



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ
ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Δρ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2012

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Δρ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2012

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
Abstract.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Στατιστικά δεδομένα γεννήσεων στην Κύπρο και την Ευρώπη.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:.....	12
2.1 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	12
2.2 Οι εμπειρίες των γυναικών από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες.....	12
2.3 Η εκληφθείσα ποιότητα φροντίδας.....	14
2.4 Η ικανοποίηση των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες.....	17
2.5 Συνεργασία με τον γιατρό και την μαία.....	20
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	53
Περιορισμοί.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Βιβλιογραφία.....	58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	63

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Μεγάλο ενδιαφέρον παρατηρείται διεθνώς, για τη διαμόρφωση των ορθών πολιτικών σε θέματα υγείας που αφορούν τις υπηρεσίες περιγεννητικής φροντίδας. Κι αυτό γιατί, παρά το γεγονός ότι η μητρική θνησιμότητα γενικά δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή, εντούτοις, η διαφορά που παρατηρείται μεταξύ των κρατών με τη μεγαλύτερη και αυτών με τη μικρότερη είναι σημαντική. Για τη βελτίωση των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών, πολλές είναι οι παράμετροι που πρέπει να συνυπολογιστούν. Η εκληφθείσα ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ικανοποίηση των γυναικών από τις υπηρεσίες, οι εμπειρίες τους και οι σχέσεις μεταξύ τους και με τους επαγγελματίες υγείας αποτελούν κάποιες από αυτές. Ενδελεχής και κριτική ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν την καθεμιά από τις πιο πάνω παραμέτρους χρειάζεται, πριν την ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην αξιολόγηση των εμπειριών των γυναικών από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού τους.

Δείγμα και μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σε δείγμα 167 λεχωίδων κατά τη νοσηλεία τους σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου.

Αποτελέσματα: από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ένα μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου στο οποίο διενεργήθηκε η έρευνα τόσο στο επίπεδο συνεργασίας τους με τη μαία, όσο και στο επίπεδο συνεργασίας τους με τους γυναικολόγους. Το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών, η ποιότητα ζωής τους καθώς και το είδος του τοκετού επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης. Συγκεκριμένα, λιγότερο ικανοποιημένες βρέθηκε να είναι οι γυναίκες υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης, χαμηλότερης ποιότητας ζωής και εκείνες που γέννησαν με καισαρική τομή.

Συμπέρασμα: οι επίτοκες γυναίκες δηλώνουν ικανοποιημένες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Περιγεννητική φροντίδα, κύηση, ικανοποίηση, ποιότητα φροντίδας, εμπειρίες, σχέσεις επαγγελματιών υγείας – επιτόκων, προσδοκίες, μαία

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Abstract

Introduction: There is an international interest, for the setting of the appropriate health policies as far as the perinatal care is concerned. This arises from the fact that even though the maternal mortality is generally low, the range between the highest and the lowest maternal mortality rates between different nations is great. For adopting the right policies, in an effort to improve the existing perinatal care services, a number of parameters need to be assessed. The perceived quality of services, the women's satisfaction from the services, the women's experiences as well as the relationship between the health care providers and the women, make up some of these parameters. A detailed and critical analysis of the factors affecting the aforementioned parameters is needed, before making safe conclusions.

Objective: to assess the women's experiences from the perinatal care services after their labour.

Sample & Methods: This was achieved by using an anonymous questionnaire (KIM). The questionnaires were given to 167 women hospitalized in the maternity ward of a public hospital, after their deliveries.

Results: Generally, women are in their vast majority satisfied by the perinatal health services of this public hospital and with their contact, both with the midwives and the gynecologists. The women's educational level, their quality of life as well as the mode of delivery affect the level of satisfaction. More specifically, the higher the educational level, the lower the quality of life and those that delivered by caesarian appear to be less satisfied.

Conclusion: pregnant women are satisfied by the perinatal health services of this public hospital

Key words: Perinatal care, pregnancy, satisfaction, quality of care, experiences, relationships between pregnant women and health care providers, expectations, midwife

Ευχαριστίες

Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνω στον Δρα Βασίλειο Ραφτόπουλο επιβλέποντα καθηγητή μου για τη συνεχή του καθοδήγηση προκειμένου να διέλθω της παρούσας διατριβής. Η βοήθειά του υπήρξε πολύτιμη, χωρίς την οποία θα ήταν αδύνατη η έγκαιρη ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Θερμές ευχαριστίες πρέπει να απευθύνω και στην Κα Στέλλα Λεοντίου, Α.Ν.Λ. και μαία στο Ν.Α.Μ. ΙΙΙ που υπήρξε πολύτιμος συνεργάτης και συνέβαλε ενεργά στη διεκπεραίωση της εργασίας αυτής.

Ευχαριστώ τον Διευθυντή της Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του Ν.Α.Μ. ΙΙΙ, Δρα Σταύρο Νεοφύτου, και τον Εκτελεστικό Διευθυντή του Ν.Α.Μ. ΙΙΙ, Δρα Πέτρο Μάτσα, που συγκατατέθηκαν στη διεξαγωγή της έρευνας καθώς και σε όλες τις λεχωίδες που πρόθυμα συμμετείχαν σε αυτή.

Την Καθηγήτρια Σαπουντζή-Κρέπια Δέσποινα για την παραχώρηση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου.

Την Ελισάβετ Πρωτοπαπά για την ειλικρινή, αμέριστη και ανιδιοτελή της φιλία, συνοδοιπόρος και συμπαραστάτης σε αυτό το Μεταπτυχιακό.

Επίσης οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου που πάντα στηρίζουν τις δικές μου επιλογές με απεριόριστη αγάπη, αφοσίωση και εμπιστοσύνη.

Εισαγωγή

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αποτελούν ίσως τα πιο σημαντικά γεγονότα στη ζωή κάποιας γυναίκας και της οικογένειάς της, οι εμπειρίες των οποίων λειτουργούν καθοριστικά στη νοηματοδότηση της μητρότητας της κάθε γυναίκας [1]. Η αποτύπωση των απόψεων των γυναικών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών, είναι ένας τομέας που συγκεντρώνει πανευρωπαϊκό ενδιαφέρον [2]. Κι αυτό προκύπτει από τη μεγάλη διαφορά που παρατηρείται στη μητρική θνησιμότητα ανάμεσα στο μεγαλύτερο και το μικρότερο ποσοστό πανευρωπαϊκά, αναδεικνύοντας την αδυναμία πρόσβασης πολλών γυναικών στις μαιευτικές υπηρεσίες [3].

Η προγεννητική φροντίδα αποτελεί σημαντική πτυχή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας διεθνώς και προϋπόθεση καλής έκβασης των κυήσεων στις περιπτώσεις που εφαρμόζεται αποτελεσματικά [4]. Παρά την έμφαση που δίνεται στον τομέα αυτό, οι δείκτες υγείας που αφορούν στη βρεφική και στη νεογνική θνησιμότητα, η αύξηση του ποσοστού των γεννήσεων πρόωρων νεογνών και νεογνών χαμηλού βάρους γεννήσεως, παραμένουν μη ικανοποιητικοί ακόμα και σε οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες όπως είναι οι Η.Π.Α. (29^η χώρα διεθνώς). Αναπόφευκτα, οι δείκτες αυτοί είναι ιδιαιτέρως υψηλοί στις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες πληθυσμού, ως αποτέλεσμα των κοινωνικών ανισοτήτων που επικρατούν [5].

Στην προσπάθεια αναζήτησης αίτιων αυτής της εικόνας και πιθανών διορθωτικών παρεμβάσεων στα πλαίσια καθορισμού πολιτικών υγείας [4] και μείωσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας [6], αναγνωρίζονται πολλοί παράγοντες. Περιλαμβάνουν ψυχοκοινωνικούς και παράγοντες συμπεριφοράς, περιβαλλοντικούς, την γενική κατάσταση υγείας προ της κύησης, το άγχος, τον ρατσισμό και την φτώχεια. Ο προσδιορισμός των παραγόντων αυτών βοηθά στον καθορισμό εισηγήσεων για τη βελτίωση των μαιευτικών υπηρεσιών, μέσα από την υιοθέτηση προσεγγίσεων που έχουν ως επίκεντρο τη γυναίκα, την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, την προαγωγή της ενεργούς συμμετοχής των γυναικών στον καθορισμό της φροντίδας υγείας και στη λήψη αποφάσεων [5, 7]. Επίσης σημαντική είναι η εξασφάλιση της συνέχειας και της διάρκειας στην παρακολούθηση και τη φροντίδα και σε περίπτωση που δύναται, αυτό να γίνεται από τον ίδιο λειτουργό υγείας (μαία, μαιευτήρα, γενικό ιατρό) [8].

Εντούτοις, ένα τέτοιο εγχείρημα δεν είναι τόσο εύκολο και απλό. Προϋποθέτει τη διερεύνηση των απόψεων των γυναικών-χρηστών των μαιευτικών υπηρεσιών και τον καθορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τις απόψεις τους. Η χρησιμοποίηση

αξιολογήσεων των υπηρεσιών και η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών, αποτελούν λειτουργικά εργαλεία διαφόρων ερευνών για την εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού [7]. Άλλωστε, η ιατρικοποίηση του τοκετού αποτελεί κύριο στοιχείο αποδοκimasίας από μέρους των γυναικών [9].

Συνεπώς, το ερέθισμα αυτό οδήγησε στην υιοθέτηση του συγκεκριμένου θέματος για την παρούσα εργασία, ενόψει και της έλλειψης παρόμοιων δημοσιευμένων ερευνών στην Κύπρο. Η άντληση των πληροφοριών που αφορούν τις μαιευτικές υπηρεσίες στην Κύπρο, που αναπόφευκτα θα προκύψουν από την εργασία αυτή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν με στόχο την βελτίωσή τους.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Στατιστικά δεδομένα γεννήσεων στην Κύπρο και την Ευρώπη

Παρά το γεγονός ότι οι μητρικοί θάνατοι είναι σπάνιοι στις μέρες μας, επικρατεί η αίσθηση ότι η διατήρηση στατιστικών στοιχείων σε πολλές χώρες επιδέχεται αμφισβητήσεις ως προς την εγκυρότητα των δεδομένων. Συνεπώς, η αξιολόγηση της υγείας της εγκύου και της λεχωίδας παραμένει πρόκληση [10].

Η μητρική θνησιμότητα ορίζεται ως ο αριθμός όλων των θανάτων από το πρώτο τρίμηνο εγκυμοσύνης μέχρι και 42 ημέρες μετά τον τοκετό, από άμεσα και έμμεσα μαιευτικά αίτια, ανά 100.000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών. Για τις περισσότερες χώρες είναι μεταξύ 2-10 ανά 100.000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών. Οι διαφορές όμως, που παρατηρούνται μεταξύ των χωρών πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή καθότι οι μητρικοί θάνατοι φανερώνουν δυσλειτουργία του συστήματος υγείας της κάθε χώρας. Είναι δύσκολο να παρουσιαστούν με ακρίβεια όμως, εφόσον η εγκυμοσύνη δεν αναγράφεται πάντα στο πιστοποιητικό θανάτου. Σε χώρες με πολύ χαμηλά ποσοστά μητρικής θνησιμότητας μπορεί απλά να υπάρχει αδυναμία καταγραφής αυτών των δεδομένων [10].

Το 2005 η μητρική θνησιμότητα στον ευρωπαϊκό χώρο ήταν 27 θάνατοι ανά 100.000 γεννήσεων, αλλά παρατηρείται τεράστια διαφορά μεταξύ της μεγαλύτερης και της μικρότερης θνησιμότητας (170 φορές περισσότερη). Οι κύριες αιτίες μητρικής θνησιμότητας είναι οι ακόλουθες: αιμορραγία, λοίμωξη, υψηλή αρτηριακή πίεση, εκτρώσεις χωρίς να τηρούνται οι βασικοί κανόνες ασφαλείας και ο επιπλεγμένος τοκετός. Τα αίτια αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν με βασικές παρεμβάσεις, διασφαλίζοντας τη σχέση κόστους-οφέλους, παρόλο που στην Ευρώπη δεν έχουν όλες οι γυναίκες ίση πρόσβαση στις μαιευτικές υπηρεσίες [3].

Από τους νεογνικούς θανάτους, το 75% παρατηρείται κατά την πρώτη εβδομάδα ζωής και από αυτούς το 25-45% κατά το πρώτο εικοσιτετράωρο. Τα κύρια αίτια για το 80% των νεογνικών θανάτων αποτελούν η προωρότητα, το χαμηλό βάρος γέννησης, οι λοιμώξεις, η ασφυξία, το τραύμα κατά τον τοκετό και οι συγγενείς ανωμαλίες. Τα 2/3 των νεογνικών θανάτων μπορούν να αποφευχθούν με την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας κατά την εγκυμοσύνη, κατά τη διάρκεια του τοκετού και κατά την πρώτη εβδομάδα ζωής [3].

Στην Κύπρο παρατηρείται μια βελτίωση ως προς τη μητρική θνησιμότητα στους 10 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις για το 2008 (17/100.000-1990, 14/100.000-2000), έτσι όπως προκύπτουν από τα στατιστικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) [11].

Οι δείκτες περί της υγειονομικής κάλυψης αντανακλούν το εύρος στο οποίο άνθρωποι με πραγματικές ανάγκες τυγχάνουν περίθαλψης και φροντίδας. Τέτοιοι δείκτες περιλαμβάνουν και την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Στην Κύπρο, ενώ το 99% του πληθυσμού καλύπτεται υγειονομικά από εξειδικευμένο προσωπικό επαγγελματιών υγείας κατά την κύηση, το 100% κατά τον τοκετό και είναι η πρώτη χώρα παγκοσμίως σε ποσοστό στις καισαρικές τομές (50.9%) [11], κάτι που προβληματίζει και εύλογα δημιουργεί πολλά ερωτηματικά για τα αίτια αυτού του φαινομένου.

Το 19% των γυναικών στην Κύπρο γεννούν σε μικρές μαιευτικές μονάδες όπου γίνονται λιγότεροι από 500 τοκετοί το έτος. Παρόμοια ποσοστά παρουσιάζονται και σε χώρες όπως η Γερμανία, η Λιθουανία, η Εσθονία και η Λετονία. Στις περισσότερες από τις υπόλοιπες χώρες, αυτές οι μικρές μονάδες δεν υπάρχουν ή αντιπροσωπεύουν ένα πολύ μικρό ποσοστό. Οι περισσότερες γυναίκες γεννούν σε μεγάλες μαιευτικές μονάδες παρά το γεγονός ότι θεωρούνται πιο απρόσωπες και χώροι όπου γίνονται πιο πολλές παρεμβάσεις [10].

Οι τοκετοί στο σπίτι είναι σπάνιοι πια διεθνώς με εξαίρεση την Ολλανδία (30% των τοκετών). Στη Μεγάλη Βρετανία, για τις χαμηλού ρίσκου κυήσεις παρέχεται η ευχέρεια τοκετού στο σπίτι (1% των τοκετών στη Βόρεια Ιρλανδία και 3.1% στην Ουαλία) [10]. Αυτή η επιλογή δεν παρέχεται στην Κύπρο.

Ο μητρικός θηλασμός είναι αδιαμφισβήτητα πολύ σημαντικός για την υγεία των νεογνών καθώς παρέχει στα νεογνά σημαντικό διατροφικό όφελος και αντίσταση στις λοιμώξεις. Ιδιαίτερα σημαντικό, είναι όταν αυτό γίνεται κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά τον τοκετό. Η επιτυχία του βασίζεται στη στήριξη, την επιμόρφωση και τη βοήθεια που οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν στις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία. Στην Ευρώπη παρατηρούνται πολύ ψηλά ποσοστά σε αυτό τον τομέα (46% στην Ιρλανδία, 62% στην Γαλλία και σχεδόν 100% στην Τσεχία, Σλοβενία, Σουηδία) [10].

Στην ευρωπαϊκή έκθεση για την περιγεννητική υγεία (European Perinatal Health Report, 2004) γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στα χαρακτηριστικά των λεχωίδων και πιο συγκεκριμένα στο ποσοστό των γυναικών που έχουν πολύδυμες κυήσεις, στην ηλικία των μητέρων, τον αριθμό των προηγούμενων τοκετών και το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Σύμφωνα με την αναφορά το ποσοστό εμφάνισης πολύδυμων κυήσεων είναι από 12 ανά 1000 γυναίκες στη Λιθουανία, Πολωνία και Λετονία, με 20 ανά 1000 γυναίκες στην Ολλανδία, Δανία και Κύπρο. Δεν υπάρχει καμιά σαφής διασύνδεση μεταξύ των ποσοστών

εμφάνισης τρίδυμων κυήσεων και των δίδυμων κυήσεων. Μόνο στην Ιταλία και στη Γερμανία παρουσιάζεται σημαντικός αριθμός τετράδυμων ή και κυήσεων περισσότερων εμβρύων [10].

Το ποσοστό των εφήβων κοριτσιών που γίνονται μητέρες (ηλικίας μικρότερης των 20 ετών) διαφέρει από 1.3% στη Δανία με 9.3% στη Λετονία. Γενικά, οι χώρες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: αυτές με μικρό ποσοστό (3%) εφήβων μητέρων, αυτές με ενδιάμεσο ποσοστό (3-5%) και αυτές με μεγαλύτερο (5-9%). Η Κύπρος ανήκει στην κατηγορία των χωρών με μικρό ποσοστό (3%) [10].

Τα ποσοστά των πρωτότοκων γυναικών είναι από 39.4% - 55.6% και τα ποσοστά των γυναικών με τέσσερις ή και περισσότερους τοκετούς από 2.3% - 13.8%. Τα χαμηλότερα ποσοστά των πρωτοτόκων γυναικών εμφανίζονται στην Αγγλία (39.4%) και στην Ιρλανδία (40.1%), ενώ τα πιο ψηλά ποσοστά στην Ισπανία (55.6%), Πορτογαλία (54.2%) και στην Λετονία (53.1%). Το ποσοστό των τεταρτοτόκων γυναικών ή εκείνων με γεννήσεις περισσότερων παιδιών είναι μικρότερο σε χώρες όπως η Σλοβενία (3.3%), η Πορτογαλία (3.8%) και η Ισπανία (2.3%) και μεγαλύτερο από 10% σε χώρες όπως η Ουαλία, η Ιρλανδία, η Σλοβακία και η Φιλανδία. Στην Κύπρο το 44.5% των γυναικών είναι πρωτοτόκες, το 49.6% απέκτησαν δεύτερο ή τρίτο παιδί και το 5.8% τέταρτο ή και περισσότερα παιδιά [10].

Μεγάλη διαφορά παρατηρείται στο επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών που αποκτούν παιδί στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το ποσοστό των γυναικών με δευτεροβάθμια εκπαίδευση κυμαίνεται μεταξύ 13 - 45%, ενώ αυτό με πρωτοβάθμια εκπαίδευση μεταξύ 4 - 29%. Σε αυτή τη μεγάλη διαφορά που παρατηρείται μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενδεχομένως ρόλο να διαδραματίζει και ο διαφορετικός τρόπος εκτίμησης του επιπέδου εκπαίδευσης στην κάθε χώρα. Για την Κύπρο δεν υπάρχουν δεδομένα που να αναφέρονται στη συγκεκριμένη παράμετρο [10].

Κεφάλαιο 2

2.1 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Προκειμένου να γίνει αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας, πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων (MEDLINE, CINAHL, COCHRANE, PSYCHINFO, SCOPUS, WEB OF KNOWLEDGE, EMBASE, EXCERPTA MEDICA) με λέξεις-κλειδιά: *women's experience of perinatal care and satisfaction and quality*. Η αναζήτηση οδήγησε στην αρχική επιλογή 27 άρθρων. Από αυτές 12 απορρίφθηκαν έπειτα από ανάγνωση της περίληψης ενώ οι υπόλοιπες 15 επιλέγηκαν για περαιτέρω αξιολόγηση του πλήρους κειμένου της δημοσίευσης. Παρέμειναν 15 έρευνες οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου ενώ σε αυτές προστέθηκαν 7 έρευνες που προέκυψαν μετά από τη μελέτη των βιβλιογραφικών παραπομπών των άρθρων που ανακτήθηκαν. Επομένως, στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν συνολικά 22 έρευνες. Δεν εντοπίστηκε κάποιο άρθρο στην Ελληνική γλώσσα, το οποίο να πληροί τα κριτήρια εισόδου.

Μέσα από την βιβλιογραφική αυτή αναζήτηση, διαπιστώθηκε η έλλειψη ενός κοινού εργαλείου που να αξιολογεί τις απόψεις των γυναικών για τις μαιευτικές υπηρεσίες. Οι περισσότερες έρευνες χρησιμοποιούν την ποιοτική μεθοδολογία έρευνας (ατομικές συνεντεύξεις, ομάδες εστίασης) και ελάχιστες χρησιμοποιούν κάποιο ερωτηματολόγιο.

2.2 Οι εμπειρίες των γυναικών από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες περιγεννητικής φροντίδας παγκοσμίως, σκοπό έχουν να διαδραματίζουν τέτοιο ρόλο έτσι ώστε να μειώνεται το ρίσκο κακής έκβασης σε οποιαδήποτε εγκυμοσύνη, να συμβάλλουν στην αγωγή σε θέματα υγείας και να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Στα 10-15 λεπτά που αφιερώνονται για την εξέταση όμως, οι λειτουργοί υγείας επικεντρώνονται μόνο στην ιατρική πτυχή του ζητήματος [12] (λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, μέτρηση βάρους και αρτηριακής πίεσης, έλεγχος των ούρων, ακρόαση του εμβρυϊκού καρδιακού παλμού, παραπομπή για περαιτέρω εργαστηριακές και υπερηχογραφικές εξετάσεις) [5]. Για το λόγο αυτό, οι επίτοκες παραπέμπονται σε υπηρεσίες που προσφέρουν μαθήματα περί του τοκετού και συμβουλές διατροφής [13]. Συνήθως όμως, στις υπηρεσίες αυτές καταφεύγουν μόνο οι επίτοκες των υψηλότερων κοινωνικο-οικονομικών ομάδων [5] επιδεικνύοντας μεγαλύτερη

ευαισθησία [14], με αποτέλεσμα, οι εμπειρίες των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες να διαφέρουν.

Ο όρος «εμπειρία» περιλαμβάνει τη συμμετοχή σε διαδραματιζόμενες καταστάσεις ή γεγονότα και την υποκειμενική αντίληψη των γεγονότων αυτών [15]. Συνεπώς οι εμπειρίες των γυναικών που σχετίζονται με τις μαιευτικές υπηρεσίες κρίνονται στα πλαίσια αυτών των παραμέτρων μέσα όμως, από την αξιολόγηση των εξής χαρακτηριστικών της προγεννητικής φροντίδας: 1) κίνητρα/εμπόδια, 2) περιβάλλον, 3) χρόνος, 4) διαστάσεις φροντίδας, 5) σχέσεις με το προσωπικό και τους ιατρούς, 6) τεκμηρίωση των παρεχόμενων πληροφοριών [5].

Κίνητρα για τη συμμετοχή στις υπηρεσίες περιγεννητικής φροντίδας περιλαμβάνουν: η βελτίωση της έκβασης της εγκυμοσύνης, η συχνή παρακολούθηση και ο καθησυχασμός από την ακρόαση του εμβρυϊκού καρδιακού παλμού και την υπερηχογραφική παρακολούθηση του εμβρύου, η προετοιμασία για τον τοκετό, η ευκαιρία κοινωνικοποίησης και η μείωση του άγχους και της μοναξιάς. Εμπόδια στην αναζήτηση των υπηρεσιών μπορεί να αποτελούν οι γεωγραφικές ανισότητες πρόσβασης, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η φυλάκιση του πατέρα, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης ή απλά η αντιμετώπιση πολλών άλλων οικονομικών ή και προβλημάτων υγείας [5].

Μέσα από τις έρευνες βρέθηκε ότι οι γυναίκες προτιμούν ένα ήσυχο και καθαρό περιβάλλον στις μαιευτικές υπηρεσίες, όπου θα υπάρχουν χώροι για να παίζουν τα άλλα τους παιδιά αλλά και χώροι που να διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα της εξέτασης [16]. Η χαλαρή ατμόσφαιρα και τα προγραμματισμένα ραντεβού για εξέταση όπου θα επιτρέπεται και η παρουσία άλλων προσώπων σημαντικών για την επίτοκο π.χ. σύντροφος, μητέρα, φίλη, η φιλική διάθεση των γιατρών ή των μαιών απέναντι στα άλλα τους παιδιά που πιθανόν να συνοδεύουν τις γυναίκες, δημιουργούν θετικές εμπειρίες [5].

Παρατεταμένος χρόνος αναμονής κατά τις επισκέψεις στις Κλινικές Εγκύων αποτελεί μια πηγή δυσαρέσκειας των επιτόκων. Από έρευνες προκύπτει ότι οι γυναίκες που περίμεναν περισσότερο από 60 λεπτά είναι δυσαρεστημένες, σε αντίθεση με αυτές που περίμεναν λιγότερο [17]. Από την άλλη πλευρά, πιο ικανοποιημένες είναι εκείνες στις οποίες αφιερώθηκε περισσότερος χρόνος από τους γιατρούς κατά την επίσκεψη, χωρίς βιαστική αντιμετώπιση [17,18]. Οι γυναίκες προσδοκούν την επίδειξη σεβασμού στο χρόνο τους και δεν επιθυμούν την επιβολή ποινής σε περίπτωση καθυστερημένης προσέλευσής τους στα ιατρεία. Δυσαρέσκεια επίσης, προκαλεί η καθυστέρηση που οφείλεται στο γεγονός ότι ο γιατρός ενδεχομένως να βρίσκεται σε τοκετό ή σε επείγον χειρουργείο [19].

Οι διαστάσεις της περιγεννητικής φροντίδας που επηρεάζουν την ικανοποίηση των γυναικών αφορούν τη συνέχεια της φροντίδας, την πληρότητα και τον έλεγχο. Οι γυναίκες

που παρακολουθούνταν από τον ίδιο λειτουργό ή από περιορισμένο αριθμό διαφορετικών λειτουργών, δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένες [20].

Η πληρότητα των υπηρεσιών αναφέρεται στη σημασία της παροχής πληροφοριών που αφορούν τη μητρότητα και την παροχή συμβουλευτικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών. Εάν εκπληρώνονται, αυξάνεται η ικανοποίηση, όπως και στη περίπτωση συμμετοχής τους σε συμβουλευτικές ομάδες εγκύων, κάτι που ενισχύει την αυτοεκτίμηση της κάθε γυναίκας δίνοντάς της τη δυνατότητα να συνειδητοποιήσει πως τα θέματα που την αφορούν, ενδιαφέρουν και άλλες γυναίκες [21].

Η εμπλοκή τους στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με τα θέματα της περιγεννητικής τους φροντίδας, προσδίδει την αίσθηση αυτονομίας [14], αυτοελέγχου και σεβασμού των δικών τους απόψεων και αναπόφευκτα αυξάνει την ικανοποίησή τους από τις μαιευτικές υπηρεσίες [22]. Γι' αυτό και οι εμπειρίες τους είναι θετικές όταν τους δίνονται ικανοποιητικές και ξεκάθαρες λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό. Σε αντίθετη περίπτωση, οι γυναίκες νιώθουν ενοχλημένες και καταφεύγουν στην αναζήτηση πληροφοριών από συγγενείς και φίλους ή από το διαδίκτυο [23].

Σε μια έρευνα το 80% ανέφεραν ότι έτυχαν συνεχούς παροχής βοήθειας για πρακτικά ζητήματα, συμβουλευτικής, υποκίνησης και στήριξης από το προσωπικό σε θέματα μητρικού θηλασμού [24].

Γυναίκες που ανήκουν στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα και στις μειονότητες χαρακτηρίζουν ως σκληρή, αγενή και αδιάκριτη την αντιμετώπιση από τις μαιευτικές υπηρεσίες. Θέματα διακρίσεων και στερεοτυπισμού βάσει εθνικότητας, εισοδήματος και ασφαλιστικής κάλυψης αναφέρονται συχνά. Στις γυναίκες αυτές υπάρχουν πολλά εμπόδια στην πρόσβαση και χρήση των μαιευτικών υπηρεσιών, όπως είναι η γλώσσα που δυσκολεύει την επικοινωνία, η μειωμένη υποστήριξη, μια πλειάδα αρνητικών παραγόντων στη ζωή και την υγεία τους, καθώς και οι γεωγραφικές ανισότητες [5].

Η καθαριότητα των χώρων (ιατρείων, αίθουσα τοκετού, θάλαμος νοσηλείας), η παροχή μαθημάτων τοκετού, η επαρκής αναλγησία κατά τη διάρκεια του τοκετού, η ευπρόσδεκτη παρουσία του συντρόφου στην αίθουσα τοκετού και η διαρκής παρουσία ενός επαγγελματία υγείας δίπλα στην επίτοκο κατά την ενεργή φάση του τοκετού, αποτελούν παράγοντες που συγκαταλέγονται στις θετικές εμπειρίες των γυναικών [25].

Παρά τις πολύ θετικές εμπειρίες που αποκομίζονται από τις υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, κατά τις πρώτες ημέρες της λοχείας οι γυναίκες σχολιάζουν κάποιες πιο αρνητικές καταστάσεις όπως είναι: η μειωμένη πληροφόρηση, η αντιμετώπιση με λιγότερη κατανόηση και ευαισθησία και η πλημμελής καθαριότητα του θαλάμου [26].

Συμπερασματικά, μέσα από τη βιβλιογραφική αναζήτηση προκύπτει ότι πολλές γυναίκες αντιμετώπιστηκαν από τις μαιευτικές υπηρεσίες αξιοπρεπώς, ανάλογα με τις εξατομικευμένες τους ανάγκες και έχουν συνεπώς θετικές εμπειρίες από τις υπηρεσίες. Όμως, κάποιες γυναίκες βίωσαν μεγάλους χρόνους αναμονής για εξέταση και βιαστικές εξετάσεις, χαρακτηρίζοντας έτσι τις μαιευτικές ως υπηρεσίες μηχανιστικές και λιγότερο ανθρώπινες. Οι πλείστες γυναίκες προτιμούν λιγότερο χρόνο αναμονής, μη βεβιασμένες επισκέψεις, συνοχή και πληρότητα της φροντίδας, πιο ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα και συμμετοχή σε ομάδες στήριξης. Θύματα διακρίσεων στην αντιμετώπιση παραμένουν οι γυναίκες που ανήκουν σε μειονότητες π.χ. αλλοδαπές και στις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.

2.3: Η εκληφθείσα ποιότητα φροντίδας

Η ποιότητα αποτελεί, ή τουλάχιστον πρέπει να αποτελέσει το νέο διακύβευμα της εποχής μας, η οποία διακρίνεται για τη ρευστότητα και την πολυπλοκότητά της. Η ποιότητα στον τομέα της φροντίδας υγείας, αποτελεί τον πιο αμφιλεγόμενο όρο, αφού είναι δυναμική, πολυδιάστατη και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για να την περιγράψει. Είναι από τα ελάχιστα «φαινόμενα» των οποίων ο ορισμός διαφοροποιείται ανάλογα με το επίπεδο και τον σκοπό της εκτίμησης που ενσωματώνει. [27]. Ετυμολογικά, η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη «ποιότης» (ποιός= τι λογής) και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία και τα κάνουν να ξεχωρίζουν από τα ομοειδή τους [27]. Έτσι, σύμφωνα με την ετυμολογία της λέξης ποιότητα, το ειδοποιό χαρακτηριστικό της είναι το κριτήριο διαφοροποίησής της από τα άλλα προϊόντα και τις υπηρεσίες.

Η ποιότητα της φροντίδας συναρτάται με την παροχή αποδοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας καθώς και με την αίσθηση ασφάλειας και θετικών εμπειριών από τους ασθενείς [25]. Εξάλλου, η ποιότητα ως έκβαση σχετίζεται με τη θνησιμότητα [28].

Η εκληφθείσα ποιότητα φροντίδας εμπεριέχει την καταγραφή των απόψεων των γυναικών αναφορικά με τις μαιευτικές υπηρεσίες μετά από τον τοκετό. Το εύρος των διαφορών που παρατηρούνται στις απόψεις των γυναικών, έτσι όπως καταγράφονται στα διάφορα ερωτηματολόγια και τις συνεντεύξεις, εξάρουν πόσο σημαντικό είναι αυτά τα ερωτηματολόγια να είναι συγκεκριμένα προς το είδος και το μέγεθος της ομάδας γυναικών που συμμετέχουν, αλλά και ακριβή και ξεκάθαρα στις διαστάσεις που εξετάζουν [29].

Πολλοί είναι οι παράγοντες που ενδεχομένως επηρεάζουν την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας. Περιλαμβάνουν την ηλικία των γυναικών, τον αριθμό των προηγούμενων τοκετών

και εγκυμοσυνών, το επίπεδο εκπαίδευσης, την εργασία και την ανεργία [29], την συμπεριφορά του προσωπικού και την επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο μερών, την πρόσβαση στις υπηρεσίες [1], την εμπιστοσύνη στο προσωπικό και την ιδιαίτερη αντιμετώπιση της κάθε γυναίκας [24].

Οι νεαρότερες γυναίκες (ηλικίας ίσης ή μικρότερης των 31 ετών) είναι λιγότερο ικανοποιημένες από τις παρεχόμενες πληροφορίες και την κλινική παρακολούθηση [30,31,32]. Σε ορισμένες άλλες έρευνες όμως, είτε προκύπτουν αντίθετα αποτελέσματα με τα πιο πάνω [33], είτε καμιά απολύτως συσχέτιση [34]. Ίσως οι μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες [30].

Αντιφατικά αποτελέσματα προκύπτουν αναφορικά με τις προσδοκίες πληροφόρησης και διαφύλαξης της ιδιωτικότητας κατά τη γυναικολογική εξέταση, στις γυναίκες υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης και στις εργαζόμενες. Ενώ το είδος της εργασίας σχετίζεται άμεσα με το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η ικανοποίηση των γυναικών από το πιο πάνω θέμα είναι υψηλή στις εργαζόμενες γυναίκες, σε αντίθεση με τις γυναίκες με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Η επαρκής πληροφόρηση βοηθά τις γυναίκες να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με τον τοκετό [29] και γι' αυτό είναι σημαντικό να διασφαλίζεται πάντα.

Οι πολύτοκες δηλώνουν μεγαλύτερη μέση εκληφθείσα ποιότητα στην κλινική παρακολούθηση μετά τον τοκετό σε σχέση με τις πρωτότοκες. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες επιθυμούν να παρακολουθούνται συνεχώς από μαία γιατί θεωρούν ότι η μαία είναι πιο εύκολα προσβάσιμη και περισσότερο διαθέσιμη για ερωτήσεις και απορίες [9,35]. Μεγαλύτερη μέση εκληφθείσα ποιότητα υπηρεσιών καταγράφεται στις γυναίκες που είχαν τοκετό στο σπίτι και που γνώριζαν από προηγουμένως τη μαία ή το γιατρό που έκανε τον τοκετό. Οι κυριότεροι λόγοι είναι ότι στο σπίτι εξασφαλίζεται η ιδιωτικότητα, η φιλικότητα του χώρου, η άνεση αλλά επίσης δημιουργεί προϋποθέσεις ενδυνάμωσης της γυναίκας αφού της δίνει τη δυνατότητα επιλογής [35, 36].

Η πρόσβαση στις μαιευτικές υπηρεσίες ως παράμετρος της εκληφθείσας ποιότητας ικανοποιεί τόσο τις γυναίκες που παρακολουθούνται από οικογενειακούς γιατρούς, όσο και αυτές που παρακολουθούνται από γυναικολόγους-μαιευτήρες. Η καλή επικοινωνία διασφαλίζεται μέσα από την παροχή πληροφοριών που αφορούν την υγεία των γυναικών και των εμβρύων και την επεξήγηση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων [1,24].

Παράγοντες κομβικοί για την πρόσβαση αποτελούν η ευκολία της διαδικασίας εξασφάλισης ραντεβού, το ευέλικτο εργασιακό πρόγραμμα, η απόσταση από τη δομή παροχής φροντίδας και ο χρόνος αναμονής για την εξέταση. Μεγάλος φόρτος εργασίας για το

προσωπικό με μεγάλο αριθμό επισκέψεων στα επείγοντα και στα εξωτερικά ιατρεία, ενδεχομένως να δυσχεραίνει την πρόσβαση των γυναικών στις μαιευτικές υπηρεσίες [1].

Η ιδιαίτερη αντιμετώπιση της κάθε γυναίκας και η οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ των γυναικών και του προσωπικού αποτελούν δείκτες ποιότητας υπηρεσιών, έτσι όπως προκύπτει από έρευνες που έγιναν από το Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης για λογαριασμό της Διεθνούς Περιγεννητικής Μονάδας [24]. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες διακρίνονται για την ποιότητά τους όταν χαρακτηρίζονται από υψηλό φρόνημα (φιλικότητα του προσωπικού, υποστηρικτική διάθεση) και έχουν τη γυναίκα ως επίκεντρο των δραστηριοτήτων τους, παρά να δίνουν έμφαση μόνο στις ιατρικές πράξεις [37].

Μερικές γυναίκες δεν επιθυμούν καμιά εμπλοκή προσωπικού αντίθετου φύλου στην φροντίδα εκτός και αν είναι πραγματικά επείγον, απαραίτητη και αναπόφευκτη η παρέμβασή τους [9].

2.4 Η ικανοποίηση των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες

Η ικανοποίηση του πάσχοντα/χρήστη, αποτελεί ίσως το δυναμικότερο και λειτουργικότερο δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς ακολουθούν τη θεραπευτική αγωγή, επιστρέφουν για επανεκτίμηση και διατηρούν μια σχέση επικοινωνίας με τον γιατρό τους [38]. Η ικανοποίηση, ορίζεται ως η *αξιολόγηση της φροντίδας, που βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των πασχόντων*. Εάν λάβουμε υπόψη μας αυτόν τον ευρύ ορισμό, είναι δυνατό να εξακριβώσουμε εάν οι κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, είναι έγκυρες ή όχι. Ο όρος ικανοποίηση εμπεριέχει μια δυναμική η οποία ίσως προέρχεται και από την ετυμολογία της λέξης: το «ικανός» που προέρχεται από το ρήμα «ικάνω» (φτάνω) και σημαίνει «αρκετός» και το «ποιώ» που μεταφράζεται ως αποδίδω ανάλογα με τις προσδοκίες ή τις απαιτήσεις [38].

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύεται ότι η ικανοποίηση των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες είναι υψηλή [39]. Το θεωρητικό υπόβαθρο της ικανοποίησης όμως, πολλές φορές παρουσιάζεται απλοϊκά [40] και είναι ελλιπές [41]. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η έννοια της ικανοποίησης είναι πολυδιάστατη και πολυσχιδής [7].

Διαφορές στην ικανοποίηση παρατηρούνται, ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες γυναικών. Για το λόγο αυτό, οι αρμόδιοι λειτουργοί που ασχολούνται με τον καθορισμό της πολιτικής υγείας σε ολόκληρο τον οικονομικά ανεπτυγμένο κόσμο, μελετούν σοβαρά τους

παράγοντες αυτούς πριν την εισαγωγή αλλαγών στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών, στοχεύοντας πάντα στη βελτίωσή τους [29].

Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν τις προσωπικές προτιμήσεις, τις αξίες και τις προσδοκίες των γυναικών [7]. Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση είναι:

- η προηγούμενη εμπειρία των γυναικών από τη χρήση των υπηρεσιών στο παρελθόν (προηγούμενοι τοκετοί),
- η συνέχεια της φροντίδας και η σταθερή επαφή με τον ίδιο λειτουργό υγείας,
- τα χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ψυχοκοινωνικής κατάστασης της κάθε γυναίκας (παροχή κοινωνικής στήριξης με την ύπαρξη ενός μόνιμου ερωτικού συντρόφου),
- Η άμεση επαφή της μητέρας με το βρέφος μετά τον τοκετό,
- η διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας,
- η ηλικία της κάθε γυναίκας, η παρακολούθηση μαθημάτων τοκετού,
- η επιλογή του χώρου και του είδους της προγεννητικής φροντίδας/τοκετού,
- οι προσδοκίες που αφορούν τη διαδικασία του τοκετού,
- η αίσθηση της κάθε γυναίκας ότι διατηρεί τον έλεγχο και υπολογίζονται οι απόψεις της στη λήψη αποφάσεων,
- η ποιότητα των σχέσεων και της επικοινωνίας μεταξύ των γυναικών και του προσωπικού,
- η δυνατότητα υποβολής ερωτήσεων και η επίλυσή τους από τους επαγγελματίες υγείας [7, 42, 43].

Παρά το μεγάλο αριθμό διαφορετικών εννοιολογικών υποδειγμάτων για την ικανοποίηση, έχουν συμβάλει ελάχιστα στο να εξηγήσουν την ακριβή διαδικασία μέσα από την οποία οι ασθενείς εκφράζουν την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Όντως, από έρευνες που αξιολογούν τις εμπειρίες των γυναικών κατά την κύηση και τον τοκετό, αποδεικνύεται η αδυναμία των γυναικών να ερμηνεύσουν την έννοια που έχει για την κάθε γυναίκα ο όρος «ικανοποίηση» [7].

Ο βαθμός σημαντικότητας των υπηρεσιών περιγεννητικής φροντίδας για τη γυναίκα σχετίζεται με μια μεγαλύτερη μέση ικανοποίηση από τις μαιευτικές υπηρεσίες [44], ακόμα και στις περιπτώσεις που τα εμπόδια πρόσβασης σε αυτές ήταν λιγότερα [45]. Επίσης, όσο πιο μικρός είναι ο αριθμός των διαφορετικών λειτουργιών που είχαν εμπλακεί κατά την διάρκεια των προγεννητικών ελέγχων και κατά τον τοκετό, τόσο μεγαλύτερη ήταν η μέση

ικανοποίηση, επιβεβαιώνοντας την θετική επίδραση που έχει η συνέχεια της φροντίδας στην ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες [7]. Από την άλλη, όπως προκύπτει από κάποιες έρευνες, οι γυναίκες δέχονται την πιθανότητα να εξετάζονται από μια μικρή ομάδα εναλλασσόμενων λειτουργών αρκεί να χαρακτηρίζονται από φιλική διάθεση και να είναι υποστηρικτικοί απέναντί τους [35, 37].

Στην έρευνα των Teijlingen και συν. [7] δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μεταξύ των πολύτοκων και των πρωτοτόκων γυναικών κατά την προγεννητική φροντίδα και τη φροντίδα κατά τον τοκετό. Μικρή διαφορά παρατηρείται όμως, κατά τη φροντίδα μετά τον τοκετό, με τις πολύτοκες να εμφανίζονται ελαφρώς πιο ικανοποιημένες.

Υψηλότερη ικανοποίηση προκύπτει σε έρευνες όπου εξετάζεται η ομαδοποιημένη περιγεννητική φροντίδα και συγκεκριμένα το μοντέλο φροντίδας «Centering Pregnancy». Το μοντέλο αυτό συνδυάζει τα παραδοσιακά στοιχεία περιγεννητικής φροντίδας μαζί με ευκαιρίες επιμόρφωσης και κοινωνικής υποστήριξης τόσο από τους οικείους τους, όσο και από τους επαγγελματίες υγείας. Το σύστημα αυτό επιτρέπει στις γυναίκες να περνούν περισσότερο χρόνο με τον επαγγελματία υγείας παρά στην περίπτωση της ατομικής φροντίδας (16 ώρες στην ομαδοποιημένη φροντίδα σε σύγκριση με 3-4 ώρες στην ατομική φροντίδα), δίνει την ευκαιρία ανάπτυξης σχέσεων μεταξύ των μελών που συμμετέχουν στην ίδια ομάδα και άρει εμπόδια επικοινωνίας μεταξύ της επιτόκου και του επαγγελματία υγείας, χωρίς αύξηση του κόστους [46-48].

Ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, χαμηλή ικανοποίηση παρατηρείται εκεί όπου η συμπεριφορά και η επικοινωνία με το προσωπικό δεν ήταν η αναμενόμενη [9], οι παρεχόμενες πληροφορίες ήταν περιορισμένες [49], οι γυναίκες ένιωθαν αποδυναμωμένες από το προσωπικό χωρίς να έχουν καθόλου ρόλο στη λήψη αποφάσεων σε θέματα που τις αφορούν [50], η ηλικία τους ήταν μεταξύ 15-19 ετών [39] και ο αριθμός των επισκέψεων στις κλινικές εγκύων ήταν μειωμένος (χωρίς να υπάρχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας ή του εμβρύου) [51-53]. Οι γυναίκες που είναι μικρότερες των 25 ετών, με ιστορικό προηγούμενης αποβολής και υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ανεξάρτητα αν είναι πρωτότοκες ή πολύτοκες, ζητούν περισσότερες επισκέψεις [54].

Τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των γυναικών τυγχάνουν κάποιας σχετικής αμφισβήτησης από τη διεθνή βιβλιογραφία. Τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης μπορεί να οφείλονται στην πιθανή θετική προκατάληψη των χρηστών για κάποιες κρατικές υπηρεσίες, ο φόβος διακοπής της παροχής κάποιων υπηρεσιών σε γεωγραφικές περιοχές με λίγο πληθυσμό (όπως σε ορισμένες περιοχές της Σκωτίας) σε περίπτωση αρνητικής αξιολόγησης, η ύπαρξη

περιορισμένων επιλογών που δημιουργεί χαμηλότερες προσδοκίες και απαιτήσεις καθώς και η άγνοια για εναλλακτικές επιλογές [7,27].

Μέσα από την ανασκόπηση των ερευνών για την ικανοποίηση, συμπεραίνεται ότι παρουσιάζονται πολλοί περιορισμοί στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων [27,29]. Γι' αυτό, οι έρευνες ικανοποίησης πρέπει να αξιοποιούνται μόνο μετά από κριτική ανάλυση, με προσοχή και σαν μέρος και άλλων εργαλείων για τη περιγραφή του τρόπου παροχής των μαιευτικών υπηρεσιών στο μέλλον, γιατί σε διαφορετική περίπτωση όχι μόνο δεν έχουν να προσφέρουν σε προτάσεις μεταρρυθμίσεων για τη βελτίωση των υπηρεσιών, αλλά τείνουν να επηρεάζουν τη διατήρηση της υφιστάμενης τάξης πραγμάτων [7,27].

2.5 Συνεργασία με το γιατρό και τη μαία

Οι σχέσεις των γυναικών με το προσωπικό και με τον γιατρό καθορίζουν και το επίπεδο της συνεργασίας τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κριτικής σημασίας αποτελεί η οικοδόμηση μιας καλής σχέσης μεταξύ των γυναικών και του προσωπικού προκειμένου για τη συμμόρφωση των γυναικών με τις οδηγίες του προσωπικού [28]. Οι σχέσεις αυτές βασίζονται στους εξής πέντε άξονες: Γλώσσα, σεβασμός, εξατομίκευση της φροντίδας, υποστήριξη και παροχή πληροφοριών [5]. Η ιατρική ορολογία πολλές φορές είναι άγνωστη και δυσνόητη για τη μέση επίτοκο, δυσχεραίνοντας την επικοινωνία και τη συνεργασία των δύο μερών. Αυτό επιτείνεται, σε περιπτώσεις όπου είτε ο γιατρός είτε η επίτοκος είναι διαφορετικής εθνικότητας.

Στις περιπτώσεις όπου οι γυναίκες αισθάνονται ότι τυγχάνουν σεβασμού και διαφυλάττεται η αξιοπρέπειά τους από τον τρόπο που αντιμετωπίζονται από το προσωπικό, η συνεργασία είναι θετική, οι γυναίκες δηλώνουν ικανοποιημένες και συμμετέχουν περισσότερο ενεργά. Αντίθετα, η συνεργασία γίνεται δύσκολη στις περιπτώσεις όπου στις σχέσεις των δύο μερών κυριαρχεί η προκατάληψη και η διάκριση, κατακερματίζοντας κάθε έννοια σεβασμού π.χ. σε αλλοδαπές, φτωχές, χρήστριες εξαρτησιογόνων ουσιών, ανασφάλιστες, έγκυες γυναίκες χωρίς σύντροφο, γυναίκες υπό την επίβλεψη των κρατικών κοινωνικών υπηρεσιών και άστεγες [55,56]. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι γυναίκες αναζητούν λιγότερο συχνά μαιευτικές υπηρεσίες [57].

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 πρόγραμμα παρακολούθησης και

θεραπείας που να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους αλλά και που να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες ψυχικές και κοινωνικές τους ανάγκες [49], σεβόμενος τις θρησκευτικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της κάθε γυναίκας [58]. Σε αντίθετη περίπτωση, δηλαδή εκεί όπου οι γυναίκες αισθάνονταν ότι η εξέταση δεν ήταν καν εξατομικευμένη αλλά μηχανιστική και αποπροσωποποιημένη και τύγχαναν αντιμετώπισης σαν να ήταν ένα απλό νούμερο ή φάκελος και όχι άνθρωπος, οι σχέσεις τους με το προσωπικό παρέμεναν τυπικές και αδιάφορες, δημιουργώντας την αίσθηση δυσαρέσκειας και μειώνοντας την επιθυμία προσέλευσης στις επόμενες επισκέψεις [56].

Οι γυναίκες επιζητούν από το προσωπικό να δείχνει έμπρακτο ενδιαφέρον [19], να παρέχει συναισθηματική συμπαράσταση [40] και ενσυναίσθηση για τις ανησυχίες και τα προβλήματά τους [21]. Αυτό δημιουργεί απόλυτες συνθήκες εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο μερών. Μεγαλύτερη άνεση υπάρχει όταν το προσωπικό διαθέτει χιούμορ [19] και χρησιμοποιεί τις γνώσεις που έχουν αποκτηθεί από την εμπειρία του [21].

Αξία δίνεται στην ανάπτυξη φιλικών σχέσεων ανάμεσα στις γυναίκες και το προσωπικό [22], κάτι που μαζί με την καλή επικοινωνία βελτιώνουν την ικανοποίηση [23]. Οι γυναίκες που στο μαιευτικό τους ιστορικό παρουσιάζουν πολλαπλές αποβολές, επιπλοκές κατά την αρχή της κύησης και επεμβατικούς τοκετούς, χρειάζονται να έχουν μια πιο στενή σχέση με τις μαιές [16].

Όταν το προσωπικό διαθέτει επαγγελματικές δεξιότητες [1], χρόνο για να παρέχει πληροφορίες [59] και επεξηγήσεις στις γυναίκες αναφορικά με τις διάφορες μαιευτικές πράξεις ή διαδικασίες [55] και δίνει την ευκαιρία να ερωτηθεί και να απαντήσει στις απορίες των επιτόκων [56], δημιουργούνται αυτόματα συνθήκες άριστων σχέσεων και εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο μερών και αναπόφευκτα καλές σχέσεις συνεργασίας. Αδιαμφισβήτητο παραμένει το αντίθετο, σε περιπτώσεις όπου το προσωπικό δεν ακούει τις γυναίκες [21], αντιμετωπίζει τις ερωτήσεις τους ως μη σημαντικές [20], ή δεν παρέχει ικανοποιητικές εξηγήσεις και απαντήσεις [56].

Ειδικό μέρος

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η αξιολόγηση των εμπειριών των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες κατά την κύηση και τον τοκετό τους.

Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερωτήματα της παρούσας έρευνας ήταν τα ακόλουθα:

1. Τι θεωρούν ποιότητα φροντίδας οι επίτοκες γυναίκες;
2. πόσο ικανοποιημένες είναι από τη συνεργασία τους με τη μαία και το γυναικολόγο;
3. ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την ποιότητα και την ικανοποίηση των επίτοκων γυναικών από την παρεχόμενη φροντίδα;
4. πόσο ικανοποιημένες είναι οι επίτοκες γυναίκες από τη ζωή τους;
5. η ικανοποίηση των επίτοκων γυναικών από τη ζωή τους σχετίζεται με την ικανοποίηση των επίτοκων γυναικών από την παρεχόμενη φροντίδα;

Μέθοδος

Για το σκοπό της παρούσας εργασίας επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο K.I.M. (Kuorio Instrument for Mothers), μεταφρασμένο και σταθμισμένο σε ελληνικό πληθυσμό [63]. Οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου αποτελούν: η ύπαρξή του σε ελληνική μορφή, η αξιολόγηση που προσφέρει ως προς τις εμπειρίες των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του (δοκιμασίας και επαναδοκιμασίας) και η πολιτισμική του προσαρμογή σε ελληνικό πληθυσμό.

Η αξιολόγηση των εμπειριών των γυναικών από τη γέννα τους έγινε με τη χρήση του πιο πάνω ερωτηματολογίου που χωρίζεται σε 3 μέρη:

A. Δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών, τον αριθμό των τοκετών, το είδος του τελευταίου τοκετού και ερωτήσεις για την επιλογή του τοκετού και την παρακολούθηση μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα.

B. Συνολικές κλίμακες (global scales)

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου περιέχονται ερωτήσεις που ζητούσαν από τις γυναίκες να εκφράσουν μια συνολική άποψη για κάποια θέματα. Αναλυτικότερα:

1. οι ερωτήσεις: 10: «Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε τις υπηρεσίες που σας παρέχονται στο νοσοκομείο», 16: «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν», 17: «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε τις υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν από τις μαίες», 18: «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε τις διοικητικές υπηρεσίες» και 19: «Από 0 (καθόλου) έως 10 (τέλεια) πόσο ασφαλής αισθανθήκατε μέσα στο νοσοκομείο», αφορούν τη **συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες**.
2. οι ερωτήσεις: 20: «από 0-10 πόσο ικανοποιημένη είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς», 21: «από 0-10 πόσο ικανοποιημένη είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τις μαίες», 22: «από 0-10 πώς θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα», αφορούν την αξιολόγηση της **συνολικής ποιότητας της φροντίδας** από τις γυναίκες.

Γ. Οι κλίμακες:

Στο τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνονται οι ακόλουθες κλίμακες:

1. Η κλίμακα 26 ερωτήσεων που αξιολογεί το βαθμό σημαντικότητας για συζήτηση κάποιων θεμάτων με το προσωπικό, στην οποία οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν από 0 (καθόλου σημαντικό) έως 10 (πάρα πολύ σημαντικό) πόσο σημαντικό ήταν για αυτές να συζητηθεί το θέμα. Στην ίδια κλίμακα και στις ίδιες ερωτήσεις οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν αν το θέμα συζητήθηκε επαρκώς επιλέγοντας το Ναι, Όχι ή το Δε θυμάμαι,
2. η κλίμακα ικανοποίησης από τη συνεργασία με το γυναικολόγο στην αίθουσα τοκετού στην οποία οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν από 1 «απόλυτα επαρκώς» έως 5 «Δε θυμάμαι»,
3. η κλίμακα ικανοποίησης από τη συνεργασία με τη μαία στην αίθουσα τοκετού στην οποία οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν από 1 «απόλυτα επαρκώς» έως 5 «Δε θυμάμαι» και
4. η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα προσώπου του ερωτηματολογίου δόθηκε σε μια ομάδα 5 ατόμων (ερευνητές, μαίες και γιατρούς) οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν πόσο κατάλληλες είναι οι ερωτήσεις για το σκοπό της έρευνας και να προτείνουν πιθανές γλωσσικές αλλαγές. Τα σχόλιά τους λήφθηκαν υπόψη για τη διαμόρφωση της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου.

Για τη διασφάλιση της εγκυρότητας δομής και περιεχομένου του ερωτηματολογίου ανασκοπήθηκε η αντίστοιχη βιβλιογραφία και καταλήξαμε στη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Για τη χρήση της ελληνικής έκδοσης δόθηκε άδεια από τους δημιουργούς της.

Ακολούθησε πιλοτική μελέτη του ερωτηματολογίου σε δείγμα 5 γυναικών με τη χρήση συμπληρωματικής συνέντευξης για περαιτέρω σχόλια και για την αξιολόγηση του βαθμού κατανόησης των ερωτήσεων.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στις λεχwoίδες που νοσηλεύονταν στο θάλαμο νοσηλείας τη δεύτερη μέρα μετά από φυσιολογικό τοκετό και την τρίτη μετά από καισαρική τομή. Μετά την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου επιστρεφόταν σε κλειστό φάκελο και σε κάλη, σε μια προσπάθεια διασφάλισης της μέγιστης δυνατής αντικειμενικότητας των αποτελεσμάτων.

Δείγμα

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος είναι: (1) η επιθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα, (2) ηλικία >18 ετών, (3) να γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα και (4) να έχουν γεννήσει στο νοσοκομείο.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 167 λεχwoίδες και χρειάστηκε διάστημα τριών μηνών για τη συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες IBM-SPSS 19 (Statistical Package for Social Sciences). Οι στατιστικές δοκιμασίες που επιλέχθηκαν για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των μεταβλητών της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

- Η δοκιμασία χ^2 που χρησιμοποιείται για να ελεγχθεί αν δυο κατηγορικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες και αν οι κατανομές των μεταβλητών είναι ίδιες. Μια τιμή του χ^2 στο επίπεδο σημαντικότητας του 0.05 ή λιγότερο, συχνά ερμηνεύεται από τους κοινωνικούς επιστήμονες σαν ένας λόγος για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ότι η μεταβλητή της γραμμής του πίνακα δεν σχετίζεται (δηλαδή σχετίζεται τυχαία) με την μεταβλητή της στήλης.
- Η δοκιμασία *student's t-test* που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της διαφοράς των μεταβλητών στις μέσες τιμές τους. Όταν η κατανομή είναι κανονική, χρησιμοποιείται η δοκιμασία t-test, διαφορετικά, χρησιμοποιείται κάποιο μη παραμετρικό κριτήριο, εκτός και αν το δείγμα είναι μεγάλο. Στην περίπτωση αυτή, τα αποτελέσματα των δοκιμασιών ισχύουν ασυμπτωματικά, λόγω του κεντρικού θεωρήματος.
- Η δοκιμασία ANOVA, η οποία επιχειρεί να αναδείξει την επίδραση των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών (που ονομάζονται παράγοντες) σε μια διαστημική εξαρτημένη μεταβλητή. Το F-test είναι μια συνολική δοκιμασία της μηδενικής υπόθεσης ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, δεν διαφέρουν. Για τη δοκιμασία ANOVA, οι παραδοχές είναι: (1) η ομοιογένεια των διακυμάνσεων: η εξαρτημένη μεταβλητή πρέπει να έχει την ίδια διακύμανση σε κάθε κατηγορία της ανεξάρτητης μεταβλητής. Ένας αυθαίρετος κανόνας λέει ότι θα πρέπει η αναλογία της μεγαλύτερης προς τη μικρότερη ομάδα διακυμάνσεων να είναι μικρότερη από 3, (2) η δοκιμασία της ομοιογένειας της διακύμανσης Levene's, χρησιμοποιείται για να ελέγξει την παραδοχή της ανάλυσης ANOVA ότι κάθε ομάδα (κατηγορία) της ανεξάρτητης μεταβλητής, έχει την ίδια διακύμανση. Εάν η δοκιμασία αυτή είναι σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας 0.05, ή μικρότερο, ο ερευνητής, απορρίπτει την μηδενική υπόθεση ότι οι ομάδες έχουν όμοια διακύμανση. Ωστόσο πρέπει να σημειώσουμε ότι σε περίπτωση που δεν εκπληρώνεται η συνθήκη της ομοιογένειας των διακυμάνσεων, δεν είναι κακό για την ανάλυση ANOVA, που είναι σχετικά ανθεκτική (robust) όταν οι ομάδες του δείγματος είναι παρόμοιου μεγέθους. Σε περίπτωση που δεν επιβεβαιώνεται η ομοιογένεια της διακύμανσης των μεταβλητών, χρησιμοποιούμε άλλες εναλλακτικές μεθόδους που ισχύουν και για ανόμοια, στο μέγεθος, δείγματα, όπως: η δοκιμασία Games-Howell GH, που σχεδιάστηκε για ανόμοιες διακυμάνσεις ή ανόμοια δείγματα, η Dunnett's T3 Dunnette's C, η Tamhane's T2, που είναι πιο συντηρητική δοκιμασία.
- Η ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ δυο μεταβλητών. Οι συσχετίσεις μας είναι στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο 0.05. Σε διαφορετική περίπτωση, αναφέρουμε το αντίστοιχο επίπεδο σημαντικότητας.

- Ο υπολογισμός του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha.

Αποτελέσματα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 167 γυναίκες που γέννησαν. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 1, η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος ήταν δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι, παντρεμένες και απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

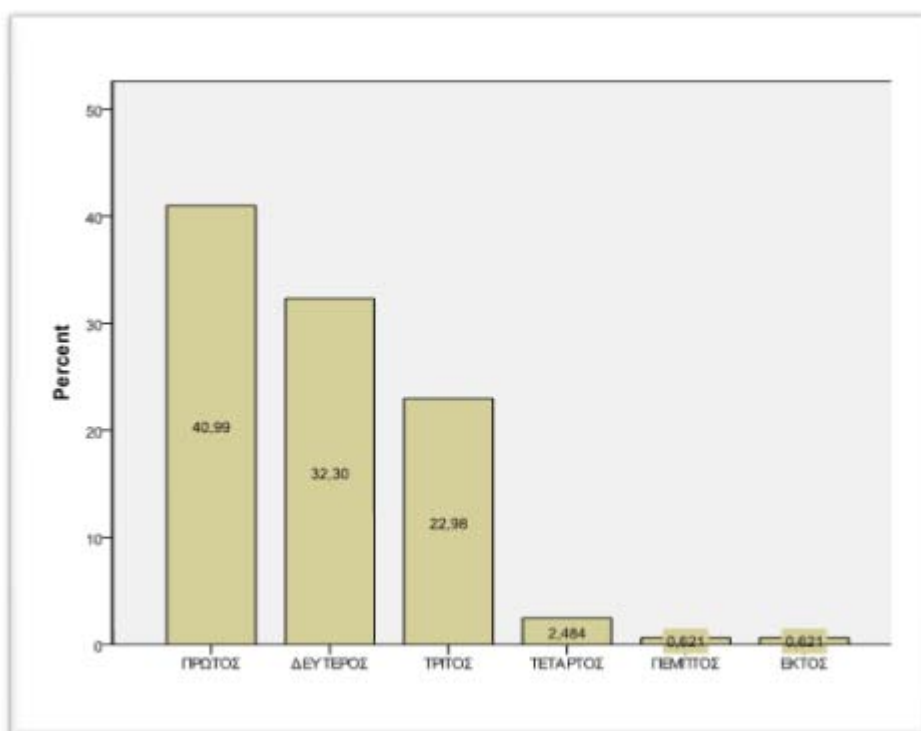
Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητή	N	%
Επάγγελμα		
δημόσιος υπάλληλος	64	38,8
ιδιωτικός υπάλληλος	53	32,1
Άνεργη	14	8,5
Φοιτήτρια	4	2,4
Εργάτρια	3	1,8
Οικιακά	18	10,9
Άλλο	9	5,5
Οικογενειακή κατάσταση		
ΣΥΜΒΙΩΣΗ	8	4,8
ΧΩΡΙΣΜΕΝΗ	1	0,6
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ	146	88,5
ΑΝΥΠΑΝΤΡΗ	10	6,1
Εκπαίδευση		
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	2	1,2
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	8	4,8
ΛΥΚΕΙΟ	29	17,6
ΚΟΛΛΕΓΙΟ	34	20,6
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	74	44,8
ΜΑΣΤΕΡ	16	9,7
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	2	1,2

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 30,58±0,70 έτη με ελάχιστη τιμή τα 17 και μέγιστη τα 50 έτη. Η διάμεση ηλικία ήταν τα 29 έτη.

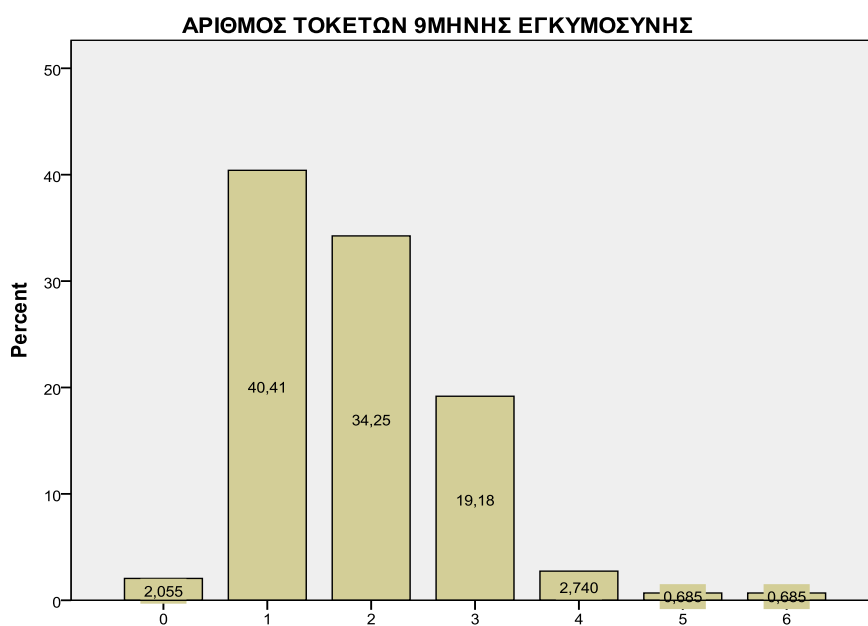
Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 1, ο τοκετός αυτός είναι για το 40,9% των συμμετεχόντων ο πρώτος, για το 32,3% ο δεύτερος και για το 22,98% ο τρίτος.

Διάγραμμα 1: Αριθμός τοκετών



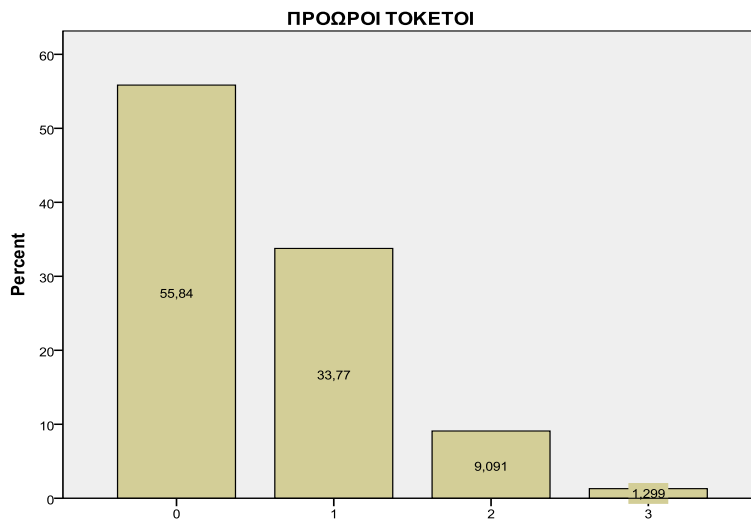
Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών δήλωσαν ότι έχουν συμπληρώσει από έναν έως τρεις τοκετούς ύστερα από 9μηνη εγκυμοσύνη.

Διάγραμμα 2: Αριθμός τοκετών



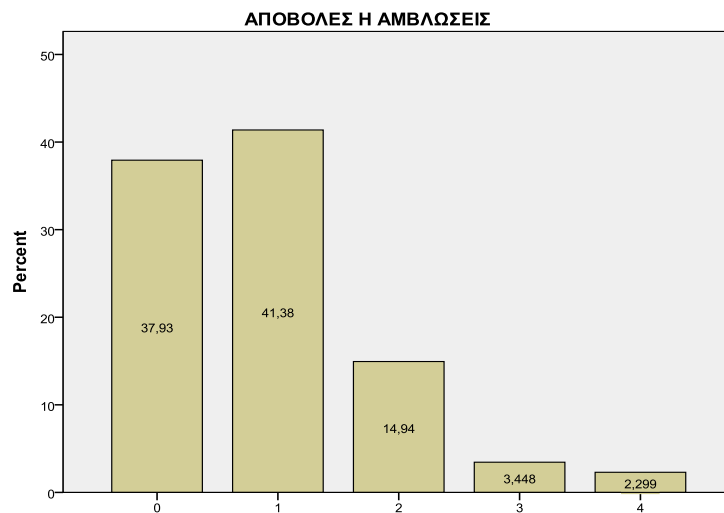
Οι μισές γυναίκες δε δήλωσαν κάποιον πρόωρο τοκετό, ενώ το 42% δήλωσαν από έναν έως δυο πρόωρους τοκετούς (διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 3: Αριθμός πρόωρων τοκετών



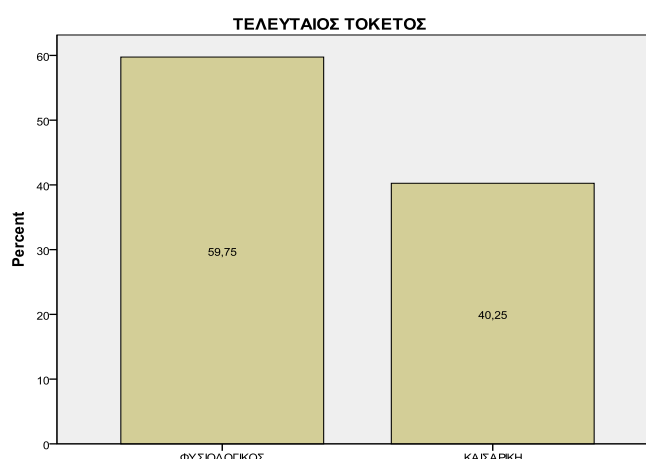
Μόλις το 38% των γυναικών δεν ανέφεραν κάποια αποβολή ή άμβλωση, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 4.

Διάγραμμα 4: Αριθμός αποβολών ή άμβλώσεων



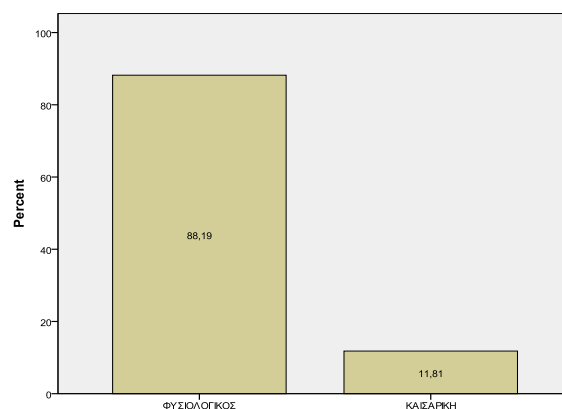
Ο τελευταίος τοκετός, για το 60% των γυναικών έγινε με φυσιολογικό τρόπο και το 40% με καισαρική τομή (διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5: Είδος τελευταίου τοκετού



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 6, το 88% των γυναικών δήλωσαν πως εάν μπορούσαν να διαλέξουν το είδος του τοκετού, θα προτιμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά. Η δοκιμασία χ^2 έδειξε πως μεταξύ των γυναικών που γέννησαν με καισαρική το 74,5% θα επιθυμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά εάν μπορούσαν να διαλέξουν το είδος τοκετού, σε αντίθεση με όσες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και απάντησαν όλες πως επιθυμούν τον φυσιολογικό τοκετό ($p < 0.001$).

Διάγραμμα 6: Επιλογή του τοκετού



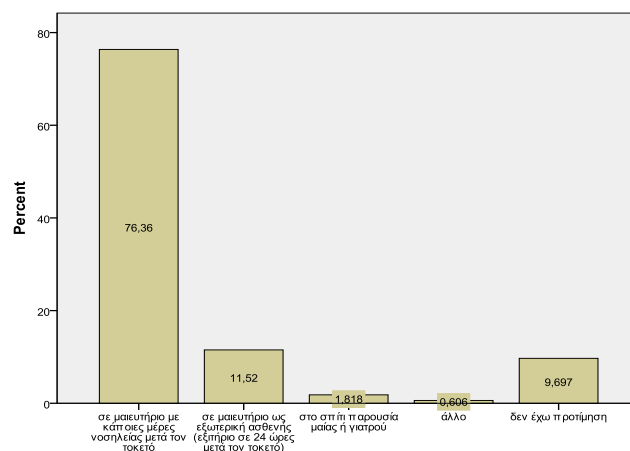
Η δοκιμασία t-test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,780$) στη μέση ηλικία των γυναικών που δήλωσαν πως εάν μπορούσαν να διαλέξουν το είδος του τοκετού, θα προτιμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά ($30,27 \pm 5,17$) και αυτών που δήλωσαν με καισαρική ($30,82 \pm 7,75$).

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, μόνο το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p = 0,003$) με την επιλογή του τοκετού. Πιο συγκεκριμένα, το 96% των αποφοίτων κολλεγίου, το 95,5% των αποφοίτων Πανεπιστημίου, το 87,5% των

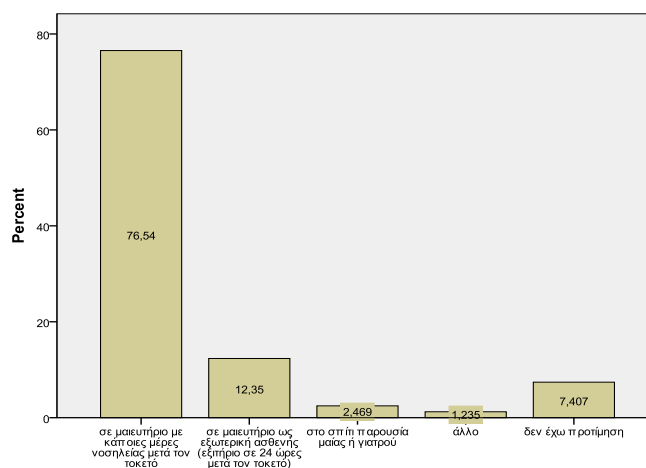
αποφοίτων Γυμνασίου, το 78,6% των αποφοίτων Λυκείου και το 64,7% των κατόχων μάστερ ή διδακτορικού δήλωσαν πως εάν μπορούσαν να διαλέξουν το είδος του τοκετού, θα προτιμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά.

Στην ερώτηση εάν μπορούσατε να επιλέξετε, πού θα προτιμούσατε να γεννήσετε για τον πρώτο τοκετό οι περισσότερες (διάγραμμα 7α) δήλωσαν σε μαιευτήριο με κάποιες μέρες νοσηλείας μετά τον τοκετό, ενώ μόλις το 1,81% απάντησαν στο σπίτι παρουσία μαιίας ή γιατρού. Παρόμοιες και οι απαντήσεις για τον δεύτερο τοκετό (διάγραμμα 7β) με τη γέννα στο σπίτι παρουσία μαιίας ή γιατρού να αυξάνεται στο 2,46%.

Διάγραμμα 7α: Επιλογή του πρώτου και του τοκετού



Διάγραμμα 7β: Επιλογή του δεύτερου τοκετού



Το 78,4% των γυναικών έχουν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες στο διαδίκτυο (ιντερνέτ), για αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Στην ερώτηση από 0 (πολύ δύσκολη) έως 10 (πολύ εύκολη) πώς θα περιγράφατε την εμπειρία του τοκετού σας η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν $5,80 \pm 2,60$, η διάμεση ήταν 6,5

και οι απαντήσεις κυμάνθηκαν από 0 έως 10. Το t-test δεν έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,650$) στην εμπειρία του τοκετού μεταξύ των νέων ($5,92\pm 2,75$) και των λιγότερο νέων γυναικών ($5,72\pm 2,45$) ούτε ($p=0,437$) και μεταξύ όσων γέννησαν με φυσιολογικό ($5,97\pm 2,92$) ή με καισαρική τομή ($5,62\pm 2,68$). Δεν υπήρξε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0,070$) ανάμεσα στην εμπειρία του τοκετού και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρασχέθηκαν στο νοσοκομείο.

Σημαντικότητα συζήτησης θεμάτων περί του τοκετού

Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν πόσο σημαντικό είναι για τις ίδιες να συζητηθούν κάποια θέματα απαντώντας από 0 (καθόλου σημαντικό) έως 10 (πάρα πολύ σημαντικό).

Πίνακας 2: Μέσες τιμές και αποκλίσεις στις ερωτήσεις περί της σημαντικότητας συζήτησης κάποιων θεμάτων για εγκυμοσύνη και τοκετό

Ερώτηση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Φυσιολογική εξέλιξη εγκυμοσύνης	8,43	2,584
Σωματικές αλλαγές	8,30	1,936
Κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη και μετά τη γέννα	8,29	2,342
Παρακολούθηση του εμβρύου	9,52	1,224
Γέννα	9,65	0,928
Φόβος της γέννας	8,79	1,896
Ανακούφιση από τους πόνους του τοκετού	9,00	1,612
Καισαρική τομή	8,55	2,031
Ανάνηψη μετά τη γέννα	8,79	2,042
Θηλασμός	9,49	1,230
Διατροφή και γεύματα	8,70	1,968
Ξεκούραση και άσκηση	8,33	2,302
Κάπνισμα	8,02	3,042
Αλκοόλ	7,93	3,141
Ναρκωτικά	7,79	3,282
Φάρμακα	7,94	3,215
Οικονομική κατάσταση	6,56	3,361
Συζυγικές σχέσεις	7,17	3,230
Σεξουαλική ζωή	7,88	2,557
Πως να ανταποκριθεί κανείς στις υποχρεώσεις του ως μητέρα και πατέρα	9,09	1,875
Φροντίδα μωρού	9,55	1,260
Πιθανότητα απόκτησης άρρωστου μωρού	9,42	1,478
Ανατροφή	9,01	1,774
Προετοιμασία των αδερφών να δεχθούν το μωρό	8,63	2,351
Αισθήματα και εμπειρίες σχετιζόμενες με τη μητρότητα	8,87	1,870
Αισθήματα και εμπειρίες σχετιζόμενες με την πατρότητα	8,51	2,268

Όπως φαίνεται στον πίνακα 2, αυτά που θεωρούν πιο σημαντικά οι γυναίκες είναι:

1. Η γέννα,
2. η φροντίδα του μωρού και
3. η παρακολούθηση του εμβρύου.

Αυτά που θεωρούν λιγότερο σημαντικά οι γυναίκες είναι:

1. Η οικονομική τους κατάσταση,
2. οι συζυγικές τους σχέσεις και
3. τα ναρκωτικά

Ο συντελεστής Cronbach's alpha της κλίμακας ήταν **0,845**. Καμιά ερώτηση αν αφαιρούνταν δεν θα βελτίωνε τον συντελεστή Cronbach's alpha. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 3 οι συνάφειες κυμαίνονται από 0,16 μέχρι 0,53 και θεωρούνται ικανοποιητικές. Υποδεικνύουν σχετικά ικανοποιητικούς δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι κατάλληλες.

Η δοκιμασία ANOVA δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολογία στην κλίμακα ως προς την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,830$), την εκπαίδευση ($p=0,070$), το επάγγελμα ($p=0,230$), τον αριθμό των τοκετών ($p=0,547$) και το είδος του τελευταίου τοκετού ($p=0,530$).

Για λόγους σύγκρισης οι γυναίκες χωρίστηκαν σε δυο ομάδες με κριτήριο τη διάμεση ηλικία τους (οι νέες κάτω από 29 και οι λιγότερο νέες πάνω από 30). Η δοκιμασία t-test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,211$) στη μέση βαθμολογία μεταξύ των νέων και των λιγότερο νέων γυναικών.

Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά της κλίμακας περί της σημαντικότητας συζήτησης κάποιων θεμάτων για εγκυμοσύνη και τοκετό

	<i>Μέση τιμή κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
Ερώτηση	213,76	0,160	0,843
Φυσιολογική εξέλιξη εγκυμοσύνης	213,89	0,328	0,836
Σωματικές αλλαγές	213,90	0,522	0,829
Κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη και μετά τη γέννα	212,67	0,350	0,836
Παρακολούθηση του εμβρύου	212,54	0,280	0,838
Γέννα	213,40	0,356	0,835
Φόβος της γέννας	213,19	0,290	0,837
Ανακούφιση από τους πόνους του τοκετού	213,64	0,418	0,833
Καισαρική τομή	213,40	0,477	0,831
Ανάνηψη μετά τη γέννα	212,70	0,318	0,837
Θηλασμός	213,49	0,467	0,832
Διατροφή και γεύματα	213,86	0,416	0,833
Ξεκούραση και άσκηση	214,17	0,532	0,828
Κάπνισμα	214,26	0,496	0,829
Αλκοόλ	214,40	0,439	0,833
Ναρκωτικά	214,25	0,342	0,837
Φάρμακα	215,63	0,265	0,842
Οικονομική κατάσταση	215,02	0,398	0,835
Συζυγικές σχέσεις	214,31	0,373	0,835
Σεξουαλική ζωή	213,10	0,489	0,831
Πως να ανταποκριθεί κανείς στις υποχρεώσεις του ως μητέρα και πατέρα	212,64	0,364	0,836
Φροντίδα μωρού	212,77	0,300	0,837
Πιθανότητα απόκτησης άρρωστου μωρού	213,18	0,455	0,833
Ανατροφή	213,56	0,391	0,834
Προετοιμασία των αδερφών να δεχθούν το μωρό	213,32	0,441	0,833
Αισθήματα και εμπειρίες σχετιζόμενες με τη μητρότητα	213,68	0,456	0,832
Αισθήματα και εμπειρίες σχετιζόμενες με την πατρότητα	213,76	0,160	0,843

Ικανοποίηση από τη συζήτηση θεμάτων περί του τοκετού

Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν εάν τα παραπάνω θέματα συζητήθηκαν επαρκώς επιλέγοντας την απάντηση ναι, όχι και δεν θυμάμαι. Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, αυτά που συζητήθηκαν ικανοποιητικά/επαρκώς ήταν τα ακόλουθα:

1. Η παρακολούθηση του εμβρύου,
2. η φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης,
3. η γέννα και
4. ο θηλασμός.

Αυτές οι απαντήσεις εάν συνδυαστούν με τις απαντήσεις στον πίνακα 2, διαπιστώνουμε ότι η παρακολούθηση του εμβρύου και η γέννα που θεωρούνται τα πιο σημαντικά ζητήματα για τις γυναίκες συζητήθηκαν ικανοποιητικά/επαρκώς.

Αυτά που συζητήθηκαν λιγότερο ικανοποιητικά/επαρκώς είναι:

1. Η οικονομική κατάσταση,
2. η κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη και μετά τη γέννα και
3. οι συζυγικές σχέσεις

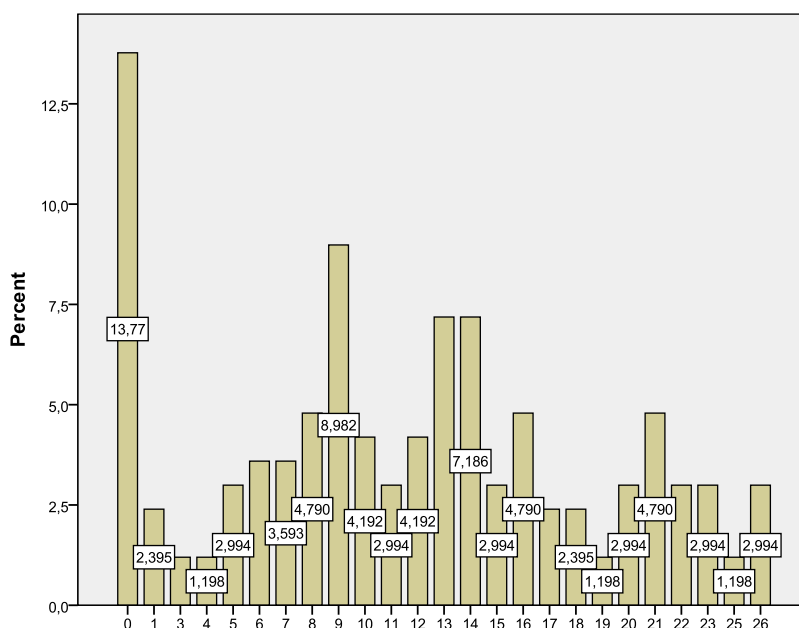
Πάλι αν συνδυαστούν οι απαντήσεις με τις απαντήσεις στον πίνακα 2, διαπιστώνουμε ότι η οικονομική κατάσταση οι συζυγικές σχέσεις μπορεί να συζητήθηκαν λιγότερο ικανοποιητικά/επαρκώς όμως δεν τα θεωρούν σημαντικά θέματα προς συζήτηση οι γυναίκες του δείγματος.

Πίνακας 4: συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων περί της συζήτησης κάποιων θεμάτων για εγκυμοσύνη και τοκετό

Ερώτηση	ΝΑΙ		ΟΧΙ		ΔΕ ΘΥΜΑΜΑΙ	
	N	%	N	%	N	%
Φυσιολογική εξέλιξη εγκυμοσύνης	107	72,3	40	27	1	0,7
Σωματικές αλλαγές	77	52	65	43,9	6	4,1
Κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη και μετά τη γέννα	47	32,2	89	61	10	6,8
Παρακολούθηση του εμβρύου	112	76,2	32	21,8	3	2
Γέννα	105	71,9	38	26	3	2,1
Φόβος της γέννας	58	40,3	74	51,4	12	8,3
Ανακούφιση από τους πόνους του τοκετού	72	48,6	66	44,6	10	6,8
Καισαρική τομή	81	56,6	60	42	2	1,4
Ανάνηψη μετά τη γέννα	55	38,2	72	50	17	11,8
Θηλασμός	102	68,9	33	22,3	13	8,8
Διατροφή και γεύματα	100	68	36	24,5	11	7,5
Ξεκούραση και άσκηση	79	53,7	56	38,1	12	8,2
Κάπνισμα	79	53,7	61	41,5	7	4,8
Αλκοόλ	70	47,6	64	43,5	13	8,8
Ναρκωτικά	67	45,6	71	48,3	9	6,1
Φάρμακα	73	49,7	63	42,9	11	7,5
Οικονομική κατάσταση	41	27,5	93	62,4	15	10,1
Συζυγικές σχέσεις	50	33,8	80	54,1	18	12,2
Σεξουαλική ζωή	61	41,5	75	51	11	7,5
Πως να ανταποκριθεί κανείς στις υποχρεώσεις του ως μητέρα και πατέρας	67	47,2	58	40,8	17	12
Φροντίδα μωρού	93	63,7	51	34,9	2	1,4
Πιθανότητα απόκτησης άρρωστου μωρού	67	46,5	60	41,7	17	11,8
Ανατροφή	65	45,1	66	45,8	13	9
Προετοιμασία των αδερφών να δεχθούν το μωρό	52	36,4	75	52,4	16	11,2
Αισθήματα και εμπειρίες σχετιζόμενες με τη μητρότητα	69	47,6	62	42,8	14	9,7
Αισθήματα και εμπειρίες σχετιζόμενες με την πατρότητα	58	40,6	69	48,3	16	11,2

Για λόγους σύγκρισης, αθροίστηκαν μόνο οι θετικές απαντήσεις στις ερωτήσεις αν συζητήθηκαν ικανοποιητικά/επαρκώς τα 26 θέματα. Η διάμεση τιμή ήταν το 12 και η μέση 11,42. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 8, το 13,7% των γυναικών δήλωσαν ότι κανένα από τα 26 δε συζητήθηκαν επαρκώς, ενώ το 2,99% απάντησαν και τα 26. Το 8,98% απάντησαν τα 9 θέματα και από 7,18% τα 13 και 14 θέματα.

Διάγραμμα 8: Ποσοστιαία κατανομή των θετικών απαντήσεων στα 26 θέματα



Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό απάντησαν ότι συζητήθηκαν περισσότερα θέματα σε σχέση με όσες γέννησαν με καισαρική τομή και αυτή η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική (πίνακας 7). Το ίδιο και για όσες αυτές ήταν ο δεύτερος τοκετός.

Πίνακας 7: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των γυναικών που είχαν φυσιολογικό τοκετό και καισαρική

Μεταβλητή	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	P value
Φυσιολογικός τοκετός	95	11,94	7,40	0,035
Καισαρική	64	9,58	6,43	
Τοκετός				
Πρώτος	66	11,30	7,686	0,003
Δεύτερος	52	13,38	6,117	
≥3	43	8,44	6,891	

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική ασθενής συσχέτιση ($r=-0,169$, $p=0,048$) στον αριθμό των θετικών απαντήσεων των γυναικών και στη συνολική βαθμολογία τους στην κλίμακα συνεργασίας με τη μαία και με το γιατρό ($r=-0,232$, $p=0,006$). Αυτό σημαίνει πως όσο πιο πολλά έγιναν τόσο πιο ικανοποιημένες ήταν οι γυναίκες από τη συνεργασία τους με το γιατρό και τη μαία.

Δεν παρατηρήθηκε (αν και οριακά) στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r=0,151$, $p=0,055$) ανάμεσα στον αριθμό των θετικών απαντήσεων των γυναικών και στην αξιολόγηση των μαιευτικών και των ιατρικών υπηρεσιών ($r=0,155$, $p=0,065$) που τους προσφέρθηκαν.

Γενική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Στην γενική ερώτηση από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν $8,40 \pm 1,61$ η διάμεση ήταν 9 και το εύρος των απαντήσεων από 1 έως 10.

Αναφορικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν από τις μαιείς, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν $8,90 \pm 1,58$ η διάμεση ήταν 10 και το εύρος των απαντήσεων από 0 έως 10.

Αναφορικά με την αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών που προσφέρθηκαν από τις μαιείς, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν $7,35 \pm 2,25$ η διάμεση ήταν 8 και το εύρος των απαντήσεων από 0 έως 10.

Σχετικά με το πόσο ασφαλείς αισθάνθηκαν μέσα στο νοσοκομείο, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν $8,33 \pm 2,38$ η διάμεση ήταν 9 και το εύρος των απαντήσεων από 1 έως 10.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση αξιολόγηση των υπηρεσιών μεταξύ των νέων και των λιγότερο νέων γυναικών.

Πίνακας 5: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των νέων και των λιγότερο νέων γυναικών

Αξιολόγηση	Ηλικιακή ομάδα	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	p
Ιατρικών υπηρεσιών	Νέες	81	8,19	1,878	0,087
	Λιγότερο νέες	75	8,63	1,228	
Μαιευτικών υπηρεσιών	Νέες	81	8,98	1,516	0,502
	Λιγότερο νέες	77	8,81	1,663	
Διοικητικών υπηρεσιών	Νέες	78	7,40	2,478	0,104
	Λιγότερο νέες	75	7,29	1,944	
Ασφάλεια	Νέες	81	8,49	2,287	0,310
	Λιγότερο νέες	77	8,10	2,527	

Για λόγους σύγκρισης έγινε ομαδοποίηση των επιπέδων εκπαίδευσης σε τρεις κατηγορίες: Β/βάθμια εκπαίδευση, Γ/βάθμια και Μάστερ/PhD. Η δοκιμασία ANOVA (πίνακα 6), έδειξε πως υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση αξιολόγηση των υπηρεσιών μεταξύ των γυναικών διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης.

Πίνακας 6: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης

Αξιολόγηση		N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	P value (1)
Ιατρικών υπηρεσιών	B/BAΘΜΙΑ	38	9,05	1,038	
	Γ/BAΘΜΙΑ	103	8,25	1,702	0,008
	ΜΑΣΤΕΡ/PhD	18	7,72	1,776	0,004
	Σύνολο	159	8,38	1,622	
Μαιευτικών υπηρεσιών	B/BAΘΜΙΑ	38	8,82	2,038	
	Γ/BAΘΜΙΑ	105	8,94	1,492	0,676
	ΜΑΣΤΕΡ/PhD	18	8,72	1,074	0,738
	Σύνολο	161	8,89	1,593	
Διοικητικών υπηρεσιών	B/BAΘΜΙΑ	34	8,24	1,955	
	Γ/BAΘΜΙΑ	104	7,14	2,304	0,014
	ΜΑΣΤΕΡ/PhD	18	6,61	2,118	0,013
	Σύνολο	156	7,32	2,258	
Ασφάλεια	B/BAΘΜΙΑ	38	9,32	1,544	
	Γ/BAΘΜΙΑ	105	8,10	2,536	0,002
	ΜΑΣΤΕΡ/PhD	18	7,50	2,431	0,023
	Σύνολο	161	8,32	2,389	

(1) Οι τιμές p αφορούν την σύγκριση της Β/βάθμιας εκπαίδευσης ως προς τις υπόλοιπες βαθμίδες

Πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερο το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο μικρότερη η ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες και από τις διοικητικές και τόσο λιγότερο ασφαλείς αισθάνονταν στο νοσοκομείο.

Η δοκιμασία t-test έδειξε πως ενώ το είδος του τελευταίου τοκετού (φυσιολογικός ή καισαρική τομή) δεν επηρέασε την συνολική ικανοποίηση των γυναικών από τις ιατρικές υπηρεσίες, από τις διοικητικές και το αίσθημα ασφαλείας τους στο νοσοκομείο, επηρέασε την συνολική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των μαιών (πίνακας 7). Πιο ειδικά, οι γυναίκες που

γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ήταν στατιστικά σημαντικά ($p=0,020$) πιο ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες που παρείχαν οι μαίες έναντι όσων γέννησαν με καισαρική τομή.

Πίνακας 7: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των γυναικών που είχαν φυσιολογικό τοκετό και καισαρική

Αξιολόγηση	Τελευταίος τοκετός	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	P value
Ιατρικών υπηρεσιών	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	95	8,35	1,616	0,943
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	58	8,33	1,679	
Μαιευτικών υπηρεσιών	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	95	9,12	1,304	0,020
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	60	8,50	1,961	
Διοικητικών υπηρεσιών	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	93	7,25	2,316	0,930
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	57	7,28	2,234	
Ασφάλεια	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	95	8,52	2,036	0,203
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	60	8,02	2,813	

Αξιολόγηση της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και με τη μαία

Προκειμένου να αξιολογηθεί η συνεργασία των γυναικών με τον γυναικολόγο, οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 10 ερωτήσεις. Στον πίνακα 8α φαίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά απαντήσεων σε καθεμιά ερώτηση. Όπως διαπιστώνεται, ο γυναικολόγος επαρκώς (απολύτως και σχεδόν) σεβάστηκε το σώμα τους στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες, τους εξήγησε τους λόγους για τους οποίους ακολουθήθηκαν οι διάφορες διαδικασίες και τους πληροφορούσε για την πορεία της γέννας.

Αυτά που δεν αναπτύχθηκαν επαρκώς είναι: (1) Δεν μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία και (2) δεν ένιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου.

Αντίστοιχα για να αξιολογηθεί η συνεργασία των γυναικών με τη μαία, οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 14 ερωτήσεις. Στον πίνακα 8β φαίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά απαντήσεων σε καθεμιά ερώτηση. Όπως διαπιστώνεται, η μαία επαρκώς (απολύτως και σχεδόν) σεβάστηκε το σώμα τους στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες, τους ενημέρωσε για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο (π.χ.

κίνηση, αναπνοές) και μπορούσαν να εκφράσουν ελεύθερα τα δικά τους συναισθήματα για τη γέννα.

Αυτά που δεν αναπτύχθηκαν επαρκώς είναι: (1) Μπόρεσα να σχεδιάσω τη γέννα μου μαζί με τη μαία και (2) μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία.

Πίνακας 8α: Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο

Ερώτηση	Απόλυτα επαρκώς		Σχεδόν επαρκώς		Σχεδόν ανεπαρκώς		Απόλυτα ανεπαρκώς		Δε θυμάμαι	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	63	41,4	46	30,3	18	11,8	4	2,6	21	13,8
Σε περιπτώσεις που έπρεπε να πάρω απόφαση, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	65	42,8	45	29,6	21	13,8	5	3,3	16	10,5
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	85	52,8	39	24,2	13	8,1	14	8,7	10	6,2
Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	50	32,3	28	18,1	16	10,3	42	27,1	19	12,3
Ένιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου	55	35,5	43	27,7	31	20,0	15	9,7	11	7,1
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	72	46,5	42	27,1	23	14,8	8	5,2	10	6,5
Η ιατρική αγωγή που έλαβα ήταν σύμφωνη με τις προσδοκίες μου	84	52,5	50	31,3	16	10,0	3	1,9	7	4,4
Σεβάστηκε το σώμα μου στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες	105	65,6	39	24,4	8	5,0	-	-	8	5,0
Μου εξήγησε τους λόγους για τους οποίους ακολουθήθηκαν οι διάφορες διαδικασίες	85	53,5	43	27,0	14	8,8	6	3,8	11	6,9
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την αγωγή	58	36,7	53	33,5	16	10,1	14	8,9	17	10,8

Πίνακας 8β: Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τη μαία

Ερώτηση	Απόλυτα επαρκώς		Σχεδόν επαρκώς		Σχεδόν ανεπαρκώς		Απόλυτα ανεπαρκώς		Δε θυμάμαι	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Μπόρεσα να σχεδιάσω τη γέννα μου μαζί με τη μαία	42	27,6	53	34,9	11	7,2	29	19,1	17	11,2
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	58	38,7	55	36,7	10	6,7	12	8	15	10
Σε περιπτώσεις που αφορούσαν επιλογή, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	61	41,2	39	26,4	20	13,5	14	9,5	14	9,5
Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	50	34	40	27,2	18	12,2	20	13,6	19	12,9
Μου επέτρεπε να ενεργώ κατά τη γέννα μου βάσει των δικών μου αισθήσεων	66	44,9	43	29,3	13	8,8	11	7,5	14	9,5
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	94	62,7	33	22	12	8	3	2	8	5,3
Αισθάνθηκα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα	79	52	37	24,3	13	8,6	13	8,6	10	6,6
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	101	66,9	27	17,9	9	6	7	4,6	7	4,6
Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές στάσεις που μπορούσα να πάρω κατά τη διάρκεια της γέννας	88	57,9	31	20,4	8	5,3	11	7,2	14	9,2
Μπορούσα να εκφράσω ελεύθερα τα δικά μου συναισθήματα για τη γέννα	96	63,2	37	24,3	10	6,6	5	3,3	4	2,6
Οι οδηγίες που έλαβα ήταν σύμφωνες με τις προσδοκίες μου	80	51,9	55	35,7	10	6,5	3	1,9	6	3,9
Σεβάστηκε το σώμα μου κατά τις εξετάσεις και τις διαδικασίες στις οποίες υποβλήθηκα	116	74,8	28	18,1	5	3,2	2	1,3	4	2,6
Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο (π.χ. κίνηση, αναπνοές)	116	75,3	26	16,9	4	2,6	3	1,9	5	3,2
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή	77	51,7	23	15,4	14	9,4	12	8,1	23	15,4

Για λόγους σύγκρισης οι ερωτήσεις της κλίμακας συνεργασίας με το γυναικολόγο αθροίστηκαν και έτσι για κάθε συμμετέχουσα προέκυψε μια συνολική βαθμολογία. Θεωρούμε -κατά συνθήκη- ότι η καθεμιά απάντηση της κλίμακας likert διαφέρει ισόποσα. Έτσι, η συνολική βαθμολογία μπορούσε να κυμανθεί από 10 (που σημαίνει ότι συζητήθηκαν τα πάντα απόλυτα επαρκώς) έως 50.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 9α, η δοκιμασία t-test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία των γυναικών στην κλίμακα συνεργασίας με το γυναικολόγο μεταξύ όσων γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και με καισαρική τομή, μεταξύ των νέων και των λιγότερο νέων γυναικών και μεταξύ όσων απάντησαν ότι εάν μπορούσαν να διαλέξουν θα προτιμούσαν να γεννήσουν με φυσιολογικό και όσων απάντησαν με καισαρική τομή.

Πίνακας 9α: Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και τη μαία

Συνεργασία με	Μεταβλητή	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	P value
Είδος τελευταίου τοκετού					
Γυναικολόγο	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	82	20,55	8,263	0,673
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	50	21,28	10,343	
Μαία	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	85	25,33	10,092	0,021
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	39	30,54	14,190	
Γυναικολόγο	Νέες	73	20,08	7,851	0,380
	Λιγότερο νέες	62	21,45	10,210	
Μαία	Νέες	67	27,66	11,627	0,543
	Λιγότερο νέες	61	26,39	11,769	
Αριθμός τοκετών					
Γυναικολόγο	ΠΡΩΤΟΣ	57	19,96	8,801	0,111
	ΔΕΥΤΕΡΟΣ	44	19,77	7,300	
	ΤΡΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΝΩ	32	23,72	11,058	
Μαία	ΠΡΩΤΟΣ	52	26,15	11,389	0,670
	ΔΕΥΤΕΡΟΣ	40	26,85	9,189	
	ΤΡΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΝΩ	34	28,44	14,275	
Εάν μπορούσα να διαλέξω θα προτιμούσα να γεννήσω					
Γυναικολόγο	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	108	20,05	8,850	0,075
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	13	25,46	9,718	
Μαία	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	102	26,03	11,744	0,047
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	10	33,80	10,401	

Αντίθετα, οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν στατιστικά σημαντικά ($p=0,021$) καλύτερη συνεργασία με τη μαία έναντι εκείνων που γέννησαν με καισαρική τομή.

Το ίδιο παρατηρήθηκε και μεταξύ όσων απάντησαν ότι εάν μπορούσαν να διαλέξουν θα επέλεγαν τον φυσιολογικό τοκετό έναντι εκείνων που θα επέλεγαν την καισαρική τομή. Η

δοκιμασία ANOVA δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία των γυναικών στις κλίμακες συνεργασίας με το γυναικολόγο και με τη μαία ως προς τον αριθμό των τοκετών.

Κάποιες από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της συνεργασίας με το γυναικολόγο ήταν κοινές με το ερωτηματολόγιο συνεργασίας με τη μαία. Στον πίνακα 9β φαίνονται οι διαφορές στις μέσες τιμές των ερωτήσεων αυτών για το γυναικολόγο και τη μαία. Διαπιστώνεται ότι με τις μαίες συζητήθηκαν στατιστικά σημαντικά επαρκέστερα τα κάτωθι:

1. Σε περιπτώσεις που έπρεπε να πάρω απόφαση, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν.
2. Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας.
3. Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία.
4. Ένιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου.
5. Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα.

Βρέθηκε ότι οι γυναίκες θεώρησαν ότι συζήτησαν επαρκέστερα αυτά τα θέματα με τις μαίες παρά με τους γυναικολόγους.

Πίνακας 9β: Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία κοινών ερωτήσεων της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με το γυναικολόγο και τη μαία

Ερώτηση	Γιατρός	Μαία	p
	Μέση (sd)	Μέση (sd)	
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	2,14 (1,34)	2,14 (1,29)	0,949
Σε περιπτώσεις που έπρεπε να πάρω απόφαση, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	2,16 (1,31)	1,39 (0,85)	<0,001
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	1,94 (1,23)	1,66 (1,07)	0,003
Μου εξήγησε γιατί χρειάζονταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	2,66 (1,47)	2,45 (1,41)	0,026
Ένιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου	2,24 (1,22)	1,95 (1,25)	0,001
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	1,95 (1,17)	1,61 (1,07)	<0,001
Σεβάστηκε το σώμα μου στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες	1,52 (0,95)	1,40 (0,84)	0,105
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την αγωγή	2,22 (1,30)	2,24 (1,52)	0,858

Συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha

Ο συντελεστής Cronbach's alpha της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με το γυναικολόγο ήταν **0,91** που θεωρείται πολύ ικανοποιητικός. Καμιά ερώτηση αν αφαιρούνταν δεν θα βελτίωνε τον συντελεστή Cronbach's alpha. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 9 οι συνάφειες κυμαίνονται από 0,44 μέχρι 0,73 και θεωρούνται πολύ ικανοποιητικές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες.

Πίνακας 9: Μέσες τιμές ερωτήσεων της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και τιμή του α αν παραληφθεί η ερώτηση

Ερώτηση	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα	Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	2,14	1,349	0,449	0,903
Σε περιπτώσεις που έπρεπε να πάρω απόφαση, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	2,09	1,248	0,717	0,885
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	1,94	1,229	0,700	0,886
Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	2,64	1,470	0,558	0,897
Ένιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου	2,24	1,227	0,693	0,886
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	2,01	1,210	0,655	0,889
Η ιατρική αγωγή που έλαβα ήταν σύμφωνη με τις προσδοκίες μου	1,81	1,062	0,737	0,885
Σεβάστηκε το σώμα μου στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες	1,59	1,027	0,626	0,891
Μου εξήγησε τους λόγους για τους οποίους ακολουθήθηκαν οι διάφορες διαδικασίες	1,88	1,195	0,705	0,886
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την αγωγή	2,19	1,301	0,721	0,884

Ο συντελεστής Cronbach's alpha της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τη μαία ήταν **0,90** που θεωρείται και αυτός πολύ ικανοποιητικός. Καμιά ερώτηση αν αφαιρούνταν δεν θα βελτίωνε τον συντελεστή Cronbach's alpha. Όπως βλέπουμε στον

πίνακα 10 οι συνάφειες κυμαίνονται από 0,41 μέχρι 0,76 και θεωρούνται πολύ ικανοποιητικές.

Πίνακας 10: Μέσες τιμές ερωτήσεων της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με την μαία και τιμή του a αν παραληφθεί η ερώτηση

Ερώτηση	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα	Τιμή του συντελεστή a αν παραληφθεί η ερώτηση
Μπόρεσα να σχεδιάσω τη γέννα μου μαζί με τη μαία	2,46	1,378	0,614	0,887
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	2,14	1,332	0,550	0,890
Σε περιπτώσεις που αφορούσαν επιλογή, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	2,20	1,322	0,602	0,888
Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	2,40	1,424	0,531	0,891
Μου επέτρεπε να ενεργώ κατά τη γέννα μου βάσει των δικών μου αισθήσεων	2,13	1,350	0,621	0,887
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	1,67	1,115	0,708	0,884
Αισθάνθηκα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα	1,89	1,219	0,763	0,881
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	1,63	1,101	0,555	0,890
Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές στάσεις που μπορούσα να πάρω κατά τη διάρκεια της γέννας	1,86	1,285	0,612	0,887
Μπορούσα να εκφράσω ελεύθερα τα δικά μου συναισθήματα για τη γέννα	1,54	,928	0,708	0,886
Οι οδηγίες που έλαβα ήταν σύμφωνες με τις προσδοκίες μου	1,73	,974	0,637	0,887
Σεβάστηκε το σώμα μου κατά τις εξετάσεις και τις διαδικασίες στις οποίες υποβλήθηκα	1,39	,816	0,656	0,888
Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο (π.χ. κίνηση, αναπνοές κλπ)	1,40	,890	0,637	0,888
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή	2,45	2,098	0,419	0,906

Συνολική ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής

Ο συντελεστής Cronbach's alpha της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο ήταν **0,91** που θεωρείται πολύ ικανοποιητικός. Καμιά ερώτηση αν αφαιρούνταν δεν θα βελτίωνε τον συντελεστή Cronbach's alpha. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 10 οι συνάφειες κυμαίνονται από 0,44 μέχρι 0,73 και θεωρούνται πολύ ικανοποιητικές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες.

Πίνακας 10: Μέσες τιμές ερωτήσεων της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με την
μαία και τιμή του α αν παραληφθεί η ερώτηση

Ερώτηση	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα	Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση
πόσο θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας;	8,14	1,522	0,553	0,888
πόσο ικανοποιημένη είστε από την εργασία σας;	7,99	2,168	0,676	0,881
πόσο ικανοποιημένη είστε γενικά με τον σύντροφό σας;	9,02	1,493	0,435	0,892
πόσο ικανοποιημένη είστε από την ποσότητα και την ποιότητα του ύπνου σας;	7,36	2,192	0,648	0,882
πόσο ικανοποιημένη είστε από τα οικονομικά σας;	6,88	2,145	0,672	0,881
πόσο ικανοποιημένη είστε από το μισθό σας;	6,76	2,861	0,620	0,886
πόσο ικανοποιημένη είστε από το ωράριο εργασίας σας;	7,38	2,740	0,591	0,887
πόσο ικανοποιημένη είστε από τη σωματική σας κατάσταση γενικά;	7,69	1,841	0,624	0,884
πόσο ικανοποιημένη είστε από την συναισθηματική σας κατάσταση γενικά;	8,10	1,663	0,723	0,881
πόσο ικανοποιημένη είστε από την οικογένειά σας;	8,97	1,505	0,677	0,883
πόσο ικανοποιημένη είστε από τη σεξουαλική σας ζωή;	8,81	1,500	0,521	0,889
πόσο ικανοποιημένη είστε από την εξωτερική σας εμφάνιση;	7,85	1,855	0,668	0,882
πόσο ικανοποιημένη είστε από τον ελεύθερο χρόνο σας;	7,06	2,296	0,458	0,893

Σύμφωνα με τον πίνακα 10, η συνολική ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής των γυναικών του δείγματος ήταν 8,14 που θεωρείται ικανοποιητική. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση αφορούσε τον σύντροφο και ακολουθεί η οικογένεια και η σεξουαλική τους ζωή. Η μικρότερη μέση ικανοποίηση αφορούσε το μισθό και τα οικονομικά τους.

Η διάμεση τιμή στην ερώτηση πόσο θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας ήταν 8. Διαχωρίσαμε τις γυναίκες σε δυο κατηγορίες: αυτές κάτω της διάμεσης τιμής (χαμηλότερης ποιότητας ζωής) και αυτές άνω της μέσης τιμής (υψηλής ποιότητας ζωής).

Όπως φαίνεται στον πίνακα 11, οι γυναίκες με χαμηλότερη ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής τους ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από τη συνεργασία τους με το γιατρό και από τη συνεργασία τους με τη μαία. Είναι έκδηλο ότι ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες αξιολόγησαν την ικανοποίηση από τη ζωή τους δεν διαφοροποιείται από τον τρόπο που αξιολογούν και την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

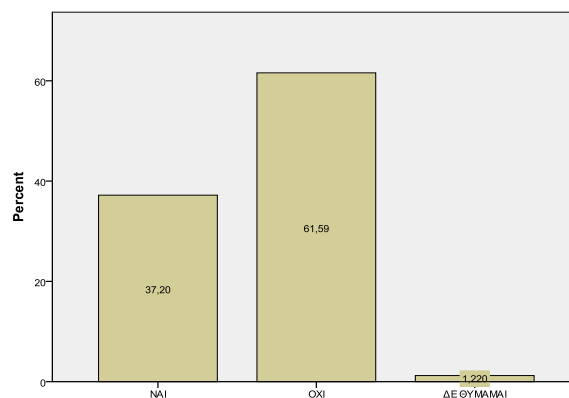
Πίνακας 11: Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και τη μαία ως προς την ικανοποίηση από τη ζωή

	Ποιότητα ζωής	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	P value
Συνεργασία με Γυναικολόγο	<διάμεση	87	2,2483	0,87136	0,001
	>διάμεση	50	1,7260	0,86090	
Συνεργασία με Μαία	<διάμεση	85	1,4706	0,60058	<0,001
	>διάμεση	52	1,0948	0,47290	

Μαθήματα περί του τοκετού

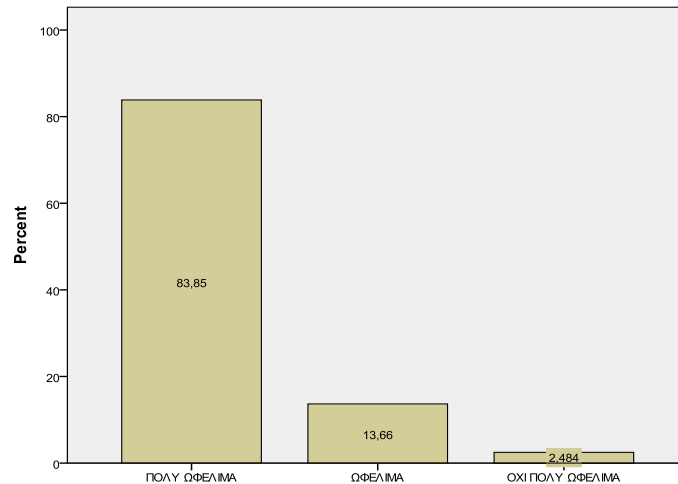
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 9, οι 6 στις 10 γυναίκες δεν έχουν παρακολουθήσει κάποια μαθήματα για τη γέννα τους.

Διάγραμμα 9: Παρακολούθηση μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα



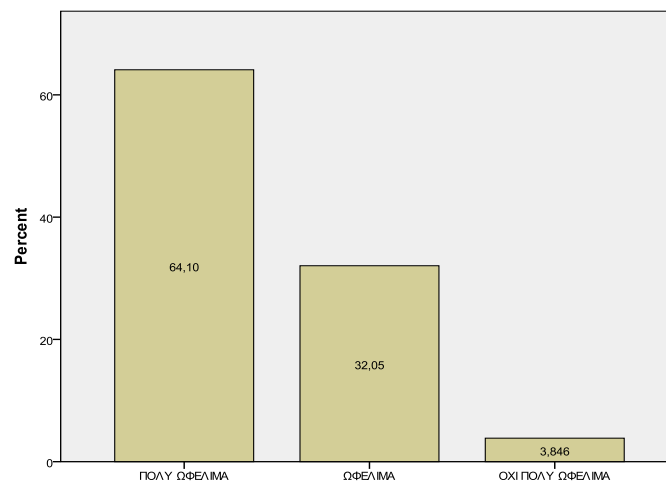
Από αυτές που παρακολούθησαν τα μαθήματα, οι 8 στις 10 τα θεώρησαν πολύ ωφέλιμα για τη μητέρα και μόλις 2,4% δεν τα βρήκαν ωφέλιμα (Διάγραμμα 10).

Διάγραμμα 10: Χρησιμότητα μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα για τη μητέρα



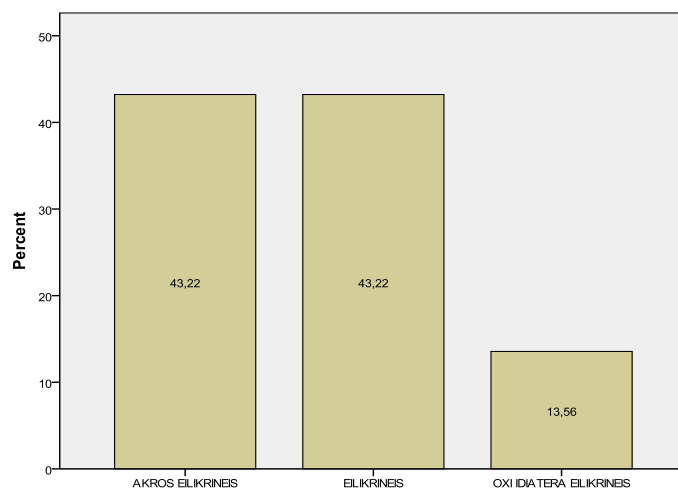
Μόνο 3,8% των γυναικών δεν βρήκαν ωφέλιμα τα μαθήματα αυτά για άτομα που περιμένουν το πρώτο τους μωρό για τον πατέρα (Διάγραμμα 11).

Διάγραμμα 11: Χρησιμότητα μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα για τον πατέρα



Το 86,4% των γυναικών θεώρησαν ειλικρινείς και ακριβείς τις πληροφορίες που τους δόθηκαν σχετικά με την εγκυμοσύνη στα μαθήματα για άτομα που περιμένουν το μωρό τους (Διάγραμμα 12).

Διάγραμμα 12: Ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση πόσο ειλικρινείς και ακριβείς θεωρείτε τις πληροφορίες που σας δόθηκαν σχετικά με την εγκυμοσύνη στα μαθήματα αυτά για άτομα που περιμένουν το μωρό τους



Όπως φαίνεται στον πίνακα 12, η παρακολούθηση κάποιας σειράς μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα ή για την οικογενειακή ζωή, εκτός από τα προγραμματισμένα ραντεβού με το μαιευτήρα γυναικολόγο δεν επηρεάζει θετικά την ποιότητα της συνεργασίας με το γιατρό και τη μαία και τη συνεργασία με το γιατρό.

Πίνακας 12: Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και τη μαία και στη μέση αξιολόγηση της ποιότητας συνεργασίας με γιατρό και μαία ως προς την παρακολούθηση μαθημάτων

	Μαθήματα	N	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	p
Αξιολόγηση ποιότητας συνεργασίας με γιατρό	ΝΑΙ	59	7,75	1,748	<0,001
	ΟΧΙ	99	8,77	1,434	
Αξιολόγηση ποιότητας συνεργασίας με μαία	ΝΑΙ	61	8,61	1,520	0,035
	ΟΧΙ	99	9,13	1,509	
Συνεργασία με τον γιατρό (κλίμακα 10 ερωτήσεων)	ΝΑΙ	53	2,2396	0,90455	0,047
	ΟΧΙ	83	1,9229	0,88804	
Συνεργασία με τις μαιέες (κλίμακα 14 ερωτήσεων)	ΝΑΙ	53	1,3962	0,56462	0,304
	ΟΧΙ	82	1,2909	0,59938	

Κεφάλαιο 4: Συζήτηση - Συμπεράσματα

Διαπιστώνοντας την έλλειψη δημοσιευμένων ερευνών που να αναφέρονται στην αξιολόγηση των μαιευτικών υπηρεσιών στην Κύπρο, τόσο κατά την περίοδο της κύησης όσο και κατά τον τοκετό, προέκυψε το ερέθισμα για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Τα αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν από την έρευνα αυτή, είναι συμβατά με τα ευρήματα άλλων διεθνών ερευνών έτσι όπως διαφαίνεται από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο το οποίο βρέθηκε να έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και το οποίο προσαρμόστηκε πολιτισμικά στον Κυπριακό πληθυσμό.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια πιλοτική μελέτη η οποία διενεργήθηκε σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν. Η μέση ηλικία του δείγματος των συμμετεχόντων στην έρευνα γυναικών ήταν 30.58 ± 0.70 , συμβαδίζοντας με τα δεδομένα του Π.Ο.Υ. και καταδεικνύοντας την αύξηση της μέσης ηλικίας τεκνοποίησης διεθνώς. Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχουσες γυναίκες του δείγματος ήταν παντρεμένες, απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι. Άλλωστε, η κυπριακή κοινωνία εξακολουθεί εν μέρει να είναι συντηρητική και οι ανύπαντρες μητέρες αποτελούν τις ελάχιστες εξαιρέσεις.

Ένα από τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας αφορούσε το ποσοστό ικανοποίησης των γυναικών από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες κατά την κύηση και τον τοκετό. Στην παρούσα έρευνα, η μέση συνολική ικανοποίηση ήταν $8,40 \pm 1,61$ που θεωρείται υψηλή και επιβεβαιώνει τη σχετική βιβλιογραφία, ότι δηλαδή η ικανοποίηση των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες είναι υψηλή διεθνώς [10, 11, 39, 63]. Η ικανοποίηση από μια υπηρεσία αποτελεί μια μόνο διάσταση της ποιότητάς της και πιο συγκεκριμένα έναν δείκτη έκβασης της φροντίδας [38]. Έτσι, το επίπεδο των μαιευτικών υπηρεσιών -όπως το εκλαμβάνουν οι γυναίκες- μπορεί να είναι υψηλό σε πολλές χώρες όπως και στην Κύπρο. Ίσως όμως να υπάρχουν και άλλοι δευτερογενείς παράγοντες που να επηρεάζουν την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως είναι ο φόβος μήπως αρθεί η λειτουργία αυτών των υπηρεσιών που δεν αξιολογούνται ως ικανοποιητικές και που βρίσκονται σε επαρχιακές γεωγραφικές περιοχές, το αίσθημα ευγνωμοσύνης για τις παρεχόμενες κρατικές υπηρεσίες [7] και η διανομή των ερωτηματολογίων από επαγγελματίες υγείας που πιθανόν έμμεσα να επηρεάζει τις απαντήσεις των γυναικών, αποτελούν κάποια από αυτά [27].

Από την έρευνα δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση της ικανοποίησης με την ηλικία των γυναικών, κάτι που συμφωνεί και με τα ευρήματα άλλων διεθνών ερευνών [34]. Πιο

ικανοποιημένες όμως, προκύπτει να είναι οι χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης γυναίκες, αυτές που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και αυτές με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής τους. Στην βιβλιογραφία προκύπτουν αντιφατικά δεδομένα αναφορικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες και το επίπεδο εκπαίδευσης. Σε κάποιες έρευνες υπάρχει πλήρης ταύτιση με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας [60], ενώ σε άλλες το αντίθετο αποδίδοντάς το στην καλύτερη πρόσβαση σε πηγές πληροφόρησης και καλύτερη κατανόηση που μπορεί να έχουν οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και άρα μεγαλύτερη ικανοποίηση [5,42]. Στη βιβλιογραφία επιβεβαιώνεται επίσης η μεγαλύτερη ικανοποίηση των γυναικών που είχαν φυσιολογικό τοκετό συγκριτικά με αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή [63].

Διεθνώς, τα τελευταία χρόνια, τα ποσοστά καισαρικών τομών έχουν αυξηθεί κατά πολύ. Τα πολύ ψηλά ποσοστά καισαρικών τομών στην Κύπρο (50,9%), της δίνουν την πρωτιά σε αυτό τον τομέα [11]. Στην παρούσα έρευνα (αν και μικρού δείγματος), το 40% των γυναικών γέννησαν με καισαρική τομή, αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι το ποσοστό αυτό αφορά ένα δημόσιο νοσοκομείο. Παρά το γεγονός αυτό, το 88% των γυναικών δηλώνει 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 όλες από εκείνες που είχαν φυσιολογικό τοκετό θα διατηρούσαν αυτή την επιλογή αν τους δινόταν η ευκαιρία, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, ανεξαρτήτως της ηλικίας 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, γρηγορότερη διαδικασία από τον φυσιολογικό τοκετό και έτσι εξοικονόμηση χρόνου για τον επαγγελματία υγείας, αυξημένος φόβος για νομικές διαδικασίες εναντίον των επαγγελματιών υγείας σε περίπτωση επιπλοκών κατά τον φυσιολογικό τοκετό, εκλεκτική επιλογή επιτόκου κ.τ.λ.) πέραν από τις πραγματικές μαιευτικές ενδείξεις διενέργειας καισαρικής τομής [61].

Οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, δηλώνουν ξεκάθαρη προτίμηση για τον φυσιολογικό τοκετό (96% αποφοίτων κολλεγίου, 95,5% αποφοίτων Πανεπιστημίου). Πιθανώς αυτή η προτίμηση να πηγάζει από την μεγαλύτερη και πιο ενεργή συμμετοχή των γυναικών αυτού του επιπέδου στα μαθήματα τοκετού και σε άλλες πηγές επιμόρφωσης και ενημέρωσης επί των θεμάτων αυτών όπως είναι το διαδίκτυο [23]. Γιατί, στο διαδίκτυο είναι που οι γυναίκες αναζητούν τεκμηριωμένες από έρευνες πληροφορίες σε θέματα εγκυμοσύνης και τοκετού που τις αφορούν, βοηθώντας τις ώστε να κάνουν πιο ορθολογικές επιλογές καθώς και στην περαιτέρω ενδυνάμωση της αυτονομίας τους μέσα από την ανταλλαγή εμπειριών [62].

Το 78,4% των γυναικών έχουν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες στο διαδίκτυο για αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, ενώ οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό αναφέρουν ότι συζητήθηκαν πιο εκτενώς θέματα που τις αφορούσαν συγκριτικά με αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή. Ίσως αυτό να προκύπτει από την παρουσία της μαιίας δίπλα στην επίτοκο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και την πιο ενεργή συμμετοχή της γυναίκας στην όλη διαδικασία σε αντίθεση με την παθητική της στάση κατά την καισαρική τομή [16]. Η καισαρική τομή αποτελεί από μόνη της μια δυσάρεστη εμπειρία, καθώς είναι χειρουργική επέμβαση και συνεπώς με αυτήν σχετίζονται αρνητικές εμπειρίες [63].

Η επιλογή του τοκετού στο σπίτι δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλής ανάμεσα στις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα (<2% θα επέλεγαν τον τοκετό τους στο σπίτι), κάτι που βρίσκεται σε πλήρη αντιστοιχία με τα διεθνή δεδομένα [10].

Τα πιο σημαντικά θέματα συζήτησης για τις γυναίκες είναι ο τοκετός, η φροντίδα του μωρού και η παρακολούθηση του εμβρύου, ανεξάρτητα της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης, του επαγγέλματος, του αριθμού και του είδους του τελευταίου τοκετού. Λιγότερο σημαντικά θέματα για τις γυναίκες αποτελούν η οικονομική κατάσταση και οι συζυγικές σχέσεις του ζευγαριού καθώς και η χρήση ουσιών εξάρτησης.

Η επαρκής συζήτηση θεμάτων που αφορούν την παρακολούθηση του εμβρύου, τη φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης, τη γέννα και τον τοκετό, δημιουργεί συνθήκες μεγαλύτερης ικανοποίησης στις γυναίκες από τις μαιευτικές υπηρεσίες. Με τον τρόπο αυτό, αυξάνεται η πληροφόρηση των γυναικών εξοικειώνοντάς τις με τις φυσιολογικές αλλαγές και τις εξελίξεις που αναμένονται να συμβούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, δημιουργώντας τους πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και τη συναίσθηση ότι αυτά που βιώνουν κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό είναι κοινά βιώματα πολλών άλλων γυναικών που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση [21,31,48].

Αναφορικά με τη σχέση που πρέπει να οικοδομείται ανάμεσα στις γυναίκες και το προσωπικό, έχουν ήδη αναφερθεί όλοι οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Από την έρευνα προκύπτουν θετικές σχέσεις συνεργασίας των γυναικών τόσο με το ιατρικό όσο και με το μαιευτικό προσωπικό. Συγκριτικά όμως, επαρκέστερη πληροφόρηση παρασχέθηκε από τις μαιίες για ένα ευρύ πεδίο θεμάτων που αφορούν την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και διάφορες εναλλακτικές επιλογές [63]. Το γεγονός αυτό, συντείνει στη διασφάλιση της ενεργούς συμμετοχής της γυναίκας σε αποφάσεις που την αφορούν [14] καθώς και εξασφάλιση του αυτοελέγχου της [21].

Ως εκ τούτου, οι γυναίκες συχνά βρίσκουν πιο διαθέσιμη τη μαία παρά το γιατρό να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους αυτές [7]. Σε μερικές έρευνες βέβαια, σε χώρους όπου επικρατεί η ιατροκοποίηση του τοκετού και το πελατειακό σύστημα, υπάρχει καλύτερη σχέση μεταξύ γυναικών και ιατρού παρά με τη μαία. Στις περιπτώσεις αυτές, η αυτονομία της μαίας ευνουχίζεται σκοπίμως και τον πλήρη έλεγχο αποκτούν οι μαιευτήρες [63].

Από τη βιβλιογραφία έκδηλα προκύπτει, ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις εμπειρίες των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες, την ικανοποίησή τους, την εκληφθείσα ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τις σχέσεις μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας, είναι πολυδιάστατοι και όχι απόλυτα ευδιάκριτοι. Έτσι, απαιτείται συστηματική αξιολόγηση της ικανοποίησης των γυναικών από τις υπηρεσίες, για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τον ανασχεδιασμό των πολιτικών υγείας. Πιθανώς, ένα εθνικό σχέδιο διασφάλισης της ποιότητας των μαιευτικών υπηρεσιών στην Κύπρο που θα ενσωμάτωνε τη διαχρονική αξιολόγηση της ικανοποίησης των γυναικών είναι απαραίτητο στην βάση της φροντίδας που έχει ως επίκεντρο τη γυναίκα.

Η επιμονή σε υπηρεσίες που επίκεντρο θα έχουν τη γυναίκα, παραμένει επιβεβλημένη. Στην εισαγωγή μεταρρυθμίσεων όμως, οι προκλήσεις που κυριαρχούν περιλαμβάνουν τη σημαντικότητα της εξασφάλισης των καλύτερων δυνατών εμπειριών από τις μαιευτικές υπηρεσίες και της βελτίωσής τους και τη στενότητα των πόρων για την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας. Άλλωστε, χωρίς τη μητρική φροντίδα δεν υπάρχει παιδί.

Περιορισμοί

Τα ευρήματα της εργασίας έχουν συγκεκριμένους περιορισμούς. Αρχικά στην έρευνα συμμετείχαν στη συντριπτική τους πλειοψηφία Ελληνοκύπριες που μπορούσαν να διαβάσουν ελληνικά καθώς το ερωτηματολόγιο ήταν στην ελληνική γλώσσα χωρίς τη δυνατότητα μετάφρασής του. Το γεγονός αυτό από μόνο του λειτουργεί περιοριστικά στην αποτύπωση των απόψεων της μεγαλύτερης μάζας γυναικών που χρησιμοποιούν τις μαιευτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου στο οποίο έγινε η έρευνα, οι οποίες είναι διαφορετικής εθνικότητας. Ακόμα, το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν από λειτουργούς υγείας (ιατρούς, μαίες) συνυπολογίζοντας ότι η χρονική στιγμή που γινόταν αυτό ήταν κατά τη νοσηλεία τους και όχι

αργότερα στο σπίτι χωρίς να εξαρτώνται από τον ιατρό ή τη μαία, πιθανότατα να επηρέαζαν τις γυναίκες σε μια πιο θετική αποτύπωση θέσεων.

Εξάλλου, από έρευνες προκύπτει ότι χρειάζεται χρόνος προσαρμογής στη νέα οικογενειακή κατάσταση για τις γυναίκες και πιθανές αρνητικές εμπειρίες και συναισθήματα περιγράφονται αρνητικά μετά την παρέλευση χρονικού διαστήματος 7-12 μηνών. Τέλος, οι απόψεις των γυναικών που είχαν ενδομήτριο θάνατο ή που το νεογνό τους κατέληξε μετά τον τοκετό δεν αποτυπώνονται καθότι αποκλείονται από την έρευνα. Τα αποτελέσματα πιθανόν να ήταν διαφορετικά σε αντίθετη περίπτωση.

Κεφάλαιο 5: Βιβλιογραφία

1. Vanagiene V, Zilaitiene B, Vanagas T. Do the quality of health care services provided at personal health care institutions of Kaunas city and access to it meet expectations of pregnant women. *Medicina* 2009; 45: 8: 652-654
2. Sapountzi-Krepia D, Raftopoulos V, Psychogiou, M. Mother's experiences of maternity services: internal consistency and test – retest reliability of the Greek translation of the Kuopio Instrument for Mothers. *Midwifery* 2009; 25:691-700
3. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/causes-of-newborn-mortality-and-morbidity-in-the-european-region>
4. Oladapo O, Osiberu M. Do Sociodemographic Characteristics of Pregnant Women Determine their Perception of Antenatal Care Quality. *Maternal Child Health Journal* 2009; 13: 505-511
5. Novick G. Women's Experience of Prenatal Care: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2009; 54: 3: 226-237
6. Hemminki E, Blondel B. Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2001; 94: 145-148
7. Teijlingen E, Hundley V, Rennie A, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity Satisfaction Studies and Their Limitations: What is, Must Still Be Best. *BIRTH* 2003; 30: 75-82
8. Hundley V, Rennie A, Fitzmaurice A, Graham W, Teijlingen E, Penney G. A national survey of women's views of their maternity care in Scotland, *Midwifery* 2000; 16: 303-313.
9. Fraser D. Women's Perceptions of Midwifery Care: A Longitudinal Study to Shape Curriculum Development. *BIRTH* 1999; 26: 99-107
10. EURO-PERISTAT Project. European Perinatal Health Report. 2008
11. WHO. World Health Statistics 2011. Geneva, 2011
12. Rising S. Centering Pregnancy: An interdisciplinary model of empowerment. *Journal Nurse Midwifery* 1998; 43: 46-54
13. Gagnon AJ. Individual or group antenatal educational for childbirth/parenthood. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 4, CD002869
14. Luyben A, Valerie E. Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery* 2005; 21: 212-223

15. Meriam-Webster Online Dictionary, Available from: www.merriam-webster.com/dictionary/experience [Accessed November 16, 2011]
16. Bondas T. Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery* 2002; 18: 61-71
17. Dye DT, Wojtowycz MA. Organisational variation, satisfaction and women's time investment in prenatal care. *Pediatric Perinatal Epidemiology* 1999; 13: 158-169
18. Johnson M, Langdon R, Yong L, Stewart H, Kelly P. Comprehensive measurement of maternal satisfaction: The modified Mason Survey. *Int J Nurs Pract* 2002; 8: 127-136
19. Handler A, Raube K, Kelley MA, Giachello A. Women's satisfaction with prenatal care settings: A focus group study. *Birth* 1996; 23: 31-37
20. Teijlingen ER, Hundley V, Rennie A, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: What is, must still be best. *Birth* 2003; 30:75-82
21. Grady MA, Bloom KC. Clients' perceptions of the value of prenatal psychosocial services. *Social Work Health Care* 1999; 29:12-20
22. Shields N, Turnbull D, Reid M, Holmes A, McGinley M, Smith LN. Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: A randomized controlled trial of 1299 women. *Midwifery* 1998; 14: 85-93
23. Bucher L, Williams S, Hayes E, Morin K, Sylvia, B. First time mothers' perceptions of prenatal care services. *Applied Nurse Res* 1997; 10: 64-71
24. Redshaw M, Heikkila K. *Delivered with care: a national Epidemiology Unit*, Oxford, University of Oxford, 2010
25. Picker's Institute. *Women's experiences of maternity care: towards the key indicators of quality*, Picker's Institute, Europe 2009
26. Healthcare Commission of NHS trusts. *Women's experiences of maternity care in the NHS in England*. Healthcare Commission. 2007.
27. Ραφτόπουλος Β. *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*. Λευκωσία, 2009
28. Nonkonzo M, Jantes L. *Women's perceptions and experiences of antenatal care rendered by midwives*. Faculty of Health Sciences. Nelson Mandela Metropolitan University, 2007.
29. Lledo R, Rodriguez T, Trilla A, Cararach V, Restuccia J, Asenjo M. Perceived quality of care in pregnancy. Assessment before and after delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2000; 88:35-42
30. Doering ER. Factors influencing inpatient satisfaction with care. *Quality Review Bulletin* 1983; 9: 10: 291-299

31. Ware JE, Berwick DM. Conclusions and recommendations. *Medical Care* 1990; 28: 9: 39-40
32. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender and communication in medical visits. *Medical Care* 1994; 32: 12: 1216-1231
33. Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Babineau RA. Practice characteristics and quality of primary medical care: the doctor-patient relationship. *Medical Care* 1975; 13: 808-812
34. Greenley JR, Schoenherr RA. (1981). Organization effects on client satisfaction with humanness of service. *Journal of Health Society Behaviour* 1981; 22: 18-34
35. Spurgeon P, Hicks C, Barwell F. (2001), "Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery* 2001; 17: 23-132
36. Wieggers T. The quality of maternity of care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9:18
37. Morgan M, Fenwick N, McKenzie C, Wolfe C. Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction. *Quality in Health Care* 1998; 7: 77-82
38. Raftopoulos V. A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *ICU Nursing Web Journal* 2005; 22 April-June
39. Ministry of Health, New Zealand. Maternity services consumer satisfaction survey. Ministry of Health, 2002
40. Bramadat IJ, Driedger M. Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth* 1993; 20: 22-29
41. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 1992; 14: 236-249
42. Hildingsson I, Radestad, I. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52: 3: 239-249
43. Williamson S, Thomson A. Women's satisfaction with antenatal care in a changing maternity service. *Midwifery* 1996; 12: 198-204
44. Handler A, Rosenberg D, Raube K, Lyons, S. Prenatal care characteristics and African-American women's satisfaction with care in a managed care organization. *Women's Health Issues* 2003; 13: 93-103
45. Oropessa RS, Landale NS, Kenkre TS. Structure, process and satisfaction with obstetricians: An analysis of mainland Puerto Ricans. *Med Care Res Rev* 2002; 59: 412-439

46. Teate A, Leap N, Rising S, Homer C. Women's experiences of group antenatal care in Australia – the Centering Pregnancy Pilot Study. *Midwifery* 2011; 27: 138-145
47. Andersson E, Christensson K, Hildingsson I. Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery* 2011; doi:10.1016/j.midw.2011.07.006
48. Biro MA, Waldenstrom U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low and high risk women: A randomized control trial, *Health* 2001; 46: 60-67
49. MacIntyre S. Communications between pregnant women and their medical and midwifery attendant. *Midwives Chron* 1982; 95: 387-394
50. Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care Women Int* 1996; 17: 361-379
51. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-Based Prenatal Care: Part I. General Prenatal Care and Counseling Issues. *American Family Physician* 2005; 71: 5: 1307-1316
52. Jewell D, Sharp D, Sanders J, Peters T. A randomized controlled trial of flexibility in routine antenatal care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107: 1241-1247
53. Hildingsson I, Radestad I, Waldenstrom U. Number of antenatal visits and women's opinion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 248-254
54. Hildingsson I, Waldenstrom U, Radestad I. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 118-125
55. Milligan R, Wingrove BK, Richards L, Rodan M, Monroe-Lord L, Jackson V, et al. Perceptions about prenatal care: Views of urban vulnerable groups. *BMC Public Health* 2002; 2: 25
56. Tandon SD, Parillo KM, Keefer M. Hispanic women's perceptions of patient-centeredness during prenatal care: A mixed method study. *Birth* 2005; 32: 312-317
57. Mathole T, Lindmark G, Majoko F, Ahlberg BM. A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery* 2004; 20: 122-132
58. Royal College of Midwives. Meeting Women's Expectations. Royal College of Obstetricians, 12th November 2008
59. Proctor S. What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth* 1998; 25: 85-93

60. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine* 1997; 45, 1829-1843
61. Feng X, Xu L, Guo Y, Ronsmans C. Factors influencing rising caesarian section rates in China between 1988 and 2008.
62. Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WH. What is the impact of the internet on decision making in pregnancy. A global study. *Birth* 2011; 38: 336-345
63. Sapountzi K, Lavdaniti M, Raftopoulos V, Psychogiou M, Hong-Gu H, Tortumluoglu G, Vehvilainen-Julkunen K. Greek mothers' perceptions of their co-operation with the obstetrician and the midwife in the delivery room. *International Journal of Caring Sciences* 2008; 1: 3: 124-131

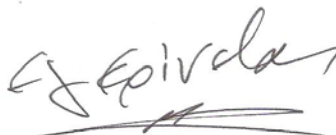
Παράρτημα




ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ.:07.01.002
Αρ. Τηλ.: 22405129
Αρ. Φαξ: 22315739

Δρ. Πέτρο Μάτσα
Εκτελεστικό Ιατρικό
Διευθυντή NAM III

Εξ Επινολας

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΧ. ΜΑΚΑΡΙΟΣ ΙΙΙ
1474 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Να κοινοποιηθεί
στο ΔΙΥΔΥΑΥ
27 Δεκεμβρίου 2011


Θέμα: Αίτηση διεξαγωγής έρευνας στην Μαιευτική Κλινική του NAM III

Η διεύθυνση της Κλινικής επιτρέπει και επικροτεί την προσπάθεια του Δρ. Κ. Στυλιανίδη ως προς την διεξαγωγή της έρευνας που περιγράφεται στην πρόταση του στα πλαίσια της εκπόνησης διατριβής.

Το θέμα θεωρείται πρωτοποριακό και δύναται τα συμπεράσματα της έρευνας να χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών της κλινικής μας.



Δρ. Στ. Νεοφύτου
Διευθυντής Γυναικολογικής/Μαιευτικής Κλινικής

Κοιν. Δρ. Κ. Στυλιανίδης

Στ.Ν/γγ
0701002ΣΕΛ.61

Λευκωσία, 21 Δεκεμβρίου 2011

Δρ. Στυλιανίδης Κωνσταντίνος
Ειδικευόμενος Ιατρός ΜΑΙ/ΓΥΝ Ν.Α.Μ. ΙΙΙ
ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΠΡΟΣ: Διευθυντή Ν.Α.Μ. ΙΙΙ

**ΘΕΜΑ: Έγκριση Διεξαγωγής έρευνας σε επίτοκες γυναίκες
με τη χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου**

Αξιότιμε κύριε,

Παρακαλώ όπως παραχωρήσετε την άδειά σας για τη διεξαγωγή έρευνας σε επίτοκες γυναίκες σε μαιευτικές κλινικές με τη χρήση ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια της διατριβής μου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου και έχει ως σκοπό την αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται πριν και μετά τον τοκετό.

Σας επισυνάπτω το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο. Σας ενημερώνω επίσης, ότι για την συγκεκριμένη έρευνα έχω εξασφαλίσει την έγκριση της επιτροπής βιοηθικής του Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Παρακαλώ για την απάντησή σας. Βρίσκομαι στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση,



Δρ. Κωνσταντίνος Στυλιανίδης

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ/ΑΠΟΡΡΙΠΤΕΤΑΙ

ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητέ/ή

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι απολύτως **προσωπικό και ανώνυμο**. Σκοπός του είναι να αξιολογηθούν οι απόψεις των γυναικών για την εμπειρία της κύησης και του τοκετού. Η βοήθειά σας είναι πολύτιμη και τα αποτελέσματα θα συμβάλουν στην αύξηση της γνώσης.

Σας παρακαλούμε να απαντήσετε με κάθε ειλικρίνεια. **Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις**. Όλες οι απαντήσεις είναι ενδιαφέρουσες για την έρευνά μας.

Ο χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι περίπου δεκαπέντε λεπτά. Όλες οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από τα ερωτηματολόγια θα παραμείνουν εμπιστευτικές και ανώνυμες.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την ανταπόκριση και την συνεργασία σας.

1. ΗΛΙΚΙΑ: _____ (χρόνια)

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- Ανύπαντρη 5
Παντρεμένη 4
Χωρισμένη 3
Χήρα 2
Συμβίωση 1

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

- ΔΗΜΟΤΙΚΟ 1
ΓΥΜΝΑΣΙΟ 2
ΛΥΚΕΙΟ 3
ΚΟΛΛΕΓΙΟ 4
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ 5
ΜΑΣΤΕΡ 6
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ 7

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

- ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ 1
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ 2
ΑΝΕΡΓΗ 3
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ 4
ΕΡΓΑΤΡΙΑ 5
ΟΙΚΙΑΚΑ 6
Άλλο _____

5. Ποιος τοκετός είναι αυτός;

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

6. Αριθμός τοκετών

- 1 Πόσους τοκετούς είχατε με συμπληρωμένους τους 9 μήνες εγκυμοσύνης (συμπεριλαμβανομένου και του πιο πρόσφατου) _____ (αριθμός)
2 Πόσους πρόωρους τοκετούς _____ (αριθμός)
3 Πόσες αποβολές ή αμβλώσεις _____ (αριθμός)

7. Ο τελευταίος σας τοκετός ήταν: φυσιολογικός τοκετός καισαρική τομή

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

- 1 Με φυσιολογικό τοκετό, γιατί: _____
2 Με καισαρική τομή, γιατί: _____

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

10. Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε τις υπηρεσίες που σας παρέχονται στο νοσοκομείο; _____

10 Εάν μπορούσατε να επιλέξετε, πού θα προτιμούσατε να γεννήσετε;

A Για τον πρώτο τοκετό

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

B Για τους επόμενους τοκετούς

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

11 Έχετε χρησιμοποιήσει υπηρεσίες στο διαδίκτυο (ιντερνέτ), για αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό;

- 1 Ναι
- 2 Όχι
- 3 Δεν ξέρω τι είναι αυτό

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

Εγκυμοσύνη και Λοχεία	<u>Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να συζητηθεί αυτό το θέμα;</u> Από 0 (καθόλου σημαντικό) έως 10 (πάρα πολύ σημαντικό)	<u>Το θέμα συζητήθηκε ικανοποιητικά /επαρκώς;</u>		
		Ναι	Όχι	Δε θυμάμαι
Φυσιολογική εξέλιξη εγκυμοσύνης	_____	1	2	3
Σωματικές αλλαγές	_____	1	2	3
Κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη και μετά τη γέννα	_____	1	2	3
Παρακολούθηση του εμβρύου	_____	1	2	3
Γέννα	_____	1	2	3
Φόβος της γέννας	_____	1	2	3
Ανακούφιση από τους πόνους του τοκετού	_____	1	2	3
Καισαρική τομή	_____	1	2	3
Ανάνηψη μετά τη γέννα	_____	1	2	3
Θηλασμός	_____	1	2	3
Κατάσταση και συνήθειες υγείας				
Διατροφή και γεύματα	_____	1	2	3
Ξεκούραση και άσκηση	_____	1	2	3
Κάπνισμα	_____	1	2	3
Αλκοόλ	_____	1	2	3
Ναρκωτικά	_____	1	2	3
Φάρμακα	_____	1	2	3

	Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να συζητηθεί αυτό το θέμα; Από 0 (καθόλου σημαντικό) έως 10 (πέρα πολύ σημαντικό)	Το θέμα συζητήθηκε ικανοποιητικά / επαρκώς;		
		Ναι	Όχι	Δε θυμάμαι
Οικογενειακή κατάσταση				
Οικονομική κατάσταση _____		1	2	3
Συζυγικές σχέσεις _____		1	2	3
Σεξουαλική ζωή _____		1	2	3
Πως να ανταποκριθεί κανείς στις υποχρεώσεις του ως μητέρα και πατέρα? _____		1	2	3
Προετοιμασία για τη γέννα				
Φροντίδα μωρού _____		1	2	3
Πιθανότητα απόκτησης άρρωστου μωρού _____		1	2	3
Ανατροφή _____		1	2	3
Προετοιμασία των αδερφών να δεχθούν το μωρό _____		1	2	3
Αισθήματα και εμπειρίες σχετιζόμενες με τη μητρότητα _____		1	2	3
Αισθήματα και εμπειρίες σχετιζόμενες με την πατρότητα _____		1	2	3
Άλλο θέμα, ποιο? _____		1	2	3

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

- 1 Ναι
- 2 Όχι
- 3 Δεν θυμάμαι

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

Για τη μητέρα	Πολύ ωφέλιμα	Ωφέλιμα	Όχι πολύ ωφέλιμα	Καθόλου ωφέλιμα	Δεν έχω γνώμη
Για τον πατέρα	Πολύ ωφέλιμα	Ωφέλιμα	Όχι πολύ ωφέλιμα	Καθόλου ωφέλιμα	Δεν έχω γνώμη

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

- 2 Άκρως ειλικρινείς και ακριβείς
- 3 Ειλικρινείς και ακριβείς
- 4 Όχι ιδιαίτερα ειλικρινείς και ακριβείς κατά ποιο τρόπο

16. Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν; _____

17. Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε τις υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν από τις μαίες; _____

18. Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε τις διοικητικές υπηρεσίες; _____

19. Από 0 (καθόλου) έως 10 (τέλεια) πόσο ασφαλής αισθανθήκατε μέσα στο νοσοκομείο; _____

Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν στην συνεργασία με τον γυναικολόγο στην αίθουσα τοκετού. Αξιολογήστε, βάσει των εμπειριών σας από την γέννα σας, πόσο καλά αντιμετωπίστηκαν τα παρακάτω θέματα

	Απόλυτα επαρκώς	Σχεδόν επαρκώς	Σχεδόν ανεπαρκώς	Απόλυτα ανεπαρκώς	Δε θυμάμαι
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	1	2	3	4	5
Σε περιπτώσεις που έπρεπε να πάρω απόφαση, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	1	2	3	4	5
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	1	2	3	4	5
Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	1	2	3	4	5
Ένοιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου	1	2	3	4	5
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	1	2	3	4	5
Η ιατρική αγωγή που έλαβα ήταν σύμφωνη με τις προσδοκίες μου	1	2	3	4	5
Σεβάστηκε το σώμα μου στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες	1	2	3	4	5
Μου εξήγησε τους λόγους για τους οποίους ακολουθήθηκαν οι διάφορες διαδικασίες	1	2	3	4	5
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την αγωγή	1	2	3	4	5

Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν στην συνεργασία με τη μαία στην αίθουσα τοκετού. Αξιολογήστε, βάσει των εμπειριών σας από την πιο πρόσφατη γέννα σας, πόσο καλά αντιμετωπίστηκαν τα παρακάτω θέματα.

	Απόλυτα επαρκώς	Σχεδόν επαρκώς	Σχεδόν ανεπαρκώς	Απόλυτα ανεπαρκώς	Δε θυμάμαι
Μπόρεσα να σχεδιάσω τη γέννα μου μαζί με τη μαία	1	2	3	4	5
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	1	2	3	4	5
Σε περιπτώσεις που αφορούσαν επιλογή, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	1	2	3	4	5
Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	1	2	3	4	5
Μου επέτρεπε να ενεργώ κατά τη γέννα μου βάσει των δικών μου αισθήσεων	1	2	3	4	5
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	1	2	3	4	5
Αισθάνθηκα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα	1	2	3	4	5
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	1	2	3	4	5
Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές στάσεις που μπορούσα να πάρω κατά τη διάρκεια της γέννας	1	2	3	4	5

	Απόλυτα επαρκώς 1	Σχεδόν επαρκώς 2	Σχεδόν ανεπαρκώς 3	Απόλυτα ανεπαρκώς 4	Δε θυμάμαι 5
Μπορούσα να εκφράσω ελεύθερα τα δικά μου συναισθήματα για τη γέννα					
Οι οδηγίες που έλαβα ήταν σύμφωνες με τις προσδοκίες μου	1	2	3	4	5
Σεβάστηκε το σώμα μου κατά τις εξετάσεις και τις διαδικασίες στις οποίες υποβλήθηκα	1	2	3	4	5
Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο (π.χ. κίνηση, αναπνοές κλπ)	1	2	3	4	5
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή	1	2	3	4	5

20. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένη είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς; _____

21. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένη είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τις μαίες; _____

22. Από 0-10 πώς θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα; _____

23. Οι ιατροί και οι μαίες εδώ εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα

6 Συμφωνώ απόλυτα 5 Συμφωνώ 4 Διαφωνώ 3 Διαφωνώ απόλυτα 2 Ουδέτερος/η 1 Δεν ξέρω

Από 0 (καθόλου) έως 10 (άριστα)

22. πόσο θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας;	
23. πόσο ικανοποιημένη είστε από την εργασία σας;	
24. πόσο ικανοποιημένη είστε γενικά με τον σύντροφό σας;	
25. πόσο ικανοποιημένη είστε από την ποσότητα και την ποιότητα του ύπνου σας;	
27. πόσο ικανοποιημένη είστε από τα οικονομικά σας;	
32. πόσο ικανοποιημένη είστε από το μισθό σας;	
33. πόσο ικανοποιημένη είστε από το ωράριο εργασίας σας;	
34. πόσο ικανοποιημένη είστε από τη σωματική σας κατάσταση γενικά;	
35. πόσο ικανοποιημένη είστε από την συναισθηματική σας κατάσταση γενικά;	
36. πόσο ικανοποιημένη είστε από την οικογένειά σας;	
37. πόσο ικανοποιημένη είστε από τη σεξουαλική σας ζωή;	
39. πόσο ικανοποιημένη είστε από την εξωτερική σας εμφάνιση;	
40. πόσο ικανοποιημένη είστε από τον ελεύθερο χρόνο σας;	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!



ΓΙΑ ΟΠΟΙΟΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ

Θέμα: Έρευνα για την αξιολόγηση των εμπειριών των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες κατά την διαδικασία της κύησης και του τοκετού στην Κύπρο.

Βεβαιώνεται ότι η Ad Hoc Επιτροπή Ηθικής Δεοντολογίας του Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, απαρτιζόμενη από τα Μέλη ΔΕΠ Μιχάλη Τάλια, Ανδρέα Παυλάκη και από το Μέλος ΣΕΠ Βασίλειο Ραφτόπουλο, αφού μελέτησαν το ερευνητικό πρωτόκολλο της πιο πάνω αναφερόμενης ερευνητικής εργασίας την έκριναν καθόλα σύμφωνη με τα επιστημονικά, ηθικά και δεοντολογικά θέσμια.

Η ερευνητική εργασία πεδίου θα πραγματοποιηθεί από τον Κωνσταντίνο Στυλιανίδη, φοιτητή του Πανεπιστημίου.

Για εύκολη δική σας αναφορά παρατίθεται ότι ο σκοπός της εν λόγω ερευνητικής εργασίας είναι η αξιολόγηση των εμπειριών των επίτοκων από τις μαιευτικές υπηρεσίες ως προς τις διαστάσεις που αφορούν την εγκυμοσύνη και τη λοχεία, την προετοιμασία για τη γέννα αλλά και τη στάση των λειτουργών υγείας κατά την διαδικασία του τοκετού.

Μιχάλης Τάλιας,

Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος,

Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»,

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.