

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ**

: συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

**Γεωργούλλα Νικολάου Αντωνιάδου**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

Δρ Β. Ραφτόπουλος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, 2015

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Συστηματική Βιβλιογραφική ανασκόπηση

**ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ**  
:συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

**Γεωργούλλα Νικολάου Αντωνιάδου**

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ Β. Ραφτόπουλος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΗΣ 2015

## **Πνευματικά Δικαιώματα**

Copyright © Γεωργούλλα Νικολάου Αντωνιάδου (2015)

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της πτυχιακής διατριβής από το τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

## Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη αφιερώνεται στα παιδιά μου. Ευχαριστώ, τον Αναπληρωτή Καθηγητή Δρα Βασίλειο Ραφτόπουλο που επόπτευσε την εργασία μου, για την ουσιαστική βοήθεια του, την συμβουλευτική υποστήριξη και την επικοινωνιακή συνεργασία που είχαμε μαζί. Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στο φιλικό μου περιβάλλον ιδιαιτέρως στην Παναγιώτα που με στήριζε καθόλη την διάρκεια της συγγραφής αυτής της εργασίας και κυρίως στον αγαπημένο μου σύζυγο και τα παιδιά μας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	7
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	13
1.1. Ορισμοί.....	14
1.2. Επιδημιολογικά δεδομένα .....	155
1.4. Διατύπωση του προβλήματος.....	18
1.5. Αναγκαιότητα της βιβλιογραφίας.....	19
2. ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	20
2.1 Κριτήρια εισαγωγής μελετών.....	21
2.2 Κριτήρια αποκλεισμού μελετών.....	21
2.3 Αποκλεισμός και είσοδος μελετών.....	21
2.4 Αξιολόγηση ερευνών.....	25
2.4.1 Είδος ερευνών.....	25
2.4.2. Διαφορές δειγματοληψίας .....	25
2.4.3 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων .....	26
2.4.4 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων .....	26
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	27
3.1 Αποτελέσματα – Θεματική ανάλυση .....	27
3.1.2 Ποιότητα μαιευτικής φροντίδας .....	27
3.1.3 Αξιολόγηση Δεικτών Ποιότητας κατά τη φροντίδα Μητρότητας.....	27
3.1.4 Ικανοποίηση από Υπηρεσίες Υγείας .....	27
3.1.5 Κλινικές Κατευθυντήριες οδηγίες στα Μαιευτήρια και Κλινικός έλεγχος.....	27
3.2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	32
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	34
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	35

## Κατάλογος διαγραμμάτων

Εικόνα 1 : Πίνακες αναζήτησης Pubmed.....22

Εικόνα 2 : Διάγραμμα ροής για την μεθοδολογία που έχει χρησιμοποιηθεί για την τελική επιλογή των επιδημιολογικών μελετών που θα ανασκοπηθούν.....23

Παράρτημα : Πίνακες παρουσίασης και ανάλυσης αποτελεσμάτων από βιβλιογραφική ανασκόπηση

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή :** Η κατανόηση των διαστάσεων της φροντίδας που οι γυναίκες θεωρούν σημαντικές στο τοκετό τους, η ποιότητα και η ασφάλεια, αποτελεί προτεραιότητα κάθε μαιευτηρίου και κρίνεται απαραίτητη η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Για τη διασφάλιση της ποιότητας και ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας, χρειάζεται η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν τους τομείς αυτούς καθώς επίσης και την εφαρμογή κλινικού ελέγχου και πρότυπων φροντίδας σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

**Σκοπός:** Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας κατά την προγεννητική περίοδο, τον τοκετό και την περίοδο της λοχείας.

**Μεθοδολογία:** Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Cochrane. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: ικανοποίηση των γυναικών από μαιευτικές μονάδες, ασφάλεια και ποιότητα στην προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα, μαιευτική ιστορία, μαιευτική φροντίδα, νοσηλευτική μητρότητας, postpartum care, maternity ward, delivery room care, postnatal care, patient perception of medical care, satisfaction care, medical staffing. Συλλέχθηκαν ερευνητικές μελέτες και επιστημονικά άρθρα. Αναζητήθηκε βιβλιογραφία στον διεθνή χώρο και ελληνικό χώρο. Προτιμήθηκε η πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, κυρίως από το έτος 2005 μέχρι το 2015. Μέσα από την ανασκόπηση που έγινε διαπιστώθηκε ότι, παρά το ευρύ φάσμα ερευνών που υπάρχει για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, λίγες λάμβαναν μέρος σε μαιευτικούς θαλάμους και μόνο 13 πληρούσαν τα κριτήρια αναζήτησης και μόνο μία διενεργήθηκε στην Κύπρο.

**Αποτελέσματα:** Η ποιότητα ως έκβαση, σχετίζεται με την μητρική, νεογνική, βρεφική θνησιμότητα, νοσηρότητα νεογνών, θνησιγένεια και σοβαρή αιμορραγία κατά τον τοκετό. Η ανατροφοδότηση και η επανάληψη πληροφοριών για τους ασθενείς μέσω του διοικητικού γύρου αναφοράς, προλαμβάνει την εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας, διασφαλίζει το κλίμα ασφάλειας στην ομάδα εργασίας και οι νοσηλευτικές διεργασίες οργανώνονται καλύτερα. Επίσης, η ομαδική εργασία, η επικοινωνία, η εμπειρία, τα κίνητρα που δίνονται στις νεότερες μαίες, η υποστήριξη και η ίση κατανομή ευθυνών, βελτιώνουν το κλίμα ασφάλειας στις μονάδες

μητρότητας, την αυτοπεποίθηση των μαιών και την απόδοση της παρεχόμενης φροντίδας. Η παροχή κατάλληλης φροντίδας σε υψηλού κινδύνου κυήσεις αλλά και νεογνά από εξειδικευμένο προσωπικό αλλά και η εύκολη πρόσβαση σε εξειδικευμένα νοσοκομεία με κατάλληλες δομές και τεχνική υποστήριξη είναι πρωτεύον μέλημα κάθε χώρας. Η ικανοποίηση αναφέρεται σχεδόν σε όλες τις μελέτες εκτός σε τρεις. Η εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και κλινικού ελέγχου στα μαιευτήρια αποτελούν χρήσιμα και κατατοπιστικά εργαλεία για την διαχείριση περιστατικών, παρακολούθησης της προσφερόμενης φροντίδας, καλής οργάνωσης, μείωσης των επιπλοκών και ανάπτυξης περιβάλλοντος ασφάλειας.

**Συμπεράσματα:** Η ασφάλεια και η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να αποτελεί στόχο όλων των μαιευτικών μονάδων για μέγιστη ικανοποίηση όλων των γυναικών. Η μελέτη αυτή, μπορεί να δώσει έναυσμα σε επαγγελματίες υγείας και σε υπηρεσίες υγείας, κυρίως στην Κυπριακή κοινότητα που δεν έχει επεκταθεί αρκετά στην αξιολόγηση της ποιότητας μονάδων υγείας για περισσότερη έρευνα.

**Λέξεις κλειδιά ::** ικανοποίηση των γυναικών από μαιευτικές μονάδες, ασφάλεια και ποιότητα στην προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα, μαιευτική ιστορία, μαιευτική φροντίδα, νοσηλευτική μητρότητας.



## ABSTRACT

**Introduction:** Understanding the dimensions of care that women consider important in their delivery, quality and safety is a priority and every maternity is essential to provide high quality services. To ensure quality and safety in health services needed to evaluate the factors affecting these areas as well as the implementation of clinical control and standard care in all health services.

**Purpose:** The safety and high quality healthcare services should be an objective of all obstetric units for maximum satisfaction of all women. This study can give rise to health professionals and health services, mainly in the Cypriot community has expanded considerably in quality evaluation in health units for more research.

**Methodology:** The literature search was made Pubmed database and Cochrane. Key words used are: satisfaction of women from obstetric units, security and quality of prenatal and postnatal care, obstetric history, obstetric care, maternity nursing, postpartum care, maternity ward, delivery room care, postnatal care, patient perception of medical care, satisfaction care, medical staffing. Collected research studies, scientific articles. Searched International and Greek literature in space. We preferred the more recent literature, especially from 2005 until 2015. Through the review made found that, despite the wide range of research that exists for quality in health services, few took part in obstetric wards and only 13 met the criteria search and only one was conducted in Cyprus.

**Results:** The quality as the outcome is associated with the parent, neonatal, infant mortality, neonatal mortality, stillbirth and severe bleeding during childbirth. Feedback and repetition information for the patient through the administrative reporting round, prevents burnout in health professionals, ensures the security climate in the working group and nursing processes run better. Also, teamwork, communication, experience, motivation given to younger midwives, support and fair sharing of responsibility, improve the security climate in maternity units, the confidence of Midwives and performance provided. The provision of appropriate care in high-risk pregnancies and newborns from qualified staff and easy access to specialized hospitals with appropriate facilities and technical support is a priority

concern of each country. Satisfaction refers to almost all studies except in three. Implementation of clinical guidelines and clinical control in maternity wards are useful and informative tools for incident management, monitoring the tender care, good organization, reduce complications and safety development environment.

**Conclusions:** This study can give rise to health professionals and health services, mainly in the Cypriot community has expanded considerably in quality evaluation in health units for more research.

**Keywords:** postpartum care; maternity ward; delivery room; postnatal care; patient; perception of medical care; satisfaction of care; medical staffing; satisfaction of women from obstetric units; security and quality of prenatal and natal care; obstetric history; obstetric care; maternity nursing.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γέννηση ενός παιδιού είναι κοινωνικό και συναισθηματικό γεγονός και η φροντίδα που προσφέρεται πρέπει να λαμβάνει υπόψη την κουλτούρα της γυναίκας και τις κοινωνικές ανάγκες στο περιβάλλον της (ACNM, 2012). Η αναπαραγωγική ηλικία είναι δικαίωμα για κάθε γυναίκα και ο τοκετός είναι μια εμπειρία που θα ενώσει και θα ενδυναμώσει ολόκληρη την οικογένεια (McCracken, 1999). Η διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας, η κατάλληλη φροντίδα σε περίπτωση επιπλοκών, η συναισθηματική υποστήριξη, η προστασία ιδιωτικής ζωής, καθαρό δωμάτιο τοκετού και άμεση περίθαλψη είναι κάποιες από τις πτυχές της φροντίδας που αναφέρουν συχνότερα οι γυναίκες ως πιο σημαντικές για την φροντίδα τους (Bhattacharyya, et al., 2013). Η κατανόηση των διαστάσεων της φροντίδας που οι γυναίκες θεωρούν σημαντικές στο τοκετό τους θα πρέπει να είναι σημαντικός στόχος κάθε επαγγελματία υγείας (Bhattacharyya, et al., 2013). Η ποιότητα και η ασφάλεια των γυναικών αποτελεί προτεραιότητα κάθε μαιευτηρίου για πολλές κοινωνίες και συστήματα υγειονομικής περίθαλψης κατά τις τελευταίες δεκαετίες (Ραφτόπουλος, 2002).

Ο όρος ποιότητα συχνά αποτελεί σύγχυση διότι ερμηνεύεται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με την σκοπιά που εξετάζεται. Η ποιότητα αποτελεί επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας σήμερα και κρίνεται απαραίτητη η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς. Οι κυριότεροι δείκτες ποιότητας με τους οποίους μετρείται η διαχείριση και η ποιότητα φροντίδας που παρέχεται στις έγκυες γυναίκες, ορίζονται το ποσοστό των πολλαπλών κυήσεων, της καισαρικής τομής, τα ποσοστά μετεγχειρητικών λοιμώξεων της τομής, Apgar score <7, ποσοστά περιστατικών με εκλαμψία, θνησιγένεια, διαβήτη κύησης και περιστατικά υποβοηθούμενου τοκετού (Norum, et al., 2013).

Η ασφάλεια των ασθενών γενικά αλλά και των εγκύων έχει τοποθετηθεί ψηλά στις απαιτήσεις της κοινωνίας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει τον «μη ασφαλή ασθενή» ως μια διαδικασία, ή πράξη οι παραλήψεις που οδήγησαν σε επικίνδυνες συνθήκες υγειονομικής περίθαλψης ή ακούσιας βλάβης προς τον ασθενή. (Ραφτόπουλος, 2002). Στις μαιευτικές μονάδες, ασφαλής φροντίδα χρειάζεται καθ' όλη την διάρκεια της προγεννητικής, κατά τον τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας. Η μη λειτουργική επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας ή μεταξύ των ασθενών, η μειωμένη μητρική και βρεφική νοσηρότητα και θνησιμότητα, οι θανατηφόρες επιπλοκές, ως οι

σημαντικότεροι δείκτες ασφάλειας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να προληφθούν σε ένα σωστά οργανωμένο και δομημένο σύστημα υγείας (Ραφτόπουλος, 2002). Ένας από τους αναπτυξιακούς στόχους της χιλιετίας μέχρι το τέλος του 2015 είναι η μείωση του ποσοστού μητρικής θνησιμότητας κατά τρία τέταρτα μεταξύ 1990 και 2015. Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, ο δείκτης μητρικής θνησιμότητας μειώθηκε κατά 45 τοις εκατό μεταξύ 1990 και 2013, και από 380 σε 210 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις. Στην Ανατολική Ασία, τη Βόρεια Αφρική και τη Νότια Ασία, η μητρική θνησιμότητα έχει μειωθεί κατά περίπου δύο τρίτα. Το ποσοστό των γεννήσεων στις αναπτυσσόμενες περιοχές με τη βοήθεια εξειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού αυξήθηκε από 56 το 1990 σε 68 τοις εκατό το 2012. Το ποσοστό μητρικής θνησιμότητας στις αναπτυσσόμενες περιοχές εξακολουθεί να είναι 14 φορές υψηλότερο από ό, τι στις ανεπτυγμένες περιοχές. Στις αναπτυσσόμενες περιοχές, προγεννητική φροντίδα αυξήθηκε από 65 τοις εκατό το 1990 σε 83 τοις εκατό το 2012. (Nations, 2015) (The Children's Investment Fund Foundation, 2015) Η UNICEF συνεργάζεται με το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τον Πληθυσμό, την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και άλλους εταίρους σε χώρες με υψηλά ποσοστά μητρικής θνησιμότητας με υποστηρικτικό ρόλο ως προς τη μητέρα, τα νεογέννητα και την υγεία των παιδιών. Η UNICEF επίσης συνεργάζεται με τους φορείς χάραξης πολιτικής έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι η επείγουσα μαιευτική περίθαλψη αποτελεί προτεραιότητα στα εθνικά προγράμματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εγγράφων στρατηγικής για τη μείωση της φτώχειας και βοηθά τις κυβερνήσεις με εκτιμήσεις, εκπαίδευση και διοικητική μέριμνα. (UNICEF, 2015)

Για την διασφάλιση ποιότητας και ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας, χρειάζεται η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν τους τομείς αυτούς, εντοπισμός των εμποδίων στην φροντίδα, διερεύνηση του περιεχομένου της αναμενόμενης φροντίδας από τις γυναίκες και των παραγόντων ικανοποίησης καθώς επίσης και την εφαρμογή κλινικού ελέγχου και πρότυπων φροντίδας σε όλες τις υπηρεσίες υγείας (Muffler, et al., 2007; Kongnyuy & Broek, 2008).

## 1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

### 1.1. Ορισμοί

**Ποιότητα** είναι μια βέλτιστη ισορροπία μεταξύ των δυνατοτήτων που πραγματοποιήθηκε και ένα πλαίσιο κανόνων και αξιών. (Mitchell, 2008)

«Η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση με τις απαιτήσεις των πελατών» Phillip Crosby. (Deming, 1992; Lansing Business Monthly, 2015)

Ορισμός που δίνετε σύμφωνα με τους κανόνες του Διεθνούς οργανισμού Τυποποίησης (ISO 9000:2000) για την ποιότητα είναι ότι : «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους». (Ack West, 2015)

**Ασφάλεια** είναι η πρόληψη της βλάβης στους ασθενείς. (Mitchell, 2008)

Η ασφάλεια των ασθενών είναι η πρόληψη με την οποία μπορούν να αποφευχθούν λάθη και ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη. (Nursing, 2015)

**Μαία** είναι το άτομο που έχει ολοκληρώσει με επιτυχία ένα πρόγραμμα μαιευτικής εκπαίδευσης που αναγνωρίζεται στη χώρα όπου διεξάγεται και η οποία βασίζεται στα διεθνή πρότυπα εκπαίδευσης και βασικών μαιευτικών ικανοτήτων της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών (ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice), η οποία έχει αποκτήσει όλα τα απαιτούμενα προσόντα έτσι ώστε να μπορεί να ασκεί νόμιμα τη μαιευτική και να χρησιμοποιεί το τίτλο της «μαίας» και η οποία αποδεικνύει επάρκεια στην πρακτική της μαιευτικής (International Confederation of Midwives, 2014).

«**Φυσιολογικός τοκετός** είναι ο τοκετός που ξεκινάει αυθόρμητα, μεταξύ της 37ης μέχρι την συμπλήρωση της 42ης εβδομάδας κύησης. Από την αρχή μέχρι το τέλος

του δεν έχουμε εμφανείς κινδύνους. Το παιδί γεννιέται με ινιακή προβολή και μετά τη γέννα η μητέρα και το νεογνό είναι σε καλή κατάσταση» (WHO, 2006).

**Μητρική θνησιμότητα** ορίζεται ο θάνατος μιας γυναίκας ενώ είναι έγκυος ή εντός 42 ημερών από τη λήξη της κύησης, ανεξάρτητα από τη διάρκεια και την εντόπιση της κύησης, από οποιαδήποτε αιτία που σχετίζεται με ή επιβαρύνεται από την κύηση ή τη διαχείρισή της, αλλά όχι από τυχαίες ή συμπτωματικές αιτίες. (Estimates, 2013)

**Θάνατος στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία:** είναι ο θάνατος μιας γυναίκας ενώ είναι έγκυος ή εντός 42 ημερών από τη λήξη της κύησης, ανεξάρτητα από την αιτία θανάτου (μαιευτική και μη μαιευτική). (Estimates, 2013)

**Ποσοστό μητρικής θνησιμότητας (MMRate):** ο αριθμός των μητρικών θανάτων σε έναν πληθυσμό διαιρείται με τον αριθμό των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας, συνήθως εκφράζεται ανά 1.000 γυναίκες (Deitra & E.Perry, 2006)..

**Δείκτης Νεογνικής θνησιμότητας** είναι ο αριθμός θανάτων των νεογνών ηλικίας μικρότερης των 28 ημερών ανά 1000 γεννήσεις ζώντων νεογνών (Deitra & E.Perry, 2006).

**Ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας (IMR)** είναι ο αριθμός των θανάτων των παιδιών κάτω του ενός έτους ανά 1.000 γεννήσεις. Το ποσοστό για μια συγκεκριμένη περιοχή είναι ο αριθμός των παιδιών που πεθαίνουν κάτω του ενός έτους της ηλικίας τους, διαιρείται με τον αριθμό των γεννήσεων ζώντων κατά τη διάρκεια του έτους, πολλαπλασιαζόμενο επί 1000. (Prevention, 2014)

**Πρόωρα νεογνά** θεωρούνται τα νεογνά που γεννιούνται πριν από την 37η εβδομάδα της κύησης (American Pregnancy Association, 2014).

Ο **πρόωρος τοκετός** ορίζεται ως ο τοκετός ο οποίος ολοκληρώνεται πριν τις 37 εβδομάδες της εγκυμοσύνης και τα νεογνά που γεννήθηκαν είναι ζωντανά. Υποκατηγορίες πρόωρου τοκετού, με βάση την ηλικία κύησης: εξαιρετικά πρόωρα (<28 εβδομάδων), πολύ πρόωρα (28 έως <32 εβδομάδων), μέτρια έως αργά πρόωρα (32 έως <37 εβδομάδων). (WHO, 2014)

## 1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα

Η προώθηση υγιούς εγκυμοσύνης και η ασφάλεια κατά τον τοκετό είναι ένας από τους βασικότερους στόχους όλων των ευρωπαϊκών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Παρά τις σημαντικές βελτιώσεις σε θέματα υγείας τις τελευταίες δεκαετίες, οι μητέρες και τα μωρά τους εξακολουθούν να διατρέχουν κινδύνους κατά την περιγεννητική περίοδο, την εγκυμοσύνη, και κατά ή μετά τον τοκετό. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 2010, περίπου 800 γυναίκες πέθαναν από επιπλοκές της εγκυμοσύνης και κατά τη γέννηση του παιδιού τους. Επιπλοκές ήταν η σοβαρή αιμορραγία μετά τον τοκετό, λοιμώξεις, υπερτασικές διαταραχές και επικίνδυνες αμβλώσεις. Οι 440 θάνατοι σημειώθηκαν στην Αφρική και οι 230 στη Νότια Ασία και αυτό επαληθεύει ότι ο κίνδυνος να πεθάνει μια γυναίκα από αιτία σχετική με την εγκυμοσύνη, σε αναπτυσσόμενη χώρα, είναι περίπου 25 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με μια γυναίκα που ζει σε μια αναπτυγμένη χώρα. Η μητρική θνησιμότητα είναι ένας δείκτης για την υγεία που δείχνει πολύ ευρύ χάσμα μεταξύ πλούσιων και φτωχών. (World Health Organization, 2005) Κατά το 2013, πέθαναν 289 000 γυναίκες κατά τον τοκετό. Με στατιστικά δεδομένα που παρουσίασε το 2014 ο ΠΟΥ για την μητρική θνησιμότητα ανά 100 000 γεννήσεις, η Σιέρα Λεόνε με 1100 θανάτους και η Σομαλία με 850 θανάτους βρίσκονται στην ψηλότερη θέση για την μητρική θνησιμότητα. Η Αυστραλία, η Ιαπωνία, η Σουηδία και το Ισραήλ παρά την μεγάλη έκταση τους ως χώρες αλλά και τον αυξημένο πληθυσμό, παρουσιάζονται με λιγότερα περιστατικά μητρικής θνησιμότητας από τις αναπτυσσόμενες χώρες. (World Health Organization, 2013) Η Κύπρος με 10 περιπτώσεις μητρικής θνησιμότητας επίσης παρουσιάζεται με διπλάσιες περιπτώσεις μητρικής θνησιμότητας σε σχέση με την Ελλάδα που είναι μεγαλύτερη χώρα σε έκταση αλλά με την ίδια οικονομική ανάπτυξη. Παρόλα αυτά συγκρίνοντας τα στατιστικά στοιχεία του ΠΟΥ του 2010, παρατηρείται μείωση της μητρικής θνησιμότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες με την πάροδο των χρόνων (Σιέρα Λεόνε 200 περιπτώσεις μητρικής θνησιμότητας, Σομαλία 930 περιπτώσεις) ενώ στις αναπτυγμένες χώρες ο αριθμός των περιστατικών είναι περίπου ο ίδιος (Σουηδία και Αυστραλία με 5 περιστατικά) και το ίδιο παρατηρείται και για την Κύπρο και για την Ελλάδα (World Health Organization, 2013).

Πάνω από 5.000.000 γυναίκες κυφορούν και γεννούν κάθε χρόνο στην Ευρώπη. Οι μητρικοί θάνατοι είναι σπάνιοι, αλλά παρουσιάζονται σε

μεγαλύτερο βαθμό στις μέρες μας και σημαντικό ποσοστό αυτών των θανάτων συνδέονται με μειωμένη φροντίδα. (Europeristat, 2010) Στον ευρωπαϊκό χώρο τα ποσοστά εμβρυικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας, παρατηρείται μείωση κατά 20% μεταξύ 2004-2010. Το 1999 με έδρα το Παρίσι αλλά και 29 άλλες χώρες σε όλη την Ευρώπη, ξεκίνησε το πρόγραμμα EURO-PERISTAT, ως μέρος του προγράμματος παρακολούθησης της υγείας της ΕΕ και με στόχο την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της υγείας του παιδιού κατά την εγκυμοσύνη, την περιγεννητική, κατά τον τοκετό και μετά περίοδο, χρησιμοποιώντας έγκυρους και αξιόπιστους δείκτες. (Europeristat, 2010) Κάποιους από αυτούς τους δείκτες αποτελούν οι πολύδυμες κυήσεις, η ηλικία της μητέρας, το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και η ο δείκτης μάζας σώματος της εγκύου κατά την εγκυμοσύνη αλλά και οι μαιευτικές πρακτικές στα κέντρα παροχής φροντίδας και τοκετού. Οι πολύδυμες κυήσεις κυμαίνονται σε ποσοστά 9 έως 13 ανά 1.000 γυναίκες με γεννήσεις ζωντανών ή θνησιγενές νεογνών στη Ρουμανία, τη Λετονία, τη Λιθουανία, την Πολωνία και σε περισσότερες από 20 ανά 1000 στις Βρυξέλλες, στη Τσέχικη Δημοκρατία, Δανία, Κύπρο, Ισπανία και Μάλτα. Τα μωρά από πολλαπλές γεννήσεις έχουν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες από μονήρεις εγκυμοσύνες να γεννηθούν πρόωρα και ως αποτέλεσμα έχουν υψηλότερο κίνδυνο νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας. (Europeristat, 2010; Law, 2013) Από το 2004, ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών που γεννούν στην Ευρώπη έχει αυξηθεί, αλλά οι αναλογίες των μητέρων 35 χρόνων και άνω ποικίλλουν μεταξύ των χωρών από 10,9% στη Ρουμανία σε 34,7% στην Ιταλία. Γεννήσεις από μητέρες κάτω των 20 ετών δεν παρατηρούνται συχνά, αλλά σε μερικές χώρες αντιπροσωπεύουν πάνω από 5% των γεννήσεων (Ηνωμένο Βασίλειο, Ουγγαρία, Λετονία, Μάλτα, Σλοβακία, Ρουμανία (World Health Organization, 2005; Europeristat, 2010). Όσο αφορά το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρείται πτώση με την πάροδο του χρόνου. Οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών ήταν: Ισπανία, Γαλλία, (17,7%) και ορισμένες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου, συμπεριλαμβανομένης της Σκωτίας (19%), Ουαλία (16%) και Βόρεια Ιρλανδία (15%) (Europeristat, 2010). Παχυσαρκία με ψηλά ποσοστά κατά εγκυμοσύνη παρατηρείται σε χώρες όπως το Βέλγιο (13,6%), τη Γερμανία (13,7%), και Σκωτία (20,6%) (World Health Organization, 2005; Europeristat, 2010).

Παρόλα τα πιο πάνω πολλές από τις μαιευτικές πρακτικές εγείρουν ερωτήματα σχετικά με το αν στηρίζονται σε επιστημονικά δεδομένα. Τα ποσοστά



καισαρικής τομής αυξήθηκαν στις περισσότερες χώρες (Ιταλία, Λιθουανία, τη Σλοβακία, και Πολωνία, Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, Γερμανία, Αυστρία) μεταξύ 2004 και 2010 με εξαίρεση τη Φινλανδία και τη Σουηδία, όπου τα ποσοστά μειώνονται. Για το 2010 τα ποσοστά καισαρικής τομής ήταν 52,2% στη Κύπρο, 38,0% στην Ιταλία, 36,9% στη Ρουμανία και 36,3% στην Πορτογαλία, και κάτω από το 20% στις Κάτω Χώρες, τη Σλοβενία, τη Φινλανδία, τη Σουηδία, την Ισλανδία και Νορβηγία. Τα ποσοστά περινεοτομής κυμαίνονταν από 5% έως 70% των φυσιολογικών τοκετών, αλλά τα τρέχοντα στοιχεία δεν υποστηρίζουν την καθημερινή χρήση της διαδικασίας αυτής. Οι τιμές ήταν περίπου 70% στη Κύπρο, Πολωνία, Πορτογαλία, και τη Ρουμανία και 43-58% στο Βέλγιο και στην Ισπανία. Τα χαμηλότερα ποσοστά 5 και 7% έχουν αναφερθεί στη Δανία, τη Σουηδία και την Ισλανδία. (Europeristat, 2010)

Μια υγιή

εγκυμοσύνη και υγιής βρεφική ηλικία, παρέχει μακροχρόνια οφέλη όπως η πρόληψη θανάτου και αναπηρίας κατά την παιδική ηλικία, και η μείωση των κινδύνων από χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης και η υπέρταση. Τα πρόωρα νεογνά, στατιστικά αποδεδειγμένα είναι πιο ευαίσθητοι οργανισμοί σε ασθένειες και στο θάνατο από ότι τα τελειόμηνα. Επίσης, είναι πιο πιθανό να έχουν νευρολογικές και αναπτυξιακές διαταραχές που φέρουν μακροπρόθεσμες συνέπειες για την ποιότητα ζωής τους, τις οικογένειές τους, καθώς και για τις κοινωνικές υπηρεσίες. Το ίδιο ισχύει και για τα μωρά που γεννιούνται με σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες τα οποία έχει σημαντικές ιατρικές, κοινωνικές και εκπαιδευτικές ανάγκες. Το 2006-2010, συνολικά έχουν καταγραφεί στην Ευρώπη, ποσοστό 25,5 ανά 1000 συγγενείς ανωμαλίες, με επιβίωση στο πρώτο έτος ζωής τους αλλά αυξημένο κίνδυνο παιδικής θνησιμότητας. Το συνολικό ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας που σχετίζεται με συγγενή ανωμαλία ήταν 0,81 ανά 1.000 γεννήσεις ενώ το ποσοστό διακοπής της κύησης λόγω εμβρυϊκής ανωμαλίας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών κυμάνθηκε από 0 έως 10,5 ανά 1.000 γεννήσεις. (Europeristat, 2010; World Health Organization, 2013) Επίσης, μέσω ερευνών, παρατηρείται σημαντική σχέση μεταξύ περιγεννητικής υγείας και χρόνιων παθήσεων στην ενήλικη ζωή, όπως για παράδειγμα η ανάπτυξη διαβήτη και μεταβολικού συνδρόμου σε πρόωρα νεογνά στην ενήλικη τους ζωή. Για να βελτιωθούν τα αποτελέσματα, χρειάζονται τα σωστά εργαλεία για την αξιολόγηση των προβλημάτων της περιγεννητικής υγείας και τις αιτίες τους. (Europeristat, 2010).

Η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας περιλαμβάνει εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες, συμβατική και ανθρωποκεντρική φροντίδα βασισμένη

σε φιλοσοφίες που αναγνωρίζουν την αξία της γυναίκας και σέβονται τις πεποιθήσεις και τις επιθυμίες του ατόμου. Αντιμετωπίζουν τον άνθρωπο ως ολότητα και όχι σαν απλή θεραπεία και παρέχεται εξατομικευμένη φροντίδα. Με αυτό τον τρόπο οι ασθενείς λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις για την θεραπεία τους και εξασφαλίζεται μεγαλύτερη αυτονομία στην φροντίδα τους της υγείας τους. (John A. Astin, 1988)

### 1.3 Διατύπωση του προβλήματος

Με το πέρασμα των χρόνων, η φροντίδα μητρότητας και οι επιλογές των γυναικών έχουν εξελιχθεί. Για την φροντίδα τους λαμβάνονται υπόψη ψυχικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί και σωματικοί παράγοντες αλλά και περιπτώσεις κακοποίησης και ανισότητας προς αυτές. Επίσης, η φροντίδα βασίζεται και στις πολιτισμικές απόψεις, κουλτούρα, ήθη και πολιτισμικά πρότυπα. Οι γυναίκες έχουν την επιλογή με βάση την ποιότητα φροντίδας επιλέγοντας μέσα από ποικιλία παροχών υπηρεσιών υγείας, ιδιωτική ή δημόσια κλινική, μαία ή γιατρό, μπορούν να γεννήσουν στο σπίτι, και έχουν την επιλογή αντιμετώπισης του πόνου με φαρμακευτικές ή όχι μεθόδους. Επίσης, έχουν την επιλογή να ζήσουν όλες τις εμπειρίες κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό με τον πατέρα του παιδιού τους αλλά και την υπόλοιπη οικογένεια και να συμβουλευτούν έμπειρους και εκπαιδευμένους συμβούλους θηλασμού. Για τα νεογνά, απαιτείται αυξημένη προσοχή από μέρος των επαγγελματιών υγείας έτσι ώστε να είναι σε ασφαλές περιβάλλον, με φροντίδα από εξειδικευμένο προσωπικό και καλά εκπαιδευμένο όπως είναι οι μαίες. Πολλά μαιευτήρια τοποθετούν συστήματα ασφαλείας και παρακολούθησης των νεογνών, οι μαίες στον τοκετό τοποθετούν βραχιόλι ταυτότητα στο νεογέννητο και η φροντίδα στο τμήμα νεογνών γίνεται εξατομικευμένη και πιο ποιοτική. (Deitra & E.Perry, 2006)

Η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας μπορεί να μετρηθεί και να βελτιωθεί και θα πρέπει να μετρείται με συνεχή και αυξημένους ρυθμούς. Παρά το γεγονός ότι οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης έχουν τώρα κάποια εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας, σημαντικοί αλλά και επιπρόσθετοι πόροι είναι πιθανό να απαιτηθούν για την περαιτέρω ανάπτυξή τους. Το κόστος της μέτρησης, ωστόσο, πρέπει να αναγνωριστεί. (Donaldson, 1999)

Η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας από επαγγελματίες υγείας ανεξάρτητους του τμήματος που παρέχεται η φροντίδα είναι αναγκαία για τη διασφάλιση της ακεραιότητας των πληροφοριών της ποιότητας της

φροντίδας διότι έτσι οι εκτιμήσεις μπορούν να γίνουν από μια ευρύτερη προοπτική πληθυσμού. Η αναγκαιότητα της ύπαρξης παρακολούθησης και βελτίωσης της ποιότητας, είναι ένας τρόπος για την κατανόηση των επιπτώσεων του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος για την ποιότητα της φροντίδας που δεν είναι ευρέως κατανοητό από την κοινότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Βελτίωση της ποιότητας της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί προσοχή στις διαδικασίες και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται, με τις αναγκαίες προσαρμογές για οποιαδήποτε ασθένεια, των παραγόντων κινδύνου και τα προσωπικά χαρακτηριστικά των εν λόγω ατόμων. (Donaldson, 1999) Σήμερα, οι περισσότεροι οργανισμοί κατανοούν ότι όλες οι εργασίες επιτυγχάνονται μέσω διαδικασιών, οι οποίες είναι πιο αποτελεσματικές όταν είναι ενεργή διαχείριση. Με το πέρασμα της δεκαετίας του 1990 έγινε σαφές ότι η ποιότητα έχει και μια τεχνική και ανθρώπινη πλευρά. (Donaldson, 1999)

#### 1.4 Αναγκαιότητα και σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Τα κίνητρα που οδήγησαν στην επιλογή του θέματος ήταν ότι η ιατροκοποίηση του φυσιολογικού τοκετού και ότι εκατοντάδες γυναίκες κάθε μέρα γίνονται μητέρες αλλά δεν έχουν την θετική εμπειρία του φυσιολογικού τοκετού. (Christians W, 2010) Το ποσοστό γεννήσεων το 2007 στην Κύπρο είναι 11,6% με υψηλή ιατροκοποίηση του τοκετού, καθώς μόνο το 50,6% των γυναικών στην Κύπρο γεννούν χωρίς μαιευτική επέμβαση ( Στατιστική Υπηρεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας, 2014). Η ποιότητα αποτελεί επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας σήμερα και κρίνεται απαραίτητη η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς (Dahlgren, et al., 2007). Στις μαιευτικές μονάδες , ασφαλής φροντίδα χρειάζεται καθ' όλη την διάρκεια της προγεννητικής, κατά τον τοκετό και κατά την λοχεία νοσηλεία (Raftopoulos, et al., 2011). Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω, η παρούσα εργασία αναμένεται να προσφέρει σημαντικό όφελος στην ερευνητική κοινότητα, καθώς αποσκοπεί στην προβολή μιας ολοκληρωμένης και αντικειμενικής προσέγγισης του θέματος, παρέχοντας παράλληλα τις κατάλληλες πληροφορίες προς τους επαγγελματίες υγείας.

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης

φροντίδας από τις υπηρεσίες υγείας κατά την προγεννητική περίοδο, τον τοκετό και την περίοδο της λοχείας.

Οι επιμέρους στόχοι της ανασκόπησης ήταν: (1) Η αναζήτηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση από τις μαιευτικές μονάδες και η (2) ανασκόπηση των δεικτών ποιότητας και ασφάλειας. Με την ανασκόπηση αυτή αναμένεται ότι θα αναγνωριστεί η σημαντικότητα της ασφάλειας και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας από τους επαγγελματίες υγείας και θα γίνουν γνωστοί οι κυριότεροι δείκτες ποιότητας και ασφάλειας στην υγεία καθώς και η αντιμετώπιση απέναντι στις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες. Επίσης, απώτερος σκοπός είναι να αναγνωριστεί η αξία της μαίας αλλά και οι μαίες να αναγνωρίσουν τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις τους προς την γυναίκα – μητέρα.

## 2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κατά τη διαδικασία επιλογής των τύπων των μελετών και των πηγών των δεδομένων, σχεδιάστηκε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (systematic review) η οποία περιλάμβανε αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις και επιλεγμένους δικτυακούς τόπους. Συγκεκριμένα αναζητήθηκαν δεδομένα στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Cochrane. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: ικανοποίηση των γυναικών από μαιευτικές μονάδες, ασφάλεια και ποιότητα στην προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα, μαιευτική ιστορία, μαιευτική φροντίδα, νοσηλευτική μητρότητας, postpartum care, maternity ward, delivery room care, postnatal care, patient perception of medical care, satisfaction care, medical staffing. Συλλέχθηκαν ερευνητικές μελέτες, επιστημονικά άρθρα, άρθρα από εγκεκριμένους ιατρικούς οργανισμούς (π.χ. WHO) και άρθρα από διαδικτυακά ιατρικά περιοδικά. Αναζητήθηκε βιβλιογραφία στον διεθνή και ελληνικό χώρο κυρίως. Προτιμήθηκε η πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, κυρίως από το έτος 2010 μέχρι το 2015. Εντοπίστηκε μεγάλος αριθμός ερευνών και από τις δύο βάσεις δεδομένων (Pubmed: 33805, Cochrane: 15410) με τελική επιλογή 13 ερευνών, εκείνες που (πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής που αναγράφονται πιο κάτω) και είχαν ικανοποιητικό δείγμα πληθυσμού ανάλογα με την μέθοδο, στις οποίες υπάρχει πρόσβαση στο πλήρες κείμενο και είναι στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα.

Επιπρόσθετα έγινε δια χειρός αναζήτηση στη βιβλιοθήκη του τμήματος νοσηλευτικής και μαιευτικής του ΤΕ.ΠΑ.Κ και του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου καθώς και ηλεκτρονική αναζήτηση στις βιβλιοθήκες των αντίστοιχων τμημάτων αλλά και του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

## 2.1 Κριτήρια εισαγωγής μελετών

Τα κριτήρια επιλογής των ερευνών που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι μελέτες να είναι στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα, να έχουν κύριο θέμα την ικανοποίηση των γυναικών από μαιευτικές μονάδες, ασφάλεια και ποιότητα στην προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα, να είναι σύγχρονες (2010-2015), να έχουν ικανοποιητικό δείγμα, να είναι έγκυρα τα αποτελέσματα τους και να έχουν δημοσιευτεί.

## 2.2 Κριτήρια αποκλεισμού μελετών

Τα κριτήρια αποκλεισμού των ερευνών που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η χρονολογία να μην είναι πριν το 2010, δεν είχαν περίληψη και ήταν σε άλλη γλώσσα εκτός από την ελληνική και αγγλική. Ωστόσο δεν συμπεριλήφθηκαν στα κριτήρια επιλογής έρευνες που εστίαζαν το αντικείμενο μελέτης τους σε ιατροκοιμημένες μεθόδους (π.χ. αναισθησία στον τοκετό, πολύ πρόωρες κυήσεις  $\leq 22/40$ , θεληματικές αποβολές). Τέλος αποκλείστηκαν όσες μελέτες δεν δημοσιεύτηκαν και δεν παρουσίαζαν αποτελέσματα.

## 2.3 Αποκλεισμός και είσοδος μελετών

Από την αναζήτηση που έγινε από τη βάση δεδομένων Pubmed, εντοπίστηκαν 31555 έρευνες με τη λέξη κλειδί delivery room ή maternity units ή maternity ward. Στη συνέχεια προστέθηκαν οι λέξεις quality of care ή satisfaction of care και εντοπίστηκαν 23395 μελέτες και για να γίνει πιο συγκεκριμένη η αναζήτηση προστέθηκαν οι λέξεις descriptive study ή descriptive epidemiology ή qualitative study και εντοπίστηκαν 33805 μελέτες και αφού έγινε συνδυασμός αναζήτησης εντοπίστηκαν στο τέλος μόνο 13 οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν. Στη βάση δεδομένων

Cochrane, με τις λέξεις quality of care at maternity ward ή patient perception ή safety at maternity ward 5700 μελέτες και για να γίνει πιο συγκεκριμένη η αναζήτηση προστέθηκαν οι λέξεις after delivery ή at maternity ward ή medical staffing ή postpartum ή postnatal care και εντοπίστηκαν 15410 έρευνες. Αφού έγινε συνδυασμός αναζήτησης, εντοπίστηκαν 81 έρευνες αλλά δημοσιευμένες στο χρονολογικό πλαίσιο 2010- 2015 εμφανίστηκαν μόνο 26 . Βάση κριτηρίων που τέθηκαν πιο πάνω, δεν βρέθηκαν έρευνες που να πληρούν τα κριτήρια εκτός κάποιες που ήταν οι ίδιες με αυτές που επιλέχθηκαν από την βάση δεδομένων Pubmed και έτσι τελικά επιλέχθηκαν μόνο 3 βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Συνολικά εντοπίστηκαν 64 έρευνες που πληρούσαν κάποια κριτήρια (τίτλος , γλώσσα, πλήρες κείμενο, ικανοποιητικό δείγμα και χρονολογία) αλλά στο τέλος χρησιμοποιήθηκαν μόνο 13 έρευνες οι οποίες πληρούσαν όλα τα κριτήρια και αναλύονται παρακάτω στους πίνακες αναζήτησης.

Η βιβλιογραφία όλων των επιλεγμένων μελετών και των σχετικών άρθρων επαναξιολογήθηκε. Οι χρονολογίες διεκπεραίωσης και δημοσίευσης 6 ερευνών και άρθρων που εντοπίστηκαν είναι μεταξύ 2007-2009 και μιας το 2001 αλλά συμπεριλήφθηκαν λόγω του μειωμένου ερευνητικού υπόβαθρου που υπάρχει και της σημαντικότητας των αποτελεσμάτων τους.

Συμπεριλήφθηκαν μελέτες με διαφορετικές μεθόδους (ποσοτικές, ποιοτικές, περιγραφικές, αναλυτικές, αναδρομικές, προοπτικές, συγχρονικές, τυχαιοποιημένες, και δείκτου-ελέγχου). Επίσης συμπεριλήφθηκαν μελέτες με διαφορετικό ποσοστό δείγματος η κάθε μια (από 40-15586 ) αλλά και είδους δείγματος (γεννήσεις, νεογνά, μητέρες ). Η συλλογή δεδομένων στην κάθε έρευνα ξεχωριστά, έγινε με μεθόδους όπως : ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, βιντεογράφιση, αναδρομική επισκόπηση αρχείων, φόρμες αξιολόγησης, φόρμες ζωτικών σημείων και φόρμες συνέντευξης και μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων με αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης και στατιστικά πακέτα. (Atlas TI software, Descriptive statistics and the t-test, PASW-18, chi-square, Cronbach's alpha=0.81, Epi Info statistical software, version 6.0, στατιστικό πακέτο SPSS14.0 και λογισμικό πρόγραμμα Chicago, IL, USA, στατιστικό πακέτο SPSS 10.0, Chicago, IL, USA, Logistic regression model: Likelihood ration method)

### Recent queries

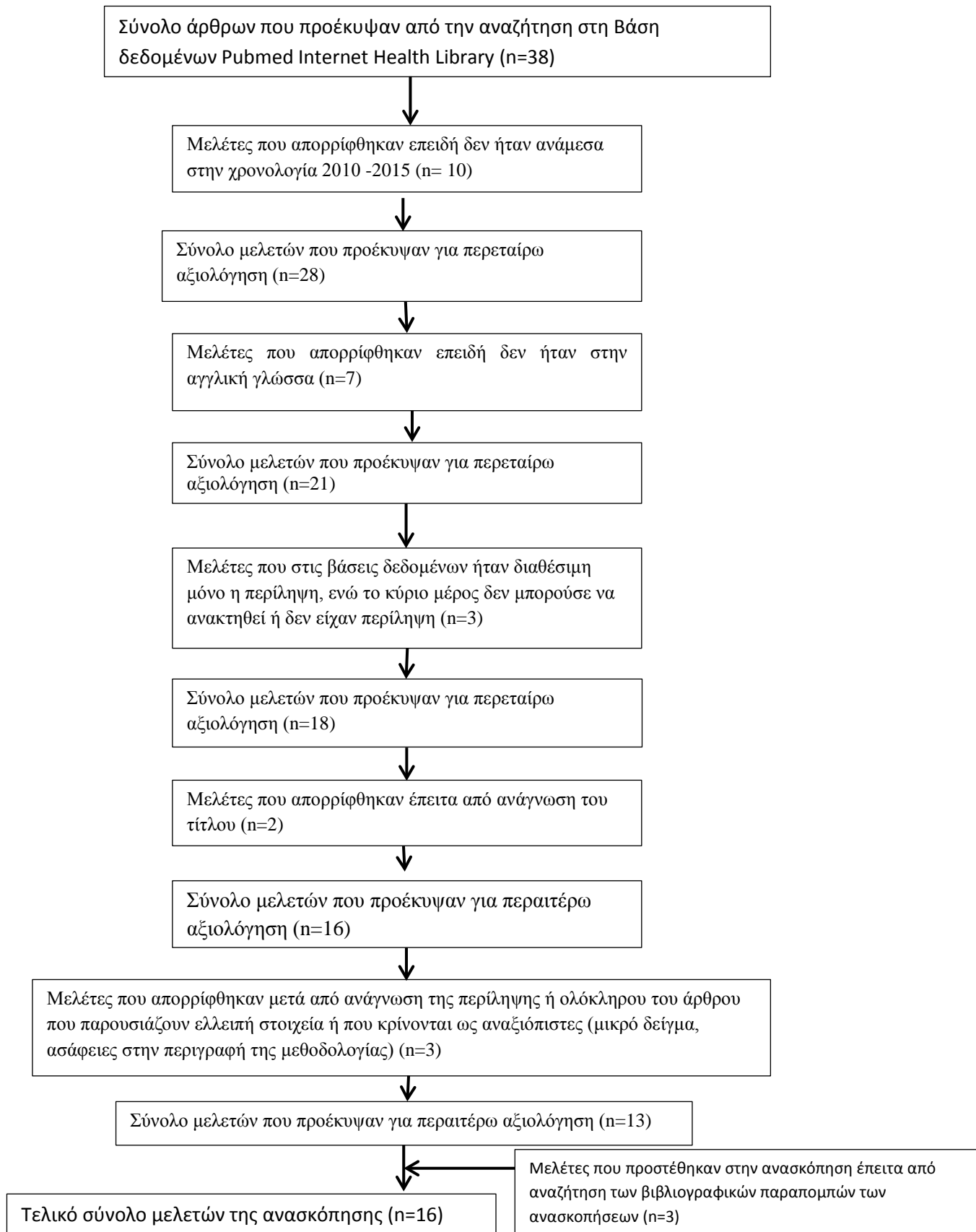
Search	Add to builder	Query	Items found	Time
<a href="#">#5</a>	<a href="#">Add</a>	Search (#1) AND #2	<a href="#">38</a>	16:14:07
<a href="#">#4</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((#1) AND #2) AND #3	<a href="#">2</a>	16:13:44

- #3 [Add](#) Search ((**descriptive study**[Title/Abstract]) OR [33805](#) 16:12:30  
**descriptive epidemiology study**[Title/Abstract])  
**OR qualitative study**[Title/Abstract])
- #2 [Add](#) Search ((**Safety Culture**[Title/Abstract]) OR [23395](#) 16:10:49  
**quality of care**[Title/Abstract]) OR **satisfaction**  
**of care**[Title/Abstract])
- #1 [Add](#) Search ((**delivery room**[Title/Abstract]) OR [3155](#) 16:08:10  
**maternity units**[Title/Abstract]) OR **maternity**  
**ward**[Title/Abstract])

Εικόνα 1 : Πίνακας αναζήτησης Pubmed



## Flow Chart Συστηματικής Βιβλιογραφικής Αναζήτησης



Εικόνα 2 : Διάγραμμα ροής για την μεθοδολογία που έχει χρησιμοποιηθεί για την τελική επιλογή των επιδημιολογικών μελετών.

## 2.4 Αξιολόγηση ερευνών

### 2.4.1 Είδος ερευνών

Οι περισσότερες ήταν περιγραφικές (Bhattacharyya, et al., 2013; Ραφτόπουλος, 2002; Senarath, et al., 2006) τρεις ήταν συγχρονικές (Kongnyuy & Broek, 2008; Freth, et al., 2012; Sexton, et al., 2014), μία δείκτη ελέγχου (Dupont, et al., 2011), τρεις ήταν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις (Gerd Flodgren, 2011; Ellen D Hodnett, 2012; Lidia Horvat, 2014), τρεις αναδρομικές μελέτες (Norum, et al., 2013; Muffler, et al., 2007) και τρεις προοπτικές έρευνα (Matijasevich, et al., 2001; Boulkedid, et al., 2013; Rodrigo, et al., 2015).

### 2.4.2. Διαφορές δειγματοληψίας

Στις έρευνες που μελετήθηκαν, το δείγμα σε δύο έρευνες αποτελείτο από νοσηλευτές (n=166-2073) ( Ραφτόπουλος, 2002; Kongnyuy & Broek, 2008) , σε τρεις έρευνες από νεογνά (n=122-5470) ( Matijasevich, et al., 2001; Thomas, et al., 2006; Rodrigo, et al., 2015) σε δύο από γυναίκες (n= 40-446) ( Senarath, et al., 2006; Bhattacharyya, et al., 2013) και στις υπόλοιπες έξι το δείγμα ήταν μονάδες υγείας, νοσοκομεία ή μαιευτήρια (n= 2- 73) ( Muffler, et al., 2007; Kongnyuy & Broek, 2008; Dupont, et al., 2011; Freth, et al., 2012; Norum, et al., 2013; Boulkedid, et al., 2013) από τα οποία χρησιμοποιήθηκαν αρχεία για την λήψη στοιχείων. Σε όλες τις έρευνες περιλαμβάνονταν δεδομένα από γεννήσεις με ζωντανά νεογνά στον τοκετό, ηλικίας  $\geq 22/40$  και λάμβαναν μέρος επαγγελματίες υγείας (μαίες και γυναικολόγοι ) στην φροντίδα των επιτόκων. Σε δύο έρευνες μόνο αναφέρονται πρόωρα νεογνά ( Matijasevich, et al., 2001; Norum, et al., 2013) και μόνο μία έρευνα διερευνήθηκε σε πληθυσμό της Κύπρου (Raftopoulos, et al., 2011).

Παρατηρήθηκε επίσης ότι το μέγεθος του δείγματος ήταν διαφορετικό από έρευνα σε έρευνα λόγω του ότι δεν ήταν το ίδιο σε είδος. Στην μια μελέτη ( Bhattacharyya, et al., 2013) το δείγμα αποτελείτο με μόνο 40 γυναίκες ενώ μια έρευνα (Rodrigo, et al., 2015) το δείγμα ήταν πολύ μεγάλο (n=5470). Σε 5 μελέτες (Sexton, et al., 2014; Bhattacharyya, et al., 2013; Rodrigo, et al., 2015; Thomas, et al., 2006; Matijasevich, et al., 2001) χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας το οποίο είναι βολικό, τυχαίο, οικονομικό, και απαιτεί λιγότερο χρόνο για τους ερευνητές αλλά είναι ο ασθενέστερος τρόπος δειγματοληψίας επειδή δεν μπορεί να γενικευτεί σε όλο τον

πληθυσμό. Στις υπόλοιπες 6 έρευνες (Senarath, et al., 2006; Muffler, et al., 2007; Kongnyuy & Broek, 2008; Dupont, et al., 2011; Raftopoulos, et al., 2011; Freth, et al., 2012) χρησιμοποιήθηκε στρωματοποιημένη τυχαιοποιημένη επιλογή του δείγματος.

### **2.4.3 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων**

Οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων διαφέρουν μεταξύ των ερευνών. Χρησιμοποιήθηκαν εγκεκριμένα ερωτηματολόγια, φόρμες αξιολόγησης, συνεντεύξεις, ηχογραφήσεις και σε μια έρευνα βιντεογράφιση.

### **2.4.4 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων**

Οι μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων αντανακλούν στον τύπο κάθε μελέτης. Τα εργαλεία μέτρησης και στατιστικά πακέτα (Descriptive statistics and the t-test, Cronbach's alpha=0.81, Epi Info statistical software, version 6.0, στατιστικό πακέτο SPSS14.0, Chicago, IL, USA, Logistic regression model: Likelihood ration method) που χρησιμοποιήθηκαν στις ποσοτικές μελέτες ήταν αξιόπιστα (Matijasevich, et al., 2001; Muffler, et al., 2007; Dupont, et al., 2011; Boulkedid, et al., 2013; Norum, et al., 2013; Sexton, et al., 2014; Rodrigo, et al., 2015). Το ίδιο ισχύει επίσης και στις ποιοτικές μελέτες ( Atlas TI software, PASW-18, chi-square, στατιστικό πακέτο SPSS 10.0, Chronbach's alpha 0,81 και λογισμικό πρόγραμμα Chicago, IL, USA) (Ραφτόπουλος, 2002; Senarath, et al., 2006; Bhattacharyya, et al., 2013).

### 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ –ΣΥΖΗΤΗΣΗ

#### 1.1 Αποτελέσματα – Θεματική ανάλυση

Τα περιλαμβανόμενα άρθρα μελετήθηκαν και εξετάστηκαν αν πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και στη συνέχεια διαχωρίστηκαν σε πέντε θεματικές ενότητες:

1. Ασφάλεια στις μαιευτικές μονάδες
2. Ποιότητα μαιευτικής φροντίδας
3. Ικανοποίηση των γυναικών από υπηρεσίες υγείας
4. Κλινικοί Δείκτες Υγείας και φροντίδας Μητρότητας
5. Κλινικές Κατευθυντήριες οδηγίες στα Μαιευτήρια και Κλινικός έλεγχος

##### 1.1.1 Ασφάλεια στις μαιευτικές μονάδες

Η ασφάλεια στα μαιευτήρια αναφέρεται ως ο σημαντικότερος παράγοντας για την προαγωγή υψηλής ποιότητας στην φροντίδα σε τέσσερις από τις μελετώμενες έρευνες (Sexton, et al., 2014; Raftopoulos, et al., 2011; Kongnyuy & Broek, 2008; Freth, et al., 2012) . Η ανατροφοδότηση και η επανάληψη πληροφοριών για τους ασθενής μέσω του διοικητικού γύρου αναφοράς, μειώνει την εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας, παρέχει κλίμα ασφάλειας στην ομάδα εργασίας και οι νοσηλευτικές διεργασίες οργανώνονται καλύτερα (Sexton, et al., 2014). Επίσης, η ομαδική εργασία, η επικοινωνία, η εμπειρία, τα κίνητρα που δίνονται στις νεότερες μαιές, η υποστήριξη και η ίση κατανομή ευθυνών, βελτιώνουν το κλίμα ασφάλειας στις μονάδες μητρότητας, την αυτοπεποίθηση των μαιών και την απόδοση της παρεχόμενης φροντίδας και η φροντίδα είναι υψηλότερη σε ποιότητα. (Raftopoulos, et al., 2011; Freth, et al., 2012).

Το δείγμα στις πιο πάνω έρευνες ήταν δείγμα ευκολίας με μεγάλους αριθμούς και οι μελέτες συγχρονικές ή περιγραφικές, τα αποτελέσματα είναι αξιόπιστα και δίνουν αποτελέσματα που μπορούν να γενικευτούν στον ευρή πληθυσμό. Οι μαιές χρειάζονται υποστήριξη από την διοίκηση, ομαδικότητα αλλά και οργανωμένο περιβάλλον. Η ασφάλεια είναι πρόληψη της βλάβης στους ασθενής και

αποτελεί προτεραιότητα κάθε μαιευτηρίου αφού αναφέρεται μέσα από τις μελέτες και ως η βάση για ποιοτική φροντίδα (Thomas, et al., 2006; Kongnyuy & Broek, 2008; Raftopoulos, et al., 2011; Freth, et al., 2012; Sexton, et al., 2014) .

### **1.1.2 Ποιότητα μαιευτικής φροντίδας**

Η ποιότητα της φροντίδας σχετίζεται με την βέλτιστη ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς. Μετριέται με μέτρα ποιότητας τα οποία ονομάζονται δείκτες ποιότητας τα οποία αναφέρονται στους στόχους που έχει η παρεχόμενη φροντίδα. Ορισμένοι Δείκτες Ποιότητας που αναφέρονται σε έρευνες είναι : Καισαρική τομή πριν ή μετά την έναρξη τοκετού ή μετά από πρόκληση τοκετού, έλεγχος αυχενικής διαφάνειας και ρινικού οστού κατά το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο εγκυμοσύνης, ρήξη μήτρας, επισκληρίδιος αναισθησία , εισαγωγές νεογνών σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών, εισαγωγές λεχώνων σε εντατικές, πρόωρος τοκετός <32/40 και Apgar score <9 στα πρώτα 5 λεπτά ζωής νεογνού (Boulkedid, et al., 2013; Dupont, et al., 2011; Rodrigo, et al., 2015).

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε, παρατηρήθηκαν ότι επτά έρευνες διεξήχθησαν για να εξετάσουν την ποιότητα μαιευτικής φροντίδας. Οι ερευνητικές ομάδες των Boulkedid R και Rodrigo G κατά το 2009-2010 και 2007-2011 αντίστοιχα, ήθελαν να διερευνήσουν με προοπτικές έρευνες τα αποτελέσματα των ποιοτικών δεικτών που έθεσαν ( καισαρική τομή, ανάνηψη νεογνού, χρήση CPAP, θνησιμότητα κατά τον τοκετό, Apgar Score, δίδυμες κυήσεις, βάρος γέννησης εκλαμψία, υποβοηθούμενος τοκετός ) και αν είναι αποτελεσματικός ο προσδιορισμός των δεικτών στην φροντίδα. Με σημαντικά και αξιόπιστα αποτελέσματα αναφέρουν ότι οι δείκτες ποιότητας θα πρέπει να επιδεικνύουν τα κρίσιμα στοιχεία της φροντίδας, η επιλογή των δεικτών ποιότητας αποτελεί ένα σημαντικό βήμα για την δημιουργία πρωτοκόλλων (Boulkedid, et al., 2013; Norum, et al., 2013; Rodrigo, et al., 2015). Η ποιότητα ως έκβαση, σχετίζεται με την μητρική/νεογνική/βρεφική θνησιμότητα, νοσηρότητα νεογνών , θνησιγένεια και σοβαρή αιμορραγία κατά τον τοκετό (PPH). Η παροχή κατάλληλης φροντίδας σε υψηλού κινδύνου κυήσεις αλλά και νεογνά από εξειδικευμένο προσωπικό (νεογνολόγο, γυναικολόγο) αλλά και η εύκολη πρόσβαση σε εξειδικευμένα νοσοκομεία με κατάλληλες δομές και τεχνική υποστήριξη είναι πρωτεύον μέλημα κάθε χώρας (Matijasevich, et al., 2001; Dupont, et al., 2011; Rodrigo, et al., 2015). Σε δύο έρευνες που έγιναν στην Ισπανία (Rodrigo, et al., 2015) και σε άλλη που έγινε στην Γαλλία (Dupont, et al., 2011), έγινε

παρακολούθηση προοπτικά και αλλαγή των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για την φροντίδα κατά την προγεννητική και περιγεννητική περίοδο και διαπιστώθηκε ότι, ο επιπολασμός περιόδου για τους δείκτες που έθεσαν (PPH και θνησιμότητα) μειώθηκε αρκετά (Dupont, et al., 2011; Rodrigo, et al., 2015). Το νοσοκομείο κατώτερου επιπέδου σε παροχή υπηρεσιών, φάνηκε ότι αδυνατεί ως σύστημα να επιτύχει τα μέγιστα αποτελέσματα στην ποιότητα παρόλες τις αλλαγές που μπορεί να κάνει και να μειώσει ποσοστά επιπολασμού σε σημαντικούς δείκτες όπως η θνησιμότητα και η PPH (Matijasevich, et al., 2001; Dupont, et al., 2011; Norum, et al., 2013).

### **1.1.3 Αξιολόγηση Δεικτών Ποιότητας φροντίδα Μητρότητας**

Οι δείκτες ποιότητας δεν πρέπει μόνο να εφαρμόζονται αλλά να αξιολογούνται και να ανακατατάσσονται ανάλογα με τις ανάγκες κάθε χρονικής στιγμής και να αναβαθμίζονται όπως και έγινε με έρευνα του Bulkedid et al το 2013. Για την πραγματοποίηση της μελέτης έγινε συνεχή παρακολούθηση της ποιότητας από την φροντίδα σε νοσοκομεία της Γαλλίας και μέτρηση ποσοστών αυτής βάσει συγκεκριμένων 26 δεικτών ποιότητας. Στη συνέχεια, επαναξιολογήθηκαν οι δείκτες που τέθηκαν και επιλέγηκαν με ψηφοφορία από τους πιο έμπειρους επαγγελματίες υγείας οι κατάλληλοι και οι πιο αξιόπιστοι στις μετρήσεις δείκτες. Συνεπώς, έγιναν αλλαγές και στην φροντίδα αφού αλλάχθηκαν και τα πρωτόκολλα παρεχόμενης φροντίδας (Boulkedid, et al., 2013).

### **1.1.4 Ικανοποίηση από Υπηρεσίες Υγείας**

Μέσα από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, η ικανοποίηση αναφέρεται σχεδόν σε όλες τις μελέτες εκτός σε τρεις (Boulkedid, et al., 2013; Matijasevich, et al., 2001; Thomas, et al., 2006). Στις περισσότερες γίνεται αναφορά μέσα από αξιολόγηση, από τον ίδιο τον οργανισμό παροχής φροντίδας (το νοσοκομείο, μαιευτήριο, κλινική) για την ικανοποίηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας που παρέχεται, για την ικανοποίηση της εφαρμογής πρωτοκόλλων και των αναφερόμενων διαφορών στα ποσοστά επιπολασμού ( πρόωρου τοκετού, χαμηλό Apgar Score, PPH, βρεφική νοσηρότητα και θνησιμότητα ) πριν και μετά την εφαρμογή αλλαγών των κατευθυντήριων οδηγιών (Matijasevich, et al., 2001; Dupont,

et al., 2011; Freth, et al., 2012; Boulkedid, et al., 2013; Norum, et al., 2013; Rodrigo, et al., 2015). Όσο περισσότερη ανατροφοδότηση υπάρχει, συνεργασία και κατανόηση από την διοίκηση, παρατηρείται ικανοποιημένο προσωπικό, αύξηση της ασφάλειας, παροχή ποιοτικής φροντίδας, χαμηλότερα ποσοστά εξουθένωσης στις μονάδες εντατικής νοσηλείας (Sexton, et al., 2014). Η απώλεια κινήτρων του προσωπικού και η ανεπαρκής εκπαίδευση είναι ανασταλτικοί παράγοντες της ικανοποίησης με έμμεσο αποτέλεσμα την μη συνεργασία και συμμετοχή στους κλινικούς ελέγχους (Muffler, et al., 2007). Η ομαδική εργασία συνεισφέρει στην ανάπτυξη επικοινωνίας, αλληλοβοήθειας και ασφάλειας με συνέπεια την ικανοποίηση από την εργασία. Οι πιο έμπειρες μαίες θεωρούν την ικανοποίηση από την εργασία αλλά και τις συνθήκες εργασίας κυριότερους τομείς για εξασφάλιση της ασφάλειας στα μαιευτήρια. Οι νεότερες μαίες σε χρόνια υπηρεσίας χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη, κίνητρα και ομαδική εργασία για βελτίωση της αυτοπεποίθησης και να νιώθουν ασφαλής στο χώρο εργασίας (Raftopoulos, et al., 2011).

Επίσης, σε δύο έρευνες παρουσιάζονται αποτελέσματα της ικανοποίησης μέσα από αυτοαναφορές γυναικών που είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, λάμβαναν προγεννητικό έλεγχο, γέννησαν και είχαν περίθαλψη σε συγκεκριμένες μαιευτικές κλινικές αλλά και των αναμενόμενων προσδοκιών τους από την παρεχόμενη φροντίδα (Bhattacharyya, et al., 2013; Senarath, et al., 2006).

Οι γυναίκες από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα θεωρούν σημαντικότερο την προστασία της ιδιωτικής τους ζωής και συναισθηματική υποστήριξη κατά τον τοκετό, την διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας και κατάλληλη ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση επιπλοκών και προτιμούν καθαρές και προσβάσιμες υπηρεσίες υγείας και δωμάτια τοκετού. Όλες οι γυναίκες θέλουν να αντιμετωπίζονται με ανθρωπιά και σεβασμό κατά τον τοκετό. (Bhattacharyya, et al., 2013) Το ίδιο παρατηρείται και σε έρευνα που έγινε σε ηλικιωμένους ασθενείς, όπου οι 4 παράγοντες που αναδείχτηκαν με μεγαλύτερη ικανοποίηση ήταν οι τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες της φροντίδας, το φυσικό και τεχνητό περιβάλλον φροντίδας, το φαγητό και η οργάνωση και η λειτουργία του τμήματος με πλειοψηφία την ικανοποίηση από την νοσοκομειακή περίθαλψη (Ραφτόπουλος, 2002).

Η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επικοινωνία, οι προσδοκίες πληροφόρησης και οδηγιών η συμπεριφορά και η αντιμετώπιση από τους άλλους είναι παράγοντες που ενδεχομένως επηρεάζουν την εκληφθείσα ικανοποίηση είτε από τις γυναίκες έγκυες ή

λεχόνες είτε από τις μαίες (Senarath, et al., 2006; Muffler, et al., 2007; Kongnyuy & Broek, 2008; Raftopoulos, et al., 2011; Bhattacharyya, et al., 2013; Sexton, et al., 2014). Σε έρευνα που έγινε το 2006 στην Σρι Λάνκα, χώρα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, διαπιστώθηκε ότι οι πολύτοκες μητέρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι ικανοποιημένες με τις διαπροσωπικές πτυχές της φροντίδας και τεχνικές πτυχές της φροντίδας από ό, τι οι πρωτότοκες. Επίσης οι γυναίκες με λιποβαρή νεογνά (Βάρος Γέννησης <2500 g) είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ικανοποιημένοι ευχαριστημένοι από τα αποτελέσματα της φροντίδας από ότι οι γυναίκες με φυσιολογικού βάρους νεογνά. Ορισμένες διαπροσωπικές πτυχές όπως η προστασία της ιδιωτικής ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπείας, και η ενθάρρυνση κατά τον τοκετό είχαν χαμηλές βαθμολογίες. Επίσης παρουσιάζουν μειωμένη ικανοποίηση από τις συμβουλές υγείας και την ευκαιρία να διευκρινίσουν τις αμφιβολίες τους για τις συμβουλές που τους δίνονται. Η ικανοποίηση με το φυσικό περιβάλλον στα μαιευτήρια ήταν χαμηλή όσο αφορά τις εγκαταστάσεις υγιεινής και με τη διαθεσιμότητα των κλινών (Senarath, et al., 2006).

### **1.1.5 Κλινικές Κατευθυντήριες οδηγίες στα Μαιευτήρια και Κλινικός έλεγχος**

Η εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και κλινικού ελέγχου στα μαιευτήρια ( clinical audits) αποτελούν χρήσιμα και κατατοπιστικά εργαλεία για την διαχείριση περιστατικών, παρακολούθησης της προσφερόμενης φροντίδας, καλής οργάνωσης, μείωσης των επιπλοκών και ανάπτυξης περιβάλλοντος ασφάλειας (Muffler, et al., 2007; Kongnyuy & Broek, 2008; Dupont, et al., 2011; Sexton, et al., 2014). Όταν τα άτομα που παρέχουν τη φροντίδα κατέχουν ευνοϊκή στάση απέναντι στους κλινικούς ελέγχους με βάση τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, θεωρούν ότι ο έλεγχος που γίνεται, η ανατροφοδότηση και η επικοινωνία που αναπτύσσεται είναι καλό εκπαιδευτικό εργαλείο και βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας (Kongnyuy & Broek, 2008). Εντούτοις, οι επαγγελματίες υγείας δεν κατέχουν πάντα ευνοϊκή διάθεση και στάση απέναντι στους κλινικούς ελέγχους (Muffler, et al., 2007; Sexton, et al., 2014). Η ομάδα ελέγχου μπορεί να συναντήσει αντίσταση από το προσωπικό, ανεπαρκή κατανόηση της έννοιας ελέγχου, δυσκολίες στην συμμετοχή και οργάνωση συνεδρίων, στη συνεργασία, αλλά και ελλιπής διοικητική υποστήριξη (Muffler, et al., 2007). Ο έλεγχος και η ανατροφοδότηση δημιουργεί αίσθημα ευθυνών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και υπάρχει ο φόβος ότι θα υπάρχει τιμωρία σε όσους δεν



ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες. Επίσης ο κλινικός έλεγχος και η ανατροφοδότηση με βάση τα πρότυπα, δεν θα μπορούσε να γίνει ρουτίνα διότι είναι χρονοβόρα διαδικασία (Kongnyuy & Broek, 2008).

### 3.2 Συζήτηση

Η ασφάλεια στα μαιευτήρια είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για την προαγωγή υψηλής ποιότητας στην φροντίδα. Η ανατροφοδότηση μέσω του διοικητικού γύρου αναφοράς, η ομαδική εργασία, η επικοινωνία, τα κίνητρα που δίνονται η υποστήριξη και η ίση κατανομή ευθυνών, βελτιώνουν το κλίμα ασφάλειας στις μονάδες μητρότητας, την αυτοπεποίθηση των μαιών και την απόδοση της παρεχόμενης φροντίδας και η φροντίδα είναι υψηλότερη σε ποιότητα. (Thomas, et al., 2006; Kongnyuy & Broek, 2008; Raftopoulos, et al., 2011; Freth, et al., 2012)

Η ποιότητα της φροντίδας καθορίζεται από τους δείκτες ποιότητας οι οποίοι αναφέρονται στους στόχους κάθε τμήματος. Οι δείκτες ποιότητας θα πρέπει να επιδεικνύουν τα κρίσιμα στοιχεία της φροντίδας, να αξιολογούνται και να ανακατατάσσονται ανάλογα με τις ανάγκες κάθε χρονικής στιγμής. Η σωστή επιλογή των δεικτών ποιότητας αποτελεί ένα σημαντικό βήμα για την δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών. (Boulkedid, et al., 2013; Norum, et al., 2013; Rodrigo, et al., 2015). Η παροχή κατάλληλης φροντίδας σε υψηλού κινδύνου κυήσεις αλλά και σε νεογνά από εξειδικευμένο προσωπικό αλλά και η εύκολη πρόσβαση σε εξειδικευμένα νοσοκομεία με κατάλληλες δομές και τεχνική υποστήριξη είναι πρωτεύον μέλημα κάθε χώρας.

Η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επικοινωνία, οι προσδοκίες πληροφόρησης και οδηγιών η συμπεριφορά και η αντιμετώπιση από τους άλλους είναι παράγοντες που ενδεχομένως επηρεάζουν την εκληφθείσα ικανοποίηση είτε από τις γυναίκες έγκυες ή λεχώνες είτε από τις μαιές. (Senarath, et al., 2006; Muffler, et al., 2007; Kongnyuy & Broek, 2008; Raftopoulos, et al., 2011; Bhattacharyya, et al., 2013; Sexton, et al., 2014). Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και ο κλινικός έλεγχος στα μαιευτήρια αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για ανάπτυξη της ποιότητας. (Muffler, et al., 2007; Kongnyuy & Broek, 2008; Dupont, et al., 2011; Sexton, et al., 2014). Όταν τα άτομα που παρέχουν τη φροντίδα κατέχουν ευνοϊκή στάση απέναντι στους κλινικούς ελέγχους ο έλεγχος είναι καλό εκπαιδευτικό εργαλείο και βελτιώνει

την ποιότητα της φροντίδας (Kongnyuy & Broek, 2008), αλλά όταν η στάση που κρατούν είναι απέναντι στους κλινικούς ελέγχους η ομάδα ελέγχου μπορεί να συναντήσει αντίσταση από το προσωπικό, ανεπαρκή κατανόηση της έννοιας ελέγχου, δυσκολίες στην συμμετοχή και οργάνωση συνεδρίων, στη συνεργασία, αλλά και ελλιπής διοικητική υποστήριξη (Muffler, et al., 2007; Sexton, et al., 2014).

#### 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Οι Μαίες παρέχουν υψηλής ποιότητας, πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα (International Confederation of Midwives, 2014). Η σύγχρονη μαία θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη και καλά εκπαιδευμένη για να προσφέρει φυσική φροντίδα, να έχει κριτική σκέψη κατά τις ενέργειες της, να λειτουργεί ως σύμβουλος και ως υποστηρικτής της εγκύου, να λειτουργήσει ως εκπαιδύτρια δίνοντας σωστές συμβουλές στους μέλλοντες γονείς αλλά και στους συνεργάτες της. Οι μαίες είναι υπερασπιστές των γυναικών, προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα τους, συμμετέχουν σε συνέδρια και αναθεωρούν τις πρακτικές τους. (Deitra & E.Perry, 2006; Midwives, 2014) Η ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει την κατανόηση κι χρήση των αρχών των κοινωνικών επιστημών. Μόνη της όμως η γνώση δεν είναι αρκετή για την παροχή ποιοτικής φροντίδας για αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να εφαρμόσει εκείνη την γνώση στην ζωή του ασθενή (Παπαδοπούλου Ρένα, 2011).

Μέσα από την ανασκόπηση που έγινε διαπιστώθηκε ότι, παρά το ευρύ φάσμα ερευνών που υπάρχει για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, λίγες λάμβαναν μέρος σε μαιευτικούς θαλάμους και μόνο 13 πληρούσαν τα κριτήρια αναζήτησης και μόνο μία διενεργήθηκε στην Κύπρο. Οι μελέτες και τα άρθρα που αναφέρονται στην ανασκόπηση, δεν αναφέρονται σε γενικευμένες αρχές και πρότυπα ποιότητας, αναφέρονται σε μια παράμετρο της ποιότητας η κάθε μια, είτε είναι ασφάλεια ή δείκτες ποιότητας ή κατευθυντήριες οδηγίες και κλινικός έλεγχος και αυτό αποτελούσε ένα περιορισμό. Το δείγμα ήταν γενικά μεγάλο σε όλες τις μελέτες παρόλο που κάποιες περιορίζονταν σε συγκεκριμένες περιοχές ή πόλεις με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Στις περισσότερες η συλλογή στοιχείων ήταν από αυτό-αναφορές. Μπορεί να υπάρχουν ηθελημένες ή άθελες ανακρίβειες από τις συμμετέχουσες και μεροληψία στα δεδομένα αν τα ερωτηματολόγια δίνονταν σε ώρες εργασίας. Επίσης, οι σχέσεις έκθεσης-έκβασης στις μελέτες-δείκτη ελέγχου επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από σύγχυση αλλά είναι δύσκολο να μετρηθούν όλοι οι πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες. Αυτή η εργασία δεν μπορεί να γενικεύσει τα αποτελέσματα για τους πιο πάνω λόγους όμως μπορεί να δώσει έναυσμα σε επαγγελματίες υγείας και σε υπηρεσίες υγείας, κυρίως στην Κυπριακή κοινότητα που δεν έχει επεκταθεί αρκετά στην αξιολόγηση της ποιότητας μονάδων υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

International Confederation of Midwives, 2014. *Bill of Rights*. [Online] Available at: <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/bill-of-rights-what-does-a-midwife-do/> [Accessed 16 01 2015].

Στατιστική Υπηρεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας, 2014. *Η Κύπρος σε αριθμούς*. [Online] Available at: [http://www.cystat.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/other\\_101main\\_gr/other\\_101main\\_gr?OpenForm&sub=1&sel=4](http://www.cystat.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/other_101main_gr/other_101main_gr?OpenForm&sub=1&sel=4)

(ICM)., I. C. o. M., 2014. *Bill of Rights*. [Online] Available at: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1)

Ack West, w. C. A. C. a. J. J. T., 2015. *ISO 9000:2000 Shifts Focus of Quality Management System Standards*. [Online] Available at: <http://asq.org/quality-progress/1999/10/standards-outlook/iso-9000-2000-shifts-focus-of-quality-management-system-standards.html> [Accessed 21 03 2015].

ACNM, 2012. *Midwifery : Evidence Based Practice*. [Online] Available at: <http://www.midwife.org/acnm/files/cclibraryfiles/filename/000000002128/midwifery%20evidence-based%20practice%20issue%20brief%20finalmay%202012.pdf> [Accessed 12 01 2015].

American Pregnancy Association, 2014. *Premature Birth Complications*. [Online] Available at: <http://americanpregnancy.org/labor-and-birth/premature-birth-complications/> [Accessed 12 12 2014].

Anwitaman Datta, S. Q. K. A., n.d. *Autonomous Gossiping: A self-organizing epidemic algorithm for selective*. [Online] Available at: <http://lsirwww.epfl.ch/AutoGoss/Preprint-AutonomousGossiping.pdf> [Accessed 2004].

Bacon, J., 2012. Teams : The building blocks of Belonging. In: J. Bacon, ed. *The Art of Community: Building the New Age of Participation*. USA: OREILLY, pp. 38-39/527.

Becker, A. V. a. D., 2000. *Epidemic Routing for Partially-Connected Ad Hoc Networks*. [Online]

Available at: <http://issg.cs.duke.edu/epidemic/epidemic.pdf>

Bhattacharyya, S., Srivastava, A. & Avan, a. B. I., 2013. Delivery should happen soon and my pain will be reduced: understanding women's perception of good delivery care in India. *Global Health Action*, 6(0.3402/gha.v6i0.22635), p. PMID: PMC3838967.

Boulkedid, R. et al., 2013. *Plos One*, 5 April.8(4).

Christians W, V. M. B. P., 2010. [Online].

Dahlgren, Göran & Whitehead, M., 2007. *Policies and strategies to promote social equity in health*. [Online]

Available at: [http://www.healthknowledge.org.uk/sites/default/files/documents/publichealthtextbook/healthpromotion/2h1\\_c.jpg](http://www.healthknowledge.org.uk/sites/default/files/documents/publichealthtextbook/healthpromotion/2h1_c.jpg) [Accessed 20 02 2015].

Deepak Ganesan, B. K. A. W., 2002. *An Empirical Study of Epidemic Algorithms in Large Scale Multihop*. [Online]

Available at: <http://www.cse.wustl.edu/~lu/cse521s/Papers/Deepak-Epidemiology.pdf>

Deepak Ganesan, B. K. A. W., 2002. *An Empirical Study of Epidemic Algorithms in Large Scale Multihop*. [Online]

Available at: <http://www.cse.wustl.edu/~lu/cse521s/Papers/Deepak-Epidemiology.pdf>

Deitra, L. L. & E.Perry, S., 2006. Συγχρονη Νοσηλευτική Μητρότητας. In: K. A. Piotrowski, ed. *Νοσηλευτική Μητρότητας*. Αθήνα : Ιατρικές Εκδοσεις Λαγός Δημήτριος, pp. 3-8.

Deming, P. B. C. J. M. J., 1992. *Three experts on Quality*. [Online]

Available at: <http://dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a256399.pdf>

Donaldson, M. S., 1999. Measuring the Quality of Health Care . In: *Measuring the Quality of Health Care ISBN: 978-0-309-07503-9* . Washington: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=6418&page=22](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=6418&page=22), pp. 21-23.

Dupont, C. et al., 2011. Clinical audit: a useful tool for reducing severe postpartum haemorrhages?. *International Society for Quality in Health Care*, 23(5), pp. 583-589.

Ellen D Hodnett, S. D. D. W., 2012. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, 17 05, Issue CD000012, p. 4.

Estimates, M. M., 2013. *MME INFO*. [Online]  
Available at: <http://www.maternalmortalitydata.org/Definitions.html>

Europeristat, 2010. *A Healty Start The health and care of prenant women and babies inn Europe 2010*. [Online]  
Available at: [http://www.europeristat.com/images/Int%20Press%20Release\\_EUROPERISTAT%20EPHR%202010.pdf](http://www.europeristat.com/images/Int%20Press%20Release_EUROPERISTAT%20EPHR%202010.pdf)  
[Accessed 16 11 2014].

Fiori, R. M., 2001. A "natural experiment" regarding the mortality of very low birth weight infants. *Jornal de Pediatria*, 77(4).

Ford, T. H., 2013. *Did You Know?*. [Online]  
Available at: [http://www.thehenryford.org/exhibits/hf/Did\\_You\\_Know.asp](http://www.thehenryford.org/exhibits/hf/Did_You_Know.asp)  
[Accessed 20 02 2015].

Freth, D. et al., 2012. A methodological study to compare survey-based and observation-based evaluations of organisational and safety cultures and then compare both approaches with markers of the quality of care.. *Health Technology Assisment*, Μάης, 16(25).

Gerd Flodgren, M.-P. P. S. A. T. M. P. E., 2011. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, 17 05.

Health, A. F. f. M. a. C., 2000. [Online].

International Confederation of Midwives, 2014. *ICM International Definition of the Midwife*. [Online]  
Available at: <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>  
[Accessed 02 02 2015].

John A. Astin, P., 1988. Why Patients Use Alternative Medicine. *JAMA*, jama.279.19.1548.(1998;279(19):1548-1553.).

Kongnyuy, E. J. & Broek, N. v. d., 2008. Criteria for clinical audit of women friendly care and providers' perception in Malawi.. *BMC Pregnancy & Childbirth*;2008, 8(1).

Lansing Business Monthly, 2015. The Four Absolutes of Quality. *Greater Lansing Business monthly*, 12 02, pp. <http://lansingbusinessnews.com/management-matters/468-the-four-absolutes-of-quality.html>.

Lansky, S., Subramanian, S., França, E. & Kawachi, I., 2007. Higher perinatal mortality in National Public Health System hospitals in Belo Horizonte, Brazil, 1999: a compositional or contextual effect?. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 144(10), p. 1240–1245.

Law, D. J., 2013. [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/20121009\\_born\\_too\\_soon\\_presentationFIGO.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/20121009_born_too_soon_presentationFIGO.pdf). [Online]

Available at:  
[http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/20121009\\_born\\_too\\_soon\\_presentationFIGO.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/20121009_born_too_soon_presentationFIGO.pdf)

Lidia Horvat, D. H. P. R. J. K.-R., 2014. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Consumers and Communication Group*, 2 10, Volume D009405.pub2, p. 2.

Matijasevich, A. et al., 2001. Health care of very low birth weight infants in Montevideo, Uruguay: a comparison between public and private sectors. *José L. Diaz-Rossello - Pediatrician*, 08.

McCracken, L., 1999. *A Declaration of the Rights of Childbearing Women*. [Online] Available at: <http://www.midwiferytoday.com/articles/declaration.asp> [Accessed 3 01 2015].

Mert Akdere, C. Ç. B. G. K. U. Ç., 2006. *A comparison of epidemic algorithms in wireless sensor networks*. [Online] Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.186.4310&rep=rep1&type=pdf>

Midwives, I. C. o., 2014. *ICM International Definition of the Midwife*. [Online] Available at: <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>

Mitchell, P. H., 2008. Chapter 1 : Patient safety and quality care. In: *Patient safety and quality : An evidence Based Handbook for Nurses*. s.l.:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>, p. Chapter 1.

Muffler, N., Trabelssi, M. E. H. & Brouwere, V. D., 2007. Scaling up clinical audits of obstetric cases in Morocco.. *Trop Med Int Health*, 18 10, 12(10), p. 1248–1257.

Nations, U., 2015. *WE CAN END POVERTYMILLENIU M DEVELOPMEENT GOALS AND BEYOND 2015*. [Online] Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>

Norum, J. et al., 2013. Quality of obstetric care in the sparsely populated sub-arctic area of Norway 2009–2011. *BioMed Central Ltd*, 13(175).

Nursing, R. C. o., 2015. *Patient safety and human factors: definition and aims*. [Online] Available at: [http://www.rcn.org.uk/development/practice/patient\\_safety/definition\\_and\\_aims](http://www.rcn.org.uk/development/practice/patient_safety/definition_and_aims)

Prevention, C. f. D. C. a., 2014. *Infant Mortality*. [Online] Available at: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.htm>

Raftopoulos, V., Savva, N. & Papadopoulou, M., 2011. Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Services Research*, 11(238).

Research, T. N. A. o. W. H., Practice, B. o. P. H. a. P. H. & Medicine, I. o., 2010. Determinants of Women's Health . In: T. N. A. Press, ed. *Womens Health Research*. Washington: 2015, p. 36/438.

Rodrigo, G.-M.et al., 2015. Changes in perinatal care and outcomes in newborns at the limit of viability in Spain: the EPI-SEN Study.. *Neonatology*, 26 02, Issue 16617800, pp. Pages 120-129.

Senarath, U., Fernando, D. N. & Rodrigo, I., 2006. Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. *Tropical Medicine & International Health*, 8 8, 11(9), p. 1442–1451.

Sexton, J. B. et al., 2014. Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. *BMJ Quality and Safety*, 23(10), pp. doi:10.1136/bmjqs-2013-002042.

The Children's Investment Fund Foundation, 2015. Uganda-reducing-under-5-mortality.

Thomas, E. J. et al., 2006. Teamwork and quality during neonatal care in the delivery room. *Journal of Perinatology*, 26 01.pp. 163-169.

Tim Daniel Hollerung, P. B., 2004. *Epidemic Algorithms*. [Online] Available at: <http://my.fit.edu/~gfrederi/ComplexNetworks/09-Epidemic-Algorithms.pdf>

UNICEF, 2015. *Goal: Improve maternal health*. [Online] Available at: [http://www.unicef.org/mdg/index\\_maternalhealth.htm](http://www.unicef.org/mdg/index_maternalhealth.htm)

Vespignani, R. P.-S. a. A., 2001. *Epidemic Spreading in Scale-Free Networks*. [Online] Available at: <http://journals.aps.org/prl/abstract/10.1103/PhysRevLett.86.3200>

WHO, 2006. *Care in Normal Birth : Practical guide*. [Online] Available at: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1)

WHO, 2014. *Preterm birth*. [Online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>



WHO, n.d. *The determinants of health*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>  
[Πρόσβαση 10 03 2015].

World Health Organization, 2005. *Women and Health*. [Online]  
Available at: [http://www.who.int/gho/women\\_and\\_health/en/](http://www.who.int/gho/women_and_health/en/)  
[Accessed 14 10 2014].

World Health Organization, 2013. *Status of Schistosomiasis endemic countries 2013*.  
[Online]  
Available at: [http://apps.who.int/neglected\\_diseases/ntddata/sch/sch.html](http://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/sch/sch.html)  
[Accessed 10 10 2014].

Παπαδοπούλου Ρένα, Α. Χ. Α. Β., 2011. *Ποιοτική Νοσηλευτική Φροντίδα. Μια Επιλεκτική Βιβλιογραφική Επισκόπηση των ερμηνειών ασθενών και νοσηλευτών*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://magazine.enne.gr/wp-content/uploads/2010/11/arth5.pdf>

Ραφτόπουλος, Β. Γ., 2002. *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. [Online]  
Available at:  
<http://ktisis.cut.ac.cy/bitstream/10488/691/1/%CE%95%CE%BA%CF%84%CE%AF%CE%BC%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%AF%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CF%84%CF%89%CE%BD%20%CE%B7%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%B9%CF%89%CE%B>  
[Accessed 15 04 2015].