



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΟΙ
ΕΠΤΟΚΕΣ ΠΡΩΤΟΤΟΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗ
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΤΟΥΣ, ΓΙΑ ΤΟ
ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΟ ΕΤΟΣ 2013 ΣΤΟ
Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ «ΜΠΟΛΟΣΑΚΕΙΟ»**

ΕΥΓΕΝΙΑ ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Δρ. ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2016

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΟΙ ΕΠΙΤΟΚΕΣ
ΠΡΩΤΟΤΟΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ
ΤΟΚΕΤΟΥ ΤΟΥΣ, ΓΙΑ ΤΟ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΟ ΕΤΟΣ 2013 ΣΤΟ
Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ «ΜΠΟΛΟΣΑΚΕΙΟ»**

ΕΥΓΕΝΙΑ ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Δρ. ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2016

Ευχαριστίες

Η ακόλουθη Μεταπτυχιακή Διατριβή αποτελεί το πόνημα 18 μηνών που απαιτήθηκαν για τη συλλογή των ερωτηματολογίων και την περαιτέρω διεκπεραίωση της στατιστικής ανάλυσης αυτών και τη σύγκρισή της με παρεμφερείς έρευνες από την εγχώρια και διεθνή βιβλιογραφία. Υλοποιήθηκε με μεράκι και αγάπη τόσο επειδή αφορά το βασικό μου κλάδο σπουδών που αποτελεί η μαιευτική, όσο και από το νέο τομέα γνώσεων που ανοίχτηκε μπροστά μου, από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών που ακολούθησα στην Πολιτική Υγείας. Τα δύο αυτά αντικείμενα συνδέθηκαν αρμονικά μεταξύ τους, οδηγώντας με σε νέους, ιδιαίτερα ενδιαφέροντες ορίζοντες.

Είναι αδύνατον να παραλείψω να ευχαριστήσω αυτούς που αμέριστα μου συμπαράσταθηκαν στην ολοκλήρωση αυτής της διαδικασίας. Πιο ειδικά επιθυμώ να ευχαριστήσω:

Τον επιβλέποντα της Μεταπτυχιακής Διατριβής Δρ. Πέτρο Γαλάνη για την υποστήριξη, την εμπιστοσύνη και την προτροπή του στην ολοκλήρωση αυτού του εγχειρήματος. Η ανταπόκρισή του ήταν άμεση, καίρια και εποικοδομητική οποιαδήποτε στιγμή και εάν ζητήθηκε.

Την κα Όλγα Τσακίρη και τον κο Γρηγόρη Κουτσή, διδασκάλους της αγγλικής γλώσσας για τη διόρθωση των κειμένων στα οποία απαιτήθηκε μετάφραση.

Την κα Αλέκα Δεληγιάννη, φιλόλογο, για την επιμέλεια του κειμένου.

Τέλος, την οικογένειά μου, το σύζυγο και τους γονείς μου για την ένθερμη συμπαράσταση που έδειξαν τόσο στην υλοποίηση ολόκληρου του προγράμματος όσο και της παρούσας Μεταπτυχιακής Διατριβής, αλλά κυρίως τους δύο γιους μου Πέτρο και Στέλιο για την υπομονή και την κατανόηση του μητρικού χρόνου που τους στερήθηκε.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	11
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ.....	16
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	16
2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	16
3.ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ	17
4.Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΩΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	19
5.Η ΙΑΤΡΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	20
6. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΥΟΥ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	23
7. ΤΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΤΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	25
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	27
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	27
8. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	27
9. ΓΕΝΙΚΑ.....	29
10. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	30
10.1. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από τη νοσηλεία.....	34
10.2. Συσχέτιση των διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας με δημογραφικά στοιχεία καθώς και με στοιχεία που αφορούν τον τοκετό των γυναικών	41
10.3. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις	60
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ.....	72
ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	72
11. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	72
12. ΣΧΕΣΗ ΕΠΙΤΟΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	75

13. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	79
14. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	80
15. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	83
16. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	84
17. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	85
18. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ	89
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	89
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	96
I. Ερωτηματολόγιο	96
II. Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου	104

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά δεδομένα των γυναικών.	30
Πίνακας 2. Δεδομένα που αφορούν τον τρόπο και το είδος του τοκετού.	31
Πίνακας 3. Περιγραφή σωματικής και ψυχικής κατάστασης των γυναικών.	32
Πίνακας 4. Παρακολούθηση στο σπίτι μετά τη διεξαγωγή του τοκετού.	33
Πίνακας 5. Παροχές που δόθηκαν στις γυναίκες.	34
Πίνακας 6. Πόσο σημαντικό θεωρούν οι γυναίκες τη λήψη ή μη κάποιων παροχών. ...	36
Πίνακας 7. Συσχέτιση μεταξύ λήψης και σημαντικότητας λήψης των υγειονομικών υπηρεσιών.	38
Πίνακας 8. Βαθμολογίες ικανοποίησης και σημαντικότητας.	40
Πίνακας 9. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας, σε σχέση με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.	41
Πίνακας 10. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με την ηλικία των γυναικών.	42
Πίνακας 11. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με την ενασχόληση των γυναικών.	43
Πίνακας 12. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με το εάν οι γυναίκες τηλεφώνησαν ή όχι πριν προσέλθουν στο μαιευτικό τμήμα.	44
Πίνακας 13. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με τον τρόπο διεξαγωγής του τοκετού.	46
Πίνακας 14. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με τον εάν οι γυναίκες χρειάστηκε να αποχωρήσουν από το μαιευτήριο, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη.	48
Πίνακας 15. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με την παρούσα σωματική κατάσταση των γυναικών.	50
Πίνακας 16. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με την παρούσα ψυχική ευεξία των γυναικών.	54
Πίνακας 17. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με το εάν θα δίσταζαν να ξαναπάνε στην ίδια μαιευτική κλινική για έναν μελλοντικό τοκετό.	57

Πίνακας 18. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με το βάρος γέννησης του νεογνού.	59
Πίνακας 19. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή.....	60
Πίνακας 20. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τον εξοπλισμό για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού, χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα. .	61
Πίνακας 21. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την πληροφόρηση προ των διαδικασιών.	62
Πίνακας 22. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή.....	63
Πίνακας 23. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη συμμετοχή.	64
Πίνακας 24. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν οι γυναίκες από τους ιατρούς.	65
Πίνακας 25. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν οι γυναίκες από τις μαίες.....	66
Πίνακας 26. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν οι γυναίκες από τις ασκούμενες μαίες.....	67
Πίνακας 27. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την παρουσία των μαιών κατά τον τοκετό.....	67
Πίνακας 28. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την παρουσία του συντρόφου / άλλου σημαντικού προσώπου.	68
Πίνακας 29. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης προ των διαδικασιών.	69
Πίνακας 30. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης για προσωπική φροντίδα και υγιεινή.....	69
Πίνακας 31. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και του σεβασμού που έλαβαν από τους ιατρούς....	70

Πίνακας 32. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και του σεβασμού που έλαβαν οι γυναίκες από τις μαίες..... 70

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Το είδος τοκετού των γυναικών.....	31
Γράφημα 2. Σωματική κατάσταση των γυναικών κατά την απάντηση του ερωτηματολογίου.....	32
Γράφημα 3. Ύπαρξη ή μη δισταγμού για πραγματοποίηση μελλοντικού τοκετού στην ίδια μαιευτική κλινική.....	33
Γράφημα 4. Βαθμολογίες ικανοποίησης και σημαντικότητας.....	41
Γράφημα 5. Βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή σε σχέση με το είδος του τοκετού.....	47
Γράφημα 6. Βαθμολογία ικανοποίησης από την παρουσία της μαίας κατά τον τοκετό σε σχέση με το είδος του τοκετού.....	48
Γράφημα 7. Βαθμολογία ικανοποίησης από την πληροφόρηση προ των διαδικασιών σε σχέση με το εάν οι γυναίκες χρειάστηκε να αποχωρήσουν από το μαιευτήριο επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη.....	50
Γράφημα 8. Βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή σε σχέση με την παρούσα σωματική κατάσταση των γυναικών.....	53
Γράφημα 9. Βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης προ των διαδικασιών σε σχέση με τη σωματική κατάσταση των γυναικών.....	53
Γράφημα 10. Βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή σε σχέση με την παρούσα ψυχική ευεξία των γυναικών.....	56
Γράφημα 11. Βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που εξέλαβαν από τους ιατρούς σε σχέση με την παρούσα ψυχική ευεξία των γυναικών.....	56
Γράφημα 12. Βαθμολογία ικανοποίησης από τον εξοπλισμό, την αίθουσα τοκετού, την ατμόσφαιρα σε σχέση με το εάν θα δίσταζαν να πάνε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για έναν μελλοντικό τοκετό.....	58

Περίληψη

Εισαγωγή: Βασικός στόχος των επαγγελματιών υγείας του σύγχρονου μαιευτικού κλάδου αποτελεί το να εστιάσουν στους παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι επίτοκες γυναίκες κατά τη διαδικασία του τοκετού.

Σκοπός: Η εκτίμηση της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι επίτοκες γυναίκες από τη διαδικασία του τοκετού τους και η εύρεση των προσδιοριστών που επηρεάζουν την ικανοποίηση αυτή.

Μεθοδολογία: Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 151 επίτοκες που γέννησαν στο Γ.Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο». Το ποσοστό απόκρισης ήταν 75,5% (=151/200). Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο "Quality from the Patient's Perspective" (83 ερωτήσεις), το οποίο αναπτύχθηκε σε μία εθνική έρευνα στη Σουηδία το 2007 και εστιάζει στην περιγεννητική φροντίδα που λαμβάνουν οι πρωτότοκες γυναίκες. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις παροχές που έλαβαν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού και τη σημασία που δίνουν οι γυναίκες στις παροχές αυτές. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τις εξής δέκα διαστάσεις: (α) ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή, (β) εξοπλισμός για τον τοκετό-αίθουσα τοκετού, (γ) πληροφόρηση προ των διαδικασιών, (δ) πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή, (ε) συμμετοχή, (στ) δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ιατροί), (ζ) δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες), (η) δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες), (θ) παρουσία μαιών κατά τον τοκετό και (ι) σύντροφος-άλλο σημαντικό πρόσωπο. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 29,5 έτη. Σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου, οι βαθμολογίες σημαντικότητας ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες σε σύγκριση με τις αντίστοιχες βαθμολογίες ικανοποίησης, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι γυναίκες θεωρούσαν πιο σημαντικές τις διάφορες διαστάσεις από όσο τελικά ικανοποιήθηκαν από αυτές. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η διάσταση «παρουσία μαιών κατά τον τοκετό» όπου η ικανοποίηση και η σημαντικότητα δεν διέφεραν. Οι γυναίκες με χειρότερη σωματική υγεία, με λιγότερη ψυχική ευεξία και

αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή. Σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου, οι γυναίκες που είχαν δισταγμό να επισκεφτούν την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό ήταν λιγότερο ικανοποιημένες. Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από την παρουσία μαιών κατά τον τοκετό και λιγότερο ικανοποιημένες από την παρουσία του συντρόφου τους.

Συμπεράσματα: Η εύρεση των προσδιοριστών της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι επίτοκες γυναίκες από τη διαδικασία του τοκετού τους σε συνδυασμό με την κατάλληλη ενημέρωση και υποστήριξη οδηγούν στη δημιουργία ισχυρών δεσμών μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας, έτσι ώστε η μετάβαση στη μητρότητα να συντελείται με τον πλέον ευχάριστο και αποδοτικό τρόπο.

Λέξεις-κλειδιά: επίτοκες, ιατροί, ικανοποίηση, μαιές, προσδιοριστές, τοκετός

Abstract

Introduction: The main aim of health professionals in the industry of modern obstetrics is to focus on the factors that influence service quality and satisfaction parturient women receive during the process of childbirth.

Aim: Evaluation of satisfaction parturient women receive from the process of their childbirth and finding determinants that affect this satisfaction.

Methodology: The sample included 151 parturient women, who gave birth in Hospital "Bodossakio" in Ptolemaida . The response rate was 75.5% (= 151/200). The questionnaire "Quality from the Patient's Perspective" (83 questions) was used, which was developed through a national survey in Sweden in 2007 and focuses on perinatal care taken by females, who gave their first birth. The questionnaire includes demographic characteristics, the health benefits received by women during childbirth and the importance given by women to these benefits. Furthermore , the questionnaire includes the following ten aspects : (a) medical care and pain relief, (b) equipment for labor-delivery room, (c) information given before procedures, (d) information on personal health care and hygiene, (e) participation, (f) commitment, empathy and respect (midwives), (g) commitment, empathy and respect (midwives), (h) commitment, empathy and respect (trainee midwives), (i) the presence of midwives during childbirth and (j) support by my partner/significant other. IBM SPSS 21.0 statistics related software was used for the data analysis.

Results: The mean age of women was 29.5 years old. In almost all aspects of the questionnaire the importance scores were significantly higher compared with the corresponding satisfaction scores, fact indicating that women considered the different aspects more important than finally satisfied from them. The only exception is the aspect of "presence of midwives during childbirth", where the satisfaction and importance did not differ. Women with worse physical health, worse mental wellbeing and those who gave birth by cesarean section were more satisfied with the medical care and pain treatment. In almost all aspects of the questionnaire women, who hesitated to visit the same maternity hospital in a future birth, were less satisfied. Women who gave birth

through vaginal delivery were more satisfied with the presence of midwives during childbirth and less satisfied with the presence of their partner.

Conclusions: Finding the determinants of satisfaction received by parturient women from the birthing process in combination with proper information and support leads to the creation of strong bonds between women and health professionals, so that the transition to motherhood is done with the most pleasant and efficient way.

Keywords: parturient, doctors, satisfaction, midwives, determinants, childbirth

1.Εισαγωγή

Ο τρόπος διεξαγωγής ενός τοκετού έχει ιδιαίτερη βαρύτητα για τη γυναίκα, το παιδί που θα φέρνει στον κόσμο, για την υπόλοιπη οικογένεια, αλλά και για την κοινωνία γενικότερα. Όσον αφορά τη γυναίκα καθορίζει τη μελλοντική της συμπεριφορά απέναντι στο παιδί που αποκτά, τον εαυτό της, την οικογένεια, την απόκτηση άλλων παιδιών, τη συμπεριφορά της απέναντι σε παιδιά που υπάρχουν ήδη στην οικογένεια, τον κοινωνικό περίγυρο. Οι ψυχολογικές επιδράσεις στο άτομο που γεννιέται, φτάνουν μέχρι και την ενήλικη ζωή του. Στα παραπάνω πρέπει να προστεθεί κι ένα ακόμη σημαντικά καθοριστικό σημείο, ότι κάθε γυναίκα βιώνει εξατομικευμένα της διαδικασία του τοκετού της.

Μέσω της διεξαγόμενης μελέτης σκοπός είναι να διερευνηθεί, εάν οι επίτοκες-γυναίκες βιώνουν με θετικό ή αρνητικό τρόπο τη διαδικασία του τοκετού τους. Εάν οι συνθήκες που επικρατούν και οι πρακτικές που υιοθετούνται ανταποκρίνονται ή όχι στις επιθυμίες, τις ανάγκες και τους στόχους των γυναικών αυτών. Η μελέτη διεξήχθη στο μαιευτικό- γυναικολογικό τμήμα του Γ.Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο» του Ν. Κοζάνης. Περιλαμβάνει τους τοκετούς των πρωτοτόκων γυναικών που έλαβαν χώρα στο νοσοκομείο το ημερολογιακό έτος 2013. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε γυναίκες που γέννησαν είτε κολπικά, ή με καισαρική τομή, τελειόμηνα, υγιή νεογνά.

Ζητήθηκε άδεια διεξαγωγής της μελέτης από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου και της 3^{ης} ΥΠΕ, στην οποία αυτό ανήκει. Οι συμμετέχουσες απάντησαν είτε απευθείας με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γραπτώς, είτε τηλεφωνικά, είτε τέλος μέσω ηλεκτρονικού μηνύματος. Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν κάποια δημογραφικά στοιχεία των γυναικών, αλλά είναι ανώνυμα.

Σκοπός της έρευνας είναι να αποκαλυφθεί ο βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν οι γυναίκες στη διάρκεια της τόσο ιδιαίτερης αυτής στιγμής της ζωής τους. Σε αυτό συμπεριλαμβάνονται η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, η επάρκεια των υγειονομικών υλικών και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται, το μαιευτήρα- γυναικολόγο, τη μαία- μαιευτή, τις ασκούμενες μαίες, τον αναισθησιολόγο, στις περιπτώσεις που αυτός συμμετείχε.

Η έρευνα προσπάθησε να εκμαιεύσει το εάν και κατά πόσο ο τρόπος με τον οποίο υλοποιήθηκε ο τοκετός ανταποκρινόταν στις επιθυμίες, τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των άμεσα ενδιαφερομένων, που είναι οι επίτοκες και οι οικογένειές τους. Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, ο τρόπος ζωής των γυναικών, επηρεάζουν τις αντιλήψεις, τις απαιτήσεις και τις επιθυμίες για τον τρόπο που πραγματοποιείται ο τοκετός τους. Επηρεάζουν τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους, την ικανότητα λήψης αποφάσεων, το βαθμό συμμετοχής στην υλοποίηση των διαδικασιών καθώς και τις αντιδράσεις τους κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Η μέτρηση ικανοποίησης των πρωτοτόκων από τη διαδικασία του τοκετού τους, που γέννησαν στο «Μποδοσάκειο» το 2013, αποτελεί δείκτη ποιοτικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγείας, τόσο από το παρεχόμενο σύστημα υπηρεσιών υγείας, όσο και από τους επαγγελματίες υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας βοηθούν στη διεξαγωγή συμπερασμάτων για τους παραπάνω δείκτες. Σκοπός του ερωτηματολογίου και της παρούσας έρευνας ήταν η ανάπτυξη ενός εργαλείου που να επικεντρώνεται στη συγκέντρωση πληροφοριών για την επίτοκο και την περιγεννητική φροντίδα.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.Ιστορική αναδρομή

Η έννοια της περιγεννητικής φροντίδας στην Δυτική Ευρώπη υπήρχε για πάνω από 100 χρόνια, με κύριο σκοπό να μειώσει το υψηλό ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας και μητρικής νοσηρότητας. Το πρώτο πρόγραμμα προγεννητικής φροντίδας εφαρμόστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1929 μετά από σχετική αναφορά του Υπουργείου Υγείας. Πολύ γρήγορα ακολούθησαν και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες το παράδειγμα του Ηνωμένου Βασιλείου, εφαρμόζοντας παρόμοια προγράμματα (Luyben & Fleming, 2005). Μέχρι την δεκαετία του '80 πολύ λίγα άλλαξαν στο είδος της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας, με εξαίρεση την εισαγωγή κάποιων εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων.

Η μείωση της μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητας θεωρήθηκε ως ένδειξη της αξίας της περιγεννητικής φροντίδας χωρίς να υπολογιστούν την χρονική εκείνη περίοδο άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν. Παρόλα αυτά τόσο οι έγκυες γυναίκες όσο και οι λειτουργοί υγείας άρχισαν να αναζητούν μια εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Σαν αποτέλεσμα αυτού τα προγράμματα περιγεννητικής φροντίδας έγιναν θέμα ερευνών στην δεκαετία του '80 και '90 (Luyben & Fleming, 2005). Σημαντική παράμετρος αυτών των ερευνών ήταν οι εμπειρίες και ο βαθμός ικανοποίησης των γυναικών με την παρεχόμενη περιγεννητική φροντίδα. Η ικανοποίηση των γυναικών από την προγεννητική φροντίδα αποτελεί ένα πολύ βασικό παράγοντα στο κατά πόσο οι γυναίκες θα συνεχίσουν να επιδιώκουν και να λαμβάνουν τη φροντίδα αυτή (Kerbsen & Peters, 1995).

3.Κύηση και τοκετός

Η απόφαση μιας γυναίκας ή ενός ζευγαριού να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί αποτελεί ένα σημαντικό γεγονός και πυροδοτεί την απαρχή μεγάλων και οριστικών αλλαγών. Αν και η κύηση είθισται να περιγράφεται ως ένα ευτυχές γεγονός, με μια προσεκτικότερη προσέγγιση μπορεί να φανερωθεί ένα σύνολο αρνητικών συναισθημάτων και προβληματισμών, ικανών να τη μετατρέψουν σε μια δυσάρεστη εμπειρία. Η κύηση δεν μπορεί να απομονωθεί ως ένα βιολογικό-σωματικό γεγονός μόνο, αλλά πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι παρουσιάζει πολλές διαστάσεις, όπως βιολογικές, ψυχικές κοινωνικές και περιβαλλοντικές. Η γυναίκα οφείλει να προσαρμοστεί σε καταστάσεις και συνθήκες ζωής και καθημερινότητας, φροντίζοντας ώστε η ίδια και το έμβρυό της να παραμένουν ασφαλείς, προϋπόθεση που απαιτεί αρκετούς συμβιβασμούς. Κάποιες από τις αλλαγές ενδεχομένως να είναι καλοδεχούμενες, άλλες όμως ίσως την απομακρύνουν για κάποιο χρονικό διάστημα από σημαντικά ενδιαφέροντα εργασιακά, κοινωνικά ή άλλου τύπου.

Η εγκυμονούσα οφείλει να σχετιστεί με το έμβρυο που κυοφορεί, να διασφαλίσει την αποδοχή του από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον και να προετοιμαστεί για τον τοκετό. Οφείλει να αποδεχτεί τις αλλαγές στην εικόνα του σώματός της και να τροποποιήσει πτυχές στη σχέση με το σύντροφό της και πατέρα του παιδιού. Οι προσαρμογές αυτές είναι μόνο ενδεικτικές, από τη στιγμή που κάθε γυναίκα κουβαλάει

τη δική της ιστορία, τις σχέσεις και τον τρόπο ζωής της, τα οποία διαμορφώνουν και εξατομικεύουν τις ανάγκες της (Reck, 2009).

Η εγκυμοσύνη θεωρείται μια μεταβατική περίοδος συνοδευόμενη από πολλές αλλαγές οι οποίες γίνονται εντονότερες στη γυναίκα με την άφιξη του παιδιού της. Οι προσδοκίες των γυναικών για ασφαλή μητρότητα εξαρτώνται από την ηλικία, τα προσωπικά τους πιστεύω, το οικογενειακό, κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Επιπρόσθετα η προσφορά του οικογενειακού προγραμματισμού, άλλαξαν την αντίληψη των γυναικών στις δυτικές κοινωνίες για την εγκυμοσύνη (Bondas, 2002).

Μια εγκυμοσύνη στις μέρες μας είναι κατά κύριο λόγο προγραμματισμένη και η γονεϊκότητα αποτελεί μια συνειδητή επιλογή και επιθυμία. Παρ' όλα αυτά αρκετές γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με διάφορα προβλήματα υγείας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πράγμα που διαφοροποιεί τις ανάγκες φροντίδας τους σε σχέση με τις επιθυμίες τους (Nolan, 1997). Η προγεννητική φροντίδα είναι βασικής σημασίας, αφού παρέχει ευκαιρίες να αναγνωριστούν έγκαιρα οι κτήσεις υψηλού κινδύνου, επιτυγχάνοντας έτσι πρόληψη και προαγωγή της υγείας στη μέλλουσα μητέρα και το παιδί της. Έρευνες έδειξαν ότι η καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης βοηθά στη μείωση θανάτων και της νεογνικής νοσηρότητας, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των εγκύων και των νεογέννητων παιδιών τους (Omar & Schiffman 1996).

Παρ' όλα αυτά έχει φανεί ότι η προγεννητική φροντίδα δεν εξασκείται στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό σε όλες τις έγκυες γυναίκες. Ο βαθμός ικανοποίησης με τις υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες που παρακινεί τις γυναίκες να αναζητήσουν και να συνεχίσουν να λαμβάνουν προγεννητική φροντίδα (Handler et al., 2003). Έτσι διάφορα προγράμματα προγεννητικής φροντίδας αποτελούν θέμα αξιόλογων ερευνών. Μερικές από αυτές τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες περιλαμβάνουν εκτενείς αναφορές στις εμπειρίες και στον βαθμό ικανοποίησης των γυναικών από την παρεχόμενη προγεννητική φροντίδα (Omar & Schiffman 1996; Luyben & Fleming 2005; Villar et al., 2001). Αναλόγως του βαθμού ικανοποίησης της εγκύου από την προγεννητική φροντίδα είναι και η συχνότητα επισκέψεων της στα κέντρα προγεννητικής φροντίδας για τον προγραμματισμένο έλεγχο.

4.Η αντιμετώπιση της κύησης και του τοκετού ως παθολογική κατάσταση

Παρόλο που το γυναικείο σώμα είναι βιολογικά «κατασκευασμένο», να φέρει την ικανότητα για τεκνοποίηση, στις μέρες μας η κύηση και ο τοκετός, ακόμη και στις περιπτώσεις που εξελίσσονται χωρίς να φέρουν καμία παθολογία, τείνουν να αντιμετωπίζονται ως παθολογικές καταστάσεις. Η αντιμετώπιση αυτή σε συνδυασμό με κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, επιδρά αρνητικά, αποστερώντας τη γυναίκα από τη δυνατότητα να βιώσει μια φυσιολογική διαδικασία για το σώμα της, με τρόπο θετικό και δημιουργικό.

Οι επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και τη διεκπεραίωση του τοκετού, κυρίως ο κλάδος των μαιευτήρων- γυναικολόγων, κατά τον τακτικό έλεγχο περνούν στη γυναίκα εγκυμονούσα και επίτοκο την έννοια της ασθενούς, συνεπώς η γυναίκα εκλαμβάνει τον εαυτό της με τον τρόπο αυτό. Το γεγονός αυτός υπονομεύει την εμπιστοσύνη στο σώμα της και στις προσωπικές της ικανότητες να διαχειριστεί την κατάσταση αυτή, ενώ επιπρόσθετα καθιστά σχεδόν απαγορευτική τη συνειδητή συμμετοχή της στις απαιτούμενες διαδικασίες. Τέλος συντελεί αρνητικά και στη προσαρμογή στο γονεϊκό ρόλο, αποδυναμώνοντας τα θετικά συναισθήματα της γυναίκας (Donna, 2011).

Στα παραπάνω συμβάλλει και η χρήση φαρμακευτικών μεθόδων πρόκλησης τοκετού. Η ωδινοποίηση με φαρμακευτική αγωγή αυξάνει την αίσθηση του πόνου κατά τον τοκετό, καθιστώντας τις επίτοκες ανίκανες να ελέγξουν και να διαχειριστούν τις ωδίνες τους. Επιπρόσθετα μπλοκάρει και απενεργοποιεί την έκκριση φυσικής ωκυτοκίνης στον οργανισμό της επίτοκου, ορμόνης καθοριστικής για την ανάπτυξη ισχυρού συναισθηματικού δεσμού μεταξύ της μητέρας και του νεογνού. Αυτό το συναντάμε επίσης και στη διενέργεια καισαρικής τομής. Τα παραπάνω δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο όταν η πρόκληση τοκετού εκτελείται σε πρώιμη χρονική στιγμή, πριν την ολοκλήρωση της κύησης, οπότε το σώμα της γυναίκας όντας ανώριμο, αδυνατεί να ανταπεξέλθει στη διαδικασία, γεγονός που πολλαπλασιάζει τις παρεμβάσεις στον τοκετό, διενέργεια επισιτομής, χρήση αναρροφητικής σκύας ή εμβρυουλκών, καισαρική τομή.

Ο τρόπος που κάθε άτομο εκδηλώνει κατά ένα μοναδικό τρόπο το ψυχικό του κόσμο, ενεργεί και αντιδρά στους διάφορους ερεθισμούς του περιβάλλοντος, εκπληρώνει τις

ανάγκες του, υλοποιεί τους στόχους του και αναπτύσσει τα ιδεώδη και τις αξίες του είναι ικανά να κατευθύνουν την επαγγελματία μαία να συγκεντρώσει στοιχεία, να προβληματιστεί για το άτομο και να χειριστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την έγκυο που αντιμετωπίζει τις δικές της δυσκολίες (Angel, 2006).

Ο τοκετός λοιπόν είναι μια διαδικασία στη ζωή της γυναίκας, γεμάτη από έντονα συναισθήματα θετικά αλλά και αρνητικά. Είναι απαραίτητο η έγκυος και η επίτοκος να νιώθει την ασφάλεια να εκφράσει τα συναισθήματα αυτά, τόσο στους οικείους της, όσο και στους επαγγελματίες υγείας, αναζητώντας τη στήριξή τους. Κρίνεται απαραίτητο τις όποιες απορίες και ανησυχίες της να τις απευθύνει στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν την ικανότητα να την καθοδηγήσουν, να τη συμβουλέψουν και να την καθησυχάσουν. Η έκφραση των αρνητικών αυτών συναισθημάτων είναι η απαρχή και η βάση της επίλυσής τους (Woollett & Parr, 1997).

5.Η ιατρικοποίηση του τοκετού

Σε κάθε πολιτισμό και σε κάθε ιστορική στιγμή ο τοκετός αντιμετωπίζονταν ως ένα εξαιρετικό, ιδιαίτερο γεγονός. Οι πρώτες ιστορικές μαρτυρίες πιστοποιούν ότι η φροντίδα της επιτόκου επαφίεται σε άλλες γυναίκες. Η φιγούρα της μαίας είναι παρούσα στην αρχαίο αιγυπτιακό, βαβυλωνιακό, ελληνικό και ρωμαϊκό χώρο, καθώς και στους Ένκας και τους Κινέζους. Αρχικά, η μαία είναι η γυναίκα η οποία βοηθά στον τοκετό, κάποια συγγενής ή μέλος της κοινότητας, που χαίρει κοινής αποδοχής και εκτίμησης και είναι σε θέση να ασχοληθεί με την πρακτική, αλλά και την πνευματική πλευρά της γέννησης.

Σταδιακά, κυρίως στη διάρκεια του 18^{ου} αιώνα, ο ρόλος της μαίας υποβαθμίζεται, αφού εκείνη την περίοδο η μαιευτική οργανώνεται σε επιστήμη, δίνοντας χώρο, για την κυριαρχία της ιατρικής. Ιδρύονται μαιευτικές σχολές, όπου για πρώτη φορά διδάσκουν άντρες, αλλά παρ' όλα αυτά μέχρι τα μέσα περίπου του 20^{ου} αιώνα, η μαία είναι το πρόσωπο που εμφανίζεται συχνότερα κατά τον τοκετό και το σπίτι θεωρείται ως ο καταλληλότερος χώρος για την υλοποίησή του.

Από τότε που η γυναικολογία αντικατέστησε τη μαιευτική στο δυτικό κόσμο, κατά το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, το γυναικείο σώμα και οι αναπαραγωγικές του λειτουργίες

τίθενται υπό τον έλεγχο της επιστήμης και της τεχνολογίας. Οι οποίες εκφράζονται κυρίως από τους άντρες γιατρούς, που αντιπροσωπεύουν τη συντριπτική πλειοψηφία των μαιευτήρων, αφού οι γυναίκες λόγω των κοινωνικών συνθηκών που επικρατούσαν, είχαν περιορισμένη πρόσβαση στην πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

Σε πολλές χώρες οι γυναικολόγοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται στις εγκυμονούσες και τις επίτοκες, ενώ οι μαιές παρακολουθούν τις γυναίκες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τις βοηθούν στον τοκετό. Παρ' όλα αυτά, σε μερικές χώρες η διεκπεραίωση τοκετών από τις μαιές έχει σχεδόν εκλείψει. Τις τελευταίες δεκαετίες ένα τέτοιου είδους φαινόμενο, παρατηρείται και στη Ελλάδα. Στη σύγχρονη Ελλάδα, όλοι σχεδόν οι τοκετοί πραγματοποιούνται σε δημόσιες ή ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές, υπό την επίβλεψη μαιευτήρα- γυναικολόγου ιατρού. Εντούτοις από αυτήν την πρακτική η χώρα άρχισε να αντιμετωπίζει νέα προβλήματα. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 13 ετών τα ποσοστά καισαρικών τομών έχουν αυξηθεί στην Ελλάδα σχεδόν κατά 50% και οι καισαρικές τομές εκτελούνται με διπλάσια συχνότητα στα δημόσια εκπαιδευτικά νοσοκομεία, στοιχείο που αποτελεί ένδειξη ότι υπεισέρχονται και κοινωνικοί παράγοντες στην εφαρμογή της μεθόδου (Skalkidis et al., 1989).

Η ιατρική ορολογία είναι πολλές φορές άγνωστη και δυσνόητη για τη μέση επίτοκο, δυσχεραίνοντας έτσι την επικοινωνία και τη συνεργασία. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι γυναίκες αισθάνονται ότι τυγχάνουν σεβασμού και διαφυλάττεται η αξιοπρέπειά τους με τον τρόπο που αντιμετωπίζονται από το προσωπικό, η συνεργασία είναι αποτελεσματικότερη, οι γυναίκες δηλώνουν ικανοποιημένες και συμμετέχουν περισσότερο ενεργά στη φροντίδα τους (Morgan, 1992).

Πράγματι, στη σύγχρονη Ελλάδα, ο τοκετός έχει ιατρικοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό. Αν και το γεγονός αυτό συνδέεται με τη χαμηλή μητρική και νεογνική θνησιμότητα που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, συνδέεται επίσης και με ένα επιπλέον οικονομικό φορτίο που επωμίζεται η οικογένεια για τον τοκετό, δεδομένου ότι πρέπει να καταβάλει ένα χρηματικό ποσό στις ιδιωτικές κλινικές και τις περισσότερες φορές και στα δημόσια νοσοκομεία με τη μορφή «άτυπης» αμοιβής του μαιευτήρα που διενεργεί τον τοκετό, καθώς οι Ελληνίδες επιθυμούν ο τοκετός τους να πραγματοποιηθεί υπό την επίβλεψη ενός συγκεκριμένου ιατρού και όχι από τους εφημερεύοντες ιατρούς. Δυστυχώς στη

σημερινή εποχή διαπιστώνουμε ότι υπάρχει μια τάση για την άσκηση απόλυτου ελέγχου απέναντι στα φυσικά γεγονότα και μάλιστα μια καθοδήγηση και επιτάχυνση της φυσιολογικής διαδικασίας (Menage, 1993).

Φαίνεται πως στις μέρες μας η γέννηση ενός μωρού αποτελεί ένα απόλυτα ιατροκοιμημένο γεγονός. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων μια επίτοκος χαμηλού κινδύνου θα αντιμετωπιστεί το ίδιο με μια επίτοκο υψηλού κινδύνου, με αποτέλεσμα ο υψηλός βαθμός παρεμβατικότητας, πολλές φορές να οδηγεί στην αύξηση των επιπλοκών τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. Για το λόγο αυτό άλλωστε έχει αυξηθεί κατακόρυφα το ποσοστό των εκτελούμενων καισαρικών τομών στη χώρα μας (Merkel, 1984).

Δυστυχώς τις τελευταίες δεκαετίες στις προηγμένες χώρες του κόσμου υπάρχει μια δραματική αλλαγή στη παραδοσιακή εικόνα του τοκετού σαν φυσιολογικό φαινόμενο (π.χ. υπερηχογραφικός έλεγχος, αμνιοπαρακεντήσεις, καρδιοτοκογραφικός έλεγχος κ.λπ.). Αν και αυτές οι παρεμβάσεις σκοπό είχαν να μειώσουν την περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα, δημιούργησαν τελικά την ιατροκοιμημένη Μαιευτική, που συχνά έχει ως αποτέλεσμα τη μετατροπή μιας φυσιολογικής διαδικασίας του σώματος της γυναίκας σε χειρουργική πράξη (Merkel 1984; Drew et al., 1989).

Η σημερινή μαιευτική συνεχίζει να συγκεντρώνει το ενδιαφέρον της στο ρόλο του ιατρού και στο πώς αυτός θα ελέγχει καλύτερα και θα κυριαρχεί περισσότερο στη διαδικασία του τοκετού, ξεχνώντας ότι ο τοκετός είναι μια προσωπική υπόθεση της κάθε γυναίκας και ότι κάθε τοκετός δεν είναι ίδιος με έναν άλλον.

Φυσικά δεν μπορούμε να παραβλέψουμε την ευεργετική συμβολή της σύγχρονης τεχνολογίας στην αντιμετώπιση προβλημάτων, τα οποία ενδέχεται να εμφανιστούν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας, η εγκυμοσύνη έχει ξεφύγει από τη φυσική της διεργασία και έχει πάρει μια πιο ιατρογενή μορφή (Areskog, 1983).

Οι γυναίκες αν και ικανοποιημένες από τη φροντίδα της μαίας εντούτοις επιζητούν την παρέμβαση του ιατρού με υπερηχογραφικό έλεγχο για επιβεβαίωση της καλής πορείας της εγκυμοσύνης (Williamson & Thomson, 1996). Η δυνατότητα παρακολούθησης της εγκυμοσύνης μέσα από μια σειρά υπερηχογραφικών ελέγχων φαίνεται να ικανοποιεί όλες τις έγκυες γυναίκες (Tautz, 2000), αν και η

αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών αυτών εξετάσεων δεν έχει αποδειχθεί ακόμα (Villar et al., 2001). Από αυτήν την παραδοχή όμως μέχρι τις επεμβάσεις ρουτίνας σε φυσιολογικά εξελισσόμενο τοκετό, υπάρχει τεράστια διαφορά.

Σήμερα, στον ελλαδικό χώρο ο τοκετός είναι απόλυτα ιατροκοιμημένος και ο ρόλος της μαίας είναι συμπληρωματικός- βοηθητικός, ενώ σπανίζουν οι περιπτώσεις όπου συνειδητά οι τοκετοί λαμβάνουν χώρα μακριά από τα ψυχρά και απρόσωπα περιβάλλοντα των χειρουργείων δημόσιων ή ιδιωτικών νοσοκομείων- μαιευτηρίων. Η τακτική αυτή δεν συναντιέται παντού, αφού για παράδειγμα στην Ολλανδία ή τη Μ. Βρετανία μεγάλο ποσοστό τοκετών, πραγματοποιούνται στο σπίτι παρουσία μαίας. Ακόμη όμως και στις περιπτώσεις που υλοποιούνται σε οργανωμένα μαιευτήρια, οι τοκετοί εκτελούνται από μαίες και τα τμήματα αυτά ονομάζονται τμήματα μητρότητας.

Το επίκαιρο πλέον ζήτημα είναι να επαναπροσδιοριστούν οι γυναίκες σε σχέση με τη γυναικεία φύση και υπόστασή τους και να επανακτήσουν τον έλεγχο των δυνατοτήτων τους (National Institute for Health and Care Excellence, 2008).

6. Ψυχολογία εγκύου σε φυσιολογικό τοκετό και καισαρική τομή

Η περίοδος μετάβασης στη μητρότητα και ο χρόνος διεξαγωγής ενός τοκετού αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικά γεγονότα στη ζωή της γυναίκας, τα οποία αδιαμφισβήτητα προκαλούν έντονα συναισθήματα. Η διαδικασία του τοκετού είναι ικανή να πυροδοτήσει συναισθήματα τόσο θετικά, ώστε αυτά να τη βοηθήσουν όχι μόνο να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες, αλλά και να απολαύσει το ταξίδι προς τη μητρότητα (Bluff & Holloway, 1994)

Κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού και όσο αυξάνεται η συχνότητα των συσπάσεων, η επίτοκος περιέρχεται σε κατάσταση κατά την οποία αισθάνεται ανίκανη να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες και τους βιολογικούς ρυθμούς του τοκετού. Κατακλύζεται από αρνητικά συναισθήματα, αφού νιώθει ότι χάνει τον αυτοέλεγχο και την κυριότητα πάνω στο σώμα της, καθώς και τη δυνατότητα συγκράτησης της συμπεριφοράς της εντός των κοινωνικά αποδεκτών ορίων. Κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού και καθώς η επίτοκος εξωθεί, το έμβρυο επιβάλλει τη φυσική του παρουσία και προαναγγέλλει τον

ερχομό του στη ζωή. Η επίτοκος αισθάνεται το βάρος και την πίεση αυτής της μεγάλης δύναμης να ξεχύνονται (Bluff & Holloway 1994; Niven, 1994).

Κάποιες φορές και ενώ η εξώθηση εξελίσσεται, ο φόβος και η ανησυχία υπερισχύουν, η επίτοκος αισθάνεται τις δυνάμεις της να την εγκαταλείπουν και παρατηρείται αδυναμία θέλησης. Μέσα από το φόβο η επίτοκος αντιστέκεται, εναντιώνεται, αρνείται τη διαδικασία του τοκετού. Η επίτοκος, χωρίς να ξέρει πώς να αντιμετωπίσει την κατάσταση, πρέπει να πεισθεί από τη μαία, να βοηθήσει όσο μπορεί στην εξώθηση για την ολοκλήρωση του τοκετού. Τελικά η επικέντρωση στην εξώθηση και η προσοχή στην κατανόηση των υποδείξεων της μαίας ή του ιατρού υπερισχύουν πάνω από κάθε άλλη σκέψη και η επίτοκος χρησιμοποιεί ορθολογιστικά όλες τις δυνάμεις της, σωματικές και ψυχολογικές για τη έκβαση του τοκετού (Niven 1994; Green et al., 1998).

Για πολλές επίτοκους, η σκέψη και φαντασίωση του παιδιού τους τις βοηθάει σημαντικά ώστε να ανταπεξέλθουν στον πόνο και την κούραση της διαδικασίας του τοκετού. Έτσι προγεύονται το τέλος του τοκετού και την ευτυχία της συνάντησης με το παιδί τους. Συνεχίζοντας, με την έξοδο του εμβρύου, η μητέρα πλημμυρίζεται από πολλά διαφορετικά συναισθήματα, όπως το λυτρωτικό αποτέλεσμα, την ηθική ικανοποίηση, νιώθει μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και ευτυχία για την πραγματοποίηση του τοκετού και φυσικά για τη συνάντηση με το παιδί της (Lavender et al., 1999)

Τα θετικά συναισθήματα που μπορούν να αναπτυχθούν κατά την ώρα του τοκετού μπορεί να είναι τα εξής:

- ✓ Η αγάπη, το συναίσθημα που αναπτύσσεται μαζί με την εγκυμοσύνη για το έμβρυο και με τον τοκετό βρίσκει τον υπαρκτό της αποδέκτη.
- ✓ Ο θρίαμβος, ίσως το εντονότερο συναίσθημα στον τοκετό. Η γυναίκα έχει το αίσθημα της επιτυχίας. Αυτό δεν είναι απλά περηφάνια, αλλά η αίσθηση ότι υπερπήδησε όλα τα εμπόδια και έφερε σε πέρας την πολύ δύσκολη αποστολή της, που δεν είναι άλλη από τη γέννηση του παιδιού της.
- ✓ Η ευδαιμονία, το συναίσθημα που βιώνει η γυναίκα όταν αισθάνεται την ολοκλήρωση κρατώντας για πρώτη φορά το νεογέννητο στην αγκαλιά της.
- ✓ Το ενδιαφέρον, το συναίσθημα της απόλυτης εστίασης της προσοχής της μητέρας στα μάτια του νεογέννητού της. Τη στιγμή εκείνη, ό,τι και να συμβαίνει γύρω

της, όποια παρέμβαση και να επιχειρείται στο σώμα της, δεν γίνεται αντιληπτή. Όλο το ενδιαφέρον και η προσοχή της εστιάζεται αποκλειστικά στο παιδί της.

- ✓ Η χαρά, το συναίσθημα που γεννιέται όταν η μητέρα θέλει να παίξει με το νεογέννητό της, να του μιλάει, να το αγκαλιάζει (Nelson, 2003).

Αντίθετα οι γυναίκες που γεννούν με καισαρική τομή είναι πιο πιθανό να βιώσουν μια πτώση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησής τους. Σε πρώτο στάδιο η γυναίκα νιώθει ανακούφιση και προστασία από την επιλογή της για καισαρική τομή. Από την άλλη το συναίσθημα της ανακούφισης μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε αυτό του φόβου.

Η γυναίκα είναι χαρούμενη και ανυπομονεί να συναντήσει το παιδί της αλλά, μπορεί να την κατακλύζουν επίσης αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, νευρικότητα, απογοήτευση, λύπη και θυμός. Μπορεί να είναι πιο δυσαρεστημένη από την όλη εμπειρία του τοκετού και της νοσοκομειακής / μαιευτικής φροντίδας που έτυχε, ακόμη και να κατηγορεί τον εαυτό της για το αποτέλεσμα. Ειδικά εάν τα πράγματα άλλαξαν γρήγορα κατά τη διάρκεια του τοκετού και προχώρησε σε καισαρική έκτακτης ανάγκης, μπορεί να είναι βαθιά αναστατωμένη και απογοητευμένη που δεν γέννησε κολπικά.

Το πώς νιώθει εξαρτάται από το τι συνέβη κατά τη διάρκεια του τοκετού και βασικά από το ποιες ήταν οι αρχικές της προσδοκίες. Μπορεί απλά να είναι ευγνώμων που εκείνη και το μωρό της είναι καλά. Ωστόσο, οι μητέρες μπορεί να έχουν εφιάλτες και άσχημες αναμνήσεις κατά τη διάρκεια της λοχείας, ακόμα και να εκφράσουν περισσότερες αμφιβολίες στην ικανότητά τους να φροντίσουν το παιδί τους (Sandelowski & Bustamante, 1986).

7. Το αίσθημα της εμπιστοσύνης και η ικανοποίηση

Μία θεμελιώδης έννοια για όλες τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου είναι η εμπιστοσύνη. Με βάση αυτή χτίζονται οι ανθρώπινες σχέσεις. Μία υγιής ανθρώπινη σχέση για να λειτουργήσει, να επηρεάσει το άτομο σε βάθος και να έχει διάρκεια χρειάζεται την από κοινού εμπιστοσύνη των δύο εμπλεκόμενων μερών. Λόγω της ανθρώπινης φύσης όμως, το να αφεθείς και να εμπιστευτείς κάποιον δεν είναι τόσο εύκολο. Ο φόβος και η δυσπιστία είναι χαρακτηριστικά που έως ένα βαθμό δικαιολογούνται απόλυτα, πόσο μάλλον όταν η

επίτοκος φτάνει σε ένα νοσοκομείο που από μόνο του ως χώρος για την πλειοψηφία των ανθρώπων αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα. Επιπρόσθετα μπαίνει σε μια διαδικασία να εμπιστευθεί ένα άτομο που δεν έχει ξαναδεί και δεν γνωρίζει τον βαθμό επαγγελματισμού που το χαρακτηρίζει, ακόμη και σε περιπτώσεις που μπορεί να παραπέμπεται για μια εξέταση ρουτίνας (Zadogoznyj, 2001).

Όταν η γυναίκα έχει απέναντί της έναν εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας, με την υποστήριξή και την καθοδήγησή του, όλα όσα διαδραματίζονται κατά τη διάρκεια του τοκετού, γίνονται πιο ξεκάθαρα και πιο κατανοητά. Έτσι χτίζεται μια σχέση εμπιστοσύνης, ενώ ταυτόχρονα ενδυναμώνεται η επίτοκος απέναντι στον ίδιο της τον εαυτό. Η δημιουργία οικειότητας και εμπιστοσύνης μεταξύ τους έχουν ως σκοπό, εκτός από τη δύναμη και το κουράγιο που εμπυχώνουν τον επαγγελματία υγείας για να συνεχίσει το λειτούργημα που προσφέρει, να ικανοποιήσει στο μέγιστο ψυχικά τη γυναίκα, προετοιμάζοντάς την για το νέο της ρόλο ως μητέρα (Βαληνδρά, 2009).

Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζοντας τις βάσεις της ικανοποίησης, μπορούν μέσω διαφόρων ψυχολογικών μεθόδων να φτάσουν σε αυτήν, χρησιμοποιώντας ως κύρια συστατικά την επικοινωνία και την πληροφόρηση. Στηριζόμενοι στις ανάγκες ενός ολοκληρωμένου ατόμου, γίνονται ικανοί να εστιάσουν στα προβλήματα ακολουθώντας την ιεραρχία των αναγκών και να οδηγηθούν σε αποτελεσματικές λύσεις (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

8. Σχεδιασμός της μελέτης – Μεθοδολογία

Οι επαγγελματίες υγείας του σύγχρονου μαιευτικού κλάδου έχουν εστιάσει την προσοχή τους στους παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι επίτοκες γυναίκες από τη διαδικασία του τοκετού τους. Η έρευνα που αναπτύσσεται στην παρούσα διπλωματική εργασία, μελετά το βαθμό ικανοποίησης και σημαντικότητας που έλαβαν οι πρωτοτόκες επίτοκες που γέννησαν το ημερολογιακό έτος 2013 στο Γ.Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο».

Πραγματοποιήθηκε μία συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) η οποία στόχευε στο να αποτυπώσει την περιγραφική σχέση μεταξύ της μελετώμενης έκβασης που είναι ο βαθμός ικανοποίησης και σημαντικότητας των υπηρεσιών υγείας που παρασχέθηκαν και αποτελούν τις εξαρτημένες μεταβλητές, σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές (προσδιοριστές) που είναι τα δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο διεξαγωγής του τοκετού. Πραγματοποιήθηκε σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή, δηλαδή η λήψη πληροφοριών για την έκβαση έγινε παράλληλα με τη λήψη πληροφοριών για τους προσδιοριστές.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές (προσδιοριστές) συμπεριλαμβάνουν:

1. Δημογραφικά στοιχεία
 - ✓ Ηλικία
 - ✓ Εκπαιδευτικό επίπεδο
 - ✓ Ενασχόληση
2. Πληροφορίες για τον τρόπο διεξαγωγής του τοκετού
 - ✓ Εάν τηλεφώνησαν στο μαιευτικό τμήμα πριν προσέλθουν για τον τοκετό
 - ✓ Σε ποια εβδομάδα κύησης γεννήθηκε το παιδί
 - ✓ Το είδος του τοκετού
 - ✓ Το σωματικό βάρος του νεογνού

- ✓ Αν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη και εάν έμειναν ικανοποιημένες από την απόφαση αυτή
- ✓ Περιγραφή της παρούσας σωματικής κατάστασης και ψυχικής ευεξίας
- ✓ Εάν η μαία επισκέφτηκε τη λεχвіδα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και ποια ήταν η εμπειρία από την επίσκεψη αυτή
- ✓ Εάν υπάρχει δισταγμός στο να ξαναπάν στην ίδια μαιευτική κλινική για έναν μελλοντικό τοκετό.

Οι διαστάσεις των εξαρτημένων μεταβλητών (έκβαση) που περιλαμβάνονται είναι η ιατρική φροντίδα και η αναλγητική αγωγή, ο εξοπλισμός που αφορά τον τοκετό και την αίθουσα τοκετού, η πληροφόρηση προ των διαδικασιών, η πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή, η συμμετοχή στις αποφάσεις, η δέσμευση, ενσυναίσθηση και ο σεβασμός από τους ιατρούς, τις μαίες και τις ασκούμενες μαίες, η παρουσία των μαιών κατά τον τοκετό και η παρουσία και συμμετοχή του συντρόφου ή άλλου σημαντικού για την επίτοκο προσώπου στον τοκετό.

Ο αρχικός πληθυσμός ήταν 448 επίτοκες, εκ των οποίων οι 200 ήταν πρωτότοκες. Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλαμβάνει 151 πρωτοτόκες- επίτοκες, το οποίο αποτελεί ποσοστό απόκρισης 75,5% (=151/200). Από τις 49 που δεν απάντησαν μόνο το 3% αρνήθηκε (=6/200), το 5,5% (=11/200) ήταν ανέφικτο λόγω γλώσσας, ενώ το υπόλοιπο 16% (=32/200) δεν εντοπίστηκαν λόγω λανθασμένων ή ελλιπών στοιχείων. Η μελέτη αφορά τελειόμηνα, υγιή νεογνά. Οι γυναίκες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο άμεσα, τηλεφωνικά, ή τέλος μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Η συλλογή των ερωτηματολογίων διήρκησε ένα χρόνο. Διατηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχουσών.

9. Γενικά

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (standard deviation) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal-Wallis. Για τη διόρθωση του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν οι συντελεστές b και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% confidence intervals). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0.

10. Αποτελέσματα

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά δεδομένα των γυναικών. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 151 γυναίκες με μέση ηλικία τα 29,5 έτη (τυπική απόκλιση=4,4 έτη). Το 46,4% των γυναικών ήταν απόφοιτες ΤΕΙ/ΑΕΙ και το 45,7% ήταν απόφοιτες λυκείου. Επιπλέον, το 57% ήταν άνεργες, το 2,6% φοιτήτριες και το 40,4% εργαζόμενες.

Πίνακας 1. Δημογραφικά δεδομένα των γυναικών.

	N	%
Ηλικία, μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	29,5 (4,4)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος δημοτικού	2 1,3
	Απόφοιτος γυμνασίου	10 6,6
	Απόφοιτος λυκείου	69 45,7
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ	70 46,4
Ενασχόληση	Εργαζόμενη	61 40,4
	Φοιτήτρια	4 2,6
	Άνεργη	86 57,0

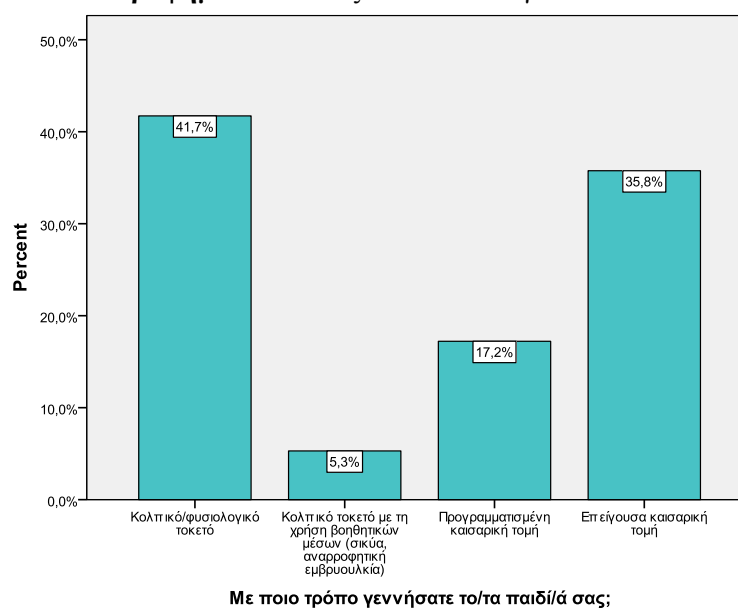
Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα δεδομένα που αφορούν στον τοκετό των γυναικών. Στο 100% των γυναικών ήταν ο πρώτος τοκετός, αφού αποτελεί και προϋπόθεση της εργασίας. Επίσης, το 77,5% των γυναικών τηλεφώνησε στο μαιευτικό τμήμα πριν προσέλθει για τον τοκετό και το 85,3% αυτών έμεινε ικανοποιημένο από την ανταπόκριση που έλαβε στο τηλεφώνημά του. Το 91,4% των γυναικών γέννησε μεταξύ 37^{ης} και 42^{ης} εβδομάδας κύησης. Ακόμα, το 41,7% των γυναικών γέννησε με κολπικό/φυσιολογικό τοκετό και το 35,8% με επείγουσα καισαρική τομή. Συνολικά το 53% των γυναικών γέννησαν με καισαρική τομή και το 47% με κολπικό τοκετό. Το μέσο σωματικό βάρος των νεογνών ήταν 3263gr (τυπική απόκλιση=4450,9gr). Το 13,2% των γυναικών χρειάστηκε να φύγει από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη και το 70,0% αυτών ήταν ικανοποιημένες (μερικώς ή πλήρως) από την απόφασή τους αυτή.

Πίνακας 2. Δεδομένα που αφορούν τον τρόπο και το είδος του τοκετού.

		N	%
Είναι αυτός ο πρώτος σας τοκετός;	Ναι	151	100
	Όχι	0	0
Τηλεφωνήσατε στο μαιευτικό τμήμα πριν να προσέλθετε για τον τοκετό σας;	Ναι	34	22,5
	Όχι	117	77,5
Σας ικανοποίησε η ανταπόκριση που λάβατε στο τηλεφώνημά σας;	Ναι	29	85,3
	Μερικώς	3	8,8
	Καθόλου	2	5,9
Σε ποια εβδομάδα κύησης γεννήθηκε/καν το/τα παιδί/ά σας;	Πριν από τις 37 εβδομάδες	7	4,6
	Μεταξύ 37-42 εβδομάδων	138	91,4
	Μετά τις 42 εβδομάδες	6	4,0
Με ποιο τρόπο γεννήσατε το/τα παιδί/ά σας;	Κολπικό/φυσιολογικό τοκετό	63	41,7
	Κολπικό τοκετό με τη χρήση βοηθητικών μέσων (σικά, αναρροφητική εμβρυουλκία)	8	5,3
	Προγραμματισμένη καισαρική τομή	26	17,2
	Επείγουσα καισαρική τομή	54	35,8
Ποιο ήταν το σωματικό βάρος του/των παιδιού/ών σας; μέση τιμή (τυπική απόκλιση)		3263,0 (450,9)	
Χρειάστηκε να φύγετε από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη;	Ναι	20	13,2
	Όχι	131	86,8
Αν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση, σας ικανοποίησε η απόφαση να αποχωρήσετε από το μαιευτικό τμήμα;	Ναι, απολύτως	9	45,0
	Ναι, μερικώς	5	25,0
	Όχι, καθόλου	6	30,0

Στο γράφημα 1 παρουσιάζεται ο τρόπος τοκετού των γυναικών.

Γράφημα 1. Το είδος τοκετού των γυναικών.



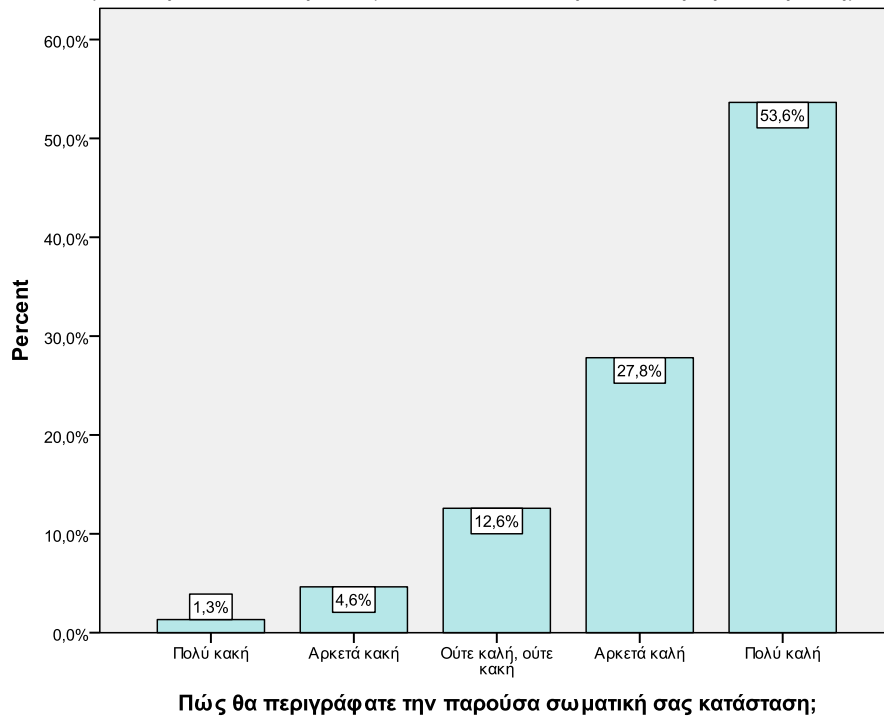
Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η σωματική και ψυχική κατάσταση των γυναικών. Το 53,6% των γυναικών είχε πολύ καλή σωματική κατάσταση και το 55,6% πολύ καλή ψυχική ευεξία.

Πίνακας 3. Περιγραφή σωματικής και ψυχικής κατάστασης των γυναικών.

		N	%
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;	Πολύ κακή	2	1,3
	Αρκετά κακή	7	4,6
	Ούτε καλή, ούτε κακή	19	12,6
	Αρκετά καλή	42	27,8
	Πολύ καλή	81	53,6
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα ψυχική σας ευεξία;	Πολύ κακή	4	2,6
	Αρκετά κακή	7	4,6
	Ούτε καλή, ούτε κακή	13	8,6
	Αρκετά καλή	43	28,5
	Πολύ καλή	84	55,6

Στο γράφημα 2 παρουσιάζεται η σωματική κατάσταση των γυναικών.

Γράφημα 2. Σωματική κατάσταση των γυναικών κατά την απάντηση του ερωτηματολογίου.



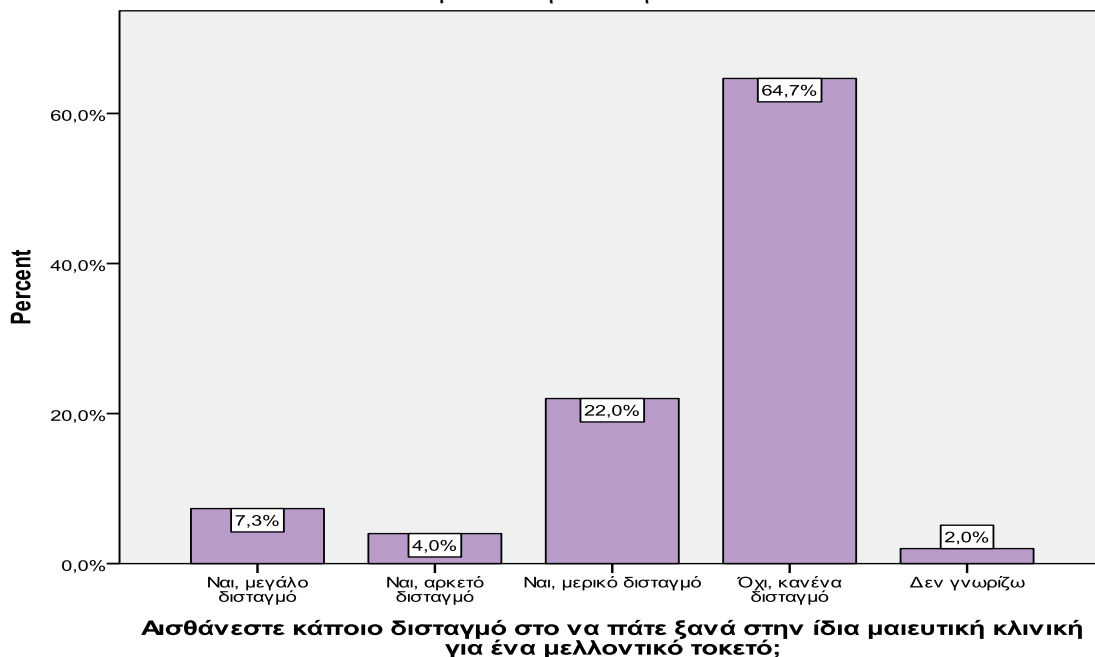
Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται πληροφορίες που αφορούν μετά τον τοκετό. Μόνο το 3,3% των γυναικών δέχθηκε επίσκεψη από τη μαία που διεξήγαγε τον τοκετό τους μετά στο σπίτι, και το 80,0% αυτών έμειναν πολύ ικανοποιημένες. Η πλειοψηφία των γυναικών δεν είχε κανένα δισταγμό για να πάνε στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό.

Πίνακας 4. Παρακολούθηση στο σπίτι μετά τη διεξαγωγή του τοκετού.

		N	%
Η μαία που διεξήγαγε τον τοκετό σας, σας επισκέφτηκε από μετά στο σπίτι;	Ναι	5	3,3
	Όχι	146	96,7
Ποια είναι η εμπειρία σας από την επίσκεψη της μαίας μετά τον τοκετό;	Πολύ ικανοποιητική	4	80,0
	Ικανοποιητική	1	20,0
Αισθάνεστε κάποιο δισταγμό στο να πάτε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό;	Ναι, μεγάλο δισταγμό	11	7,3
	Ναι, αρκετό δισταγμό	6	4,0
	Ναι, μερικό δισταγμό	33	22,0
	Όχι, κανένα δισταγμό	97	64,7
	Δεν γνωρίζω	3	2,0

Στο γράφημα 3 παρουσιάζονται τα ποσοστά των γυναικών που είχαν δισταγμό για να πάνε στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό.

Γράφημα 3. Ύπαρξη ή μη δισταγμού για πραγματοποίηση μελλοντικού τοκετού στην ίδια μαιευτική κλινική.



10.1. Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από τη νοσηλεία

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των γυναικών στις ερωτήσεις που αφορούν στην ικανοποίησή τους από τη νοσηλεία. Τα ποσοστά πλήρους συμφωνίας κυμαίνονταν από 1,3% μέχρι 78,1%. Συγκεκριμένα, το 78,1% των γυναικών συμφώνησε πλήρως με την πρόταση «Οι μαίες επιδείκνυαν σεβασμό προς εμένα» και το 73,5% με την πρόταση «Οι μαίες επιδείκνυαν δέσμευση απέναντί μου: «ενδιαφέρονταν για εμένα». Ακόμα, το 68,9% των γυναικών συμφώνησε πλήρως με την πρόταση «Η μαία μου παρείχε τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού». Μόνο το 1,3% των γυναικών συμφώνησε πλήρως με την πρόταση «Έλαβα τη μη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πόνο που επιθυμούσα (μασάζ, TENS, θερμά επιθέματα, ντους, μπάνιο)» και το 4,0% με την πρόταση «Είχα πρόσβαση σε φυσικά βοηθήματα όπως πλαίσιο περπατούρα, ασκό φασολιών κλπ.». Επιπροσθέτως, το 8,6% των γυναικών συμφώνησε πλήρως με την πρόταση «Ο σύντροφός μου/άλλο σημαντικό πρόσωπο ενθαρρύνθηκε να συμμετέχει στη διαδικασία του τοκετού».

Πίνακας 5. Παροχές που δόθηκαν στις γυναίκες.

	Δεν με αφορά	Διαφωνώ τελείως	Συμφωνώ μερικώς	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ πλήρως
Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες στον τρόπο με τον οποίο θα διεξάγονταν οι εξετάσεις και οι αγωγές/θεραπείες	0 (0)	23 (15,2)	35 (23,2)	44 (29,1)	49 (32,5)
Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες στα αποτελέσματα των εξετάσεων και των αγωγών/θεραπειών που διεξήχθησαν	1 (0,7)	21 (13,9)	43 (28,5)	41 (27,2)	45 (29,8)
Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες όσον αφορά την προσωπική μου φροντίδα: «τη σπουδαιότητα της κινητοποίησης και του να αλλάζω θέσεις/στάσεις».	1 (0,7)	20 (13,2)	28 (18,5)	44 (29,1)	58 (38,4)
Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες όσον άφορα την προσωπική μου φροντίδα: «τη σπουδαιότητα της πρόσληψης υγρών και ελαφριών γευμάτων».	2 (1,3)	36 (23,8)	30 (19,9)	30 (19,9)	53 (35,1)
Οι μαίες επιδείκνυαν σεβασμό προς εμένα.	0 (0)	1 (0,7)	7 (4,6)	25 (16,6)	118 (78,1)
Οι μαίες επιδείκνυαν δέσμευση απέναντί μου: «ενδιαφέρονταν για εμένα»	0 (0)	0 (0)	12 (7,9)	28 (18,5)	111 (73,5)
Η μαία μου παρείχε τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού.	10 (6,6)	5 (3,3)	12 (7,9)	20 (13,2)	104 (68,9)
Η μαία που παρείχε τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τον πρώτο θηλασμό.	4 (2,6)	10 (6,6)	24 (15,9)	21 (13,9)	92 (60,9)
Οι μαίες έδειχναν να κατανοούν, τον τρόπο με τον οποίο βίωνα την εμπειρία και την κατάστασή μου.	0 (0)	2 (1,3)	15 (9,9)	35 (23,2)	99 (65,6)
Η μαία ήταν παρούσα, όσο το επιθυμούσα, κατά τον πρώτο στάδιο του τοκετού.	45 (29,8)	5 (3,3)	9 (6)	16 (10,6)	76 (50,3)
Η μαία ήταν παρούσα όσο το επιθυμούσα, κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού.	62 (41,1)	0 (0)	5 (3,3)	13 (8,6)	71 (47)

Οι ασκούμενες μαίες επιδείκνυαν σεβασμό προς εμένα.	38 (25,2)	3 (2)	13 (8,6)	33 (21,9)	64 (42,4)
Οι ασκούμενες μαίες έδειχναν να κατανοούν, τον τρόπο με τον οποίο βίωνα την εμπειρία και την κατάσταση μου.	39 (25,8)	5 (3,3)	18 (11,9)	33 (21,9)	56 (37,1)
Οι ασκούμενες μαίες επιδείκνυαν δέσμευση απέναντί μου: «ενδιαφέρονταν για εμένα».	38 (25,2)	11 (7,3)	15 (9,9)	34 (22,5)	53 (35,1)
Οι γιατροί επιδείκνυαν σεβασμό προς εμένα.	0 (0)	9 (6)	27 (17,9)	47 (31,1)	68 (45)
Οι γιατροί έδειχναν να κατανοούν, τον τρόπο με τον οποίο βίωνα την εμπειρία και την κατάσταση μου.	0 (0)	12 (7,9)	33 (21,9)	44 (29,1)	62 (41,1)
Οι γιατροί επιδείκνυαν δέσμευση απέναντί μου: «ενδιαφέρονταν για εμένα».	0 (0)	11 (7,3)	26 (17,2)	50 (33,1)	64 (42,4)
Έλαβα ασφαλή υγειονομική περίθαλψη σε συνάρτηση με τον τοκετό (από όσο μπορώ να κρίνω).	0 (0)	5 (3,3)	13 (8,6)	44 (29,1)	89 (58,9)
Έλαβα τη μη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πόνο που επιθυμούσα (μασάζ, TENS, θερμά επιθέματα, ντους, μπάνιο).	18 (11,9)	108 (71,5)	17 (11,3)	6 (4)	2 (1,3)
Έλαβα τη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πόνο που επιθυμούσα (αέριο entonox, επισκληρίδιο αναισθησία, ενέσιμα παυσίπονα).	10 (6,6)	48 (31,8)	16 (10,6)	26 (17,2)	51 (33,8)
Έλαβα την ανακούφιση από τον πόνο που επιθυμούσα, κατά τη συρραφή της επισιτομής και των ρήξεων.	68 (45)	28 (18,5)	14 (9,3)	17 (11,3)	24 (15,9)
Είχα την ευκαιρία να συμμετέχω στις αποφάσεις που αφορούσαν την υγειονομική μου φροντίδα.	6 (4)	60 (39,7)	39 (25,8)	27 (17,9)	19 (12,6)
Η φροντίδα μου προσδιοριζόταν περισσότερο από τις δικές μου επιθυμίες και ανάγκες παρά από τα διαδικαστικά πρωτόκολλα του προσωπικού.	1 (0,7)	55 (36,4)	40 (26,5)	34 (22,5)	21 (13,9)
Ο σύντροφός μου/ άλλο σημαντικό πρόσωπο αντιμετώπιστηκε με σεβασμό.	2 (1,3)	2 (1,3)	16 (10,6)	37 (24,5)	94 (62,3)
Ο σύντροφός μου/ άλλο σημαντικό πρόσωπο έλαβε την καλύτερη δυνατή υποστήριξη από το προσωπικό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού.	4 (2,6)	14 (9,3)	26 (17,2)	37 (24,5)	70 (46,4)
Ο σύντροφός μου/άλλο σημαντικό πρόσωπο ενθαρρύνθηκε να συμμετέχει στη διαδικασία του τοκετού.	15 (9,9)	98 (64,9)	19 (12,6)	6 (4)	13 (8,6)
Ο σύντροφός μου/ άλλο σημαντικό πρόσωπο έλαβε φροντίδα για τις φυσικές του ανάγκες.	8 (5,3)	37 (24,5)	27 (17,9)	36 (23,8)	43 (28,5)
Υπήρχε μια ευχάριστη ατμόσφαιρα στο μαιευτικό τμήμα.	0 (0)	7 (4,6)	24 (15,9)	35 (23,2)	85 (56,3)
Είχα πρόσβαση σε ένα αναπαυτικό κρεβάτι.	1 (0,7)	5 (3,3)	27 (17,9)	34 (22,5)	84 (55,6)
Είχα πρόσβαση σε μία αναπαυτική καρέκλα.	15 (9,9)	36 (23,8)	48 (31,8)	27 (17,9)	25 (16,6)
Είχα πρόσβαση σε φυσικά βοηθήματα όπως πλαίσιο περπατούρα, ασκό φασολιών κλπ.	22 (14,6)	108 (71,5)	8 (5,3)	7 (4,6)	6 (4)
Είχα ένα πολύ ωραίο δωμάτιο.	0 (0)	10 (6,6)	33 (21,9)	56 (37,1)	52 (34,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των γυναικών στις ερωτήσεις που αφορούν στη σημαντικότητα των διάφορων στοιχείων σχετικά με τη νοσηλεία τους. Τα ποσοστά ύψιστης σημασίας κυμαίνονται από 37,7% μέχρι 89,4%. Συγκεκριμένα, το 37,7% των συμμετεχόντων θεωρούσε ύψιστης σημασίας το να λάβει ο σύντροφός τους/άλλο σημαντικό πρόσωπο φροντίδα για τις φυσικές του ανάγκες. Επίσης, το 43,7%

των συμμετεχόντων θεωρούσε ύψιστης σημασίας το να έχει πρόσβαση σε φυσικά βοηθήματα όπως πλαίσιο περπατούρα, ασκό φασιολιών κλπ και το 45,7% το να έχει ένα πολύ ωραίο δωμάτιο. Το 89,4% των συμμετεχόντων θεωρούσε ύψιστης σημασίας το να λάβει ασφαλή υγειονομική περίθαλψη, σε συνάρτηση με τον τοκετό. Ακόμα, το 88,7% των συμμετεχόντων θεωρούσε ύψιστης σημασίας το να τους παρέχει η μαία τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τον πρώτο θηλασμό και το 88,1% το να τους παρέχει η μαία τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού.

Πίνακας 6. Πόσο σημαντικό θεωρούν οι γυναίκες τη λήψη ή μη κάποιων παροχών.

Πόσο σημαντικό θεωρείτε:	Δεν με αφορά	Μικρής ή καθόλου σημασίας	Μερικής σημασίας	Υψηλής σημασίας	Ύψιστης σημασίας
τις πληροφορίες αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο διεξάγονται οι εξετάσεις και οι αγωγές/θεραπείες;	0 (0)	3 (2)	8 (5,3)	40 (26,5)	100 (66,2)
τις πληροφορίες αναφορικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων και των αγωγών/θεραπειών που διεξήχθησαν;	0 (0)	0 (0)	5 (3,3)	33 (21,9)	113 (74,8)
τις πληροφορίες αναφορικά με την προσωπική σας φροντίδα: «τη σπουδαιότητα κινητοποίησης και του αλλάζω θέσεις/στάσεις».	0 (0)	2 (1,3)	16 (10,6)	40 (26,5)	93 (61,6)
τις πληροφορίες αναφορικά με την προσωπική σας φροντίδα: «τη σπουδαιότητα πρόσληψης υγρών και ελαφριών γευμάτων»;	2 (1,3)	1 (0,7)	19 (12,6)	42 (27,8)	87 (57,6)
το να επιδεικνύουν οι μαίες σεβασμό προς εσάς;	0 (0)	0 (0)	2 (1,3)	24 (15,9)	125 (82,8)
τη δέσμευση των μαιών απέναντί σας: «Ενδιαφέρονταν για εσάς»;	0 (0)	0 (0)	7 (4,6)	32 (21,2)	112 (74,2)
το να σας παρέχει η μαία τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού;	2 (1,3)	0 (0)	1 (0,7)	15 (9,9)	133 (88,1)
το να σας παρέχει η μαία τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τον πρώτο θηλασμό;	1 (0,7)	0 (0)	1 (0,7)	15 (9,9)	134 (88,7)
το να κατανοούν οι μαίες τον τρόπο με τον οποίο βιώνετε την εμπειρία και την κατάστασή σας;	1 (0,7)	1 (0,7)	7 (4,6)	37 (24,5)	105 (69,5)
την παρουσία της μαίας, όσο το επιθυμούσατε κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού;	38 (25,2)	0 (0)	8 (5,3)	24 (15,9)	81 (53,6)
την παρουσία της μαίας, όσο το επιθυμούσατε, κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού;	51 (33,8)	1 (0,7)	1 (0,7)	21 (13,9)	77 (51)
να επιδεικνύουν σεβασμό προς εσάς οι ασκούμενες μαίες;	8 (5,3)	2 (1,3)	12 (7,9)	43 (28,5)	86 (57)
το να δείχνουν οι ασκούμενες μαίες ότι κατανοούν τον τρόπο με τον οποίο βιώνετε την εμπειρία και την κατάστασή σας;	7 (4,6)	2 (1,3)	14 (9,3)	45 (29,8)	83 (55)
οι ασκούμενες μαίες να επιδεικνύουν δέσμευση απέναντί σας: «ενδιαφέρονταν για	6 (4)	2 (1,3)	16 (10,6)	52 (34,4)	75 (49,7)

εσάς»;					
οι γιατροί να επιδεικνύουν σεβασμό προς εσάς;	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	18 (11,9)	132 (87,4)
οι γιατροί να δείχνουν να κατανοούν τον τρόπο με τον οποίο βιώνετε την εμπειρία και την κατάσταση σας;	0 (0)	0 (0)	3 (2)	29 (19,2)	119 (78,8)
οι γιατροί να επιδεικνύουν δέσμευση απέναντί σας: «ενδιαφέρονται για εσάς»;	1 (0,7)	0 (0)	5 (3,3)	18 (11,9)	127 (84,1)
το να λάβατε ασφαλή υγειονομική περίθαλψη, σε συνάρτηση με τον τοκετό (από όσο μπορείτε να κρίνετε);	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	15 (9,9)	135 (89,4)
το να λάβατε τη μη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πονο επιθυμούσατε (μασάζ, TENS, θερμά επιθέματα, ντους, μπάνιο);	7 (4,6)	21 (13,9)	27 (17,9)	37 (24,5)	59 (39,1)
το να λάβετε τη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πόνο που επιθυμούσα (αέριο entonox, επισκληρίδιο αναισθησία, ενέσιμα παυσίπονα).	5 (3,3)	7 (4,6)	14 (9,3)	30 (19,9)	95 (62,9)
το να λάβετε την ανακούφιση από τον πόνο που επιθυμείτε, κατά τη συρραφή της επισιτομής και των ρήξεων;	55 (36,4)	4 (2,6)	4 (2,6)	20 (13,2)	68 (45)
να έχετε την ευκαιρία να συμμετέχετε στις αποφάσεις που αφορούσαν την υγειονομική σας φροντίδα;	1 (0,7)	5 (3,3)	8 (5,3)	43 (28,5)	94 (62,3)
η φροντίδα σας να προσδιορίζεται περισσότερο από τις δικές σας επιθυμίες και ανάγκες, παρά από τα διαδικαστικά πρωτόκολλα του προσωπικού;	1 (0,7)	5 (3,3)	21 (13,9)	49 (32,5)	75 (49,7)
το να αντιμετωπίζεται ο σύντροφός σας/άλλο σημαντικό πρόσωπο με σεβασμό;	2 (1,3)	0 (0)	9 (6)	37 (24,5)	103 (68,2)
το να έλαβε ο σύντροφός σας/άλλο σημαντικό πρόσωπο την καλύτερη δυνατή υποστήριξη από το προσωπικό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού;	3 (2)	2 (1,3)	14 (9,3)	42 (27,8)	90 (59,6)
να ενθαρρυνθεί ο σύντροφός σας/άλλο σημαντικό πρόσωπο να συμμετέχει στη διαδικασία του τοκετού;	5 (3,3)	17 (11,3)	20 (13,2)	39 (25,8)	70 (46,4)
να λάβει ο σύντροφός σας/άλλο σημαντικό πρόσωπο φροντίδα για τις φυσικές του ανάγκες;	1 (0,7)	8 (5,3)	33 (21,9)	52 (34,4)	57 (37,7)
να υπάρχει ευχάριστη ατμόσφαιρα στο μαιευτικό τμήμα;	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	40 (26,5)	110 (72,8)
το να έχετε πρόσβαση σε ένα αναπνευστικό κρεβάτι;	0 (0)	0 (0)	2 (1,3)	36 (23,8)	113 (74,8)
το να έχετε πρόσβαση σε μία αναπνευστική καρέκλα;	1 (0,7)	9 (6)	22 (14,6)	42 (27,8)	77 (51)
το να έχετε πρόσβαση σε φυσικά βοηθήματα όπως πλαίσιο περπατούρα, ασκό φασιολιών κλπ;	3 (2)	14 (9,3)	24 (15,9)	44 (29,1)	66 (43,7)
το να έχετε ένα πολύ ωραίο δωμάτιο;	0 (0)	7 (4,6)	25 (16,6)	50 (33,1)	69 (45,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Στη συνέχεια αντιστοιχήθηκαν οι απαντήσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας στους αριθμούς 0 έως 4 ως εξής:

- 0: δεν με αφορά.
- 1: Διαφωνώ τελείως/Μικρής ή καθόλου σημασίας
- 2: Συμφωνώ μερικώς/Μερικής σημασίας
- 3: Συμφωνώ αρκετά/Υψηλής σημασίας
- 4: Συμφωνώ πλήρως/ Ύψιστης σημασίας.

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές ικανοποίησης και σημαντικότητας ανά ερώτηση.

Πίνακας 7. Συσχέτιση μεταξύ λήψης και σημαντικότητας λήψης των υγειονομικών υπηρεσιών.

	Ικανοποίηση		Σημαντικότητα		Τιμή p
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες στον τρόπο με τον οποίο θα διεξάγονταν οι εξετάσεις και οι αγωγές/θεραπείες	2,79 (1,06)	3 (2 - 4)	3,57 (0,69)	4 (3 - 4)	<0,001
Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες στα αποτελέσματα των εξετάσεων και των αγωγών/θεραπειών που διεξήχθησαν	2,73 (1,04)	3 (2 - 4)	3,72 (0,52)	4 (3 - 4)	<0,001
Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες όσον αφορά την προσωπική μου φροντίδα: «τη σπουδαιότητα της κινητοποίησης και του να αλλάζω θέσεις/στάσεις».	2,93 (1,05)	3 (2 - 4)	3,48 (0,74)	4 (3 - 4)	<0,001
Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες όσον άφορα την προσωπική μου φροντίδα: «τη σπουδαιότητα της πρόσληψης υγρών και ελαφριών γευμάτων».	2,67 (1,19)	3 (2 - 4)	3,44 (0,74)	4 (3 - 4)	<0,001
Οι μαίες επιδείκνυαν σεβασμό προς εμένα.	3,72 (0,58)	4 (4 - 4)	3,81 (0,42)	4 (4 - 4)	0,076
Οι μαίες επιδείκνυαν δέσμευση απέναντί μου: «ενδιαφέρονταν για εμένα»	3,66 (0,62)	4 (3 - 4)	3,7 (0,55)	4 (3 - 4)	0,437
Η μαία μου παρείχε τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού.	3,58 (0,79)	4 (3 - 4)	3,89 (0,34)	4 (4 - 4)	<0,001
Η μαία που παρείχε τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τον πρώτο θηλασμό.	3,33 (0,98)	4 (3 - 4)	3,89 (0,34)	4 (4 - 4)	<0,001
Οι μαίες έδειχναν να κατανοούν, τον τρόπο με τον οποίο βίωνα την εμπειρία και την κατάστασή μου.	3,53 (0,73)	4 (3 - 4)	3,64 (0,61)	4 (3 - 4)	0,106
Η μαία ήταν παρούσα, όσο το επιθυμούσα, κατά τον πρώτο στάδιο του τοκετού.	3,54 (0,84)	4 (3 - 4)	3,65 (0,61)	4 (3 - 4)	0,147
Η μαία ήταν παρούσα όσο το επιθυμούσα, κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού.	3,74 (0,55)	4 (4 - 4)	3,74 (0,52)	4 (4 - 4)	0,568
Οι ασκούμενες μαίες επιδείκνυαν σεβασμό προς εμένα.	3,4 (0,8)	4 (3 - 4)	3,49 (0,71)	4 (3 - 4)	0,189
Οι ασκούμενες μαίες έδειχναν να κατανοούν, τον τρόπο με τον οποίο βίωνα την εμπειρία και την κατάστασή μου.	3,25 (0,89)	3,5 (3 - 4)	3,45 (0,73)	4 (3 - 4)	0,007
Οι ασκούμενες μαίες επιδείκνυαν δέσμευση απέναντί μου: «ενδιαφέρονταν για εμένα».	3,14 (0,99)	3 (3 - 4)	3,38 (0,74)	4 (3 - 4)	0,008
Οι γιατροί επιδείκνυαν σεβασμό προς εμένα.	3,15 (0,92)	3 (3 - 4)	3,87 (0,36)	4 (4 - 4)	<0,001

Οι γιατροί έδειχναν να κατανοούν, τον τρόπο με τον οποίο βίωνα την εμπειρία και την κατάσταση μου.	3,03 (0,98)	3 (2 - 4)	3,77 (0,47)	4 (4 - 4)	<0,001
Οι γιατροί επιδείκνυαν δέσμευση απέναντί μου: «ενδιαφέρονταν για εμένα».	3,11 (0,94)	3 (3 - 4)	3,81 (0,47)	4 (4 - 4)	<0,001
Έλαβα ασφαλή υγειονομική περίθαλψη σε συνάρτηση με τον τοκετό (από όσο μπορώ να κρίνω).	3,44 (0,79)	4 (3 - 4)	3,89 (0,34)	4 (4 - 4)	<0,001
Έλαβα τη μη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πόνο που επιθυμούσα (μασάζ, TENS, θερμά επιθέματα, ντους, μπάνιο).	1,26 (0,61)	1 (1 - 1)	2,93 (1,09)	3 (2 - 4)	<0,001
Έλαβα τη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πόνο που επιθυμούσα (αέριο εντόνοχ, επισκληρίδιο αναισθησία, ενέσιμα παυσίπονα).	2,57 (1,29)	3 (1 - 4)	3,46 (0,86)	4 (3 - 4)	<0,001
Έλαβα την ανακούφιση από τον πόνο που επιθυμούσα, κατά τη συρραφή της επισιτοτομής και των ρήξεων.	2,45 (1,23)	2 (1 - 4)	3,58 (0,76)	4 (3 - 4)	<0,001
Είχα την ευκαιρία να συμμετέχω στις αποφάσεις που αφορούσαν την υγειονομική μου φροντίδα.	2,03 (1,06)	2 (1 - 3)	3,51 (0,75)	4 (3 - 4)	<0,001
Η φροντίδα μου προσδιοριζόταν περισσότερο από τις δικές μου επιθυμίες και ανάγκες παρά από τα διαδικαστικά πρωτόκολλα του προσωπικού.	2,14 (1,07)	2 (1 - 3)	3,29 (0,83)	3,5 (3 - 4)	<0,001
Ο σύντροφός μου/ άλλο σημαντικό πρόσωπο αντιμετωπίστηκε με σεβασμό.	3,5 (0,74)	4 (3 - 4)	3,63 (0,6)	4 (3 - 4)	0,050
Ο σύντροφός μου/ άλλο σημαντικό πρόσωπο έλαβε την καλύτερη δυνατή υποστήριξη από το προσωπικό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού.	3,11 (1,01)	3 (2 - 4)	3,49 (0,72)	4 (3 - 4)	<0,001
Ο σύντροφός μου/άλλο σημαντικό πρόσωπο ενθαρρύνθηκε να συμμετέχει στη διαδικασία του τοκετού.	1,51 (0,96)	1 (1 - 2)	3,11 (1,04)	3 (2 - 4)	<0,001
Ο σύντροφός μου/ άλλο σημαντικό πρόσωπο έλαβε φροντίδα για τις φυσικές του ανάγκες.	2,59 (1,17)	3 (1 - 4)	3,05 (0,9)	3 (2 - 4)	<0,001
Υπήρχε μια ευχάριστη ατμόσφαιρα στο μαιευτικό τμήμα.	3,31 (0,9)	4 (3 - 4)	3,72 (0,46)	4 (3 - 4)	<0,001
Είχα πρόσβαση σε ένα αναπνευστικό κρεβάτι.	3,31 (0,88)	4 (3 - 4)	3,74 (0,47)	4 (3 - 4)	<0,001
Είχα πρόσβαση σε μία αναπνευστική καρέκλα.	2,3 (1,06)	2 (1 - 3)	3,25 (0,92)	4 (3 - 4)	<0,001
Είχα πρόσβαση σε φυσικά βοηθήματα όπως πλαίσιο περπατούρα, ασκό φασολιών κλπ.	1,31 (0,78)	1 (1 - 1)	3,09 (0,99)	3 (2 - 4)	<0,001
Είχα ένα πολύ ωραίο δωμάτιο.	2,99 (0,91)	3 (2 - 4)	3,2 (0,88)	3 (3 - 4)	0,041

^a έλεγχος Wilcoxon

Σχεδόν σε όλες τις ερωτήσεις σημαντικότητας οι τιμές ήταν σημαντικά υψηλότερες σε σύγκριση με τις αντίστοιχες ερωτήσεις ικανοποίησης, που υποδηλώνει ότι σχεδόν όλους τους παράγοντες οι γυναίκες τους θεωρούσαν πιο σημαντικούς από όσο τελικά ικανοποιήθηκαν από αυτούς.

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι ερωτήσεις του κάθε παράγοντα και δημιουργήθηκαν οι βαθμολογίες ικανοποίησης και σημαντικότητας, όπου υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση/σημαντικότητα. Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες αυτές.

Πίνακας 8. Βαθμολογίες ικανοποίησης και σημαντικότητας.

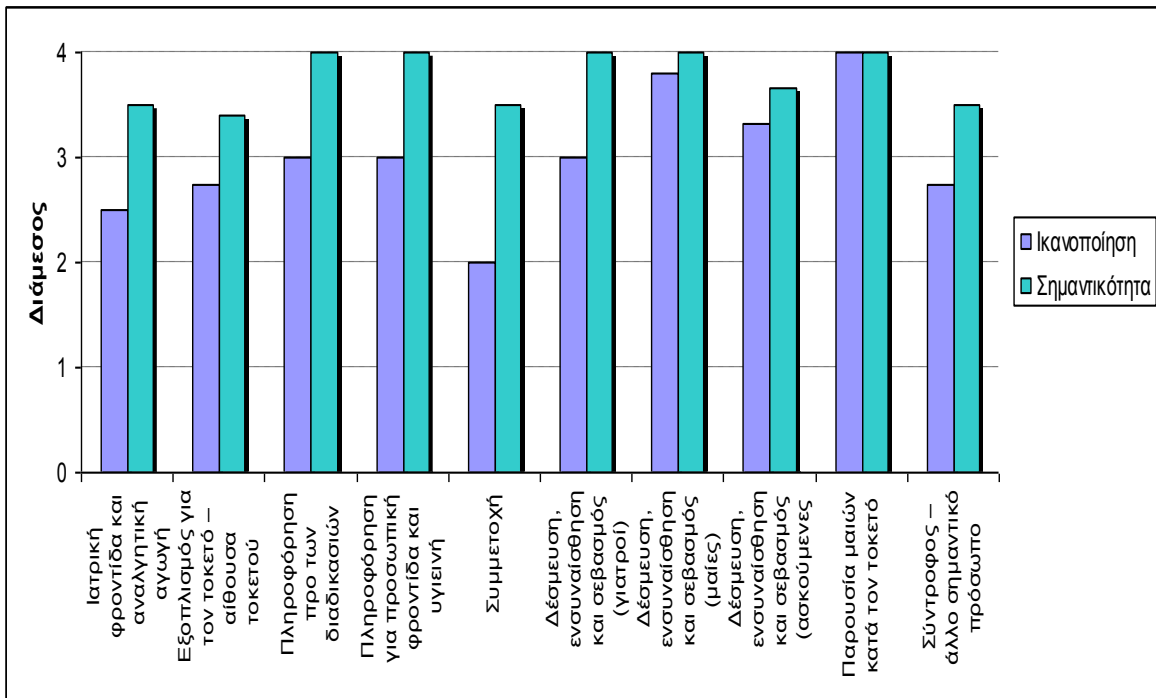
	Ικανοποίηση		Σημαντικότητα		Τιμή p ^α
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	2,54 (0,69)	2,5 (2 - 3)	3,46 (0,51)	3,5 (3 - 4)	<0,001
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	2,71 (0,61)	2,75 (2,4 - 3,2)	3,4 (0,54)	3,4 (3 - 4)	<0,001
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	2,76 (0,98)	3 (2 - 3,5)	3,64 (0,53)	4 (3 - 4)	<0,001
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	2,8 (0,97)	3 (2 - 4)	3,47 (0,67)	4 (3 - 4)	<0,001
Συμμετοχή	2,09 (0,94)	2 (1 - 3)	3,4 (0,68)	3,5 (3 - 4)	<0,001
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,1 (0,88)	3 (2,67 - 4)	3,81 (0,37)	4 (3,67 - 4)	<0,001
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,56 (0,57)	3,8 (3,2 - 4)	3,78 (0,34)	4 (3,6 - 4)	<0,001
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,27 (0,82)	3,33 (3 - 4)	3,44 (0,67)	3,67 (3 - 4)	0,019
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,6 (0,72)	4 (3,5 - 4)	3,68 (0,57)	4 (3,5 - 4)	0,266
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	2,72 (0,7)	2,75 (2,25 - 3,25)	3,31 (0,62)	3,5 (3 - 4)	<0,001

^α έλεγχος Wilcoxon

Σε σχεδόν όλες τις διαστάσεις, οι βαθμολογίες σημαντικότητας ήταν σημαντικά υψηλότερες σε σύγκριση με τις αντίστοιχες ικανοποίησης, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι γυναίκες τους θεωρούσαν πιο σημαντικές τις παραπάνω παραμέτρους από όσο τελικά ικανοποιήθηκαν από αυτές. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η διάσταση «Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό» που η ικανοποίηση και η σημαντικότητα δεν διέφεραν σε σημαντικό επίπεδο.

Στο γράφημα 4 παρουσιάζονται οι διάμεσες βαθμολογίες ικανοποίησης και σημαντικότητας σε κάθε διάσταση.

Γράφημα 4. Βαθμολογίες ικανοποίησης και σημαντικότητας.



10.2. Συσχέτιση των διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας με δημογραφικά στοιχεία καθώς και με στοιχεία που αφορούν τον τοκετό των γυναικών

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των γυναικών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των γυναικών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Πίνακας 9. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας, σε σχέση με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

	Εκπαιδευτικό επίπεδο				Τιμή p ^a
	Απόφοιτος δημοτικού/γυμνασίου/λυκείου		Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ		
	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (ΕΕ)	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (ΕΕ)	
Ικανοποίηση από:					
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	2,52 (0,67)	2,67 (2 - 3)	2,55 (0,72)	2,5 (2,25 - 3)	0,942
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	2,73 (0,59)	2,8 (2,4 - 3,2)	2,68 (0,63)	2,6 (2,4 - 3,2)	0,511
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	2,78 (0,98)	3 (2 - 4)	2,74 (0,98)	3 (2 - 3,5)	0,787
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα	2,77 (1,04)	3 (2 - 4)	2,84 (0,9)	3 (2 - 3,5)	0,725

και υγιεινή					
Συμμετοχή	2,1 (0,94)	2 (1 - 3)	2,08 (0,95)	2 (1 - 2,5)	0,876
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,2 (0,85)	3,33 (2,67 - 4)	2,98 (0,9)	3 (2,33 - 4)	0,108
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,63 (0,53)	4 (3,4 - 4)	3,49 (0,61)	3,78 (3,2 - 4)	0,146
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,34 (0,78)	3,67 (3 - 4)	3,19 (0,85)	3,33 (3 - 4)	0,326
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,62 (0,76)	4 (3,5 - 4)	3,57 (0,68)	4 (3 - 4)	0,362
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	2,68 (0,65)	2,75 (2,25 - 3,25)	2,76 (0,75)	2,71 (2,25 - 3,25)	0,657
Σημαντικότητα:					
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	3,45 (0,53)	3,5 (3 - 4)	3,48 (0,48)	3,5 (3,25 - 4)	0,895
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	3,47 (0,51)	3,6 (3,2 - 4)	3,32 (0,57)	3,4 (3 - 3,8)	0,089
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	3,69 (0,51)	4 (3,5 - 4)	3,59 (0,56)	4 (3 - 4)	0,263
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	3,46 (0,7)	4 (3 - 4)	3,48 (0,65)	4 (3 - 4)	0,956
Συμμετοχή	3,45 (0,66)	3,5 (3 - 4)	3,34 (0,7)	3,5 (3 - 4)	0,347
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,83 (0,37)	4 (4 - 4)	3,8 (0,38)	4 (3,67 - 4)	0,440
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,81 (0,33)	4 (3,8 - 4)	3,76 (0,36)	4 (3,6 - 4)	0,296
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,53 (0,62)	4 (3 - 4)	3,34 (0,72)	3,33 (3 - 4)	0,119
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,76 (0,52)	4 (4 - 4)	3,59 (0,6)	4 (3 - 4)	0,060
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	3,36 (0,63)	3,5 (3 - 4)	3,25 (0,6)	3,25 (3 - 3,75)	0,167

TA: τυπική απόκλιση

EE: ενδοτεταρτημοριακό εύρος

^a έλεγχος Mann-Whitney

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ των βαθμολογιών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας των γυναικών και της ηλικίας τους. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας των γυναικών με τις βαθμολογίες στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας.

Πίνακας 10. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με την ηλικία των γυναικών.

	Ηλικία	
	r	Τιμή p
Ικανοποίηση από:		
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	0,05	0,528
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	0,01	0,889
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	-0,14	0,098
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	-0,02	0,778
Συμμετοχή	-0,02	0,776
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	-0,07	0,421

Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	-0,02	0,813
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	-0,11	0,251
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	-0,02	0,808
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	0,10	0,230
Σημαντικότητα:		
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	0,08	0,309
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού <i>χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα</i>	-0,13	0,125
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	-0,09	0,270
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	0,03	0,736
Συμμετοχή	0,04	0,624
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	-0,02	0,795
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	-0,06	0,446
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	-0,12	0,147
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	-0,05	0,579
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	-0,10	0,203

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των γυναικών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας ανάλογα με την ενασχόλησή τους.

Πίνακας 11. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με την ενασχόληση των γυναικών.

	Ενασχόληση				Τιμή P
	Εργαζόμενη		Φοιτήτρια/ Άνεργη		
	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (ΕΕ)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (ΕΕ)	
Ικανοποίηση από:					
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	2,5 (0,76)	2,5 (2 - 3)	2,56 (0,65)	2,5 (2,25 - 3)	0,703
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού <i>χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα</i>	2,74 (0,67)	2,8 (2,4 - 3,2)	2,68 (0,57)	2,75 (2,25 - 3)	0,493
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	2,65 (0,99)	2,5 (2 - 3,5)	2,84 (0,97)	3 (2 - 4)	0,222
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	2,67 (0,9)	2,75 (2 - 3,25)	2,89 (1,02)	3 (2 - 4)	0,132
Συμμετοχή	2,19 (0,96)	2,5 (1 - 3)	2,02 (0,93)	2 (1 - 2,5)	0,280
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	2,9 (0,9)	3 (2,33 - 3,67)	3,23 (0,85)	3,33 (2,67 - 4)	0,021
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,49 (0,65)	3,8 (3,2 - 4)	3,62 (0,51)	4 (3,25 - 4)	0,258
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,27 (0,82)	3,33 (3 - 4)	3,26 (0,82)	3,33 (2,67 - 4)	0,922
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,63 (0,58)	4 (3,5 - 4)	3,57 (0,81)	4 (3,5 - 4)	0,699
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	2,7 (0,71)	2,58 (2,25 - 3,25)	2,73 (0,69)	2,75 (2,25 - 3,25)	0,598
Σημαντικότητα:					
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	3,49 (0,47)	3,67 (3 - 4)	3,44 (0,53)	3,5 (3 - 4)	0,698
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού <i>χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα</i>	3,41 (0,5)	3,6 (3 - 3,8)	3,39 (0,57)	3,4 (3 - 4)	0,881
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	3,67 (0,5)	4 (3,5 - 4)	3,62 (0,56)	4 (3 - 4)	0,743
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	3,43 (0,73)	4 (3 - 4)	3,49 (0,64)	4 (3 - 4)	0,807
Συμμετοχή	3,4 (0,64)	3,5 (3 - 4)	3,4 (0,72)	3,5 (3 - 4)	0,713

Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,84 (0,33)	4 (4 - 4)	3,8 (0,41)	4 (3,67 - 4)	0,761
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,82 (0,33)	4 (3,8 - 4)	3,76 (0,35)	4 (3,6 - 4)	0,295
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,34 (0,7)	3,5 (3 - 4)	3,5 (0,65)	4 (3 - 4)	0,151
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,76 (0,42)	4 (3,5 - 4)	3,63 (0,65)	4 (3 - 4)	0,460
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	3,31 (0,62)	3,5 (3 - 3,75)	3,31 (0,62)	3,25 (3 - 4)	0,966

TA: τυπική απόκλιση

EE: ενδοτεταρτημοριακό εύρος

^a έλεγχος Mann-Whitney

Μόνο η βαθμολογία στη διάσταση ικανοποίησης από τη δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμό που είχαν οι γυναίκες από τους ιατρούς βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την ενασχόλησή τους. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που ήταν άνεργες ή φοιτήτριες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σύγκριση με τις εργαζόμενες. Οι βαθμολογίες σημαντικότητας δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με την ενασχόληση των γυναικών.

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των γυναικών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας ανάλογα με αν τηλεφώνησαν στο μαιευτικό τμήμα πριν να προσέλθουν για τον τοκετό.

Πίνακας 12. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με το εάν οι γυναίκες τηλεφώνησαν ή όχι πριν προσέλθουν στο μαιευτικό τμήμα.

	Τηλεφωνήσατε στο μαιευτικό τμήμα πριν να προσέλθετε για τον τοκετό σας;				Τιμή p
	Ναι		Όχι		
	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (EE)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (EE)	
Ικανοποίηση από:					
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	2,39 (0,69)	2,5 (1,75 - 2,67)	2,58 (0,69)	2,67 (2 - 3)	0,187
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	2,66 (0,57)	2,6 (2,4 - 2,8)	2,72 (0,62)	2,8 (2,4 - 3,2)	0,457
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	2,69 (0,96)	3 (2 - 3,5)	2,78 (0,99)	3 (2 - 4)	0,587
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	2,79 (1)	3 (2 - 4)	2,81 (0,97)	3 (2 - 4)	0,908
Συμμετοχή	1,78 (0,91)	1,5 (1 - 2,5)	2,18 (0,93)	2 (1,5 - 3)	0,021
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	2,82 (0,91)	3 (2,33 - 3,67)	3,18 (0,86)	3,33 (2,67 - 4)	0,029
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,61 (0,5)	3,8 (3,4 - 4)	3,55 (0,59)	3,8 (3,2 - 4)	0,840
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και	3,15 (0,84)	3 (3 - 4)	3,3 (0,81)	3,67 (3 - 4)	0,350

σεβασμός (ασκούμενες μαιές)					
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,59 (0,61)	4 (3 - 4)	3,6 (0,76)	4 (3,5 - 4)	0,612
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	2,51 (0,73)	2,5 (2 - 3)	2,78 (0,68)	2,75 (2,25 - 3,25)	0,055
Σημαντικότητα:					
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	3,46 (0,53)	3,58 (3 - 4)	3,46 (0,5)	3,5 (3 - 4)	0,958
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	3,28 (0,63)	3,4 (2,8 - 3,8)	3,44 (0,51)	3,4 (3 - 4)	0,230
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	3,57 (0,55)	4 (3 - 4)	3,66 (0,53)	4 (3,5 - 4)	0,380
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	3,4 (0,73)	4 (3 - 4)	3,49 (0,66)	4 (3 - 4)	0,586
Συμμετοχή	3,42 (0,72)	3,5 (3 - 4)	3,39 (0,68)	3,5 (3 - 4)	0,674
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,78 (0,43)	4 (3,67 - 4)	3,82 (0,36)	4 (4 - 4)	0,772
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,69 (0,41)	4 (3,2 - 4)	3,81 (0,32)	4 (3,6 - 4)	0,145
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαιές)	3,22 (0,69)	3 (3 - 4)	3,5 (0,66)	4 (3 - 4)	0,027
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,7 (0,55)	4 (3,5 - 4)	3,68 (0,58)	4 (3,5 - 4)	0,963
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	3,31 (0,66)	3,5 (3 - 3,75)	3,31 (0,61)	3,25 (3 - 4)	0,861

TA: τυπική απόκλιση

EE: ενδοτεταρτημοριακό εύρος

^a έλεγχος Mann-Whitney

Οι γυναίκες που δεν τηλεφώνησαν στο μαιευτικό τμήμα πριν να προσέλθουν για τον τοκετό είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης από τη συμμετοχή και τη δέσμευση, ενσυναίσθηση και το σεβασμό που εισέπραξαν από τους ιατρούς, που υποδηλώνει μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που τηλεφώνησαν στο μαιευτικό τμήμα. Επίσης, οι γυναίκες που δεν τηλεφώνησαν στο μαιευτικό τμήμα πριν να προσέλθουν για τον τοκετό είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σημαντικότητας από τη δέσμευση, ενσυναίσθηση και το σεβασμό που εισέπραξαν από τις ασκούμενες μαιές, που υποδηλώνει ότι θεωρούν πιο σημαντικό τον παράγοντα αυτό, σε σύγκριση με τις γυναίκες που τηλεφώνησαν στο μαιευτικό τμήμα.

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των γυναικών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας ανάλογα με τον τρόπο τοκετού τους.

Πίνακας 13. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με τον τρόπο διεξαγωγής του τοκετού.

	Με ποιο τρόπο γεννήσατε το/τα παιδί/ά σας;						Τιμή p ^a
	Κολπικό/φυσιολογικό τοκετό (ή με τη χρήση βοηθητικών μέσων)		Προγραμματισμένη καισαρική τομή		Επείγουσα καισαρική τομή		
	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (ΕΕ)	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (ΕΕ)	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (ΕΕ)	
Ικανοποίηση από:							
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	2,27 (0,61)	2,25 (1,75 - 2,75)	2,83 (0,67)	3 (2,5 - 3)	2,75 (0,69)	2,67 (2,33 - 3)	<0,001
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	2,71 (0,65)	2,8 (2,33 - 3,2)	2,71 (0,57)	2,8 (2,2 - 3,2)	2,7 (0,59)	2,63 (2,4 - 3)	0,955
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	2,66 (1,02)	2,5 (2 - 4)	3,13 (0,79)	3,25 (2,5 - 4)	2,71 (0,97)	3 (2 - 3,5)	0,113
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	2,63 (1,06)	2,5 (2 - 4)	3,1 (0,75)	3 (2,5 - 4)	2,9 (0,91)	3 (2 - 4)	0,109
Συμμετοχή	2,05 (0,99)	2 (1 - 3)	2,31 (0,76)	2,5 (2 - 3)	2,04 (0,95)	2 (1 - 2,5)	0,280
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,15 (0,96)	3,33 (2,67 - 4)	3,17 (0,88)	3,33 (2,67 - 4)	3 (0,77)	3 (2,33 - 3,67)	0,328
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,57 (0,52)	3,8 (3,2 - 4)	3,44 (0,69)	3,78 (3 - 4)	3,61 (0,57)	3,9 (3,4 - 4)	0,572
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,22 (0,85)	3 (3 - 4)	3,24 (0,9)	3,67 (3 - 4)	3,33 (0,74)	3,33 (3 - 4)	0,868
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,78 (0,44)	4 (4 - 4)	3,43 (0,98)	4 (2 - 4)	3,22 (1,01)	3,75 (3 - 4)	0,013
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	2,58 (0,7)	2,5 (2 - 3)	2,71 (0,81)	2,67 (2,25 - 3,25)	2,9 (0,59)	3 (2,5 - 3,25)	0,019
Σημαντικότητα:							
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	3,4 (0,54)	3,5 (3 - 4)	3,58 (0,46)	3,71 (3,33 - 4)	3,49 (0,47)	3,42 (3 - 4)	0,343
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	3,35 (0,58)	3,4 (2,8 - 4)	3,51 (0,46)	3,6 (3,2 - 4)	3,41 (0,53)	3,4 (3 - 4)	0,537
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	3,68 (0,48)	4 (3 - 4)	3,73 (0,53)	4 (3,5 - 4)	3,55 (0,59)	4 (3 - 4)	0,234
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	3,51 (0,65)	4 (3 - 4)	3,52 (0,69)	4 (3 - 4)	3,39 (0,71)	3,75 (3 - 4)	0,591
Συμμετοχή	3,42 (0,63)	3,5 (3 - 4)	3,4 (0,77)	3,5 (3 - 4)	3,38 (0,71)	3,5 (3 - 4)	0,933
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,77 (0,42)	4 (3,67 - 4)	3,9 (0,26)	4 (4 - 4)	3,84 (0,35)	4 (4 - 4)	0,301
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,77 (0,33)	4 (3,6 - 4)	3,74 (0,37)	4 (3,6 - 4)	3,83 (0,34)	4 (3,8 - 4)	0,283
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,33 (0,73)	3,33 (3 - 4)	3,59 (0,57)	4 (3,33 - 4)	3,5 (0,63)	3,67 (3 - 4)	0,249
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,72 (0,53)	4 (3,5 - 4)	3,39 (0,78)	4 (3 - 4)	3,68 (0,57)	4 (3,5 - 4)	0,361
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	3,32 (0,65)	3,5 (3 - 4)	3,27 (0,69)	3,38 (3 - 3,75)	3,31 (0,53)	3,25 (3 - 3,75)	0,890

ΤΑ: τυπική απόκλιση

ΕΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος

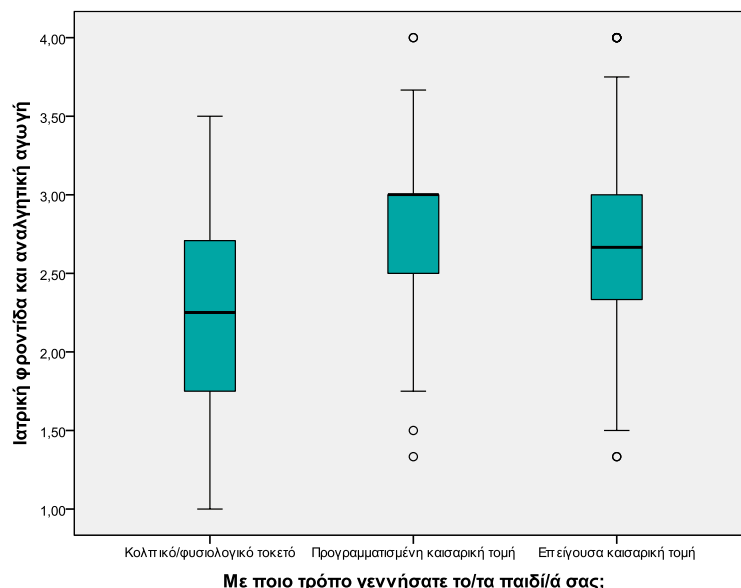
^a έλεγχος Kruskal-Wallis

Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή, από την παρουσία μαιών κατά τον τοκετό και από το σύντροφο-άλλο σημαντικό πρόσωπο ανάλογα με τον τρόπο τοκετού. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι γυναίκες που γέννησαν με κολπικό/φυσιολογικό τοκετό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή, δηλαδή χαμηλότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση τόσο με τις γυναίκες που γέννησαν με προγραμματισμένη καισαρική ($p < 0,001$) όσο και με τις γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική ($p < 0,001$). Επίσης, οι γυναίκες που γέννησαν με κολπικό/φυσιολογικό τοκετό είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από την παρουσία μαιών κατά τον τοκετό σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική ($p = 0,003$). Αντίθετα, οι γυναίκες που γέννησαν με κολπικό/φυσιολογικό τοκετό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από το σύντροφο-άλλο σημαντικό πρόσωπο σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική ($p = 0,005$).

Οι βαθμολογίες σημαντικότητας δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τον τρόπο τοκετού των γυναικών.

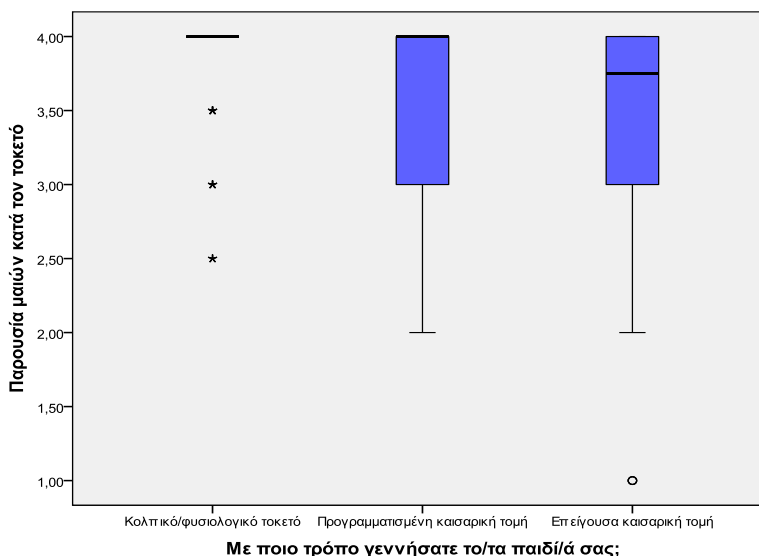
Στο γράφημα 5 παρουσιάζεται η βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή ανάλογα με τον τρόπο τοκετού.

Γράφημα 5. Βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή σε σχέση με το είδος του τοκετού.



Στο γράφημα 6 παρουσιάζεται η βαθμολογία ικανοποίησης από την παρουσία μαιών κατά τον τοκετό ανάλογα με τον τρόπο τοκετού.

Γράφημα 6. Βαθμολογία ικανοποίησης από την παρουσία της μαιίας κατά τον τοκετό σε σχέση με το είδος του τοκετού.



Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των γυναικών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας ανάλογα με το αν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη.

Πίνακας 14. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με τον εάν οι γυναίκες χρειάστηκε να αποχωρήσουν από το μαιευτήριο, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη.

	Χρειάστηκε να φύγετε από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη;				Τιμή p ^a
	Ναι		Όχι		
	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (EE)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (EE)	
Ικανοποίηση από:					
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	2,34 (0,64)	2,42 (2,13 - 2,58)	2,57 (0,7)	2,67 (2 - 3)	0,113
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	2,58 (0,64)	2,68 (2,3 - 3)	2,73 (0,61)	2,8 (2,4 - 3,2)	0,462
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	2 (0,95)	2 (1 - 2,25)	2,88 (0,93)	3 (2 - 4)	<0,001
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	2,18 (1,09)	2 (1 - 3)	2,9 (0,92)	3 (2 - 4)	0,004
Συμμετοχή	1,58 (0,94)	1 (1 - 2)	2,17 (0,92)	2 (1,5 - 3)	0,004
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	2,48 (0,91)	2,67 (2 - 3)	3,19 (0,84)	3,33 (2,67 - 4)	0,001

Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,69 (0,48)	4 (3,6 - 4)	3,55 (0,58)	3,8 (3,2 - 4)	0,331
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,05 (0,99)	3 (2,33 - 4)	3,29 (0,79)	3,5 (3 - 4)	0,468
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,81 (0,56)	4 (4 - 4)	3,57 (0,74)	4 (3 - 4)	0,184
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	2,53 (0,53)	2,5 (2,13 - 3)	2,74 (0,72)	2,75 (2,25 - 3,25)	0,134
Σημαντικότητα:					
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	3,41 (0,65)	3,58 (3 - 4)	3,47 (0,48)	3,5 (3 - 4)	0,906
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	3,26 (0,59)	3,4 (2,8 - 3,6)	3,42 (0,53)	3,6 (3 - 4)	0,272
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	3,85 (0,37)	4 (4 - 4)	3,61 (0,55)	4 (3 - 4)	0,044
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	3,55 (0,67)	4 (3 - 4)	3,45 (0,68)	4 (3 - 4)	0,517
Συμμετοχή	3,25 (1,08)	3,75 (2,75 - 4)	3,42 (0,6)	3,5 (3 - 4)	0,767
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,87 (0,27)	4 (3,83 - 4)	3,81 (0,39)	4 (3,67 - 4)	0,829
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,86 (0,23)	4 (3,8 - 4)	3,77 (0,36)	4 (3,6 - 4)	0,502
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,38 (0,77)	3,83 (3 - 4)	3,45 (0,66)	3,67 (3 - 4)	0,927
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,86 (0,36)	4 (4 - 4)	3,66 (0,59)	4 (3 - 4)	0,210
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	3,24 (0,63)	3,38 (2,75 - 3,75)	3,32 (0,62)	3,5 (3 - 4)	0,585

TA: τυπική απόκλιση

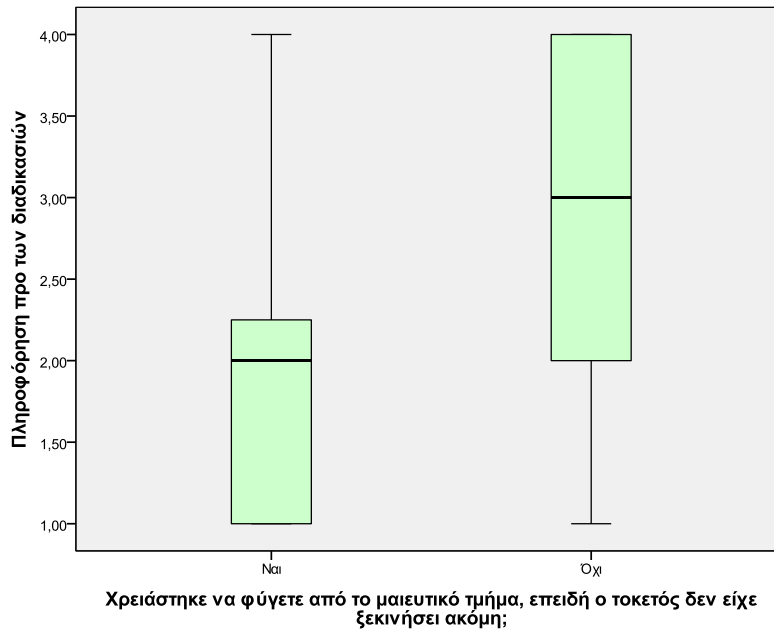
EE: ενδοτεταρτημοριακό εύρος

^a έλεγχος Mann-Whitney

Οι γυναίκες που χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης από την πληροφόρηση προ των διαδικασιών, την πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή, τη συμμετοχή και τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που εισέπραξαν από τους ιατρούς, που υποδηλώνουν χαμηλότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα. Επίσης, οι γυναίκες που χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σημαντικότητας για την πληροφόρηση προ των διαδικασιών, που υποδηλώνει ότι τη θεωρούσαν πιο σημαντική, από τις γυναίκες που δεν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα.

Στο γράφημα 7 παρουσιάζεται η βαθμολογία ικανοποίησης από την πληροφόρηση προ των διαδικασιών ανάλογα με το αν χρειάστηκε οι γυναίκες να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει.

Γράφημα 7. Βαθμολογία ικανοποίησης από την πληροφόρηση προ των διαδικασιών σε σχέση με το εάν οι γυναίκες χρειάστηκε να αποχωρήσουν από το μαιευτήριο επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη.



Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των γυναικών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας ανάλογα με τη σωματική τους κατάσταση.

Πίνακας 15. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με την παρούσα σωματική κατάσταση των γυναικών.

	Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;						Τιμή p ^a
	Πολύ/ Αρκετά κακή		Ούτε καλή, ούτε κακή		Αρκετά/ Πολύ καλή		
	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (EE)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (EE)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (EE)	
Ικανοποίηση από:							
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	1,92 (0,49)	1,75 (1,5 - 2,33)	2,16 (0,66)	2 (1,67 - 2,67)	2,64 (0,67)	2,67 (2,25 - 3)	<0,001
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	2,69 (0,72)	2,6 (2 - 3,2)	2,28 (0,52)	2,4 (2 - 2,6)	2,77 (0,59)	2,8 (2,4 - 3,2)	0,003
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	2,28 (0,87)	2 (1,5 - 3)	2,45 (1,07)	2,5 (1,5 - 3)	2,85 (0,96)	3 (2 - 4)	0,082
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	2,61 (0,82)	2,5 (2 - 3)	2,03 (0,99)	2 (1 - 3)	2,94 (0,93)	3 (2 - 4)	0,001
Συμμετοχή	2,28 (0,97)	2 (2 - 3)	2 (0,91)	2 (1 - 2,5)	2,09 (0,95)	2 (1 - 3)	0,776
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	2,59 (0,76)	2,33 (2 - 2,67)	2,63 (0,78)	2,67 (2 - 3,33)	3,21 (0,87)	3,33 (2,67 - 4)	0,001

Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,29 (0,66)	3,2 (3 - 4)	3,18 (0,68)	3,2 (2,6 - 3,8)	3,64 (0,52)	4 (3,4 - 4)	0,002
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,15 (1,02)	3,67 (2,67 - 4)	3,07 (0,82)	3 (2,33 - 4)	3,31 (0,8)	3,5 (3 - 4)	0,492
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3 (1,22)	3,25 (2,5 - 4)	3,27 (0,95)	3,5 (3 - 4)	3,69 (0,61)	4 (3,5 - 4)	0,052
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	2,87 (0,48)	2,67 (2,5 - 3,25)	2,46 (0,76)	2,5 (2 - 3,25)	2,75 (0,7)	2,75 (2,25 - 3,25)	0,197
Σημαντικότητα:							
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	3,67 (0,41)	4 (3,25 - 4)	3,33 (0,47)	3,25 (3 - 3,75)	3,47 (0,51)	3,5 (3 - 4)	0,201
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	3,38 (0,51)	3,4 (3 - 3,6)	3,28 (0,58)	3,4 (2,8 - 3,8)	3,42 (0,54)	3,4 (3 - 4)	0,608
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	3,22 (0,62)	3 (3 - 3,5)	3,45 (0,62)	3,5 (3 - 4)	3,7 (0,5)	4 (3,5 - 4)	0,006
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	2,89 (0,86)	3 (2,5 - 3,5)	3,29 (0,73)	3,5 (3 - 4)	3,54 (0,63)	4 (3 - 4)	0,016
Συμμετοχή	3,56 (0,39)	3,5 (3,5 - 4)	3,32 (0,63)	3,5 (3 - 4)	3,4 (0,71)	3,5 (3 - 4)	0,633
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,78 (0,44)	4 (4 - 4)	3,56 (0,52)	3,67 (3 - 4)	3,86 (0,33)	4 (4 - 4)	0,008
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,78 (0,37)	4 (3,6 - 4)	3,57 (0,41)	3,8 (3 - 4)	3,82 (0,32)	4 (3,8 - 4)	0,004
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,56 (0,53)	3,67 (3 - 4)	3,21 (0,8)	3,5 (3 - 4)	3,46 (0,66)	4 (3 - 4)	0,316
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,43 (0,73)	4 (2,5 - 4)	3,43 (0,7)	4 (3 - 4)	3,74 (0,52)	4 (4 - 4)	0,077
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	3,36 (0,55)	3,5 (2,75 - 3,75)	3,09 (0,77)	3 (2,25 - 4)	3,34 (0,59)	3,5 (3 - 4)	0,463

TA: τυπική απόκλιση

EE: ενδοτεταρτημοριακό εύρος

^a έλεγχος Kruskal-Wallis

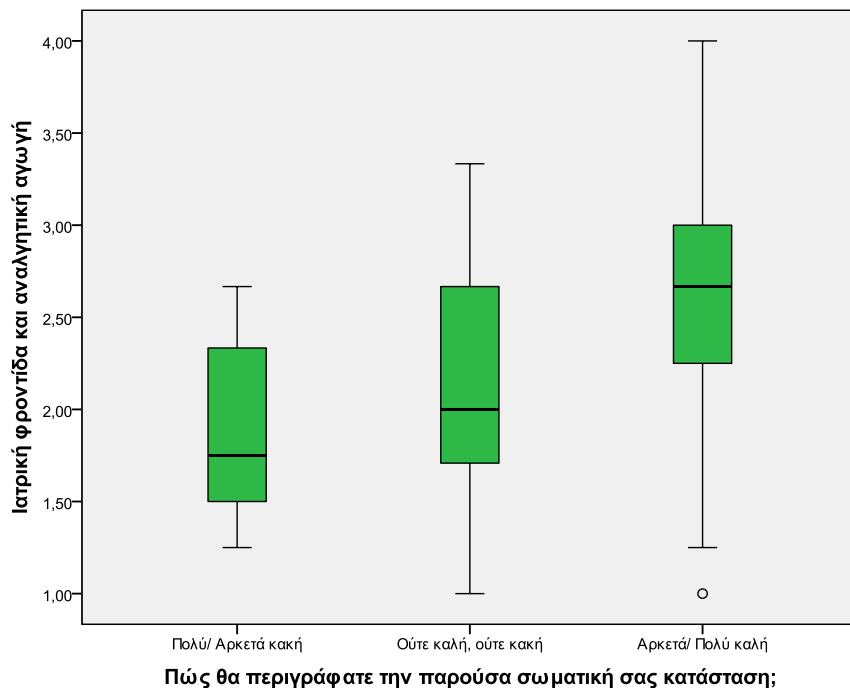
Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή, από τον εξοπλισμό για τον τοκετό-αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά/ατμόσφαιρα, από την πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή και από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τους ιατρούς και τις μαίες ανάλογα με τη σωματική τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική κατάσταση είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή καθώς και από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τους ιατρούς, σε σύγκριση τόσο με τις γυναίκες με ούτε καλή

ούτε κακή σωματική κατάσταση ($p=0,007$ και $p=0,003$ αντίστοιχα) όσο και με τις γυναίκες με πολύ/αρκετά κακή σωματική κατάσταση ($p=0,002$ και $p=0,015$ αντίστοιχα). Επίσης, οι γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική κατάσταση είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από τον εξοπλισμό για τον τοκετό-αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά/ατμόσφαιρα, από την πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή καθώς και από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τις μαίες, σε σύγκριση με τις γυναίκες με ούτε καλή ούτε κακή σωματική κατάσταση ($p=0,001$, $p<0,001$ και $p=0,001$ αντίστοιχα).

Ακόμα, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες σημαντικότητας της πληροφόρησης προ των διαδικασιών, της πληροφόρησης για προσωπική φροντίδα και υγιεινή και της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και του σεβασμού που έλαβαν από τους ιατρούς και τις μαίες ανάλογα με τη σωματική τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική κατάσταση είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης προ των διαδικασιών και της πληροφόρησης για προσωπική φροντίδα, που υποδηλώνει ότι τις θεωρούσαν πιο σημαντικές, σε σύγκριση με τις γυναίκες με πολύ/αρκετά κακή σωματική κατάσταση ($p=0,005$ και $p=0,011$ αντίστοιχα). Επίσης, οι γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική κατάσταση είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σημαντικότητας της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και του σεβασμού που έλαβαν από τους ιατρούς και τις μαίες σε σύγκριση με τις γυναίκες με ούτε καλή, ούτε κακή σωματική κατάσταση ($p=0,002$ και $p=0,001$ αντίστοιχα).

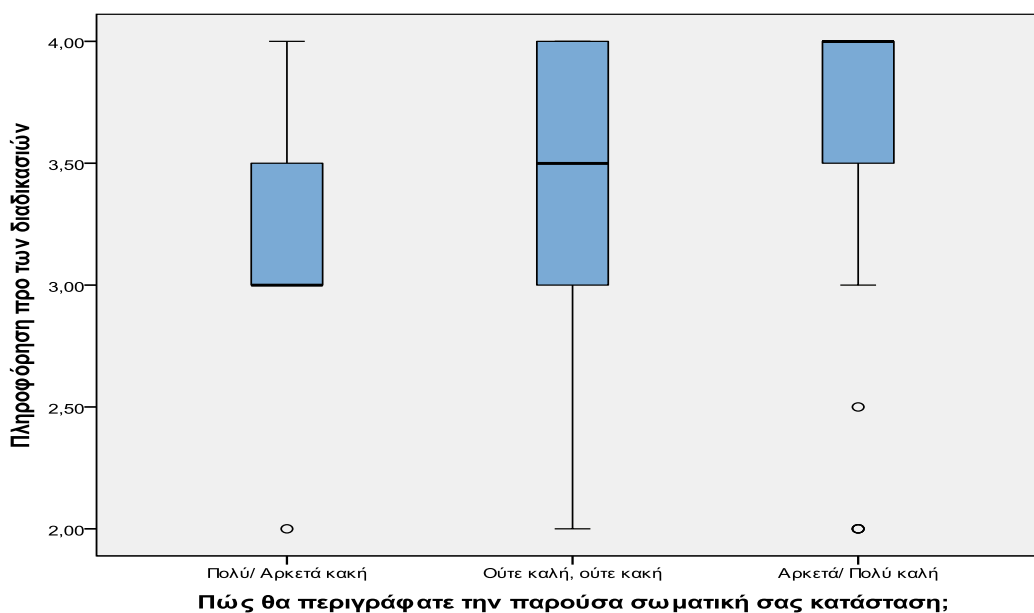
Στο γράφημα 8 παρουσιάζεται η βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή ανάλογα με τη σωματική κατάσταση των γυναικών.

Γράφημα 8. Βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή σε σχέση με την παρούσα σωματική κατάσταση των γυναικών.



Στο γράφημα 9 παρουσιάζεται η βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης προ των διαδικασιών ανάλογα με τη σωματική κατάσταση των γυναικών.

Γράφημα 9. Βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης προ των διαδικασιών σε σχέση με τη σωματική κατάσταση των γυναικών.



Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των γυναικών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας ανάλογα με τη ψυχική τους ευεξία.

Πίνακας 16. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με την παρούσα ψυχική ευεξία των γυναικών.

	Πώς θα περιγράφατε την παρούσα ψυχική σας ευεξία;						Τιμή p ^a
	Πολύ/ Αρκετά κακή		Ούτε καλή, ούτε κακή		Αρκετά/ Πολύ καλή		
	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (EE)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (EE)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (EE)	
Ικανοποίηση από:							
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	1,97 (0,68)	1,75 (1,5 - 2,5)	2,1 (0,71)	2 (1,67 - 2,67)	2,63 (0,66)	2,67 (2,25 - 3)	0,001
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	2,19 (0,68)	2 (1,75 - 2,4)	2,67 (0,5)	2,8 (2,4 - 2,8)	2,76 (0,6)	2,8 (2,4 - 3,2)	0,005
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	2,23 (0,96)	2 (1,5 - 3)	2,65 (1,03)	3 (2 - 3)	2,82 (0,97)	3 (2 - 4)	0,140
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	2,05 (1,04)	1,75 (1 - 3)	2,73 (1,07)	3 (2 - 4)	2,87 (0,94)	3 (2 - 4)	0,056
Συμμετοχή	2,18 (0,93)	2,5 (1 - 2,5)	2,04 (0,97)	2 (1 - 2,5)	2,09 (0,94)	2 (1 - 3)	0,928
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	2,42 (1,02)	2,67 (1,33 - 3,33)	2,74 (1,09)	2,67 (2 - 4)	3,19 (0,82)	3,33 (2,67 - 4)	0,018
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,15 (0,75)	3,2 (3 - 4)	3,49 (0,54)	3,6 (3 - 4)	3,61 (0,55)	4 (3,4 - 4)	0,066
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3 (0,9)	3 (2,33 - 4)	3,79 (0,4)	4 (3,67 - 4)	3,23 (0,82)	3,33 (3 - 4)	0,047
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,9 (0,22)	4 (4 - 4)	3,5 (0,56)	3,5 (3,25 - 4)	3,59 (0,76)	4 (3,5 - 4)	0,232
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	2,37 (0,73)	2,67 (2 - 3)	2,27 (0,66)	2,25 (2 - 2,5)	2,79 (0,68)	2,75 (2,25 - 3,25)	0,006
Σημαντικότητα:							
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	3,64 (0,45)	4 (3 - 4)	3,65 (0,39)	3,75 (3,5 - 4)	3,43 (0,52)	3,33 (3 - 4)	0,162
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	3,47 (0,52)	3,6 (3,2 - 4)	3,6 (0,39)	3,6 (3,4 - 4)	3,37 (0,55)	3,4 (3 - 4)	0,383
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	3,32 (0,75)	3,5 (3 - 4)	3,54 (0,66)	4 (3 - 4)	3,68 (0,49)	4 (3 - 4)	0,148
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	3,14 (0,95)	3,5 (2,5 - 4)	3,46 (0,63)	3,5 (3 - 4)	3,5 (0,65)	4 (3 - 4)	0,393
Συμμετοχή	3,59 (0,49)	3,5 (3,5 - 4)	3,46 (0,59)	3,5 (3 - 4)	3,38 (0,71)	3,5 (3 - 4)	0,701
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,67 (0,6)	4 (3 - 4)	3,82 (0,35)	4 (4 - 4)	3,83 (0,35)	4 (3,67 - 4)	0,882
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,65 (0,45)	4 (3 - 4)	3,85 (0,19)	4 (3,8 - 4)	3,79 (0,34)	4 (3,6 - 4)	0,659
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,42 (0,73)	3,67 (3 - 4)	3,61 (0,45)	3,83 (3,17 - 4)	3,42 (0,69)	3,67 (3 - 4)	0,785
Παρουσία μαιών κατά τον	3,43 (0,73)	4 (2,5 - 4)	3,88 (0,3)	4 (4 - 4)	3,67 (0,58)	4 (3,5 - 4)	0,269

τοκετό							
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	3,27 (0,62)	3,5 (2,75 - 3,75)	3,17 (0,69)	3 (3 - 4)	3,32 (0,61)	3,5 (3 - 4)	0,684

TA: τυπική απόκλιση

EE: ενδοτεταρτημοριακό εύρος

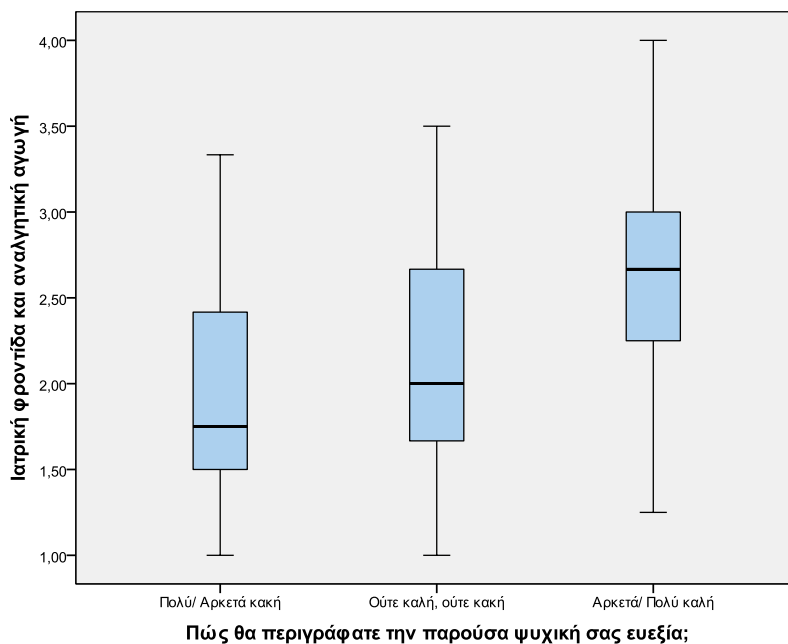
^a έλεγχος Kruskal-Wallis

Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή, από τον εξοπλισμό για τον τοκετό-αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά/ατμόσφαιρα, από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τους ιατρούς και από το σύντροφό τους ανάλογα με τη ψυχική τους ευεξία. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή ψυχική ευεξία είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή σε σύγκριση τόσο με τις γυναίκες με ούτε καλή ούτε κακή ψυχική ευεξία ($p=0,010$) όσο και με εκείνες με πολύ/αρκετά κακή ψυχική ευεξία ($p=0,004$). Επίσης, οι γυναίκες που είχαν πολύ/αρκετά κακή ψυχική ευεξία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από τον εξοπλισμό για τον τοκετό-αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά/ατμόσφαιρα σε σύγκριση τόσο με τις γυναίκες με ούτε καλή ούτε κακή ψυχική ευεξία ($p=0,013$) όσο και με εκείνες με πολύ/αρκετά καλή ψυχική ευεξία ($p=0,001$). Ακόμα, οι γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή ψυχική ευεξία είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τους ιατρούς σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ κακή ψυχική ευεξία ($p=0,010$). Οι γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή ψυχική ευεξία είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από το σύντροφό τους σε σύγκριση με τις γυναίκες με ούτε καλή ούτε κακή ψυχική ευεξία ($p=0,004$). Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δε βρέθηκε να διαφέρει η βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τις ασκούμενες μαίες.

Οι βαθμολογίες σημαντικότητας δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με τη ψυχική ευεξία των γυναικών.

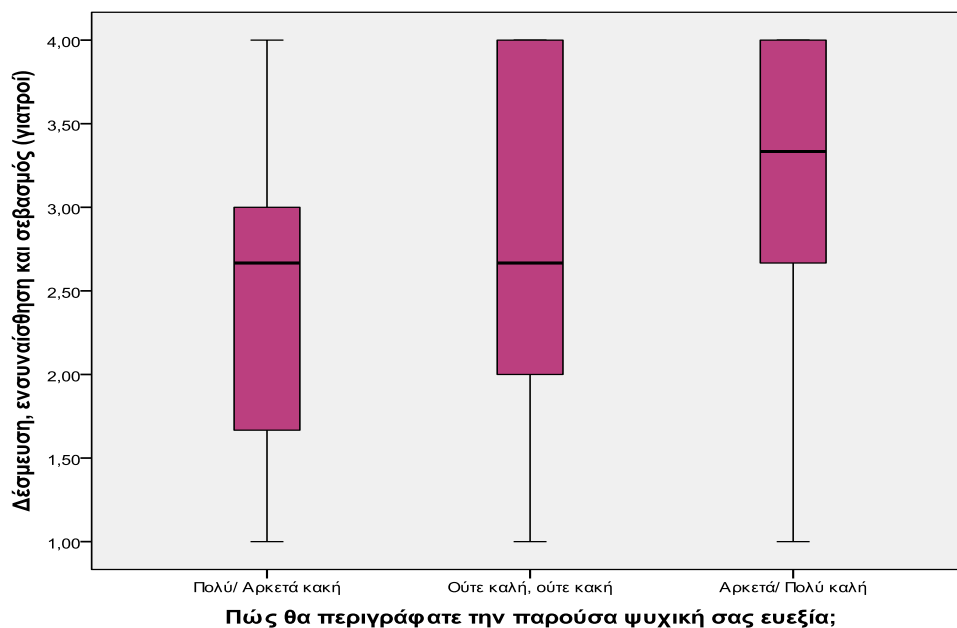
Στο γράφημα 10 παρουσιάζεται η βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή ανάλογα με τη ψυχική ευεξία των γυναικών.

Γράφημα 10. Βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή σε σχέση με την παρούσα ψυχική ευεξία των γυναικών.



Στο γράφημα 11 παρουσιάζεται η βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τους ιατρούς ανάλογα με τη ψυχική ευεξία των γυναικών.

Γράφημα 11. Βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τους ιατρούς σε σχέση με την παρούσα ψυχική ευεξία των γυναικών.



Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των γυναικών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας ανάλογα με το αν θα δίσταζαν να πάνε στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό.

Πίνακας 17. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με το εάν θα δίσταζαν να ξαναπάνε στην ίδια μαιευτική κλινική για έναν μελλοντικό τοκετό.

	Αισθάνεστε κάποιο δισταγμό στο να πάτε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό;				Τιμή p ^a
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (ΕΕ)	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (ΤΑ)	
Ικανοποίηση από:					
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	2,62 (0,61)	2,67 (2,33 - 3)	2,43 (0,83)	2,33 (1,75 - 3)	0,071
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού <i>χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα</i>	2,82 (0,53)	2,8 (2,4 - 3,2)	2,51 (0,71)	2,6 (2 - 3)	0,010
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	2,93 (0,97)	3 (2 - 4)	2,44 (0,94)	2,5 (2 - 3)	0,003
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	2,92 (0,93)	3 (2 - 4)	2,52 (1,03)	2,5 (2 - 3)	0,023
Συμμετοχή	2,24 (0,96)	2 (1,5 - 3)	1,73 (0,8)	1,5 (1 - 2,5)	0,003
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,41 (0,66)	3,67 (3 - 4)	2,52 (0,94)	2,5 (2 - 3)	<0,001
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,66 (0,46)	4 (3,4 - 4)	3,35 (0,7)	3,5 (3 - 4)	0,013
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,36 (0,77)	3,67 (3 - 4)	3,05 (0,86)	3 (2,33 - 4)	0,048
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,61 (0,78)	4 (3,5 - 4)	3,52 (0,62)	4 (3 - 4)	0,113
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	2,87 (0,64)	2,75 (2,5 - 3,25)	2,43 (0,73)	2,5 (2 - 3)	<0,001
Σημαντικότητα:					
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	3,41 (0,54)	3,33 (3 - 4)	3,56 (0,43)	3,67 (3,25 - 4)	0,155
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού <i>χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα</i>	3,41 (0,58)	3,4 (3 - 4)	3,38 (0,47)	3,4 (3 - 3,8)	0,406
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	3,62 (0,57)	4 (3 - 4)	3,66 (0,47)	4 (3 - 4)	0,985
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	3,44 (0,69)	4 (3 - 4)	3,52 (0,66)	4 (3 - 4)	0,511
Συμμετοχή	3,4 (0,7)	3,5 (3 - 4)	3,41 (0,67)	3,5 (3 - 4)	0,915
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	3,85 (0,33)	4 (4 - 4)	3,75 (0,45)	4 (3,67 - 4)	0,397
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	3,8 (0,33)	4 (3,8 - 4)	3,74 (0,36)	4 (3,6 - 4)	0,191
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	3,53 (0,6)	4 (3 - 4)	3,32 (0,73)	3,33 (3 - 4)	0,101
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	3,7 (0,6)	4 (4 - 4)	3,64 (0,52)	4 (3 - 4)	0,210
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	3,37 (0,6)	3,5 (3 - 4)	3,21 (0,64)	3,25 (2,75 - 3,75)	0,127

ΤΑ: τυπική απόκλιση

ΕΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος

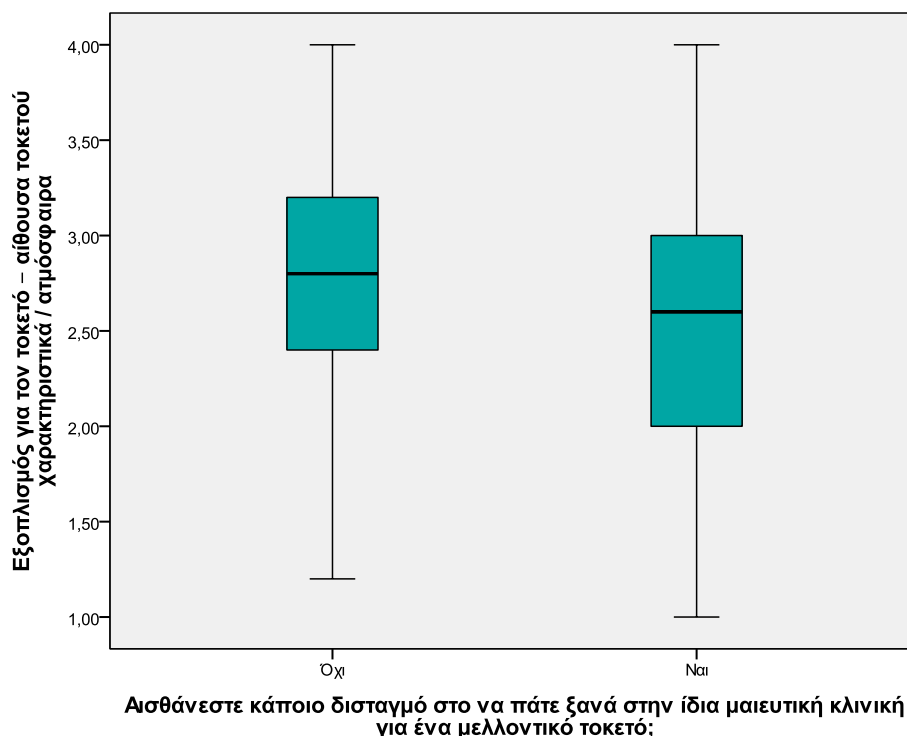
^a έλεγχος Mann-Whitney

Οι γυναίκες που δεν είχαν δισταγμό για να πάνε στην ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης από τον εξοπλισμό για τον τοκετό-αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά/ατμόσφαιρα, από την πληροφόρηση προ των διαδικασιών, από την πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή, από τη συμμετοχή, από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τους ιατρούς, τις μαίες και τις ασκούμενες μαίες καθώς και από το σύντροφό τους, σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν δισταγμό για να πάνε στην ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό.

Οι βαθμολογίες σημαντικότητας δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με το αν θα δίσταζαν οι γυναίκες να πάνε στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό.

Στο γράφημα 12 παρουσιάζεται η βαθμολογία ικανοποίησης από τον εξοπλισμό για τον τοκετό-αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά/ατμόσφαιρα ανάλογα με το αν είχαν δισταγμό οι γυναίκες για να πάνε στην ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό.

Γράφημα 12. Βαθμολογία ικανοποίησης από τον εξοπλισμό, την αίθουσα τοκετού, την ατμόσφαιρα σε σχέση με το εάν θα δίσταζαν να πάνε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για έναν μελλοντικό τοκετό.



Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των βαθμολογιών στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας των γυναικών και του βάρους του νεογνού τους.

Πίνακας 18. Βαθμολογίες διαστάσεων ικανοποίησης και σημαντικότητας σε σχέση με το βάρος γέννησης του νεογνού.

	Ποιο ήταν το σωματικό βάρος του/των παιδιού/ών σας;	
	r	Τιμή p
Ικανοποίηση από:		
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	-0,14	0,085
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	0,10	0,213
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	-0,05	0,561
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	-0,04	0,589
Συμμετοχή	-0,02	0,793
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	-0,12	0,127
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	-0,20	0,014
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	0,01	0,927
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	-0,20	0,038
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	-0,05	0,514
Σημαντικότητα:		
Ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή	-0,03	0,703
Εξοπλισμός για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα	0,02	0,800
Πληροφόρηση προ των διαδικασιών	-0,14	0,091
Πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή	0,01	0,900
Συμμετοχή	0,04	0,621
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (γιατροί)	-0,08	0,315
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)	-0,10	0,227
Δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)	-0,04	0,622
Παρουσία μαιών κατά τον τοκετό	-0,07	0,451
Σύντροφος – άλλο σημαντικό πρόσωπο	0,07	0,425

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση του βάρους του νεογνού των γυναικών με τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τις μαίες καθώς και από την παρουσία μαιών κατά τον τοκετό. Οπότε, όσο χαμηλότερο ήταν το βάρος του νεογνού τόσο πιο ικανοποιημένες ήταν οι γυναίκες από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τις μαίες καθώς και από την παρουσία μαιών κατά τον τοκετό.

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση του βάρους του νεογνού των γυναικών με τις βαθμολογίες σημαντικότητας των γυναικών.

10.3. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις

Ακολούθως, πραγματοποιήθηκαν πολυπαραγοντικές αναλύσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες ικανοποίησης και σημαντικότητας στις διάφορες διαστάσεις. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών, τα στοιχεία που αφορούσαν τον τοκετό τους, καθώς και η κατάσταση σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Οι αναλύσεις έγιναν με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και εξαιτίας της ασυμμετρίας των κατανομών χρησιμοποιήθηκαν λογαριθμικοί μετασχηματισμοί των εξαρτημένων μεταβλητών.

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή.

Πίνακας 19. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή

		β^*	95% ΔΕ**	Τιμή p
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;	Αρκετά/ Πολύ καλή ⁺			
	Πολύ/ Αρκετά κακή	-0,12	(-0,20 – -0,03)	0,007
	Ούτε καλή, ούτε κακή	-0,07	(-0,13 – -0,004)	0,037
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα ψυχική σας ευεξία;	Αρκετά/πολύ καλή ⁺			
	Πολύ/αρκετά κακή	-0,07	(-0,15 – 0,01)	0,105
	Ούτε καλή/ούτε κακή	-0,08	(-0,15 – -0,02)	0,017
Με ποιο τρόπο γεννήσατε το/τα παιδί/ά σας;	Κολπικό/φυσιολογικό τοκετό (ή με τη χρήση βοηθητικών μέσων) ⁺			
	Προγραμματισμένη καισαρική τομή	0,11	(0,06 – 0,16)	<0,001
	Επείγουσα καισαρική τομή	0,09	(0,05 – 0,13)	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η σωματική κατάσταση, η ψυχική ευεξία και ο τρόπος τοκετού σχετίζονταν ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκαν τα εξής:

- Οι γυναίκες με πολύ/αρκετά κακή σωματική υγεία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική υγεία.
- Οι γυναίκες με ούτε κακή/ούτε καλή σωματική υγεία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική υγεία.
- Οι γυναίκες με ούτε κακή/ούτε καλή ψυχική ευεξία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή ψυχική ευεξία.
- Οι γυναίκες που γέννησαν με προγραμματισμένη καισαρική είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό/κολπικό τοκετό.
- Οι γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό/κολπικό τοκετό.

Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τον εξοπλισμό για τον τοκετό- αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα.

Πίνακας 20. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τον εξοπλισμό για τον τοκετό – αίθουσα τοκετού, χαρακτηριστικά / ατμόσφαιρα.

		β*	95% ΔΕ **	P
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;	Αρκετά/ Πολύ καλή ⁺			
	Πολύ/ Αρκετά κακή	0,003	(-0,07 – 0,08)	0,946
	Ούτε καλή, ούτε κακή	-0,07	(-0,12 – -0,02)	0,009
Αισθάνεστε κάποιο δισταγμό στο να πάτε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό;	Όχι ⁺			
	Ναι	-0,05	(-0,09 – -0,01)	0,007

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η σωματική κατάσταση και ο δισταγμός για να επισκεφθούν ξανά οι γυναίκες την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από τον εξοπλισμό για τον τοκετό-αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά/ατμόσφαιρα. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες με ούτε κακή/ούτε καλή σωματική υγεία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική υγεία.
- Οι γυναίκες που είχαν δισταγμό για να πάνε στην ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν τέτοιο δισταγμό.

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την πληροφόρηση προ των διαδικασιών.

Πίνακας 21. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την πληροφόρηση προ των διαδικασιών.

		β*	95% ΔΕ **	P
Αισθάνεστε κάποιο δισταγμό στο να πάτε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό;	Όχι ⁺			
	Ναι	-0,08	(-0,14 – -0,02)	0,011
Χρειάστηκε να φύγετε από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη;	Ναι ⁺			
	Όχι	0,17	(0,08 – 0,25)	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης ⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Ο δισταγμός των γυναικών να επισκεφθούν ξανά την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό και το αν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από τον εξοπλισμό για την πληροφόρηση προ των διαδικασιών. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που είχαν δισταγμό να επισκεφθούν την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν τέτοιο δισταγμό.

- Οι γυναίκες που δεν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες που χρειάστηκε να φύγουν.

Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή.

Πίνακας 22. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή.

		β^*	95% ΔΕ **	P
Χρειάστηκε να φύγετε από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη;	Ναι ⁺			
	Όχι	0,16	(0,08 – 0,24)	<0,001
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;	Αρκετά/Πολύ καλή ⁺			
	Πολύ/Αρκετά κακή	-0,05	(-0,16 – 0,06)	0,390
	Ούτε καλή/ούτε κακή	-0,19	(-0,27 – -0,11)	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης ⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η σωματική κατάσταση και το αν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από την πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που δεν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που χρειάστηκε να φύγουν.
- Οι γυναίκες με ούτε κακή/ούτε καλή σωματική υγεία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική υγεία.

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη συμμετοχή.

Πίνακας 23. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη συμμετοχή.

		β*	95% ΔΕ **	P
Αισθάνεστε κάποιο δισταγμό στο να πάτε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό;	Όχι ⁺			
	Ναι	-0,10	(-0,17 – -0,04)	0,003
Χρειάστηκε να φύγετε από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη;	Ναι ⁺			
	Όχι	0,17	(0,07 – 0,26)	0,001

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Ο δισταγμός των γυναικών να επισκεφτούν ξανά την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό και το αν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από τη συμμετοχή. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που είχαν δισταγμό να επισκεφτούν ξανά την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν τέτοιο δισταγμό.
- Οι γυναίκες που δεν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες που χρειάστηκε να φύγουν.

Στον πίνακα 24 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τους ιατρούς.

Πίνακας 24. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν οι γυναίκες από τους ιατρούς.

		β^*	95% ΔΕ **	P
Χρειάστηκε να φύγετε από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη;	Ναι ⁺			
	Όχι	0,12	(0,06 – 0,18)	<0,001
Αισθάνεστε κάποιο δισταγμό στο να πάτε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό;	Όχι ⁺			
	Ναι	-0,13	(-0,18 – -0,09)	<0,001
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα ψυχική σας ευεξία;	Αρκετά/ Πολύ καλή ⁺			
	Πολύ/ Αρκετά κακή	-0,14	(-0,22 – -0,05)	0,001
	Ούτε καλή, ούτε κακή	-0,04	(-0,12 – 0,03)	0,246

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Ο δισταγμός των γυναικών να επισκεφτούν ξανά την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό, το αν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη και η ψυχική τους ευεξία βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τους ιατρούς. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που είχαν δισταγμό να επισκεφτούν την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν τέτοιο δισταγμό.
- Οι γυναίκες που δεν χρειάστηκε να φύγουν από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες που χρειάστηκε να φύγουν.
- Οι γυναίκες με αρκετά/πολύ κακή ψυχική ευεξία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή ψυχική ευεξία.

Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τις μαιέες.

Πίνακας 25. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν οι γυναίκες από τις μαίες.

		β^*	95% ΔΕ **	P
Αισθάνεστε κάποιο δισταγμό στο να πάτε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό;	Όχι ⁺			
	Ναι	-0,04	(-0,07 – -0,01)	0,005
	Αρκετά/ Πολύ καλή ⁺			
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;	Πολύ/ Αρκετά κακή	-0,05	(-0,11 – 0,00)	0,072
	Ούτε καλή, ούτε κακή	-0,05	(-0,09 – -0,02)	0,006
Σωματικό βάρος του/των παιδιού/ών σας (κιλά)		-0,03	(-0,05 – -0,01)	0,039

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Ο δισταγμός των γυναικών να επισκεφτούν ξανά την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό, η σωματική τους κατάσταση και το σωματικό βάρος των νεογνών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τις μαίες. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που είχαν δισταγμό να επισκεφτούν την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν τέτοιο δισταγμό.
- Οι γυναίκες με ούτε κακή ούτε καλή σωματική υγεία είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική υγεία.

Όσο χαμηλότερο ήταν το σωματικό βάρος των νεογνών τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία των γυναικών.

Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τις ασκούμενες μαίες.

Πίνακας 26. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν οι γυναίκες από τις ασκούμενες μαιέες.

		β^*	95% ΔΕ **	P
Αισθάνεστε κάποιο δισταγμό στο να πάτε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό;	Όχι ⁺			
	Ναι	-0,06	(-0,11 – -0,01)	0,030
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα ψυχική σας ευεξία;	Αρκετά/ Πολύ καλή ⁺			
	Πολύ/ Αρκετά κακή	-0,03	(-0,13 – 0,06)	0,459
	Ούτε καλή/ούτε κακή	0,11	(0,02 – 0,19)	0,016

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Ο δισταγμός των γυναικών να επισκεφτούν ξανά την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό και η ψυχική τους ευεξία βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από τη δέσμευση, την ενσυναίσθηση και το σεβασμό που έλαβαν από τις ασκούμενες μαιέες. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που είχαν δισταγμό να επισκεφτούν την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν τέτοιο δισταγμό.
- Οι γυναίκες με ούτε κακή/ούτε καλή ψυχική ευεξία είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή ψυχική ευεξία.

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την παρουσία μαιών κατά τον τοκετό.

Πίνακας 27. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την παρουσία των μαιών κατά τον τοκετό.

		β^*	95% ΔΕ **	P
Με ποιο τρόπο γεννήσατε το/τα παιδί/ά σας;	Κολπικό/φυσιολογικό τοκετό (ή με τη χρήση βοηθητικών μέσων) ⁺			
	Προγραμματισμένη καισαρική τομή	-0,06	(-0,15 – 0,03)	0,176
	Επείγουσα καισαρική τομή	-0,10	(-0,15 – -0,05)	<0,001
Σωματικό βάρος του/των παιδιού/ών σας (κιλά)		-0,06	(-0,12 – -0,001)	0,034

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Ο τρόπος τοκετού και το σωματικό βάρος του νεογνού βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από την παρουσία μαιών κατά τον τοκετό. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό/κολπικό τοκετό.
- Όσο χαμηλότερο ήταν το σωματικό βάρος των νεογνών τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία των γυναικών.

Στον πίνακα 28 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από το σύντροφο των γυναικών.

Πίνακας 28. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία ικανοποίησης από την παρουσία του συντρόφου / άλλου σημαντικού προσώπου.

		β*	95% ΔΕ **	P
Με ποιο τρόπο γεννήσατε το/τα παιδί/ά σας;	Κολπικό/φυσιολογικό τοκετό (ή με τη χρήση βοηθητικών μέσων) ⁺			
	Προγραμματισμένη καισαρική τομή	0,01	(-0,04 – 0,07)	0,599
	Επείγουσα καισαρική τομή	0,06	(0,01 – 0,10)	0,011
Αισθάνεστε κάποιο δισταγμό στο να πάτε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό;	Όχι ⁺			
	Ναι	-0,08	(-0,12 – -0,04)	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Ο τρόπος τοκετού και ο δισταγμός των γυναικών να επισκεφτούν ξανά την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ικανοποίησης των γυναικών από το σύντροφό τους. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό/κολπικό τοκετό.
- Οι γυναίκες που είχαν δισταγμό να επισκεφτούν την ίδια μαιευτική κλινική σε μελλοντικό τοκετό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν τέτοιο δισταγμό.

Στον πίνακα 29 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης προ των διαδικασιών.

Πίνακας 29. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης προ των διαδικασιών.

		β*	95% ΔΕ **	P
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;	Αρκετά/Πολύ καλή ⁺			
	Πολύ/Αρκετά κακή	-0,06	(-0,11 – -0,02)	0,010
	Ούτε καλή/ούτε κακή	-0,03	(-0,07 – 0,00)	0,053

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η σωματική κατάσταση των γυναικών βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης προ των διαδικασιών. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με πολύ/αρκετά κακή σωματική κατάσταση είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή θεωρούσαν λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα αυτό, σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική κατάσταση.

Στον πίνακα 30 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης έχοντας σαν εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης για προσωπική φροντίδα και υγιεινή.

Πίνακας 30. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης για προσωπική φροντίδα και υγιεινή.

		β*	95% ΔΕ **	P
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;	Αρκετά/ Πολύ καλή ⁺			
	Πολύ/Αρκετά κακή	-0,10	(-0,16 – -0,03)	0,003
	Ούτε καλή/ούτε κακή	-0,04	(-0,08 – 0,01)	0,129

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η σωματική κατάσταση των γυναικών βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία σημαντικότητας της πληροφόρησης για προσωπική φροντίδα και υγιεινή. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με πολύ/αρκετά κακή σωματική κατάσταση είχαν σημαντικά

χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή θεωρούσαν λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα αυτό, σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική κατάσταση.

Στον πίνακα 31 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης με εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και του σεβασμού που εξέλαβαν από τους ιατρούς.

Πίνακας 31. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και του σεβασμού που έλαβαν από τους ιατρούς.

		β^*	95% ΔΕ **	P
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;	Αρκετά/ Πολύ καλή ⁺			
	Πολύ/ Αρκετά κακή	-0,01	(-0,04 – 0,02)	0,535
	Ούτε καλή/ούτε κακή	-0,04	(-0,06 – -0,02)	0,001

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η σωματική κατάσταση των γυναικών βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία σημαντικότητας της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και του σεβασμού που εξέλαβαν από τους ιατρούς. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με ούτε καλή, ούτε κακή σωματική κατάσταση είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή θεωρούσαν λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα αυτό, σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική κατάσταση.

Στον πίνακα 32 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης με εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και του σεβασμού που εξέλαβαν από τις μαίες.

Πίνακας 32. Πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη τη βαθμολογία σημαντικότητας της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και του σεβασμού που έλαβαν οι γυναίκες από τις μαίες.

		β^*	95% ΔΕ **	P
Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;	Αρκετά/ Πολύ καλή ⁺			
	Πολύ/ Αρκετά κακή	-0,005	(-0,03 – 0,02)	0,742
	Ούτε καλή, ούτε κακή	-0,03	(-0,05 – -0,01)	0,004

*συντελεστής εξάρτησης **95% Διάστημα Εμπιστοσύνης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η σωματική κατάσταση των γυναικών βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία σημαντικότητας της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και του σεβασμού που έλαβαν από τις μαίες. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με ούτε καλή, ούτε κακή σωματική κατάσταση είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή θεωρούσαν λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα αυτό, σε σύγκριση με τις γυναίκες με αρκετά/πολύ καλή σωματική κατάσταση.

Για τις βαθμολογίες σημαντικότητας των διαστάσεων «ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή», «εξοπλισμός για τον τοκετό-αίθουσα τοκετού χαρακτηριστικά/ατμόσφαιρα», «συμμετοχή», «δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)», «παρουσία μαιών κατά τον τοκετό» και «σύντροφος- άλλο σημαντικό πρόσωπο» πραγματοποιήθηκαν πολυπαραγοντικές αναλύσεις και δεν βρέθηκαν ανεξάρτητες μεταβλητές που να σχετίζονται με τις βαθμολογίες.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

11. Σύγκριση με την αρχική μελέτη του ίδιου ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη προέρχεται από το άρθρο «Womens' opinions on intrapartal care: development of a theory-based questionnaire». Η μελέτη του συγκεκριμένου άρθρου πραγματοποιήθηκε το 2007 στη Σουηδία, όπου διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια στα τμήματα μητρότητας όλης της χώρας. Στόχος ήταν η ανάπτυξη ενός εργαλείου εξειδικευμένο στην περιγεννητική φροντίδα, από την οπτική της επιτόκου. Έτσι το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Quality from the Patient's Perspective, το οποίο περιλαμβάνει 83 ερωτήσεις.

Οι βασικές διαφοροποιήσεις που αφορούν στη μεθοδολογία, είναι ότι στην έρευνα στη Σουηδία συμμετείχαν γυναίκες ανεξάρτητα από τη σειρά γέννησης, ενώ στη μελέτη μας συμμετείχαν μόνο πρωτότοκες. Η μελέτη στη Σουηδία έγινε σε εθνικό επίπεδο για διάστημα 2 εβδομάδων, ενώ η παρούσα αφορούσε μόνο τις γυναίκες που γέννησαν το 2013 σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε με παρεμφερή τρόπο. Το ποσοστό απόκρισης στη μελέτη στη Σουηδία ήταν 63%, ενώ στην παρούσα ήταν 75,5%. Στη μελέτη στη Σουηδία δεν πραγματοποιήθηκαν πολυπαραγοντικές αναλύσεις, σε αντίθεση με τη μελέτη μας όπου πραγματοποιήθηκαν για την εξουδετέρωση των συγχυτών.

Οι βαθμολογίες ικανοποίησης και σημαντικότητας μεταξύ των δύο μελετών παρουσιάζουν τα εξής στοιχεία:

1. Ικανοποίηση:

Στις παραμέτρους

- ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή,
- εξοπλισμός- χαρακτηριστικά αίθουσας τοκετού και ατμόσφαιρα,
- πληροφόρηση προ των διαδικασιών
- πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή
- συμμετοχή στις αποφάσεις

- δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ιατροί)
- σύντροφος- άλλο σημαντικό πρόσωπο

οι Σουηδές επίτοκες εμφανίζονται σαφώς πιο ικανοποιημένες.

Στις παραμέτρους

- δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (μαίες)
- δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)
- παρουσία μαιών κατά τον τοκετό

και πάλι οι Σουηδές είναι πιο ικανοποιημένες αλλά υπάρχει πολύ μικρότερη διαφορά στις απαντήσεις και ειδικά σε αυτές που αφορούν τις μαίες.

2. Στη σημαντικότητα:

Οι παράμετροι

- ιατρική φροντίδα και αναλγητική αγωγή
- συμμετοχή στις αποφάσεις
- δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)
- παρουσία μαιών κατά τον τοκετό
- σύντροφος- άλλο σημαντικό πρόσωπο

θεωρούνται σημαντικότερες από τις επίτοκες της αρχικής έρευνας.

Οι παράμετροι

- εξοπλισμός που αφορά τον τοκετό – τα χαρακτηριστικά της αίθουσας τοκετού και η ατμόσφαιρα
- πληροφόρηση προ των διαδικασιών
- πληροφόρηση για προσωπική φροντίδα και υγιεινή
- δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ιατροί)
- δέσμευση, ενσυναίσθηση και σεβασμός (ασκούμενες μαίες)

θεωρούνται σημαντικότερες από τις ελληνίδες επίτοκες.

Γενικότερα στην παρούσα μελέτη δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση της ηλικίας των γυναικών με τις βαθμολογίες στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας. Στη Σουηδική έρευνα υπάρχει η τάση στον μελετώμενο πληθυσμό που είναι ηλικιακά μεγαλύτερος να δίνει περισσότερη βαρύτητα στην ικανοποίηση, ενώ οι νεαρότερες ηλικίες επιμένουν στη σημαντικότητα.

Στη μελέτη μας, η συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου των γυναικών με τις βαθμολογίες στις διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας, δεν παρουσιάζουν μεταξύ τους ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις. Είναι εμφανής όμως η επιθυμία των γυναικών προς αύξηση των υγειονομικών παροχών αφού οι μετρήσεις σημαντικότητας έχουν αυξητική τάση σε σχέση με αυτές της ικανοποίησης. Σημειώνεται ότι στη Σουηδική έρευνα οι γυναίκες με ανώτερη εκπαίδευση παρουσιάζουν μειωμένη τάση τόσο στη σημαντικότητα όσο και στην ικανοποίηση.

Όσον αφορά τις βαθμολογίες ικανοποίησης σε συσχέτιση με το είδος τοκετού, οι Ελληνίδες γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία από την ιατρική φροντίδα και την αναλγητική αγωγή και την παρουσία συντρόφου ή άλλου σημαντικού για αυτές προσώπου σε σύγκριση με αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή είτε επείγουσα, είτε προγραμματισμένη. Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από την παρουσία μαιών κατά τον τοκετό. Οι βαθμολογίες σημαντικότητας δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά σε σχέση με το είδος του τοκετού. Σε αυτές τις διαστάσεις οι επίτοκες της αρχικής μελέτης παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες τόσο ικανοποίησης όσο και σημαντικότητας στις περιπτώσεις διενέργειας καισαρικής τομής.

Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων τόσο στη μία όσο και στη άλλη μελέτη θα επέστρεφε στην ίδια μαιευτική κλινική σε έναν μελλοντικό τοκετό και στις δύο διαστάσεις ικανοποίησης και σημαντικότητας.

Για να γίνει καλύτερη κατανόηση των παραπάνω συγκριτικών στοιχείων θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η διαφορετική οργάνωση των μαιευτικών κλινικών των δύο χωρών. Στον Ελλαδικό χώρο οι τοκετοί διενεργούνται σε οργανωμένες μαιευτικές κλινικές, ιδιωτικές ή δημόσιες, που οργανώνονται και διευθύνονται από ιατρούς. Η εξέταση της εγκύου και η διενέργεια του τοκετού διεκπεραιώνεται από τους ιατρούς- μαιευτήρες ενώ οι μαιείς/τες αποτελούν βοηθητικό προσωπικό. Στη Σουηδία η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, η εκτέλεση του τοκετού και η φροντίδα στη λοχεία, επιτελούνται από τις μαιείς/τες και οι ιατροί γυναικολόγοι- μαιευτήρες επεμβαίνουν κατόπιν επιθυμίας της μαιίας/τη σε περίπτωση εμφάνισης κάποιας επιπλοκής.

12. Σχέση επιτόκων και επαγγελματιών υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), είναι καθοριστικής σημασίας η συγκρότηση μιας καλής σχέσης μεταξύ των εγκύων γυναικών και των επαγγελματιών υγείας για τη συμμόρφωση των γυναικών με τις οδηγίες τους. Η συνεργασία αυτή βασίζεται στους εξής πέντε άξονες:

- ✓ Γλώσσα
- ✓ Σεβασμός
- ✓ Εξατομίκευση της φροντίδας
- ✓ Υποστήριξη και
- ✓ Παροχή πληροφοριών.

Η ιατρική ορολογία πολύ συχνά είναι ιδιαίτερα δυσνόητη για την επίτοκο, εμποδίζοντας με αυτό τον τρόπο την επικοινωνία και τη συνεργασία των δύο πλευρών. Αυτό επιτείνεται σε περιπτώσεις όπου είτε ο επαγγελματίας υγείας είτε η επίτοκος έχουν διαφορετική εθνικότητα. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι γυναίκες αισθάνονται ότι τυγχάνουν σεβασμού και διαφυλάττεται η αξιοπρέπειά τους με τον τρόπο που αντιμετωπίζονται από το προσωπικό, η συνεργασία είναι αποτελεσματική, οι γυναίκες δηλώνουν ικανοποιημένες και συμμετέχουν περισσότερο ενεργά στη φροντίδα τους (Milligan et al., 2002; Oladapo et al., 2002; Matholet et al., 2004). Φαίνεται όμως ότι η συνεργασία δυσχεραίνει στις περιπτώσεις όπου στις σχέσεις των δύο πλευρών κυριαρχεί η προκατάληψη, ο ρατσισμός και η διάκριση, απομακρύνοντας έτσι κάθε έννοια σεβασμού και ειδικά σε περιπτώσεις όπως οι αλλοεθνείς, οι χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, οι ανασφάλιστες, οι έγκυες γυναίκες χωρίς σύντροφο, οι γυναίκες υπό την επίβλεψη των κρατικών κοινωνικών υπηρεσιών και οι άστεγες (Milligan et al., 2002; Oladapo et al., 2002; Matholet et al., 2004).

Στις προαναφερθείσες περιπτώσεις, οι γυναίκες δεν επιθυμούν να λαμβάνουν μαιευτικές υπηρεσίες. Η εξατομίκευση της φροντίδας για την κάθε επίτοκο αποτελεί επίσης σημαντική πτυχή για την επίτευξη μιας καλής συνεργασίας με το προσωπικό.

Σημαντικό για τις γυναίκες είναι να μπορεί ο κάθε επαγγελματίας να τις ακούει, να σχεδιάζει ένα πρόγραμμα εποπτείας και θεραπείας που να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους, αλλά και να λαμβάνει υπ' όψη τις ιδιαίτερες ψυχικές και κοινωνικές τους ανάγκες (Macintyre, 1982), σεβόμενος τις θρησκευτικές και τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της κάθε γυναίκας (Hughes, 2008). Σε αντίθετη περίπτωση, εκεί δηλαδή όπου οι γυναίκες αισθάνονταν ότι η εξέταση δεν ήταν καν ατομοκεντρική αλλά μηχανιστική και απρόσωπη και τύγχαναν αντιμετώπισης ως ένας απλός αριθμός ή φάκελος, οι σχέσεις τους με το προσωπικό παρέμεναν τυπικές και αδιάφορες, δημιουργώντας την αίσθηση δυσαρέσκειας και μειώνοντας την επιθυμία προσέλευσης στις επόμενες επισκέψεις (Tandon et al., 2008).

Οι γυναίκες επιζητούν από το προσωπικό να δείχνει έμπρακτο ενδιαφέρον, να παρέχει συναισθηματική στήριξη και να δείχνει ενσυναίσθηση για τις ανησυχίες και τα προβλήματά τους (Handler et al., 1996). Αυτό δημιουργεί απόλυτες συνθήκες εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο πλευρών (Bramadat et al., 1993; Grady et al., 1999). Μεγαλύτερη άνεση υπάρχει όταν το προσωπικό διαθέτει χιούμορ και χρησιμοποιεί τις γνώσεις που έχουν αποκτηθεί από την εμπειρία του. Ουσιώδης είναι η ανάπτυξη φιλικών σχέσεων ανάμεσα στις γυναίκες και το προσωπικό, στοιχείο το οποίο από κοινού με την καλή επικοινωνία αυξάνει την ικανοποίηση. Οι γυναίκες οι οποίες στο μαιευτικό τους ιστορικό παρουσιάζουν πολλαπλές αποβολές, επιπλοκές κατά την αρχή της κύησης και επεμβατικούς τοκετούς απαιτείται να έχουν μια πιο στενή σχέση με τις μαιέες (Handler et al., 1996; Grady et al., 1999; Shields et al., 1998; Bucher et al., 1997; Bondas, 2002).

Όταν το προσωπικό είναι εξειδικευμένο και διαθέτει χρόνο για να παρέχει πληροφορίες και επεξηγήσεις στις γυναίκες αναφορικά με τις διάφορες μαιευτικές πράξεις ή διαδικασίες και δίνει την ευκαιρία να ερωτηθεί και να απαντήσει στις απορίες των επιτόκων, εγκαθίστανται σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο πλευρών και αναπόφευκτα αρμονικές σχέσεις συνεργασίας (Vanagiene et al., 2009; Proctor, 1998). Σε αντίθετη περίπτωση, το προσωπικό που δεν δίνει την απαιτούμενη προσοχή στις γυναίκες, αντιμετωπίζει τις ερωτήσεις τους ως μη σημαντικές ή δεν παρέχει ικανοποιητικές εξηγήσεις και απαντήσεις (Handler et al., 1996; Grady et al., 1999; Shields et al., 1998; Bucher et al., 1997; Bondas, 2002).

Σε μια πολύ πρόσφατη πιλοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου από τους Στυλιανίδη και συν. (2014) παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες χρήστες των μαιευτικών υπηρεσιών του δημόσιου τομέα ήταν ικανοποιημένες από τη συνεργασία που είχαν τόσο με την μαία όσο και με το γυναικολόγο τους κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά και του τοκετού. Ένα από τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης αφορούσε το ποσοστό ικανοποίησης των γυναικών από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες κατά την κύηση και τον τοκετό. Στη μελέτη αυτή, η μέση συνολική ικανοποίηση ήταν 8,40 (τυπική απόκλιση=1,61), που θεωρείται υψηλή και επιβεβαιώνει τα ευρήματα της σχετικής βιβλιογραφίας, ότι δηλαδή η ικανοποίηση των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες είναι υψηλή διεθνώς (Sapountzi et al., 2008; WHO, 2011; Ministry of Health, 2002).

Η ικανοποίηση από μια υπηρεσία αποτελεί μία μόνο διάσταση της ποιότητάς της και πιο συγκεκριμένα ένα δείκτη έκβασης της φροντίδας. Έτσι, το επίπεδο των μαιευτικών υπηρεσιών όπως το εκλαμβάνουν οι γυναίκες μπορεί να είναι υψηλό σε πολλές χώρες όπως και στην Κύπρο, ενδεχομένως όμως να υπάρχουν και άλλοι δευτερογενείς παράγοντες που να επηρεάζουν την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών, όπως ο φόβος διακοπής λειτουργίας των συγκεκριμένων υπηρεσιών που δεν αξιολογούνται ως ικανοποιητικές και που βρίσκονται σε επαρχιακές γεωγραφικές περιοχές, το αίσθημα ευγνωμοσύνης για τις παρεχόμενες κρατικές υπηρεσίες και η διανομή των ερωτηματολογίων από επαγγελματίες υγείας, πιθανόν έμμεσα να επηρεάζουν τις απαντήσεις των γυναικών. Δεν έχει βρεθεί συσχέτιση της ικανοποίησης με την ηλικία των γυναικών (Raftopoulos et al., 2005; Greeney et al., 1981).

Μεγαλύτερη ικανοποίηση εμφανίζουν οι χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης γυναίκες, αυτές που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και αυτές με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής τους. Στη βιβλιογραφία προκύπτουν αντιφατικά δεδομένα αναφορικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες και το επίπεδο εκπαίδευσης. Σε κάποιες υπάρχει πλήρης ταύτιση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, ενώ σε άλλες το αντίθετο, γεγονός που αποδίδεται στην καλύτερη πρόσβαση σε πηγές πληροφόρησης και σε καλύτερη κατανόηση που μπορεί να έχουν οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και συνεπώς μεγαλύτερη ικανοποίηση. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ξεκάθαρα ότι η μεγαλύτερη ικανοποίηση των γυναικών που

είχαν φυσιολογικό τοκετό συγκριτικά με αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή. Διεθνώς, τα τελευταία έτη, ο επιπολασμός των καισαρικών τομών έχει αυξηθεί κατά πολύ. Η Κύπρος μάλιστα έχει τον υψηλότερο επιπολασμό καισαρικών τομών (50,9%) (Sitzia et al., 1997; Hildingsson et al., 2005).

Παρά το γεγονός αυτό, το 88% των γυναικών δήλωσε προτίμηση για φυσιολογικό τοκετό σε περίπτωση δυνατότητας επιλογής. Το 74,5% των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή θα προτιμούσαν να είχαν φυσιολογικό τοκετό, ενώ από αυτές που είχαν φυσιολογικό τοκετό θα διατηρούσαν αυτή την επιλογή αν τους δινόταν η ευκαιρία, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Το μεγάλο ποσοστό των καισαρικών τομών δημιουργεί πολλά ερωτηματικά για τα πιθανά κίνητρα που μπορεί να υποκρύπτονται (οικονομικά οφέλη, προγραμματισμός τοκετού σε εύλογο χρόνο, ταχύτερη διαδικασία από το φυσιολογικό τοκετό και συνακόλουθη εξοικονόμηση χρόνου για τον επαγγελματία υγείας, αυξημένος φόβος για νομικές διαδικασίες εναντίον των επαγγελματιών υγείας σε περίπτωση επιπλοκών κατά το φυσιολογικό τοκετό, εκλεκτική επιλογή επιτόκου κ.λπ.), εκτός από τις πραγματικές μαιευτικές ενδείξεις διενέργειας καισαρικής τομής.

Οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης δήλωσαν σαφή προτίμηση για το φυσιολογικό τοκετό (96% αποφοίτων Κολεγίου, 95,5% αποφοίτων Πανεπιστημίου). Ενδεχομένως η συγκεκριμένη προτίμηση να πηγάζει από τη μεγαλύτερη και πιο ενεργή συμμετοχή των γυναικών αυτού του επιπέδου στα μαθήματα τοκετού και σε άλλες πηγές επιμόρφωσης και ενημέρωσης επί των σχετικών θεμάτων, όπως είναι το διαδίκτυο. Στο διαδίκτυο οι γυναίκες αναζητούν τεκμηριωμένες από μελέτες πληροφορίες σε θέματα εγκυμοσύνης και τοκετού που τις αφορούν, οι οποίες τις βοηθούν να κάνουν πιο ορθολογικές επιλογές, αλλά και ενδυναμώνουν περαιτέρω την αυτονομία τους μέσα από την ανταλλαγή εμπειριών (Bucher et al., 1997).

Το 78,4% των γυναικών έχουν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες στο διαδίκτυο για αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την κύηση και τον τοκετό, ενώ οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ανέφεραν ότι συζητήθηκαν πιο εκτενώς θέματα που τις αφορούσαν συγκριτικά με αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή. Ίσως αυτό να προκύπτει από την παρουσία της μαίας δίπλα στην επίτοκο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και από την πιο ενεργή συμμετοχή της γυναίκας στην όλη διαδικασία, σε

αντίθεση με την παθητική τους στάση κατά την καισαρική τομή. Η καισαρική τομή αποτελεί από μόνη της μια δυσάρεστη εμπειρία, καθ' ότι είναι χειρουργική επέμβαση και συνεπώς με αυτή σχετίζονται αρνητικές εμπειρίες. Η επιλογή του τοκετού στο σπίτι δεν ήταν ιδιαίτερα δημοφιλής ανάμεσα στις γυναίκες που συμμετείχαν στην μελέτη (Sapountzi et al., 2008).

13. Αποτελεσματικότητα προγεννητικής φροντίδας και ικανοποίηση γυναικών

Οι Murray & Williams (1994) υπογραμμίζουν πως όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση των γυναικών από την προγεννητική φροντίδα τόσο καλύτερη και πιο βελτιωμένη είναι η χρησιμότητα και η αποτελεσματικότητα της προγεννητικής φροντίδας. Για παράδειγμα, οι Roberts et al. (1998) αναφέρουν πως οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις των εγκύων γυναικών επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις για αναζήτηση προγεννητικής φροντίδας.

Επιπρόσθετα, υπάρχει μια γενική παραδοχή ότι η ικανοποίηση του πελάτη αποτελεί μια πολυδιάστατη συναρμολόγηση που περιλαμβάνει αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στη φροντίδα υγείας (Harris et al., 1999). Οι Van Campen et al. (1995) προσθέτουν πως εκτός από τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των γυναικών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι προσδοκίες τους. Γυναίκες που έχουν ίσως αδικαιολόγητα μεγάλες προσδοκίες είναι πιθανό να νοιώσουν ανικανοποίητες από την παρεχόμενη προγεννητική φροντίδα εν αντίθεση με γυναίκες που έχουν μικρότερου βαθμού προσδοκίες (Handler et al., 1998).

Η μη ικανοποίηση των γυναικών με την προγεννητική φροντίδα σχετίζεται με τον ανεπαρκή αριθμό επισκέψεων (Sikorski et al., 1996), τον μεγάλο χρόνο αναμονής στα κέντρα υγείας, την παροχή υπηρεσιών από διαφορετικό άτομο κάθε φορά (Douswell et al., 2001), καθώς επίσης και με την έλλειψη πληροφόρησης και επεξήγησης (Fraser 1999). Σε μελέτη των Reid & Garcia (1989) αναφορικά με την ικανοποίηση των γυναικών με την προγεννητική φροντίδα βρέθηκε πως η μη ικανοποίηση επικεντρώνεται στο μεγάλο χρόνο αναμονής, τη φτωχή επικοινωνία, την απρόσωπη αντιμετώπιση και την μη συνεχή φροντίδα από το ίδιο άτομο. Οι επίτοκες εξέφρασαν επίσης παράπονο για

θέματα οργάνωσης, για το είδος της πληροφόρησης που λάμβαναν, την απρόσωπη προσέγγιση που υπήρχε καθώς και την έλλειψη συνεχόμενης παροχής προγεννητικής φροντίδας από τον ίδιο λειτουργό υγείας (Omar & Sciffman, 1995).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεραίνεται ότι οι επίτοκες, μέσα από τις εμπειρίες τους στα κέντρα προγεννητικής φροντίδας διαμορφώνουν ιδιαίτερη άποψη για την φροντίδα που επιθυμούν να τους παρέχεται, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία σε παραμέτρους τις οποίες χρεώνουν ως τις σημαντικότερες για την ικανοποίησή τους από τα κέντρα αυτά.

14. Ο ρόλος της μαίας στην προγεννητική φροντίδα

Οι δεξιότητες αυτού που παρέχει τη φροντίδα σχετικά με την κλινική ικανότητα είναι συνυφασμένες με την ικανοποίηση (Proctor, 1998). Σύμφωνα με τους Williamson & Thomson (1996), η μαία ως καθοδηγητής στην προγεννητική φροντίδα θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας στην ικανοποίηση των γυναικών. Η στήριξη της μαίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επιδρά όχι μόνο στην ικανοποίηση της γυναίκας από τη φροντίδα αλλά δύναται να μειώσει την πιθανότητα για καισαρική τομή και να βελτιώσει την ψυχοκοινωνική κατάσταση της μητέρας (Hodnett & Fredericks, 2002).

Η μαία με τις εξειδικευμένες ικανότητες και γνώσεις που την χαρακτηρίζουν εκτιμάται ως ο αρμοδιότερος επαγγελματίας για παροχή προγεννητικής φροντίδας (Williamson & Thomson, 1996). Σε μελέτη που διεξήχθη στην Φιλανδία βρέθηκε ότι οι έγκυες επιζητούν περισσότερο την φροντίδα από τη μαία διότι τους αφιερώνει περισσότερο χρόνο, τις καθοδηγεί και τους προσφέρει χρήσιμες συμβουλές και πληροφορίες για την εγκυμοσύνη (Kojó & Austin et al., 1993). Κατά τον Byrd (1996), οι λειτουργοί υγείας που αφιερώνουν περιορισμένο χρόνο στην εξέταση και όχι στην απάντηση ερωτήσεων δύναται να απομακρύνουν τις γυναίκες από την κλινική προγεννητικής φροντίδας.

Εν αντίθεση, οι Omar & Schiffman, (1995) δηλώνουν πως οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν ως πρωταρχικής σημασίας για το βαθμό ικανοποίησής τους το πώς ο λειτουργός υγείας και πιο συγκεκριμένα αυτός που τους παρέχει τη φροντίδα τις αντιμετωπίζει. Μια

θετική αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο αυξάνει τον βαθμό ικανοποίησης ακόμη και αν ο χρόνος που ξοδεύει μαζί τους είναι μικρός.

Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας, η εγκυμοσύνη έχει ξεφύγει από τη φυσική της διεργασία και έχει λάβει μια πιο ιατρογενή μορφή. Οι γυναίκες αν και ικανοποιημένες από την φροντίδα της μαίας εντούτοις επιζητούν την παρέμβαση του ιατρού με υπερηχογραφικό έλεγχο για επιβεβαίωση της καλής πορείας της εγκυμοσύνης (Williamson & Thomson, 1996). Η δυνατότητα παρακολούθησης της εγκυμοσύνης μέσα από μια σειρά υπερηχογραφικών ελέγχων φαίνεται να ικανοποιεί όλες τις έγκυες (Tautz et al., 2000), αν και η αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών αυτών εξετάσεων δεν έχει αποδειχθεί ακόμη (Villar et al., 2001).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Φιλανδές έγκυες διαφάνηκε πόσο σημαντικό είναι για αυτές να μιλούν με την μαία για τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες τους αναφορικά με τον τοκετό, την εγκυμοσύνη καθώς επίσης και για πράγματα που δεν θα ήθελαν να αναφέρουν ακόμα και στους ίδιους τους συντρόφους τους. Χαρακτηριστικά η Λίζα, 37 ετών αναφέρει: *«Μιλούσα με τον σύντροφο μου, αλλά δεν μπορούσε να νοιώσει τις ανησυχίες μου για την εγκυμοσύνη τόσο έντονα όσο εγώ. Ήταν πολύ σημαντικό για μένα να μπορώ να εκφράζω τα συναισθήματα μου σε κάποιον που να τα καταλαβαίνει»* (Bondas, 2002). Επιπλέον, προτιμούν να συναντούν σε συστηματική βάση την ίδια μαία στην κλινική προγεννητικής φροντίδας καθώς με τον τρόπο αυτόν αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης με την μαία να υπολογίζει την ιδιαιτερότητα της κάθε γυναίκας λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τις ανησυχίες της. Στην ίδια μελέτη μέσα από συνεντεύξεις βρέθηκε πως ακόμη και μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό οι γυναίκες θυμόντουσαν και ήταν ευγνώμονες απέναντι στις μαίες που τις άκουγαν και μοιράζονταν το ιστορικό τους (Bondas, 2002).

Μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Luyben & Fleming (2004), αξιολογώντας τις ανάγκες των γυναικών από την προγεννητική φροντίδα που τους παρέχεται σε τρεις Ευρωπαϊκές χώρες, βρήκε ότι οι Σουηδές και οι Δανές δίνουν ιδιαίτερη έμφαση και σημασία στη σχέση τους με τον λειτουργό υγείας τονίζοντας ότι είναι ιδιαίτερης σημασίας να υπάρχει κάποιος που να τις καταλαβαίνει και να τις κατανοεί στην φάση που βρίσκονται. Από την άλλη, οι Σκωτσέζες εκλάμβαναν ως πολύ σημαντικά στοιχεία τη γνώση, την πληροφόρηση και το αίσθημα ελέγχου. Στη

συγκεκριμένη μελέτη όλες οι γυναίκες υποστήριζαν πως μέσα από τη γνώση, τη πληροφόρηση και την καλή σχέση με το λειτουργό υγείας αναπτύσσουν ένα αίσθημα εμπιστοσύνης.

Αν και η πληροφόρηση αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο σ' αυτή τη σχέση, ο καθησυχασμός ότι όλα πάνε καλά όπως και η στάση συμπεριφοράς που να υποδηλώνει επαγγελματίες υγείας που πραγματικά ενδιαφέρονται ενθαρρύνει και μειώνει τις ανησυχίες και το άγχος των εγκύων γυναικών. Το κλειδί βέβαια για την επιτυχία ενός προγράμματος προγεννητικής φροντίδας είναι η απόλυτη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ μαίας και εγκύου, η αφιέρωση ποιοτικού χρόνου και η εκδήλωση πραγματικού ενδιαφέροντος για τις γυναίκες. Ανικανοποίητες βρέθηκε να είναι οι γυναίκες από πολλούς λειτουργούς υγείας οι οποίοι δεν αναγνωρίζουν τις δικές τους γνώσεις και εμπειρίες και γίνονται πολλές φορές προσβλητικοί και ταπεινωτικοί, χωρίς να τους δίνουν ιδιαίτερη σημασία και να τις παραμελούν (Villar et al., 2001).

Όπως υποστηρίζουν οι Crewe & Harrison (1998) και Nygren (1999), η τάση αυτή από τους επαγγελματίες υγείας υπάρχει όταν έρχονται αντιμέτωποι με άτομα από φτωχά κοινωνικά στρώματα ή φτωχότερες χώρες και ρίχνουν την ευθύνη στις γνώσεις που έχουν τα άτομα αυτά για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Αυτό έχει σαν συνέπεια να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, ενώ εκφράζουν άρνηση στο να αποδεχθούν συγκεκριμένες διαδικασίες ρουτίνας ή αλλαγές (Abrahams et al., 2001). Τα αρνητικά στοιχεία που προκύπτουν από τις προαναφερθείσες μελέτες φανερώνουν πόσο αναγκαία είναι η ύπαρξη καλής σχέσης και εμπιστοσύνης

Μελέτη που διεξήχθη στη Ρωσία (Ivanov & Flynn, 1999) με σκοπό την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και τον βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας, έδειξε ανάμεσα σε άλλα πως ο βαθμός ικανοποίησης δεν επηρεάζεται από το αν οι γυναίκες αρχίζουν να λαμβάνουν προγεννητική φροντίδα νωρίς ή σε μεταγενέστερο στάδιο της εγκυμοσύνης τους, καθότι οι εργαζόμενες γυναίκες επιδιώκουν την προγεννητική φροντίδα από τα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης εν αντιθέσει με τις μη εργαζόμενες και ανύπαντρες γυναίκες (Ivanov & Flynn, 1999).

Ο Oakley (1992) υπογραμμίζει πως η κοινωνική ομάδα από την οποία προέρχεται η κάθε γυναίκα διαφοροποιεί και τις ανάγκες της. Γυναίκες που ζουν την εμπειρία της

εγκυμοσύνης για πρώτη φορά είναι πιθανότερο να έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για καθοδήγηση και συμβουλή. Επίσης, προτιμούν πιο συχνές επισκέψεις στην κλινική από ότι οι πολύτοκες. Κατά καιρούς, έγιναν μελέτες για εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των γυναικών σε συνάρτηση με τον αριθμό επισκέψεων που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της προγεννητικής φροντίδας (Sikorski et al., 1996).

Μια μερίδα γυναικών βρέθηκε να είναι λιγότερο ικανοποιημένη με το μειωμένο αριθμό επισκέψεων, ενώ μια μικρότερη μερίδα γυναικών ήταν ικανοποιημένες με λιγότερες επισκέψεις (Clement et al., 1996). Στο σημείο αυτό διαφαίνεται και η ποικιλότητα αντιλήψεων και απόψεων των γυναικών. Σε μελέτη που διεξήχθη από τους Sikorski et al. (1996) στο Ηνωμένο Βασίλειο βρέθηκε ότι το 75% των γυναικών επιζητούσαν περισσότερες επισκέψεις, διότι ήθελαν επιπρόσθετο εφησυχασμό και ευκαιρία για επικοινωνία. Επίσης το 50% των γυναικών που δέχονταν προγεννητική φροντίδα με βάση τις συστάσεις του ΠΟΥ για μειωμένες επισκέψεις επιθυμούσαν μεγάλο κενό μεταξύ των επισκέψεων. Είναι βέβαια πιθανό οι γυναίκες να εκφράζουν περισσότερη ικανοποίηση εάν λαμβάνουν υψηλής ποιότητας φροντίδα, καθώς η ποιότητα αυτή ενδέχεται να αντισταθμίσει τον μειωμένο αριθμό επισκέψεων (Clement et al., 1996). Στη Φιλανδία, οι επίτοκες προτιμούσαν να έχουν συχνότερες επισκέψεις με κύριο σκοπό τη διασφάλιση ότι η εγκυμοσύνη προχωράει φυσιολογικά (Kojo & Austin et al., 1993).

15. Εκπαίδευση

Η καθοδήγηση και η ενημέρωση αποτελούν δυο από τους σπουδαιότερους ρόλους της μαίας και κάθε λειτουργού υγείας στην κλινική προγεννητικής φροντίδας, καθώς αυξάνουν το γνωσιολογικό υπόβαθρο της κάθε γυναίκας, διασφαλίζοντας μια καλή έκβαση εγκυμοσύνης. Τα προγράμματα προγεννητικής φροντίδας έχουν και εκπαιδευτική άποψη, καθώς η ενεργός συμμετοχή της μητέρας στη διατήρηση της υγείας της και του παιδιού της επιτυγχάνεται μόνο με τη διαφώτιση και την ενημέρωση. Κάθε κλινική πρέπει να είναι σχολείο για τις μέλλουσες μητέρες και κάθε μαία δάσκαλος. Οι διαλέξεις που διεξάγονται στην κλινική προγεννητικής φροντίδας συμβάλλουν επίσης

σημαντικά και τυγχάνουν ιδιαίτερης εκτίμησης από τις γυναίκες (Luyben & Fleming, 2004).

Σε μελέτη των Spinelli et al. (2003), οι γυναίκες που συμμετείχαν σε διαλέξεις ήταν κυρίως υψηλού μορφωτικού επιπέδου, πρωτότοκες επίτοκες και εργαζόμενες. Επιπλέον, οι διαλέξεις βελτίωναν τη γνώση και την ικανότητα των γυναικών ενώ παράλληλα μείωναν τις ανησυχίες τους και προετοίμαζαν το έδαφος για τον τοκετό, τον μητρικό θηλασμό και την μετέπειτα φροντίδα του νεογέννητου παιδιού τους. Για άλλη μια φορά φαίνεται πως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας γυναίκας επηρεάζει τις επιλογές της όσον αφορά την προγεννητική φροντίδα που λαμβάνει.

16. Περιβάλλον

Οι γυναίκες που δέχονται υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας σε ένα άνετο περιβάλλον είναι πιθανότερο να παραμείνουν στο πρόγραμμα και μάλιστα να μεταφέρουν τις καλές εντυπώσεις στις οικείες τους. Επίσης, οι γυναίκες εκφράζουν τη δυσαρέσκεια τους όταν συναντούν αγχωμένες μαιές αφού αναμένουν την ύπαρξη ενός ήρεμου και αρμονικού περιβάλλοντος. Όταν η εξέταση διακόπτεται από τηλεφωνήματα ή άλλες παρεμβάσεις νοιώθουν ότι δεν έχουν την απόλυτη προσοχή της μαιάς (Miller, 1989). Γενικότερα η άνεση και η αισθητική ενός περιβάλλοντος τις καθησυχάζει.

Επίσης, ο ρόλος του πατέρα στη φάση της εγκυμοσύνης ήταν υποβαθμισμένος και σχεδόν ανύπαρκτος. Τα τελευταία όμως χρόνια οι μελέτες επικεντρώθηκαν στη σημασία του ρόλου του άντρα κατά στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία και έχει διαφανεί η σπουδαιότητα της συμβολής του σε αυτή την φάση της ζωής της γυναίκας, τόσο για την μητέρα και τον ίδιο όσο και για ολόκληρη την οικογένεια (Somers & Smith, 1999). Η συμμετοχή του πατέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τυγχάνει μεγάλης εκτίμησης από τις περισσότερες γυναίκες. Οι σύντροφοι φαίνεται να συμβάλλουν στις οικιακές εργασίες και στην φροντίδα άλλων παιδιών της οικογένειας. Μεγάλη μερίδα γυναικών εκφράζει πάνω από όλα τη σπουδαιότητα της ψυχολογικής υποστήριξης που λαμβάνουν από τους συντρόφους τους (Kabakian & Khasholian et al., 2000).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει δώσει σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά τα χαρακτηριστικά που μειώνουν το βαθμό ικανοποίησης των εγκύων γυναικών. Η

διαφορετικότητα κάθε γυναίκας εξατομικεύει τις ανάγκες και τις προσδοκίες της. Αυτό είναι κάτι που βρέθηκε μέσα από διάφορες έρευνες και που τονίζει τη σπουδαιότητα της αναγνώρισης αυτών των αναγκών και συνάμα την ανάλογη ικανοποίηση τους μέσα από το πρόγραμμα προγεννητικής φροντίδας. Η προγεννητική φροντίδα γενικότερα θα μπορούσε να βελτιωθεί ρωτώντας τις γυναίκες για τις πραγματικές τους ανάγκες όσον αφορά την πληροφόρηση, τον αριθμό επισκέψεων και την ποιότητα φροντίδας.

17. Συμπεράσματα

Η μελέτη μας πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο» το 2013 και αφορά το βαθμό ικανοποίησης που έλαβαν οι πρωτότοκες από τις υγειονομικές παροχές της μαιευτικής κλινικής του νοσοκομείου καθώς και από το υγειονομικό προσωπικό. Οι γυναίκες απάντησαν στο κατά πόσο τους παρασχέθηκαν ποικίλες παροχές κατά τη διάρκεια του τοκετού, αλλά και στο εάν ήταν σημαντικό για αυτές να λάβουν τις συγκεκριμένες παροχές.

Η διαδικασία του τοκετού στη σύγχρονη ελληνική μαιευτική πραγματικότητα είναι πλήρως ιατροκοιμημένη. Οι μισές και πλέον επίτοκες φέρνουν στον κόσμο το παιδί τους με καισαρική τομή (εμφανές και στην παρούσα έρευνα, 53%). Ακόμη όμως και οι κολπικοί τοκετοί που διενεργούνται είναι παρεμβατικοί. Εκβιάζονται χρονικά, γίνεται χρήση φαρμακευτικής αγωγής για πρόκληση τοκετού και επίσπευσης αυτού, εκτελείται σχεδόν πάντα επισιοτομή χωρίς ποτέ να αιτιολογείται. Οι πρακτικές αυτές μειώνουν τα ποσοστά επίτευξης ενός κολπικού φυσικού τοκετού, αυξάνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης διαφόρων επιπλοκών για τη μητέρα και το παιδί. Οι όροι εγκυμονούσα και επίτοκος στην καθημερινή πράξη έχουν αντικατασταθεί από τον όρο «ασθενής».

Το αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι να απομακρυνθεί η γυναίκα από την ίδια της τη φύση. Έχει πάψει πλέον να γεύεται τη διαδικασία του τοκετού ως ένα απόλυτα φυσικό γεγονός, από το οποίο μπορεί να αποκομίσει θετικές εμπειρίες, να αναπτύξει ισχυρούς δεσμούς με το νεογνό, αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, οι οποίοι θα τους ενδυναμώσουν και θα τους ενδυναμώσουν για τους μελλοντικούς τους ρόλους. Τα

ποσοστά τοκετών κατ' οίκον στην Ελλάδα κυμαίνονται γύρω στο 1,12%, δεδομένου ότι το 95% των εγκύων με την ανάλογη υποστήριξη είναι ικανές να γεννήσουν φυσιολογικά.

Στις απαντήσεις των γυναικών στην παρούσα έρευνα ξεκινά να διαφαίνεται η τάση συνειδητοποίησης της πραγματικότητας αυτής. Μόνο το 4% έχει γεννήσει μετά τις 42 εβδομάδες κύησης. Η παρακολούθηση στο σπίτι, που αποτελεί σημαντική πτυχή για την ενίσχυση της νέας μητέρας, είναι σχεδόν ανύπαρκτη 3.3%. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παρακολούθηση ακόμη και σε αυτό το μικρό ποσοστό συνέβη τυχαία, αφού δεν υποστηρίζεται η παροχή αυτή από το ελληνικό σύστημα υγείας. Επιπρόσθετα είναι αισθητή η απουσία συμμετοχής του συντρόφου από τη διαδικασία (στο 64,9% των εγκύων δεν υπήρξε ενθάρρυνση συμμετοχής του συντρόφου). Από το συγκεκριμένο μαιευτικό τμήμα απουσιάζει ο εξοπλισμός που θα συνεπικουρούσε σε έναν φυσικό τοκετό (86,1%). Αισθητή κι η απουσία της μη φαρμακευτικής ανακούφισης από τον πόνο (83,4%).

Λόγω του τρόπου λειτουργίας του συστήματος γίνεται εμφανές από την έρευνα ότι οι γυναίκες θεωρούν σημαντικότερη την παρουσία και τη συμπεριφορά του ιατρού (78,8% - 89,4%), από ότι της μαίας (51%- 88,7%) με το μεγαλύτερο ποσοστό να συγκεντρώνεται στη στήριξη που επιθυμούν να τους προσφέρει η μαία κατά τον πρώτο θηλασμό και όχι τόσο στην ενεργή παρουσία της στον τοκετό. Η αντίφαση προκύπτει από τα ποσοστά ικανοποίησης που είναι υψηλότερα για τη μαία (από 47% έως 78,1%), ενώ για τους γιατρούς είναι πολύ χαμηλότερα (από 41,1% έως 45%). Επίσης διαφαίνεται η τάση ότι θεωρούν σημαντική την παρουσία του συντρόφου τους κατά τη διαδικασία του τοκετού (72,2% υψηλής και υψίστης σημασίας).

Αυτό που αξίζει επίσης να αναφερθεί είναι ότι οι γυναίκες σε πολύ υψηλό ποσοστό (90,8%) θεωρούν υψηλής και υψίστης σημασίας τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων για τη διαδικασία του τοκετού τους. Ενώ μόλις το 30,5% θεωρούν ότι είχαν την ευκαιρία να συμμετέχουν. Κρατώντας αυτό σαν οδηγό μας σημείο, οφείλουμε όλοι όσοι εμπλεκόμαστε ενεργά στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στο μαιευτικό κλάδο, να ακούμε τις επιθυμίες των γυναικών και αφού τους έχουμε δώσει κατάλληλη και επαρκή πληροφόρηση να προσπαθήσουμε να τις υλοποιήσουμε.

18. Περιορισμοί και προτάσεις

Στην παρούσα μελέτη προέκυψαν και ορισμένοι περιορισμοί. Ο αρχικός σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε για να εφαρμοστεί στη Σουηδία, όπου το σύστημα υγείας γενικότερα, αλλά και η οργάνωση των μαιευτικών κλινικών ειδικότερα, διαφοροποιούνται πολύ από το ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Ο τρόπος διεξαγωγής των τοκετών στις δύο χώρες ξεκινώντας από τους επαγγελματίες υγείας που τους εκτελούν και καταλήγοντας στη διαμόρφωση των αιθουσών τοκετού και τις παροχές σε υγειονομικό υλικό που αφορά τον τοκετό, τα καθιστά πρακτικά μη συγκρίσιμα στην ανάλυση των αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτό από τις ερωτήσεις απουσίαζαν βασικές παράμετροι που θα μας έδιναν ουσιαστικότερες απαντήσεις για την ελληνική πραγματικότητα.

Επιπρόσθετα, αν και διερευνήθηκε ένας σημαντικός αριθμός προσδιοριστών που αφορούν το βαθμό ικανοποίησης που έλαβαν οι επίτοκες πρωτότοκες από τη διαδικασία του τοκετού τους, το ερευνητικό ερώτημα δεν εξαντλείται με μία και μόνο μελέτη. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μία μόνο μαιευτική κλινική ενός επαρχιακού νοσοκομείου της Ελλάδας, γεγονός που δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Αυτό δεν καθιστά δυνατή τη σύγκριση όμοιων μελετών. Από την μελέτη εξαιρέθηκαν οι πολύτοκες, η οπτική εικόνα των οποίων, λόγω της προηγούμενης εμπειρίας τους είναι εξίσου σημαντική.

Παρ' όλα τα παραπάνω η παρούσα μελέτη ανοίγει τον δρόμο για την προώθηση της ίδιας έρευνας και σε άλλες μαιευτικές κλινικές. Με τη χρήση του παρόντος ερωτηματολογίου, μπορούν να συγκεντρωθούν πληροφορίες και να συγκριθούν τα αποτελέσματα μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων κλινικών, μεταξύ κεντρικών κλινικών μεγάλων πόλεων και κλινικών της περιφέρειας, μεταξύ κλινικών διαφορετικών περιοχών, όπου παρατηρούμε διαφορετικές κοινωνικές δομές και γυναίκες που παρουσιάζουν αλλότριες νοοτροπίες, απαιτήσεις και ανάγκες.

Μελλοντικές μελέτες θα ήταν ιδανικό να πραγματοποιηθούν για αναγνώριση των αποτελεσματικών συστατικών μιας προγεννητικής φροντίδας με σκοπό τη δημιουργία ενός καλύτερου μοντέλου βασισμένου στην ιδιαιτερότητα και νοοτροπία κάθε εγκύου αλλά και σε διεθνή πρότυπα. Στην Ελλάδα και την Κύπρο υπάρχουν λίγα ερευνητικά

δεδομένα αναφορικά με την προγεννητική φροντίδα στις διάφορες κλινικές εγκύων. Η έλλειψη δε ερευνητικών δεδομένων συνηγορεί στην ανάγκη διερεύνησης του υφιστάμενου προγράμματος προγεννητικής φροντίδας, προκειμένου να καταγράψει με σαφήνεια η αποτελεσματικότητα και ο βαθμός ικανοποίησης από τις έγκυες γυναίκες.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Angel S (2006). Ψυχολογία της καθημερινής ζωής. Εκδ. Lector, Αθήνα.

Βαληνδρά Α (2009). Οι διαστάσεις της επικοινωνίας και οι συναισθηματικές δεξιότητες του ιατρού ως παράγοντες ικανοποίησης του ασθενή. Δημοσίευτη Διπλωματική Εργασία, τμήμα: Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Πολυκανδριώτη Μ, Κουτελέκος, Ι (2013). Ανάγκες ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2(2):73-83.

Στυλιανίδης Κ, Ραφτόπουλος Β (2014). Αξιολόγηση της ικανοποίησης των λεχωίδων από τη συνεργασία με το γυναικολόγο και τη μαία στην Κύπρο. Πιλοτική έρευνα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(3):327-335.

Φράγκου Δ (2015). Προσδιοριστές της παχυσαρκίας σε παιδιά ηλικίας 10-15 ετών. Διπλωματική εργασία, τμήμα: Διοίκηση της υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Χατζηδημητρίου Σ (2013). Η ψυχολογία της γυναίκας μετά τη γέννα. Διαθέσιμο στο infokids.gr.

Ξενόγλωσση

Abrahams N, Jewkes R, Mvo Z (2001). Health care – seeking practices of pregnant women and the role of midwife in Cape Town, South Africa. *Journal of Midwifery and Women’s Health*, 46: 240-247.

Aday L, Andersen R (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9:208-220.

Areskog B (1983). Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth. *Obstet Invest*: 16.

Bluff R, Holloway I (1994). “They know the best”: Women’s perceptions of midwifery care during labour nad childbirth. *Midwifery*, 10:157-164.

Bondas T (2002). Finnish women’s experiences of antenatal care. *Midwifery* 18: 61-71.

Bramadat IJ, Driedoer M (1993). Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth* 20: 22-29.

Bucher L, Williams S, Hayes E, Morin K, Sylvia B (1997). First time mothers' perceptions of prenatal care services. *Appl Nurse Res*, 10:64–71.

Byrd TL, Mullen PD, Selwyn BJ, Lorimor RL (1996). Initiation of prenatal care by low-income Hispanic women in Houston. *Public Health reports*, 3:536- 540.

Carroli G, Villar J, Piaggio G, et. al. (2001). WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* May 19, 357(9268):1546.

Clement S, Sikorski J, Wilson J, Das S, Smeeton N (1996). Women's satisfaction with traditional and reduced antenatal visit schedules. *Midwifery*, 12:120-128.

Dennis LI, Flynn BC, Martin JB (1995). Characteristics of pregnant woman, utilization and satisfaction with prenatal services in St. Petersburg, Russia. *Public Health Nursing*, 12: 374-377.

Douswell T, Renfrew MJ, Gregson B, Hewison J (2001). A review of the literature on the midwife and community based maternity care. *Midwifery*, 17:93- 101.

Drew NC, Salmon P, Webb L (1989). Mothers', midwives' and obstetricians' views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth. *Br J ObstetGynaecol*, 96:1084-1088.

Erci B, Ivanov L (2004). The relationship between women's satisfaction with prenatal care service and the characteristics of the pregnant women and the service. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 9:16-28.

EURO-PERISTAT project (2008). European perinatal health report.

Fraser MD, Cooper AM (2003). *Myles Textbook for Midwives*. 14th edition, London: Churchill Livingstone.

Fraser MD (1999). Women's perceptions of midwifery care: a longitudinal study to shape curriculum development. *Birth* 26:99-107.

Grady MA, Bloom KC(1999). Clients' perceptions of the value of prenatal psychosocial services. *Soc Work Health Care*, 29:12–20.

Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV (1998). *Great Expectations: A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth*. Cheshire, England: Books for Midwives Press.

- Greenley JR, Schoenherr RA (1981). Organization effects on client satisfaction with humaneness of service. *J Health Soc Behav*, 22:2–18.
- Handler A, Raube K, Kelley MA, Giachello A (1996). Women's satisfaction with prenatal care settings: A focus group study. *Birth*, 23:31–37.
- Handler A, Raube K, Kelley M, Giachello A (1996). Women's satisfaction with prenatal care settings: A focus group study. *Birth* 1996; 23:31-37.
- Handler A, Rosenberg D, Raube K, Kelley M (1998). Health care characteristics associated with women's satisfaction with prenatal care. *Medical Care* 1998; 36:679-694.
- Handler A, Rosenberg D, Raube K, Lyons S (2003). Satisfaction and use of prenatal care: their relationship among African-American women in a ledge managed care organization. *Birth March*, 30:23-30.
- Harris LE, Swindle RW, Mungai SM, Weinberger M, Tierney WM (1999). Measuring patient satisfaction for quality improvement. *Medical Care*, 37:1207-1213.
- Hildingsson I, Raderstad I (2005). Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing* 52(3):239-249.
- Hughes B (2008). Meeting women's expectations. Royal College of Midwives, November 2008.
- Ivanov L (2000). Use of a western theoretical model to investigate the relationship among characteristics of pregnant women, utilization and satisfaction with prenatal care services in St. Petersburg, Russia. *Public Health Nursing*, 17: 111-120.
- Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak-Rizkallah M, Ghorayeb F (2000). Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Soc Sci Med*. July, 51(1):103-113.
- Kojo-Austin H, Malin M, Hemminki E (1993). Women's satisfaction with maternity health care services in Finland. *Soc. Sci. Med.* 37(5):633-638.
- Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*: 15:40-46.
- Long AF, Harrison S (1985). *Health Services Performance. Effectiveness and Efficiency*. Croom Helm: Beckenham.

- Luyben GA, Fleming V (2005). Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery*, 21: 212-223.
- Macintyre S (1982). Communications between pregnant women and their medical and midwifery attendants. *Midwives Chron*, 95:387-394.
- Mathole T, Lindmark G, Majoko F, Ahlberg BM (2004). A qualitative study of womens' perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery*, 20:122-132.
- Menage J (1993). Post traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and gynecological procedures. 11.
- Merkel WT (1984). Physical perceptions of patient satisfaction: Do doctors know which patients are satisfied? *Med Care*, 22(5):453-459.
- Miller C, Margolis LH, Schwethelm BA, Smith S (1989). Barriers to implementation of prenatal care program for low income women. *American Journal of Public Health*, 79:62-64.
- Milligan R, Wingrove BK, Richards L, Rodan M, Monroe-lord L, Jackson V et al. (2002). Perceptions about prenatal care: Views of urban vulnerable groups. *BMC Public Health*, 2:25.
- MINISTRY OF HEALTH (2002). Maternity services consumer. Satisfaction survey. Ministry of Health, New Zealand.
- Morgan DL (1992). Doctor-caregiver relationships: An exploration using focus groups. In: Crbtree BF, Miller WL, eds. *Doing Qualitative Research*. London:Sage, 205-230.
- Nelson AM (2003). Transition to motherhood. *J ObstetGynecol Neonatal nurs*, 2:465-477.
- Nigenta G, Langer A, et al. (2003). Womens' opinions on antenatal care in developing countries: A results of a study in Cuba, Thailand, Saudi Arabia and Argentina. *BMC Public Health*, 3:17.
- Niven C, Gijbers K (1984). Obstetric and non-obstetric factors related to labour pain. *J Reprod Infant Psychol*, 2:61-78.
- Nolan MI (1997). Antenatal education – where next? *Journal of Advanced Nursing* 25: 1198- 1204.

- Nygren A (1999). Local knowledge in the environment- development discourse: from dichotomies to situated knowledge. *Critique of anthropology*, 19:267-288.
- Oakley A (1992). Using medical care: the views and experience of high-risk mothers. *Health Services Research*, 26:651.
- Ogier ME (1999). *Working and Learning*. London:Safran Press
- Omar, A.M. & Schiffman, F.R. (1996) Pregnant women's Perceptions of Prenatal Care. *Maternal – Child Nursing Journal* October – December, 23(4): 132-142.
- Oladapo OT, Osiberu MO (2009). Do sociodemographic characteristics of pregnant women determine their perception of antenatal care quality? *Matern Child Health J*, 13:505–511.
- Omar AM, Schiffman FR (1996). Pregnant women's Perceptions of Prenatal Care. *Maternal – Child Nursing Journal* October – December, 23(4): 132-142.
- Proctor S (1998). What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth*, 25:85-93.
- Raftopoulos V (2005). A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *ICU Nursing Web Journal*, 22:1–15.
- Reid M, Garcia J (1989). Women's views of care during pregnancy and childbirth. In Chalmers, I.
- Sandelowski M, Bustamante R (1986) Cesarean birth outside the natural childbirth culture. *Res Nurs Health*, 9:81-88.
- Sapountzi –Krepia D, Lavdaniti M, Raftopoulos V, Psychogiou M, Hong-gu H, Tortumluoğlu G et al. (2008). Greek mothers' perceptions of their co-operation with the obstetrician and the midwife in the delivery room. *International Journal of Caring Sciences*, 1:124–131.
- Shields N, Turnbull D, Reid M, Holmes A, Mcginley M, Smith LN (1998). Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: A randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery*, 14:85–93.
- Sikorski J, Wilson J, Clement S, et al. (1996). A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal care visits: the antenatal care project. *British Medical Journal*, 312: 546-553.

- Sitzia J, Wood N (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med*, 45:1829–1843.
- Somers-Smith M (1999). A place for the partner. Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*, 15:101-108.
- Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolo ME, Osborn J (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *The Journal of MaternalFetal and Neonatal Medicine*, 13:94-101.
- Tandon SD, Parillo KM, Keefer M (2005). Hispanic women’s perceptions of patient-centeredness during prenatal care: A mixed method study. *Birth*, 32:312–317.
- Tautz S, Jahn A, Molokomme I, et al. (2000). Between fear and relief: how rural pregnant woman experience foetal ultrasound in a Botswana district hospital. *Social Science and Medicine*, 50:689-701.
- Van Campen C, Siwma H, Friele RD, Kerbsens JJ, Peters L (1995). Quality of care and patient satisfaction: A review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*, 52:109-134.
- Villar J, Baaqeel H, Piaggio G, et al. (2001). WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, 357: 1551-1564.
- Wilde- Larsson B, Larsson G, Kvist LJ, Sandin- Bojo AK (2010). Womens’ opinions on intrapartal care: development of a theory-based questionnaire. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 19:1748-1760.
- Williams B (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science and Medicine*, 38: 509-516.
- Williamson S, Thompson MA (1996). Women’s satisfaction with antenatal care in a changing maternity service. *Midwifery*, 12:198-204.
- Woollett A, Parr M (1997). Psychological tasks for women and men in the post-partum. *J PeprInfPsy*, 15:159-183.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health Statistics 2011. WHO, Geneva, 2011
- Yawn BP, Wickes SL, et al. (1998). Barriers to prenatal care:Factors associated with late initiation of care in a middle- class Midwestern community. *Journal of Family Practice*, 47:53-61.

Zadoroznyj M (2001). Birth and the “reflexive consumer”: trust, risk and medical dominance in obstetric encounters. *Journal of Sociology*.

Διαδικτυακές πηγές

1. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/faq-cs-section/en/
2. <http://www.eutokia.gr/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%B1/%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CF%84%CF%8C%CF%82/%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CF%84%CE%BF%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%BF-%CF%83%CF%80%CE%B9%CF%84%CE%B9/>

Παράρτημα

I. Ερωτηματολόγιο

Αγαπητή κυρία,

στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής μου διατριβής και σε συνεργασία με το ΑΠΚ στο οποίο φοιτώ και την επικουρία του επιβλέποντα καθηγητή μου κου Π. Γαλάνη, διεξάγω μία μελέτη που αφορά στην ικανοποίηση που έλαβαν οι πρωτότοκες επίτοκες από τη διαδικασία του τοκετού τους, στο Μποδοσάκειο Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας, για το έτος 2013. Η Επιστημονική Επιτροπή του Μποδοσάκειου Νοσοκομείου και το Τμήμα Συνεχιζόμενης Κατάρτισης της 3^{ης} ΥΠΕ μου έχουν χορηγήσει την απαιτούμενη άδεια για την πραγματοποίηση της τρέχουσας μελέτης. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου είναι εμπιστευτικές και δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο. Τα συλλεγόμενα στοιχεία δεν θα δημοσιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν αμιγώς για ερευνητικούς λόγους. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 10 (δέκα) λεπτά. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συμμετοχή σας. Ονομάζομαι Ευγενία Νικολαΐδου, μαία της Μ/Γ κλινικής του Γ.Ν.Π. «Μποδοσάκειο» και είμαι υπεύθυνη για τη συλλογή και επεξεργασία των ερωτηματολογίων που αφορούν τη μελέτη αυτή. Το τηλέφωνό μου είναι: 6972 449336 και η ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) είναι eymaia@hotmail.com και μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία.

[1] Ηλικία: _____ έτη

[2] Εκπαιδευτικό επίπεδο (επιλέξτε το υψηλότερο)

- 1) Απόφοιτος δημοτικού
- 2) Απόφοιτος γυμνασίου
- 3) Απόφοιτος λυκείου
- 4) Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ

[3] Ενασχόληση

- 1) Εργαζόμενη
- 2) Φοιτήτρια
- 3) Άνεργη

[4] Είναι αυτός ο πρώτος σας τοκετός;

- 1) Ναι
- 2) Όχι

[5] Τηλεφωνήσατε στο μαιευτικό τμήμα πριν να προσέλθετε για τον τοκετό σας;

- 1) Ναι
- 2) Όχι, Εάν όχι, παρακαλώ συνεχίστε στην ερώτηση 7

[6] Σας ικανοποίησε η ανταπόκριση που λάβατε στο τηλεφώνημά σας;

- 1) Ναι
- 2) Μερικώς
- 3) Καθόλου

[7] Σε ποια εβδομάδα κύησης γεννήθηκε/καν το/τα παιδί/ά σας;

- 1) Πριν από τις 37 εβδομάδες
- 2) Μεταξύ 37-42 εβδομάδων
- 3) Μετά τις 42 εβδομάδες

[8] Με ποιο τρόπο γεννήσατε το/τα παιδί/ά σας;

- 1) Κολπικό/φυσιολογικό τοκετό
- 2) Κολπικό τοκετό με τη χρήση βοηθητικών μέσων (σικύα, αναρροφητική εμβρουουλκία)
- 3) Προγραμματισμένη καισαρική τομή
- 4) Επείγουσα καισαρική τομή

[9] Ποιο ήταν το σωματικό βάρος του/των παιδιού/ών σας; _____

Επισήμανση: (παρακαλώ απαντήστε σε γραμμάρια, αν γεννήθηκαν περισσότερα από ένα νεογνά, διαχωρίστε τα βάρη των παιδιών με ένα κόμμα)

[10] Χρειάστηκε να φύγετε από το μαιευτικό τμήμα, επειδή ο τοκετός δεν είχε ξεκινήσει ακόμη;

- 1) Ναι
- 2) Όχι

[11] Αν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση, σας ικανοποίησε η απόφαση να αποχωρήσετε από το μαιευτικό τμήμα;

- 1) Ναι, απολύτως
- 2) Ναι, μερικώς
- 3) Όχι, καθόλου

Παρακαλώ, στις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώστε με X την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα.

	Διαφωνώ τελείως	Συμφωνώ μερικώς	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ πλήρως	Δεν με αφορά
12. Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες στον τρόπο με τον οποίο θα διεξάγονταν οι εξετάσεις και οι αγωγές/θεραπείες					
13. Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες στα αποτελέσματα των εξετάσεων και των αγωγών/θεραπειών που διεξήχθησαν					
14. Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες όσον αφορά την προσωπική μου φροντίδα: «τη σπουδαιότητα της κινητοποίησης και του να αλλάζω θέσεις/στάσεις».					
15. Έλαβα χρήσιμες πληροφορίες όσον αφορά την προσωπική μου φροντίδα: «τη σπουδαιότητα της πρόσληψης υγρών και ελαφριών γευμάτων».					
16. Οι μαίες επιδείκνυαν σεβασμό προς εμένα.					
17. Οι μαίες επιδείκνυαν δέσμευση απέναντί μου: «ενδιαφέρονταν για εμένα»					
18. Η μαία μου παρείχε τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού.					
19. Η μαία που παρείχε τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τον πρώτο θηλασμό.					
20. Οι μαίες έδειχναν να κατανοούν, τον τρόπο με τον οποίο βίωνα την εμπειρία και την κατάσταση μου.					
21. Η μαία ήταν παρούσα, όσο το επιθυμούσα, κατά τον πρώτο στάδιο του τοκετού.					
22. Η μαία ήταν παρούσα όσο το επιθυμούσα, κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού.					
23. Οι ασκούμενες μαίες επιδείκνυαν σεβασμό προς εμένα.					
24. Οι ασκούμενες μαίες έδειχναν να κατανοούν, τον τρόπο με τον οποίο βίωνα την εμπειρία και την κατάσταση μου.					
25. Οι ασκούμενες μαίες επιδείκνυαν δέσμευση απέναντί μου: «ενδιαφέρονταν για εμένα».					
26. Οι γιατροί επιδείκνυαν σεβασμό προς εμένα.					

27. Οι γιατροί έδειχναν να κατανοούν, τον τρόπο με τον οποίο βίωνα την εμπειρία και την κατάσταση μου.					
28. Οι γιατροί επιδείκνυαν δέσμευση απέναντί μου: «ενδιαφέρονταν για εμένα».					
29. Έλαβα ασφαλή υγειονομική περίθαλψη σε συνάρτηση με τον τοκετό (από όσο μπορώ να κρίνω).					
30. Έλαβα τη μη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πόνο που επιθυμούσα (μασάζ, TENS, θερμά επιθέματα, ντους, μπάνιο).					
31. Έλαβα τη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πόνο που επιθυμούσα (αέριο entonox, επισκληρίδιο αναισθησία, ενέσιμα παυσίπονα).					
32. Έλαβα την ανακούφιση από τον πόνο που επιθυμούσα, κατά τη συρραφή της επισιοτομής και των ρήξεων.					
33. Είχα την ευκαιρία να συμμετέχω στις αποφάσεις που αφορούσαν την υγειονομική μου φροντίδα.					
34. Η φροντίδα μου προσδιοριζονταν περισσότερο από τις δικές μου επιθυμίες και ανάγκες παρά από τα διαδικαστικά πρωτόκολλα του προσωπικού.					
35. Ο σύντροφός μου/ άλλο σημαντικό πρόσωπο αντιμετωπίστηκε με σεβασμό.					
36. Ο σύντροφός μου/ άλλο σημαντικό πρόσωπο έλαβε την καλύτερη δυνατή υποστήριξη από το προσωπικό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού.					
37. Ο σύντροφός μου/άλλο σημαντικό πρόσωπο ενθαρρύνθηκε να συμμετέχει στη διαδικασία του τοκετού.					
38. Ο σύντροφός μου/ άλλο σημαντικό πρόσωπο έλαβε φροντίδα για τις φυσικές του ανάγκες.					
39. Υπήρχε μια ευχάριστη ατμόσφαιρα στο μαιευτικό τμήμα.					
40. Είχα πρόσβαση σε ένα αναπαυτικό κρεβάτι.					
41. Είχα πρόσβαση σε μία αναπαυτική καρέκλα.					
42. Είχα πρόσβαση σε φυσικά βοηθήματα όπως πλαίσιο περπατούρα, ασκό φασολιών κλπ.					
43. Είχα ένα πολύ ωραίο δωμάτιο.					

Παρακαλώ, στις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώστε με X την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα.

	Μικρής ή καθόλου σημασίας	Μερικής σημασίας	Υψηλής σημασίας	Ύψιστης σημασίας	Δεν με αφορά
44. Πόσο σημαντικές θεωρείτε τις πληροφορίες αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο διεξάγονται οι εξετάσεις και οι αγωγές/θεραπείες;					
45. Πόσο σημαντικές θεωρείτε τις πληροφορίες αναφορικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων και των αγωγών/θεραπειών που διεξήχθησαν;					
46. Πόσο σημαντικές θεωρείτε τις πληροφορίες αναφορικά με την προσωπική σας φροντίδα: «τη σπουδαιότητα κινητοποίησης και του αλλάζω θέσεις/στάσεις».					
47. Πόσο σημαντικές θεωρείτε τις πληροφορίες αναφορικά με την προσωπική σας φροντίδα: «τη σπουδαιότητα πρόσληψης υγρών και ελαφριών γευμάτων»;					
48. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να επιδεικνύουν οι μαίες σεβασμό προς εσάς;					
49. Πόσο σημαντική θεωρείτε τη δέσμευση των μαιών απέναντί σας: «Ενδιαφέρονταν για εσάς»;					
50. Πόσο σημαντικό θεωρείτε να σας παρέχει η μαία τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού;					
51. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να σας παρέχει η μαία τη μεγαλύτερη δυνατή στήριξη κατά τον πρώτο θηλασμό;					
52. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να κατανοούν οι μαίες τον τρόπο με τον οποίο βιώνετε την εμπειρία και την κατάστασή σας;					
53. Πόσο σημαντική θεωρείται την παρουσία της μαίας, όσο το επιθυμούσατε κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού;					
54. Πόσο σημαντική θεωρείτε την παρουσία της μαίας, όσο το επιθυμούσατε, κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού;					

55. Πόσο σημαντικό θεωρείτε να επιδεικνύουν σεβασμό προς εσάς οι ασκούμενες μαίες;					
56. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να δείχνουν οι ασκούμενες μαίες ότι κατανοούν τον τρόπο με τον οποίο βιώνετε την εμπειρία και την κατάστασή σας;					
57. Πόσο σημαντικό θεωρείτε οι ασκούμενες μαίες να επιδεικνύουν δέσμευση απέναντί σας: «ενδιαφέρονταν για εσάς»;					
58. Πόσο σημαντικό θεωρείτε οι γιατροί να επιδεικνύουν σεβασμό προς εσάς;					
59. Πόσο σημαντικό θεωρείτε οι γιατροί να δείχνουν να κατανοούν τον τρόπο με τον οποίο βιώνετε την εμπειρία και την κατάστασή σας;					
60. Πόσο σημαντικό θεωρείτε οι γιατροί να επιδεικνύουν δέσμευση απέναντί σας: «ενδιαφέρονται για εσάς»;					
61. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να λάβατε ασφαλή υγειονομική περίθαλψη, σε συνάρτηση με τον τοκετό (από όσο μπορείτε να κρίνετε);					
62. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να λάβατε τη μη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πονο που επιθυμούσατε (μασάζ, TENS, θερμά επιθέματα, ντους, μπάνιο);					
63. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να λάβετε τη φαρμακευτική διαδικασία ανακούφισης από τον πόνο που επιθυμούσα (αέριο entonox, επισκληρίδιο αναισθησία, ενέσιμα παυσίπονα).					
64. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να λάβετε την ανακούφιση από τον πόνο που επιθυμείτε, κατά τη συρραφή της επισιτομής και των ρήξεων;					
65. Πόσο σημαντικό θεωρείτε να έχετε την ευκαιρία να συμμετέχετε στις αποφάσεις που αφορούσαν την υγειονομική σας φροντίδα;					
66. Πόσο σημαντικό θεωρείτε η φροντίδα σας να προσδιορίζεται περισσότερο από τις δικές σας επιθυμίες και ανάγκες, παρά από τα διαδικαστικά					

πρωτόκολλα του προσωπικού;					
67. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να αντιμετωπίζεται ο σύντροφός σας/άλλο σημαντικό πρόσωπο με σεβασμό;					
68. Πόσο σημαντικό θεωρείτε τα να έλαβε ο σύντροφός σας/άλλο σημαντικό πρόσωπο την καλύτερη δυνατή υποστήριξη από το προσωπικό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού;					
69. Πόσο σημαντικό θεωρείτε να ενθαρρυνθεί ο σύντροφός σας/άλλο σημαντικό πρόσωπο να συμμετέχει στη διαδικασία του τοκετού;					
70. Πόσο σημαντικό θεωρείτε να λάβει ο σύντροφός σας/άλλο σημαντικό πρόσωπο φροντίδα για τις φυσικές του ανάγκες;					
71. Πόσο σημαντικό θεωρείτε να υπάρχει ευχάριστη ατμόσφαιρα στο μαιευτικό τμήμα;					
72. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να έχετε πρόσβαση σε ένα αναπαυτικό κρεβάτι;					
73. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να έχετε πρόσβαση σε μία αναπαυτική καρέκλα;					
74. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να έχετε πρόσβαση σε φυσικά βοηθήματα όπως πλαίσιο περπατούρα, ασκό φασολιών κλπ;					
75. Πόσο σημαντικό θεωρείτε το να έχετε ένα πολύ ωραίο δωμάτιο;					

[76] Πώς θα περιγράφατε την παρούσα σωματική σας κατάσταση;

- 1) Πολύ κακή
- 2) Αρκετά κακή
- 3) Ούτε καλή, ούτε κακή
- 4) Αρκετά καλή
- 5) Πολύ καλή

[77] Πώς θα περιγράφατε την παρούσα ψυχική σας ευεξία;

- 1) Πολύ κακή
- 2) Αρκετά κακή
- 3) Ούτε καλή, ούτε κακή
- 4) Αρκετά καλή

5) Πολύ καλή

[78] Η μαία που διεξήγαγε τον τοκετό σας, σας επισκέφτηκε από μετά στο σπίτι;

- 1) Ναι
- 2) Όχι,

Εάν όχι, παρακαλώ συνεχίστε στην ερώτηση 80

[79] Ποια είναι η εμπειρία σας από την επίσκεψη της μαίας μετά τον τοκετό;

- 1) Πολύ ικανοποιητική
- 2) Ικανοποιητική
- 3) Ούτε ικανοποιητική, ούτε μη ικανοποιητική
- 4) Μη ικανοποιητική
- 5) Πολύ μη ικανοποιητική

[80] Αισθάνεστε κάποιο δισταγμό στο να πάτε ξανά στην ίδια μαιευτική κλινική για ένα μελλοντικό τοκετό;

- 1) Ναι, μεγάλο δισταγμό
- 2) Ναι, αρκετό δισταγμό
- 3) Ναι, μερικό δισταγμό
- 4) Όχι, κανένα δισταγμό
- 5) Δεν γνωρίζω

[81] Εάν αισθάνεστε δισταγμό σε μελλοντική χρήση της κλινικής, ποιος είναι ο σημαντικότερος λόγος;

[82] Έμεινα ιδιαίτερα ικανοποιημένη με:

[83] Προτάσεις βελτίωσης:

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας!

II. Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου

SV: Request

Kalle Svensson (kalle@improveit.se)

Dear Eygenia Nikolaidou,

Thank you for contacting us and your interest in QPP.

I have attached the questionnaire and application form for academic studies,

The QPP is free to use if the main purpose of the survey is for a scientific project/study. If the surveys main purpose is for the ward unit and not a scientific study then a fee of 1 euro should be paid per QPP questionnaire (per respondent). Please let us know if the main purpose is for a scientific project or if the main purpose is for the ward unit itself.

Please feel free to add specific domestic questions for your environment/country/culture.

Also please send us a copy of the questionnaire when you are all set.

I also attached a demo report in English and example of the layout on paper which might be of some help. If you need any assistance please email us. If you need help in gathering data via touch screens we have a partner close to Thessaloniki whom would be delighted to assist you.

If you have any more questions or need any assistance please feel free to contact me.

CC: Bodil Wilde Larsson

Best regards

Kalle Svensson

IMPROVEIT

Tel + 46 35 - 22 73 03

Mob + 46 733 - 22 70 11

kalle@improveit.se www.improveit.se www.coachone.se

