθυσμό γυναικών με ιστορικό περιγεννητικής απώλειας (εμβρύου ή νεογνικού θανάτου) και εξέτασαν τη μητρική συμπεριφορά σε μια επόμενη εγκυμοσύνη. Διαπίστωσαν ότι το ιστορικό ΠΓΘ σχετίζεται με διαταραχές της μητρικής

συμπεριφοράς και με "διαφοροποίηση του εαυτού τους από το έμβρυο", σε μια επόμενη εγκυμοσύνη. Ιδιαίτερα είναι ανήσυχη, όταν πλησιάζει το ίδιο στάδιο της εγκυμοσύνης/ζωής του εκλιπόντος μωρού, αν και δεν υπάρχουν εγγυήσεις ότι μετέπειτα δεν θα αντιμετωπίσουν παρόμοια προβλήματα (McSpedden, 2011). Εν κατακλείδι οι ΕΥς πρέπει να αναγνωρίζουν ότι οι γονείς σε επόμενη εγκυμοσύνη μπορεί να εκδηλώσουν σημαντικό άγχος (Badenhorst & Hughes, 2007).

Επιπρόσθετα, η διαχείριση επηρεάζεται από την ποιότητα της σχέσης με τον κοινωνικό περίγυρο, υποστηρικτικό οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον, την οικογενειακή κατάσταση και τους κοινωνικούς παράγοντες υποστήριξης, από το ρόλο του θανόντα στην ζωή του ατόμου και το σύστημα αξιών του (Φάρος 2013). Περαιτέρω, επηρεάζεται από τη θρησκευτική και πολιτιστική κουλτούρα του γονέα (Rosendaum et al., 2015). Αναμφίβολα, οι δομές της κοινωνικής υποστήριξης, που περιβάλλουν τους γονείς, όπως η οικογένεια, οι φίλοι και άλλα μέλη από την ευρύτερη κοινότητα όπως οι γείτονες, μπορούν να συνδράμουν, παρέχοντας ψυχολογική, σωματική και οικονομική βοήθεια. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης πιθανώς να αυξάνει τα προβλήματα διαχείρισης του πένθους (McSpedden, 2011).

Παράλληλα, έρευνες επιβεβαιώνουν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο των γονέων και της διαχείρισης του πένθους. Η ψυχολογική επίδραση στους πατέρες διαφοροποιείται από εκείνη των μητέρων, και ενδέχεται να προκαλέσει πιο μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ισορροπία της οικογένειας (Oliver, 1999). Επιπρόσθετα, το φύλο και η ηλικία του πενθούντα επηρεάζει την χρονική διάρκεια της ανάκαμψης από το πένθος. Οι μητέρες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα θλίψης και κατάθλιψης και για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους έναντι των πατέρων (Rosenbaum et al., 2015).

Επιπλέον, η θλίψη και το πένθος διαφέρουν ανάλογα με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των γονέων. Οι άνθρωποι διαμορφώνονται ως ένα βαθμό από τον πολιτισμό στον οποίο γεννιούνται. Οι ανθρώπινες εκφράσεις της θλίψης και του πένθους, είναι προϊόν της κουλτούρας ή των θρησκευτικών εθίμων ή συμβόλων (Rosenblatt, 1976).

Ένας αξιοσημείωτος δείκτης της έρευνας μας, που χρειάζεται να εκτιμηθεί είναι η ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση, όχι μόνο των γονέων, αλλά και των

επαγγελματιών υγείας που αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά. Η κύρια επίπτωση του ΠΓΘ στους ΕΥς είναι τα συμπτώματα εργασιακού στρες. Οι Chan et al., (2010) σε μελέτη τους σε δείγμα νοσηλευτών που ασχολούνται με το περιγεννητικό πένθος διαπίστωσαν, ότι η φροντίδα και η υποστήριξη των γονέων των οποίων το βρέφος πέθανε είναι εξαιρετικά απαιτητική, δύσκολη και αγχωτική.

Παρά ταύτα, στη μελέτη μας αποδείχθηκε πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ΕΥς (ηλικία, φύλο, χρόνια προϋπηρεσίας, χώρος και τμήμα εργασίας κοκ) δε συσχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τα συμπτώματα του εργασιακού στρες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διαχείριση περιστατικών περιγεννητικού θανάτου. Ωστόσο δεν ισχύει το ίδιο σε αντίστοιχη μελέτη των Plante και Cyr (2011), σε ΕΥς που είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα παιδιατρικών ασθενών. Σκοπός τους ήταν να διερευνήσουν τις επιπτώσεις που προκαλούνται μετά από την εμπειρία τους από το θάνατο ενός παιδιατρικού ασθενή και να προσδιορίσουν ποιες είναι ανάγκες τους. Η μέθοδος που χρησιμοποίησαν ήταν μια μελέτη που διεξήχθη με την βοήθεια ενός ερωτηματολογίου του TRIG¹² ώστε να αξιολογήσει τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τις ανάγκες των ΕΥς του παιδιατρικού τομέα σε ένα γενικό νοσοκομείο. Το επίπεδο της θλίψης που βίωσαν οι ΕΥς μετά την απώλεια ενός παιδιατρικού ασθενή ήταν έντονη. Οι θεράποντες του αναπνευστικού συστήματος παρουσίασαν την υψηλότερη μέση τιμή (\pm SD) της έντασης της θλίψης μετά από μια εμπειρία θανάτου έναντι άλλων ΕΥς, επίσης οι νεότεροι ΕΥς (20 έως 25 ετών) ανέφεραν νωρίτερα υψηλότερη ένταση θλίψης από ό, τι οι παλαιότεροι (ηλικίας άνω των 50 ετών). Εβδομήντα τοις εκατό των ΕΥς μίλησαν με τους συναδέλφους τους, μετά το θάνατο ενός παιδιού και το 48% με την οικογένεια τους και τους φίλους τους. Πολλοί από τους συμμετέχοντες (37%) πίστευαν ότι η κοινωνική υποστήριξη τους βοήθησε περισσότερο (Plante & Cyr 2011).

Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει, ότι η στάση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ΕΥς οι οποίοι έχουν έντονο άγχος σχετικά με το θάνατο επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Sheen et al., 2015. Peters et al., 2013).

¹² The TRIG (Texas Revised Inventory of Grief) questionnaire.

Στην έρευνα μας η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δεν είχε λάβει κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση στη σχολή τους σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του θανάτου. Περισσότερο από το ήμισυ του δείγματος συζητάνε με τους γονείς που αντιμετωπίζουν την πιθανότητα του περιγεννητικού θανάτου, ωστόσο στην πλειοψηφία, τους έκανε να αισθανθούν πολύ άβολα. Για αυτόν τον λόγο ενδεχομένως, οι περισσότεροι δεν μιλούν ανοικτά στους γονείς για το θέμα του θανάτου, παρόλο ευκολότερα συζητούν ανοικτά στο τμήμα που εργάζονται για τις εμπειρίες τους με περιστατικά ΠΓΘ με τους συναδέλφους τους.

Σύμφωνα με την άποψη των Peters et al., (2013) βασική προϋπόθεση για τους ΕΥς θεωρείται η επίγνωση των δικών τους πεποιθήσεων σχετικά με το θάνατο. Μελέτες από διάφορες χώρες κατέδειξαν, ότι ειδικά προγράμματα κατάρτισης και εκπαίδευσης σε θέματα του θανάτου, θα μπορούσαν να μειώσουν το άγχος που προκαλεί. Η εφαρμογή τους στο έργο των ΕΥς σε μονάδες περιγεννητικής φροντίδας, είναι σημαντικό να καθοριστεί ο βαθμός στον οποίο θα εμπλέκονται συναισθηματικά στην εργασία τους (McCreight 2005). Επιπρόσθετα, οι So και Chan, (2004) σε μελέτη τους σε νοσηλεύτριες στο Χονγκ Κονγκ τόνισαν, ότι η ενημέρωση σε θέματα που αφορούν το θάνατο έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των επαγγελματιών, καθώς συμβάλλει και στην ποιοτική αναβάθμιση του υποστηρικτικού περιβάλλοντος ανάμεσα στα μέλη της νοσοκομειακής ομάδας.

Ωστόσο, η θλίψη των ΕΥς συχνά δεν αναγνωρίζεται ή δεν συζητείται. Επίσης, δίνεται ελάχιστη προσοχή στην προετοιμασία τους σχετικά με θέμα που αφορούν την διαχείριση του θανάτου (Jonas-Simpson et al., 2013). Η υποστήριξη από τους συναδέλφους, οφείλουν να τους παρέχουν αυθεντική, συμπονετική και ποιοτική φροντίδα (Begley 2003). Η θλίψη και το στρες που βιώνουν ορισμένες φορές είναι σημαντικής έντασης και χρειάζεται υποστήριξη και σωστή εκπαίδευση για την αντιμετώπιση της. Η στήριξη του προσωπικού μέσω της θλίψης του, μπορεί να έχει τελικά θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα της εργασιακής ζωής και οικογενειακής ζωής των ΕΥς, καθώς και στην ποιότητα της παρηγορητικής φροντίδας των οικογενειών που πενθούν (Jonas-Simpson et al., 2013). Αντίστοιχα οι Montero et al., (2011) πραγματοποίησαν μια ποιοτική μελέτη με τη μέθοδο της φαινομενολογικής προσέγγισης, μέσω συνεντεύξεων σε ΕΥς περιγεννητικής φροντίδας στην Ισπανία. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους έδειξαν ότι η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων

για την αντιμετώπιση της περιγεννητικής απώλειας αναγνωρίζεται ως ο κύριος λόγος πίσω από ακατάλληλες συμπεριφορές που υιοθετούνται συνήθως σε αυτές τις περιπτώσεις. Αυτό δημιουργεί άγχος, αδυναμία και την απογοήτευση που θέτουν σε κίνδυνο την επαγγελματική επάρκεια.

Συγκεκριμένα, η κατάρτιση των ΕΥς σε θεωρητικό πλαίσιο βοηθά τους κλινικούς να προβλέψουν ποιοί γονείς έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν έντονη θλίψη και ποιοι χρήζουν συστηματικής παρακολούθησης μετά την περιγεννητική απώλεια. Το πλαίσιο της εκπαίδευσης βασίζεται στην υπόθεση ότι η πιο κρίσιμη επιρροή της συμπεριφοράς των γονέων και δράσεων μετά την περιγεννητική απώλεια είναι το πώς η μητέρα ή ο πατέρας αντιλαμβάνονται την εμπειρία της απώλειας, και όχι τα πραγματικά γεγονότα που περιβάλλουν την απώλεια (Hutti, 1992).

Εν κατακλείδι, η φροντίδα των γονέων με ΠΓΑ είναι εξαιρετικά απαιτητική, δύσκολη και στρεσογόνα. Σε αρκετές περιπτώσεις οι ΕΥς αισθάνονται αβοήθητοι απέναντι στο αμετάκλητο του θανάτου, αντιλαμβανόμενοι την δική τους τρωτότητα. Εξαιτίας αυτής της δυσκολίας αποστασιοποιούνται από το θρήνο των γονέων ως μη ειδικοί, ώστε να ασχοληθούν με το τεράστιο μέγεθος των γονεϊκών αισθημάτων της απώλειας. Οι Chan και Gordon (2009), σε μελέτη σε νοσηλευτές στην Σιγκαπούρη, επικύρωσαν την αναγκαιότητα για περαιτέρω εκπαίδευση των ΕΥς σχετικά με ποιο τρόπο να ασχοληθούν με τους θρηνούντες γονείς και ζήτησαν μεγαλύτερη υποστήριξη από τις νοσοκομειακές δομές. Προτείνουν να βελτιώσουν την αυτοπεποίθηση και την τεχνογνωσία των ΕΥς, βελτιώνοντας τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα την ποιότητα της περιγεννητικής παρηγορητικής φροντίδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πολλαπλοί ορισμοί είναι σε χρήση βασισμένοι σε διαφορετικές παραμέτρους όπως το βάρος γέννησης (350, 500 ή 1000 g), και / ή το μήκος του σώματος ή την ηλικία κύησης Gissler et al., (2010). Ο ΠΟΥ, ορίζει την περιγεννητική θνησιμότητα ως τον «αριθμό των θνησιγενών και νεογνικών θανάτων κατά την πρώτη εβδομάδα της ζωής ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών βρεφών, η περιγεννητική περίοδος αρχίζει στις 22 συμπληρωμένες εβδομάδες (154 ημέρες) της κύησης και τελειώνει στις επτά συμπληρωμένες ημέρες μετά τη γέννηση " (ΠΟΥ, 2006).

Παρατηρούνται σημαντικές διαφορές σε ποσοστά περιγεννητικής θνησιμότητας ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικό – οικονομικές ομάδες (Ahman & Zupan 2004). Κάθε χρόνο εκτιμάται ότι περίπου 4 εκατομμύρια μωρά πεθαίνουν παγκοσμίως κατά τις πρώτες 4 εβδομάδες της νεογνικής περιόδου. Τα τρία τέταρτα των νεογνικών θανάτων συμβαίνουν κατά την πρώτη εβδομάδα. Ο υψηλότερος κίνδυνος θανάτου υφίσταται κατά την πρώτη ημέρα της ζωής. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι κύριες άμεσες αιτίες του νεογνικού θανάτου εκτιμάται ότι είναι ο πρόωρος τοκετός, οι σοβαρές λοιμώξεις και η περιγεννητική ασφυξία. Ο νεογνικός τέτανος, που κυρίως οφείλεται σε έλλειψη συνθηκών υγιεινής στην απολίνωση του ομφαλίου λώρου, αντιπροσωπεύει ένα μικρότερο ποσοστό των θανάτων, αλλά μπορεί εύκολα να προληφθεί (ΠΟΥ, 2006). Το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση είναι μια σημαντική έμμεση αιτία θανάτου. Επίσης, επιπλοκές από την μεριά της μητέρας, όπως το χαμηλό βιοτικό επίπεδο διαβίωσης ή η έλλειψη υγιεινής διατροφής, φαίνεται να συνδέονται στενά με αυξημένο κίνδυνο νεογνικού θανάτου Lawn et al., (2005). Κάθε χρόνο από 15 εκατομμύρια βρέφη που γεννιούνται πρόωρα, το 1,1 εκατομμύριο πεθαίνουν λόγω προβλημάτων υγείας. Οι πρώτες εβδομάδες της ζωής κατά την νεογνική περίοδο χαρακτηρίζονται από την υψηλότερη επικινδυνότητα θανάτου από οποιασδήποτε άλλη περιόδου στη διάρκεια ζωής ενός ανθρώπου (Lawn et al., 2005). Στις χώρες με υψηλό εισόδημα, η ΝΓΘ αποτελεί πλέον ένα σημαντικό επίκεντρο των πολιτικών υγείας για την παιδική υγεία, ιδίως όσον αφορά τη θνησιμότητα και τη μείωση της νοσηρότητας. Ωστόσο, σε χώρες χαμηλότερου εισοδήματος οι νεογνικοί δείκτες θνησιμότητας και οι αιτίες που ενοχοποιούνται εξακολουθούν να μην αντιμετωπίζονται με προσοχή ανάλογη με τη σημασία τους (Shiffman, 2013).

Στην Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσεως, ο δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας το 2012 αυξήθηκε στο 5,64% από 5,37% το 2011. Από το 2008 έως το 2011 καταγράφεται αύξηση των γεννήσεων νεκρών εμβρύων κατά 21,15%. Όμως στο σύνολο της, η κατάσταση στην Ελλάδα βελτιώθηκε τις δύο τελευταίες δεκαετίες, αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι το 1993 το ελληνικό ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας ήταν 10,9 επί συνόλου χιλίων γεννήσεων.

Οι στόχοι της Περιγεννητικής Φροντίδας για μια υγιής κύηση πρέπει να ξεκινάει πριν την σύλληψη και να συνεχίζεται με την κατάλληλη παρακολούθηση στην προγεννητική, την περιγεννητική και την μεταγεννητική περίοδο. Οι υπηρεσίες υγείας στην περιγεννητική φροντίδα πρέπει να παρέχουν την κατάλληλη περίθαλψη για την αντιμετώπιση των πιθανών παθολογικών επιπλοκών που μπορεί να υπάρξουν. Ειδικά οι κύσεις υψηλού κινδύνου πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικά τριτοβάθμια νοσοκομεία και να παρακολουθούνται από άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό.

Βασικός πυλώνας της δημόσιας υγείας αποτελεί η αναγκαιότητα της μελέτης των περιγεννητικών δεικτών, οι οποίοι αποτελούν σημαντικό βοήθημα για την λήψη αποφάσεων που αποσκοπούν στην προαγωγή της δημόσιας υγείας. Οι Gravett & Rubens (2012), υποστηρίζουν ότι το ποσοστό της περιγεννητικής θνησιμότητας υποδηλώνει την σχετική υγεία ενός έθνους ή μιας κοινότητας. Αναλυτικότερα, για την επίτευξη ουσιαστικής μείωσης του ΠΓΘ σε όλο τον κόσμο χρειάζονται συντονισμένες προσπάθειες από πολλούς συμμετέχοντες όπως, από διακρατικούς οργανισμούς υγείας, αλλά και σε κρατικό επίπεδο. Αναλυτικότερα χρειάζεται να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν αποτελεσματικές πολιτικές, προγράμματα και υπηρεσίες σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης από τη πρωτοβάθμια έως την τρίτη βαθμίδα υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της δημόσιας υγείας των γυναικών και των νεογνών. Στόχος τους είναι να εξαλειφθούν και να προληφθούν οι βαθύτερες αιτίες των εμβρυϊκών και νεογνικών θανάτων και να γεφυρωθούν τα χάσματα ώστε ο πληθυσμός να έχει ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Ωστόσο όταν συμβαίνει η απώλεια ενός εμβρύου ή ενός νεογνού, είναι συνήθως μέσα σε μια νοσοκομειακή μονάδα, και οι ΕΥς εκτίθενται στη διαδικασία του περιγεννητικού θανάτου, χωρίς το εφόδιο της προηγούμενης ειδικής εκπαίδευσης που μπορεί να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τις ιδιαίτερες ανάγκες, τόσο των γονέων, όσο και το χειρισμό των προσωπικών τους αντιδράσεων μπροστά στο θάνατο. Τα

στοιχεία δείχνουν ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές βιώνουν κυρίως ενοχή, θλίψη και άγχος όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με το θάνατο. Σύμφωνα με Papadatou (1997), ο θάνατος ενός νεαρού ασθενή προκαλεί πόνο και αγωνία στους επαγγελματίες υγείας. Έρευνες έχουν δείξει ότι η στάση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο, επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι στάσεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο, επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι ζωτικής σημασίας οι υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας να έχουν μια σαφώς καθορισμένη πολιτική στην αντιμετώπιση του περιγεννητικού θανάτου (Chan et al., 2010). Με αυτή την έννοια, η παρεχόμενη φροντίδα προς τους γονείς που έχουν υποστεί περιγεννητική απώλεια δεν είναι κάτι που θα πρέπει να βασίζεται σε αυτοσχεδιασμούς. Ο κάθε άνθρωπος πενθεί σύμφωνα με τους δικούς του τρόπους, μέσα στο δικό του κόσμο των εννοιών και σχέσεων. Διαφορετικά πλαίσια, διαφορετική οικογενειακά συστήματα και διαφορετικές κουλτούρες, δημιουργούν πλούσια πολυμορφία με τον τρόπο που βιώνουν τη απώλεια. Την ίδια στιγμή, αυτά τα διαφορετικά πλαίσια επιβάλλουν τη δική τους αξιολόγηση και αποτίμηση των τρόπων διαχείρισης του πένθους (Paletti, 2007). Συνεπώς είναι αναγκαία η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού, με σκοπό την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, ώστε να προάγουν ομαδικά την πρόληψη και την αντιμετώπιση του περιγεννητικού θανάτου και την αποκατάσταση του ζευγαριού.

Επίσης άλλος ένας παράγοντας αντιμετωπίζουν οι ΕΥς είναι ηθικά διλήματα σχετικά με την νεκρανάσταση- ανάνηψη βαρέως πασχόντων νεογνών, με σοβαρά δυνητικά προβλήματα στο μέλλον (Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2013). Σε μια αντίστοιχη μελέτη, η Vivian (2012) υποστηρίζει ότι οι θάνατοι παιδιών σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας δημιουργούν βαθιά δεοντολογικά και ηθικά ζητήματα στους ΕΥς που διαχειρίζονται τις προβληματικές περιπτώσεις που η κλινική αναγκαιότητα απαιτεί από αυτούς, προκειμένου τα παιδιά για ζήσουν. Οι ΕΥς που εμπλέκονται στενά σε θανάτους παιδιών επηρεάζονται περισσότερο από τις συναισθηματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις των θανάτων. Σε αυτό, οι σύμβουλοι οι οποίοι είναι ειδικοί σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας πρέπει να διαδραματίζουν έναν κρίσιμο ρόλο, δεδομένου ότι αναλαμβάνουν την ευθύνη για την κλινική διαχείριση των θανάτων (Vivian, 2012).

Όσοι επαγγελματίες ασχολούνται με την περιγεννητική φροντίδα, όπως μαιευτήρες, μαίες νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, κρίνεται απαραίτητο να βοηθούν με τον κατάλληλο τρόπο και συνέπεια ώστε οι οικογένειες να αισθάνονται παρηγοριά μετά την απώλεια. Το προσωπικό πρέπει να είναι επαρκώς εκπαιδευμένο έτσι ώστε να έχει τις δεξιότητες επικοινωνίας που είναι απαραίτητες για την κατάλληλη αξιολόγηση, διαλογή, και φροντίδα της εγκύου και του νεογνού.

Ανακεφαλαιώνοντας, η διεξαγωγή της έρευνας μας, μας επέτρεψε να κατανοήσουμε το φαινόμενο της περιγεννητικής απώλειας, με βάση την εμπειρία των επαγγελματιών που εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας. Η περιγεννητική απώλεια χρήζει διεπιστημονικής προσέγγισης από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, διότι σε αυτήν την τραγική κατάσταση εμπλέκονται παράγοντες που αφορούν την μητέρα, το έμβρυο/νεογνό και την επιστημονική επάρκεια των ΕΥς. Συνεπώς, η εκπαίδευση είναι το κλειδί για την εποικοδομητική αντιμετώπιση της περιγεννητικής θλίψης των γονέων αλλά και των ιδίων.

Είναι ζωτικής σημασίας οι υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας να έχουν μια σαφώς καθορισμένη μοντελοποιημένη αντιμετώπιση του περιγεννητικού θανάτου. Συνεπώς, είναι αναγκαία η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού, με σκοπό την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, ώστε να προάγουν ομαδικά την πρόληψη και την αντιμετώπιση του περιγεννητικού θανάτου και την σωστή αποκατάσταση των γονέων. Όσοι επαγγελματίες ασχολούνται με την περιγεννητική φροντίδα, όπως μαιευτήρες, μαίες νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, κρίνεται απαραίτητο να βοηθούν με τον κατάλληλο τρόπο, έτσι ώστε οι οικογένειες να αισθάνονται παρηγοριά μετά την απώλεια.

Η ενδεδειγμένη φροντίδα συνίσταται στην μη συναισθηματική εμπλοκή του φροντιστή υγείας χωρίς την παροχή στερεοτύπων – πεποιθήσεων του σχετικά με τη διαχείριση του πένθους, προς το ζευγάρι με την περιγεννητική απώλεια. Επίσης, το προσωπικό πρέπει να είναι επαρκώς εκπαιδευμένο έτσι ώστε να έχει τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την κατάλληλη συνεχή αξιολόγηση, διαλογή, και τη φροντίδα της εγκύου.

Η έρευνα μας θα πρέπει να αποτελέσει περαιτέρω αντικείμενο μελέτης από ειδικούς, επισημαίνοντας την αναγκαιότητα κατάρτισης ενός κοινού, ενδεδειγμένου πρωτοκόλλου

παρηγορητικής φροντίδας, ώστε να αποτελέσει πηγή τεχνογνωσίας για την αντιμετώπιση περιγεννητικής απώλειας.

Ελληνική βιβλιογραφία

- Βιβιλάκη, Β. (2005). Κατ'οίκον φροντίδα στην λοχεία από μαία σε μια αγροτική περιοχή της Κρήτης. Μεταπτυχιακή διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης, 12-13.
- Γαγάνης, Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 30 (1): 97-110.
- Δρόσου-Αγακίδου, Δ. (2005). Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 22 (5): 459-456.
- Ζάβρας, Δ., Νικολαΐδης, Γ., Ολλανδέζος, Μ., Κυριόπουλος, Κ. (2007). Ταξινόμηση και Μέτρηση της Αποτρεπτής Θνησιμότητας. Μελέτη Αποτρεπτής Θνησιμότητας 1980-2003. (Επιμ.) Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών Της Υγείας, Αθήνα, 18-34.
- Κιουρκτσή, Ε. (2010). Χρυσάνθη Τζουμάκα-Μπακούλα, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών Ο δημόσιος τομέας της Υγείας μπορεί να επιτύχει. Medical Express, 179: 30-34.
- Κουρέα-Κρεμαστινού, Τζ. (2010). Θεωρία Πράξη Πολιτικές: Δείκτες έκφρασης υγείας. Στο Κουρέα- Κρεμαστινού, Τζ. (Επιμ) Δημόσια Υγεία Θεωρία Πράξη Πολιτικές, Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 65-72.
- Μαλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., Σεραφείμ, Τ., Σωτηριάδου, Κ., Θεοδοσοπούλου, Ε. (2011). Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)- Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, 4 (1): 14-31.
- Ουζούνη, Χ. & Νακάκης, Κ. (2011). Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες. Νοσηλευτική, 50 (2): 231-239.

- Παναγιωτάκη, Μ. Ε. (2012). Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα σε Ελλάδα και Ευρώπη. Μεταπτυχιακή διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης, 38.
- Σταθοπούλου, Α. (2014). Ενδομήτρια έκθεση στον καπνό του τσιγάρου, κίνδυνος εκδήλωσης σχιζοφρένειας και βαρύτητα θετικών/αρνητικών αποτελεσμάτων. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Πάτρας, 47-55.
- Τούντας, Γ. (2011). Βρεφική και μητρική θνησιμότητα στον κόσμο. Ανάκτηση 10 Δεκεμβρίου 2014 από: www.neahygeia.gr.
- Τούντας, Γ., Γκούβερη, Ε., Δημητρακάκη, Χ., Κούτρη, Ε., Λωσταράκος, Β. (2009). Η Υγεία του Παιδικού Πληθυσμού. Στο: Τούντας, Γ., Γκούβερη, Ε., Δημητρακάκη, Χ., Κούτρη, Ε., Λωσταράκος, Β. (Επιμ.) Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού 1986-2006. Αθήνα: Παπαζήση, 44-48.
- Φιλαλήθης, Τ. (2002). Τα συστήματα υγείας στο μεταίχμιο: Σκέψεις για τη διοίκηση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στο ξεκίνημα του ΚΑ' Αιώνα. Επιθεώρηση Υγείας, 13:13-16.

Διεθνής βιβλιογραφία

- Ahman, E. & Zupan, J. (2004). Neonatal and perinatal Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. World Health Organization 2007. Access at: <http://whqlibdoc.who.int/publications>
- Allen, J. & Terry, J. (1979). Under-reporting of neonatal deaths—Georgia 1974 –77. CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 28: 253–254.
- Armstrong, D. S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment. Journal of Nursing Scholarship, 34 (4):339–45.
- Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy After Perinatal Loss: The Relationship Between Anxiety and Prenatal Attachment. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 27 (2): 183–189.
- Badenhorst, W. & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss.

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 21 (2): 249-259.

- Barfield, D. W. & Committee on Fetus and Newborn. (2011). Clinical reports—Standard Terminology for Fetal, Infant, and Perinatal Deaths by the American Academy of Pediatrics. *PEDIATRICS*, 128, (1):177.
- Barr, P. (2012). Negative self-conscious emotion and grief: An actor–partner analysis in couples bereaved by stillbirth or neonatal death. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 310–326
- Begley, C. M. (2003). I cried ... I had to ...: Student midwives' experience of stillbirth, miscarriage and neonatal death. *Evidence Based Midwifery*, 1(1): 20-26.
- Begley C. M. (1984). Learning to care for bereaved parents. *World of Irish Nursing* March/April: 8-10.
- Benfield, G., Leid, A. S., Vollman, H. J. (1978). Grief Response of Parents to Neonatal Death and Parent Participation in Deciding Care. *PEDIATRICS*, 62 (2): 171 -177.
- Bennett, S. M., Litz, B. T., Maguen, S., Ehrenreich, J. T. (2008). An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *Journal of Loss and Trauma*, 13: 485–510.
- Berhan, Y. & Berhan, A.(2014). A Meta-Analysis of Selected Maternal and Fetal Factors for Perinatal Mortality. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 24: 55–68.
- Berman, M. D. (2001). *Parenthood Lost: Healing the Pain After Miscarriage, Stillbirth, and Infant Death*. Bergin and Garvey, Westport.
- Bhutani, V. K., Zipursky, A., Blencowe, H., Khanna, R., Sgro, M., Ebbesen, et al. (2013). Neonatal hyperbilirubinemia and Rhesus disease of the newborn: incidence and impairment estimates for 2010 at regional and global levels. *Pediatric Research*,74 (1): 86-100.

- Bhutta, A. Z., Yakoob, Y. M., Lawn, E.J., Rizvi, A., Friberg, K. I., Weissman, et al. (2011). Stillbirths: what difference can we make and at what cost. *Lancet*, 377: 1523–38.
- Blackmore, R. E., Arsenaault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, L., Golding, J. et al. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 198: 373–378.
- Boss, P. (2004). Ambiguous loss. In: F. Walsh & M. McGoldrick (Eds.), *Living beyond loss: Death in the family*, New York: Norton, 237–246.
- Bowlby, J. (1981). *Penguin education: attachments and loss. Loss: sadness and depression*, 3 (122): 137-171.
- Bukowski, R., Carpenter, M., Conway, D., Coustan, D., Dudley, D. J., Goldenberg, R. L., et al. (2011). Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Causes of death among stillbirths. *JAMA*, 306: 2459.
- Bustan, N. M. & Coker, L. (1994). Maternal Attitude toward Pregnancy and the Risk of Neonatal Death. *American Journal of Public Health*, 84 (3): 411–414.
- Byatt, N., Biebel, K., Friedman, L., Debordes-Jackson, G., Ziedonis, D., Pbert, L. (2013). Patient’s views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals. *General Hospital Psychiatry*, 35: 598–604.
- Cacciatore, J. (2010). The Unique Experiences of Women and Their Families After the Death of a Baby. *Social Work in Health Care*, 49 (2): 134-148.
- Callister, L.C. (2006). Perinatal Loss: A Family Perspective. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20 (3): 227–234.
- Cartlidge, P. H. T. & Stewart, J.H. (1995). Effect of changing the stillbirth definition on evaluation of perinatal mortality rates. *Lancet*, 346 (8973): 486–488.
- Cartwright, P. & Read, S. (2005). Working with practitioners to develop

training in peri-natal loss and bereavement: Evaluating three workshops. *Nurse Education in Practice*, 5: 266–273.

- Catley-Carlson, M. (1997). Implementing family planning programs in developing countries: lessons and reflections from four decades of Population Council experience. *Int J Gynaecol Obstet*, 58(1):101-6.
- Chambers, H.M. & Chan, F.Y. (2000). Support for Women/Families After Peri-Natal Death. (Cochrane Review), Issue 2. The Cochrane Library. Access at: <http://onlinelibrary.wiley.com>.
- Chan M. F., Lou F. I., Arthur D. G. (2010). A survey comparing the attitudes toward perinatal bereavement care of nurses from three Asian cities. *Evaluation & the Health Professions*, 33: 514-533.
- Chan, F. M. & Gordon, D. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Advanced Nursing* 65(12): 2532–2541.
- Chan, F. M., Chan, H. S., Day, C. M. (2004). A pilot study on nurses' attitudes toward perinatal bereavement support: a cluster analysis. *Nurse Education Today*, 24 (3): 202–210.
- Clyman, R. I., Green, C., Rowe, J. (1980). Issues concerning parents after the death of their newborn. *Crit Care Med*, 8 (4): 215-218.
- Covington, S. N. (2006). Pregnancy loss. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press, 290–304.
- Davies-Tuck, M. L., Mockler, J., Stewart, L., Knight, M., Wallace, E.M. (2015). Obesity and pregnancy outcomes: do the relationships differ by ethnicity. *Journal of Paediatrics and Child Health* 51 (1): 37.
- Davies, B.R. & Arroyo, P. (1985). The importance of primary diagnosis in perinatal death. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 152, (1): 17-23.
- DeFranco, E., Hall, E., Hossain, M., Chen, A., Haynes, N. E., Jones, D., et al.

(2015). Air Pollution and Stillbirth Risk: Exposure to Airborne Particulate Matter during Pregnancy Is Associated with Fetal Death. PLOS ONE Public Library of Science, 10 (3). Access at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4368103/>

- Doka, K. J. (1989). Disenfranchised Grief. In: Rosenblatt, P. C., Walsh, R. P., Jackson (Eds.) Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow. Lexington, MA: Lexington Books.
- Doornbos, J. P. R. & Nordbeck, H. J. (1985). Perinatal Mortality. Obstetric Factors in a Community of Mixed Ethnic Origin in Amsterdam. PD Thesis, 3rd edn. University of Amsterdam.
- Ferguson, S., Davis, D., and Browne, J. (2013). Does Antenatal Education Affect Labour and Birth? A Structured Review of the Literature. Women and Birth; 26: 5–8.
- Froen, J. F., Arnestad, M., Frey, K., Vege, A., Saugstad, O. D., Stray-Pedersen, B. (2001). Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. Am J Obstet Gynecol, 184:694.
- Furman, E. (1978). The death of the newborn: Care of the parents. Birth Family Journal, 5:214.
- Gesser, G., Wong, P.T., Reker, G.T. (1994). Death attitude profile revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Eds.) Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Gibson M. (1998) Order from Chaos. Responding to Traumatic Events, revised (Eds.), Ventura Press, Birmingham.
- Gissler, M., Mohangoo, A. D., Blondel, B., Chalmers, J., MacFarlane, A.J., Gaizauskiene, A., et al. (2010). Perinatal health monitoring in Europe: results from the EURO-PERISTAT project. Informatics for Health and Social Care,

35 (2): 64-79.

- Goel, N., Beasley, D., Rajkumar, V., and Banerjee, S. (2011), Perinatal outcome of illicit substance use in pregnancy—comparative and contemporary socio-clinical profile in the UK. *European Journal of Pediatrics*, 170 (2): 199–205.
- Gold KJ, Leon I, Chames. M. C. (2010). National survey of obstetrician attitudes about timing the subsequent pregnancy after perinatal death. *Am J Obstet Gynecol*, 202 (357): 1-6.
- Gold, J., K. (2007). Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology*, 27: 230–237.
- Golish, T. D. & Kimberly, A. P. (2003). Ambiguous Loss: Managing the Dialectics of Grief Associated with Premature Birth. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20: 309-334.
- Gourbin, C. & Masuy-Stroobant, G. (1995). Registration of vital data: are live births and stillbirths comparable all over Europe. *Bulletin of the World Health Organization*, 73 (4): 449-460.
- Gravett, MG., Rubens, CE,. (2012). GAPPS Technical Team. A framework for strategic investments in research to reduce the global burden of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*, 207 (5): 368-73.
- Haran, C., Driel, M., Mitchell, L. B. and Brodribb, E. W. (2014). Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 51.
- Hogan, M. C., Foreman, K. J., Naghavi, M., Ahn, S. Y., Wang, M., Makela, S. M. & Murray, C. J. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, 375 (9726): 1609-1623.
- Huang, L., Sauve, P., Birkett, N., Fergusson, D., Walraven, C. (2008).

Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *CMAJ*, 178 (2): 165-72.

- Hughes, P., Turton, P., Evans, C. (1999). Stillbirth as a risk factor for depression and anxiety in subsequent pregnancies – a cohort study. *British Medical Journal*, 31: 1721–1724.
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., & Myers, J. (2011). Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36 (2): 104–111.
- Hutti, M. H. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34 (5): 630–638.
- Hutti, M. H. (1992). Parents’ perceptions of the miscarriage experience. *Death Studies*, 16 (5):401–415.
- Inati, V., Matic, M., Phillips, C., Machonachie, N., Vanderhook, F., Wilson, P., Kent, A.L. (2015) A Survey of the bereavement support services offered by the act surrounding NSW utilized by families who have experienced a perinatal loss. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51 (1): 102.
- Jacob, J., Kamitsuka, M., Clark, H. R., Kelleher, S. A., Spitzer, R.A. (2015). Etiologies of NICU Deaths. *Pediatrics*, 135: 775
- Jaffe, J. (2014). *The Reproductive Story: Dealing with Miscarriage, Stillbirth, or Other Perinatal Demise*. In Barnes, L. D. (Eds.), *Women’s Reproductive Mental Health Across the Lifespan*, Springer International Publishing Switzerland, 168.
- Jonas-Simpson, C., Pilkington, F. B., MacDonald, C., McMahon, E. (2013). *Nurses’ Experiences of Grieving When There Is a Perinatal Death*. SAGE
Access at: www.sagepub.com
- Joseph, K. S., Allen, A. C., Dodds, L., Turner, L. A., Scott, H., Liston, R. (2005). The Perinatal Effects of Delayed Childbearing. *Obstetrics &*

Gynecology, 105 (6):1410-1418

- Kamitsuka, M., Clark, H. R., Kelleher, S.A., Spitzer, R. A. (2015). Etiologies of NICU Deaths. *Pediatrics*, 135 (1): 59 -65.
- Kelley, C. M. and Trinidad, B. S. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis Kelley and Trinidad. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12:137.
- Keskinoglu, P., Bilgic, N., Picakciefte, M., Giray, H., Karakus, N., Gunay, T. (2007). Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. *Journal of Pediatric and Adolescence Gynecology*, 20 (1):19-24.
- Kleinman, C. J., Pierre, B. M., Madans, H. J., Land, C. L., Schramm, F.W. (1987). The effects of maternal smoking on fetal and infant. *American Journal of Epidemiology* Volume, 127 (2): 274-282.
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. An electronic review in the Cochrane Collaboration, Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. Access at: <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Korzeniewska-Eksterowicz, A., Respondek-Liberska, M., PrzysBo, L., Fendler Perinatal,F., MBynarski, W., GulczyNska, E. (2013). Palliative Care: Barriers and Attitudes of Neonatologists and Nurses in Poland. *The Scientific World Journal*. Access at: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/168060>
- Korteweg, FJ., Gordijn, SJ., Timmer, A., Erwich, JJ., Bergman, KA., Bouman, et al. (2006). The Tulip classification of perinatal mortality: introduction and multidisciplinary inter-rater agreement. *BJOG*, 113:393.
- Kroth, J., Garcia, M., Hallgren, M., LeGrue, E., Ross, M., Scalise, J (2004). Perinatal loss, trauma, and dream reports. *Psychol Reports* 94:877.

- Kübler-Ross, E. (1969). Kubler-ross model for death and bereavement counselling, personal change and trauma : an electronic journal, in http://www.businessballs.com/elisabeth_kubler_ross_five_stages_of_grief.htm
- Lack, N., Zeitlin J., Krebs L., Künzel W., Alexander S. (2003). Methodological difficulties in the comparison of indicators of perinatal health across Europe. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 111: 33–44.
- Lang, A. & Tracy, C. (2013). Bereavement in the Face of Perinatal Loss: A Hardiness Perspective. In: *Handbook of Family Resilience*, Lang, A. & Tracy, C. (Eds.), Springer Science and Business Media, New York.
- Lang, A., Fleischer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, KR., Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega (Westport)*, 63(2):183-96.
- Lasker, N. J & Toedter, J. L. (2000). Predicting Outcomes after Pregnancy Loss: Results from Studies Using the Perinatal Grief Scale. *Illness, Crisis & Loss*, 8, (4): 350-372.
- Lawn, E. J., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I. et al. (2011). Where? When? Why? How to make the data count? *Lancet*, 377 (9775): 1448–63.
- Lawn, E. J., Yawar Yakoob. M., Haws, A. R., Soomro, T., Darmstadt L; G., & Bhutta, A. Z. (2009). 3.2 million stillbirths: epidemiology and overview of the evidence review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9 (1):2
- Lawn, J.E., Cousens, S., and Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*, 365 (9462): 891-900.
- Leininger, M.M. (1991). Transcultural nursing goals and challenges for 1991 and beyond. *Journal of Transcultural Nursing*, 2 (2): 1-2.
- Leon, I. G. (2008). Helping families cope with perinatal loss. The Global Library of Women’s Medicine. Access at : <http://www.glowm.com/resources>

- Lewis, E. (1979). Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. *Arch Dis Child*, 54: 303-306.
- Lewis, E. (1976). The management of stillbirth: Coping with an unreality. *Lancet*, 2 (7986): 619-620.
- Limbo, R. and Kobler, K. (2010). *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35 (6): 316–321.
- Litwin, MS., (1995), *How to measure survey reliability and validity*. Sage Publications, London.
- MacDorman, M. F. (2011). Race and Ethnic Disparities in Fetal Mortality, Preterm Birth, and Infant Mortality in the United States: An Overview. *Seminars of Perinatology*, 35 (4): 200-8.
- Malliarou, M., Zyga, S., Fradelos, E., Sarafis, P. (2015). Measuring death attitude and burnout of Greek nursing personnel. *American Journal of Nursing Science*, 4 (2-1): 74-77.
- Malliarou, M., Sarafis, P., Sotiriadou, K., Serafeim, T., Karathanasi K., Moustaka E., Theodosopoulou E. (2011). Greek Nurses Attitudes towards Death. *Global Journal of Health Science*, 3 (1).
- Mancini, A., Uthaya, S., Beardsley, D., Wood, D., Modi, N. (2014). *Practical guidance for the management of palliative care on neonatal units*. 1st Edition NHS, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust. Access at: <http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/NICU-Palliative-Care-Feb-2014.pdf>
- Mathews, T.J. & MacDorman, M. F. (2012). Infant mortality statistics from the 2008 period linked birth/infant death data set. *National Vital Statistics Reports*, 60 (5): 1–32.
- Mathews, T.J. & MacDorman, M.F. (2010). Infant Mortality Statistics from the 2006 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. *National Vital Statistics Reports*, 58 (17): 1-31.
- Mayvill, K. M. (1998). Empty Arms, Broken Hearts. *New beginnings*, 15 (2):

- McCreight, S. B. (2005). Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies* 42: 439–448.
- McSpedden, M. 2011. Perinatal grief a poignant form of bereavement Publications and products. Australian Psychological Society. Access at <https://www.psychology.org.au>.
- Mehran, P., Simbar, M., Shams, J., Ramezani-Tehrani, F., Nasirie, N. (2013). History of perinatal loss and maternal–fetal attachment behaviors. *Women Birth*, 26 (3): 185-9.
- Merali, S. H., Lipsitz, S., Hevelone, N., Gawande, A. A., Lashoher, A., Agrawal P., et al. (2014). Audit-identified avoidable factors in maternal and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 280.
- Miles, S. M. (1980). The effects of a course on death and grief on nurses' attitudes toward dying patients and death, *Death Education*, 4 (3): 245-260.
- Mol, B. W. J., Van-Oers, A. M ., Mutsaerts, M. A.Q., Land, J. A., Groen, H., Hoek, A. (2015). Effects of preconceptional weight loss on maternal and fetal outcome in obese subfertile women. *Journal of Paediatrics and Child Health* 51 (1): 36
- Montero, S.M.P., Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jaén, A. G. V., Tirado G. V. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (6):1405-12 www.eerp.usp.br/rlae
- Muller, ME. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25:161–6.
- Newton, W. R., Webster, A.P., Birnu, S. P., Maskrey, B. A. (1979). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature

labour. *British Medical Journal*, 2: 411-413.

- Nolte, E. and McKee, M. (2004). Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ*, 327 (7224): 1129.
- Oliver, L. E. (1999). Effects of a Child's Death on the Marital Relationship: A Review. *Omega: The Journal of Death and Dying* 39:197–227.
- Ono, T., Schoenstein, M., and Buchan, J. (2014). Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. *OECD Health Working Papers*, No 69. OECD Publishing. Access at: <http://www.oecd-ilibrary.org/>.
- Ono, T., Lafortune, G. and Schoenstein, M. (2013). Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries, *OECD Health Working Papers*, No. 62, OECD. Access at: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-planning-in-oecd-countries>
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., Sagi-Schwartz, A., (2007). Emotion dialogues between mothers and children at 4.5 and 7.5 years: relations with attachment at 1 year. *Child Development*, 78 (1): 38-52.
- Paletti, R. (2007) Recovery in context: Bereavement, culture, and the transformation of the therapeutic self. *Death studies* 32. (1): 17-26.
- Papadatou, D. (1997). Training health professionals in caring for dying children and grieving families. *Death Studies*. 21 (6): 575-600.
- Particelli, K. (2006). Introduction To Grief And Bereavement Issues. *MentalHelp Blog*. Access at: <https://www.mentalhelp.net/articles/introduction-to-grief-and-bereavement-issues/>.
- Pattinson, R., Kerber, K., Buchmann, E., Friberg, K. I., Belizan, M., Lansky, S., et al. (2011). Stillbirths: how can health systems deliver for mothers and babies? *Lancet*, 377 (9777): 1610–23.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., Shimoinaba. K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring

for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J*, 7:14-21.

- Plante, J. N. & Cyr, G. (2011). Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatr Child Health*, 16 (4): 213-216.
- Poma, A. R. (1999). Effect of prenatal care on infant mortality rates according to birth-death certificate files. *Journal of the National Medical Association*, 91 (9): 515-20
- Potvin, L., Laskerf1,J., Toedter, L.(1989). Measuring Grief: A Short Version of The Perinatal Grief Scale *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*,11 (1): 29-45.
- Radestad, I., Steineck, G., Nordin. C., Sjogren, B. (1996). Psychological complications after stillbirth—Influence of memories and immediate management: Population based study. *BMJ*, 312: 1505.
- Record, RG. & McKeown, T. (1956). Investigation of fetal mortality associated with placenta praevia. *Br J Prev Soc Med*, 10: 25–31.
- Road, S., Bulbeck, S. (2013). Supporting bereaved families through neonatal death and beyond Ian Woodroffe. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 18: 99-104.
- Robson, S. J. & Leader, L. R. (2010). Management of subsequent pregnancy after an unexplained stillbirth". *Journal of Perinatology*, 30: 305–310.
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37: 631–639
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G. and Evans J. (1998) Family-Centred Service: A...in Law M (Ed) *Family-Centred Assessment and Intervention in Pediatric Rehabilitation*. Access at: www.nds.org.au/asset/view.
- Rosenbaum, L. J., Smith, R. J., Yan, Y., Abram, N., Jeffe, B. D. (2015). Impact of a Neonatal-Bereavement-Support DVD on Parental Grief: A

Randomized Controlled Trial. *Death Studies*, 39 (4): 191-200.

- Rosenblatt, C. P. (2000). Protective Parenting After the Death of a Child. *Journal of Personal and Interpersonal Loss: International Perspectives on Stress & Coping*, 5,(4): 343-360.
- Rosenblatt, P. C., Walsh, R. P., Jackson, A. D. (1976). *Grief and Mourning in Cross-cultural Perspective*. New York: Human Relations Area Files Press.
- Rutstein, D. D., Berenberg, W., Chalmers, T. C., Child, C.G., Fishman, A. P., Perrin, E. B. (1976). Measuring the quality of medical care. *New England Journal of Medicine*, 294: 582-8.
- Scand, J. (1996). Marital Status as a Risk Factor for Fetal and Infant Mortality. *Public Health*, 24: 36-42.
- Sheen, K., Spiby, H., Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies* 52: 578–587
- Shapiro, E. R. (2001). Grief in interpersonal perspective: Theories and their implications. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (301–327).
- Shiffman, J. & Sultana, S. (2013). Generating Political Priority for Neonatal Mortality Reduction in Bangladesh. *American Journal of Public Health*, 103 (4): 623-631.
- Sibai, BM., Taslimi, M. M., Nazer, A., Amon, E., Mabie, B. C., Ryan, GM, (1986). Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 155 (30):501–507
- Silver, RM., Varner, M.W, Reddy, U. (2007). Work-up of stillbirth: a review of the evidence. *Am J Obstet Gynecol*, 196:433.

- Smits, F. (1981). De doeltreffendheid van het selecties systemt binnen de verloskundige zorg. MD thesis, Nijmegen, pp. 66.
- Snowden, M. J., & Caughey, B. A. (2012). Studying and preventing stillbirth: what are the methodological issues. *Journal of Perinatology*, 32: 817-818.
- So, M. S., & Chan, K.S. S. (2004). Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *Nursing Studies*, 41, (1): 77–84.
- Son, K. H., Lim, N.K., Lee, J.W., Cho, M.C., Park, H.Y. (2014). “Research: Pregnancy Comparison of maternal morbidity and medical costs during pregnancy and delivery between patients with gestational diabetes and patients with pre-existing diabetes”. *Diabetic Medicine*, 32 (4):477–486.
- Speck P. (1978). *Loss and Grief in Medicine*. Balliere Tindall, London.
- Surkan, J. P., Radestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G. Dickman, W. P. (2008). Events after Stillbirth in Relation Ato Maternal Depressive Symptoms:A Brief Report. *Birth*, 35:2.
- Thato, S., Rachukul, S., Sopajaree, C. (2007). Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (7):1158-1164.
- Tzoumaka-Bakoula, Ch., Lekea-Karanika, V., Matsaniotis, N.S., McCarthy, B.J., Golding, J. (1990). Birthweight Specific Perinatal Mortality in Greece. *Acta Paediatrica*, 79 (1): 47–51.
- Vance, J. C., Boyle, FM., Najman, JM., Thearle, MJ. (2002). Couple distress after sudden infant or perinatal death: a 30-month follow up. *J Paediatr Child Health*, 38(4):368-72.
- Vivian, L. (2012). Child Deaths in the Paediatric Intensive Care Unit, Red Cross Children's Hospital, Cape Town, South Africa. *African Studies*, 71 (2): 287-303.
- Wardlaw, T., You, D., Hug, L., Amouzou, A., Newby, H. (2014). UNICEF Report: enormous progress in child survival but greater focus on newborns

urgently needed. *Reproductive Health*, 11 (1): 82.

- Whitfield, M. J., Siegel, E. R., Glicken, D. A., Harmon, J. R., Powers, K. L., Goldson, J. E. (1982). The impact of perinatal death on obstetrics nurses: A longitudinal and cross-sectional examination. *JAMA PEDIATRICS*, 136 (5): 421-424.
- Wildman, K., Blondel, B., Nijhuis, J., Defoort, P., and Bakoula, Chr. (2003). European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 111 (1): 53-65.
- Yana, E., So-Kum Tangb, C., Chungc, T. (2010). Validation of the Perinatal Grief Scale for Use in Chinese Women Who Have Experienced Recent Reproductive Loss. *Death Studies*, 34 (2): 151-171.
- Yudkin, PL., Wood, L., Redman, CW. (1987). Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages. *Lancet*, 1 (8543):1192-1194.
- Zulfiqar, P., Yakoob, M. Y., Lawn, J. E. (2011). The Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: what difference can we make and at what cost? *Lancet*, 377 (9776): 1523–1538.
- Zyga, S., Malliarou, M., Lavdaniti, M., Athanasopoulou, M., Sarafis, P. (2001). Greek renal nurses attitude towards death. *Journal of Renal Care*, 37 (2): 101–107.

Ηλεκτρονικές πηγές

- American College of Obstetricians and Gynecologists & Society of Maternal Fetal Medicine (2013): Definition of Term Pregnancy. Committee Opinion, No 579. Access at: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co579>
- Australian Bureau of Statistics (ABS) (2013): Causes of Death, Australia, 2013. Access at: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf>
- Canadian Pediatric Society (2001): Guidelines for health care professionals

- supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatric Child Health*, 6 (7). Access at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/>
- <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/86-statistikh-taksinomhsh-noswn-kai>
 - Perinatal Society of Australia and New Zealand (2009): Section 7: Perinatal Mortality Classifications; Appendix 1, Clinical Practice Guideline for Perinatal Mortality; Second Edition, Version 2.2. Access at: <http://www.psanzpnmsig.org.au>
 - UNICEF (2014): *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report*. New York. Available at: <http://data.unicef.org/corecode/uploads/>
 - World Health Organization (2004): *International Classification of Diseases (ICD) International Classification of Diseases, 10th Revision*, Geneva. http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.
 - WHO, UNICEF and UNFPA (2004): *Maternal mortality in 2000. Maternal Mortality Estimates developed by*. Geneva, World Health Organization. <http://www.unfpa.org/>
 - World Health Organization (2006): *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*, Geneva. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/>
 - Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας (National Center for Health Statistics - NCHS) www.cdc.gov/nchs.
 - Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε.) (2014). Οδηγία Νο 21 Ιστοσελίδα: www.hsog.gr.
 - Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης του ΟΗΕ (UNRIC), n.d. WHO-ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ. [Ηλεκτρονικό] Available at: <http://www.unric.org/el/>
 - Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη φροντίδα των νεογνών (European Foundation for the Care of Newborn Infants-EFCNI): *Μεταβολή ποσοστών πρόωρων*

γεννήσεων στην ΕΕ. Πηγή: Πρόσβαση: <http://www.efcni.org>

- Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2006): Συμπεράσματα του Συμβουλίου για την υγεία των γυναικών. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, C 146/4. Πρόσβαση: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL-EN>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014): Ανακοίνωση «Για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας». COM(2014) 215. Πρόσβαση: <http://ec.europa.eu/health/healthcare>
- Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2011): Περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Οδηγία 2011/24/ΕΕ, ΕΕ L 88. Πρόσβαση: <http://eur-lex.europa.eu>
- ΟΗΕ (2005): Αναπτυξιακός Στόχος της Χιλιετίας 4: Μείωση της παιδικής θνησιμότητας. Οι Αναπτυξιακοί Στόχοι του ΟΗΕ για τη Χιλιετία. Πρόσβαση: www.unicef.gr
- ΦΕΚ (2014): Άρθρο 2, Βελτίωση περιγεννητικής φροντίδας. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4316 Αρ. φύλλου 270. Τεύχος πρώτο: 8228-8229. Access at: <http://www.hellenicparliament.gr/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι: Γενικό μέρος.

- Γενικό μέρος ´
- Στατιστική ταξινόμηση των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας ICD-10
- Σύστημα ταξινόμησης του περιγεννητικού θανάτου Επιστημονικής Ομάδας της Περιγεννητικής Περιόδου της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας
- σύντομη εκδοχή της Κλίμακας Περιγεννητικής θλίψης

Παράρτημα ΙΙ:

Ερευνητικό μέρος-Μεθοδολογία διαμόρφωσης ερωτηματολογίου.

- Μεθοδολογία διαμόρφωσης Ερωτηματολογίου
- Ερωτηματολόγιο 1ου γύρου Τεχνικής Delphi
- Απαντήσεις 1ου γύρου Τεχνικής Delphi
- Ερωτηματολόγιο 2ου γύρου της μεθοδολογίας Delphi
- Συνολική βαθμολογία απαντήσεων 2ου γύρου τεχνικής Delphi.
- Οι Ερωτήσεις που συγκέντρωσαν ποσοστό αποδοχής 90%.
- Ερωτηματολόγιο 3ου γύρου Τεχνικής Delphi
- Τελικό ερωτηματολόγιο
- Πίνακας συσχετίσεων εργασιακού στρες με δημογραφικά χαρακτηριστικά ΕΥς
- Τελικό Ερωτηματολόγιο της έρευνας

Παράρτημα ΙΙΙ:

Εγκρίσεις για τη διεξαγωγή της έρευνας και άδειες χρήσεως ερευνητικών εργαλείων.

- Πρωτόκολλο διεξαγωγής έρευνας
- Τελική Δήλωση Διατριβής επιπέδου Μάστερ Κ-62
- Έγκριση από το θεσμικό συμβούλιο Δεοντολογίας και Έρευνας της 7ης ΥΠΕ
- Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου εκ´ μέρους της συγγραφικής ομάδας από την Δρ Μαρία Μαλλιάρου, ΤΧΗΣ (ΥΝ), Προϊσταμένη Χειρουργείου 404 ΓΣΝ και Επιστημονική Συνεργάτης ΤΕΙ Νοσηλευτικής ΣΕΥΠ, Θεσσαλίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κύηση, τοκετός και λοχεία	
Κωδικός	Τίτλος
O00-O08	Κύηση που καταλήγει σε έκτρωση
O10-O16	Οίδημα, πρωτεϊνουρία και υπερτασικές διαταραχές κατά την κύηση, τον τοκετό και την λοχεία
O20-O29	Άλλες διαταραχές της εγκύου που σχετίζονται κυρίως με την κύηση
O30-O48	Φροντίδα της εγκύου σχετικά με το έμβρυο, την αμνιακή κοιλότητα και τα πιθανά προβλήματα τοκετού
O60-O75	Επιπλοκές του τοκετού
O80-O84	Τοκετός
O85-O92	Επιπλοκές που σχετίζονται κυρίως με τη λοχεία
O95-O99	Άλλες μαιευτικές καταστάσεις, που δεν ταξινομούνται αλλού
Καταστάσεις που έχουν την αρχή τους στην περιγεννητική περίοδο	
P00-P04	Προσβολή του εμβρύου και του νεογνού από μητρικούς παράγοντες και από επιπλοκές της κύησης και του τοκετού
P05-P08	Διαταραχές που σχετίζονται με τη διάρκεια της κύησης και την εμβρυϊκή ανάπτυξη
P10-P15	Τραύματα κατά τον τοκετό
P20-P29	Διαταραχές του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος ειδικές της περιγεννητικής περιόδου
P35-P39	Λοιμώξεις ειδικές της περιγεννητικής περιόδου
P50-P61	Αιμορραγικές και αιματολογικές διαταραχές του εμβρύου και του νεογνού
P70-P74	Παροδικές ενδοκρινολογικές και μεταβολικές διαταραχές ειδικές για το έμβρυο και το νεογνό
P75-P78	Διαταραχές του πεπτικού συστήματος του εμβρύου και του νεογνού
P80-P83	Καταστάσεις σχετικές με το δέρμα και τη θερμορύθμιση του εμβρύου και του νεογνού
P90-P96	Άλλες διαταραχές η έναρξη των οποίων εντοπίζεται στην περιγεννητική περίοδο
Συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες	
Q00-Q07	Συγγενείς διαμαρτίες διάπλασης του νευρικού συστήματος
Q10-Q18	Συγγενείς διαμαρτίες διάπλασης του οφθαλμού, του ωτός, του προσώπου και του τραχήλου
Q20-Q28	Συγγενείς διαμαρτίες διάπλασης του κυκλοφοριακού συστήματος
Q30-Q34	Συγγενείς διαμαρτίες της διάπλασης του αναπνευστικού συστήματος
Q35-Q37	Χειλοσχιστία και υπερωϊοσχιστία
Q38-Q45	Άλλες συγγενείς διαμαρτίες της διάπλασης του πεπτικού συστήματος
Q50-Q56	Συγγενείς διαμαρτίες της διάπλασης των γεννητικών οργάνων
Q60-Q64	Συγγενείς διαμαρτίες διάπλασης του ουροποιητικού συστήματος
Q65-Q79	Συγγενείς διαμαρτίες της διάπλασης και ανωμαλίες του μυοσκελετικού συστήματος
Q80-Q89	Άλλες συγγενείς διαμαρτίες διάπλασης
Q90-Q99	Χρωμοσωμικές ανωμαλίες, που δεν ταξινομούνται αλλού
Εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας	
V01-X59	Ατυχήματα
X60-X84	Εκούσιος αυτοτραυματισμός
X85-Y09	Επίθεση
Y10-Y34	Γεγονότα χωρίς συγκεκριμένη πρόθεση
Y35-Y36	Νόμιμη (ή νομική) παρέμβαση και πολεμικές επιχειρήσεις
Y40-Y84	Επιπλοκές ιατρικής και χειρουργικής φροντίδας
Y85-Y89	Συνέπειες εξωγενών αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας
Y90-Y98	Συμπληρωματικοί παράγοντες που σχετίζονται με τις αιτίες της νοσηρότητας και θνησιμότητας που ταξινομούνται αλλού
Πίνακας Παραρτήματος Ι . 1: Στατιστική ταξινόμηση των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας ICD-10 που σχετίζονται με τον Περιγεννητικό Θάνατο. .Πηγή: www.galinos.gr	

Πίνακας Παραρτήματος Ι. 2 : Σύστημα ταξινόμησης του περιγεννητικού θανάτου αποτέλεσμα των προπαθειών συνεργασίας των μελών της Επιστημονικής Ομάδας της Περιγεννητικής Περιόδου της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας . Πηγή: Perinatal Society of Australia and New Zealand. (2009). Clinical Practice Guideline for Perinatal Mortality; Second Edition.

1 Συγγενείς ανωμαλίες από: Κεντρικό νευρικό σύστημα	Αιμορραγία του ομφάλιου λώρου Αληθή κόμπο, με ενδείξεις απόφραξης
Καρδιαγγειακό σύστημα	Άλλες επιπλοκές
Ουροποιητικού συστήματος	Απροσδιόριστες αιτίες
Γαστρεντερικού συστήματος	Ανωμαλίες της μήτρας, π.χ. δίκερως μήτρας, ανεπάρκεια του τραχήλου της μήτρας
Χρωμοσωμικές ανωμαλίες	Αυτοάνοσες ασθένειες
Μεταβολικές διαταραχές	Rhesus ανοσοποίηση
Πολλαπλές / Μη Σύνδρομα	ABO ανοσοποίηση
Άλλες συγγενείς ανωμαλίες	Kell ανοσοποίηση
Μυοσκελετικού Συστήματος	Αυτοάνοση θρομβοπενία
Αναπνευστικού Συστήματος	Άλλες
Διαφραγματικήλη.	Απροσδιόριστες
Αιματολογικές ανωμαλίες. Όγκοι	Ιδιοπαθής Υδρωπας Άλλες ειδικές καταστάσεις της περιγεννητικής περιόδου
Άλλες συγγενείς ανωμαλίες	Ρήξη των μεμβρανών μετά την αμνιοκέντηση
Απροσδιόριστες συγγενείς ανωμαλίες	Διακοπή της εγκυμοσύνης για ύποπτες, αλλά ανεπιβεβαιώτες συγγενείς ανωμαλίες.
2 Περιγεννητικής λοίμωξης	Υποσκληρίδιο αιμάτωμα του Εμβρύου
Βακτηριακές	Άλλες
Ομάδα Β Streptococcus	Απροσδιόριστες
E coli	7. Περιγεννητική Υποξία
Listeria monocytogenes	Με επιπλοκές τοκετού
Σπειροχάιτες π.χ. Σύφιλη	Ρήξη μήτρας
Άλλες βακτηριακές	Πρόπτωση ομφάλιου λώρου
Απροσδιόριστες βακτηριακές	Δυστοκία
2.2 Ιογενείς	Δυστοκία όμως
Κυτταρομεγαλοϊός	Άλλες
Παρβοϊός	Απροσδιόριστες υποξικές καταστάσεις
Ιός του απλού έρπητα	8. Ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (FGR)
Ιός της ερυθράς	Με αποδείξεις μειωμένης αγγειακής αιμάτωσης με μελέτες Doppler ή / και ιστοπαθολογική εξέταση του πλακούντα.
Άλλες ιογενείς λοιμώξεις	Μη πλακουντιακή παθολογία
Απροσδιόριστες ιογενείς λοιμώξεις	Μη εξέταση του πλακούντα
Πρωτοζωϊκές π.χ. Τοξόπλασμα	Άλλες καθορισμένες παθολογίες του πλακούντα
Μυκητιασικές λοιμώξεις	9 Προωρότητα (<37 εβδομάδες κύησης)
Άλλες καθορισμένες οργανισμών	Προωρότητα χωρίς ρήξη εμβρυϊκών μεμβρανών, ή με ρήξη τους <24 ώρες προ του τοκετού.
3 Υπέρταση	Με χοριοαμνιονιτίδα με πλακουντιακή ιστοπαθολογία
Χρόνια υπέρταση	Χωρίς χοριοαμνιονιτίδα με πλακουντιακή ιστοπαθολογία
Δευτεροπαθής χρόνια υπέρταση, π.χ. νεφρική νόσο	Με κλινικές αποδείξεις χοριοαμνιονιτίδος, χωρίς εξετάσεις του πλακούντα
Απροσδιόριστη χρόνια υπέρταση:	Δεν υπάρχουν κλινικά σημεία χοριοαμνιονιτίδος, δεν πραγματοποιήθηκε κανένας έλεγχος του πλακούντα
Υπέρταση της κύησης	Απροσδιόριστες αιτίες ή δεν είναι γνωστό αν ο πλακούντας εξετάστηκε
Προεκλαμψία	Αυτόματη πρόωρη ρήξη των μεμβρανών 24 ώρες πριν από την γέννηση.
Με εργαστηριακές ενδείξεις θρομβοφιλία	10 Ανεξήγητος ενδομήτριος θάνατος
Προεκλαμψία επάνω σε χρόνια υπέρταση	Με αποδείξεις μειωμένης αγγειακής αιμάτωσης σε μελέτες Doppler ή / και τον πλακούντα
Απροσδιόριστη υπέρταση	Ιστοπαθολογική εξέταση (π.χ. σημαντικές μυοκαρδίου, οξεία αθήρωση, της μητέρας ή / και του εμβρύου αγγειακής
Αιμορραγία κατά το τοκετό	θρόμβωσης ή της μητέρας του μυοκαρδίου όροφος)
4 Αποκόλληση του πλακούντα	11 Προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό
Με εργαστηριακές ενδείξεις θρομβοφιλία	Σύνδρομο Αιφνίδιου Θανάτου Βρεφών (SIDS)
Προδρομικός πλακούντας	Μετά τη γέννηση λοίμωξη
Αιμορραγία κατά το τοκετό απροσδιόριστης προέλευσης	Τυχαία ασφυξία
5. Προϋποθέσεις της μητέρας	Άλλα ατυχήματα, δηλητηρίαση ή βία (μεταγεννητικός)
Διακοπή της εγκυμοσύνης της μητέρας λόγω ψυχοκοινωνικών ενδείξεων	Άγνωστες αιτίες
Ο διαβήτης / διαβήτη κύησης	Αιμορραγία του λώρου
Τραυματισμός της μητέρας	Αληθή κόμπο με ενδείξεις απόφραξης
Τυχαίες	Άλλες
Μη τυχαίες	Απροσδιόριστες αιτίες
Σηψαιμία της μητέρας	Ανωμαλίες της μήτρας, π.χ. δίκερως μήτρας, ανεπάρκεια του τραχήλου της μήτρας
Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο	Αυτοάνοσες ασθένειες
Μαιευτική Χολόσταση	Rhesus ανοσοποίηση
Άλλες καθορισμένες προϋποθέσεις της μητέρας	ABO ανοσοποίηση
6. Ειδικές καταστάσεις κατά την περιγεννητική περίοδο	Kell ανοσοποίηση
Εμβρυοεμβρυϊκή μετάγγιση διδύμων	Αυτοάνοση θρομβοπενία
Εμβρυομητρική αιμορραγία	Άλλες
Επιπλοκές του λώρου κατά τον τοκετό	Απροσδιόριστες
Στο σύνολο τους περιλαμβάνει όλους τους σημαντικούς οικογενειακούς παράγοντες, από το ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό και όλες τις μείζονες επιπλοκές της εγκυμοσύνης και τις έρευνες που διεξάγονται κατά το χρονικό διάστημα του θανάτου, συμπεριλαμβανομένων πλακουντιακής ιστοπαθολογίας και της νεκροψίας.	

Μέτρηση της Θλίψης : Μια σύντομη εκδοχή της Κλίμακας της Περιγεννητικής θλίψης.

Κλίμακα Περιγεννητική θλίψης 33-στοιχεία.
Υποκλίμακα I: Ενεργός θλίψης.
1. Αισθάνομαι κατάθλιψη.
2. Αισθάνομαι κενή μέσα μου.
3. Αισθάνομαι την ανάγκη να μιλήσω για το μωρό.
4. Νοιώθω θλίψη για το μωρό.
5. Είμαι φοβισμένη.
6. Μου λείπει πάρα πολύ το μωρό.
7. Είναι οδυνηρό να ανακαλώ μνήμες από την απώλεια.
8. Θυμώνω όταν το σκέφτομαι το μωρό
9. Κλαίω όταν το σκέφτομαι.
10. Ο χρόνος περνάει πολύ αργά αφότου το μωρό πέθανε.
11. Αισθάνομαι τόση μοναξιά από την στιγμή που έχασε τη ζωή το μωρό.
Υποκλίμακα II. Δυσκολίες στην αντιμετώπιση.
1. Μου είναι δύσκολο να τα πηγαίνω καλά με ορισμένους ανθρώπους.
2. Δεν που μπορώ να συμβαδίζω με τις συνήθειες δραστηριότητες μου.
3. Έχω σκεφτεί να αυτοκτονήσω, αφότου έχασα το μωρό.
4. Αισθάνομαι ότι έχω προσαρμοστεί καλά στην απώλεια.
5. Αισθάνομαι ότι έχω απογοητεύσει τους ανθρώπους μετά από το θάνατο του μωρού.
6. Νοιώθω ότι χρειάζεται να καταβάλω προσπάθεια, περισσότερη από ό, τι θα έπρεπε, με φίλους και συγγενείς μου.
7. Μερικές φορές νιώθω ότι χρειάζομαι την βοήθεια ειδικού επαγγελματικού συμβούλου, ώστε να με βοηθήσει να συγκεντρωθώ πάλι με την ζωή μου.
8. Αισθάνομαι απλώς την ύπαρξη μου κάτω από τις υφιστάμενες συνθήκες και στην πραγματικότητα δεν ζω αφού πέθανε το μωρό.
9. Αισθάνομαι κατά κάποιο τρόπο εκτός και απομακρυσμένη ακόμη και ανάμεσα σε φίλους.
10. Θεωρώ ότι είναι δύσκολο να λαμβάνω αποφάσεις από τότε που πέθανε το μωρό.
11. Αισθάνομαι υπέροχα αφού είμαι ζωντανή.
Υποκλίμακα III: Απόγνωση
1. Παίρνω φάρμακα για τα νεύρα μου.
2. Αισθάνομαι ενοχή όταν σκέφτομαι το μωρό.
3. Αισθάνομαι σωματικά άρρωστος όταν σκέφτομαι το μωρό.
4. Αισθάνομαι απροστάτευτος σε έναν επικίνδυνο κόσμο αφότου έχασε τη ζωή του το μωρό.
5. Προσπαθώ να γελάσω, αλλά τίποτε δεν μου φαίνεται να αστείο πλέον.
6. Το καλύτερο κομμάτι του εαυτού μου πέθανε μαζί με το μωρό.
7. Εγώ η ίδια φταίω για το θάνατο του μωρού.
8. Αισθάνομαι άνευ αξίας επειδή πέθανε το μωρό.
9. Είναι πιο ασφαλές να μην αγαπάς.
10. Ανησυχώ για το ποιο θα είναι το μέλλον μου.
11. Όντας γονέας που πενθεί, σημαίνει να είσαι δευτέρας κατηγορίας πολίτης.
Πίνακας Παραρτήματος I. 3. Πηγή: Potvin, L., Laskerf, J., & Toedter, L. (1989). Measuring Grief: A Short Version of The Perinatal Grief Scale Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Vol. 11, No. 1.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 1^ο ΓΥΡΟΥ ΤΕΧΝΙΚΗΣ DELPHI

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);
2. Ποιες στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας.
3. Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;
4. Με ποιους τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;
5. Ποιοι επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;
6. Ποιες οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;
7. Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;
8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;
9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;
10. Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ 1ου ΓΥΡΟΥ ΤΕΧΝΙΚΗΣ DELPHI

Μέλος Α

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΘ);

Απάντηση:

Ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής (αστική, ημιαστική, αγροτική περιοχή).

2. Ποιες στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

Απάντηση:

Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς διαχειρίζονται μια περιγεννητική απώλεια, μπορεί να επηρεαστεί από συνήθειες των γονέων που αφορούν στο μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο τους, σε θρησκευτικές πεποιθήσεις, στο ψυχολογικό τους υπόβαθρο στη φιλοσοφία και στάση τους απέναντι στη ζωή και στην αντιμετώπιση των δυσκολιών και δυσάρεστων συμβάντων που εμφανίζονται.

3. Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ζευγάρι με περιγεννητικό θάνατο είναι ποικίλα. Εκδηλώνονται για το κάθε μέλος του ζευγαριού ξεχωριστά και ταυτόχρονα τους αφορούν σαν ζευγάρι σαν μία οντότητα.

Ο κάθε ένας βιώνει μια σειρά συναισθημάτων όπως θλίψη, απόγνωση, θυμό, απειλή κτλ. αρνητικά συναισθήματα τα οποία αν δεν μεταβολιστούν σωστά ή αν δεν υπάρχει σωστό υπόβαθρο οδηγούν σε προβλήματα μέσα στη σχέση του ζευγαριού.

Το ζευγάρι μπορεί να απομακρυνθεί, να προκύψουν προβλήματα ελλιπούς επικοινωνίας, κατανόησης, τεταμένες σχέσεις, εάν υπάρχουν άλλα παιδιά στην οικογένεια η θλίψη διαχέεται σε αυτά.

Επίσης μπορεί να αντιμετωπίσει οικονομικά προβλήματα

4. Με ποιους τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς, η ενεργοποίηση του ζευγαριού για την απόκτηση ενός παιδιού και ο πανδαμάτωρ χρόνος.

5. Ποιοι επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

Γυναικολόγοι, μαίες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί.

6. Ποιες οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση:

Πηγή επαγγελματικού άγχους, αρνητικών συναισθημάτων, επαγγελματικής ακύρωσης. Έρχονται αντιμέτωποι με την οργή των οικείων και τον νόμο.

7. Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Επαγγελματική αρτιότητα, εμπειρία, γνώσεις, ενδιαφέρον.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

Απάντηση:

Ίσως, με την εξέλιξη του κλάδου της ψυχολογίας και των κοινωνικών υπηρεσιών.

9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Όχι.

10. Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Βιωματικό γεγονός.

Μέλος Β

- 1. Ποια δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου;**

Απάντηση:

Η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα, το επίπεδο εκπαίδευσης και η δυνατότητα και η πρόσβαση στην ενημέρωση, η οικονομική κατάσταση, το είδος οικογενειακής κατάστασης (μόνος ή ζευγάρι) η σχέση με τον κοινωνικό περίγυρο και η υποστήριξη που λαμβάνουν από αυτόν είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά που θεωρώ ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του ΠΓΘ.

- 2. Ποιες στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν τη διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;**

Απάντηση:

Οι γονείς ανάλογα με τις θρησκευτικές και πολιτισμικές πεποιθήσεις τους, θα βιώσουν το γεγονός με διαφορετικό τρόπο, ένταση, χρονική διάρκεια και επιπτώσεις. Η οδυνηρή αυτή εμπειρία γεννάει πολλά αρνητικά συναισθήματα (φόβο, ανασφάλεια, παράλογο της συμφοράς, θυμό) μπορεί να προκαλέσει επιπλέον προβλήματα στη σχέση μεταξύ των γονέων και των γονέων προς τρίτους. Η καλή επικοινωνία, η επανάκτηση του προσωπικού ελέγχου, η πρόσβαση στην σωστή και επαρκή ενημέρωση, η εκπαίδευση στην περιγεννητική αγωγή θεωρούνται εργαλεία/συνήθειες που μπορούν να επηρεάσουν θετικά τη διαχείριση του ΠΘ

- 3. Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να εντοπίσει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;**

Απάντηση:

Τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ζευγάρι, θα μπορούσαν να είναι: Συναισθηματικής φύσης: λύπη, θυμός, απελπισίας, ενοχές, φόβο, αίσθημα αδικίας κ.α

Σωματικά: σφίξιμο στο στήθος, στομαχικές, διαταραχές ,αφηρημάδα, καθήλωση, τάση απόσυρσης, διαταραχές στην όρεξη κ.α.

Νοητικές διεργασίες : δυσπιστία , σύγχυση, συνεχή προσήλωση στην ίδια σκέψη ή αποφυγή πένθους που μπλοκάρει την ανάρρωση της ψυχικής και σωματικής οδύνης κ.α.

Κοινωνικά: απομόνωση από τον κοινωνικό περίγυρο και άρνηση υποστήριξης

Οικονομικά : πρόσβαση σε προγράμματα υψηλού κόστους ή γονείς ανασφάλιστοι

4. Με ποιους τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη διαχείριση του ΠΓΘ μπορούν να βοηθήσουν, με ολιστική φροντίδα, που περιλαμβάνει προσωπική, συναισθηματική επένδυση και παρέμβαση, σε ενδεχόμενη μη επιτυχημένη διεργασία πένθους .

Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης με αποτελεσματική επικοινωνία .Η ενημέρωση των γονιών και η εκπαίδευση τους δίνει άλλη αίσθηση δύναμης και σιγουριάς ,για επόμενες προσπάθειες.

Ακόμη με υπομονή ,υποστήριξη βοήθεια από τον συγγενικό και φιλικό περίγυρο θα καταφέρουν να αντιμετωπίσουν το πλήγμα του θανάτου .

5. Ποιοι επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στη φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

Οι επαγγελματίες που μπορούν να συμμετέχουν στη φροντίδα /παροχή υπηρεσιών είναι γιατροί (μαιευτήρες, νεογνολόγοι, ψυχίατροι – ψυχοθεραπευτές).

Άλλοι επαγγελματίες υγείας ,όπως: μαίες νοσηλευτές ,κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, άτομα που ασχολούνται με εναλλακτικές και ολιστικές θεραπείες, δάσκαλοι γιόγκα ή άλλων μεθόδων που χρησιμοποιούνται για χαλάρωση και σύμβουλοι οικογενειών.

6. Ποιες οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση:

Οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τον πθ θα μπορούσαν να εμφανίσουν συμπτώματα εργασιακού στρες και ψυχολογικές πιέσεις με αρνητικές συνέπειες στην υγεία ,οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή .

Αναλυτικότερα θα μπορούσαν να εμφανίσουν σωματικά: ημικρανίες, πόνους στην πλάτη, δερματικά εξανθήματα, καρδιαγγειακά προβλήματα και σπανιότερα ΑΕΕ

Κοινωνικά: αλλαγή στον τρόπο συμπεριφοράς, αλκοολισμό, κάπνισμα ή άλλες αποφευκτικές συμπεριφορές,

Επαγγελματικά : απροθυμία για ανάληψη καθηκόντων ,αλλαγή πλαισίου εργασίας, τεταμένες σχέσεις με συναδέλφους.

Ψυχολογικό επίπεδο : μπορεί να οδηγηθούν σε σταδιακή απώλεια της ικανότητας για ενσυναίσθηση, εξουθένωση και καταθλιπτικά συμπτώματα .

7. Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Η οικογενειακή κατάσταση του επαγγελματία.

Η οικογενειακή ζωή εκτός από στήριγμα θα μπορούσε να αποτελεί σημαντική πηγή άγχους για τον επαγγελματία. Τα οικογενειακά προβλήματα (συγκρούσεις ,απαιτήσεις γονεϊκού ρόλου, παιδιά και υποχρεώσεις) που μεταφέρονται στον εργασιακό χώρο μπορεί να αποδυναμώσουν τον επαγγελματία.

Τα έτη της εργασιακής εμπειρίας.

Επαγγελματίες με πλούσια εμπειρία μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα το πθ από τους νεότερους με φτωχότερη εμπειρία.

Το επίπεδο εκπαίδευσης και αντίληψης του επαγγελματία.

Για την καλύτερη διαχείριση ωφελεί η εκπαίδευση του επαγγελματία για:

- Ανταπόκριση των απαιτήσεων.

- Τροποποίηση των αντιλήψεων για τις ικανότητες του.
- Προσαρμογή και αναγνώριση των συμπτωμάτων άγχους.
- Ενδυνάμωση και αυτοεκτίμηση.

Άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά θα μπορούσαν να είναι η συμπεριφορά , τα κίνητρα και η πνευματική ικανότητα του επαγγελματία.

Τα ισχυρά κίνητρα για βοήθεια με αυξημένα μέσα για την αντιμετώπιση οδηγούν σε επαγγελματική αποτελεσματικότητα, ενώ αντίθετα το δυσμενές εργασιακό περιβάλλον με μειωμένα μέσα για την αντιμετώπιση οδηγεί σε εξουθένωση και μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης του ΠΘ.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΘ τα τελευταία χρόνια; Πως;

Απάντηση:

Η μείωση των ΠΘ τα τελευταία χρόνια αποδεικνύει τη βελτίωση του τρόπου αντιμετώπισης. Όσο όμως υπάρχει απώλεια νεογνών επιβάλλεται περαιτέρω βελτίωση και συνέχιση του έργου παρέμβασης.

9. Γνωρίζετε αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Με το Ν 344/76 για τις ληξιαρχικές πράξεις, καθορίζει την υποχρέωση των ληξιαρχών να συλλέγουν και να διαβιβάζουν τις πληροφορίες τους με το Ν3832/2010 στην ΕΣΥΕ.

Η ΕΣΥΕ καταγράφει και επεξεργάζεται στατιστικώς τα στοιχεία και δημοσιεύει συνοπτικούς πίνακες σε τακτικές εκδόσεις.

Δυστυχώς τα στοιχεία δεν είναι πάντα αξιόπιστα γιατί υπάρχουν προβλήματα σε διάφορα στάδια του συστήματος καταγραφής, από τον τρόπο συμπλήρωσης των δελτίων από το γιατρό ή τον αρμόδιο υπάλληλο και την ακρίβεια τους μέχρι και το στάδιο μεταβίβασης στην ΕΣΥΕ και την έκδοση πινάκων.

10. Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Άρθρα δημοσιευμένα και αναρτημένα στο διαδίκτυο.

Πόπη μου αυτά είχα να σου γράψω σύμφωνα με το πώς αντιλήφθηκα τις ερωτήσεις, στην πρώτη φάση και εύχομαι να βοηθώ.

Μέλος Γ

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);

Απάντηση:

Προηγούμενα παιδιά.

Ηλικία.

Μορφωτικό επίπεδο.

Κοινωνικοοικονομική τάξη.

Θρησκεία.

Προηγούμενη εμπειρία ΠΓΘ.

2. Ποιες στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

Απάντηση:

Αλληλοϋποστήριξη γονέων.

Ποιότητα υποστήριξης από ευρύτερες οικογένειες.

Απαιτήσεις και προσδοκίες από συγκεκριμένη κύηση (πχ μία και μοναδική, πολύτιμη, IVF κύηση).

Θρησκεία.

3. Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Ποιος ευθύνεται; Οι γονείς; Οι ιατροί; Το νεογνό;

Άρνηση κατάστασης.

Πρακτικά θέματα: ; συνθήκες κηδείας.

Διάγνωση θανάτου;

Θα ξανασυμβεί σε επόμενο κύημα; Μπορεί να προβλεφθεί; Κ να αποσοβηθεί;

4. Με ποιους τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Από πριν γέννησης, αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου, να έχει προειδοποιηθεί από επαγγελματίες υγείας.

Στενή, συχνή, ειλικρινής ενημέρωση από τη γέννηση και κατά τη διάρκεια των επιπλοκών.

Συχνή οπτική επαφή με το βαρέως πάσχον νεογνό, πριν την αποδημία.

Αν δυνατόν, να εκπνεύσει το νεογνό στην αγκαλιά των γονέων.

Ακολουθώς, υποστήριξη προγεννητική κατά επόμενες κυήσεις.

5. Ποιοι επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

Μαιευτήρας, μαία, νεογνολόγος, προσωπικό ΜΕΝΝ, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός.

6. Ποιες οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση:

Απογοήτευση.

Αίσθηση προσωπικής απώλειας.

Μετατραυματικό στρες.

7. Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά.

Πολλά χρόνια εμπειρίας.

Εμπειρία από «συζητήσεις απολογισμού μετά από ΠΘ.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

Απάντηση:

Σίγουρα οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο συμπνετικού στους γονείς από ότι παλιότερα. Αλλά και πάλι η ενημέρωση είναι ελλιπής και η πρόσβαση στις τελευταίες στιγμές του νεογνού δεν εξασφαλίζεται.

9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Δε γνωρίζω αν υπάρχει κάτι νομοθετημένο.

10 Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Εμπειρία από κέντρα εξωτερικού και εσωτερικού.

Μέλος Δ

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);

Απάντηση:

- ▶ Η ηλικία μητέρας επηρεάζει την πορεία /έκβαση της κύησης
- ▶ Το μορφωτικό επίπεδο των γονιών: επηρεάζει το βαθμό περιγεννητικής φροντίδα της μέλλουσας μητέρας
- ▶ Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- ▶ Διατροφικές συνήθειες, καπνιστικές συνήθειες, χρήση ουσιών

2. Ποιές στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

Απάντηση:

Η διαχείριση της απώλειας ενός παιδιού , που στερεί τους μέλλοντες γονείς να βιώσουν τη γονεϊκή εμπειρία , εξαρτάται από την ιδιοσυγκρασία των γονιών και την δυνατότητα να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα , να επεξεργαστούν τα ερωτήματα τους, να εντοπίσουν και να αποδώσουν ευθύνες.

Ο βαθμός συναισθηματικής νοημοσύνης των γονιών.

Η αποδοχή της κοινωνικής υποστήριξης που θα δεχθούν.

3. Ποιά είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Πόνος για την απώλεια ενός παιδιού που η προσμονή του, τους είχε γεμίσει προσδοκίες.

Υψηλό βαθμό άγχους στη σκέψη ότι ίσως να μην καταφέρουν ποτέ να γίνουν γονείς.

Αισθήματα ενοχής για πιθανή ευθύνη τους για το οδυνηρό αυτό αποτέλεσμα

Γενικότερη ψυχολογική εξουθένωση, που ίσως να έχει επιπτώσεις και στις σχέσεις τους.

4. Με ποιούς τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Ψυχολογική υποστήριξη – για ενθάρρυνση έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων για την μείωση του άγχους

Να επεξεργαστούν τα ερωτήματα τους , να πάρουν απαντήσεις από εξειδικευμένους επαγγελματίες , ικανοποιητικές και συχνά λυτρωτικές, που θα οδηγήσει στην απενοχοποίηση τους.

Σωστή χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας

Υποστήριξη από κοινωνικό δίκτυο

5. Ποιό επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

Ιατρική & νοσηλευτική υπηρεσία.

Ψυχολογική υπηρεσία.

Κοινωνική υπηρεσία.

6. Ποιές οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση:

Επαγγελματική εξουθένωση, άγχος, ματαίωση.

7. Ποιά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Υψηλό επίπεδο επιστημονικής κατάρτισης, ενσυναίσθηση, καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η καλή επικοινωνία με συνεργάτες.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

Απάντηση:

Έχει μειωθεί σημαντικά ο ΠΓΘ εξαιτίας της αύξησης του προγεννητικού ελέγχου. Μοριακού ελέγχου, υπερηχογραφικού ελέγχου.

Η υψηλή επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας.

Η ευαισθητοποίηση των ζευγαριών που πρόκειται να γίνουν γονείς.

9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Δεν γνωρίζω.

10. Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Ιατρική βιβλιογραφία.

Διαδίκτυο.

Μέλος Ε΄

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);

Απάντηση:

Νομίζω ότι το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα παίζουν σημαντικό ρόλο.

Οι γυναίκες επειδή έχουν την εγκυμοσύνη είναι πιο ευαίσθητες σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας που είναι και πρωτότοκες βιώνουν

περισσότερο πόνο από τις νεότερες και πολύτοκες. Επίσης γυναίκες και άνδρες που προέρχονται από περιβάλλον που ο περιγεννητικός θάνατος είναι πολύ καλά βιωμένος δεν θεωρούν τον περιγεννητικό θάνατο πολύ βαρύ, π.χ. εάν ρωτήσουμε μια γιαγιά των 80 πόσα παιδιά έκανε θα απαντήσει, εννέα, τέσσερα έχω τα άλλα τα πήρε ο θεός ή το ίδιο μπορεί να απαντήσει γυναίκα που προέρχεται από περιβάλλον που η περιγεννητική θνησιμότητα είναι πολύ υψηλή. Το ίδιο δεν θα απαντήσει μία γυναίκα της σημερινής εποχής προερχόμενη από χώρα τεχνολογικά αναπτυγμένη, ίσως γιατί καθυστερεί να κάνει παιδί και ίσως ο στόχος ο δικός της και του συντρόφου της να είναι το ένα παιδί, το παιδί! Το σοφό παιδί!

2. Ποιες στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

Απάντηση:

Η στάση τους απέναντι στη ζωή, η υπομονή τους, η επιμονή για απόκτηση οικογένειας

Ως προς τις συνήθειες, εάν δεν απέχουν από τον ανθρώπινο πόνο και τον υπομένουν με καρτερία π.χ. πηγαίνουν στα νοσοκομεία να δουν αρρώστους, πηγαίνουν σε κηδείες και μνημόσυνα

3. Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

1. Νομίζουν ότι έχουν ευθύνη

2. Νομίζουν ότι είναι άτυχοι

3. Θα τα καταφέρουν να συνεννοηθούν μεταξύ τους

4. Τι θα πουν στα άλλα παιδιά τους και στα μέλη του οικογενειακού και κοινωνικού ιστού τους

5. Στον εργασιακό τομέα τι θα γίνει ; θα πάρει άδεια μητρότητας και πόση;

6. Ποια θα πουν ήταν η αιτία του θανάτου, θα πουν όλη την αλήθεια ή θα αποκρύψουν πράγματα που κατά τη γνώμη τους θίγουν;

7. Θα τα καταφέρουν να κάνουν άλλο παιδί;
8. Αυτό που πέθανε τι θα το κάνουν; Θα τους το δώσουν, θα πάει για νεκροτομείο, θα το θάψουν αυτοί, το νοσοκομείο; Θα χρειαστούν χαρτιά να κάνουν να πάνε σε υπηρεσίας δημοσίου π.χ. ληξιαρχείο.
9. Θα προβούν σε εξειδικευμένες εξετάσεις εφεξής για να διαπιστωθεί αν έχουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα;

4. Με ποιούς τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

1. Να τους κάνει γνωστό όλο το άμεσο τεχνικό κομμάτι, τις διαδικασίες
2. Να τους ενοχοποιήσει, δεν φταίνε αυτοί, στον καθένα μπορεί να συμβεί
3. Να συναντήσει άλλο ζευγάρι με το ίδιο πρόβλημα και ένα άλλο που πέρασε το ίδιο πρόβλημα πριν καιρό και τώρα έχει επόμενο παιδί γερό.
4. Να συμβουλευτούν έναν επαγγελματία υγείας ειδικό.
5. Να μιλήσουν με ανθρώπους που τους αγαπάνε και τους καταλαβαίνουν.

5. Ποιοί επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

1. Η μαία.
2. Ο γυναικολόγος.
3. Νεογνολόγος.
4. Η νοσηλεύτρια.
5. Ο ψυχολόγος.

6. Ποιές οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση:

Ανάλογα με το που εργάζεται ο επαγγελματίας υγείας, π.χ. μία μαία που νοσηλεύει μία έγκυο στο τμήμα κύησης υψηλού κινδύνου για βδομάδες και μαθαίνει για τη γυναίκα τις αγωνίες της, την επιθυμία της για παιδί, τις προσπάθειες που έκανε, πόσες εγκυμοσύνες απέτυχαν δένεται με τη γυναίκα και συμπάσχει όταν μαθαίνει πως έχασε το παιδί της. Το ίδιο και ο γυναικολόγος υποφέρει. Μπορεί και να νοιώθει υπεύθυνος ότι έπρεπε να προσπαθήσει περισσότερο. Οι μαίες και οι γυναικολόγοι της αίθουσας τοκετών. Εδώ υπάρχει μία μεγάλη διακύμανση ως προς τα συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας. Υπάρχουν μερικοί που προσπαθούν με κάθε τρόπο να κάνουν τον τοκετό όσο πιο γρήγορα μπορούν για να απαλλάξουν τη γυναίκα όταν πρόκειται για ενδομήτριο θάνατο χωρίς να υπολογίζουν τη γυναίκα. π.χ. για να τελειώνουν γρήγορα κάνουν καισαρική τομή. Δηλαδή και χειρουργική επέμβαση και χωρίς παιδί στην αγκαλιά της γυναίκας. Η άλλη ομάδα και ίσως η μικρότερη αφήνει τη γυναίκα να αποφασίσει η ίδια αφού ενημερωθεί καλά και φυσικά δεν την αφήνουν ποτέ μόνη, κατά τη διάρκεια των ωδίνων στην αίθουσα τοκετών, την έχουν δε μόνη και όχι στο ίδιο δωμάτιο ή ίδια αίθουσα με γυναίκες που γεννάνε γερά παιδιά.

Το προσωπικό της μονάδας εντατικής νοσηλείας βρεφών έχει συναισθήματα ανάλογα με πόσα χρόνια εργάζεται στη μονάδα και πόση προσπάθεια έκανε για το νεογνό, ποιός ηλικίας κύησης ήταν, τι είδους προβλήματα είχε. Σε γενικές γραμμές υποφέρει γιατί αντιμετωπίζει το θάνατο στην αρχή της ζωής και τους γονείς με θλίψη, θρήνο και απογοήτευση.

7. Ποιά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Οι γυναίκες διαχειρίζονται καλύτερα το θάνατο, και οι επαγγελματίες υγείας που είναι συμπαθείς εκ φύσεως και έχουν εμπειρία ΠΘ. Επίσης αυτοί που είναι εκπαιδευμένοι σε αυτό.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

Απάντηση:

Ναι, κάπως έχει βελτιωθεί π.χ. έχουν δουλευτεί πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση του ενδομητρίου θανάτου π.χ. δίνουν αρκετά παυσίπονα γιατί δεν υπάρχει λόγος να πονά η γυναίκα, της το δίνουν να το δει ή να το πάρει στα χέρια. Ενημερώνουν αμέσως τους γονείς που παλαιότερα μπορεί να απόκρυπταν το θάνατο του νεογνού από τη μητέρα για λίγο. Περισσότερο χρειάζεται να αλλάξει η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας γιατί μερικοί είναι απαράδεκτοι έως επικίνδυνοι να διαχειρίζονται τέτοια θέματα.

9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Δεν γνωρίζω ακριβώς τι έχει γίνει πρόσφατα. Μέχρι πρότινος η περιγεννητική ηλικία άρχιζε από 25, 5 εβδομάδες κύησης, ηλικία την οποία για χρόνια είχε θεσμοθετήσει το ΙΚΑ για να διεκπεραιώνει ανάλογα και τις άδειες μητρότητας αλλά και το επίδομα τοκετού. Άλλωστε ο περισσότερος γυναικείος πληθυσμός της Ελλάδος ήταν ασφαλισμένος στο ΙΚΑ. Δεν γνωρίζω εάν η Ελληνική Περιγεννητική Εταιρεία κατόρθωσε να κατεβάσει το όριο και σε ποια εβδομάδα το έφτασε.

Θα ήθελα να αναφέρω ότι πριν χρόνια δίδαμε το νεογνό τυλιγμένο σε εφημερίδες να το πάει ο ίδιος ο πατέρας στο Πανεπιστήμιο για νεκροτομή! Και μάτωνε η ψυχή μου δεν το άντεχα! Επίσης εάν μετά από δεύτερη σκέψη ο γονιός ήθελε να δει τη σωρό του παιδιού του σχεδόν οι περισσότεροι αρνιόταν να κατέβουν στο νεκροτομείο να ψάξουν και να βρουν το παιδί και να τους το δείξουν.

10. Ποιές είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

1. Εμπειρίες των ίδιων των γονέων, έμαθα πολλά από αυτούς κυρίως στην αίθουσα τοκετών και στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, δεν θα ξεχάσω την ιστορία τους.

2. Από συνέδρια, σεμινάρια, ημερίδες της περιγεννητικής εταιρείας και ανάλογα της βιοηθικής
3. Από βιβλία, άρθρα που αφορούν το θέμα γιατί είμαι υποχρεωμένη να το διδάξω στα πλαίσια των υποχρεώσεων μου στο μάθημα της μαιευτικής φροντίδας κύησης, λοχείας και νεογνού.
4. Από την έρευνα που έκανα για τη διδακτορική διατριβή.

Μέλος ΣΤ΄

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);

Απάντηση:

Τα πολιτισμικά τους χαρακτηριστικά, το επίπεδο σπουδών τους και η προσωπική τους καλλιέργεια, η ύπαρξη κι άλλων τέκνων ή οι προηγούμενες απόπειρες τεκνοποίησης.

2. Ποιές στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

Απάντηση:

Οι πολιτισμικές τους αντιλήψεις, η ικανότητά τους να εκφράζουν και να μοιράζονται τα συναισθήματά τους, καθώς και η διάθεσή τους να το κάνουν.

3. Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Αλληλοκατηγορίες, κατηγορίες από το περιβάλλον, κλίμα εχθρότητας και καχυποψίας, προσωπικές ενοχές και έλλειψη κατανόησης από τον/την σύντροφο που οδηγεί σε κλίμα έντασης μέσα στην σχέση, ηττοπάθεια σε σχέση με μελλοντική κύηση (απόφαση να μην δοκιμάσουν ξανά).

(Θεωρώ ότι η έλλειψη κατανόησης αφορά κυρίως τον πατέρα, που εκ των πραγμάτων είναι πιο “έξω” από το θέμα).

4. Με ποιούς τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Ορθή πλήρης ενημέρωση αιτίων, διαχείριση απώλειας-πένθους, επεξεργασία μελλοντικών σχεδίων.

5. Ποιοί επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

Ιατροί της αμέσου ειδικότητας, ψυχολόγοι, σύμβουλοι ψυχικής υγείας, ψυχοθεραπευτές.

6. Ποιές οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση:

Η συναισθηματική εμπλοκή είναι αναπόφευκτη.

Είναι καλό ο επαγγελματίας υγείας να μην “συνηθίζει” στον εν λόγω θάνατο. Στον γονιό που θα συμβεί είναι εξαιρετικά οδυνηρό και τραγικό.

7. Ποιά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Να είναι γονείς, να έχουν πείρα από ψυχοθεραπευτικές ομάδες, να έχουν αυτογνωσία, ενσυναίσθηση, ειλικρίνεια.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

Απάντηση:

Νομίζω ότι παλαιότερα υπήρχε η τάση να προσπερνιέται πιο εύκολα ένας πρόωρος τοκετός και θάνατος (σαν να μην είχε τόση σημασία η απώλεια πρόωρου βρέφους).

9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Όχι. Ούτε αν υπάρχει, ούτε αν εφαρμόζεται, ούτε σε τι θα αναφερόταν.

10. Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΘ;

Απάντηση:

Από την πελάτισσα που μου εξιστόρησε την εμπειρία της και

από βιβλιογραφία στο διαδίκτυο, όπου ανέτρεξα από ίδιο ενδιαφέρον.

Μέλος Ζ΄

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);

Απάντηση:

Η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το κοινωνικό οικονομικό status, η προηγηθείσα ανάλογη εμπειρία, οι θρησκευτικές αντιλήψεις και η κοσμοθεωρία.

2. Ποιές στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

Απάντηση:

Η ολοκλήρωση της μεταθανάτιας φροντίδας (π.χ. ταφή) ανάλογα με την κοσμοθεωρία τους.

Η διαδικασία του πένθους.

Το κλάμα.

Η συζήτηση με άλλα άτομα σχετικά με το θέμα αυτό.

3. Ποιά είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Προβληματική/ ελλιπής επικοινωνία.

Αδυναμία να κατανοήσει ο ένας την στάση του άλλου.

4. Με ποιούς τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Με κατευθυνόμενη συζήτηση και επικοινωνία με τη βοήθεια ειδικών αν φανεί ότι υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας.

Με διευκόλυνση ώστε να βιώσουν κοινά την απώλεια.

5. Ποιοί επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

Ιατρός, Μαία/Νοσηλεύτης, Ψυχολόγος, Κοινωνικός Λειτουργός, Ιερέας (εφόσον είναι αποδεκτός).

6. Ποιές οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση:

Άγχος.

Εφόσον είναι συχνή εμπειρία και δεν υπάρχουν τρόποι διαχείρισης του άγχους μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση.

7. Ποιά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Μορφωτικό επίπεδο, ηλικία, φύλο, προηγηθείσα εμπειρία.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

Απάντηση:

Δεν έχει αλλάξει τόσο ο τρόπος αντιμετώπισης όσο το κοινωνικό πλαίσιο που εντάσσεται και ερμηνεύεται.

9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Δεν γνωρίζω.

10. Ποιές είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Διαδίκτυο, χώρος εργασίας.

Μέλος Η'

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);

Απάντηση:

Μορφωτικό επίπεδο.

Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

Φύλο.

Ηλικία.

Οικογενειακή κατάσταση.

Εργασιακή κατάσταση.

Υποστηρικτικό οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον.

Στοιχεία της προσωπικότητας, ψυχολογικό προφίλ γονέων.

2. Ποιές στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας.

Απάντηση:

Θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Πολιτισμικές συνήθειες και ήθη.

Κοινωνικές αντιλήψεις.

Κοσμοαντίληψη και κοσμοθεωρία.

Αντιλήψεις για το θάνατο.

3. Ποιά είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Αισθήματα απώλειας, ματαίωσης, θλίψη, κατάθλιψη, ελλιπή διαχείριση πένθους, διαπροσωπικά προβλήματα, σεξουαλική απομάκρυνση, διαταραχή διαπροσωπικών και οικογενειακών σχέσεων.

4. Με ποιούς τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Από τα υποστηρικτικά συστήματα που διαθέτει (οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον), από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, από εξειδικευμένους ειδικούς (ψυχολόγους κλπ), με ατομική ψυχοθεραπεία, με ομαδική ψυχοθεραπεία.

5. Ποιοί επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

Ιατροί.

Νοσηλευτές.

Μαίες.

Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Ψυχολόγοι.

Ψυχίατροι.

6. Ποιές οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση.

Άγχος, θλίψη, κατάθλιψη, συναισθήματα ματαίωσης, επαγγελματική εξουθένωση.

7. Ποιά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Εκπαίδευση (βασική, μεταπτυχιακή και συνεχιζόμενη).

Έτη υπηρεσίας.

Περιβάλλον εργασίας και ύπαρξη υποστηρικτικών μηχανισμών σε αυτό (ομάδες διαχείρισης άγχους, πένθους, κίνητρα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, διοικητική και οργανωτική δομή, εργασιακές σχέσεις κλπ).

Φύλλο.

Ηλικία.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

Απάντηση:

Ναι, λόγω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, της εύκολης διάχυσης της πληροφορίας και της νέας γνώσης μέσω της τεχνολογίας, των ομάδων υποστήριξης εργαζομένων κλπ.

9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Όχι, δε γνωρίζω. Γνωρίζω ότι υπάρχει μόνο για τη διαχείριση των νεκρών εμβρύων και νεογνών και εφαρμόζεται.

10. Ποιές είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Επιστημονική βιβλιογραφία, διαδίκτυο, συνέδρια, ημερίδες.

Μέλος Θ'

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);

Απάντηση:

Ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων, όπως η ηλικία, το φύλο, η καταγωγή, το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο (που θα τους διευκολύνει στην αναζήτηση ουσιαστικής ενημέρωσης και ψυχολογικής βοήθειας) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου. Οι νέοι στην ηλικία γονείς έχουν τη δυνατότητα, παρά τη θλίψη τους να αντιδράσουν με ελπίδα και αισιοδοξία ότι θα μπορέσουν να αποκτήσουν παιδί. Οι άνδρες, κατά κανόνα, αντιδρούν πιο ψύχραιμα στον ΠΘ, αφού η λογική τους υποστηρίζει το συναίσθημα. Εφ' όσον οι γονείς μπορέσουν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και να βρουν επιστημονική εξήγηση στο γιατί συνέβη ο ΠΘ, όπως επίσης και ανακούφιση μέσω ψυχολογικής βοήθειας, τότε θα μπορέσουν να ξεπεράσουν το πλήγμα του ΠΘ.

2. Ποιές στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

Απάντηση:

Η φιλοσοφική τοποθέτηση του κάθε γονέα απέναντι στο θάνατο θα τον επηρεάσει ουσιαστικά και ως προς την αντιμετώπιση της προσωπικής του απώλειας. Άνθρωποι φιλοσοφημένοι, ώριμοι και κατασταλαγμένοι αντιλαμβάνονται και πνευματικά και ψυχικά το αναπόφευκτο του θανάτου και νιώθουν ότι ο θάνατος δεν κάνει εξαιρέσεις. Αυτοί οι άνθρωποι καταπολεμούν τη θλίψη τους από τον ΠΘ με ελπίδα και θάρρος. Συνεχίζουν τη ζωή τους και προσπαθούν να παρηγορηθούν χωρίς ν' αλλάξουν τις καθημερινές τους συνήθειες. Αντίθετα, όσο πιο ανώριμος, απαισιόδοξος, μοιρολάτρης και δεισιδαίμονας είναι κάποιος, τόσο δυσκολότερα διαχειρίζεται τον ΠΘ. Τον θεωρεί κακοτυχία, επιμένει να τον συζητά ξανά και ξανά από την ίδια οπτική γωνία, ίσως έχει εμμονή με τις επισκέψεις στο νεκροταφείο, τα μνημόσυνα και τα μαύρα ρούχα και επιπλέον ίσως παρουσιάζει ασυνείδητη ψυχολογική ανάγκη για « επίδειξη του πένθους». Αυτές οι στάσεις και συμπεριφορές δεν βοηθούν το άτομο να διαχειριστεί και να ξεπεράσει τον ΠΘ. Σημαντική βοήθεια προσφέρει επίσης η έκφραση των συναισθημάτων και ο σεβασμός αυτών των συναισθημάτων του γονέα που θρηνεί από τον ακροατή.

3. Ποιά είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Ένα ζευγάρι με ΠΘ αντιμετωπίζει προβλήματα πρακτικά-καθημερινότητας, πνευματικά και ψυχικά. Ανατρέπεται η καθημερινότητά του, γιατί ο καθένας από τους δυο έχει να διαχειριστεί τη δική του θλίψη αλλά και τη θλίψη του συντρόφου. Πολλές φορές αυτή η διαχείριση είναι αδύνατη και το ζευγάρι αποστασιοποιείται ή χωρίζει. Οδυνηρή είναι και η αντιμετώπιση της πνευματικής και ψυχικής οδύνης, γιατί ο κάθε γονέας είχε επενδύσει συναισθηματικά και νοητικά στον ερχομό του μωρού. Το πένθος αυτό δυσκολεύει πολύ τη σχέση του ζευγαριού, που συχνά προτιμά τη σιωπή και όχι την εμβάθυνση του προβλήματος και την έκφραση των βαθύτερων συναισθημάτων του.

4. Με ποιούς τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Μεγάλη βοήθεια αποτελεί η ύπαρξη άλλου παιδιού ή παιδιών, γιατί η παρουσία τους, η δροσιά τους, το γέλιο τους, η ανάγκη τους για κάθε είδους φροντίδα αναγκάζει τους γονείς να συγκεντρώσουν τις δυνάμεις τους και να βγουν από τη θλίψη και το πένθος τους. Μια εγκυμοσύνη που θα έρθει μετά τον ΠΘ επίσης θα αναπτερώσει τις ελπίδες και την αισιοδοξία τους. Εδώ όμως караδοκεί ο κίνδυνος να θεωρήσουν το νέο βρέφος αντικαταστάτη του θανόντος, πράγμα που θα είναι εις βάρος της ψυχολογικής εξέλιξης του νέου. Εμβάθυνση του ΠΘ με τη βοήθεια ειδικού επαγγελματία, ανάλυση εις βάθος των συναισθημάτων, της ματαίωσης, των σκέψεων, των φόβων και της στάσης του κάθε γονέα επίσης ανακουφίζει και θεραπεύει. Αν οι γονείς μπορέσουν να ασχοληθούν με τη σχέση τους, να πλησιάσει ο ένας τον άλλο, να μιλήσουν με ειλικρίνεια, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τότε θα έχουν κάνει ένα σημαντικό βήμα. Θετικό ρόλο παίζει η συμπαράσταση και η στοργική στάση συγγενών και φίλων. Επίσης η εφαρμογή της φράσης: η ζωή συνεχίζεται με εργασία, δραστηριότητες κοινωνική ζωή κ.α.

5. Ποιοί επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

Ο γυναικολόγος, η μαία και ο νεογνολόγος θα μπορέσουν να δώσουν απαντήσεις στα «γιατί» των γονέων και να τους ανακουφίσουν από το άγχος των αναπάντητων ερωτημάτων για τον ΠΘ. Ο ψυχολόγος και η κοινωνική λειτουργός θα τους βοηθήσουν να επεξεργαστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους και να βρουν κάποια παρηγοριά.

6. Ποιές οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση:

Ο ΠΘ προκαλεί αισθήματα απογοήτευσης, αποτυχίας και απώλειας στους επαγγελματίες υγείας, γιατί επηρεάζονται από την ενσυναίσθηση.

7. Ποιά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν καθημερινά τον ανθρώπινο πόνο. Όσο πιο έμπειροι, μορφωμένοι και φιλοσοφημένοι είναι, τόσο πιο ψύχραιμα μπορούν να διαχειριστούν τον ΠΘ. Ο νέος, ευαίσθητος, άπειρος και άψητος στη ζωή επαγγελματίας υγείας κινδυνεύει κάθε στιγμή να κάνει «το ξένο δικό του» με πολύ σοβαρές συνέπειες για τη δική του σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία. Δυσκολίες έχει όμως και ο επαγγελματίας υγείας που οχυρώνεται πίσω από αδιαφορία, αντιεπαγγελματική συμπεριφορά, αγένεια και σκληρότητα. Αν έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα ώστε να είναι σωστός επαγγελματίας και άνθρωπος στη δουλειά του, παράλληλα όμως να αποστασιοποιείται εσωτερικά από τον πόνο του άλλου, τότε θα μπορέσει να βοηθήσει ουσιαστικά αλλά και να διαχειριστεί ορθά τον ΠΘ.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

Απάντηση:

Τα τελευταία χρόνια έχουν μειωθεί οι ΠΘ. Όμως η εποχή μας είναι παιδοκεντρική, τα ζευγάρια κάνουν δυο ή ένα παιδί (σπανίως περισσότερα) οπότε η απώλεια ενός παιδιού σηματοδοτεί οικογενειακή τραγωδία.

9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Δεν γνωρίζω.

10. Ποιές είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Οι πηγές πληροφόρησής μου σχετικά με τον ΠΘ είναι τα βιβλία, άρθρα στον τύπο, εκπομπές, συζητήσεις και αναζήτηση στο διαδίκτυο.

Μέλος Γ'

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);

Απάντηση :

Σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του ΠΓΘ διαδραματίζουν:

- Η ηλικία των γονιών.
- Κοινωνική και οικονομική κατάσταση της οικογένειας.
- Αν υπάρχουν άλλα παιδιά στην οικογένεια.
- Προηγούμενη εμπειρία ΠΓΘ.

2. Ποιές στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

Απάντηση :

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και τα πιστεύω των γονιών.

3. Ποιά είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση :

Μια σοβαρή δυσκολία, ίσως η δυσκολότερη, το ζευγάρι χρειάζεται να διαχειριστεί αυτή τη δυσάρεστη στιγμή εξ ολοκλήρου όλης της οικογένειας. Ιδιαίτερα, προβληματίζεται στο πως θα ανακοινώσει την απώλεια στα άλλα μέλη της οικογένειας όπως, στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας. Επίσης, αντιμετωπίζουν προβλήματα που προκύπτουν σχετικά με την μεταφορά και την ταφή του νεογνού στον τόπο διαμονής των γονέων, ιδιαίτερα όταν εκείνοι κατοικούν μακριά.

4. Με ποιούς τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Το ζευγάρι μπορεί να βοηθηθεί όταν νοιώσει ότι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολήθηκαν με το παιδί τους είναι κοντά τους και συμμετέχουν στο πένθος τους. Επίσης, το ζευγάρι το βοηθάει να πιστέψει πως έγινε ότι ανθρωπίνως δυνατόν για να σωθεί το παιδί τους. Η επικοινωνία ανάμεσα στους φροντιστές υγείας και στο ζευγάρι που θρηνεί μπορεί να διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο στην ανάκαμψη της γονικής θλίψης.

5. Ποιοί επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

Τον πρώτο λόγο έχουν σαν ειδικοί της παρηγορητικής φροντίδας, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Ωστόσο, κρίνεται αναγκαίο να συμμετέχει όλη η ομάδα που ασχολήθηκε με την φροντίδα του παιδιού τους, όπως οι νεογνολόγοι- παιδίατροι, μαίες, νοσηλευτές.

6. Ποιές οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση:

Κάθε θάνατος που συμβαίνει σε μια ΜΕΝΝ, επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτήν, φορτίζοντας τους με επιπλέον ψυχικό στρες. Συγκεκριμένα τους δημιουργεί πολλές φορές ενοχές (μήπως θα μπορούσε να είχε γίνει για να αποτρέψει την κατάσταση). Αναμφισβήτητα, η νεογνική απώλεια προκαλεί θλίψη και άγχος να διαχειριστούν το πένθος.

7. Ποιά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

- Η ηλικία του εργαζόμενου.
- Τα χρόνια εργασίας στον χώρο της περιγεννητικής φροντίδας.
- Πόσο συχνά στην καριέρα τους αντιμετωπίζουν περιστατικά ΠΓΘ.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

Απάντηση:

Τα τελευταία χρόνια ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ έχει αλλάξει προς την θετική κατεύθυνση. Συγκεκριμένα, σημαντικό ρόλο σε αυτό έχει διαδραματίσει το γεγονός ότι, στα τελευταία χρόνια τα νοσοκομεία έχουν στελεχωθεί με ειδικούς ψυχολόγους

και κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι βρίσκονται κοντά στο ζευγάρι βοηθώντας τους στη διαχείριση της θλίψης τους.

9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Όχι, δε γνωρίζω.

10. Ποιές είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Εκτός από την πολυετή εργασιακή εμπειρία μου στο χώρο της περιγεννητικής φροντίδας (MENN – Αίθουσα Τοκετών), δεν έχω καμία πληροφόρηση.

Μέλος ΙΑ΄

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);

Απάντηση:

Είναι δύσκολο να τα εντάξει κανείς σε κατηγορίες αναφορικά με τον περιγεννητικό θάνατο. Όλοι είναι ίσοι μπροστά στα έκτακτα συμβάντα. Μπορεί να είναι υγιέστατοι γονείς και να τους συμβεί το αναπάντεχο. Το τυχόν συμβάν καλούνται να το αντιμετωπίσουν οι παθόντες, κατά πρόσωπο. Είναι θαυμαστό ότι οι παθόντες επιστρατεύουν όλες τις δυνάμεις τους και υπομένουν τα γενόμενα με υπομονή και γενναιότητα.

Στη διαχείριση αυτών των περιπτώσεων πρωτεύοντα ρόλο καλούνται να παίξουν:

1. Η Εκκλησία με όλη την υπευθυνότητα και την οργανωμένη της σχετική διακονία. Και είναι ο ρόλος της ο πιο σημαντικός, γιατί τα προβλήματα αυτά γεννούν υπαρξιακά ερωτήματα, τα οποία ανάγονται στην αναφορά των πασχόντων στις πέρα από τις ανθρώπινες δυνατότητες λύσεις των αλλεπάλληλων ερωτηματικών, που εκφράζονται με το «γιατί θεέ μου», φυσική και πανανθρώπινη αναφορά.

Η Εκκλησία συνεπώς κρατάει τα κλειδιά παρόμοιων δύσκολων λύσεων. Αυτή ξέρει να παρηγορεί. Έχει τις αυθεντικές λύσεις : παρηγοριά, συμπαράσταση, ερμηνεία των περιστατικών και κατάλληλα θεραπευτικά φάρμακα. «΄Οντως φοβερώτατον το του θανάτου μυστήριον». Τα μυστήρια της ζωής, ακόμη και αυτό του θανάτου βρίσκουν τη λύση τους στις ισχυρές δυνατότητες της Εκκλησίας.

- 2 Η κοινωνική οργάνωση της πολιτείας: κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και άλλη ποικιλότητα βοήθεια.
- 3 Η ιδιωτική πρωτοβουλία συμπαράστασης: οι συγγενείς και οι φίλοι, οι γείτονες και οι οργανώσεις συμπαράστασης.

2. Ποιές στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

Απάντηση:

Αν το ζευγάρι είναι δεμένο με την αγάπη τα προβλήματα ελαχιστοποιούνται. Αν τα τυχόν φταιξίματα του ενός τα συγχωρεί ο άλλος γίνονται υποφερτά. Αν ψάχνει ο ένας να βρει τι αιτίες στον άλλο για κάποιο λάθος, ή αμέλεια, ή λόγους κληρονομικούς ή οικονομικούς κλπ, τότε το κάθε πρόβλημα γεννάει περισσότερα και ίσως αθεράπευτα. Η πείρα δείχνει ότι η απώλεια του παιδιού τους, τους δένει περισσότερο, αρκεί να μην ακούνε τα σχόλια των άλλων. Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι να μην χάσουν την πίστη και την εμπιστοσύνη τους στο θεό. Από παρηγοριά και συμπαράσταση έχουν ανάγκη, από καλές συμβουλές για να ξεπεράσουν την σκληρή πραγματικότητα της στιγμής, το αδιέξοδο του προσωπικού τους ΠΓΘ. Μόνο με το φως της πίστεως εξιχνιάζεται το μυστήριο του θανάτου. Τίποτε δεν γίνεται «ἀθεεΐ», χωρίς το θέλημα του Θεού. Και το θέλημα του Θεού είναι σοφόν και αποβλέπει πάντοτε στο συμφέρον του ανθρώπου, του δικού του πλάσματος. «Το απειρόκακον νήπιον μεταβαίνει στην κατά φύσιν ζωή», έλεγε ο Άγιος Γρηγόριος Νύσσης. Η Πρόνοια του Θεού εργάζεται με σοφία και αγάπη.

3. Ποιά είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Ο περιγεννητικός θάνατος είναι η πρόωγη θανή νεογέννητων ή και προ της γεννήσεώς τους ανθρώπινων υπάρξεων. Παιδιών που γεννήθηκαν ή είναι έτοιμα να γεννηθούν και να προχωρήσουν προς τη χαρά της ζωής. Αυτά φεύγουν παίρνοντας μαζί τους τη χαρά. Αυτή τη χαρά στερούνται απότομα και ανερμήνευτα κυρίως οι γονείς τους και οι συγγενείς τους, και μαζί χάνουν την ελπίδα τους και τα στηρίγματά τους. Σε αυτά στήριζαν το μέλλον τους.

Μπροστά στο γεγονός του ΠΓΘ οι γονείς μένουν μετέωροι ψυχολογικά και κοινωνικά στο παρόν και το μέλλον τους. Μετεωρίζεται από τα πολλά γιατί.

Ως γονείς αισθάνονται συνήθως ότι κάποιες ευθύνες τους βαραίνουν: κάποια λάθη τους και αμέλειά τους. Ζουν πρωτόγνωρες υπαρξιακές στιγμές που δεν βρίσκουν τη λύση τους σε φιλοσοφικές αναζητήσεις. Ακόμη και τυχόν επιστημονικές εξηγήσεις είναι ανεπαρκείς, ίσως και να τους προσθέτουν περισσότερους προβληματισμούς και υπάρχει ο κίνδυνος να καταστρέψουν το συζυγικό τους δεσμό και την αγάπη τους με αλληλομεταθέσεις ευθυνών.

Ο κοινωνικός περίβολος συνήθως επιβαρύνει τις δύσκολες στιγμές τους. Αναμοχλεύονται κληρονομικότητες, πρόγονοι, ηλικίες και τα ως μη ώφειλε συνηθισμένα ανεύθυνα σχόλια.

Οι γονείς συνήθως βουβοί κρατούν το βάρος. Έχουν ανάγκη από στηρίγματα. Αισθάνονται σαν τιμωρία το ότι στερούνται τη συνέχεια των διαδόχων, ως στηρίγματα τους.

4. Με ποιούς τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;

Απάντηση:

Με τους τρόπους που μας διδάσκει η Ορθόδοξη Ελληνική Παράδοση: τη συμπαράσταση και Τη βοήθεια, Τη οποία ζητάει η στιγμή. Ο σεβασμός στο πρόβλημα τους. Ένας τρόπος είναι και η προσευχή, ίσως ο ισχυρότερος, αν αυτός γίνει συμπροσευχή. Η Εκκλησία γνωρίζει πολλούς τρόπους, τους οποίους και ενεργοποιεί πολύ αποτελεσματικά. Αθόρυβα αλλά αποτελεσματικά, είναι πάντα

παρούσα. Προσεύχεται συναγμένη στις λατρευτικές της συνάξεις για τα προβλήματα όλων.

Η πίστη και η εμπιστοσύνη στο θέλημα του Θεού, στην πρόνοιά Του. Να συνειδητοποιηθεί ότι τίποτε δεν γίνεται χωρίς το θέλημα Του. Το θέλημα του Θεού είναι η σωτηρία του πλάσματος του, που είναι και δικό του παιδί. Ο Θεός είναι Πατέρας που αγαπάει και φροντίζει τα παιδιά Του. Είναι η Αγάπη. Δεν τιμωρεί. Διαχειρίζεται τα πράγματα προς το συμφέρον κάθε ανθρώπου, κάθε παιδιού Του.

Μας έχει δώσει την Εκκλησία Του και την πλούσια παράδοση Της. Την έκανε Πανδοχείο Αγάπης. Την εφοδίασε με τα ευαγγελικά διδάγματα που δίνουν απαντήσεις σε όλα τα προβλήματα της ζωής. Η Ορθόδοξη παράδοση διαχρονικά λειτούργησε θεραπευτικά και οδηγητικά. Όλοι μαζί, ολόκληρη η χριστιανική κοινότητα σηκώνει το βάρος από κοινού. Όλοι μαζί. Γιατί θεωρεί ότι η σχέση μας με τους άλλους είναι αδελφική.

Είναι συνταρακτικό το παρών που δείχνουν οι άνθρωποι της Εκκλησίας και κυρίως οι γυναίκες στο κάλεσμα της Εκκλησίας να διακονήσουν τους πάσχοντες. Δωρεάν και με σεβασμό στις ιδιαιτερότητες. Ο παπάς της ενορίας σπεύδει και είναι αποτελεσματικός.

Το πρόβλημα είναι άλυτο σε όσους πήραν αρνητική στάση στην Πίστη και την παράδοση της Εκκλησίας. Πιστεύω ότι και σε αυτούς μένει και λειτουργεί μέσα τους αυτό που αρνούνται, χωρίς να δικαιολογούν στους εαυτούς τους αυτή την αρνητική στάση. Ο Θεός δεν τους αρνείται. Βρίσκει τρόπους να τους συμπαρασταθεί. Ζει μέσα τους και είναι η χαμένη τους ελπίδα τους.

Η Ορθόδοξη Εκκλησία μοιράζει σε όλους δοκιμασμένα φάρμακα θεραπευτικά σε πιστούς και αλλόθρησκους και στους αρνητές της. Όταν έχεις πρόβλημα «Ειπέ τη Εκκλησία».

Το γεγονός του ΠΓΘ χρήζει ειδικής διαχείρισης, ικανής να υπερβαθούν τα αναπάντητα ερωτηματικά. Οι επαγγελματίες υγείας και όσοι ασχοληθούν με τη φροντίδα γονέων με ΠΓΘ καλόν είναι να γνωρίζουν ή να φροντίσουν αν μάθουν – αν είναι δυνατό- γενικά για την κατάσταση των γονέων.

- Προ του συμβάντος του ΠΓΘ

Αν έχουν μεταξύ τους οι σύζυγοι:

1. Προβληματικό περιβάλλον.
2. Βίαιες μεταξύ τους σχέσεις.
3. Ψυχολογικές αντιπαλότητες.
4. Έντονους λεκτικούς διαξιφισμούς.
5. Ακραίες καταστάσεις (διαζύγιο, μάλιστα πρόσφατο κλπ.).
6. Επανεκλεισμένους ΠΓΘ ή γενικώς απώλεια παιδιού ή –ιών.
7. Δυσκολία σύλληψης (ηλικία, λόγοι υγείας κλπ.).

• Μετά το συμβάν του ΠΓΘ.

Γενικά – ίσως απαραίτητη – κρίνεται η ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια των γονέων και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη:

1. Το ψυχολογικό προφίλ εκάστου των γονέων.

Αν αισθάνεται στη ζωή του και ειδικά στην οικογένεια του επιτυχημένος, ή ευτυχισμένος κλπ., ή αν αισθάνεται καταπιεσμένος, ή αποτυχημένος ή ανίκανος κλπ.

5. Ποιοί επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Απάντηση:

Όλοι οι εντεταγμένοι από την πολιτεία και τις νόμιμες ιδιωτικές πρωτοβουλίες: Γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να είναι παρόντες. Η γνώμη μου είναι ότι η μεγαλύτερη φροντίδα επωμίζεται ο ιερέας της ενορίας, που θα φροντίσει την ψυχική υγεία, πιο πολύ μάλιστα αν είναι χαρισματούχος. Μη λησμονούμε το πόσο και πόσους βοήθησαν οι άγιοι γεροντάδες της εποχής μας, ο π. Πορφύριος, ο π. Παΐσιος, ο π. Σωφρόνιος και άλλο, όλοι τους δώρο του Θεού στη δύσκολη εποχή μας. Αυτοί ξέρουν να βοηθούν.

6. Ποιές οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Απάντηση:

Δε γνωρίζω/ δεν απαντώ.

7. Ποιά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Δε γνωρίζω/ δεν απαντώ.

8. Πιστεύετε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΓΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

Έχει σημειωθεί μια άμβλυνση της εκτίμησης και της σημασίας της ζωής και του ΠΓΘ στη σύγχρονη εποχή.

- i. Τα λάθος συνθήματα: είμαι κύριος του σώματός μου και των ενεργειών μου και των ενεργειών μου στη διαχείριση των γεννήσεων ή μη γεννήσεων κατά το δοκούν και η απερίσκεπτη αφαίρεση ζωής εμβρύων ισχυροποίησαν αυτή την άμβλυνση.
- ii. Η αντικατάσταση του θείου παράγοντα ως κυρίαρχου της ζωής και του θανάτου, με την εγωιστική αυθάδεια ότι εγώ και όχι ο Θεός ρυθμίζει τα της ζωής και του θανάτου, επώχευσαν την αντιμετώπιση του ΠΓΘ, με συνέπεια οι διαχειριστές του ΠΓΘ να ενεργούν μηχανικά και ανεύθυνα. Έτσι γίνεται σ' όλο τον κόσμο. Έτσι κάνουν όλοι, το ίδιο και εμείς.
- iii. Έτσι δεν συμπάσχουν οι αντιμετωπίζοντες το γεγονός, ενεργούν παθητικά

9. Γνωρίζεται αν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΓΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;

Απάντηση:

Με την πολυνομία και την ακαθόριστη έννοια των προσωπικών δεδομένων δημιουργείται σύγχυση. Ο ένας νόμος αναιρεί τον άλλον. Οι νόμοι γίνονται τροχοπέδη στην παραδοσιακή αυθόρμητη συμπαράσταση. Απομονώνουν την πρωτοβουλία και παραπέμπουν στα θεσμικά όργανα, τα οποία είναι απρόσωπα.

10. Ποιές είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΓΘ;

Απάντηση:

Τις αναζητώ στους σοφούς στοχασμούς των Πατέρων της Εκκλησίας. Είναι ίσως οι μόνοι που διαπραγματεύτηκαν τέτοια υπαρξιακά προβλήματα. Τα συνάντησαν στο ποιμαντικό τους έργο. Άξια πολλής προσοχής είναι τα έργα του Γρηγορίου Νύσσης. Στο έργο του «Περί των νηπίων που φεύγουν πρόωρα από την παρούσα ζωή» εξετάζει το θέμα πρώτα φιλοσοφικά - είναι ίσως ο φιλοσοφικότερος των Πατέρων- και κατόπιν θεολογικά. Φιλοσοφικά θέτει πλήθος ερωτημάτων όπως: «ο σκοπός της σύλληψης αυτού που δεν πρόκειται να ζήσει», «τι είδους ανταπόδοση θα γίνει κατά την ώρα της Κρίσεως», «γιατί ο ένας αφαρπάζεται πρόωρα και ο άλλος αφήνεται για να διαπράττει μύρια εγκλήματα...». Χαρακτηρίζει το πρόβλημα που ανακύπτει από τον πρόωρο θάνατο των νηπίων ως «δυσθεώρητον» και επιχειρεί να δώσει απαντήσεις. Είναι και αυτός όπως και όλοι οι Πατέρες της Εκκλησίας ως Ποιμένες, οι κατ' εξοχήν διαχειριστές των μεγάλων προβλημάτων της ζωής.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2^ο ΓΥΡΟΥ ΤΕΧΝΙΚΗΣ DELPHI

Μετά την επιτυχή ολοκλήρωση του πρώτου γύρου της μεθοδολογίας Delphi κατά την οποία έγινε ανάλυση των απαντήσεων, συντάχτηκε το δεύτερο ερωτηματολόγιο. Οι απαντήσεις του δεύτερου ερωτηματολογίου βασίζονται στην επιλογή τρόπου συμφωνίας-διαφωνίας με την κλίμακα Likert με τελικό στόχο την μεγίστη επίτευξη συναίνεσης των απόψεων του focus group.

Παρακαλώ βάλτε **X** στην επιλογή που εκφράζει καλύτερα την άποψή σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2^ο ΓΥΡΟΥ ΜΕΘΟΔΟΥ DELPHI

- ◆ 1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΘ);

1. Ηλικία και Φύλο

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

2. Εθνικότητα και καταγωγή

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

3. Θρησκεία

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

4. Τόπος διαμονής (αστική, ημιαστική, αγροτική περιοχή)

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

5. Οικογενειακή κατάσταση

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

6. Οικονομική κατάσταση / Εισόδημα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

7. Εργασιακή κατάσταση / Επάγγελμα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

8. Σχέση με τον κοινωνικό περίγυρο, υποστηρικτικό οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

9. Μορφωτικό επίπεδο

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

10. Πολιτισμικά χαρακτηριστικά / κουλτούρα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

11. Ποιος τόκος ήταν η περιγεννητική απώλεια

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

12. Προηγούμενη εμπειρία ΠΘ

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

13. Στοιχεία προσωπικότητας, ψυχολογικό προφίλ γονέων

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

14. Δυνατότητα και πρόσβαση στην ενημέρωση

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

15. Διατροφικές συνήθειες, καπνιστικές συνήθειες, χρήση ουσιών

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

- ◆ **2. Ποιες στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;**

16. Θρησκευτικές πεποιθήσεις

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

17. Πολιτισμικές συνήθειες και ήθη

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

18. Κοινωνικές αντιλήψεις

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

19. Κοσμοαντίληψη και κοσμοθεωρία

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

20. Η ολοκλήρωση της μεταθανάτιας φροντίδας (π.χ. ταφή)

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

21. Η διαδικασία του πένθους

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

22. Το κλάμα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

23. Ψυχολογικό υπόβαθρο

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

24. Η επιμονή για απόκτηση οικογένειας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

25. Απαιτήσεις και προσδοκίες από τη συγκεκριμένη κύηση (πχ μία και μοναδική, IVF κύηση)

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

26. Η ιδιοσυγκρασία / ικανότητά τους να εκφράζουν και να μοιράζονται συναισθήματα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

27. Η πρόσβαση στην σωστή και επαρκή ενημέρωση

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

28. Η εκπαίδευση στην περιγεννητική αγωγή

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

◆ **3. Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΘ;**

29. Ψυχολογικά προβλήματα (απώλεια, άρνηση, ματαιώση, θυμό, θλίψη, ενοχές, αδικία)

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

30. Προβλήματα πρακτικά όπως οι διευθετήσεις της κηδεΐας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

31. Προβλήματα ελλιπούς επικοινωνίας μέσα στο ζευγάρι (αποστασιοποιείται ή χωρίζει)

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

32. Οικονομικά προβλήματα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

33. Ψυχοσωματικά προβλήματα (σωματικά συμπτώματα λόγω άγχους / πένθους)

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

34. Νοητικές διεργασίες: δυσπιστία , σύγχυση, συνεχή προσήλωση στην ίδια σκέψη

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

35. Κοινωνικά προβλήματα, όπως: απομόνωση και άρνηση υποστήριξης

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

36. Τι θα πουν στα άλλα παιδιά τους και σε τρίτους (παραδοχή ή απόκρυψη);

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

37. Στον εργασιακό τομέα τι θα γίνει; θα πάρει άδεια μητρότητας και πόση;

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

38. Θα τα καταφέρουν να κάνουν άλλο παιδί;

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

39. Θα προβούν σε εξειδικευμένες εξετάσεις για να διαπιστωθεί αν έχουν κάποιο πρόβλημα ;

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

◆ **4. Με ποιους τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΘ;**

40. Να έχει προειδοποιηθεί από πριν, αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

41. Στενή, συχνή, ειλικρινής ενημέρωση για το πρόβλημα από τη γέννηση.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

42. Συχνή οπτική επαφή με το βαρέως πάσχον νεογνό, πριν την αποδημία.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

43. Υποστήριξη προγεννητική κατά τις επόμενες κηύσεις.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

44. Υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

45. Υποστήριξη από την εκκλησία.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

46. Ολιστική φροντίδα από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

47. Ενημέρωση των γονιών και επεξεργασία σχεδίων οικογενειακού προγραμματισμού.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

48. Υποστήριξη από κοινωνικό δίκτυο.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

◆ **5. Ποιοι επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;**

49. Μαιευτήρας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

50. Μαία

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

51. Παιδίατρος- Νεογνολόγος

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

52. Νοσηλευτές και προσωπικό Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

53. Ψυχολόγος.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

54. Ψυχίατρος.

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

55. Κοινωνικός λειτουργός

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

56. Άτομα που ασχολούνται με εναλλακτικές και ολιστικές θεραπείες

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

57. Σύμβουλοι οικογενειών

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

58. Ιερέας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

◆ **6. Ποιες οι επιπτώσεις του ΠΘ στους επαγγελματίες υγείας ;**

59. Συμπτώματα εργασιακού στρες

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

60. Συναισθηματική εμπλοκή είναι αναπόφευκτη

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

61. Επαγγελματική ακύρωση και ματαίωση

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

62. Απογοήτευση

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

63. Κατάθλιψη

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

64. Αίσθηση προσωπικής απώλειας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

65. Έρχονται αντιμέτωποι με την οργή των οικείων και τον νόμο

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

66. Κοινωνικά προβλήματα: αλλαγή στον τρόπο συμπεριφοράς, αλκοολισμός, κάπνισμα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

67. Επαγγελματικά προβλήματα: απροθυμία για ανάληψη καθηκόντων, αλλαγή πλαισίου εργασίας, τεταμένες σχέσεις με συναδέλφους

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

7. Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΘ;

68. Φύλο και Ηλικία

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

69. Τα έτη της εργασιακής εμπειρίας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

70. Προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

71. Επίπεδο επιστημονικής κατάρτισης / εκπαίδευσης

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

72. Αν είναι σωστός επαγγελματίας με καλές διαπροσωπικές σχέσεις και επικοινωνία

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

73. Η οικογενειακή κατάσταση του επαγγελματία

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

74. Περιβάλλον εργασίας και ύπαρξη υποστηρικτικών μηχανισμών σε αυτό (ομάδες διαχείρισης άγχους, πένθους, κίνητρα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης)

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

75. Πείρα από ψυχοθεραπευτικές ομάδες

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

8. Έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;

76. Τα τελευταία χρόνια έχουν μειωθεί οι ΠΘ

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

77. Έχουν αναπτυχθεί πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση του ΠΘ

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

78. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο συμπονετικοί στους γονείς από ότι παλιότερα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

79. Οι επαγγελματίες υγείας ενημερώνουν αμέσως τους γονείς ενώ παλαιότερα μπορεί να απόκρυπταν το θάνατο του νεογνού από τη μητέρα για λίγο

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

80. Υπάρχει υψηλή επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

81. Η πρόσβαση στις τελευταίες στιγμές του νεογνού δεν εξασφαλίζεται

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

82. Αυξημένη ευαισθητοποίηση των ζευγαριών που πρόκειται να γίνουν γονείς

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

83. Παλαιότερα υπήρχε η τάση να προσπερνιέται πιο εύκολα ένας ΠΘ

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

84. Δεν έχει αλλάξει τόσο ο τρόπος αντιμετώπισης όσο το κοινωνικό πλαίσιο

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

85. Έχει σημειωθεί μια άμβλυνση της εκτίμησης και της σημασίας της ζωής και του ΠΘ

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

9. Υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;**86. Υπάρχει συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο**

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

87. Υπάρχει πολυνομία και οι νόμοι γίνονται τροχοπέδη στην αυθόρμητη συμπαράσταση

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

88. Τα θεσμικά όργανα είναι απρόσωπα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

89. Υπάρχει θεσμικό πλαίσιο μόνο για τη διαχείριση των νεκρών εμβρύων και νεογνών

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

10. Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΘ;**90. Επιστημονική βιβλιογραφία**

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

91. Από συνέδρια, σεμινάρια, ημερίδες

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

92. Διαδίκτυο

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

93. Μέσα μαζικής ενημέρωσης

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

94. Βιοματικό γεγονός

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

95. Από την έρευνα στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

96. Από το χώρο εργασίας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

97. Ανατρέχοντας στους σοφούς στοχασμούς των Πατέρων της Εκκλησίας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Πίνακας 1 παραρτήματος II: Συνολική βαθμολογία απαντήσεων 2^{ου} γύρου τεχνικής Delphi.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ 2^{ου} γύρου τεχνικής Delphi													
ΘΕΩΡΟΥΜΕ ΟΤΙ SCORE max= 55 (11*5)													
Συμφωνώ απόλυτα= 5 Μάλλον συμφωνώ= 4 Ούτε συμφωνώ= 3 Ούτε διαφωνώ=2 Μάλλον διαφωνώ=1 Διαφωνώ απόλυτα=0													
FOCUS GROUP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	ΣΥΝΟΛΟ	%
1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);													
1	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	53	96
2	5	5	2	4	3	4	5	5	5	5	5	48	87
3	5	5	4	5	3	5	5	5	4	4	5	50	91
4	5	5	2	4	4	4	4	4	3	5	3	43	78
5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	51	93
6	5	4	2	3	4	4	4	4	3	4	4	41	75
7	5	4	1	4	4	4	4	4	3	3	2	38	69
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	55	100
9	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4	5	51	93
10	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	5	50	91
11	5	3	4	5	4	5	5	4	4	5	3	47	85
12	5	5	5	5	4	3	5	4	5	5	5	51	93
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	55	100
14	5	5	4	3	5	5	5	4	4	4	3	47	85
15	3	5	4	3	5	1	5	4	3	5	1	39	71
2. Ποιες στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;													
16	4	5	4	5	4	5	5	5	4	4	5	50	91
17	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	52	95
18	5	3	4	5	4	5	4	5	5	5	5	50	91
19	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	51	93
20	3	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	48	87
21	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	51	93
22	3	5	3	4	4	4	5	4	5	2	5	48	87
23	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	54	98
24	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	52	95
25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	54	98
26	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	51	93
27	4	5	4	3	5	5	4	4	5	4	3	46	84

28	4	5	8	4	5	4	4	4	5	4	3	50	91
3 Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;													
29	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	54	98
30	4	5	5	5	4	5	4	4	5	3	2	46	84
31	4	5	4	3	5	5	2	5	5	4	5	47	85
32	4	3	3	2	5	3	2	3	3	4	2	34	62
33	4	3	4	4	5	5	4	4	5	5	4	47	85
34	4	5	4	4	5	5	4	4	5	4	3	47	85
35	4	4	4	4	5	5	3	4	5	4	4	46	84
36	3	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	46	84
37	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	41	75
38	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	3	51	93
39	4	3	5	4	4	5	5	5	5	5	4	49	89
4. Με ποιους τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΓΘ;													
40	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	54	98
41	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	53	96
42	5	4	5	4	5	5	3	5	5	5	3	49	89
43	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	53	96
44	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	53	96
45	3	5	3	3	5	5	3	5	3	2	4	41	75
46	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	53	96
47	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4	4	50	91
48	4	3	4	4	5	5	4	5	4	3	5	46	84
5. Ποιοι επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;													
49	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	54	95
50	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	54	98
51	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	53	96
52	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	54	98
53	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	54	98
54	4	5	4	3	5	5	1	5	4	4	3	43	78
55	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	52	95
56	3	5	3	3	3	5	2	4	4	4	4	40	73
57	4	5	4	4	5	5	3	5	4	4	4	47	85
58	3	5	3	3	3	5	3	4	3	3	5	40	73
6. Ποιές οι επιπτώσεις του ΠΓΘ στους επαγγελματίες υγείας;													

59	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	53	96
60	4	4	3	5	5	5	5	5	5	4	4	49	89
61	4	4	4	4	4	5	3	5	4	5	3	45	82
62	3	3	4	5	4	5	4	5	4	5	4	46	84
63	4	3	2	4	4	1	1	5	3	3	3	33	60
64	4	3	4	4	4	1	4	4	3	2	2	35	64
65	4	4	4	5	4	1	4	4	4	5	3	42	76
66	4	3	2	2	3	1	1	4	3	2	1	26	47
67	5	3	4	3	3	1	3	4	4	3	3	36	65
7. Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΘ;													
68	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	53	96
69	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	53	96
70	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	53	96
71	4	5	4	3	4	5	5	5	5	5	4	49	89
72	5	4	4	4	4	5	5	4	5	4	3	47	85
73	4	4	4	4	4	5	4	3	5	4	3	44	80
74	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	49	89
75	5		4	4	5	5	4	5	5	4	4	45	82
8. Έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;													
76	4	4	4	4	4	5	5	4	3	4	3	44	80
77	2	3	2	4	3	3	4	5	4	4	3	37	67
78	4	3	4	4	5	2	3	2	4	4	2	37	67
79	4	3	4	4	5	3	4	3	5	4	3	42	76
80	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	41	75
81	4	4	4	4	3	3	5	2	3	4	3	39	71
82	3	4	3	5	4	3	4	3	3	4	3	39	71
83	3	3	4	5	3	4	2	4	4	4	4	40	73
84	3	4	3	5	4	4	5	3	3	3	5	42	76
85	2	5	2	4	3	2	1	1	2	4	2	28	51
9. Υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;													
86	3	3	3	4	3	4	2	3	3	4	3	35	64
87	3	5	3	3	3	3	5	2	3	2	3	35	64
88	3	5	3	4	3	3	4	2	3	3	3	36	65
89	4	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	37	67

10. Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΘ;													
90	4	2	4	3	5	4	5	5	1	2	5	40	73
91	3	2	4	3	5	5	5	5	1	1	5	39	71
92	5	3	2	3	5	5	5	5	5	4	5	47	85
93	5	1	2	3	3	5	3	2	4	4	3	35	64
94	1	1	4	4	4	5	5	2	1	5	1	33	60
95	1	1	2	3	3	3	5	3	1	1	1	24	44
96	5	4	4	5	5	3	5	4	5	3	5	48	87
97	2	5	2	3	3	3	4	1	1	1	1	26	47

Πίνακας 2 παραρτήματος II: Οι 36 Ερωτήσεις που συγκέντρωσαν ποσοστό αποδοχής 90%.

Οι ερωτήσεις που συνέλεξαν Βαθμολογία ≥ 50 μονάδες.												ΣΥΝΟΛΟ	%
FOCUS GROUP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΘ);													
1	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	53	96
3	5	5	4	5	3	5	5	5	4	4	5	50	91
5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	51	93
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	55	100
9	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4	5	51	93
10	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	5	50	91
12	5	5	5	5	4	3	5	4	5	5	5	51	93
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	55	100
2. Ποιες στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;													
16	4	5	4	5	4	5	5	5	4	4	5	50	91
17	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	52	95
18	5	3	4	5	4	5	4	5	5	5	5	50	91
19	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	51	93
21	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	51	93
23	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	54	98
24	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	52	95
25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	54	98
26	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	51	93
28	4	5	8	4	5	4	4	4	5	4	3	50	91
3 Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΘ;													
29	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	54	98
38	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	3	51	93
4. Με ποιους τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΘ;													
40	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	54	98
41	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	53	96
43	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	53	96
44	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	53	96
46	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	53	96
47	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4	4	50	91
5. Ποιό επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;													

49	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	54	95
50	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	54	98
51	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	53	96
52	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	54	98
53	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	54	98
55	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	52	95
6. Ποιες οι επιπτώσεις του ΠΘ στους επαγγελματίες υγείας ;													
59	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	53	96
7. Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΘ;													
68	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	53	96
69	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	53	96
70	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	53	96
8. Έχει αλλάξει ο τρόπος αντιμετώπισης του ΠΘ τα τελευταία χρόνια; Πώς;													
9. Υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο για τον ΠΘ, και κατά πόσο εφαρμόζεται;													
10. Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας σχετικά με τον ΠΘ;													
ΣΥΝΟΛΟ: 36 Ερωτήσεις με Ποσοστό αποδοχής το 90% . Βαθμολογία ≥ 50 μονάδες.													

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 3ου Γύρου DELPHI

Μετά την επιτυχή ολοκλήρωση της **μεθοδολογίας Delphi** κατά την οποία έγινε ανάλυση των απαντήσεων συντάχτηκε το τρίτο ερωτηματολόγιο. Η επιλογή των ερωτήσεων του τρίτου ερωτηματολογίου βασίζονται στην μεγίστη συναίνεση των απόψεων του focus group. Η κάθε ερώτηση συγκέντρωσε από 50 βαθμούς το λιγότερο με μεγίστη βαθμολογία 55.

Το ερωτηματολόγιο το οποίο θα διανεμηθεί θα έχει την παρακάτω μορφή. Σε περίπτωση που έχετε διαφωνία παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μου.

Σας ευχαριστώ πολύ για την συνεργασία σας.

Με εκτίμηση

Μακράκη Καλλιόπη.

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΘ);

Ηλικία και Φύλο

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Θρησκεία

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Οικογενειακή κατάσταση

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Σχέση με τον κοινωνικό περίγυρο, υποστηρικτικό οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Μορφωτικό επίπεδο

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Πολιτισμικά χαρακτηριστικά / κουλτούρα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Προηγούμενη εμπειρία ΠΘ

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Στοιχεία προσωπικότητας, ψυχολογικό προφίλ γονέων

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

2. Ποιες στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

Θρησκευτικές πεποιθήσεις

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Πολιτισμικές συνήθειες και ήθη

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Κοινωνικές αντιλήψεις

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον	Ούτε συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	--------	--------------	----------------	-----------------

	συμφωνώ		Ούτε διαφωνώ			
--	---------	--	--------------	--	--	--

Κοσμοαντίληψη και κοσμοθεωρία

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Η διαδικασία του πένθους

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Ψυχολογικό υπόβαθρο

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Η επιμονή για απόκτηση οικογένειας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Απαιτήσεις και προσδοκίες από τη συγκεκριμένη κύηση (πχ μία και μοναδική, IVF κύηση)

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Η ιδιοσυγκρασία / ικανότητά τους να εκφράζουν και να μοιράζονται συναισθήματα

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

98. Η εκπαίδευση στην περιγεννητική αγωγή

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

3. Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΘ;

Ψυχολογικά προβλήματα (απώλεια, άρνηση, ματαιώση, θυμό, θλίψη, ενοχές, αδικία)

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Θα τα καταφέρουν να κάνουν άλλο παιδί;

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

4. Με ποιους τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΘ;

Από πριν, αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου, να έχει προειδοποιηθεί

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Στενή, συχνή, ειλικρινής ενημέρωση για το πρόβλημα από τη γέννηση

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Υποστήριξη προγεννητική κατά επόμενες κησεις

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Ολιστική φροντίδα από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Ενημέρωση των γονιών και επεξεργασία σχεδίων οικογενειακού προγραμματισμού

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

5. Ποιοι επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;

Μαιευτήρας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	----------------	--	------------------------------	----------------	-----------------	--

Μαία

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Παιδιάτρος- Νεογνολόγος

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Νοσηλεύτες και προσωπικό Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Ψυχολόγος

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Κοινωνικός λειτουργός

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

6. Ποιες οι επιπτώσεις του ΠΘ στους επαγγελματίες υγείας;

Συμπτώματα εργασιακού στρες

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

7. Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΘ;

Φύλο και Ηλικία

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Τα έτη της εργασιακής εμπειρίας

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

Προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά

Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	----------------	------------------------------	----------------	-----------------

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ

Αγαπητέ συνάδελφε, ονομάζομαι Μακράκη Καλλιόπη και εργάζομαι ως Μαία στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν.Ν), Γ.Π.Ν. Βενιζέλειο στο Ηράκλειο Κρήτης.

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας, που παρακολουθώ στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, πραγματοποιώ μελέτη, βασισμένη σε ανώνυμα ερωτηματολόγια, σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του περιγεννητικού θανάτου από επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται γύρω από την περιγεννητική φροντίδα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) και στο Βενιζέλειο Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο.

Ο στόχος αυτής της έρευνας είναι να καταγράψει την εμπειρία και τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας, που ασχολούνται με την περιγεννητική φροντίδα, σχετικά με τη διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου. Μια από τις πιο δύσκολες καταστάσεις, την οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν στην κλινική πρακτική, είναι να φροντίσουν ένα ζευγάρι με περιγεννητική απώλεια. Οι γονείς θλιβονται και χρειάζονται σημαντική υποστήριξη. Αυτό θεωρείται μια από τις πιο επώδυνες μορφές πένθους, διότι είναι απροσδόκητη, συχνά ξαφνική και μερικές φορές ανεξήγητη. Όμως, τα γεγονότα που περιβάλλουν την απώλεια μπορεί να προκαλέσουν ανεπίλυτα ζητήματα και στους ίδιους τους επαγγελματίες. Είναι μια κατάσταση εξαιρετικά απαιτητική, δύσκολη και αγχωτική απέναντι στο τεράστιο μέγεθος των γονικών συναισθημάτων της απώλειας. Ελπίζω ότι η έρευνα αυτή θα βοηθήσει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς γονείς των οποίων το βρέφος έχει πεθάνει.

Το θεσμικό συμβούλιο Δεοντολογίας και Έρευνας της 7ης ΥΠΕ ενέκρινε την διανομή του ερωτηματολογίου για την παραπάνω μελέτη, η οποία θα διεξαχθεί στα πλαίσια της εκπόνησης της Μεταπτυχιακής μου Διατριβής, υπό την εποπτεία Δρ Γιάγκου Λαβράνου.

Ευελπιστώ στην στήριξή σας στην προσπάθεια αυτή συμπληρώνοντας το επισυναπτόμενο ερωτηματολόγιο.

Μακράκη Καλλιόπη

Μαία Μ.Ε.Ν.Ν, Γ.Π.Ν. Βενιζέλειο Ηράκλειο Κρήτης

Κιν. Τηλ. 6976762297

Ηλεκτρονική Διεύθυνση: kallmakraki@gmail.com

Α΄ μέρος

Το Α΄ μέρος του ερωτηματολογίου πήρε την τελική του μορφή μετά από την εφαρμογή της δομημένης ερευνητικής διαδικασίας Delphi με τη βοήθεια μίας ομάδας ειδικών σχετικά με την διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (Focus Group).

Παρακαλώ απαντήστε με X στην επικρατέστερη άποψη σας

1. Ποιά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων θεωρείτε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου (ΠΓΘ);

1.1 Ηλικία και Φύλο.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

1.2 Θρησκεία.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

1.3 Οικογενειακή κατάσταση.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

1.4 Σχέση με τον κοινωνικό περίγυρο, υποστηρικτικό οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

1.5 Πολιτισμικά χαρακτηριστικά / κουλτούρα.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

1.6 Προηγούμενη εμπειρία ΠΘ.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

1.7 Μορφωτικό επίπεδο.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

1.8 Στοιχεία προσωπικότητας, ψυχολογικό προφίλ γονέων.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

2. Ποιες στάσεις και συνήθειες των γονέων μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας;

2.9. Θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

2.10. Πολιτισμικές συνήθειες και ήθη.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

2.11. Κοινωνικές αντιλήψεις.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

2.12. Κοσμοαντίληψη και κοσμοθεωρία.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

2.13. Η διαδικασία του πένθους.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

2.14. Ψυχολογικό υπόβαθρο.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

2.15. Η επιμονή για απόκτηση οικογένειας.

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
-----------------	--	----------------	------------------------------	----------------	-----------------	--

2.16. Απαιτήσεις κα προσδοκίες από τη συγκεκριμένη κύηση (πχ μία και μοναδική, IVF κύηση).						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
2.17. Η ιδιοσυγκρασία / ικανότητά τους να εκφράζουν και να μοιράζονται συναισθήματα.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
2.18. Η εκπαίδευση στην περιγεννητική αγωγή.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
3. Ποια είναι τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα ζευγάρι με ΠΘ;						
3.19. Ψυχολογικά προβλήματα (απώλεια, άρνηση, ματαιώση, θυμό, θλίψη, ενοχές, αδικία).						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
3.20. Θα τα καταφέρουν να κάνουν άλλο παιδί;						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
4. Με ποιους τρόπους μπορεί να βοηθηθεί ένα ζευγάρι με ΠΘ;						
4.21. Να έχει προειδοποιηθεί από πριν, αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ				Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
4.22. Στενή, συχνή, ειλικρινής ενημέρωση για το πρόβλημα από τη γέννηση.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
4.23. Προγεννητική υποστήριξη κατά τις επόμενες κύσεις.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
4.24. Υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
4.25. Ολιστική φροντίδα από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ				Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
4.26. Ενημέρωση των γονιών και επεξεργασία σχεδίων οικογενειακού προγραμματισμού.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
5. Ποιοι επαγγελματίες κρίνετε ότι είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας στους γονείς με περιγεννητική απώλεια;						
5.27. Μαιευτήρας.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
5.28. Μαία.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
5.29. Παιδίατρος- Νεογνολόγος.						
Συμφωνώ απόλυτα				Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
5.30. Νοσηλευτές και προσωπικό Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
5.31. Ψυχολόγος.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
5.32. Κοινωνικός Λειτουργός.						
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ
						Διαφωνώ απόλυτα
6. Ποιες οι επιπτώσεις του ΠΘ στους επαγγελματίες υγείας;						
6.33. Συμπτώματα εργασιακού στρες.						

Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ		Διαφωνώ απόλυτα	
7. Ποια δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας έχουν σημασία για τον τρόπο που βιώνουν και τη δυνατότητα να διαχειριστούν τον ΠΘ;									
7.34. Φύλο και Ηλικία.									
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ			
7.35. Τα έτη της εργασιακής εμπειρίας.									
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ			
7.36. Προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά.									
Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ		Μάλλον διαφωνώ			
8. Συμπληρωματικά στοιχεία ερωτώμενου									
8.37. Πόσο συχνά έρχεστε σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει;									
Περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα		Περισσότερο από μια φορά το μήνα		Περισσότερο από μια φορά το 3μηνο		Περισσότερο από μια φορά το 6μηνο		Περισσότερο από μια φορά τον χρόνο	
8.38. Έχετε λάβει κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση στη σχολή που φοιτήσατε για τον τρόπο διαχείρισης του θανάτου;									
Ναι		Όχι							
8.39. Αισθάνεστε ότι η εκπαίδευση που λάβατε για την διαχείριση του θανάτου σας προετοίμασε αρκετά για να αντιμετωπίσετε τον θάνατο και τα άτομα που πεθαίνουν;									
Ναι		Όχι							
8.40. Νοσηλεύετε περιστατικά τελικού σταδίου την παρούσα στιγμή;									
Ναι		Όχι							
8.41. Έχετε συζητήσει με τους γονείς που αντιμετωπίζουν την πιθανότητα περιγεννητικού θανάτου;									
Ναι		Όχι							
8.42. Αν ΝΑΙ, πόσο αυτό σας έκανε να αισθανθείτε άβολα;									
Πάρα πολύ		Πολύ		Μέτρια		Λίγο		Αδιαφορώ	
8.43. Μιλάτε ανοικτά με τους γονείς για το θέμα του θανάτου;									
Ναι		Όχι							
8.44. Συζητάτε στο τμήμα που εργάζεστε για το περιστατικό του θανάτου, όταν αυτό συμβαίνει στο τμήμα σας;									
Ναι		Όχι							

ΜΕΡΟΣ Β

Ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) των Wong, Reker και Gesser (1988), το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Μαλλιάρου και συν. το 2001, και έχει χορηγηθεί άδεια χρησιμοποίησής του από την συγγραφική ομάδα.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΥΣ			
Σημειώστε με X όπου χρειάζεται ή συμπληρώστε στο κενό.			
A1. Φύλο		Γυναίκα	
		Άνδρας	
A2. Ηλικία:		≤ 30	
		≤ 40	
		≤ 50	
		≤ 60	
		≤ 70	
A3. Οικογενειακή κατάσταση:		Άγαμος/η	
		Έγγαμος/η	
		Χήρος/α	
		Διαζευγμένος/η	
A4. Επίπεδο εκπαίδευσης:		ΥΕ	
		ΔΕ	
		ΤΕ	
		ΠΕ	
		Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	
		Κάτοχος διδακτορικού τίτλου σπουδών	
A5. Χρόνια προϋπηρεσίας σε έτη :		≤ 5 έτη	
		≤ 10 έτη	
		≤ 15 έτη	
		≤ 20 έτη	
		≤ 25 έτη	
		≤ 30 έτη	
A6. Ποια η θέση σας στον χώρο εργασίας;		Ιατρός	Φυσιοθεραπευτής
		Νοσηλεύτης / Νοσηλεύτρια	Κοινωνικός λειτουργός
		Μαιευτής /Μαία	Ψυχολόγος
		Επισκέπτης υγείας	Άλλη ειδικότητα
		Τραυματιοφορέας	
A7. Σε ποιά τμήμα εργάζεστε;		ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΤΜ.ΟΙΚΟΓ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ
		ΑΙΘΟΥΣΑ ΤΟΚΕΤΩΝ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
		ΕΞΩΤ. ΙΑΤΡΕΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ	Μ. Ε. Ν. ΝΕΟΓΝΩΝ
		ΧΕΙΡ. ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ	ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
		ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΑΛΛΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
A8. Πόσο καιρό εργάζεστε σε αυτό το τμήμα; _____ Έτη.			

Προφίλ συμπεριφοράς θανάτου

Παρακαλώ απαντήστε με **X** στην επικρατέστερη άποψη σας

B.1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.3. Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.4. Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.5. Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.9. Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιστος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.12. Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.14. Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.15. Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.22. Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος , Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα .

B.24. Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα

B/25. Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα

B.26. Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα

B.27. Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα

B.28. Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθανάτο ζωή.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα

B.29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα

B.30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα

B.31. Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος , Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ , Διαφωνώ απόλυτα

B.32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί.

Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Συμφωνώ μέτρια Αναποφάσιτος Διαφωνώ μέτρια Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας.

Παράρτημα II, Πίνακας 3: Συσχετίσεις εργασιακού στρες με δημογραφικά χαρακτηριστικά ΕΥς

Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ Φύλου και εργασιακού στρες			
		Συμπτώματα εργασιακού στρες	Φύλο
Συμπτώματα εργασιακού στρες	Pearson Correlation	1	,009
	Sig. (2-tailed)		,929
Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση εργασιακού στρες με την ηλικία			
		Συμπτώματα εργασιακού στρες	Ηλικία
Συμπτώματα εργασιακού στρες	Correlation Coefficient	1,000	-,195
	Sig. (2-tailed)	.	,057
Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση.			
		Συμπτώματα εργασιακού στρες	Οικογενειακή κατάσταση
Συμπτώματα εργασιακού στρες	Correlation coefficient	1,000	-,232*
	Sig. (2-tailed)	.	,223
Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση εργασιακού στρες με το επίπεδο εκπαίδευσης			
		Συμπτώματα εργασιακού στρες	Επίπεδο εκπαίδευσης
Συμπτώματα εργασιακού στρες	Correlation Coefficient	1,000	-,054
	Sig. (2-tailed)	.	,607
Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση εργασιακού στρες με τα χρόνια προϋπηρεσίας			
		Συμπτώματα εργασιακού στρες	Χρόνια προϋπηρεσίας σε έτη
Συμπτώματα εργασιακού στρες	Correlation Coefficient	1,000	-,196
	Sig. (2-tailed)	.	,058
Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το χώρο εργασίας.			
		Συμπτώματα εργασιακού στρες	Ποια η θέση σας στον χώρο εργασίας
Συμπτώματα εργασιακού στρες	Correlation Coefficient	1,000	-,034
	Sig. (2-tailed)	.	,744
Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το τμήμα εργασίας			
		Συμπτώματα εργασιακού στρες	Σε ποιο τμήμα εργάζεστε
Συμπτώματα εργασιακού στρες	Correlation Coefficient	1,000	,067
	Sig. (2-tailed)	.	,517
Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα έτη εργασιακής εμπειρίας			

		Συμπτώματα εργασιακού στρες	Τα έτη της εργασιακής εμπειρίας
Συμπτώματα εργασιακού στρες	Correlation Coefficient	1,000	,153
	Sig. (2-tailed)	.	,131
Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με Φύλο και Ηλικία επαγγελματιών υγείας			
		Συμπτώματα εργασιακού στρες	Φύλο και Ηλικία
Συμπτώματα εργασιακού στρες	Correlation Coefficient	1,000	,083
	Sig. (2-tailed)	.	,417
Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά.			
		Συμπτώματα εργασιακού στρες	Προηγούμενη έκθεση σε αντίστοιχα περιστατικά
Συμπτώματα εργασιακού στρες	Correlation Coefficient	1,000	,019
	Sig. (2-tailed)	.	,853

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΑΔΕΙΕΣ ΧΡΗΣΕΩΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ.



^α
ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΤΕΛΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2014 – 2015

Πρόγραμμα Σπουδών : ΜΑ Διοίκηση Μονάδων Υγείας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ / ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΜΑΚΡΑΚΗ

ΚΑΛΛΙΟΠΗ

Επώνυμο

Όνομα

Αριθμός Φοιτητικής Ταυτότητας: ουκ 11201410

Τηλέφωνο Μόνιμης Κατοικίας: 0030-2810327200

Κινητό Τηλέφωνο: 0030-6976762297

Ηλεκτρονική Διεύθυνση: kallmakraki@gmail.com

Ηλεκτρονική Διεύθυνση: kalliopei.makraki@st.ouc.ac.cy

Θέμα Μεταπτυχιακής Διατριβής:

“ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΡΟΛΟΥ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ”

Υπογραφή Φοιτητή / Φοιτήτριας : *Μακράκη Καλλιόπη*

Επιβλέπων : Δρ Γιάγκος Λαβράνος, διδάσκων (ΣΕΠ) της ενότητας 606B ‘Δημόσια Υγεία & Προαγωγή της Υγείας’ για την περίοδο 2013-2014.

Γενική κατεύθυνση θέματος, θεματικό πεδίο και κυριότεροι άξονες.

ΜΕΡΟΣ Α.

Θα γίνει ενδελεχής βιβλιογραφική ανασκόπηση του περιγεννητικού θανάτου στα παρακάτω θέματα:

- Αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται στην πρόκληση του περιγεννητικού θανάτου.
- Προαγωγή υγείας για την πρόληψη και αντιμετώπιση των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην πρόκληση του περιγεννητικού θανάτου. Θα προσδιοριστούν οι ομάδες υψηλού κινδύνου, που αποτελούν τους κύριους στόχους παρέμβασης, και οι παράγοντες που μπορεί να προληφθούν.
- Αποκατάσταση των γονέων μετά την περιγεννητική απώλεια.

ΜΕΡΟΣ Β.

Θα διερευνηθούν, με εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων σε δύο μεγάλα νοσοκομεία της Κρήτης, και στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων τα παρακάτω ερωτήματα:

- Οι δυνατότητες ενίσχυσης του ρόλου και της αυτονομίας των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου,
- Η οργάνωση της συνέχειας της φροντίδας του ζευγαριού από το νοσοκομείο σε εξωνοσοκομειακές δομές.
- Αποτελεσματική ανταπόκριση στη διαχείριση του περιγεννητικού θανάτου, και οι στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των δεξιοτήτων τους.

Σας επισυνάπτω στο παράρτημα, την έγγραφη βεβαίωση για την επίβλεψη της τελικής μου εργασίας επιπέδου μάστερ.

Εισαγωγή

Θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση του πεδίου της περιγεννητικής θνησιμότητας (ΠΘ)¹³, με έμφαση στον προσδιορισμό των παραγόντων που συμβάλλουν σε αυτήν και στην πρόληψή της κατά την περιγεννητική περίοδο, καθώς και την προαγωγή υγείας πριν τη σύλληψη, ώστε λιγότερα ζευγάρια να φθάνουν σε καταστάσεις που απειλούν το κύημα ή το νεογνό.

Ένας αξιοσημείωτος δείκτης της επίδρασης της ΠΘ στο κοινωνικό περιβάλλον, είναι η ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση, όχι μόνο των γονέων, αλλά και των επαγγελματιών υγείας που αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά. Η διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει έρευνες που έχουν δείξει ότι η στάση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο επηρεάζεται σημαντικά από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από κάποιο σύστημα υγείας.

Στόχος της έρευνάς

Θα μελετήσουμε το θέμα αυτό, για πρώτη φορά, σε ένα Ελληνικό σύστημα υγείας, προσδιορίζοντας τους παράγοντες που συντελούν στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας (ΕΥς) διαχειρίζονται και οργανώνουν αποτελεσματικά την παροχή ιατρικής φροντίδας κατά την περιγεννητική περίοδο. Επίσης, στόχος είναι να μελετήσουμε την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των ΕΥς που αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά περιγεννητικής θνησιμότητας. Τέλος, θα μελετήσουμε πρωτόκολλα που θα πρέπει να εφαρμόζονται για την αποκατάσταση των γονέων μετά την περιγεννητική απώλεια.

¹³ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Περιγεννητική θνησιμότητα: ΠΘ

Επαγγελματίες υγείας: ΕΥς

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: ΠΟΥ

Εμβρυϊκός θάνατος : ΕΘ

Νεογνική θνησιμότητα : ΝΘ

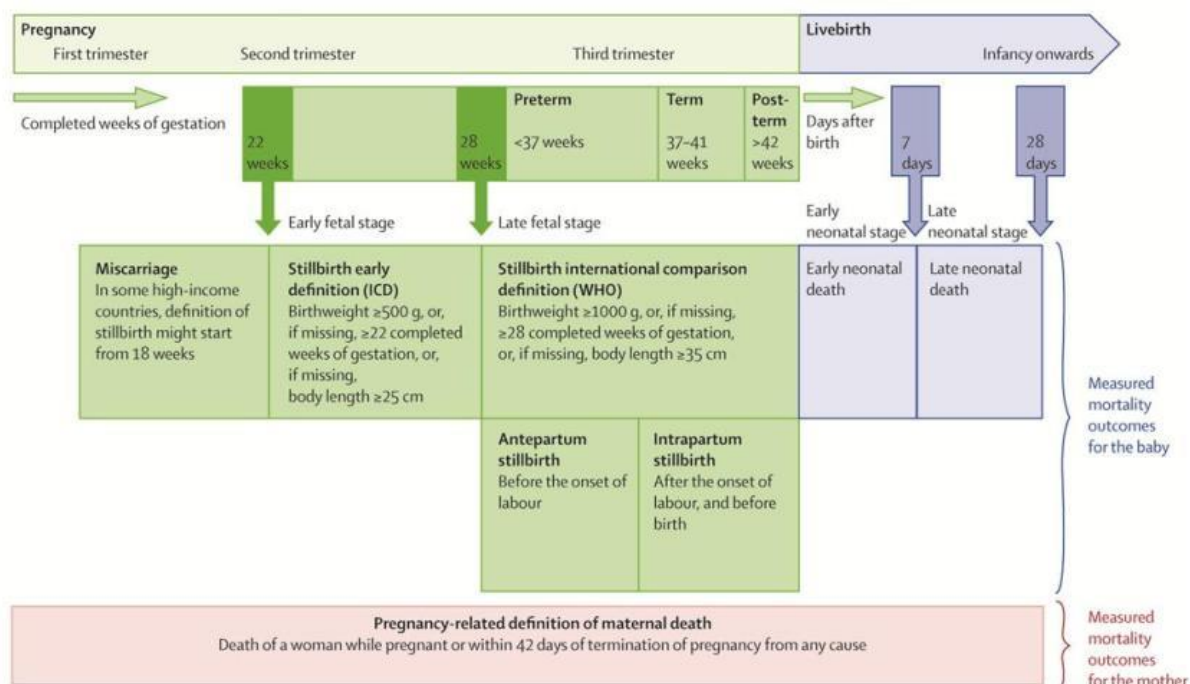
Βασικοί Όροι

Πολλαπλοί ορισμοί είναι σε χρήση βασισμένες σε διαφορετικές παραμέτρους όπως το βάρος γέννησης (350, 500 ή 1000 g), και / ή το μήκος του σώματος ή την ηλικία κύησης Gissler et al., (2010). Ο ΠΟΥ, ορίζει **την περιγεννητική θνησιμότητα** ως τον «αριθμό των θνησιγενών και νεογνικών θανάτων κατά την πρώτη εβδομάδα της ζωής ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών βρεφών, η περιγεννητική περίοδος αρχίζει στις 22 συμπληρωμένες εβδομάδες (154 ημέρες) της κύησης και τελειώνει στις επτά συμπληρωμένες ημέρες μετά τη γέννηση » (ΠΟΥ, 2006). Για τη διεθνή συγκρισιμότητα, ο ΠΟΥ συνιστά την ένταξη όλων των βρεφών που γεννήθηκαν νεκρά και ζυγίζουν 1000 g ή περισσότερο κατά τη γέννηση (αν το βάρος γέννησης είναι διαθέσιμο), ή μετά από 28 συμπληρωμένες εβδομάδες κύησης, ή την επίτευξη 35 cm μήκος κεφαλής-πτέρνας. Ως **εμβρυϊκούς θανάτους (ΕΘ)** ο ΠΟΥ όρισε ως όριο τις 22 εβδομάδες κύησης και βάρος γέννησης ≥ 500 gr, ενώ η NCHS¹⁴, ACOG¹⁵ και το ABS¹⁶ ορίζουν ως ΕΘς αυτούς που συμβαίνουν ≥ 20 εβδομάδες κύησης και βάρος γέννησης >400 gr, στο Ηνωμένο Βασίλειο ο ΕΘ ορίζεται από ≥ 24 εβδομάδων και βάρους ≥ 350 g, οι οποίοι αναφέρονται επίσης ως " θνησιγένεια ". Για στατιστικούς σκοπούς, (γράφημα 1), ο εμβρυϊκός θάνατος υποδιαιρείται περαιτέρω σε «πρώιμο» (20 έως 27 εβδομάδων κύησης) ή όψιμο (≥ 28 εβδομάδες κύησης). Οι εγκυμοσύνες που οδηγούν σε εμβρυικό θάνατο πριν από τις 20 εβδομάδες κύησης κατηγοριοποιούνται ως αποβολές Barfield (2011). Ο ΕΘ προσδιορίζεται όταν δεν υπάρχει κανένα σημάδι της ζωής μετά τον τοκετό, δεν αναπνέει ούτε παρουσιάζει άλλες ενδείξεις ζωής, όπως καρδιακό παλμό, σφυγμό του ομφάλιου λώρου, ή σαφή κίνηση των γραμμωτών μυών (Lawn et al., 2009).

¹⁴ National Center for Health Statistics (NCHS) www.cdc.gov/nchs

¹⁵ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) <http://www.acog.org>

¹⁶ Australian Bureau of Statistics (ABS) : <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf>



ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Source: Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, et al, 2012¹⁷.

Οι Gravett and Rubens (2012), υποστηρίζουν ότι το ποσοστό της περιγεννητικής θνησιμότητας υποδηλώνει την σχετική υγεία ενός έθνους ή μιας κοινότητας και σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων.

Παρατηρούνται σημαντικές διαφορές σε ποσοστά περιγεννητικής θνησιμότητας ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικό – οικονομικές ομάδες. Κάθε χρόνο εκτιμάται ότι περίπου 4 εκατομμύρια μωρά πεθαίνουν παγκοσμίως κατά τις πρώτες 4 εβδομάδες της νεογνικής περιόδου. Τα τρία τέταρτα των νεογνικών θανάτων συμβαίνουν κατά την πρώτη εβδομάδα. Ο υψηλότερος κίνδυνος θανάτου υφίσταται κατά την πρώτη ημέρα της ζωής. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι κύριες άμεσες αιτίες του νεογνικού θανάτου εκτιμάται ότι είναι ο πρόωρος τοκετός (28%), οι σοβαρές λοιμώξεις (26%) και η περιγεννητική ασφυξία (23%). Ο νεογνικός τέτανος, που κυρίως οφείλεται σε έλλειψη

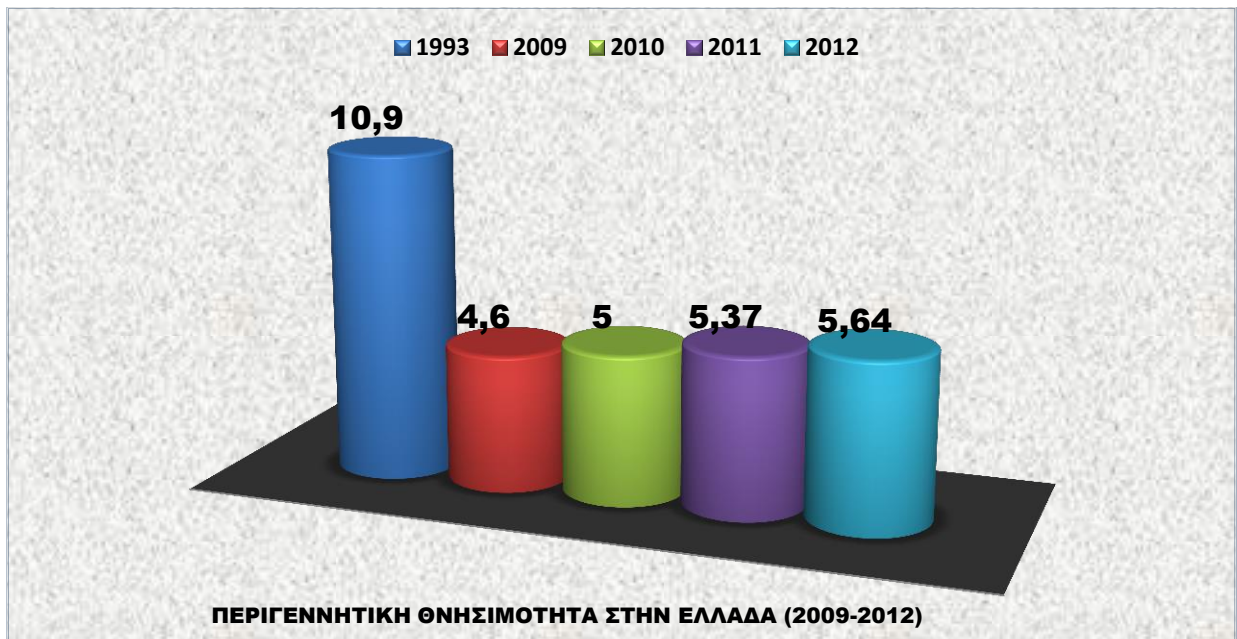
¹⁷ Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, et al, (2012). The Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? Lancet :10.1016, 140-6736, (10) 62187-3.

συνθηκών υγιεινής στην απολίνωση του ομφαλίου λώρου, αντιπροσωπεύει ένα μικρότερο ποσοστό των θανάτων (7%), αλλά μπορεί εύκολα να προληφθεί (ΠΟΥ, 2006). Το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση είναι μια σημαντική έμμεση αιτία θανάτου. Επίσης, επιπλοκές από την μεριά της μητέρας, όπως το χαμηλό βιοτικό επίπεδο διαβίωσης ή η έλλειψη υγιεινής διατροφής, φαίνεται να συνδέονται στενά με αυξημένο κίνδυνο νεογνικού θανάτου Lawn et al., (2005). Κάθε χρόνο από 15 εκατομμύρια βρέφη που γεννιούνται πρόωρα, το 1,1 εκατομμύρια πεθαίνουν λόγω προβλημάτων υγείας. Οι πρώτες εβδομάδες της ζωής κατά την νεογνική περίοδο χαρακτηρίζονται από την υψηλότερη επικινδυνότητα θανάτου από οποιαδήποτε άλλη περίοδο στη διάρκεια ζωής ενός ανθρώπου Lawn, Cousens and Zupan, (2005). Στις χώρες με υψηλό εισόδημα, η ΝΘ αποτελεί πλέον ένα σημαντικό επίκεντρο των πολιτικών υγείας για την παιδική υγεία, ιδίως όσον αφορά τη θνησιμότητα και τη μείωση της νοσηρότητας. Ωστόσο, σε χώρες χαμηλότερου εισοδήματος οι νεογνικοί δείκτες θνησιμότητας και οι αιτίες που ενοχοποιούνται εξακολουθούν να μην αντιμετωπίζονται με προσοχή ανάλογη με τη σημασία τους (Shiffman, 2010).

Στην Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσεως, σύμφωνα με δημοσιεύματα, 900 περίπου βρέφη χάνουν την ζωή τους ετησίως λόγω ανεπαρκούς περιγεννητικής φροντίδας. Σημειώνεται έλλειψη μονάδων εντατικής φροντίδας νεογνών, κάτι που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή των βρεφών, αλλά και των εγκύων γυναικών. Αναφέρεται επίσης ότι, ακόμη και στα νοσοκομεία που διαθέτουν τέτοιες μονάδες, αυτές είτε δεν λειτουργούν καθόλου είτε υπολειτουργούν λόγω έλλειψης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Ο εκπρόσωπος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής κ. Dalli (2012) δήλωσε ότι, το διάστημα από το 2009 έως το 2010, η εν λόγω θνησιμότητα στην Ελλάδα σημείωσε μικρή αύξηση και έφθασε από 4,6 σε 5,0 επί συνόλου χιλίων γεννήσεων. Επίσης, σύμφωνα με την ΕΣΥΕ, ο δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας στην Ελλάδα το 2012 αυξήθηκε στο

5,64 από 5,37 το 2011, (αναλυτικά, σε σύνολο 293 θανάτων βρεφών, τα 32 ήταν μικρότερα της 1 μέρας, 157 ήταν μικρότερα του 1 μηνός). Από το 2008 έως το 2011 καταγράφεται αύξηση των γεννήσεων νεκρών εμβρύων κατά 21,15%. Στην πρώτη Πανελλήνια Περιγεννητική έρευνα, που διεξήγαγε η Α΄ Παιδιατρική κλινική του Πανεπιστήμιου Αθηνών, μελετήθηκαν 11048 συνεχείς επάλληλες γεννήσεις που έγιναν στη Ελλάδα τον Απρίλιο του 1983. Στην έρευνα αυτή η περιγεννητική θνησιμότητα βρέθηκε 24 στα χίλια, διπλάσια ή τριπλάσια από εκείνη άλλων ανεπτυγμένων χωρών (Σουηδία 7.5%, Νορβηγία 9.4%, Γερμανία 9.6% Αγγλία 10.8%). Όμως στο σύνολο της, η κατάσταση στην Ελλάδα βελτιώθηκε τις δύο τελευταίες δεκαετίες, αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι το 1993 το ελληνικό ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας ήταν 10,9 επί συνόλου χιλίων γεννήσεων.



Στόχοι της Περιγεννητικής Φροντίδας.

Μια υγιής κύηση πρέπει να ξεκινάει πριν την σύλληψη και να συνεχίζεται με την κατάλληλη παρακολούθηση στην προγεννητική και την περιγεννητική περίοδο. Οι

υπηρεσίες υγείας στην περιγεννητική φροντίδα πρέπει να παρέχουν την κατάλληλη περίθαλψη για την αντιμετώπιση των πιθανών παθολογικών επιπλοκών που μπορεί να υπάρξουν. Ειδικά οι κυήσεις υψηλού κινδύνου πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικά τριτοβάθμια νοσοκομεία και να παρακολουθούνται από άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό. Αυτά τα νοσοκομεία στελεχώνονται με και κατάλληλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό που απαιτείται για την παροχή υψηλού επιπέδου προηγμένων ιατρικών υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στον Καναδά. Οι μελλοντικοί γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, σχετικά με την αναγκαιότητα της παρακολούθησης της εγκύου και του μωρού της σε τριτοβάθμιες υπηρεσίες.

Περιγεννητικός θάνατος και Δημόσια Υγεία

Βασικός πυλώνας της δημόσιας υγείας αποτελεί η αναγκαιότητα της μελέτης των περιγεννητικών δεικτών, οι οποίοι αποτελούν σημαντικό βοήθημα για την λήψη αποφάσεων που αποσκοπούν στην προαγωγή της δημόσιας υγείας. Οι Gravett & Rubens (2012), υποστηρίζουν ότι το ποσοστό της περιγεννητικής θνησιμότητας υποδηλώνει την σχετική υγεία ενός έθνους ή μιας κοινότητας. Αναλυτικότερα, για την επίτευξη ουσιαστικής μείωσης του ΠΘ σε όλο τον κόσμο χρειάζονται συντονισμένες προσπάθειες από πολλούς συμμετέχοντες όπως, από διεθνείς οργανισμούς υγείας, ερευνητικά ιδρύματα, μεμονωμένες χώρες, ώστε να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικές πολιτικές, προγράμματα και υπηρεσίες για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας των γυναικών και των νεογνών. Στόχος τους είναι να εξαλειφθούν και να προληφθούν οι βαθύτερες αιτίες των εμβρυϊκών και νεογνικών θανάτων και να γεφυρωθούν τα χάσματα ώστε ο πληθυσμός να έχει ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Το βασικό μέλημα της πολιτικής της Δημόσιας Υγείας i) θα πρέπει να επικεντρώνεται στην οργάνωση της κοινωνίας σύμφωνα με

ανάγκες της δημογραφικής ανατομίας του πληθυσμού, που επηρεάζουν παραμέτρους της ποιότητας ζωής, και ii) να αντιμετωπίζονται ολιστικά τα γενικότερα πληθυσμιακά προβλήματα υγείας με στόχο την πρόληψη των ασθενειών, την προαγωγή της υγείας, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Συγκεκριμένα η οργάνωση των δομών της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης μετά την περιγεννητική απώλεια, θα πρέπει να βασίζονται σε δημογραφικούς, επιδημιολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς δείκτες του πληθυσμού που αποτυπώνονται στον Υγειονομικό Χάρτη της κάθε περιοχής. Τέλος η προσπάθεια της δημόσιας υγείας θα πρέπει να στοχεύει στην εξομάλυνση των κοινωνικό-οικονομικών ανισοτήτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αποσκοπώντας στην προάσπιση των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού που ζουν σε μειονεκτικές, κοινωνικά, συνθήκες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Το 1986 ο ΠΟΥ δημοσίευσε μία λίστα προτάσεων σχετικά με την καταλληλότερη χρήση της τεχνολογίας στον τοκετό. Παρόλα αυτά, τείνει να γίνει πρότυπο στην Ευρώπη, η γυναικολογική και μαιευτική φροντίδα να στηρίζεται αποκλειστικά στην ιατρική οπτική. Το μοντέλο φροντίδας που έχει ως επίκεντρο τη γυναίκα και τη μαιευτική παρακολούθηση από μαιές έχουν μπει στο περιθώριο, εις βάρος των μητέρων και των μωρών τους. Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, το ENCA υποστηρίζει ότι η περιγεννητική φροντίδα πρέπει να βασίζεται σε μαιές και σε συμβούλους μητρότητας.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το 1993 ιδρύθηκε το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την υγεία του παιδιού ο ENCA¹⁸. Πρόκειται για ένα δίκτυο οργανισμών οι οποίοι αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα να υπάρξουν στρατηγικές ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες, όσον

¹⁸ ENCA: European Network of Child health Association <http://cianewiki.naissance.asso.fr/Enca/>

αφορά το περιβάλλον και τον τρόπο αντιμετώπισης της προγεννητικής περιόδου, στον τοκετό και στην περίοδο μετά τη γέννα. Σε ολόκληρη την Ευρώπη δραστηριοποιούνται με στόχο τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας για τις μητέρες και τα νεογνά. Αντίστοιχα το Ελληνικό Δίκτυο για την υγεία του παιδιού (ENCA Hellas) δημιουργήθηκε με στόχο τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας, ως μια πρωτοβουλία ευαισθητοποιημένων οργανισμών και πολιτών.

Σκοπός της μελέτης.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να περιγράψει και να διερευνήσει ορισμένες από τις προκλήσεις που παρουσιάζονται στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (Παιδίατροι, Μαιευτήρες, Μαιές, Νοσηλευτές, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί λειτουργοί, κοκ) που εμπλέκονται και επιθυμούν να παράσχουν υπηρεσίες στο πένθος των οικογενειών.

Ο ΠΘ όταν συμβαίνει, ωστόσο, είναι συνήθως μέσα σε μια νοσοκομειακή μονάδα, αφού εκ των προτέρων η έγκυος ή το νεογνό έχουν λάβει πολύπλοκες ιατρικές φροντίδες, με στόχο τη θεραπεία ή τον έλεγχο μίας σοβαρής επιπλοκής. Έτσι, οι ΕΥς εκτίθενται στη διαδικασία του περιγεννητικού θανάτου, χωρίς το εφόδιο της προηγούμενης ειδικής εκπαίδευσης που μπορεί να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τις ιδιαίτερες ανάγκες, τόσο των γονέων, όσο και το χειρισμό των προσωπικών τους αντιδράσεων μπροστά στο θάνατο. Προγράμματα με στοχευμένη εκπαίδευση στην περιγεννητική νοσηλεία, εκτός η εντός του νοσοκομείου, θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν αυτές τις ιδιαίτερες ανάγκες των ιδίων και των γονέων με περιγεννητική απώλεια (Papadatou et al., 1997).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η στάση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο, επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι ζωτικής σημασίας οι υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας να έχουν μια σαφώς

καθορισμένη μοντελοποιημένη αντιμετώπιση του περιγεννητικού θανάτου. Συνεπώς, είναι αναγκαία η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού, με σκοπό την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, ώστε να προάγουν ομαδικά την πρόληψη και την αντιμετώπιση του περιγεννητικού θανάτου και την σωστή αποκατάσταση των γονέων. Όσοι επαγγελματίες ασχολούνται με την περιγεννητική φροντίδα, όπως μαιευτήρες, μαίες νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, κρίνεται απαραίτητο να βοηθούν με τον κατάλληλο τρόπο,¹⁹ έτσι ώστε οι οικογένειες να αισθάνονται παρηγοριά μετά την απώλεια. Επίσης το προσωπικό πρέπει να είναι επαρκώς εκπαιδευμένο έτσι ώστε να έχει τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την κατάλληλη συνεχή αξιολόγηση, διαλογή, και τη φροντίδα της εγκύου και του νεογνού. Λίγα είναι γνωστά για της επίδραση του ΠΘ στους ΕΥς στην διεθνή βιβλιογραφία. Μελέτες που έχουν γίνει έχουν διερευνήσει κυρίως το πως οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν την απώλεια ενός ογκολογικού ή παιδιατρικού ασθενή. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτες βιώνουν κυρίως ενοχή, θλίψη και άγχος όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με το θάνατο. Σύμφωνα με Παπαδάτου et al.,(1997), ο θάνατος ενός νεαρού ασθενή προκαλεί πόνο και αγωνία σε νοσηλεύτες και ιατρούς. Οι Plante και Cyr (2011) διεξήγαγαν μια αντίστοιχη μελέτη σε επαγγελματίες υγείας που είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα παιδιατρικών ασθενών. Σκοπός τους ήταν να διερευνήσουν τις επιπτώσεις που προκαλούνται μετά από την εμπειρία τους από το θάνατο ενός παιδιατρικού ασθενή και να προσδιορίσουν ποιες είναι ανάγκες τους. Η μέθοδος που χρησιμοποίησαν ήταν μια μελέτη που διεξήχθη με την βοήθεια ενός ερωτηματολογίου του TRIG²⁰ ώστε να αξιολογήσει τις συναισθηματικές αντιδράσεις,

¹⁹ Η ενδεδειγμένη φροντίδα συνίσταται στην μη συναισθηματική εμπλοκή φροντιστή υγείας χωρίς την παροχή στερεοτύπων – πεποιθήσεων του σχετικά με τη διαχείριση του πένθους, προς το ζευγάρι με την περιγεννητική απώλεια.

²⁰. The TRIG (Texas Revised Inventory of Grief) questionnaire.

τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τις ανάγκες των ΕΥς του παιδιατρικού τομέα σε ένα γενικό νοσοκομείο. Το επίπεδο της θλίψης που βίωσαν οι ΕΥς μετά την απώλεια ενός παιδιατρικού ασθενή ήταν έντονη. Οι θεράποντες του αναπνευστικού συστήματος παρουσίασαν την υψηλότερη μέση τιμή (\pm SD) της έντασης της θλίψης μετά από μια εμπειρία θανάτου έναντι άλλων ΕΥς, επίσης οι νεότεροι ΕΥς (20 έως 25 ετών) ανέφεραν νωρίτερα υψηλότερη ένταση θλίψη από ό, τι οι παλαιότεροι (ηλικίας άνω των 50 ετών). Εβδομήντα τοις εκατό των ΕΥς μίλησαν με τους συναδέλφους τους, μετά το θάνατο ενός παιδιού και το 48% με την οικογένεια τους και τους φίλους τους. Πολλοί από τους συμμετέχοντες (37%) πίστευαν ότι η κοινωνική υποστήριξη τους βοήθησε περισσότερο Plante and Cyr (2011).

Σε μια αντίστοιχη μελέτη, η Vivian (2012) υποστηρίζει ότι οι θάνατοι παιδιών στην Παιδιατρική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας δημιουργούν βαθιά δεοντολογικά και ηθικά ζητήματα στους ΕΥς που διαχειρίζονται τις προβληματικές περιπτώσεις που η κλινική αναγκαιότητα απαιτεί από αυτούς, προκειμένου τα παιδιά για ζήσουν²¹. Οι ΕΥς που εμπλέκονται στενά σε θανάτους παιδιών φαίνονται να επηρεάζονται περισσότερο από τις συναισθηματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις των θανάτων. Σε αυτό, οι σύμβουλοι οι οποίοι είναι ειδικοί σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας πρέπει να διαδραματίζουν έναν κρίσιμο ρόλο, δεδομένου ότι αναλαμβάνονται την ευθύνη για την κλινική διαχείριση των θανάτων Vivian (2012).

Το πένθος της περιγεννητικής απώλειας είναι μια πολύ δύσκολη διαδικασία για το ζευγάρι που βιώνει την απώλεια. Υπό το πρίσμα αυτού του γεγονότος, πχ, στον Καναδά έχει δημιουργηθεί ένα εθνικό δίκτυο υποστήριξης, για χρήση από τους γονείς που θρηγούν. Οι γονείς χωρίς χρέωση, μπορούν να καλέσουν σε μια ειδική γραμμή υποστήριξης, όπου εξειδικευμένο προσωπικό προσφέρει ενισχυτική συμβουλευτική

²¹ Οι ΕΠς αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα σχετικά με την νεκράνασταση- ανάνηψη βαρέως πασχόντων νεογνών, με σοβαρά δυνητικά προβλήματα στο μέλλον.

βοήθεια και τους αποστέλλει χρήσιμο έντυπο υλικό. Επίσης, αυτή η ομάδα της τηλεφωνικής υποστήριξης, συνδέει τους γονείς με άλλους γονείς που έχουν ήδη βιώσει μια παρόμοια απώλεια, με σκοπό να τους βοηθήσουν και να τους συμπαρασταθούν

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιά είναι τα προσβάσιμα στατιστικά δεδομένα που απαιτούνται για τους βασικούς δείκτες της ποιότητας και η διαθεσιμότητα της περίθαλψης, καθώς και για τον επιπολασμό των επιβαρυντικών παραγόντων αυτών των θανάτων και των συναφών δεικτών οι οποίοι αποτελούν το πλαίσιο για την κατανόηση θνησιγένειας και των νεογνικών θανάτων της πρώτης εβδομάδας ζωής;
- Οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στενά σε ένα περιγεννητικό θάνατο φαίνεται να επηρεάζονται από τη συναισθηματική, την ψυχολογική και τις κοινωνικές επιπτώσεις των θανάτων και είναι ζωτικής σημασίας οι υπηρεσίες που παρέχονται να έχουν μια σαφώς καθορισμένη πολιτική στην αντιμετώπιση του περιγεννητικού θανάτου.

Προτεινόμενη μεθοδολογία

Για το γενικό μέρος θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση για τα αίτια που προκαλούν ΠΘ και θα αντληθούν στοιχεία που εκδίδονται από τις στατιστικές υπηρεσίες σε επίπεδο νοσοκομείων, από Εθνικές Στατιστικές Υπηρεσίες (EUROSTAT, WHO, ΕΣΥΕ , κοκ.).

Από μια αδρή ανασκόπηση τη βιβλιογραφίας προέκυψε ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των στατιστικών δεδομένων. Κλινικοί ερευνητές και επιδημιολόγοι αντιμετωπίζουν σχεδόν ανυπέρβλητα εμπόδια στη συλλογή και την ανάλυση των αξιόπιστων δεδομένων σχετικά με τον επιπολασμό και τις παρεμβάσεις. Για την αξιολόγηση της θνησιμότητας και των μακροχρόνιων επιπτώσεων της σε διάφορους πολιτισμούς λείπουν πρότυπα εργαλεία και πρωτόκολλα, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται σοβαρά η διαθεσιμότητα ποιοτικών δεδομένων, ιδιαίτερα στη Νότια Ασία και την Υποσαχάρια Αφρική, όπου αντιπροσωπεύει τα δύο τρίτα του συνολικού ποσοστού ΠΘ (Lawn et al.,2005).

Συγκεκριμένα, η έρευνα για τους αιτιολογικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για τον ΠΘ παρεμποδίζεται από την έλλειψη τυποποιημένων ορισμών και πρωτόκολλων εκτίμησης για την αξιολόγηση αυτών των αποτελεσμάτων. Η αναγκαιότητα της μελέτης των ποσοστών της περιγεννητικής θνησιμότητας γίνεται όλο και πιο επιτακτική. Οι τιμές που προσδιορίζονται διαφέρουν, και αυτό διότι οι εκτιμήσεις εξαρτώνται από τα πολλαπλά και πολύπλοκα συστήματα ταξινόμησης των στοιχείων. Συγκεκριμένα, για τον ακριβή προσδιορισμό της ΠΘ ενός πληθυσμού είναι δυνατόν να υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες για την ασφαλή στατιστική ερμηνεία οποιωνδήποτε δεδομένων. Αυτό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως το μέγεθος της περιοχής, από την ευκρίνεια και τη μέθοδο καταγραφής των συνολικών γεννήσεων και των περιγεννητικών θανάτων, και την νομοθεσία που διέπει αυτή την καταγραφή.

Σε ορισμένες χώρες, κάποιοι θάνατοι σκοπίμως δεν υπολογίζονταν, για παράδειγμα, στην πρώην Σοβιετική Ένωση, δεν καταγράφονταν στα εθνικά στατιστικά δεδομένα περιπτώσεις που ζώντα γεννηθέντα νεογνά που όμως το νεογνό κατέληγε εντός 7 ημερών και ήταν μικρότερο από 1000 g ή 28 εβδομάδων κύησης. Επίσης, οι Gourbin και Masuy-Stroobant (1995). ισχυρίζονται ότι η μεγάλη διακύμανση των καταχωρίσεων που παρατηρείται φαίνεται να εξαρτάται ανάλογα από το επιτρεπτό χρονικό όριο εγγραφής του θανάτου στα εθνικά αρχεία. Όσο μεγαλύτερο είναι το επιτρεπτό όριο, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες των εμβρυικών και νεογνικών θανάτων να μην καταγράφονται στα κεντρικά στατιστικά στοιχεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του τύπου σφάλματος παρατηρήθηκε στη Γεωργία. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε για να εξακριβωθεί πόσοι από τους εγγεγραμμένες γεννήσεις ζώντων νεογνών χαμηλού σωματικό βάρος γέννησης είχαν πράγματι επιζήσει. Διαπιστώθηκε, ότι ένα μεγάλο ποσοστό (21%) των θανάτων ποτέ δεν είχε καταχωρηθεί. Η συμπερίληψή τους πιστεύουν οι Allen και Terry (1979) θα αύξανε την συνολική θνησιμότητα κατά 25%. Επίσης, και αλλού έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν παρόμοια προβλήματα. Για παράδειγμα, στο Enschede της Ολλανδίας, Smits (1981) διαπίστωσε ότι το 31% του περιγεννητικού θανάτου δεν είχε καταχωρηθεί. Στο Άμστερνταμ τα νοσοκομεία διαπίστωσαν ότι το 15% θανάτων δεν είχαν καταγραφεί, και δεν ήταν σε θέση να εκτιμήσουν ποιο είναι το ποσοστό αυτών που είχαν συμβεί κατ' οίκον (Doornbos & Nordbeck 1985). Σε Ελληνική Εθνική έρευνα σχετικά με τον αριθμό των γεννήσεων και του περιγεννητικού θανάτου το 31% δε είχαν καταχωρηθεί (Tzoumaka-Bakoula et al., 1990).

Άλλο ένα σημαντικό ερευνητικό ερώτημα που θα μας απασχολήσει είναι το πώς και γιατί οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να διαχειριστούν τον περιγεννητικό θάνατο. Επίσης πώς η στάση τους επηρεάζει την ποιότητα υπηρεσιών προς τη

δοκιμαζόμενη οικογένεια και ταυτόχρονα οδηγεί σε μειωμένη ικανοποίηση για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας.

Μετά την ενδελεχή βιβλιογραφική μελέτη, θα πραγματοποιηθεί έρευνα στα δυο μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης, δηλαδή το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) & το Βενιζέλειο Παννάειο Γενικό Νοσοκομείο του Νομού Ηρακλείου Κρήτης στην Ελλάδα.

Μετά από την έγκριση στις 2 Σεπτεμβρίου του 2014, το θεσμικό συμβούλιο Δεοντολογίας και Έρευνας της 7ης ΥΠΕ επέτρεψε την διανομή ερωτηματολογίου, σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του περιγεννητικού θανάτου από τους επαγγελματίες υγείας. Τα ερωτηματολόγια θα διανεμηθούν σε 130 επαγγελματίες υγείας, μεταξύ Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου του 2015. Τα ανώνυμα ερωτηματολόγια αυτοσυμπληρούμενα θα διανεμηθούν στις μονάδες φροντίδας (Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Μαιευτικές Κλινικές, στις Αίθουσες Τοκετών, στα Εξωτερικά Μαιευτικά Ιατρεία) και σε όλες τις υπηρεσίες που εργάζονται γύρω από την περιγεννητική φροντίδα των παραπάνω νοσοκομείων.

Πριν την διανομή θα προηγηθεί η μορφοποίηση του ερωτηματολογίου και θα πάρει την τελική του μορφή μετά από την εφαρμογή της μεθόδου Delphi²², και ένα μέρος του οποίου θα αποτελείται από ερωτηματολόγιο το Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) των Wong, Reker και Gesser (1988), το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Μαλιαρού και συν το 2001. Η στατιστική επεξεργασία θα γίνει με το IBM SPSS Statistics version.

²²Η μέθοδος Delphi είναι μια δομημένη ερευνητική διαδικασία κατά την οποία μια σειρά από ερωτηματολόγια θα συντάσσονται και θα διανέμονται σε μια ομάδα εμπειρογνομόνων, με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών για το θέμα που διερευνάται. Η διαδικασία ολοκληρώνεται όταν επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή συναίνεση μεταξύ των μελών της ομάδας ώστε να εξασφαλιστεί ότι το περιεχόμενο είναι κατάλληλο και εύκολα κατανοητό. Οι παρατηρήσεις τους θα επιτρέψουν περαιτέρω διορθώσεις.

Χρονοδιάγραμμα εργασιών.

- **Σεπτέμβριος 2014:** Έγκριση από το θεσμικό συμβούλιο Δεοντολογίας και Έρευνας της 7ης ΥΠΕ για την διανομή ερωτηματολογίου, σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του περιγεννητικού θανάτου από τους επαγγελματίες υγείας.
- **Δεκέμβριος 2014:** Πρώτο μέρος διατριβής. Ολοκλήρωση του προσχέδιου (draft) του γενικού μέρους το οποίο θα περιλαμβάνει, βιβλιογραφική ανασκόπηση για τα αίτια που προκαλούν τον ΠΘ και θα αντληθούν στοιχεία που εκδίδονται από επίσημες στατιστικές πηγές, όπως Εθνικές Στατιστικές Υπηρεσίες, EUROSTAT, WHO, ΕΣΥΕ, κοκ.

Επίσης, θα διερευνηθεί η αναγκαιότητα της μελέτης των περιγεννητικών δεικτών, οι οποίοι αποτελούν σημαντικό βοήθημα για τους επαγγελματίες που είναι υπεύθυνοι για την λήψη αποφάσεων που αποσκοπούν στην προαγωγή της δημόσιας υγείας.
- **Ιανουάριος 2015:** Στο δεύτερο μέρος της διατριβής θα διερευνηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα: i) πώς και γιατί οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να διαχειριστούν τον περιγεννητικό θάνατο, ii) ποιες οι συνέπειες στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας προς τη δοκιμαζόμενη οικογένεια, iii) θα γίνει μεταανάλυση υπαρχουσών ερευνών σε διεθνές επίπεδο.

Επίσης θα γίνει η τελική μορφοποίηση του ερωτηματολογίου με την ερευνητική μέθοδο «Delphi».
- **Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2015 :** θα διανεμηθεί το ερωτηματολόγιο στους εργαζόμενους που έχουν σχέση με την φροντίδα της περιγεννητικής περιόδου, όπως επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μαιευτικές κλινικές, στις

Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, στα Ιατρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, στα δυο μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κρήτης, δηλαδή το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) & το Βενιζέλειο Παννάειο Γενικό Νοσοκομείο του Νομού Ηρακλείου Κρήτης στην Ελλάδα .

- **Μάρτιος 2015:** Στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων με το IBM SPSS Statistics version.
- **Απρίλιος 2015:** Ολοκλήρωση του ειδικού μέρους της διατριβής και μετά από τις τελικές διορθώσεις θα προκύψουν τα τελικά συμπεράσματα.
- **Μάιος – Ιούνιος 2015:** Παρουσίαση διατριβής.

Ενδεικτική βιβλιογραφία.

Ελληνική βιβλιογραφία

- Γεωργιάδου, Σ. (2005). Διπλωματική «Η Βρεφική Θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ευρώπη κατά την τελευταία εικοσαετία». Πανεπιστήμιο Πειραιά.
- Δρόσου-Αγακίδου, Δ. (2005). Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22 (50): 459-456.
- Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (2013). Δελτίο τύπου « Φυσική κίνηση πληθυσμού έτους 2012». Access at: <http://www.statistics.gr/>
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2010). Ελληνική έκδοση «Εγχειρίδιο Οδηγιών Χρήσης της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας ICD-10». Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα του Τόμου 1& 2 της ICD-10.
- Κολιάνδρη, Ι. (1989). Διατριβή, « Περιγεννητική θνησιμότητα Και συγγενείς καρδιοπάθειες». Αθήνα .
- Μαλιαρού, Μ. Σαράφης Π, Καραθανάση Κ, Σεραφείμ Τ, Σωτηριάδου Κ, Θεοδοσοπούλου Ε. (2011). Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)-Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής έκδοχής του ερωτηματολογίου. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, τόμος 4, τευχος 1: 14-31.
- Papadatou, D. (1997). Training health professionals in caring for dying children and grieving families. Death Studies. 21 (6): 575-600.

- Tzoumaka-Bakoula, Chr., Lekea-Karanika, V., Matsaniuotis, N.S., Golding, J. (1990). Birthweight Specific Perinatal Mortality in Greece. *Acta Paediatrica* 79(1).p. 47–51.

Διεθνής βιβλιογραφία.

- Allen, J. Terry, J. (1979). Under-reporting of neonatal deaths—Georgia 1974–77. *CDC MMWR*. 28 .p.253–254.
- Barfield, D. (2011). Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. 128(1). p.177-81.
- Byatt, N., Biebel, K., Lundquist, R. S., Moore Simas, T. A., Debordes-Jackson, G., Allison, J., & Ziedonis, D. (2012). Patient, provider, and system-level barriers and facilitators to addressing perinatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30 (5): 436-449.
- Cacciatore J, Rådestad I, Frederik Frøen J. (2008). Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth*, 35(4):.313-20.
Access at: <http://www.babycentre.co.uk/a1014800/when-a-baby-is-stillborn>.
- Canadian Pediatric Society (2001): Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatric Child Health*, 6(7).
- Childhood, Infant and Perinatal Mortality in England and Wales 2012, (2014): Office for National Statistics.
- Edwards, S. (2002). Perinatal mortality in the pig: environmental or physiological solutions. Vol.78, Issue.1, pp.3–12.
- European Perinatal Health Report Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.

- Facts and figures from The World Health Report 2005. Make every mother and child count
- Gravett, G. & Rubens, E. (2012). A framework for strategic investments in research to reduce the global burden of preterm birth. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 207(5). p. 368–373.
- Gourbin, C. & Masuy-Stroobant, G. (1995) Registration of vital data: are live births and stillbirths comparable all over Europe? Bull WHO 73 .p.449–460
- Doornbos, JPR and Nordbeck, H J. (1985) Perinatal Mortality. Obstetric Factors in a Community of Mixed Ethnic Origin in Amsterdam. ICG Printing, Dordrecht.
- Grunebaum, A. & Chervenak, F. Counseling parents after stillbirth. (Πρόσβαση από το διαδικτυακό τόπο : <http://www.uptodate.com/contents/counseling-parents-after-stillbirth>.)
- Hopkins-Hutti, M. (2009). An examination of perinatal death literature: Implications for nursing practice and research. University of Louisville Kentucky. (Published online access and use can be found at <http://www.tandfonline.com/page/terms-and-conditions>)
- Hsiang-Ching, K. et al. (2008) National Vital Statistics Reports, Vol. 56, issues.10.
- Hughes P. et al. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. Lancet, vol.360, issues. 9327, pp.114.
- <http://www.babybreathcanada.ca/peersupportresources.html>
- <http://www.europarl.europa.eu/sides/getAllAnswers.do?reference=E-2012-001025>
- Kent, A. et al. (2009). Systematic multidisciplinary approach to reporting perinatal mortality: Lessons from a five-year regional review. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology , vol.49, pp. 472–477.

- Lawn, J. E., Cousens, S., and Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet Neonatal Survival Steering Team* 365(9462). p. 891-900.
- Lawn, J. E. et al. (2009). 3.2 million stillbirths: epidemiology and overview of the evidence review. [Online] *BMC Pregnancy Childbirth*. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/S1/S2>.
- Oakley, et . al .(2009). Multivariate analysis of infant death in England and Wales in 2005–06, with focus on socio-economic status and deprivationand. Pat Doyle London School of Hygiene and Tropical MedicineNirupa Dattani and Kath Moser Office for National Statistics
- OECD Health Statistics 2014 Definitions, Sources and Methods
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>
- Perinatal Statistics Report 2012 – ESRI.
- Radestad, I. et al. (1996). Psychological complications after stillbirth— influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ* vol.312, pp.1505 access from <http://dx.doi.org>.
- Plante, J & Cyr, C. (2011) Health care professionals’ grief after the death of a child. *Paediatr Child Health*. 16(4).p.213-216
- Shiffman,J. (2010) Issue attention in global health: the case of newborn survival. *Lancet* 375.p. 2045–2049
- Smits, F. (1981) De doeltreffendheid van het selecties system binnen de verloskundige zorg. MD thesis, Nijmegen, pp. 66
- Schott, J. Henley A, Kohner N. 2007. Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals. 3rd ed. Sands (stillbirth and neonatal death

charity). Shepperton on Thames: Bosun Press access from <http://www.babycentre.co.uk/a1014800/when-a-baby-is-stillborn>.

- Surkan .PJ, (2008). Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: a brief report. *Birth* vol.35, issues.2, pp.153-7. PubMed.
- Suppl, E. (1999). Vital records for quality improvement. *Pediatrics*, vol.103, issues.1, pp.278-90.
- Vivian, L. (2012). “We didn’t do anything wrong, we tried our best, but they just died... we tried, we really tried”: Child deaths in the paediatric intensive care unit, Red Cross Children’s Hospital, Cape Town, South Africa, *African Studies*. 71 (2) .p. 287–303.

Βεβαίωση εκπόνησης μεταπτυχιακής διατριβής

Δια της παρούσης βεβαιώνεται ότι η κ. Μακράκη Καλλιόπη με αριθμό φοιτητικής ταυτότητας ΑΠΚΥ 11201410 εκπονεί υπό την επίβλεψη μου μεταπτυχιακή διατριβή με θέμα: **«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΡΟΛΟΥ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ»**, στο πλαίσιο των υποχρεώσεων της ως φοιτήτριας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Το ερευνητικό πρωτόκολλο της ως άνω διατριβής έχει εγκριθεί από τις ακαδημαϊκές αρχές του ΑΠΚΥ, με περίοδο υλοποίησης το ακαδημαϊκό έτος 2014-2015.

Η επικοινωνιακή συνεργασία των αρμοδίων αρχών και η προθυμία για συμμετοχή των επιλεξιμών εθελοντών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της ερευνητικής προσπάθειας και θα εκτιμηθεί ιδιαίτερα.

Ο βεβαιών



Δρ Γιάγκος Μ. Λαβράνος, MD, MA, PhD, Ειδικός Παθολόγος
ΣΕΠ Δημόσιας Υγείας, ΜΠΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, ΑΠΚΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: Σμύρνης 26,

71201 Ηράκλειο Κρήτης, ΤΘ 1285

Πληρ.: **Α. Μανουράς**

Τηλ: 2813404433

Fax: 2810300416

Email: amanouras@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 02-09-14

Αρ. Πρωτ:10662/
3-09-14

ΠΡΟΣ:κα Μακράκη Καλλιόπη,
Μαία της ΜΕΝΝ του
ΠΑΓΝΗ – Γ.Ν. «Βενιζέλειο»
Αποκεντρωμένη Μονάδα
Γ.Ν. «Βενιζέλειο».

Κοιν.:1.Διοικήτή ΠΑΓΝΗ-Γ.Ν.
«Βενιζέλειο», κ. Ν. Χαριτάκη
2. Αναπλ. Διοικήτρια ΠΑΓΝΗ-
Γ.Ν. «Βενιζέλειο», Αποκεντρωμένη
Μονάδα Γ.Ν. «Βενιζέλειο»
3.Πρόεδρο Επιστημονικού
Συμβουλίου κ. Τριανταφύλλου.

Θέμα: «Έγκριση Διανομής Ερωτηματολογίου»

Σχετ.: Η με αριθ. 52 Απόφαση της Συνεδρίασης 7/23-7-2014 του Επιστημονικού

Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ- Γ.Ν. «Βενιζέλειο», Αποκεντρωμένη Μονάδα Γ.Ν.

«Βενιζέλειο».

Σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνεται η διανομή ερωτηματολογίου από την Μεταπτυχιακή
Φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του

Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου και Μαία της MENN του Γ.Ν. «Βενιζέλειο» και Μακράκη Καλλιόπη στους Επαγγελματίες Υγείας της MENN και του Μαιευτικού – Γυναικολογικού Τμήματος του Γ.Ν. «Βενιζέλειο», στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής διατριβής με θέμα «**Αξιολόγηση ρόλου και στάσεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον περιγεννητικό θάνατο**», υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κ. Γιάγκου Μ. Λαβράνου, Ειδικού Παθολόγου.

Η έγκριση δίνεται με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας της θα προσκομίσει περίληψη των αποτελεσμάτων στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και στη Διοίκηση της 7ης Υ.ΠΕ Κρήτης.

Η έγκριση δίνεται με την προϋπόθεση της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου και της τήρησης όλων των κανόνων δεοντολογίας και ηθικής και προστασίας της ανωνυμίας.

Είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΑΝΤΩΝΗΣ Γ. ΓΡΗΓΟΡΑΚΗΣ

Εσωτ. Διανομή: Υποδιοικήτρια 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης και Άννα Τριχοπούλου.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: Σμύρνης 26,

71201 Ηράκλειο Κρήτης, ΤΘ 1285

Πληρ.: **Α. Μανουράς**

Τηλ: 2813404433

Fax: 2810300416

Email: amanouras@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 03-09-14

Αρ. Πρωτ:10681

ΠΡΟΣ:κα Μακράκη Καλλιόπη,
Μαία της MENN του
ΠΑΓΝΗ – Γ.Ν. «Βενιζέλειο»
Αποκεντρωμένη Μονάδα
Γ.Ν. «Βενιζέλειο».

Κοιν.:1.Διοικητή ΠΑΓΝΗ-Γ.Ν.
«Βενιζέλειο», κ. Ν. Χαριτάκη
2.Καθηγητή κ. Γ. Βελεγράκη,
Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
3.Πρόεδρο Επιστημονικού
Συμβουλίου κ. Γεωργόπουλο.

Θέμα: «Έγκριση Διανομής Ερωτηματολογίου»

Σχετ.:Το με αριθ. πρωτ. 1079/6-8-2014 Πρακτικό του Επιστημονικού

Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ- ΓΝ «Βενιζέλειο» Οργανική Μονάδα ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνεται η διανομή ερωτηματολογίου από την Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου και Μαία της MENN του Γ.Ν. «Βενιζέλειο» κα Μακράκη Καλλιόπη στους Επαγγελματίες Υγείας της ΜΕΘ

Νεογνών και της Μαιευτικής–Γυναικολογικής Κλινικής του ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής διατριβής με θέμα «Αξιολόγηση ρόλου και στάσεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον περιγεννητικό θάνατο», υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κ. Γιάγκου Μ. Λαβράνου, Ειδικού Παθολόγου.

Η έγκριση δίνεται με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας της θα προσκομίσει περίληψη των αποτελεσμάτων στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και στη Διοίκηση της 7ης Υ.ΠΕ Κρήτης.

Η έγκριση δίνεται με την προϋπόθεση της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου και της τήρησης όλων των κανόνων δεοντολογίας και ηθικής και προστασίας της ανωνυμίας.

Είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

α.α.

Η ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

Δρ. ANNA ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ

Εσωτ. Διανομή: Γραφείο Διοικητή 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης



Dr Maria Malliarou



προς εμένα

4 Μαρ [Λεπτομέρειες](#)

κ Μακράκη έχετε την άδεια να χρησιμοποιήσετε την μετάφραση του εργαλείου DAP-R το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από την συγγραφική ομάδα Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π, Καραθανάση Κ, Σεραφείμ Τ, Σωτηριάδου Κ, Θεοδοσοπούλου Ε. Σας αποστέλλω το άρθρο που αφορά την στάθμιση του εργαλείου.

Δρ Μαρία Μαλλιαρού
ΤΧΗΣ (ΥΝ), Προϊσταμένη Χειρουργείου
404 ΓΣΝ
Επιστημονική Συνεργάτης ΤΕΙ Θεσσαλίας
ΣΕΥΠ/Τμήμα Νοσηλευτικής
Τερψιθέα 41500
Λάρισα
mob;+36944796499

Dr Maria Malliarou
MAJOR RN, OR HEAD NURSE
404 GMH
Scientific Collaborator Technological
Institution of Thessaly, Nursing Department
mmalliarou@gmail.com
mob: +36944796499
Terpsithea 41500
Larisa