



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*“Η συμβολή της συμβουλευτικής και της αγωγής υγείας
της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην προετοιμασία
για γονεϊκότητα”*

Αναστασοπούλου Ν. Ελένη

Επιβλέπων Καθηγητής
Γκρος Χρήστος

Λευκωσία, Μάιος, 2019

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**“ Η συμβολή της συμβουλευτικής και της αγωγής υγείας
της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην προετοιμασία
για γονεϊκότητα”**

Αναστασοπούλου Ν. Ελένη

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς εκπλήρωση των απαιτήσεων
για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών

στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας

από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Επιβλέπων Καθηγητής

Γκρος Χρήστος

Λευκωσία, Μάιος, 2019

Στην υπέροχη οικογένειά μου

&

Σε όλες τις Μαιές



Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών [2009-2015]

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, συμπληρώνεται ένας επίπονος αλλά καθοριστικός κύκλος σπουδών.

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου **Γκρος Χρήστο**, για την εμπιστοσύνη, την καθοδήγηση, την υπομονή και υποστήριξή του, όλο το χρόνο ετοιμασίας και ολοκλήρωσης της διατριβής μου.

Ευχαριστώ όλες τις Μαίες της 4^{ης} και της 6ης Υ.Π.Ε., που στήριξαν την προσπάθειά μου, με τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων μέσα στις δομές εργασίας τους. Κυρίως όμως την συνάδελφο Μαία, **Ντούλα Μαρία**. Πολύτιμη η βοήθεια και η συμπαράστασή της για την προετοιμασία και την ολοκλήρωση αυτής της διατριβής.

Ένα τεράστιο ευχαριστώ στις έγκυες γυναίκες, αλλά και στους 7 άντρες-συντρόφους/συζύγους, που συμμετείχαν στα μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας των δομών Π.Φ.Υ., και δέχτηκαν αβίαστα, να διαθέσουν χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που τους δόθηκε. Μέσα από τη δική τους υπομονή, αγωνία και επιθυμία όλοι οι επαγγελματίες υγείας, αντλούμε δύναμη και γινόμαστε καλύτεροι.

Ευχαριστώ τους φίλους, που βοήθησαν στη μετάφραση και απόδοση από την Αγγλική γλώσσα στην Ελληνική και στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Τέλος, ευχαριστώ τον σύζυγό μου Ανδρέα, τα παιδιά μου Νικόλα, Φίλιππο και Λίλη, την υπέροχη οικογένειά μου. Με την αγάπη, την υποστήριξη και την ενθάρρυνσή τους, μπόρεσα να ανταποκριθώ στις απαιτήσεις των σπουδών.

“ Η συμβολή της συμβουλευτικής και της αγωγής υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην προετοιμασία για γονεϊκότητα”

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν: α)να μελετήσει τον βαθμό προετοιμασίας και ενδυνάμωσης των εγκύων και των νέων ζευγαριών από την Μαία/ Μαιευτή για τον τοκετό, και το μεταβατικό στάδιο για τη μητρότητα και πατρότητα και β)να μελετήσει κατά πόσο αυτή η προετοιμασία έχει σχέση με θέματα που άπτονται της Δημόσιας Υγείας.

Στην έρευνα συμμετείχαν 110 ερωτηθέντες, η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων ήταν γυναίκες-μητέρες από 36 έως 45 ετών που έχουν αποφοιτήσει από την τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ ή ΤΕΙ). Για τη διεξαγωγή της έρευνας δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο για να διερευνηθεί η συμβολή των προγραμμάτων για την προετοιμασία της γονεϊκότητας που αποτελούνταν από 22 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 19 είναι κλειστού τύπου, η 1 ανοιχτού τύπου και οι υπόλοιπες 2 είναι ερωτήσεις τύπου Likert με 5 υποερωτήματα η κάθε μια. Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοιώθουν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν ένα φυσιολογικό τοκετό, και θεωρούν πως σε αυτό συνέβαλε το πρόγραμμα, ενώ όλοι οι ερωτηθέντες θα θηλάσουν το παιδί τους, με τους περισσότερους να κάνουν μια προσπάθεια να θηλάσουν έως και 6 μήνες. Επιπλέον θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν την καθημερινότητα ενός μωρού και δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Οι ερωτηθέντες θεωρούν πολύ σημαντική την βοήθεια που τους παρείχε το πρόγραμμα ως προς τον θηλασμό, ενώ θεωρούν ότι ο/η σύντροφος τους βοηθήθηκε κυρίως στον τομέα της υποστήριξης. Τέλος, όλοι θα πρότειναν το πρόγραμμα σε φίλους ή συγγενείς πριν φέρουν το μωρό στον κόσμο και η πλειοψηφία υποστηρίζει πως το πρόγραμμα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλους τομείς.

Λέξεις-κλειδιά: γονεϊκότητα, τοκετός, θηλασμός, πρόγραμμα.

Abstract

The purpose of the present study was to: (a) study the degree of pregnancy and the development of pregnant women and young couples by the midwife for the birth and the transition period for maternity and paternity; and (b) to study whether this preparation relation to Public Health issues. The survey involved 110 respondents, the overwhelming majority of whom were female mothers from 36 to 45 years of age who graduated from tertiary education (university or TEI). A questionnaire was created to investigate the contribution of parenting programs consisting of 22 questions, of which 19 are closed-ended, 1 open-ended, and the other 2 are Likert-type questions with 5 sub-questions or each. The findings of the survey showed that the majority of respondents felt ready to cope with a normal childbirth and believed that the program contributed to this, while all respondents would breastfeed their child, with most attempting to breastfeed for up to 6 months . They also think they are ready to deal with a baby's everyday life and say they are very satisfied with this program. Respondents consider the breastfeeding program to be of great help to them, and they consider that their partner was mainly helped in the field of support. Finally, everyone would suggest the program to friends or relatives before bringing the baby to the world and the majority says the program should be extended to other areas.

Key words: parenthood, childbirth, breastfeeding, program.

Περιεχόμενα

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	6
Abstract	7
Περιεχόμενα	8
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή	11
1.1.Σημαντικότητα της έρευνας	11
1.2.Σκοπός της έρευνας	11
1.3. Ερευνητικά ερωτήματα.....	12
1.4.Δομή	12
Κεφάλαιο2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προγράμματα αγωγής υγείας στην Π.Φ.Υ.....	13
2.1. Έννοια και σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)	13
2.2. Προαγωγή υγείας και προγράμματα αγωγής υγείας.....	17
2.3. Η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα σήμερα.....	20
2.4.Προετοιμασία για γονεϊκότητα	22
Κεφάλαιο 3. Προετοιμασία για γονεϊκότητα	25
3.1. Προετοιμασία για γονεϊκότητα. Θεωρητικό πλαίσιο.....	25
3.2. Προετοιμασία για γονεϊκότητα. Στατιστικά στοιχεία	27
Γράφημα 1. Ποσοστά καισαρικών 2013 στις χώρες του ΟΟΣΑ	27
Γράφημα 3. Σύνοψη δεικτών μητρικού θηλασμού, Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017	29
Γράφημα 4. Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, πλήρης μητρικός θηλασμός και εισαγωγή στερεών/ημιστερεών τροφών κατά ηλικία, σε συμπληρωμένους μήνες	30
Το παραπάνω γράφημα δείχνει αντίστοιχα ότι, ο μητρικός θηλασμός παρουσιάζει πτώση καθώς το βρέφος πλησιάζει τους έξι μήνες.....	30
Γράφημα 5. Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017 και 2007.	31
Γράφημα 6. Μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017 και 2007.....	31
Γράφημα 7. Μητρικός θηλασμός χωρίς υποκατάστατο μητρικού γάλακτος κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις εθνικές μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017 και 2007	32
Γράφημα 8. Εισαγωγή στέρεων/ημιστερεών τροφών κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις εθνικές μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017 και 2007	32

3.3. Προετοιμασία για γονεϊκότητα. Οικονομικό πλαίσιο	32
Πίνακας 2. Φυσιολογικοί τοκετοί και καισαρικές τομές στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, 2013-2016	33
3.4. Προγράμματα	33
Κεφάλαιο 4. Αρθρογραφική ανασκόπηση για την προετοιμασία για τη γονεϊκότητα	35
Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία	41
5.1. Ερευνητικό δείγμα	41
5.2. Ερευνητικό εργαλείο.....	41
5.3.Ερευνητική διαδικασία	41
5.4. Ερευνητικοί περιορισμοί.....	42
Κεφάλαιο 6. Αποτελέσματα	43
Πίνακας 1. Φύλο	43
Πίνακας 2. Ηλικία.....	45
Πίνακας 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο	46
Πίνακας 4. Παιδιά στην οικογένεια	47
Πίνακας 5. Εθνικότητα.....	48
Πίνακας 6. Εισόδημα.....	49
Πίνακας 7. Παρακολουθείτε για πρώτη φορά το πρόγραμμα προετοιμασίας για γονεϊκότητα.....	50
Γράφημα 7. Παρακολουθείτε για πρώτη φορά το πρόγραμμα προετοιμασίας για γονεϊκότητα.....	50
Πίνακας 8. Από πού ενημερωθήκατε για το πρόγραμμα	51
Πίνακας 9. Πού θα γεννήσετε.....	52
Πίνακας 10. Νιώθετε έτοιμη/ος να “αντιμετωπίσετε” έναν φυσιολογικό τοκετό.....	53
Πίνακας 11. Συνέβαλε το πρόγραμμα σε αυτή σας την απόφαση	54
Γράφημα 11. Συνέβαλε το πρόγραμμα σε αυτή σας την απόφαση.....	55
Πίνακας 12. Θα θηλάσετε το μωρό σας	55
Γράφημα 12. Θα θηλάσετε το μωρό σας.....	56
Πίνακας 13. Θα προσπαθήσετε για αποκλειστικό θηλασμό μέχρι 6 μήνες	56
Γράφημα 13. Θα προσπαθήσετε για αποκλειστικό θηλασμό μέχρι 6 μήνες.....	57
Πίνακας 14. Θηλάσατε το μεγαλύτερο παιδάκι σας.....	57
Γράφημα 14. Θηλάσατε το μεγαλύτερο παιδάκι σας.....	58
Πίνακας 15. Αν δε θηλάσατε αποκλειστικά μέχρι 6 μήνες, γιατί διακόψατε τον θηλασμό	59
Γράφημα 15. Αν δε θηλάσατε αποκλειστικά μέχρι 6 μήνες, γιατί διακόψατε τον θηλασμό.....	59

Πίνακας 16. Θεωρείτε ότι είστε έτοιμη/ος να αντιμετωπίσετε την καθημερινότητα ενός μωρού.....	60
Γράφημα 16. Θεωρείτε ότι είστε έτοιμη/ος να αντιμετωπίσετε την καθημερινότητα ενός μωρού.....	60
Πίνακας 17. Είστε ικανοποιημένη/ος από το πρόγραμμα που παρακολουθείτε.....	61
Γράφημα 17. Είστε ικανοποιημένη/ος από το πρόγραμμα που παρακολουθείτε.....	62
Πίνακας 18. Σε ποιόν τομέα βοηθηθήκατε περισσότερο	63
Γράφημα 18. Σε ποιον τομέα βοηθηθήκατε περισσότερο	63
Πίνακας 19. Σε ποιόν τομέα νομίζετε ότι το πρόγραμμα βοήθησε τον/την σύντροφό σας περισσότερο	64
Γράφημα 19. Σε ποιόν τομέα νομίζετε ότι το πρόγραμμα βοήθησε τον/την σύντροφό σας περισσότερο	65
Πίνακας 20. Θα προτείνατε σε φίλους ή συγγενείς να παρακολουθήσουν αντίστοιχα προγράμματα πριν φέρουν το μωρό τους στον κόσμο	66
Γράφημα 20. Θα προτείνατε σε φίλους ή συγγενείς να παρακολουθήσουν αντίστοιχα προγράμματα πριν φέρουν το μωρό τους στον κόσμο	66
Πίνακας 21. Θεωρείτε ότι το πρόγραμμα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλους τομείς ...	67
Γράφημα 21. Θεωρείτε ότι το πρόγραμμα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλους τομείς..	67
Πίνακας 22. Νιώθετε έτοιμη/ος να “αντιμετωπίσετε” έναν φυσιολογικό τοκετό * Συνέβαλε το πρόγραμμα σε αυτή σας την απόφαση Crosstabulation.....	69
Πίνακας 23. Chi-Square Tests	70
Κεφάλαιο 7 Συμπεράσματα-Συζήτηση	72
Βιβλιογραφία	75
Παράρτημα	88

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

1.1.Σημαντικότητα της έρευνας

Η γονεϊκότητα είναι ένα περίπλοκο και πολύπλευρο συμβάν της ζωής. Η άφιξη της προκαλεί ένα ξεχωριστό μείγμα άγχους αλλά και ανταμοιβών (Nomaguchi & Milkie, 2003). Η προετοιμασία για τη γονεϊκότητα, μπορεί να έχει αντίκτυπο στις μελλοντικές γενιές.

Παρόλο που η προετοιμασία για τη γονεϊκότητα είναι μια έννοια που συνδέεται γενικά με το επάγγελμα της μαιευτικής, υπάρχουν και άλλα πλαίσια στα οποία πρέπει να αναγνωριστεί η σημασία της. Εξάλλου, μπορούν να υπάρξουν διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι μπορούν να προετοιμαστούν για τη γονεϊκότητα (Moriarty Daley, Sadler & Dawn Reynolds, 2013; Ross, Church, Hill, Seaman & Roberts, 2012).

Η προετοιμασία για τη γονεϊκότητα, μπορεί να θέσει τις σωστές αρχές και βάσεις τόσο για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού όσο, και για τους γονείς. Αυτός είναι και ο λόγος που σε εθνικό επίπεδο αναπτύσσεται μία σειρά προγραμμάτων προς αυτή την κατεύθυνση. Η αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων, ειδικά σε περιόδους οικονομικής κρίσης, που οι πόροι είναι ελάχιστοι, είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματικότητά τους. Στην περίπτωση της Ελλάδας ειδικότερα, η υπέρβαση του παγκόσμιου ποσοστού καισαρικών τομών και η θεσμοθέτηση του μητρικού θηλασμού, καθιστούν αναγκαία την ενημέρωση με την παρακολούθηση των προγραμμάτων προετοιμασίας γονεϊκότητας.

1.2.Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι:

α) να μελετήσει τον βαθμό προετοιμασίας και ενδυνάμωσης των εγκύων και των νέων ζευγαριών από την μαία/ μαιευτή για τον τοκετό, και το μεταβατικό στάδιο για τη μητρότητα και πατρότητα.

β) να μελετήσει κατά πόσο αυτή η προετοιμασία έχει σχέση με θέματα που άπτονται της Δημόσιας Υγείας:

- Την προαγωγή του φυσιολογικού τοκετού
- Την προώθηση του μητρικού θηλασμού
- Την ικανοποίηση των συναισθηματικών και ψυχικών αναγκών της εγκύου/λεχνοῦ, του ζευγαριού/ γονέων και του νεογνού / παιδιού/ μελλοντικού ενήλικα.
- Την αναγκαιότητα του εμβολιασμού των νεογνών/παιδιών.

1.3. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που καλείται να απαντήσει η παρούσα έρευνα είναι:

α) Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων από το πρόγραμμα περί γονεϊκότητας που παρακολούθησαν, β) Σε ποιο βαθμό τα προγράμματα περί γονεϊκότητας συνέβαλαν στην προώθηση του φυσιολογικού τοκετού και του μητρικού θηλασμού; και γ) Η παραπάνω συμβολή, θα βοηθήσει στην εξοικονόμηση πόρων, τόσο στον Κρατικό Προϋπολογισμό όσο και στον οικογενειακό προϋπολογισμό, ειδικά τη σημερινή εποχή της κρίσης στην Ελλάδα;

1.4.Δομή

Η μελέτη διακρίνεται σε δύο μέρη: στο θεωρητικό και στο ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει πληροφορίες και δεδομένα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προγράμματα αγωγής υγείας στην Π.Φ.Υ καθώς και για τη γονεϊκότητα και για την προετοιμασία της. Το ερευνητικό μέρος περιλαμβάνει την μεθοδολογία και τα ευρήματα. Ακολουθούν τα συμπεράσματα και η συζήτηση της έρευνας.

Κεφάλαιο 2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προγράμματα αγωγής υγείας στην Π.Φ.Υ.

2.1. Έννοια και σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Η διακήρυξη της Alma-Ata, το 1978, ήταν ένα ορόσημο στην ιστορία της παγκόσμιας υγείας. Σαράντα χρόνια αργότερα, η Παγκόσμια Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα της Υγείας ανανέωσε τη δέσμευση για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στην επιδίωξη της υγείας και της ευημερίας για όλους, χωρίς ανισότητες.

Η έννοια της ΠΦΥ, έχει επανειλημμένα ερμηνευθεί και επαναπροσδιοριστεί, από το 1978. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ΠΦΥ αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών, προσωπικής υγειονομικής περίθαλψης. Σε άλλα πλαίσια, νοείται ως ένα σύνολο παρεμβάσεων προτεραιότητας για την υγεία, για τους πληθυσμούς με χαμηλό εισόδημα (που ονομάζεται επίσης επιλεκτική ΠΦΥ). Κάποιοι κατανοούν την ΠΦΥ ως βασική συνιστώσα της ανθρώπινης ανάπτυξης, εστιάζοντας στις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές πτυχές και όχι απλά στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Κάθε μία από αυτές τις ερμηνείες είναι μια απλούστευση του ευρύτερου ορισμού που διατυπώθηκε στη Διακήρυξη της Alma-Ata και η εφαρμογή τους διατρέχει τον κίνδυνο απώλειας των οφελών μιας συνολικής προσέγγισης για την υγεία. Αυτό σημαίνει ότι, απαιτείται σαφής και απλός ορισμός της ΠΦΥ για να διευκολυνθεί ο συντονισμός των μελλοντικών προσπαθειών της σε παγκόσμιο, εθνικό και τοπικό επίπεδο και να κατευθυνθεί η εφαρμογή τους (WHO & UNICEF, 2018).

Η ΠΦΥ είναι μια προσέγγιση της υγείας σε επίπεδο κοινωνίας, που στοχεύει στο να εξασφαλίσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας και ευημερίας, εστιάζοντας στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ανθρώπων (ως άτομα, οικογένειες και κοινότητες) όσο το δυνατόν νωρίτερα. Η συνέχεια από την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών στη θεραπεία, την αποκατάσταση και την

παρηγορητική φροντίδα και όσο το δυνατόν πιο κοντά στο καθημερινό περιβάλλον των ανθρώπων, είναι επίκεντρο της ΠΦΥ (WHO & UNICEF, 2018).

Η εμπειρία που έχει συσσωρευτεί κατά τα τελευταία 40 χρόνια, υποστηρίζει έναν ολοκληρωμένο ορισμό της ΠΦΥ, που ενσωματώνει τρία αλληλοσυνδεόμενα συστατικά. Το πρώτο είναι η κάλυψη των αναγκών υγείας των ανθρώπων μέσω ολοκληρωμένων προωθητικών, προστατευτικών, προληπτικών, θεραπευτικών, αποκαταστατικών και παρηγορητικών θεραπειών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, με στρατηγική προτεραιότητα στις βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που απευθύνονται σε άτομα και οικογένειες μέσω της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το δεύτερο είναι η συστηματική αντιμετώπιση των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας (συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, καθώς και των ατομικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών) μέσω πολιτικών και δράσεων που έχουν τεκμηριωμένη πληροφόρηση σε όλους τους τομείς. Το τρίτο είναι η ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων για τη βελτιστοποίηση της υγείας τους, ως υποστηρικτές για πολιτικές, που προάγουν και προστατεύουν την υγεία και την ευημερία, ως συνδημιουργοί των υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών και ως αυτοεξυπηρετούμενοι και φροντιστές (WHO & UNICEF, 2018).

Η ΠΦΥ βασίζεται στη δέσμευση για κοινωνική δικαιοσύνη, ισότητα και συμμετοχή. Βασίζεται στην αναγνώριση ότι, η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου χωρίς διάκριση, όπως αναφέρεται στο Σύνταγμα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Αυτό υπογραμμίζει την ευθύνη των κυβερνήσεων για την παροχή ποιοτικών βασικών υπηρεσιών υγείας διαθέσιμων και προσιτών και για την εφαρμογή πολιτικών, που προάγουν και προστατεύουν την υγεία και την ευημερία. Πολλές συγκριτικές αναλύσεις των συστημάτων υγείας έδειξαν ότι η ΠΦΥ είναι η πιο δίκαιη και αποτελεσματική στρατηγική για την ενίσχυση της υγείας των πληθυσμών.

Η ανανέωση της ΠΦΥ και η τοποθέτησή της στο επίκεντρο των προσπαθειών για τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας, είναι κρίσιμες για τρεις λόγους. Ο πρώτος είναι ότι, τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ επιτρέπουν στο σύστημα υγείας να προσαρμόζεται και να ανταποκρίνεται σε ένα σύνθετο και ταχέως

μεταβαλλόμενο κόσμο. Ο δεύτερος είναι ότι, με την έμφαση που δίδεται στην προώθηση και στην πρόληψη, στην αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων και στην προσέγγιση που βασίζεται στον άνθρωπο, η ΠΦΥ έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας πολύ αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των κυριότερων αιτιών και των παραγόντων κινδύνου για την κακή υγεία, αντιμετωπίζοντας τις αναδυόμενες προκλήσεις που ενδέχεται να απειλήσουν την υγεία στο μέλλον. Ο τρίτος λόγος είναι ότι οι στόχοι που σχετίζονται με την υγεία μπορούν να επιτευχθούν με βιώσιμο τρόπο με μεγαλύτερη έμφαση στην ΠΦΥ μέσω μιας τεκμηριωμένης κατανόησής του τι οδηγεί στην καλύτερη υγεία και ευημερία (WHO & UNICEF, 2018).

Ο κόσμος σήμερα αντιμετωπίζει ταχείες οικονομικές, περιβαλλοντικές, τεχνολογικές και δημογραφικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία. Αυτές οι επιπτώσεις δεν είναι πάντοτε επωφελείς και ορισμένες βασικές τάσεις δημιουργούν σημαντικές προκλήσεις. Η οικονομική ανάπτυξη σχετίζεται άμεσα με τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας (τόσο ως αιτία όσο και ως αποτέλεσμα) αλλά έχει διανεμηθεί άνισα. Η ανισότητα στο εσωτερικό των χωρών έχει αυξηθεί σε πολλές χώρες και έχει σημειωθεί σειρά οικονομικών κρίσεων τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε περιφερειακό επίπεδο, με αρνητικές συνέπειες για την υγεία και την ευημερία. Επιπλέον, ορισμένες χώρες έχουν επηρεαστεί επίμονα από συγκρούσεις και αστάθεια, με σημαντικές επιπτώσεις στην κατάσταση υγείας των πληθυσμών τους.

Υπολογίζεται ότι 68,5 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν εκτοπιστεί βίαια από τα σπίτια τους. Εκατοντάδες εκατομμύρια περισσότεροι έχουν μεταναστεύσει εσωτερικά σε αστικές περιοχές, με αποτέλεσμα πάνω από το 55% του παγκόσμιου πληθυσμού να ζει σήμερα στις πόλεις. Οι συνέπειες αυτού για την υγεία και την ευημερία μπορεί να είναι θετικές ή αρνητικές. Η αλλαγή του κλίματος μπορεί επίσης να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του αριθμού των ατόμων που ζουν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας και ονομάστηκε η μεγαλύτερη παγκόσμια απειλή για την υγεία του 21ου αιώνα. Η ΠΦΥ επιτρέπει στην κοινωνία και τα συστήματα υγείας να ανταποκρίνονται σε αυτές τις προκλήσεις (WHO & UNICEF, 2018).

Η πολυτομεακή προσέγγιση, προσελκύει ένα ευρύ φάσμα ενδιαφερομένων, σε εθνικό και υποεθνικό επίπεδο, για να εξετάσει και να καταρτίσει πολιτικές για

την αντιμετώπιση του κοινωνικού, οικονομικού, περιβαλλοντικού και υγειονομικού περιβάλλοντος. Η αντιμετώπιση των ανθρώπων και των κοινοτήτων, ως βασικών παραγόντων στην παραγωγή της δικής τους υγείας και ευημερίας, είναι κρίσιμη για την κατανόηση και την ανταπόκριση στις πολυπλοκότητες του μεταβαλλόμενου πλαισίου.

Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί, όσον αφορά τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας, τα τελευταία 40 χρόνια, με δραματικές μειώσεις των θανάτων μητέρων, νεογνών και παιδιών και σε θανάτους από αίτια όπως το HIV / AIDS, η ελονοσία, η φυματίωση, και ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με εμβόλιο. Η ΠΦΥ συνέβαλε σε αυτές τις εξελίξεις και τώρα υπάρχουν πολλά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης, ιδιαίτερα όσον αφορά ορισμένες από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η ΠΦΥ έχει επίσης αποδειχθεί ότι μειώνει το συνολικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης και αυξάνει την αποτελεσματικότητα, βελτιώνοντας την πρόσβαση σε προληπτικές και προωθητικές υπηρεσίες, παρέχοντας έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία για πολλές καταστάσεις και φροντίζοντας τον άνθρωπο επικεντρώνοντας στο σύνολο των αναγκών του (WHO & UNICEF, 2018).

Πολλές χώρες εξακολουθούν να αγωνίζονται με αυτό που έχει περιγραφεί ως ημιτελή ατζέντα των αναπτυξιακών στόχων της χιλιετίας, αντιμετωπίζοντας την πρόκληση των μεταδοτικών, μητρικών, νεογνικών και παιδικών νόσων και του υποσιτισμού. Παρόλα αυτά, σε παγκόσμιο επίπεδο σημειώθηκε δραματική μετατόπιση των προτύπων ασθενειών, ως αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού και των περιβαλλόντων που συμβάλλουν στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής (συμπεριλαμβανομένου του μη υγιεινού τρόπου ζωής, της έλλειψης σωματικής άσκησης, της χρήσης καπνού κ.λπ.). Σε όλες τις χώρες, το ποσοστό των χρόνων ζωής που χάθηκαν σε μη μεταδοτικές ασθένειες αυξήθηκε από 44% σε 61% μεταξύ 1990 και 2016, με τις ταχύτερες αυξήσεις στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Η συνύπαρξη πολλαπλών (συχνά χρόνιων) συνθηκών, σε ένα μεμονωμένο άτομο αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση, όχι μόνο λόγω της σημαντικής επιβάρυνσης που επιβάλλει σε αυτόν, αλλά και λόγω της σχετικής έλλειψης αποδεικτικών στοιχείων για την καθοδήγηση της πολύπλοκης διαχείρισης. Το βάρος των ασθενειών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία αυξάνεται επίσης τις τελευταίες

δεκαετίες και αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως μια μεγάλη και σε μεγάλο βαθμό ανεπεξέργαστη επιδημία. Η αντιμετώπιση αυτών των ολοένα και πιο σύνθετων αναγκών υγείας απαιτεί μια πολυτομεακή προσέγγιση που να ενσωματώνει τις πολιτικές για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, τις λύσεις που ανταποκρίνονται στις κοινότητες και τις υπηρεσίες υγείας που έχουν επίκεντρο τον άνθρωπο, δηλαδή εν συντομία, την ΠΦΥ. Μια άλλη βασική πρόκληση είναι η εξάπλωση νέων παθογόνων που είναι ανθεκτικά στις τρέχουσες μορφές θεραπείας. Οι επιδημίες Ebola της τελευταίας δεκαετίας κατέδειξαν την ευπάθεια που έχουν τα αδύναμα τοπικά συστήματα υγείας. Ταυτόχρονα, η αυξανόμενη επικράτηση της αντιμικροβιακής αντοχής αποτελεί σοβαρή απειλή για τις τρέχουσες θεραπευτικές επιλογές. Η ΠΦΥ περιλαμβάνει τα βασικά στοιχεία που απαιτούνται για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων και τη βελτίωση της ασφάλειας της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής και της εκπαίδευσης στην κοινότητα, την εστίαση στη διαθεσιμότητα φαρμάκων καλής ποιότητας, την ορθολογική συνταγογράφηση και το βασικό σύνολο βασικών λειτουργιών δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της επιτήρησης και της έγκαιρης αντίδρασης. Επιπλέον, ενισχύοντας το επίπεδο της κοινότητας και της περιφερειακής υγειονομικής περίθαλψης, η ΠΦΥ συμβάλλει στην οικοδόμηση της ανθεκτικότητας, η οποία είναι κρίσιμη για την αντιμετώπιση των κινδύνων στο σύστημα υγείας και τη διασφάλιση της συνεχούς παροχής βασικών υπηρεσιών υγείας (WHO & UNICEF, 2018).

2.2. Προαγωγή υγείας και προγράμματα αγωγής υγείας

Η κοινοτική συμμετοχή αποτελεί κεντρικό στοιχείο της πρακτικής προαγωγής της υγείας που απορρέει από την ιδεολογική θέση που αποσκοπεί στη μετατόπιση της εξουσίας από την επαγγελματική κυριαρχία μέσα σε ένα βιολογικό ιατρικό πρότυπο προς ένα κοινωνικό μοντέλο που δημιουργεί τις συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερο έλεγχο της υγείας τους και της ευεξίας τους. Η συμμετοχή της κοινότητας μπορεί να αποτελέσει συνιστώσα πολυτομεακής και πολυεπίπεδης δράσης σε ένα τοπικό σύστημα υγείας, αλλά

και οι κοινότητες μπορούν να θεωρηθούν ως περιβάλλον προαγωγής της υγείας (Biddle & Seymour, 2012 Heritage & Dooris, 2009).

Οι συνέπειες είναι ότι η προαγωγή της υγείας σε κοινοτικό επίπεδο πρέπει να είναι κάτι περισσότερο από μια προγραμματική απάντηση για την επίτευξη των στόχων υγείας. Οι πρόσφατες πολιτικές για την υγεία στην Ευρώπη και σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν θέσει ένα νέο θεματολόγιο, το οποίο επιβεβαιώνει τον κεντρικό ρόλο της κοινωνίας των πολιτών στο πλαίσιο ευρύτερων προσπαθειών για την επίτευξη ισότητας στην υγεία (WHO, 2011 WHO, 2012).

Η υιοθέτηση μιας ουσιαστικά προσέγγισης σε επίπεδο συστήματος που τοποθετεί τις κοινότητες σε περισσότερο κεντρικό στάδιο δημιουργεί προκλήσεις για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που βασίζονται σε κοινοτικές (τοπικές) ανησυχίες αλλά είναι ικανές να εμπλέκονται ευρέως σε διάφορους πληθυσμούς. Στην Ευρώπη, τέτοιες προσεγγίσεις πρέπει να εντάσσονται σε πλαίσια όπου τα συστήματα υγείας αμφισβητούνται λόγω οικονομικών συνθηκών αλλά και πολιτικά σε σχέση με τις εκκλήσεις για μεγαλύτερη συμμετοχή των πολιτών στη διακυβέρνηση (Kickbusch & Gleicher, 2012).

Η προώθηση της προαγωγής της υγείας σε κοινοτικό επίπεδο σε ένα ευρωπαϊκό πλαίσιο απαιτεί κάποια κατανόηση της τρέχουσας κατάστασης της γνώσης. Πρώτον, υπάρχει ευρεία συμφωνία ως προς την αξία της συμμετοχής και τον κεντρικό ρόλο των κοινοτήτων στην προαγωγή της υγείας. Οι αιτιολογήσεις έχουν προχωρήσει αρκετά με την πάροδο των ετών και σχετίζονται με βασικούς στόχους για την επίτευξη της κοινωνικής δικαιοσύνης, επιτρέποντας στους ανθρώπους να αποκτήσουν μεγαλύτερο έλεγχο της υγείας τους (Wallerstein, 2002).

Σε αντίθεση με τις διαχειριστικές προσεγγίσεις, όπου χρησιμοποιούνται συμμετοχικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση των λειτουργικών στόχων, οι προσεγγίσεις προαγωγής της υγείας αναγνωρίζουν τη συστατική αξία της συμμετοχής ως μέρος ενός δίκαιου και δημοκρατικού συστήματος υγείας (Fraser, 2005). Δεύτερον, έχουμε τώρα μια κατανοητή αντίληψη για το τι σημαίνει η έννοια «κοινότητα» και πώς τα κοινωνικά δίκτυα και οι κοινωνικοί δεσμοί είναι σημαντικοί παράγοντες για την υγεία (Friedli, 2009). Τρίτον, υπάρχουν πλέον αποδεικτικά στοιχεία για διάφορες συμμετοχικές προσεγγίσεις

και συνεχίζουν να αναπτύσσονται, συχνά ενημερωμένα και καθοδηγούμενα από κοινότητες πρακτικής που εργάζονται σε αυτούς τους τομείς. Τα αποδεικτικά στοιχεία αφορούν όχι μόνο σε ζητήματα αποτελεσματικότητας αλλά και σε θέματα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο εμπλέκονται καλύτερα οι κοινότητες. Τέταρτον, ακόμη και σε οικονομικά ανεπτυγμένες και σχετικά πλούσιες χώρες, παραμένουν οι επίμονες ανισότητες στον τομέα της υγείας. Η κοινοτική συμμετοχή και ενδυνάμωση είναι αναγνωρισμένες στρατηγικές για την επίτευξη μεγαλύτερης ισότητας στην υγεία, εν μέρει επειδή οι προσεγγίσεις που βασίζονται στην έννοια της ενδυνάμωσης προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την αδυναμία που αντιμετωπίζουν οι μειονεκτούσες και υποεξυπηρετούμενες κοινότητες (Wallerstein, 2002).

Παρ' όλα αυτά, οι συμμετοχικές προσεγγίσεις λειτουργούν ενάντια στους οικονομικούς παράγοντες, ιδίως σε ορισμένα ευρωπαϊκά κράτη, και θα οδηγήσουν σε μεγαλύτερη ανισότητα. Αυτά τα θέματα αντικατοπτρίζουν ορισμένες πτυχές της τρέχουσας βάσης γνώσεων, αλλά υπάρχουν σύγχρονες προκλήσεις για την προαγωγή της υγείας σε επίπεδο κοινότητας όπου οι λύσεις είναι είτε αβέβαιες είτε υπάρχουν ελλείψεις γνώσεων.

Η τρέχουσα πολιτική στον τομέα της υγείας αντικατοπτρίζει τη μετατόπιση της έμφασης από τις δραστηριότητες συμμετοχής της κοινότητας στην εξέταση του ευρύτερου ρόλου της κοινωνίας των πολιτών που συνδέεται με την προσέγγιση της υγείας σε ολόκληρη την κοινωνία και ολόκληρη την διακυβέρνηση. Το νέο πλαίσιο πολιτικής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την «Υγεία 2020» τονίζει τη συνεργατική διακυβέρνηση και δηλώνει ότι η κοινωνία των πολιτών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση, την προώθηση και την επίτευξη αλλαγών (WHO, 2012). Κατά παρόμοιο τρόπο, η Πολιτική Διακήρυξη του Ρίο για τους Κοινωνικούς Παράγοντες Υγείας δεσμεύεται να εξετάσει τις συνεισφορές και τις ικανότητες της κοινωνίας των πολιτών να αναλάβουν δράση στην υπεράσπιση, την κοινωνική κινητοποίηση και την εφαρμογή στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (WHO, 2011).

2.3. Η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα σήμερα

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα έχει υποστεί πολλές μεταρρυθμίσεις από την δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Αυτό οφείλεται στις παθογένειες και στις αδυναμίες που εμφάνισε επειδή δεν αποτέλεσε μέχρι το πρόσφατο παρελθόν τομέα προτεραιότητας της εθνικής πολιτικής για την υγεία. Μία σειρά νομοθετικών ρυθμίσεων όμως αναδεικνύει την πρόθεση ουσιαστικών μεταβολών.

Το 2011 με τον Ν. 3918 έγινε η σύσταση του ΕΟΠΥΥ ως κεντρικού φορέα για την ΠΦΥ. Στον ΕΟΠΥΥ συγχωνεύτηκαν τα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία της χώρας σταματώντας με αυτό τον τρόπο τον πολυκερματισμό. Ένα χρόνο μετά, μετά με τον Ν. 4052 οι υγειονομικές περιφέρειες μετονομάστηκαν προκειμένου να ταυτιστούν με τις αποκεντρωμένες διοικήσεις της τοπικής αυτοδιοίκησης. Επιπλέον, έγινε εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ξεκίνησε η προώθηση των γενοσήμων καθώς και η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και όχι συγκεκριμένη ονομασία φαρμάκου (Πετρέλης & Δομάγιορ, 2016).

Με τον Ν. 4338/2014 έγινε η ίδρυση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) εντάσσοντας στην ευθύνη της υγειονομικής περιφέρειας τις υπηρεσίες ΠΦΥ. Δύο χρόνια αργότερα με τον Ν. 4368 οι ανασφάλιστοι και πρόσφυγες μπορούσαν να λαμβάνουν υπηρεσίες ΠΦΥ χωρίς την καταβολή αντιτίμου (Πετρέλης & Δομάγιορ, 2016).

Ο πιο πρόσφατος νόμος για την ΠΦΥ είναι ο ν.4486/2017 με τον οποίο επιχειρήθηκε η μεταρρύθμιση της σε βασικούς τομείς. Ο νόμος αυτός αναφέρεται σε μία σειρά αλλαγών, ενώ το άρθρο 12 είναι εστιασμένο αποκλειστικά στην μαιευτική φροντίδα στην ΠΦΥ με τη συγκρότηση ενός εξειδικευμένου δικτύου:

«1. Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. συγκροτείται δίκτυο Μαιών - Μαιευτών με τίτλο «Δίκτυο Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών-Μαιευτών», με μέλη του υπηρετούντες Μαίες-Μαιευτές στις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε.. Ως Υπεύθυνος Συντονισμού του Δικτύου ορίζεται με ψηφοφορία πρόσωπο μεταξύ των μελών του Δικτύου.

α) Ως έδρα του δικτύου ορίζεται δημόσια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε. με απόφαση του Διοικητή της, ύστερα από εισήγηση του Υπεύθυνου Συντονισμού του δικτύου.

β) Το δίκτυο Μαιών - Μαιευτών διασυνδέεται με τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε.. Το δίκτυο Μαιών-Μαιευτών διασυνδέεται λειτουργικά ιδίως με τις Το.Μ.Υ. καταρτίζοντας και υλοποιώντας ένα τακτικό πρόγραμμα επισκέψεων σε αυτές.

γ) Σκοπός του δικτύου Μαιών-Μαιευτών είναι:

- ✚ η παροχή συμβουλευτικής και ενημέρωσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας,
- ✚ η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, καθώς και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού και Οικογενειακού Προγραμματισμού,
- ✚ η λήψη τραχηλικού επιχρίσματος (τεστ Παπανικολάου),
- ✚ η πραγματοποίηση επισκέψεων μελών σε Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων, ύστερα από ενημέρωση της οικείας Δ.Υ.Πε. και των αρμόδιων αρχών για πραγματοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας,
- ✚ η ανάπτυξη συνεργασίας με Ο.Τ.Α. και φορείς που δραστηριοποιούνται σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας για την πραγματοποίηση δράσεων ενημέρωσης, αγωγής και προαγωγής υγείας,
- ✚ η ολοκληρωμένη και έγκαιρη ενημέρωση και η προετοιμασία της εγκύου για το φυσιολογικό τοκετό.

Τα δείγματα από διενεργούμενα τεστ Παπανικολάου αποστέλλονται άμεσα για κυτταρολογική εξέταση σε εργαστήριο της δημόσιας μονάδας που συνιστά την έδρα του δικτύου ή άλλης δημόσιας μονάδας εντός της οικείας Δ.Υ.Πε.. Τα χρησιμοποιούμενα κατά την υλοποίηση των δράσεων έντυπα πρέπει να συνιστούν προτυποποιημένα έντυπα του Υπουργείου Υγείας. Οι ανωτέρω δράσεις και ενέργειες πραγματοποιούνται αποκλειστικά εντός του πλαισίου των αρμοδιοτήτων και των επαγγελματικών δικαιωμάτων του κλάδου ΤΕ Μαιευτικής.

δ) Η οργάνωση και ο συντονισμός της λειτουργίας του Δικτύου, των δράσεων

και των προγραμμάτων που διενεργούνται γίνεται υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Διοικητή της οικείας Υ.Πε.. Το δίκτυο ενημερώνει σε μηνιαία βάση τη δημόσια μονάδα που συνιστά την έδρα του, καθώς και τη Μονάδα Αναφοράς, αν υφίσταται, σχετικά με τον προγραμματισμό και την υλοποίηση των δράσεών του. Το δίκτυο υποχρεούται να καταθέτει κάθε τρίμηνο και συνολικά στο τέλος του έτους απολογιστικά για τις δράσεις του στο Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της οικείας υγειονομικής περιφέρειας».

2.4. Προετοιμασία για γονεϊκότητα

Παραδοσιακά, η προγεννητική εκπαίδευση έχει επικεντρωθεί στην προετοιμασία για τον τοκετό. Ο Nolan (1997) πρότεινε ότι αυτές οι συνεδρίες πρέπει να περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τη γονεϊκότητα. Μια επισκόπηση της Cochrane ενέκρινε την προγεννητική εκπαίδευση ως σημαντικό ρόλο στη βελτίωση των μητρικών ψυχολογικών αποτελεσμάτων που αφορούν τον τοκετό (Hodnett, 2000).

Η θεωρία της προσέγγισης του «τοίχου από τούβλα» που πρότεινε ο Wiener (2002) υποστηρίζει ότι ενώ βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης, οι γυναίκες αδυνατούν να λάβουν πληροφορίες σχετικά με τη μητρότητα. Ωστόσο, αυτό δεν έχει γίνει αποδεκτό σε πολλές μελέτες (Parr, 1998 Parr, 2002 Pugh, De' Ath & Smith, 1994). Εάν γίνει δεκτό ότι οι έγκυοι γονείς είναι δεκτικοί των πληροφοριών σχετικά με τη μητρότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ακόμη και πριν από αυτή, τότε πρέπει να σκεφτούμε ποιος θα μπορούσε να επωφεληθεί από μια τέτοια υπηρεσία και ποιος θα παρέχει αυτή την υπηρεσία.

Ο Carrick-Sen (2006) υποστηρίζει περαιτέρω ότι αν γίνει δεκτή αυτή η έννοια, υπάρχει η ανάγκη συμμετοχής των επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Ως εκ τούτου, υπάρχουν δυνατότητες για ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών κλάδων που μπορεί να επηρεάσουν την προετοιμασία για τη γονεϊκότητα, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται οικονομικοί σύμβουλοι, οικογενειακοί θεραπευτές και επαγγελματίες παιδικής φροντίδας. Οι μαίες είναι ιδανικά τοποθετημένες για να παρέχουν αυξημένη υποστήριξη κατά την προετοιμασία των γονέων για τη γονεϊκότητα.

Η πλειοψηφία των μελλοντικών γονέων χρειάζεται την προγεννητική εκπαίδευση για να αποκτήσει πληροφορίες σχετικά με θέματα όπως η λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τοκετό, τη βρεφική και τη μεταγεννητική περίθαλψη, το θηλασμό και τις γονικές δεξιότητες (Gagnon & Sandall, 2007). Ωστόσο, η μορφή και το περιεχόμενο της προγεννητικής εκπαίδευσης είναι ευαίσθητη στις απόψεις και τις τάσεις και έχει υποστεί πολλές αλλαγές χωρίς συγκεκριμένα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις της στα σχετικά αποτελέσματα για τους γονείς και τα παιδιά. Η κύρια εστίαση πολλών προγεννητικών τάξεων είναι ο τοκετός και ο θηλασμός ενώ οι πληροφορίες σχετικά με την προσκόλληση των γονέων και των παιδιών και τις ψυχοκοινωνικές πτυχές που σχετίζονται με το ζευγάρι και τη γονεϊκότητα γενικά δεν καλύπτονται παρόλο που οι μελέτες υποδεικνύουν ότι οι γονείς χρειάζονται αυτές τις πληροφορίες (Cowan & Cowan, 2000).

Έχει υποστηριχθεί ότι η μεταφορά πληροφοριών δεν πρέπει πλέον να αποτελεί το επίκεντρο της προγεννητικής εκπαίδευσης. Οι ειδικοί προτείνουν ότι, οι εκπαιδευτικοί, πρέπει να γίνουν διευκολυντές και η έμφαση πρέπει να μετατοπιστεί από τον εκπαιδευτικό στον εκπαιδευόμενο. Επιπλέον, οι εκπαιδευτές πρέπει να αλληλοεπιδρούν με τους μαθητές και το μαθησιακό περιβάλλον προκειμένου να μάθουν και να αποκτήσουν νέες ικανότητες (Illeris, 2018).

Η προγεννητική εκπαίδευση είναι έντονη σε πόρους και ζητείται ευρέως από τις γυναίκες (Gagnon & Sandall, 2007). Παρά ταύτα, έχουν γίνει λίγες μελέτες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της (Jaddoe, 2009). Αυτές οι μελέτες τείνουν να έχουν μεθοδολογικές αδυναμίες, όπως μικρά μεγέθη δείγματος, αδυναμία ελέγχου για μεταβλητές που μπορεί να επηρεάσουν τη διαδικασία τοκετού και εξέταση μόνο ενός μέρους της διαδικασίας γεννήσεων (Gagnon & Sandall, 2007).

Στις μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχουν αναφερθεί αντιφατικά αποτελέσματα ανάλογα με τον τόπο διεξαγωγής της μελέτης και τα χαρακτηριστικά των γυναικών που εμπλέκονται (Escott, Slade & Spiby, 2009). Κάποιες από αυτές τις μελέτες έχουν δείξει ευεργετικά αποτελέσματα όπως τον μικρότερο χρόνο τοκετού (Delke, Minkoff & Grunebaum 1985), καλύτερη ανίχνευση του τοκετού (Lauzon & Hodnett, 2000), λιγότερες παρεμβάσεις (Grignaffini, Soncini, Ricco

& Vadora, 2000), μειωμένη ανάγκη για αναισθησία (Hetherington, 1990), χαμηλότερα επίπεδα άγχους (Brewin & Bradley, 1982) και μεγαλύτερη ικανοποίηση (Slade, MacPherson, Hume & Maresh, 1993). Για παράδειγμα, η προγεννητική εκπαίδευση βρέθηκε να σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά καισαρικής τομής και μη φυσιολογικούς τοκετούς στο Ιράν (Mehdizadeh, Roosta, Chaichian & Alaghebandan, 2005). Παρόμοιες σχέσεις δεν έχουν βρεθεί σε μελέτες στη Βόρεια Αμερική, στη Βόρεια Ευρώπη και την Αυστραλία (Fabian, Rådestad & Waldenström, 2005). Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται σε αλλαγές στις μαιευτικές πρακτικές στις πιο ανεπτυγμένες χώρες, όπως η εισαγωγή της επισκληρίδιας αναισθησίας (Amelink-Verburg, Rijnders, & Buitendijk, 2009 Green & Baston, 2007).

Φαίνεται λοιπόν ότι η προγεννητική εκπαίδευση είναι αποτελεσματική στη βελτίωση διαστάσεων του τοκετού μόνο σε συγκεκριμένα πλαίσια και είναι πιθανό να δεχτούν επιρροές από παράγοντες όπως οι πολιτιστικοί (Rassin, Klug, Nathanzon, Kan & Silner, 2009) ή η κοινωνική τάξη (Nelson, 1982).

Κεφάλαιο 3. Προετοιμασία για γονεϊκότητα

3.1. Προετοιμασία για γονεϊκότητα. Θεωρητικό πλαίσιο

Το να γίνεις γονέας, είναι μια μεγάλη μετάβαση της ζωής που μπορεί να είναι συγκεχυμένη και συντριπτική (Barimani, Vikström, Rosander, Forslund Frykedal, & Berlin, 2017 Deave, Johnson & Ingram, 2008 Fagerskiold, 2008 Leahy Warren, 2005 Nystrom & Ohrling, 2004 Premberg, Hellstrom, & Berg, 2008). Μετά τον τοκετό, οι γονείς αναφέρουν σωματικές και συναισθηματικές αλλαγές (Fahey & Shenassa, 2013). Οι ερευνητές περιγράφουν φυσικές επιπτώσεις, όπως ο πόνος στο περίνεο, ο καιρός με την καισαρική πληγή, τα προβλήματα του μαστού, η ακράτεια ούρων, η δυσκοιλιότητα και ο πόνος στην πλάτη (Webb, Bloch, Coyne, Chung, Bennett, & Culhane, 2008 Woolhouse, Gartland, Perlen, Donath & Brown, 2014 Yelland, Krastev & Brown, 2009).

Άλλοι περιγράφουν συναισθηματικές αλλαγές, όπως η μεταγεννητική κόπωση (Taylor & Johnson, 2010 Taylor & Johnson, 2013), το άγχος (Taylor & Johnson, 2013) και η κατάθλιψη (Dennis & Dowswell, 2013 Schmied et al., 2013). Οι γονείς ανέφεραν επίσης στέρηση του ύπνου (Kurth, Kennedy, Spichiger, Hosli & Stutz, 2011) και αλλαγή στις σχέσεις τους (Deave et al., 2008 Fagerskiold, 2008 Piquart & Teubert, 2010 Premberg et al., 2008).

Η εκπαίδευση στην προετοιμασία για γονεϊκότητα, στις περισσότερες δυτικές χώρες, υπάρχει, για να ενισχύσει και να στηρίξει τους γονείς και να τους βοηθήσει έτσι να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές. Η εκπαίδευση αυτή έχει ενσωματωθεί στις υπηρεσίες παροχής υγείας, και αποτελεί βασική συνιστώσα της προγεννητικής φροντίδας. Οι στόχοι της εκπαίδευσης αυτής, ποικίλλουν σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, αλλά σύμφωνα με τους Gagnon & Sandall (2007), ένας κοινός στόχος είναι η προετοιμασία των γονέων για τον τοκετό και την ανατροφή των παιδιών.

Η έρευνα για την προετοιμασία του τοκετού έδειξε ότι τα προγράμματα βοήθησαν τις γυναίκες να προετοιμαστούν για τον τοκετό (Fabian et al., 2005). Η έρευνα επικεντρώθηκε κυρίως σε ποικίλα μαιευτικά αποτελέσματα μετά τη συμμετοχή σε προγεννητικές τάξεις (Artieta-Pinedo, Paz-Pascual, Grandes,

Remiro-Fernandezdegamboa, Odriozola-Hermosilla, Bacigalupe, & Payo, 2010 Bergstrom et al., 2011 Brixval, Thygesen, Axelsen, Gluud, Winkel, Lindschou,... & Koushede, 2016 Fabian et al., 2005). Πολλοί ερευνητές ανέφεραν ότι τα προγεννητικά μαθήματα, δεν συνδέονται με οφέλη μόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού, και ότι σε προβλήματα όπως αυτό του πόνου, δεν είχαν καμία επίδραση (Bergstrom, Kieler & Waldenström, 2009 Svensson, Barclay & Cooke, 2009).

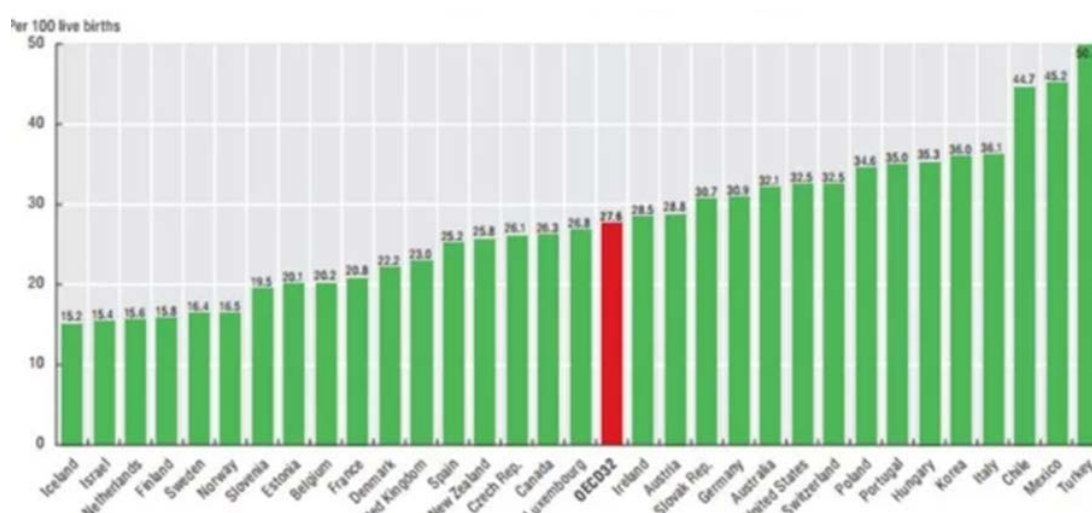
Οι ερευνητές της προετοιμασίας γονέων, ανέφεραν ότι, οι προγεννητικές τάξεις ενίσχυαν τον γονεϊκό ρόλο (Ahlden, Ahlehagen, Dahlgren, & Josefsson, 2012 Asenhed, Kilstam, Alehagen, & Baggens, 2014 Barimani et al., 2017 Berlin, Törnkvist & Barimani, 2016 Schrader McMillan, Barlow & Redshaw, 2009 Svensson et al., 2009). Άλλοι υπογράμμισαν τη σημασία των συζητήσεων και της ανταλλαγής πληροφοριών σχετικά με τη γονική μέριμνα κατά την κοινωνική επαφή μεταξύ των γονέων (Asenhed et al., 2014 Berlin et al., 2016 Fabian et al., 2005 Murphy Tighe, 2010 Norling-Gustafsson, Skaghammar & Adolfsson, 2011 Svensson, Barclay & Cooke, 2006). Επιπλέον, η προοπτική του φύλου είναι ζωτικής σημασίας στις προγεννητικές τάξεις (Berlin et al., 2016) και οι μελλοντικοί γονείς επιθυμούν να συμμετάσχουν ενεργά στις τάξεις (Asenhed et al., 2014 Deave & Johnson, 2008 Entsieh & Hallstrom, 2016 Vikstrom & Barimani, 2016).

Οι ερευνητές ανέφεραν ότι, η προετοιμασία των γονέων δεν είναι πάντα ένα θέμα που συζητείται στις προγεννητικές τάξεις (Bergstrom, Kieler, & Waldenström, 2011 Berlin et al., 2016 Fabian et al., 2005 Schrader McMillan et al., 2009). Σύμφωνα με δύο μελέτες, ένας λόγος γι 'αυτό μπορεί να είναι ότι οι μαίες θεωρούν ότι οι γονείς δεν είναι πολύ δεκτικοί στις πληροφορίες σχετικά με τη γονική μέριμνα. Έτσι, η αυτοπεποίθηση, η συναισθηματική υγεία των γονέων, οι γονικές δεξιότητες και η σχέση του ζευγαριού συγκαταλέγονται μεταξύ πολλών παραγόντων που δεν αντιμετωπίζονται πάντα κατά τη διάρκεια των προγεννητικών τάξεων (Renkert & Nutbeam, 2001 Wiener & Rogers, 2008). Επιπλέον, όταν ρωτήθηκαν εκ των υστέρων, οι γονείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με τις προετοιμασίες κατά τη γέννηση του παιδιού και αισθάνθηκαν ότι έχουν πολύ λιγότερες δυνατότητες όσον αφορά την προετοιμασία των γονέων αμέσως μετά τον τοκετό (Nelson, 2003 Nolan, 1997).

Οι ερευνητές, δεν έδωσαν ιδιαίτερη προσοχή στο περιεχόμενο της προγεννητικής τάξης και τις τελευταίες δεκαετίες η προγεννητική εκπαίδευση έχει γίνει πιο δύσκολη επειδή οι γονείς προέρχονται από διαφορετικά περιβάλλοντα (Forslund Frykedal, Rosander, Berlin & Barimani, 2015) και λαμβάνουν πολλές πληροφορίες από ποικίλες πηγές όπως γονείς, περιοδικά και διαδίκτυο (Forslund Frykedal et al., 2015 Lima-Pereira, Bermudez-Tamayo & Jasienska, 2012).

3.2. Προετοιμασία για γονεϊκότητα. Στατιστικά στοιχεία

Η Ελλάδα, είναι μία από τις χώρες που ξεπερνά κατά πολύ τον μέσο όρο των καισαρικών τομών σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό στην Ελλάδα ξεπερνά το 60% ενώ ο αντίστοιχος μέσος της Ε.Ε. είναι 25-30%. Το ποσοστό αυτό φαντάζει υπερβολικό, δεδομένο ότι, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) χαρακτηρίζει ως επιτρεπτό ποσοστό για καισαρικές τομές, το 15%. Τα ποσοστά των καισαρικών τομών στις χώρες του ΟΟΣΑ αποτυπώνονται στο παρακάτω γράφημα, το οποίο δεν περιλαμβάνει την Ελλάδα διότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (Σιάχος, 2017).



Πηγή: Σιάχος, 2017

Γράφημα 1. Ποσοστά καισαρικών 2013 στις χώρες του ΟΟΣΑ

Τα στοιχεία που παρατίθενται από τον ΟΟΣΑ αναδεικνύουν ότι, το ποσοστό των καισαρικών τομών είναι πιο αυξημένο στα ιδιωτικά μαιευτήρια. Στην 54η Σύνοδο της Επιτροπής των Ην. Εθνών για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών (CEDAW), έγινε ειδική αναφορά στην Ελλάδα, μετά την αξιολόγηση των δράσεων για την μείωση των καισαρικών τομών. Ένα σημαντικό έλλειμμα που εντοπίστηκε ήταν ότι, παρά το γεγονός ότι αναπτύσσεται σχετική νομοθεσία όπως ο νόμος Ν. 4316/2014 που συμπεριλαμβάνει μεταξύ άλλων τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας και την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, εντούτοις, δεν έχει καταρτιστεί αντίστοιχα και το ιατρικό προσωπικό προς αυτή την κατεύθυνση, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα (Σιάχος, 2017). Τα στοιχεία που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ για το 2014 δείχνουν ότι, σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία και μαιευτήρια έγιναν συνολικά 92.148 γεννήσεις. Από αυτές, οι 54.252 (58,87%) έγιναν με καισαρική.

Τα προσωρινά στοιχεία του 2015 δείχνουν αύξηση του ποσοστού των καισαρικών τομών σε 77,24%.

Η αύξηση των καισαρικών τομών στην Ελλάδα από το 2007-2015 διαφαίνεται και στον παρακάτω πίνακα:

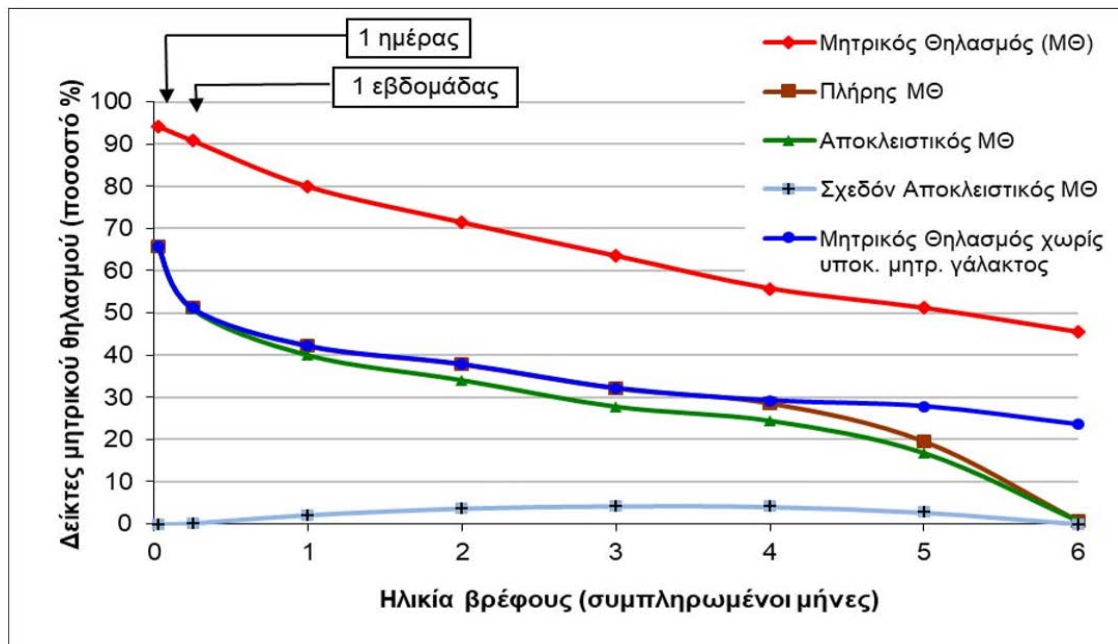
Έτος	Αριθμός γεννήσεων	Φυσιολογικοί τοκετοί	Καισαρικές τομές	% καισαρικών τομών
2007	111.926	64.496	47.430	42,37%
2008	118.302	66.240	52.062	44,00%
2009	117.933	64.584	53.349	45,23%
2010	114.766	64.192	50.574	44,06%
2011	106.428	56.032	50.396	50,21%
2012	100.371	51.136	49.235	49,05%
2013	94.134			
2014	92.148	37.896	54,252	58,87%
2015	91.847	20.900	70,947	77,24%

Πηγή: Σιάχος, 2017

Πίνακας 1. Ποσοστό καισαρικών τομών και φυσιολογικών γεννήσεων στην Ελλάδα, 2007-2015

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2018) παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τον μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα:

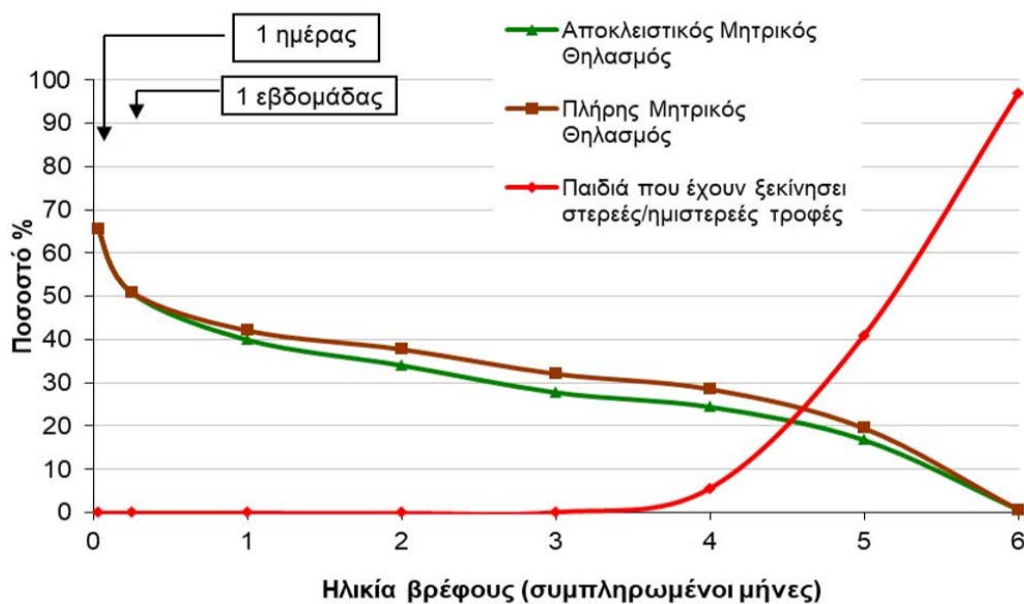
Γράφημα 2. Δείκτες μητρικού θηλασμού



Πηγή: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018

Το παραπάνω γράφημα απεικονίζει την αύξηση του μητρικού θηλασμού έναντι άλλων μεθόδων διατροφής του βρέφους.

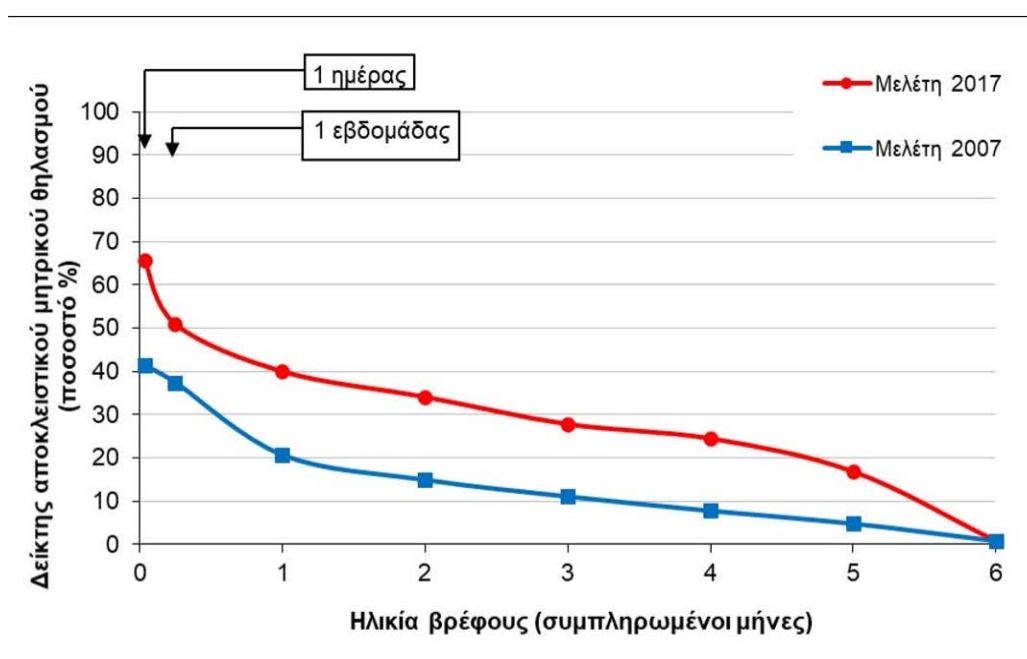
Γράφημα 3. Σύνοψη δεικτών μητρικού θηλασμού, Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017



Πηγή: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018

Το παραπάνω γράφημα απεικονίζει ότι η έναρξη στερεών και ημιστερεών τροφών, μετά τον 3^ο μήνα του βρέφους, οδηγεί σταδιακά, μέχρι τον 6^ο μήνα, στην πτώση των δεικτών του μητρικού θηλασμού.

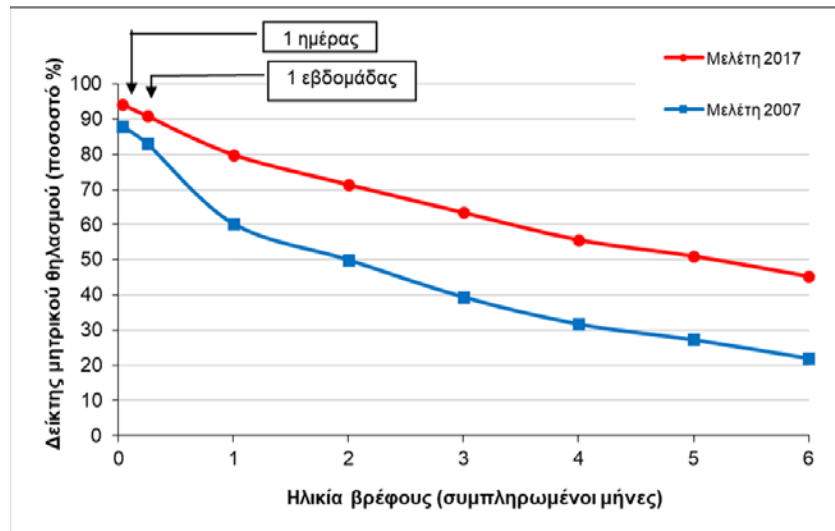
Γράφημα 4. Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, πλήρης μητρικός θηλασμός και εισαγωγή στερεών/ημιστερεών τροφών κατά ηλικία, σε συμπληρωμένους μήνες



Πηγή: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018

Το παραπάνω γράφημα δείχνει αντίστοιχα ότι, ο μητρικός θηλασμός παρουσιάζει πτώση καθώς το βρέφος πλησιάζει τους έξι μήνες.

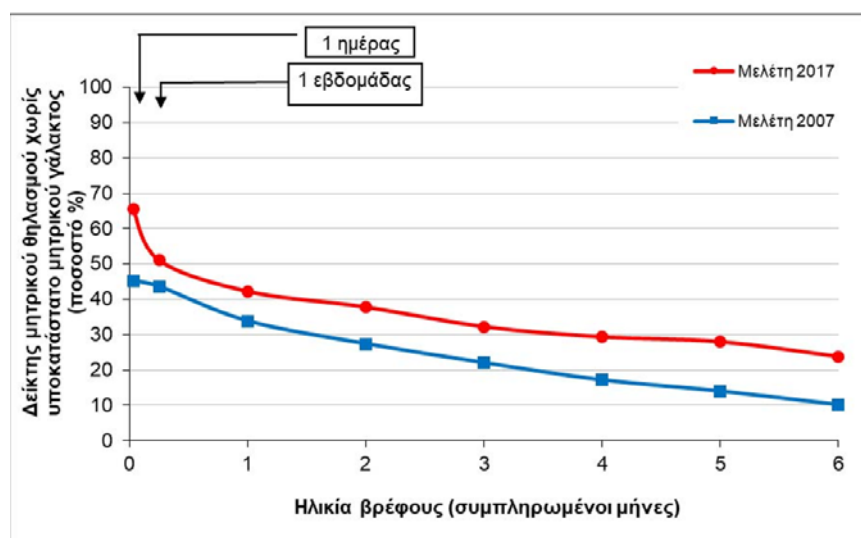
Γράφημα 5. Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017 και 2007.



Πηγή: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018

Και το παραπάνω γράφημα δείχνει αντίστοιχα ότι ο μητρικός θηλασμός παρουσιάζει πτώση καθώς το βρέφος πλησιάζει τους έξι μήνες.

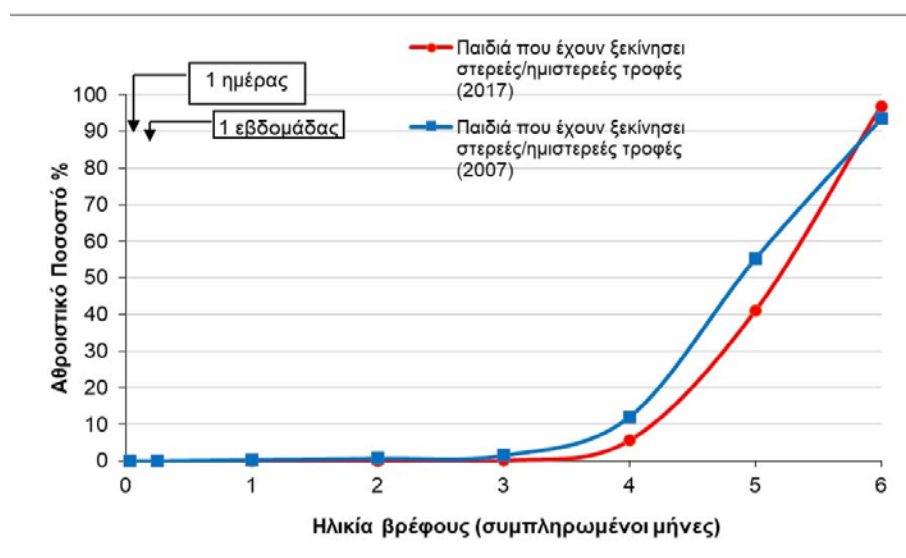
Γράφημα 6. Μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017 και 2007



Πηγή: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018

Και το παραπάνω γράφημα επιβεβαιώνει αντίστοιχα ότι ο μητρικός θηλασμός παρουσιάζει πτώση καθώς το βρέφος πλησιάζει τους έξι μήνες.

Γράφημα 7. Μητρικός θηλασμός χωρίς υποκατάστατο μητρικού γάλακτος κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις εθνικές μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017 και 2007



Πηγή: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018

Γράφημα 8. Εισαγωγή στερεών/ημιστερεών τροφών κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις εθνικές μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017 και 2007

Το παραπάνω γράφημα δείχνει την ανάπτυξη των στερεών και των ημιστερεών τροφών στο βρέφος μετά τον τέταρτο μήνα.

3.3. Προετοιμασία για γονεϊκότητα. Οικονομικό πλαίσιο

Η αύξηση των καισαρικών τομών έχει και σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις. Οι καισαρικές τομές στα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι ιδιαίτερα αυξημένες φτάνοντας κατά μέσο το 55,27%. Σε κάποιες περιπτώσεις δε το ποσοστό είναι ακόμα μεγαλύτερο. Σύμφωνα με στοιχεία του ΕΣΥnet σε δημόσιο νοσοκομείο της Δυτικής Στερεάς Ελλάδας το ποσοστό των καισαρικών τομών

έφτασε μέχρι και το 83%. Οι αυξήσεις των καισαρικών τομών διαφαίνονται και στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 2. Φυσιολογικοί τοκετοί και καισαρικές τομές στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, 2013-2016

Έτος	Σύνολο	Φ.Τ	Κ.Τ.	%
2013	418	99	319	76,31%
2014	448	109	339	75,66%
2015	439	99	340	77,45%
2016	374	63	311	83,31%

Πηγή: Σιάχος, 2017

Αναφορικά με τις αποζημιώσεις, τα ασφαλιστικά ταμεία για το πρώτο εξάμηνο του 2015 διέθεσαν 2.062.200 ευρώ για 3.437 φυσιολογικούς τοκετούς, 5.889.000 ευρώ για 5.889 καισαρικές τομές και 1.063.200 ευρώ για 1.329 επιλεγμένους χειρουργικά φυσιολογικούς τοκετούς. Οι μεγάλες αποζημιώσεις των καισαρικών τομών οφείλεται στο ότι ένας φυσιολογικός τοκετός αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ με 600 ευρώ, ο επιλεγμένος φυσιολογικός με 800 ευρώ, ενώ η καισαρική τομή με 1.200 ευρώ και η επιλεγμένη με 1.500 ευρώ αντίστοιχα. Εάν το ποσοστό των καισαρικών τομών έφτανε κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο, δηλαδή περίπου 35% τότε το δημόσιο θα κέρδιζε πόρους αξίας 11% (Σιάχος, 2017).

3.4. Προγράμματα

Τα προγράμματα που υπάρχουν για την προγεννητική αγωγή και την προετοιμασία νέων γονέων πραγματοποιούνται διάφορες θεματικές όπως αυτό που φιλοξενεί το Ιπποκράτειο νοσοκομείο που διεξάγεται από μαίες και περιλαμβάνει τα κάτωθι:

- «Ενημέρωση σχετικά με τις φυσιολογικές αλλαγές του γυναικείου οργανισμού κατά την διάρκεια της κύησης και την ανάπτυξη του εμβρύου,
- Συμβουλές για τη διατροφή, την εργασία, την υγιεινή, την άσκηση και την φροντίδα του σώματος στην εγκυμοσύνη,

- Σωματικές ασκήσεις, εκπαίδευση για χαλάρωση και τεχνικές αναπνοής κατά τη διάρκεια του τοκετού,
- Ενημέρωση σχετικά με τα στάδια και την εξέλιξη του φυσιολογικού τοκετού με ενδυνάμωση του ρόλου της γυναίκας στη διαδικασία αυτή,
- Συμβουλές για μεθόδους και τεχνικές διαχείρισης του «πόνου» σε όλη τη διάρκεια του τοκετού,
- Ενημέρωση για την περίοδο της λοχείας και εκπαίδευση σχετικά με την φροντίδα και την περιποίηση του νεογέννητου,
- Ενημέρωση σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για το νεογέννητο και τη μητέρα, εκπαίδευση για την αντιμετώπιση προβλημάτων και τεχνικές άντλησης μητρικού γάλακτος και
- Προβολή της ταινίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με θέμα το «Μητρικό Θηλασμό».

Κεφάλαιο 4. Αρθρογραφική ανασκόπηση για την προετοιμασία για τη γονεϊκότητα

Η μετάβαση στη γονεϊκότητα συνοδεύεται από μια σειρά προκλήσεων. Οι νέοι γονείς βρίσκονται αντιμέτωποι με στέρηση ύπνου, την φροντίδα του βρέφους, τις αλλαγές στη σχέση τους και τις ουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο ζωής (Feeney, Hohaus, Noller & Alexander, 2001, Glade, Bean & Vira, 2005). Η μεταγεννητική κατάθλιψη τόσο στις μητέρες όσο και στους πατέρες είναι σχετικά κοινή και η παρουσία της έχει πολλές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες δυσμενείς επιπτώσεις για τη γνωστική, κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών (Cornish, McMahon, Ungerer, Barnett, Kowalenko, & Tennant, 2005 Murray et al., 1997).

Ένα σημαντικό ποσοστό των ζευγαριών αισθάνονται λιγότερο ικανοποιημένοι από τη σχέση τους, αφού γίνουν γονείς, και συχνά αυξάνεται η απόσταση στη σχέση ζευγαριών (Doss, Rhoades, Stanley & Markman, 2009). Ταυτόχρονα, αυτοί οι πρώτοι μήνες οικογενειακού σχηματισμού είναι καθοριστικής σημασίας για την ψυχική υγεία και την ανάπτυξη του βρέφους καθώς και για την ψυχική ευεξία των γονέων. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι, οι δυσλειτουργικές πρακτικές γονεϊκότητας και οι οικογενειακές συγκρούσεις είναι γενικοί παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την ανάπτυξη ενός παιδιού και συμβάλλουν στην εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων από πολύ μικρή ηλικία (Sanders, 2012).

Διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος και η αγωνία στους γονείς κατά τα πρώτα χρόνια του οικογενειακού σχηματισμού οδηγούν σε αρνητικά αποτελέσματα για τα παιδιά που διανύουν τα έτη προσχολικής και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Cowan & Cowan, 2000 Schulz, Cowan & Cowan, 2006). Ως εκ τούτου, η προετοιμασία των ζευγαριών για τη μετάβαση στη γονεϊκότητα και η υποστήριξη νέων γονέων στο νέο τους ρόλο είναι μια αξιόλογη επένδυση.

Το να είσαι γονέας σημαίνει προσαρμογή σε πολλές αλλαγές στη ζωή και αυτή η διαδικασία ψυχολογικής προσαρμογής μπορεί να βλάψει την ψυχική υγεία του ατόμου καθώς και τις προσωπικές σχέσεις του. Σημαίνει επίσης τη διαχείριση

κοινών, αν και δυσάρεστων συμπεριφορών μωρών, όπως προβλήματα με τον ύπνο και το κλάμα. Τα σοβαρά προβλήματα ύπνου και κλάματος επηρεάζουν περίπου το 20% των βρεφών (Hemmi, Wolke & Schneider, 2011; Wolke, Rizzo, & Woods, 2002).

Πριν από τη γέννηση του πρώτου μωρού τους, λιγότερο από το ήμισυ των γονέων αναφέρουν ότι αισθάνονται επαρκώς προετοιμασμένοι για τη γονεϊκότητα. Αφού γεννηθεί το παιδί τους, μόνο 18% αναφέρουν ότι αισθάνονται σίγουροι ως γονείς (Russell, 2002). Το ένα τρίτο των γυναικών αναφέρουν προβλήματα φροντίδας για τον εαυτό τους και το μωρό τους και πολλές γυναίκες, ειδικά οι πρώτες μητέρες που βλέπουν τις σημερινές μεταγεννητικές υπηρεσίες ως ανεπαρκείς. Εκτός από αυτή την έλλειψη εμπιστοσύνης, μερικές μητέρες και πατέρες αντιμετωπίζουν πιο σοβαρές δυσκολίες δυσκολίας προσαρμογής, όπως συμπτώματα κατάθλιψης, μείωση αυτοεκτίμησης, άγχος, αισθήματα κόπωσης και ακραίας εξάντλησης (Belsky & Rovine, 1990 Bronte-Tinkew, Moore, Matthews & Carrano, 2007 Dunning & Giallo, 2012 Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer-Brody, Gartlehner & Swinson, 2005 Giallo, D'Esposito, Christensen, Mensah, Cooklin, Wade... & Nicholson, 2012 Giallo, Seymour, Dunning, Cooklin, Loutzenhiser & McAuslan, 2015 Heron, O'Connor, Evans, Golding, Glover & ALSPAC Study Team, 2004 Matthey, Morgan, Healey, Barnett, Kavanagh & Howie, 2003).

Διάφοροι προσδιορισμένοι παράγοντες κινδύνου κατά τη μετάβαση στη γονεϊκότητα συνδέονται με μια σειρά αρνητικών αποτελεσμάτων για τους γονείς και, στη συνέχεια, για τα παιδιά τους. Οι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και μια μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη (Bradley, Corwyn, McAdoo & García Coll, 2001; Conger, Ge, Elder Jr, Lorenz & Simons, 1994 Dodge, Pettit & Bates, 1994 Nelson & O'Brien, 2012). Μια σειρά τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου περιλαμβάνει την προγεννητική κατάθλιψη και το άγχος, τη χαμηλή ικανοποίηση της σχέσης, τη χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και τη χαμηλή εμπιστοσύνη (Barker, Jaffee, Uher, & Maughan, 2011; Cutrona, 1984 Davies & Cummings, 1994 Denis, Ponsin & Callahan, 2012 Grych & Fincham, 1990 O'Connor, Hawkins, Toumbourou, Sanson, Letcher & Olsson, 2011).

Συγκεκριμένα, το άγχος και η κατάθλιψη στην προγεννητική και στη μεταγεννητική περίοδο συσχετίστηκαν με ανεπιθύμητα αποτελέσματα για το

παιδί, συμπεριλαμβανομένης δυσλειτουργίας παιδιών και δυσχερειών εσωτερίκευσης, αρνητικής συμπεριφορικής δραστηριότητας σε ηλικία τεσσάρων μηνών και χαμηλότερης γνωσιακής και ψυχοκινητικής ανάπτυξης των βρεφών (Barker et al., 2011; Cornish et al., 2005; Davis, Snidman, Wadhwa, Glynn, Schetter & Sandman, 2004). Ως εκ τούτου, η αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων κινδύνου από νωρίς είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόληψη της κακής ανάπτυξης των παιδιών και των συμπεριφοριστικών αποτελεσμάτων.

Ο αντίκτυπος μιας αρνητικής σχέσης των ζευγαριών μπορεί επίσης να οδηγήσει σε επιζήμια αποτελέσματα για τα παιδιά. Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι τα προβλήματα στη σχέση των ζευγαριών μπορούν να μεταφερθούν στη σχέση γονέα-παιδιού, η οποία με τη σειρά της μπορεί να συμβάλει αρνητικά και έμμεσα στην ανάπτυξη του παιδιού μέσω αλλαγών στη γονεϊκότητα. Για παράδειγμα, η σύγκρουση ζευγαριών μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία του παιδιού μέσω μιας επίδρασης στη συναισθηματική ασφάλεια του παιδιού (Parfitt, Pike & Ayers, 2014).

Η μετάβαση στη γονεϊκότητα έχει επεκταθεί από τον παραδοσιακό ορισμό της περιόδου που αρχίζει με την εγκυμοσύνη και τελειώνει με μερικούς μήνες μετά τη γέννηση, στην αρχή της μετάβασης με την απόφαση του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί και τελειώνει όταν το παιδί είναι μεταξύ δύο και τριών ετών (Polomeno, 2006). Περιγράφεται δε ως μια από τις πιο δύσκολες μεταβάσεις στη ζωή αφού εμφανίζονται σημαντικές αλλαγές στη ζωή των νέων γονιών (Pinquart & Teubert, 2010; Polomeno, 2006;).

Η οικογένεια υφίσταται έναν φυσικό κύκλο αποδιοργάνωσης και αναδιοργάνωσης, σε μια προσπάθεια να επιτύχει ένα επιθυμητό επίπεδο ισορροπίας (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000; Polomeno, 2014). Η σχέση των ζευγαριών κατά τη διάρκεια αυτής της μετάβασης είναι πιο εύθραυστη, καθώς πρέπει να μάθουν να προσαρμόζονται στις φυσικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές και σχεσιακές αλλαγές που συμβαίνουν. Αυτή η μετάβαση θα μπορούσε είτε να ενισχύσει τη σχέση των ζευγαριών είτε στις χειρότερες περιπτώσεις να οδηγήσει σε διαζύγιο (Cowan, Cowan, Heming, Garrett, Coysh, Curtis-Boles & Boles, 1985; Polomeno, 2000; Polomeno, 2014). Οι Meleis et al. (2000) επισημαίνουν ότι υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που ενισχύουν ή αναστέλλουν οποιοδήποτε είδος μεταβάσεων. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι η προετοιμασία και η γνώση όπου ο άφθονος χρόνος για την

προετοιμασία ενισχύει θετικά την εμπειρία μετάβασης. Ομοίως, η απόκτηση γνώσης για το τι πρόκειται να έρθει και η εξεύρεση στρατηγικών αντιμετώπισης χρησιμεύει ως θετικός ενισχυτής της μετάβασης (Meleis et al., 2000).

Η προγεννητική εκπαίδευση προσφέρεται στους μελλοντικούς γονείς σε όλο τον κόσμο με σκοπό να τους παράσχει στρατηγικές αντιμετώπισης του τοκετού και της μητρότητας. Αυτά τα προγράμματα, που συνήθως προσφέρονται στο πλαίσιο του συστήματος προγεννητικής φροντίδας, παραδοσιακά επικεντρώνονται στις μέλλουσες μητέρες. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η εστίαση σε πολλές χώρες έχει επεκταθεί ώστε να συμπεριλάβει και τους μελλοντικούς πατέρες (Chalmers, Mangiaterra & Porter, 2001; WHO, 2001). Αυτή η προσέγγιση ευθυγραμμίζεται με τη σύσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με βάση τη σημασία της ενθάρρυνσης τόσο των γυναικών όσο και των συντρόφων τους να αναλάβουν την ίδια ευθύνη για το παιδί τους, ακόμη και πριν γεννηθεί το παιδί (Morse, Buist & Durkin, 2000).

Η μετάβαση στη γονεϊκότητα περιλαμβάνει μια ριζική αλλαγή στη ζωή τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών, απαιτώντας τους να κάνουν σημαντικές προσαρμογές και η ανάγκη αντιμετώπισης αυτής της αλλαγής καθίσταται εμφανής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όταν τα ζευγάρια πρέπει να καταλάβουν ότι αυτή η αλλαγή θα τους επηρεάσει από τότε (Ahlborg, Persson & Hallberg, 2005; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004).

Η εμπειρία της γονεϊκότητας μπορεί να μην είναι πάντοτε σύμφωνη με τις προσδοκίες των μελλοντικών γονέων και γι' αυτό είναι απαραίτητο να μελετηθεί ο αντίκτυπος των παραγόντων όπως οι ρόλοι των φύλων, η ποιότητα των σχέσεων και οι δυαδικές ικανοποιήσεις στις προσδοκίες των γονέων, ακόμη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Matthey et al., 2002; Morse et al., 2000). Η προηγούμενη έρευνα εστιάστηκε κυρίως στη μετάβαση των γυναικών στη μητρότητα (Mercer, 2006; Nelson, 2003). Ωστόσο, κατά την τελευταία δεκαετία, η μετάβαση των ανδρών στη γονεϊκότητα έχει αποκτήσει αυξημένο ενδιαφέρον (Condon, Boyce & Corkindale, 2004; Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid & Bremberg, 2008).

Ορισμένοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, τα προγράμματα προγεννητικής φροντίδας και τα μαθήματα εκπαίδευσης γονέων πρέπει να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στις γνώσεις των ανδρών σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Boyce, Condon, Barton & Corkindale, 2007

Condon et al., 2004; Fagerskiöld, 2008). Εάν το πρόγραμμα μπορεί να βοηθήσει τους άνδρες να κάνουν τη μετάβαση στην πατρότητα, αυτό αναμένεται ότι θα ωφελήσει όχι μόνο τον ίδιο, αλλά και τη σύντροφό του και το βρέφος τους (Buist, Morse & Durkin, 2003). Η μετάβαση στην πατρότητα είναι πολύπλοκη και μπορεί να επηρεαστεί από την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση εκτός από τους προαναφερθέντες παράγοντες ρόλων των δύο φύλων, την ποιότητα σχέσεων και τις δυαδικές ικανοποιήσεις (Halford, Petch & Creedy, 2010).

Η μετάβαση στη γονεϊκότητα περιλαμβάνει μια ριζική αλλαγή στις ζωές τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών, γεγονός που τους υποχρεώνει να κάνουν σημαντικές προσαρμογές. Παρόλο που τα προγράμματα προγεννητικής εκπαίδευσης είναι καλά εδραιωμένα σε πολλές χώρες, ο αντίκτυπος αυτών των τάξεων δεν έχει εξεταστεί διεξοδικά, σύμφωνα με μια ανασκόπηση των προγεννητικών προγραμμάτων που προσφέρονται στον κόσμο (Gagnon & Sandall, 2007).

Οι πρόσφατα δημοσιευμένες σουηδικές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή σε προγεννητικά προγράμματα δεν φαίνεται να επηρεάζει την εμπειρία της μητέρας για πρώτη φορά από το τοκετό και την κατανόησή της για τις δεξιότητες που απαιτούνται για να είναι γονέας (Bergström et al., 2009; Fabian et al., 2005). Σε αντίθεση με αυτά τα ευρήματα, μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη από την Αυστραλία διαπίστωσε ότι ένα πρόγραμμα προγεννητικής εκπαίδευσης με επίκεντρο τον πατέρα βελτίωσε τη γνώση της μητρικής αυτοεκτίμησης και της γονεϊκότητας (Svensson et al., 2009).

Έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες παρεμβάσεις που εστιάζουν σε διάφορα θέματα, συμπεριλαμβανομένων των ψυχοκοινωνικών πτυχών της σχέσης των ζευγαριών, που εξετάζουν ποιες είναι οι ανάγκες των νέων γονέων, κατά τη μετάβαση στη γονεϊκότητα. Τα οικογενειακά προγράμματα, μια προληπτική παρέμβαση που επικεντρώνεται στο να βοηθήσουν τα ζευγάρια στη μετάβαση προς τη γονεϊκότητα έδειξαν, μεταξύ πολλών άλλων παραγόντων, ότι ο γάμος είναι ένας από τους ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες για το αν το ζευγάρι θα παραμείνει αφοσιωμένο και θα ωφεληθεί σε μεγάλο βαθμό από τέτοιες επεμβάσεις (Brown, Feinberg, & Kan, 2012). Μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή ενός προγράμματος προγεννητικής εκπαίδευσης που ονομάζονταν

NEWBORN στη Δανία και περιλάμβανε τα ολοκληρωμένα θέματα της σχέσης των ζευγαριών ως μέρος της παρέμβασης, ανέφεραν ότι το 84% των συμμετεχόντων εκτιμά ότι πρέπει να μάθουν για τις επικοινωνιακές δεξιότητες και τις αλλαγές στη σχέση πριν και μετά τον τοκετό (Axelsen, Brixval, Due, & Koushede, 2014).

Σε μια μετα-ανάλυση από τους Pinquart & Teubert (2010) σχετικά με τις ελεγχόμενες παρεμβατικές παρεμβάσεις που αφορούσαν ζευγάρια, αναφέρθηκε ότι οι παρεμβάσεις είχαν πολύ μικρές επιπτώσεις στην επικοινωνία των ζευγαριών, την ψυχολογική ευημερία και τις προσαρμογές ζευγαριών στη γονεϊκότητα. Έχουν αναφερθεί ισχυρότερες επιδράσεις εάν οι παρεμβάσεις περιλάμβαναν περισσότερες από πέντε συνεδρίες προγεννητικής και μεταγεννητικής πλευράς.

Οι Svensson et al. (2009) διεξήγαγαν μια τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη δοκιμή στην Αυστραλία, ενός νέου προγράμματος προγεννητικής εκπαίδευσης με τίτλο «Έχοντας ένα μωρό» με αυξημένο περιεχόμενο για γονείς σε σύγκριση με την κανονική προγεννητική εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αντιλαμβανόμενη μητρική αυτο-αποτελεσματικότητα και η αντιληπτή γονική γνώση των γυναικών στην ομάδα παρέμβασης ήταν πολύ υψηλότερες σε σύγκριση με εκείνες της ομάδας ελέγχου (Svensson et al., 2009). Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζονται επίσης από τους Ahlden et al. (2012), όπου οι συγκεκριμένες ανάγκες των νέων γονέων επικεντρώνονται στην επαρκή προετοιμασία για τη γονεϊκότητα για να αισθάνονται σίγουροι και ασφαλείς για τη φροντίδα του βρέφους τους.

Αυτό, ωστόσο, δεν συνέβη σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη πολυκεντρική δοκιμή δύο μοντέλων προγεννητικής εκπαίδευσης στη Σουηδία. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα επίπεδα ικανοποίησης των συμμετεχόντων ήταν χαμηλά σε σύγκριση με εκείνων που είχαν εκτεθεί στην παιδική παιδεία με ψυχοπροφύλαξη (Bergström et al., 2011), παρά το γεγονός ότι είχαν εκτεθεί σε ισάριθμες τάξεις παιδικής και γονικής εκπαίδευσης. Ομοίως, η συμμετοχή στις τάξεις παιδικής και μητρικής εκπαίδευσης δεν φαίνεται να έχει επίδραση στις γονικές ικανότητες των μητέρων για πρώτη φορά (Fabian et al., 2005).

Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία

5.1. Ερευνητικό δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 110 ερωτηθέντες, η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων ήταν γυναίκες-μητέρες από 36 έως 45 ετών που έχουν αποφοιτήσει από την τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ ή ΤΕΙ). Επιπλέον, η πλειοψηφία κάνει λόγο για τον τοκετό του πρώτου παιδιού, το εισόδημα των περισσότερων κυμαίνεται από 12.001 έως 40.000 ευρώ και πολλοί λίγοι ερωτηθέντες έχουν άλλη εθνικότητα εκτός της Ελληνικής.

5.2. Ερευνητικό εργαλείο

Για να διεξαχθεί σωστά η έρευνα δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο για να διερευνηθεί η συμβολή των προγραμμάτων για την προετοιμασία της γονεϊκότητας. Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 19 είναι κλειστού τύπου, η 1 ανοιχτού τύπου και οι υπόλοιπες 2 είναι ερωτήσεις τύπου Likert με 5 υποερωτήματα η κάθε μια.

5.3.Ερευνητική διαδικασία

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους γονείς-ερωτηθέντες στο χώρο των Κέντρων Υγείας 25^{ης} Μαρτίου Θεσσαλονίκης, Σερρών και Καβάλας της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Ελλάδας και των Κέντρων Υγείας Βορείου Τομέα Πάτρας, Αιγίου και Κάτω Αχαΐας της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, αφού αρχικά ζητήθηκε άδεια από τις αντίστοιχες Επιστημονικές Επιτροπές των Υ.Π.Ε. και από τους Επιστημονικά Υπεύθυνους των Δομών. Επίσης, κάποια από τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή, μέσω φόρμας Google, η οποία περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο.

Σε κάθε περίπτωση, οι ερωτηθέντες, ενημερώθηκαν και για τους σκοπούς της έρευνας και για την ανωνυμία τους. Στη συνέχεια, έγινε η επεξεργασία και η ανάλυση των απαντήσεων που συλλέχθηκαν, όπως αναφέρεται παρακάτω.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS.25. Αναλυτικότερα, στην περιγραφική στατιστική έγινε χρήση ποσοστών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων, που παρουσιάστηκαν μέσω πινάκων και γραφημάτων. Όσον αφορά τα ερευνητικά ερωτήματα, απαντήθηκαν σχεδόν εξ' ολοκλήρου χωρίς χρήση επαγωγικών μεθόδων, με εξαίρεση το δεύτερο, στο οποίο έγινε χρήση του Chi Square και της Crosstabulation Analysis.

5.4. Ερευνητικοί περιορισμοί

Ως περιοριστικούς παράγοντες, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε, την ύπαρξη τόσο λίγων ανδρών στο δείγμα. Φυσικά, το υπό μελέτη θέμα, είναι κατ' εξοχήν γυναικεία υπόθεση, όμως η νέα οπτική της κοινωνίας και η διάθεση των συντρόφων να συμμετέχουν και να δραστηριοποιούνται μαζί, σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, και τα προγράμματα που υποστηρίζουν και τους άντρες, θα είχε ενδιαφέρον, για να αποκτήσουμε μία συλλογικότερη εικόνα, η μεγαλύτερη συμμετοχή.

Επιπλέον, υπήρχαν λίγα άτομα μικρών ηλικιών (18-25). Πιθανότατα να υπήρχε κάποια διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων, αν υπήρχαν περισσότεροι αναλογικά νέοι γονείς.

Κεφάλαιο 6. Αποτελέσματα

Περιγραφική στατιστική

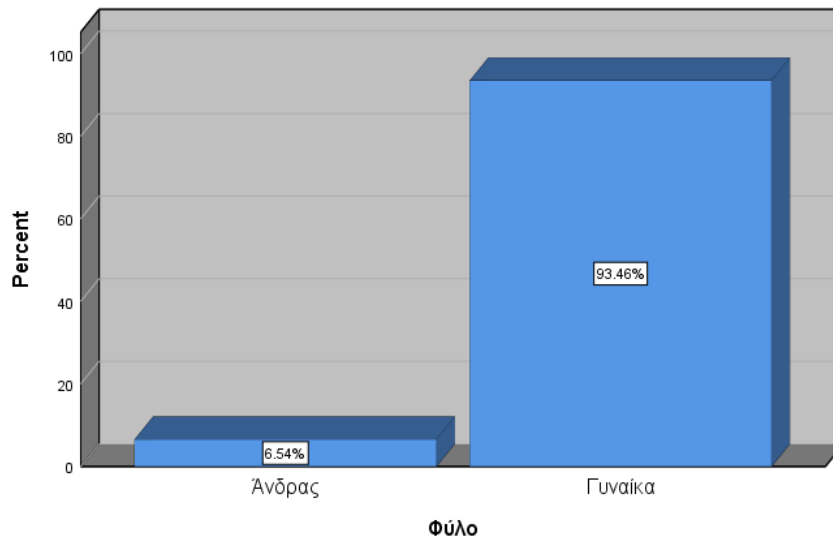
Στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια διερεύνησης της συμβολής της συμβουλευτικής και της αγωγής υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην προετοιμασία για γονεϊκότητα. Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο, σχετικά με την προετοιμασία των ερωτηθέντων ως γονείς, και τη βοήθεια που πιθανόν τους πρόσφεραν τα μαθήματα του προγράμματος ετοιμασίας για τη γονεϊκότητα.

Στον Πίνακα 1 και το Γράφημα 1, παρατηρούμε πως το 93.5% των ερωτηθέντων είναι γυναίκες, ενώ το υπόλοιπο 6.5% αποτελείται από άνδρες.

Πίνακας 1. Φύλο

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Άνδρας	7	6,5	6,5
	Γυναίκα	100	93,5	100,0
	Σύνολο	107	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		3		
Σύνολο		110		

Γράφημα 1. Φύλο

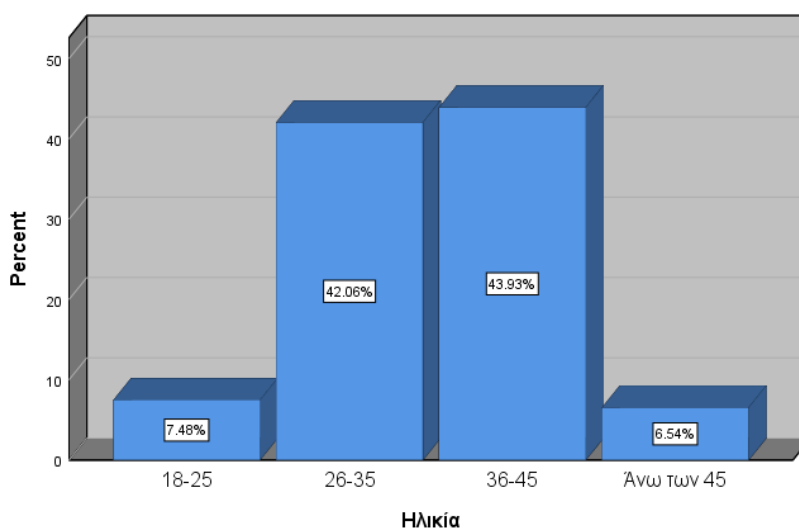


Στον Πίνακα 2 και το Γράφημα 2, παρατίθενται οι ηλικίες των ερωτηθέντων. Το 43.9% των ερωτηθέντων είναι από 36 έως 45 ετών και το 42.1% από 26 έως 35 ετών. Όσοι είναι από 18 έως 25 ή άνω των 45 ετών, καταλαμβάνουν το 7.5% και το 6.5% του δείγματος αντίστοιχα.

Πίνακας 2. Ηλικία

			Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
		Συχνότητες		
Έγκυρα	18-25	8	7,5	7,5
	26-35	45	42,1	49,5
	36-45	47	43,9	93,5
	Άνω των 45	7	6,5	100,0
	Σύνολο	107	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		3		
Σύνολο		110		

Γράφημα 2. Ηλικία

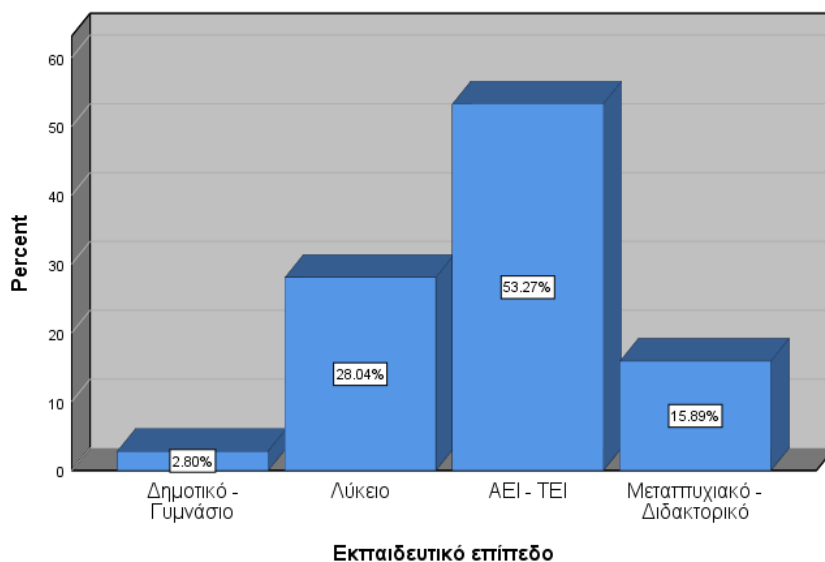


Στον Πίνακα 3 και το Γράφημα 3, παρατηρούμε πως το 53.3% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ, ενώ το 28% σταμάτησε την εκπαίδευση του στο Λύκειο. Το 15.9% συνέχισε τις σπουδές του σε επίπεδο μεταπτυχιακού ή διδακτορικού και το υπόλοιπο 2.8% του δείγματος αντιπροσωπεύουν οι απόφοιτοι Δημοτικού ή Γυμνασίου.

Πίνακας 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Δημοτικό - Γυμνάσιο	3	2,8	2,8
	Λύκειο	30	28,0	30,8
	ΑΕΙ - ΤΕΙ	57	53,3	84,1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	17	15,9	100,0
	Σύνολο	107	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		3		
Σύνολο		110		

Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

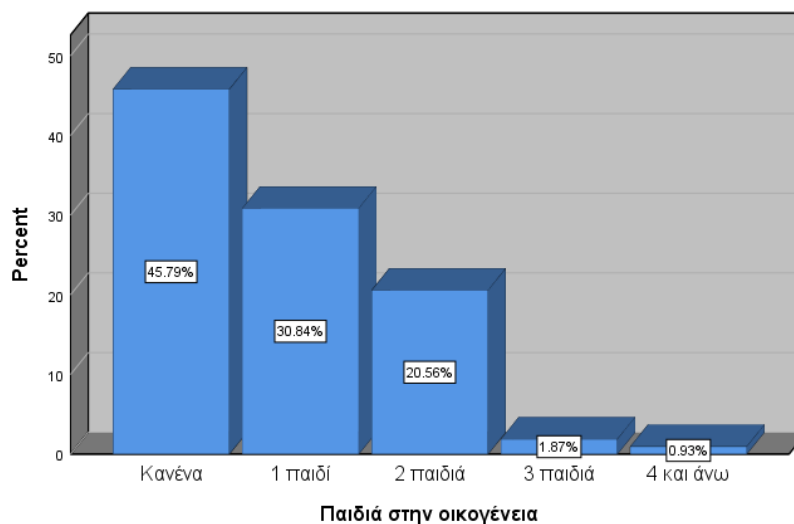


Στον Πίνακα 4 και το Γράφημα 4, παρατίθεται ο αριθμός παιδιών στην οικογένεια. Το 45.8% των ερωτηθέντων δεν έχει κανένα παιδί, το 30.8% έχει 1 παιδί και το 20.6% έχει ήδη 2 παιδιά. Τέλος, όσοι ερωτηθέντες έχουν 3 παιδιά ή 4 παιδιά και άνω, καταλαμβάνουν το 1.9% και το 0.9% αντίστοιχα.

Πίνακας 4. Παιδιά στην οικογένεια

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Κανένα	49	45,8	45,8
	1 παιδί	33	30,8	76,6
	2 παιδιά	22	20,6	97,2
	3 παιδιά	2	1,9	99,1
	4 και άνω	1	,9	100,0
	Σύνολο	107	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		3		
Σύνολο		110		

Γράφημα 4. Παιδιά στην οικογένεια

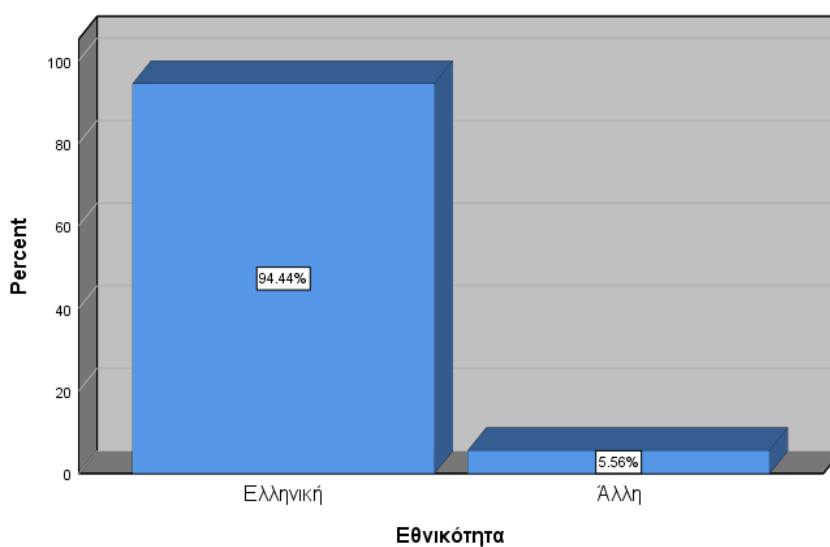


Στον Πίνακα 5 και το Γράφημα 5, παρατηρούμε πως η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων, σε ποσοστό 94.4%, είναι Ελληνικής εθνικότητας, ενώ το 5.6% είναι άλλης εθνικότητας (Αλβανικής, Γερμανικής, Αιγυπτιακής κ.α.).

Πίνακας 5. Εθνικότητα

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Ελληνική	102	94,4	94,4
	Άλλη	6	5,6	100,0
	Σύνολο	108	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		2		
Σύνολο		110		

Γράφημα 5. Εθνικότητα

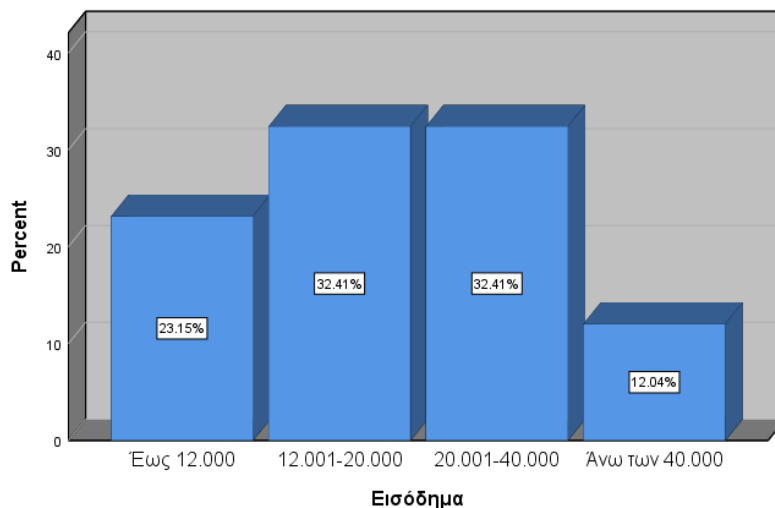


Στον επόμενο Πίνακα 6 και το αντίστοιχο Γράφημα 6, παρουσιάζεται το εισόδημα των ερωτηθέντων. Όσοι δηλώνουν εισόδημα από 12.001 έως 20.000 ευρώ ή από 20.001 έως 40.000 ευρώ, καταλαμβάνουν από 32,4% έκαστος. Έως 12.000 ευρώ δηλώνει εισόδημα το 23,1%, ενώ το υπόλοιπο 12% των ερωτηθέντων έχει εισόδημα άνω των 40.000 ευρώ.

Πίνακας 6. Εισόδημα

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Έως 12,000	25	23,1	23,1
	12,001-20,000	35	32,4	55,6
	20,001-40,000	35	32,4	88,0
	Άνω των 40,000	13	12,0	100,0
	Σύνολο	108	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		2		
Σύνολο		110		

Γράφημα 6. Εισόδημα

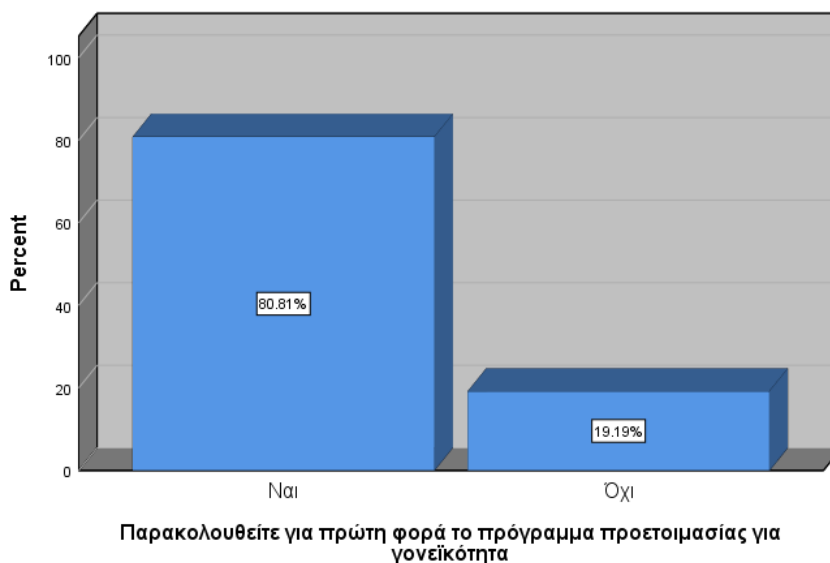


Στον Πίνακα 7 και το Γράφημα 7, βλέπουμε πως το 80.8% των ερωτηθέντων παρακολούθησε για πρώτη φορά το πρόγραμμα προετοιμασίας για τη γονεϊκότητα, ενώ το 19.2% έχει ξαναπαρακολουθήσει το πρόγραμμα.

Πίνακας 7. Παρακολουθείτε για πρώτη φορά το πρόγραμμα προετοιμασίας για γονεϊκότητα

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Ναι	80	80,8	80,8
	Όχι	19	19,2	100,0
	Σύνολο	99	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		11		
Σύνολο		110		

Γράφημα 7. Παρακολουθείτε για πρώτη φορά το πρόγραμμα προετοιμασίας για γονεϊκότητα

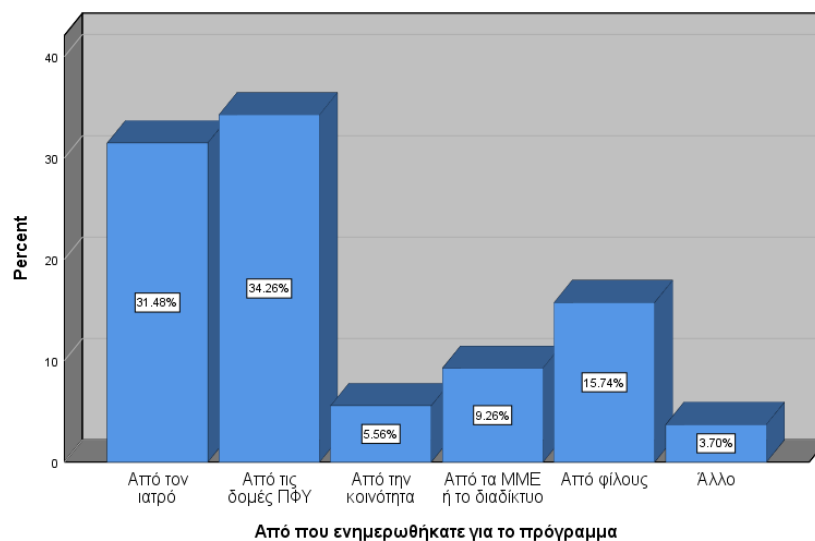


Στον Πίνακα 8 και το Γράφημα 8, παρουσιάζεται ο τρόπος ενημέρωσης των ερωτηθέντων. Το 34.3% ενημερώθηκε από τις δομές ΠΦΥ, το 31.5% από τον ιατρό τους και το 15.7% μέσω κάποιου φιλικού προσώπου. Όσοι ενημερώθηκαν από τα ΜΜΕ ή από το διαδίκτυο, αγγίζουν το 9.3%, όσοι ενημερώθηκαν από την κοινότητα φτάνουν το 5.6% και το υπόλοιπο 3.7% ανήκει στην απάντηση «Άλλο».

Πίνακας 8. Από που ενημερωθήκατε για το πρόγραμμα

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Από τον ιατρό	34	31,5	31,5
	Από τις δομές ΠΦΥ	37	34,3	65,7
	Από την κοινότητα	6	5,6	71,3
	Από τα ΜΜΕ ή το διαδίκτυο	10	9,3	80,6
	Από φίλους	17	15,7	96,3
	Άλλο	4	3,7	100,0
	Σύνολο	108	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		2		
Σύνολο		110		

Γράφημα 8. Από που ενημερωθήκατε για το πρόγραμμα

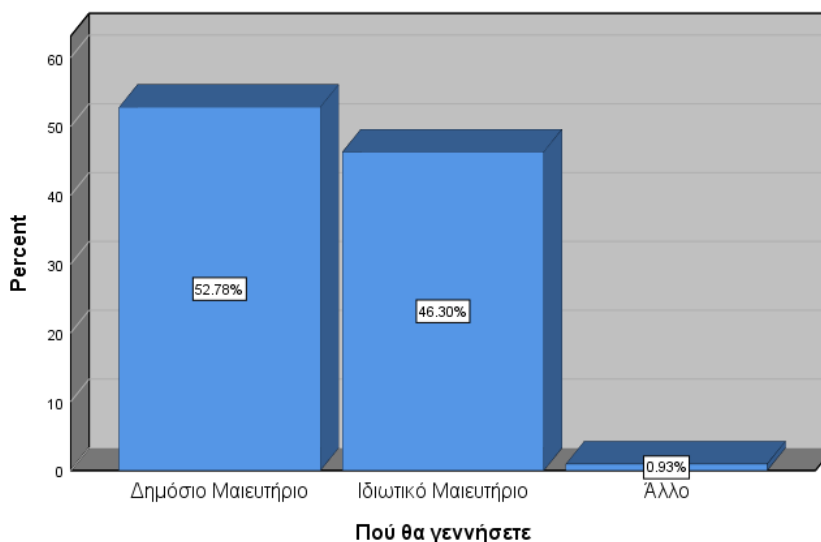


Στον Πίνακα 9 και το Γράφημα 9, βλέπουμε πως το 52.8% των ερωτηθέντων θα γεννήσουν σε Δημόσιο Μαιευτήριο, ενώ το 46.3% σε Ιδιωτικό Μαιευτήριο. Τέλος, η απάντηση «Άλλο» καταλαμβάνει το 0.9% του δείγματος.

Πίνακας 9. Πού θα γεννήσετε

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Δημόσιο Μαιευτήριο	57	52,8	52,8
	Ιδιωτικό Μαιευτήριο	50	46,3	99,1
	Άλλο	1	,9	100,0
	Σύνολο	108	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		2		
Σύνολο		110		

Γράφημα 9. Πού θα γεννήσετε

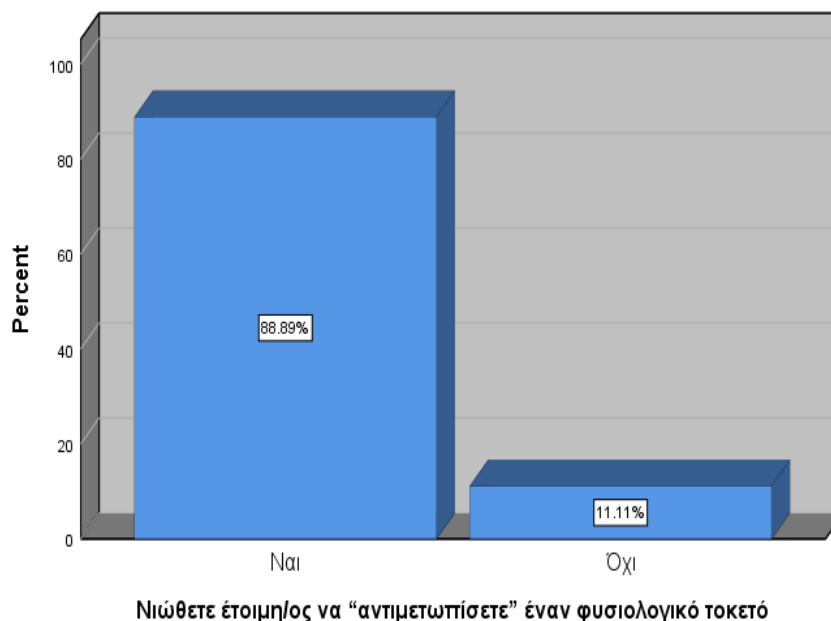


Στον Πίνακα 10 και το Γράφημα 10, παρουσιάζεται το εάν οι ερωτηθέντες νιώθουν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν έναν φυσιολογικό τοκετό. Το 88.9% θεωρεί ότι μπορεί να έρθει αντιμέτωπο με κάτι τέτοιο, ενώ το 11.1% δεν αισθάνεται έτοιμο να αντιμετωπίσει τον φυσιολογικό τοκετό.

Πίνακας 10. Νιώθετε έτοιμη/ος να “αντιμετωπίσετε” έναν φυσιολογικό τοκετό

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Ναι	96	88,9	88,9
	Όχι	12	11,1	100,0
	Σύνολο	108	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		2		
Σύνολο		110		

Γράφημα 10. Νιώθετε έτοιμη/ος να “αντιμετωπίσετε” έναν φυσιολογικό τοκετό

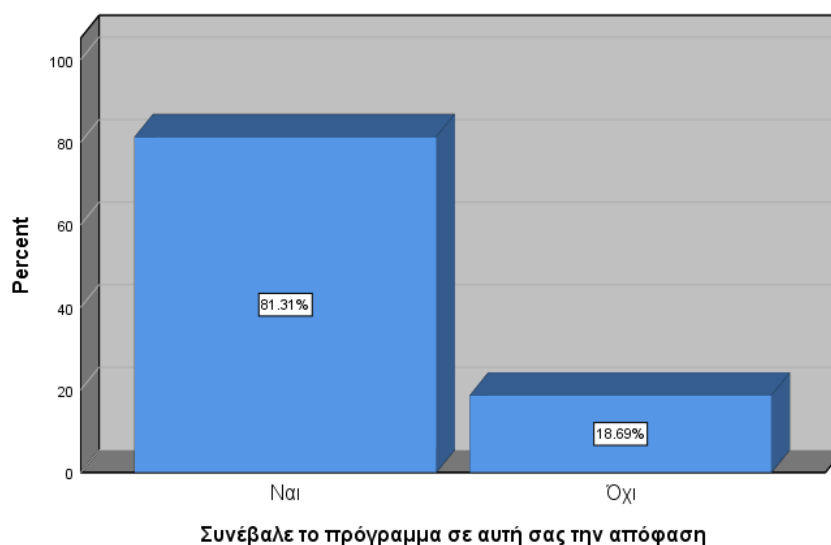


Στον Πίνακα 11 και το Γράφημα 11, βλέπουμε πως το 81.3% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι το πρόγραμμα που παρακολούθησαν συνέβαλε στην απόφασή τους να αντιμετωπίσουν έναν φυσιολογικό τοκετό, ενώ το υπόλοιπο 18.7% θεωρεί ότι το πρόγραμμα δεν συνέβαλε σε αυτήν του την απόφαση.

Πίνακας 11. Συνέβαλε το πρόγραμμα σε αυτή σας την απόφαση

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Ναι	87	81,3	81,3
	Όχι	20	18,7	100,0
	Σύνολο	107	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		3		
Σύνολο		110		

Γράφημα 11. Συνέβαλε το πρόγραμμα σε αυτή σας την απόφαση

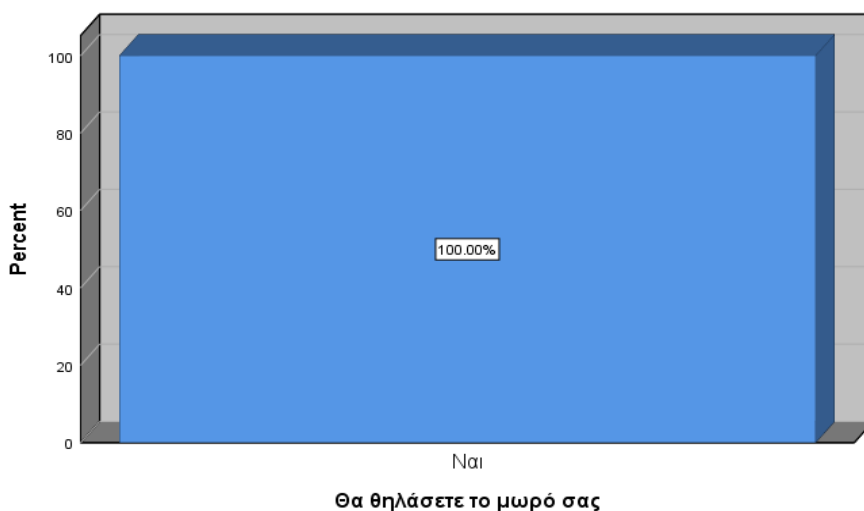


Στον Πίνακα 12 και το Γράφημα 12, βλέπουμε πως όλοι οι ερωτηθέντες σκοπεύουν να θηλάσουν το μωρό τους, μόλις αυτό γεννηθεί.

Πίνακας 12. Θα θηλάσετε το μωρό σας

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Ναι	107	100,0	100,0
Εκλιπούσες τιμές		3		
Σύνολο		110		

Γράφημα 12. Θα θηλάσετε το μωρό σας



Στον Πίνακα 13 και το Γράφημα 13, παρατίθεται το εάν οι ερωτηθέντες θα προσπαθήσουν αποκλειστικά να θηλάσουν το μωρό τους μέχρι 6 μήνες. Το 98.1% των ερωτηθέντων είναι θετικό ως προς αυτήν την προσπάθεια, ενώ το 1.9% δεν θα ήθελε αποκλειστικά να θηλάσει το παιδί του μέχρι 6 μήνες.

Πίνακας 13. Θα προσπαθήσετε για αποκλειστικό θηλασμό μέχρι 6 μήνες

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Ναι	104	98,1	98,1
	Όχι	2	1,9	100,0
	Σύνολο	106	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		4		
Σύνολο		110		

Γράφημα 13. Θα προσπαθήσετε για αποκλειστικό θηλασμό μέχρι 6 μήνες

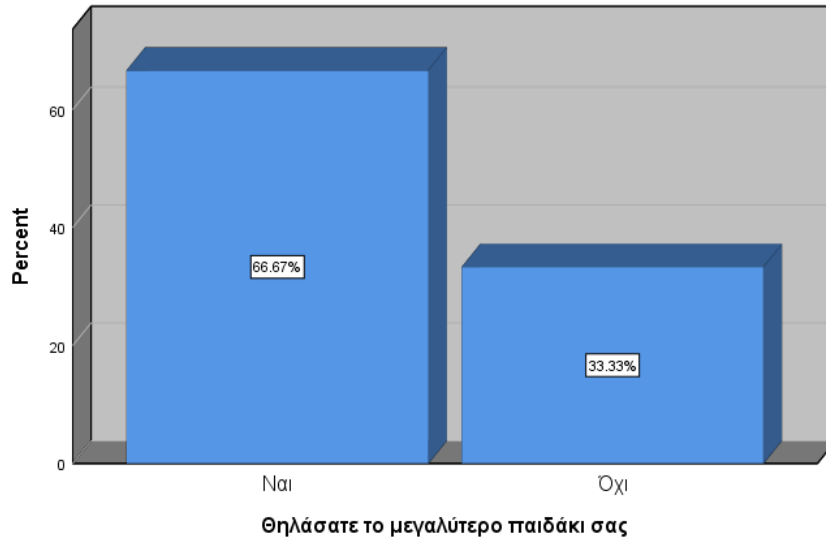


Στον Πίνακα 14 και το Γράφημα 14, παρουσιάζεται το εάν οι ερωτηθέντες, οι οποίοι έχουν άλλο παιδί, θήλασαν το μεγαλύτερο παιδί τους. Το 66.7% αυτών των ερωτηθέντων, θήλασαν και το μεγαλύτερο παιδί, ενώ το 33.3% δεν θήλασε το μεγαλύτερο παιδί.

Πίνακας 14. Θηλάσατε το μεγαλύτερο παιδάκι σας

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Ναι	32	66,7	66,7
	Όχι	16	33,3	100,0
	Σύνολο	48	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		62		
Σύνολο		110		

Γράφημα 14. Θηλάσατε το μεγαλύτερο παιδάκι σας

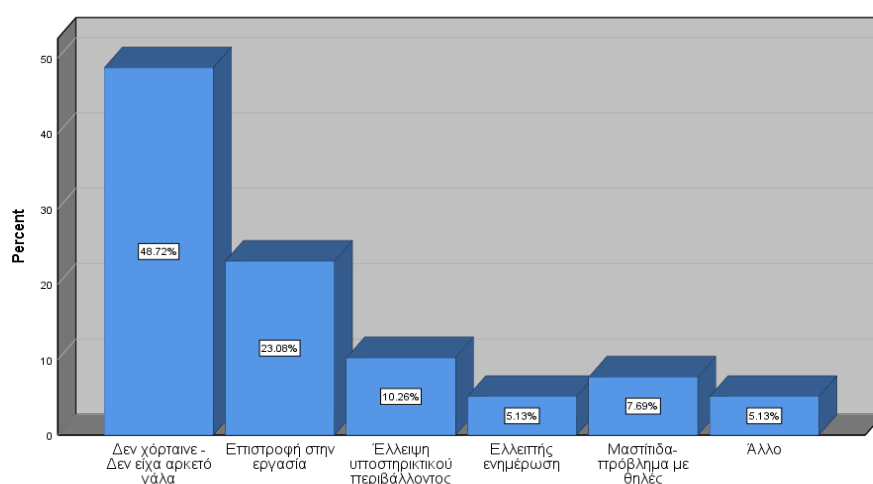


Στον Πίνακα 15 και το Γράφημα 15 που ακολουθούν, παρατηρούμε τους λόγους για τους οποίους οι ερωτηθέντες που δεν ακολούθησαν τη μέθοδο του αποκλειστικού θηλασμού, διέκοψαν τον θηλασμό. Το 48.7% σταμάτησε το θηλασμό, καθώς το παιδί δεν χόρταινε ή επειδή δεν υπήρχε αρκετό γάλα για αυτό, ενώ το 23.1% τον σταμάτησε διότι έπρεπε να επιστρέψει στη δουλειά. Η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος καταλαμβάνει το 10.3%, το 7.7% αντιπροσωπεύουν όσοι σταμάτησαν το θηλασμό λόγω μαστίτιδας ή άλλου ιατρικού προβλήματος και από 5.1% καταλαμβάνουν οι απαντήσεις «Άλλο» και «Έλλιπής ενημέρωση».

Πίνακας 15. Αν δε θηλάσατε αποκλειστικά μέχρι 6 μήνες, γιατί διακόψατε τον θηλασμό

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Δεν χόρταινε -Δεν είχα αρκετό γάλα	19	48,7	48,7
	Επιστροφή στην εργασία	9	23,1	71,8
	Έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος	4	10,3	82,1
	Ελλιπής ενημέρωση	2	5,1	87,2
	Μαστίτιδα-πρόβλημα με θηλές	3	7,7	94,9
	Άλλο	2	5,1	100,0
	Σύνολο	39	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		71		
Σύνολο		110		

Γράφημα 15. Αν δε θηλάσατε αποκλειστικά μέχρι 6 μήνες, γιατί διακόψατε τον θηλασμό



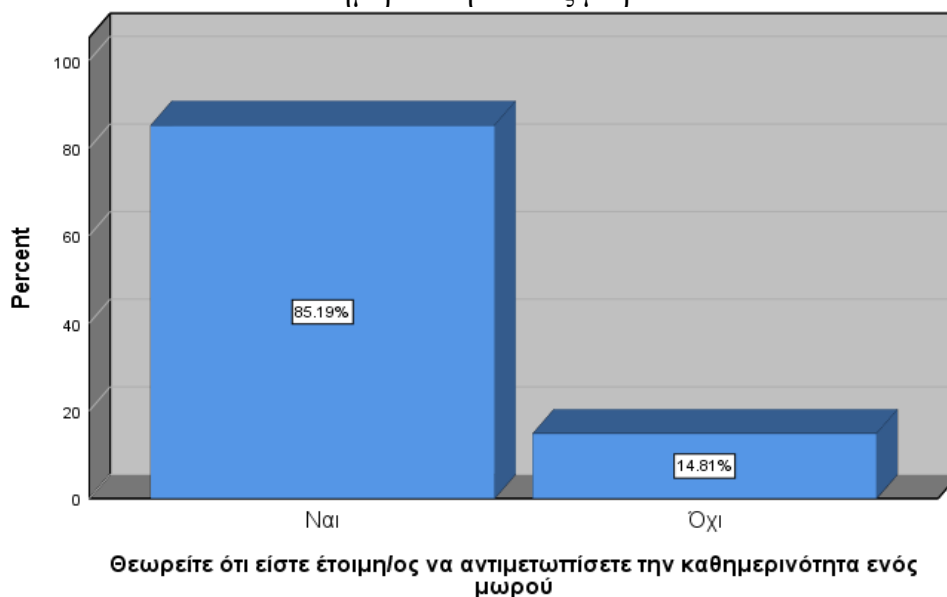
Αν δε θηλάσατε αποκλειστικά μέχρι 6 μήνες, γιατί διακόψατε τον θηλασμό

Στον Πίνακα 16 και το Γράφημα 16, βλέπουμε πως το 85.2% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν την καθημερινότητα ενός μωρού, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 14.8% το οποίο δεν αισθάνεται έτοιμο για μια τέτοια ευθύνη.

Πίνακας 16. Θεωρείτε ότι είστε έτοιμη/ος να αντιμετωπίσετε την καθημερινότητα ενός μωρού

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Ναι	92	85,2	85,2
	Όχι	16	14,8	100,0
	Σύνολο	108	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		2		
Σύνολο		110		

Γράφημα 16. Θεωρείτε ότι είστε έτοιμη/ος να αντιμετωπίσετε την καθημερινότητα ενός μωρού

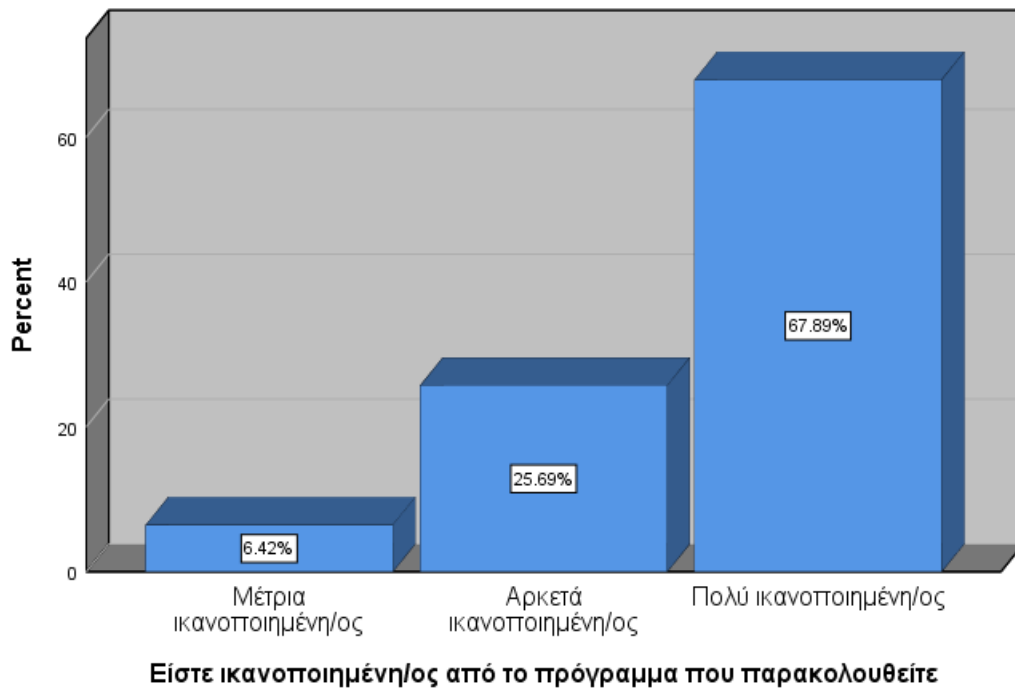


Στον Πίνακα 17 και το Γράφημα 17, παρουσιάζεται η ικανοποίηση των ερωτηθέντων ως προς το πρόγραμμα που παρακολούθησαν. Το 67.9% αυτών δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι, ενώ το 25.7% των ερωτηθέντων είναι αρκετά ικανοποιημένοι. Τέλος, το υπόλοιπο 6.4% ανήκει στην απάντηση «Μέτρια ικανοποιημένη/ος».

Πίνακας 17. Είστε ικανοποιημένη/ος από το πρόγραμμα που παρακολουθείτε

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Μέτρια ικανοποιημένη/ος	7	6,4	6,4
	Αρκετά ικανοποιημένη/ος	28	25,7	32,1
	Πολύ ικανοποιημένη/ος	74	67,9	100,0
	Σύνολο	109	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		1		
Σύνολο		110		

Γράφημα 17. Είστε ικανοποιημένη/ος από το πρόγραμμα που παρακολουθείτε

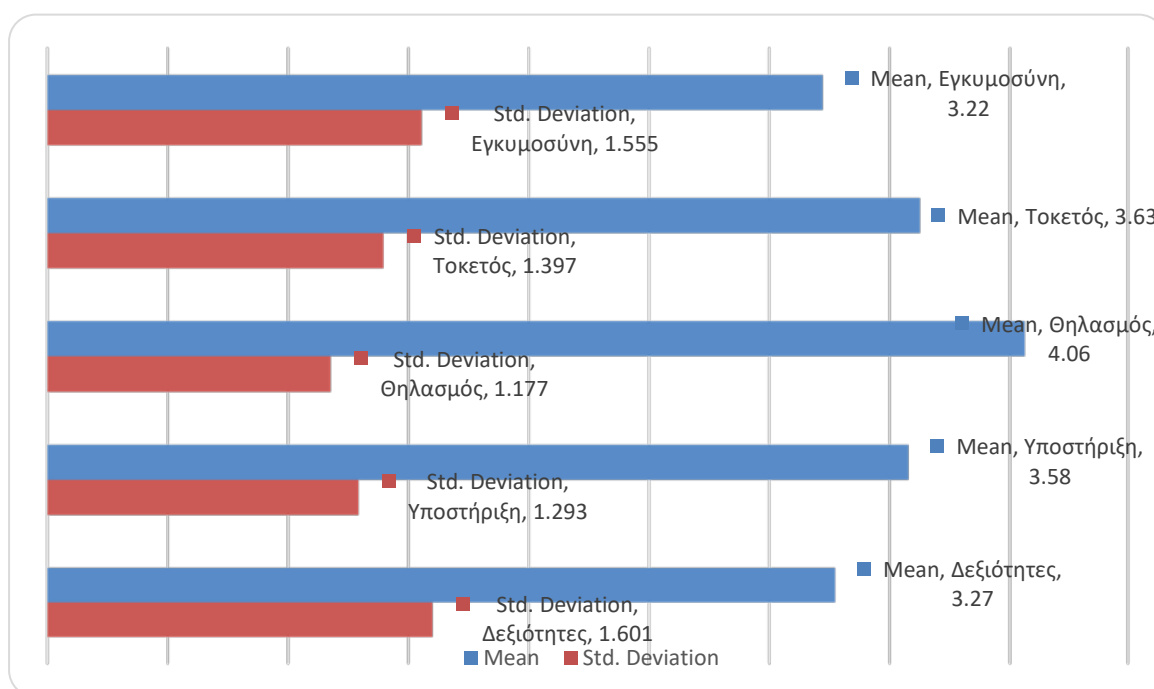


Στον Πίνακα 18 και το Γράφημα 18, παρατηρούμε το πόσο βοηθήθηκαν οι ερωτηθέντες στους παρακάτω τομείς. Οι απαντήσεις δέχονται τιμές από το 1 έως το 5 (1-Λιγότερο σημαντικό, 2-Μέτρια σημαντικό, 3-Σημαντικό, 4-Πολύ σημαντικό, 5-Το πιο σημαντικό) και καθώς αυξάνεται ο μέσος όρος αυξάνεται και η σημαντικότητα της βοήθειας στον εκάστοτε τομέα. Πολύ σημαντική θεωρούν οι ερωτηθέντες την βοήθεια στον τομέα του θηλασμού (4.06), ενώ μεταξύ των απαντήσεων «Σημαντικό» και «Πολύ σημαντικό», με τάση προς το δεύτερο, τοποθετούνται ως προς τη βοήθεια στον τομέα του τοκετού (3.63) και της υποστήριξης (3.58). Στην ίδια κλίμακα, αλλά με τάση προς την απάντηση «Σημαντικό», τοποθετείται ο τομέας των δεξιοτήτων (3.27), ενώ σημαντική θεωρούν την βοήθεια ως προς τον τομέα της εγκυμοσύνης (3.22).

Πίνακας 18. Σε ποιόν τομέα βοηθηθήκατε περισσότερο

	Μέσες τιμές	Τυπικές αποκλίσεις
Εγκυμοσύνη	3,22	1,555
Τοκετός	3,63	1,397
Θηλασμός	4,06	1,177
Υποστήριξη	3,58	1,293
Δεξιότητες	3,27	1,601

Γράφημα 18. Σε ποιον τομέα βοηθηθήκατε περισσότερο

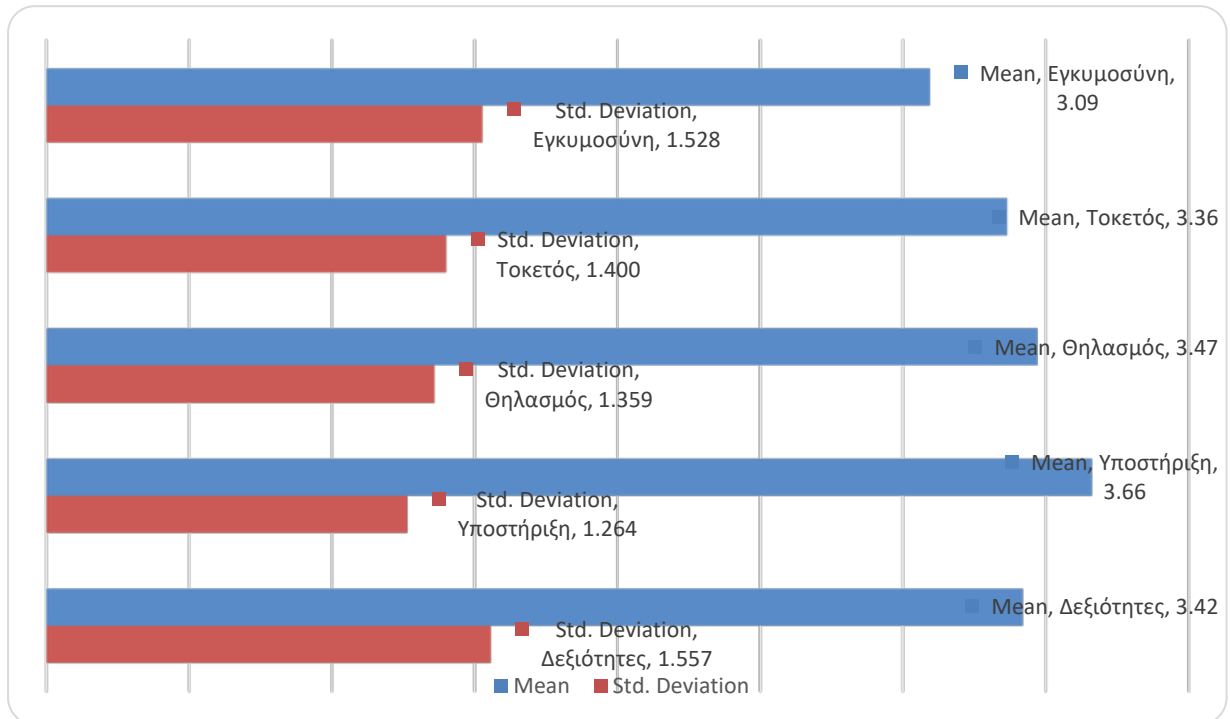


Στον Πίνακα 19 και το Γράφημα 19, παρατηρούμε τους τομείς στους οποίους βοηθήθηκαν οι σύντροφοι των ερωτηθέντων. Οι απαντήσεις δέχονται τιμές από το 1 έως το 5 (1-Λιγότερο σημαντικό, 2-Μέτρια σημαντικό, 3-Σημαντικό, 4-Πολύ σημαντικό, 5-Το πιο σημαντικό) και η αύξηση του μέσου όρου, ταυτίζεται με αύξηση της σημαντικότητας της βοήθειας που εισέπραξαν οι σύντροφοι των ερωτηθέντων από το πρόγραμμα γονεϊκότητας. Μεταξύ των απαντήσεων «Σημαντικό» και «Πολύ σημαντικό», με τάση προς το δεύτερο, βρίσκονται οι ερωτηθέντες αναφορικά με την υποστήριξη (3.66), ενώ στην ίδια κλίμακα, αλλά με τάση προς την απάντηση «Σημαντικό», τοποθετούνται ως προς τον θηλασμό (3.47), τις δεξιότητες (3.42) και τον τοκετό (3.36). Τέλος, σημαντική θεωρούν οι ερωτηθέντες τη βοήθεια ως προς την εγκυμοσύνη (3.09).

Πίνακας 19. Σε ποιόν τομέα νομίζετε ότι το πρόγραμμα βοήθησε τον/την σύντροφό σας περισσότερο

	Μέσες τιμές	Τυπικές αποκλίσεις
Εγκυμοσύνη	3,09	1,528
Τοκετός	3,36	1,400
Θηλασμός	3,47	1,359
Υποστήριξη	3,66	1,264
Δεξιότητες	3,42	1,557

Γράφημα 19. Σε ποιόν τομέα νομίζετε ότι το πρόγραμμα βοήθησε τον/την σύντροφό σας περισσότερο

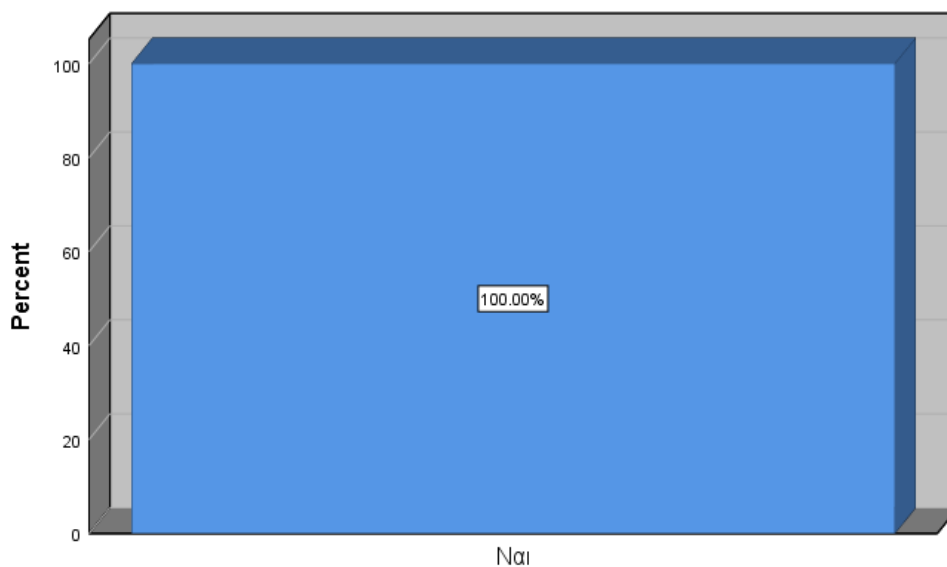


Στον Πίνακα 20 και το Γράφημα 20, παρατηρούμε πως όλοι οι ερωτηθέντες θα πρότειναν σε φίλους ή συγγενείς να παρακολουθήσουν αντίστοιχα προγράμματα πριν φέρουν το μωρό τους στον κόσμο.

Πίνακας 20. Θα προτείνατε σε φίλους ή συγγενείς να παρακολουθήσουν αντίστοιχα προγράμματα πριν φέρουν το μωρό τους στον κόσμο

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Ναι	109	100,0	100,0
	Εκλιπούσες τιμές	1		
	Σύνολο	110		

Γράφημα 20. Θα προτείνατε σε φίλους ή συγγενείς να παρακολουθήσουν αντίστοιχα προγράμματα πριν φέρουν το μωρό τους στον κόσμο



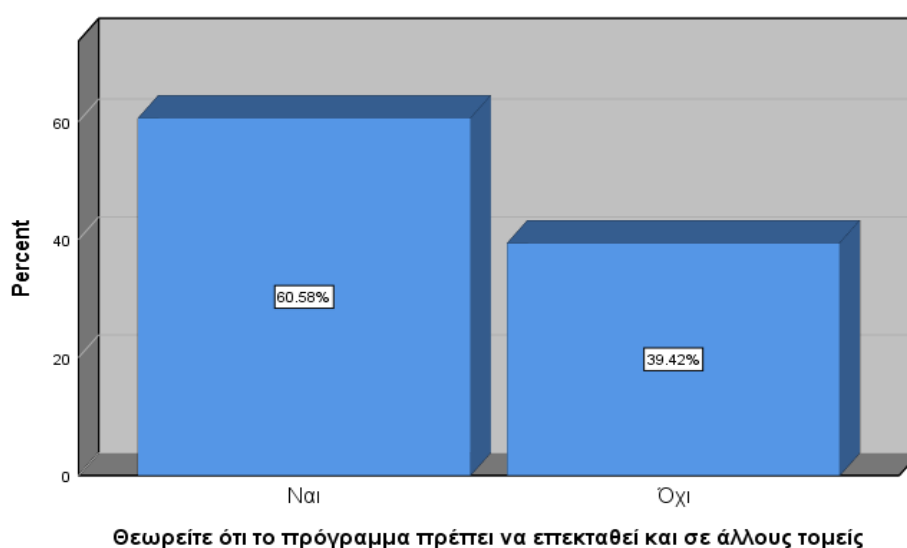
Θα προτείνατε σε φίλους ή συγγενείς να παρακολουθήσουν αντίστοιχα προγράμματα πριν φέρουν το μωρό τους στον κόσμο

Στον Πίνακα 21 και το Γράφημα 21, παρατηρούμε πως το 60.6% των ερωτηθέντων θεωρεί πως το πρόγραμμα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλους τομείς, ενώ το 39.4% διαφωνεί ως προς την επέκταση σε άλλους τομείς.

Πίνακας 21. Θεωρείτε ότι το πρόγραμμα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλους τομείς

		Συχνότητες	Έγκυρα Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Έγκυρα	Ναι	63	60,6	60,6
	Όχι	41	39,4	100,0
	Σύνολο	104	100,0	
Εκλιπούσες τιμές		6		
Σύνολο		110		

Γράφημα 21. Θεωρείτε ότι το πρόγραμμα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλους τομείς



Επαγωγική στατιστική

Στην ενότητα αυτή, έγινε μια προσπάθεια απάντησης των ερευνητικών ερωτημάτων της έρευνας, που διατυπώνονται ως εξής:

- Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων από το πρόγραμμα περί γονεϊκότητας που παρακολούθησαν;
- Σε ποιο βαθμό τα προγράμματα περί γονεϊκότητας συνέβαλαν στην προώθηση του φυσιολογικού τοκετού και του μητρικού θηλασμού;
- Η παραπάνω συμβολή, θα βοηθήσει στην εξοικονόμηση πόρων, τόσο στον Κρατικό Προϋπολογισμό όσο και στον οικογενειακό προϋπολογισμό, ειδικά τη σημερινή εποχή της κρίσης στην Ελλάδα;

Τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα έχουν απαντηθεί ήδη μέσω της περιγραφικής στατιστικής, ωστόσο παρακάτω θα παρουσιαστούν αναλυτικότερα. Επιπλέον, στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, έγινε χρήση του chi-square test αναφορικά με τον φυσιολογικό τοκετό.

1^ο ερευνητικό ερώτημα

«Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων από το πρόγραμμα περί γονεϊκότητας που παρακολούθησαν;»

Η απάντηση για το παραπάνω ερευνητικό ερώτημα, δόθηκε μέσω του Πίνακα 17 και του Γραφήματος 17. Πιο συγκεκριμένα το 67.9% των ερωτηθέντων δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι, το 25.7% πολύ ικανοποιημένοι και το 6.4% μέτρια ικανοποιημένοι. Επομένως, βλέπουμε ότι γενικά οι ερωτηθέντες είναι ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα και τη βοήθεια που τους προσφέρει.

2^ο ερευνητικό ερώτημα

«Σε ποιο βαθμό τα προγράμματα περί γονεϊκότητας συνέβαλαν στην προώθηση του φυσιολογικού τοκετού και του μητρικού θηλασμού;»

Αναφορικά με τον φυσιολογικό τοκετό, χρησιμοποιήθηκε το chi-square test, όπως προαναφέρθηκε. Βλέπουμε λοιπόν στον Πίνακα 22, πως από το σύνολο των ερωτηθέντων που δηλώνουν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τον φυσιολογικό

τοκετό, το 89.5% θεωρεί ότι συνέβαλε το πρόγραμμα γονεϊκότητας σε αυτήν τους την απόφαση. Αντίθετα, από όσους δήλωσαν πως δεν αισθάνονται έτοιμοι να αντιμετωπίσουν το φυσιολογικό τοκετό, το 90.9% δηλώνει πως το πρόγραμμα δεν επηρέασε αυτή την απόφαση τους. Υπάρχει δηλαδή μία σαφής τάση θετικής επιρροής των προγραμμάτων στην αντιμετώπιση ενός φυσιολογικού τοκετού, γεγονός που επιβεβαιώνεται και στατιστικά από τον Πίνακα 23, ο οποίος αναδεικνύει την ύπαρξη στατιστικής σημαντικότητας.

Πίνακας 22. Νιώθετε έτοιμη/ος να “αντιμετωπίσετε” έναν φυσιολογικό τοκετό * Συνέβαλε το πρόγραμμα σε αυτή σας την απόφαση Crosstabulation					
			Συνέβαλε το πρόγραμμα σε αυτή σας την απόφαση		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Νιώθετε έτοιμη/ος να “αντιμετωπίσετε” έναν φυσιολογικό τοκετό	Ναι	Πλήθος	85	10	95
		% within Νιώθετε έτοιμη/ος να “αντιμετωπίσετε” έναν φυσιολογικό τοκετό	89,5%	10,5%	100,0%
	Όχι	Πλήθος	1	10	11
		% within Νιώθετε έτοιμη/ος να “αντιμετωπίσετε” έναν φυσιολογικό τοκετό	9,1%	90,9%	100,0%
Σύνολο		Πλήθος	86	20	106
		% within Νιώθετε έτοιμη/ος να “αντιμετωπίσετε” έναν φυσιολογικό τοκετό	81,1%	18,9%	100,0%

Πίνακας 23. Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,612 ^a	1	,000
Continuity Correction ^b	36,527	1	,000
Likelihood Ratio	32,036	1	,000
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	41,220	1	,000
N of Έγκυρα Cases	106		

a, 1 cells (25,0%) have expected Πλήθος less than 5, The minimum expected Πλήθος is 2,08,

b, Computed only for a 2x2 table

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος του ερωτήματος, όλοι οι ερωτηθέντες απάντησαν θετικά σχετικά με το ότι θα θηλάσουν το μωρό τους, ενώ θεωρούν ότι η βοήθεια του προγράμματος σε αυτόν τον τομέα, ήταν από σημαντική, έως πολύ σημαντική (μέση τιμή 3.47/5, όπου το 3 σημαίνει «Σημαντική» και το 4 «Πολύ σημαντική»).

3^ο ερευνητικό ερώτημα

«Η παραπάνω συμβολή, θα βοηθήσει στην εξοικονόμηση πόρων, τόσο στον Κρατικό Προϋπολογισμό όσο και στον οικογενειακό προϋπολογισμό, ειδικά τη σημερινή εποχή της κρίσης στην Ελλάδα;»

Το 60.6% των ερωτηθέντων θεωρεί πως το πρόγραμμα αυτό οφείλει να επεκταθεί και σε άλλους τομείς (Πίνακας 21 και Γράφημα 21 της περιγραφικής), ωστόσο κανένας δεν θεωρεί ότι η επέκταση αυτή αφορά τον Κρατικό ή τον οικογενειακό προϋπολογισμό. Αναλυτικότερα, οι ερωτηθέντες θεωρούν πως πρέπει να δοθεί υποστήριξη σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στη φροντίδα και τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού, να δοθεί βοήθεια στην καθημερινότητα μετά την άφιξη του παιδιού, να υποστηριχθούν τα ζευγάρια που αποβάλλουν ή ζευγάρια με υπογονιμότητα, να βοηθηθούν ψυχολογικά οι γυναίκες και οι σύντροφοι τους για την μεγάλη αλλαγή που επέρχεται στη ζωή τους, οι γυναίκες να βοηθηθούν ως προς τη γυμναστική και τη διατροφή τους πριν και μετά τον τοκετό και να υποστηριχθούν για την επιστροφή τους στην εργασία. Τέλος, κάποιοι ερωτηθέντες θεωρούν ότι το πρόγραμμα πρέπει να επεκταθεί στην κοινότητα, τους Δήμους και στα μαιευτήρια και πως πρέπει να είναι μεγαλύτερης διάρκειας.

Κεφάλαιο 7 Συμπεράσματα-Συζήτηση

Στην παραπάνω έρευνα έγινε μια προσπάθεια να διερευνηθεί η συμβολή των προγραμμάτων συμβουλευτικής και αγωγής υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην προετοιμασία των ερωτηθέντων για τη γονεϊκότητα. Αναλυτικότερα, στην έρευνα συμμετείχαν 110 ερωτηθέντες, η πλειοψηφία αυτών Ελληνίδες γυναίκες από 36 έως 45 ετών, απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ, οι οποίες θα γεννούσαν το πρώτο τους παιδί, με εισόδημα από 12.001 έως 40.000 ευρώ.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες παρακολουθούν για πρώτη φορά το πρόγραμμα γονεϊκότητας, για το οποίο ενημερώθηκαν είτε από τον ιατρό τους, είτε από τις δομές ΠΦΥ. Επιπλέον, επέλεξαν να γεννήσουν είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό μαιευτήριο. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοιώθουν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν ένα φυσιολογικό τοκετό, και θεωρούν πως σε αυτό συνέβαλε το πρόγραμμα, ενώ όλοι οι ερωτηθέντες θα θηλάσουν το παιδί τους, με τους περισσότερους να κάνουν μια προσπάθεια να θηλάσουν έως και 6 μήνες. Επιπλέον, τα 2/3 των ερωτηθέντων είχαν θηλάσει και το μεγαλύτερο παιδάκι τους, αλλά όσοι είχαν σταματήσει τον θηλασμό το έκαναν επειδή είτε δεν χόρταινε πλέον το παιδί είτε επειδή δεν υπήρχε αρκετό γάλα. Επιπλέον θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν την καθημερινότητα ενός μωρού και δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από το συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Στη συνέχεια παρατηρούμε ότι οι ερωτηθέντες θεωρούν πολύ σημαντική την βοήθεια που τους παρείχε το πρόγραμμα ως προς τον θηλασμό, ενώ θεωρούν ότι ο/η σύντροφος τους βοηθήθηκε κυρίως στον τομέα της υποστήριξης. Τέλος, όλοι θα πρότειναν το πρόγραμμα σε φίλους ή συγγενείς πριν φέρουν το μωρό στον κόσμο και η πλειοψηφία υποστηρίζει πως το πρόγραμμα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλους τομείς.

Ως προς το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, βλέπουμε πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι αρκετά ικανοποιημένοι με το πρόγραμμα γονεϊκότητας που παρακολουθούν. Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, παρατηρούμε πως η συμβολή του προγράμματος είναι μεγάλη, καθώς η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θα επιλέξουν τη μέθοδο του φυσιολογικού τοκετού επηρεασμένοι από το πρόγραμμα, ενώ θεωρούν πως το πρόγραμμα τους βοήθησε πολύ αναφορικά με το θέμα του θηλασμού. Τέλος, στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα,

παρατηρούμε πως αν και οι ερωτηθέντες δεν αναφέρονται στην οικονομική διευκόλυνση που προσφέρει ο θηλασμός, κάνουν λόγο για την υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τη φροντίδα και τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού, τη βοήθεια στην καθημερινότητα μετά την άφιξη του βρέφους, την υποστήριξη γυναικών που αποβάλλουν και ζευγαριών με υπογονιμότητα, την ψυχολογική υποστήριξη των γυναικών και των συντρόφων τους, την υποστήριξη στους τομείς της γυμναστικής και της διατροφής πριν και μετά την γέννηση του μωρού, την επιστροφή στην εργασία, αλλά και την επέκταση του προγράμματος στην κοινότητα, τους Δήμους και τα μαιευτήρια.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται η αναγκαιότητα τέτοιου είδους προγραμμάτων. Τα προγράμματα αυτά μπορούν πρωταρχικά να αποτελέσουν μία σημαντική λύση στην μείωση των καισαρικών τομών στην Ελλάδα που έχουν φτάσει σε υψηλό ποσοστό. Με αυτό τον τρόπο θα γίνει παράλληλα, πέρα από τα σωματικά και τα ψυχικά οφέλη, και μία μείωση των πόρων που διατίθενται προς αυτό τον σκοπό, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν σε άλλες ανάγκες υγείας.

Επιπλέον, απαιτείται η επέκταση αυτών των προγραμμάτων καθώς και η ενίσχυση τους και από άλλους επαγγελματίες υγείας, πέρα των Μαιών-Μαιευτών, με πιο εξειδικευμένες γνώσεις, που μπορούν να συνεισφέρουν στην υποστήριξη των γονέων και στην προαγωγή της υγείας πιο ολιστικά και αποτελεσματικά.

Ως περιοριστικούς παράγοντες, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε την ύπαρξη τόσο λίγων ανδρών στο δείγμα. Φυσικά το υπό μελέτη θέμα είναι κατ' εξοχήν γυναικεία υπόθεση, παρ' όλα αυτά, εφ' όσον αυτά τα προγράμματα υποστηρίζουν και τους άντρες, θα ήταν ενδιαφέρον να αποκτήσουμε μία συλλογικότερη εικόνα. Επιπλέον, υπήρχαν λίγα άτομα μικρών ηλικιών (18-25). Πιθανότατα να υπήρχε κάποια διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων αν υπήρχαν περισσότεροι αναλογικά νέοι γονείς. Ως εκ τούτου, η έρευνα θα μπορούσε να επεκταθεί σε άνδρες και σε άτομα μικρής ηλικίας.

Συμπερασματικά λοιπόν, φαίνεται ότι τα προγράμματα γονεϊκότητας, μπορούν να συμβάλλουν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης, της γνώσης και της κουλτούρας, σχετικά με τη συμμετοχή στο είδος του τοκετού που επιθυμεί το ζευγάρι, τον μητρικό θηλασμό και το υγιές μεγάλωμα του παιδιού τους.

Παράλληλα, η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, κρίνεται αναγκαία για την προώθηση του ασφαλούς φυσιολογικού τοκετού και του μητρικού θηλασμού, παράλληλα με την υποστήριξη από την Πολιτεία της μητρότητας και του μητρικού θηλασμού.

Βιβλιογραφία

- Ahlborg, T., Persson, L. O., & Hallberg, L. R. (2005). Assessing the quality of the dyadic relationship in first-time parents: Development of a new instrument. *Journal of Family Nursing, 11*(1), 19-37.
- Ahldén, I., Ahlehagen, S., Dahlgren, L. O., & Josefsson, A. (2012). Parents' expectations about participating in antenatal parenthood education classes. *The Journal of perinatal education, 21*(1), 11.
- Amelink-Verburg, M. P., Rijnders, M. E., & Buitendijk, S. E. (2009). A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1988-2004. *BJOG, 116*(7), 923-932.
- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro-Fernandezdegamboa, G., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalupe, A., & Payo, J. (2010). The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing research, 59*(3), 194-202.
- Åsenhed, L., Kilstam, J., Alehagen, S., & Baggens, C. (2014). Becoming a father is an emotional roller coaster—an analysis of first-time fathers' blogs. *Journal of Clinical Nursing, 23*(9-10), 1309-1317.
- Axelsen, S. F., Brixval, C. S., Due, P., & Koushede, V. (2014). Integrating couple relationship education in antenatal education—A study of perceived relevance among expectant Danish parents. *Sexual & Reproductive Healthcare, 5*(4), 174-175.
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian journal of caring sciences, 31*(3), 537-546.
- Barker, E. D., Jaffee, S. R., Uher, R., & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and anxiety, 28*(8), 696-702.

- Belsky, J., & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 5-19.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: A randomised controlled multicentre trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(9), 1167-1176.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2011). A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery*, 27(6), e195-e200.
- Berlin, A., Törnkvist, L., & Barimani, M. (2016). Content and presentation of content in parental education groups in Sweden. *The Journal of perinatal education*, 25(2), 87-96.
- Biddle, S., & Seymour, M. (2012). Healthy neighbourhoods and communities: Policy and practice. *Health promotion settings: Principles and practice*, 92-109.
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-Time Fathers' Study: Psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(9), 718-725.
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F., McAdoo, H. P., & García Coll, C. (2001). The home environments of children in the United States part I: Variations by age, ethnicity, and poverty status. *Child development*, 72(6), 1844-1867.
- Brewin, C., & Bradley, C. (1982). Perceived control and the experience of childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(4), 263-269.
- Brixval, C. S., Thygesen, L. C., Axelsen, S. F., Gluud, C., Winkel, P., Lindschou, J., ... & Koushede, V. (2016). Effect of antenatal education in small classes versus standard auditorium-based lectures on use of pain relief during labour and of obstetric interventions: results from the randomised NEWBORN trial. *BMJ open*, 6(6), e010761.

- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., Matthews, G., & Carrano, J. (2007). Symptoms of major depression in a sample of fathers of infants: Sociodemographic correlates and links to father involvement. *Journal of Family Issues*, 28(1), 61-99.
- Brown, L. D., Feinberg, M. E., & Kan, M. L. (2012). Predicting engagement in a transition to parenthood program for couples. *Evaluation and Program Planning*, 35(1), 1-8.
- Buist, A., Morse, C. A., & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(2), 172-180.
- Carrick-Sen, D. (2006). *Newcastle twin study. A randomised controlled trial of a specialist midwife to improve maternal psychological outcomes*. Newcastle University.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28(3), 202-207.
- Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The First-Time Fathers Study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 56-64.
- Conger, R. D., Ge, X., Elder Jr, G. H., Lorenz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65(2), 541-561.
- Cornish, A. M., McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behavior and Development*, 28(4), 407-417.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W. S., Curtis-Boles, H., & Boles III, A. J. (1985). Transitions to parenthood: His, hers, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6(4), 451-481.

- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cutrona, C. E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of abnormal psychology, 93*(4), 378.
- Davis, E. P., Snidman, N., Wadhwa, P. D., Glynn, L. M., Schetter, C. D., & Sandman, C. A. (2004). Prenatal maternal anxiety and depression predict negative behavioral reactivity in infancy. *Infancy, 6*(3), 319-331.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological bulletin, 116*(3), 387.
- Deave, T. & Johnson, D. (2008). The transition to parenthood: what does it Μέσες τιμές for fathers? *Journal of Advanced Nursing, 63*, 626-633.
- Deave, T., Johnson, D. & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth, 8*, 30.
- Delke, I., Minkoff, H., & Grunebaum, A. (1985). Effect of Lamaze childbirth preparation on maternal plasma betaendorphin immunoreactivity in active labor. *American Journal of Perinatology, 2*(4), 317-319.
- Denis, A., Ponsin, M., & Callahan, S. (2012). The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30*(4), 388-397.
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of atic reviews, (2)*.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child development, 65*(2), 649-665.
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: an 8-year prospective study. *Journal of personality and social psychology, 96*(3), 601.

- Dunning, M. J., & Giallo, R. (2012). Fatigue, parenting stress, self-efficacy and satisfaction in mothers of infants and young children. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 145-159.
- Entsieh, A.A. & Hallstrom, I.K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A atic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1-11.
- Escott, D., Slade, P., & Spiby, H. (2009). Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 617-622.
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436-443.
- Fagerskiöld, A. (2008). A change in life as experienced by first-time fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 64-71.
- Fahey, J.O. & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal Midwifery Womens Health*, 58, 613-621.
- Feeney, J. A., Hohaus, L., Noller, P., & Alexander, R. P. (2001). *Becoming parents: Exploring the bonds between mothers, fathers, and their infants*. Cambridge University Press.
- Forslund Frykedal, K., Rosander, M., Berlin, A. & Barimani, M. (2015). With or without the group: swedish midwives' and child healthcare nurses' experiences in leading parent education groups. *Health Promotion International*, 31, 899-907.
- Fraser, H. (2005). Four different approaches to community participation. *Community Development Journal*, 40(3), 286-300.
- Friedli, L. (2009). *Mental Health, Resilience and Inequalities*. Denmark: World Health Organization Europe.

- Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of atic Reviews*, 3, CD002869.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a atic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071-1083.
- Giallo, R., D'Esposito, F., Christensen, D., Mensah, F., Cooklin, A., Wade, C., ... & Nicholson, J. M. (2012). Father mental health during the early parenting period: results of an Australian population based longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(12), 1907-1916.
- Giallo, R., Seymour, M., Dunning, M., Cooklin, A., Loutzenhiser, L., & McAuslan, P. (2015). Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(5), 528-544.
- Glade, A. C., Bean, R. A., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/relational intervention: A review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American Journal of Family Therapy*, 33(4), 319-336.
- Green, J. M., & Baston, H. A. (2007). Have women become more willing to accept obstetric interventions and does this relate to mode of birth? Data from a prospective study. *Birth*, 34(1), 6-13.
- Grignaffini, A., Soncini, E., Ricco, R., & Vadora, E. (2000). Childbirth preparation courses: Obstetrical and neonatal evaluation. *Acta Bio-Medica de L'Ateneo Parmense*, 71(Suppl. 1), 701-707.
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological bulletin*, 108(2), 267.
- Halford, W. K., Petch, J., & Creedy, D. K. (2010). Promoting a positive transition to parenthood: A randomized clinical trial of couple relationship education. *Prevention Science*, 11(1), 89-100.

- Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, archdischild191312.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65-73.
- Hetherington, S. E. (1990). A controlled study of the effect of prepared childbirth classes on obstetric outcomes. *Birth*, 17(2), 86-90.
- Heritage, Z., & Dooris, M. (2009). Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promotion International*, 24(suppl_1), i45-i55.
- Hodnett, E.D. (2000). Support during pregnancy for women at increased risk. *Cochrane Database atic Review*, 2, CD000198.
- Illeris, K. (2018). *Contemporary theories of learning: learning theorists... in their own words*. Routledge.
- Jaddoe, V. W. (2009). Antenatal education programmes: Do they work? *Lancet*, 374(9693), 863-864.
- Kickbusch, I. & Gleicher, D. (2012). *Governance for Health in the 21st Century*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Kurth, E., Kennedy, H.P., Spichiger, E., Hosli, I. & Stutz, E.Z. (2011). Crying babies, tired mothers: what do we know? A atic review. *Midwifery*, 27, 187-194.
- Lauzon, L., & Hodnett, E. (2000). Antenatal education for selfdiagnosis of the onset of active labour at term. *Cochrane Database*, (2), CD000935.
- Leahy Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 479-488.
- Lima-Pereira, P., Bermudez-Tamayo, C. & Jasienska, G. (2012). Use of the Internet as a source of health information amongst participants of antenatal classes. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 322-330.

- Matthey, S., Morgan, M., Healey, L., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2002). Postpartum issues for expectant mothers and fathers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(4), 428–435.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?. *Journal of affective disorders*, 74(2), 139-147.
- Matthey, S., Kavanagh, D. J., Howie, P., Barnett, B., & Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79(1–3), 113–126.
- Mehdizadeh, A., Roosta, F., Chaichian, S., & Alaghebandan, R. (2005). Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *American Journal of Perinatology*, 22(1), 7-9.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(5), 649–651.
- Moriarty Daley, A., Sadler, L. S., & Dawn Reynolds, H. (2013). Tailoring clinical services to address the unique needs of adolescents from the pregnancy test to parenthood. *Current Problems in Paediatric and Adolescent Health Care*, 43, 71-95.
- Morse, C. A., Buist, A., & Durkin, S. (2000). First-time parenthood: Influences on pre- and postnatal adjustment in fathers and mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 109–120.
- Murphy Tighe, S. M. (2010). An exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education. *Midwifery*, 26(3), 294-303.
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of disease in childhood*, 77(2), 99-101.
- Nelson, M. K. (1982). The effect of childbirth preparation on women of different social classes. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(4), 339-352.

- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(4), 465–477.
- Nelson, J. A., & O'Brien, M. (2012). Does an unplanned pregnancy have long-term implications for mother–child relationships?. *Journal of Family Issues*, 33(4), 506-526.
- Nolan, M.L. (1997). Antenatal education—where next? *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1198-1204.
- Nomaguchi, K. M., & Milkie, M. A. (2003). Costs and rewards of children: The effects of becoming a parent on adults' lives. *Journal of Marriage and Family*, 65, 356-374.
- Norling-Gustafsson, A., Skaghammar, K. & Adolfsson, A. (2011). Expectant parents' experiences of parental education within the antenatal health service. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 159-167.
- Nystrom, K. & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 319-330.
- O'Connor, M., Hawkins, M. T., Toumbourou, J. W., Sanson, A., Letcher, P., & Olsson, C. A. (2011). The relationship between social capital and depression during the transition to adulthood. *Australian Journal of Psychology*, 63(1), 26-35.
- Parr, M. (1998). A new approach to parent education. *British Journal of Midwifery*, 6, 160-165.
- Parr, M. (2002). *Making changes' a vision for antenatal and postnatal education and support for the new millennium, final report*. St. Albans: PIPPIN.
- Parfitt, Y., Pike, A., & Ayers, S. (2014). Infant developmental outcomes: a family s perspective. *Infant and Child Development*, 23(4), 353-373.
- Pinquart, M. & Teubert, D. (2010). A meta-analytic study of couple interventions during the transition to parenthood. *Family Relations*, 59(3), 221-231.
- Polomeno, V. (2006). Why is love so important in childbirth education?. *International Journal of Childbirth Education*, 21(1), 35.

- Polomeno, V. (2014). The teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood. *International Journal of Childbirth Education*, 29(1), 78.
- Premberg, A., Hellstrom, A.L. & Berg, M. (2008). Experiences of the first year as father. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 56-63.
- Pugh, G., De'Ath, E., & Smith, C. (1994). *Confident parents, confident children policy and practice in parent education and support*. London: National Children's Bureau.
- Rassin, M., Klug, E., Nathanzon, H., Kan, A., & Silner, D. (2009). Cultural differences in child delivery: Comparisons between Jewish and Arab women in Israel. *International Nursing Review*, 56(1), 123-130.
- Renkert, S. & Nutbeam, D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*, 16, 381-388.
- Ross, N. J., Church, S., Hill, M., Seaman, P., & Roberts, T. (2012). The perspectives of young men and their teenage partners on maternity and health services during pregnancy and early parenthood. *Children & Society*, 26, 304-315.
- Russell, C. (2002). *The state of knowledge about prevention/early intervention*. Toronto: Invest in Kids Canada.
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual review of clinical psychology*, 8, 345-379.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A meta review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, 97(2), 153-158.
- Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M.P., Matthey, S. et al. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: a review of longitudinal studies. *Women and Birth*, 26, 167-178.
- Schulz, M. S., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2006). Promoting healthy beginnings: A randomized controlled trial of a preventive intervention to

- preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(1), 20.
- Schrader McMillan A., Barlow J. & Redshaw M. (2009). *Birth and Beyond. A review of the evidence about antenatal education*. London: DH.
- Slade, P., MacPherson, S. A., Hume, A., & Maresh, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(4), 469-483.
- Svensson, J., Barclay, L. & Cooke, M. (2006). The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *Journal of Perinatal Education*, 15, 18-27.
- Svensson, J., Barclay, L. & Cooke, M. (2008). Effective antenatal education: strategies recommended by expectant and new parents. *Journal of Perinatal Education*, 17, 33-42.
- Taylor, J. & Johnson, M. (2013). The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: from birth to 6 months. *Midwifery*, 29, 526-534.
- Taylor, J. & Johnson, M. (2010). How women manage fatigue after childbirth. *Midwifery*, 26, 367-375.
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2009). Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery*, 25(2), 114–125.
- Vikstrom, A. & Barimani, M. (2016). Partners' perspective on care- support before, during and after childbirth in relation to parenting roles. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8, 1-5.
- Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian journal of public health*, 30(59_suppl), 72-77.
- Webb, D.A., Bloch, J.R., Coyne, J.C., Chung, E.K., Bennett, I.M. & Culhane, J.F. (2008). Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth*, 35, 179-187.

- WHO (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Conference on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro, Brazil.
- WHO (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing*. Copenhagen.
- WHO & UNICEF (2018). *A vision for primary health care in the 21st century*. WHO & UNICEF.
- Wiener, A. J. (2002). The brick wall of labour. *The Practicing Midwife*, 5, 38-39.
- Wiener, A. & Rogers, C. (2008). Antenatal classes: women can't think beyond labour. *British Journal of Midwifery*, 6, 2.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S. & Brown, S.J. (2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30, 378-384.
- World Health Organization (2004). *3rd task force making pregnancy safer/promoting effective perinatal care: From evidence to practice*. Verona, Italy, 22–24 October 2003. Copenhagen.
- Wolke, D., Rizzo, P., & Woods, S. (2002). Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics*, 109(6), 1054-1060.
- Yelland, J., Krastev, A. & Brown, S. (2009). Enhancing early postnatal care: findings from a major reform of maternity care in three Australian hospitals. *Midwifery*, 25, 392-402.
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2018). *Εθνική Μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα*. Αθήνα.
- N. 4486/2017. *Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας*. ΦΕΚ 115/7-8-2017 τ.Α'.

Πετρέλης, Μ. & Δομάγιορ, Φ.Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15 (4), 365-379.

Σιάχος, Μ. (2017). *Η «μάστιγα» των καισαρικών στην Ελλάδα σε αριθμούς και ο ρόλος της αποζημίωσης από τον ΕΟΠΥΥ*. Στο <https://www.dikaiologitika.gr/eidhseis/ygeia/147873/i-mastiga-ton-kaisarikon-stin-ellada-se-arithmoys-kai-o-rolos-tis-apozimiosis-apo-ton-eopy>

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο



Εισαγωγικό σημείωμα:

Κρατάτε στα χέρια σας, ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής μου, με τίτλο «η συμβολή της συμβουλευτικής και της αγωγής υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην προετοιμασία για γονεϊκότητα».

Αν συμφωνήσετε τελικά να το συμπληρώσετε, θα βοηθήσει στη συλλογή και επεξεργασία στοιχείων, σχετικά με την προετοιμασία σας για το νέο σας γονείς, και τη βοήθεια που πιθανόν σας πρόσφεραν τα μαθήματα του προγράμματος ετοιμασίας ρόλο σαν γονεϊκότητας που

Είναι σημαντικό, για την ακρίβεια και την αξιολόγηση της μελέτης μας, οι απαντήσεις σας να είναι αληθείς και ακριβείς, γι' αυτό να χρησιμοποιήσετε όσο χρόνο χρειάζεστε.

Οι απαντήσεις και τα στοιχεία που σας ζητούνται θα είναι απόλυτα εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την παραγωγή στατιστικών αποτελεσμάτων. παρακολουθείτε.

Η Μαία

Αναστασοπούλου Ελένη

Απαντήστε σημειώνοντας x την επιλογή σας:

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία

- 18-25
- 26-35
- 35-45
- 45 και άνω

3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

- Δημοτικό - Γυμνάσιο
- Λύκειο
- ΑΕΙ - ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό

4. Παιδιά στην οικογένεια

- Κανένα
- 1
- 2
- 3
- 4 και άνω

5. Εθνικότητα

- Ελληνική
- Άλλη.....

5.Εισόδημα

- έως 12.000 €
- 12.000 έως 20.000 €
- 20.000 έως 40.000
- 40.000 € και άνω

6.Παρακολουθείτε για πρώτη φορά το πρόγραμμα προετοιμασίας για γονεϊκότητα;

- Ναι
- Όχι

7. Από που ενημερωθήκατε για το πρόγραμμα;

- Από τον ιατρό
- Από τις δομές ΠΦΥ
- Από την κοινότητα
- Από τα ΜΜΕ ή το διαδίκτυο
- Άλλο.....

8.Πού θα γεννήσετε;

- Δημόσιο Μαιευτήριο
- Ιδιωτικό Μαιευτήριο
- Άλλο.....

9. Νιώθετε έτοιμη/ος να “αντιμετωπίσετε” έναν φυσιολογικό τοκετό;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

10. Συνέβαλε το πρόγραμμα σε αυτή σας την απόφαση;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

11. Θα θηλάσετε το μωρό σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

12. Θα προσπαθήσετε για αποκλειστικό θηλασμό μέχρι 6 μήνες;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13. [Αν έχετε μεγαλύτερο παιδάκι απαντήστε] Θηλάσατε το μεγαλύτερο παιδάκι σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

14. Αν δε θηλάσατε αποκλειστικά μέχρι 6 μήνες, γιατί διακόψατε τον θηλασμό;

Δεν χόρταινε -Δεν είχα αρκετό γάλα

Επιστροφή στην εργασία

Έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος

Άλλο.....

15. Θεωρείτε ότι είστε έτοιμη/ος να αντιμετωπίσετε την καθημερινότητα ενός μωρού;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

16. Είστε ικανοποιημένη/ος από το πρόγραμμα που παρακολουθείτε;

- ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ / ΟΣ
- ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ / ΟΣ
- ΜΕΤΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ / ΟΣ
- ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ / ΟΣ
- ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ / ΟΣ

17. Σε ποιόν τομέα βοηθηθήκατε περισσότερο;

[αριθμήστε από το 1(το λιγότερο σημαντικό) έως το 5 (το πιο σημαντικό)]

- Εγκυμοσύνη
- Τοκετός
- Θηλασμός
- Υποστήριξη
- Δεξιότητες

18. Σε ποιόν τομέα νομίζετε ότι το πρόγραμμα βοήθησε τον / την σύντροφό σας περισσότερο;

[αριθμήστε από το 1(το λιγότερο σημαντικό) έως το 5 (το πιο σημαντικό)]

- Εγκυμοσύνη
- Τοκετός
- Θηλασμός
- Υποστήριξη
- Δεξιότητες

19. Θα προτείνατε σε φίλους ή συγγενείς να παρακολουθήσουν αντίστοιχα προγράμματα πριν φέρουν το μωρό τους στον κόσμο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

20. Θεωρείτε ότι το πρόγραμμα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλους τομείς;

Ναι

Όχι

21. Προτείνετε κάποιους που εσείς θεωρείτε σημαντικούς

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Σας ευχαριστώ πολύ!

Αναστασοπούλου Ελένη

ΑΠΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ

ΟΝΟΜΑ: **ΕΛΕΝΗ**

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΟΝΟΜΑ / ΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ :

Α Ι Τ Η Σ Η

ΠΡΟΣ

4^η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ

Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ

ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Αριστοτέλους 16, Θεσσαλονίκη

6 / Δεκεμβρίου /2018

Α.Δ.Τ.: ΑΖ 712232

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 03/03/1967

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΠΑΤΡΑ ΑΧΑΪΑΣ

Δ/ΝΣΗ —:

ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 35,

ΚΡΗΝΗ ΠΑΤΡΑΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ/Α:

2610 225492

6947778482

FAX : 2610621189

EMAIL :

elenanastasopol@gmail.com

Παρακαλώ να μου επιτρέψετε τη συλλογή
ερευνητικών δεδομένων

στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής μου,
για το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, με θέμα
"Η συμβολή της συμβουλευτικής και της
αγωγής υγείαςτης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
Υγείας στην προετοιμασία για γονεϊκότητα",
στους παρακάτω φορείς:

Κ.Υ. 25^{ης} ΜΑΡΤΙΟΥ

Κ.Υ. ΚΑΒΑΛΑΣ

Κ.Υ. ΣΕΡΡΩΝ,

καθώς και την έγκριση του επιστημονικού
συμβουλίου.

Παρακαλώ για την όσο το δυνατό
συντομότερη απάντησή σας, καθώς υπάρχει
χρονικός περιορισμός στην ανάλυση των
ερευνητικών δεδομένων και παράδοσης της
μεταπτυχιακής διατριβής.

συν:

1: Υπεύθυνη δήλωση

2: Βεβαίωση φοίτησης

3: Δομή διατριβής

4: Ερωτηματολόγιο

Η Αιτούσα



ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

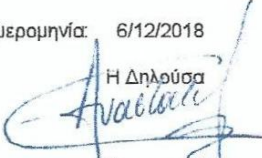
Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	4 ^η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ						
Ο - Η Όνομα:	ΕΛΕΝΗ	Επώνυμο:	ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ				
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:	ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ						
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:	ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ						
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :	03 / 03 / 1967						
Τόπος Γέννησης:	ΠΑΤΡΑ ΑΧΑΪΑΣ						
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:	AZ 712232	Τηλ:	2610225492 / 6947778482				
Τόπος Κατοικίας:	ΚΡΗΝΗ ΠΑΤΡΑΣ	Οδός:	ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	Αριθ:	35	ΤΚ:	26500
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):	2610 621189	Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	elenanastasopo@gmail.com				

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: για τη συλλογή στοιχείων στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής μου, δε θα έχω οικονομικές απολαβές, καθώς και ότι, θα τηρηθούν οι αρχές των διατάξεων του 24/2018 «περί προστασίας προσωπικών δεδομένων»

(4)

Ημερομηνία: 6/12/2018

Η Δηλούσα

(Υπογραφή)

ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 4^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ

Θεσσαλονίκη, 20/2/2019

Αρ. Πρωτ. 7982

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ : ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Προς :
κα Αναστασοπούλου Ελένη

Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 16
Ταχ. Κώδικας : 546 23 Θεσσαλονίκη
Πληροφορίες : Ελπίδα Παπαδοπούλου
Τηλέφωνο : 2313 327. 895
Fax : 2313 327. 845
e-mail : epapadopoulou@4ypc.gr

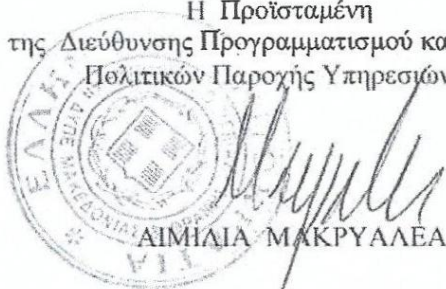
Θέμα: Αίτημα της κας Αναστασοπούλου Ελένης για χορήγηση άδειας διεξαγωγής έρευνας στα ΚΥ Μαρτίου, Καβάλας, Σερρών.

Σχετ: Το υπ' αριθμ. πρωτ. ΕΠ. ΣΥΜ. 9/28.1.2019 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (αρ. πρωτ. εισερχ. εγγράφου 6775/13.2.2019)

Μετά τη γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 4^{ης} Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης, (1^η/16.1.2019 Συνεδρίαση, θέμα 1^ο), σας ενημερώνουμε ότι εγκρίθηκε το αίτημά σας για την πραγματοποίηση έρευνας, στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής εργασίας σας με θέμα: «*Η συμβολή της συμβουλευτικής και της αγωγής υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην προετοιμασία για γονεϊκότητα*», στα Κέντρα Υγείας 25^{ης} Μαρτίου, Καβάλας και Σερρών.

Λάβετε υπόψη σας ότι πριν την έναρξη της έρευνας σας απαιτείται ρητή δήλωσή σας ότι για τη διεξαγωγή της δεν παρεμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία των Κέντρων Υγείας, θα τηρηθούν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας και θα διασφαλιστεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας υποχρεούστε να καταθέσετε έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων στην 4^η Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης.

Η Προϊσταμένη
της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης
Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας



ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

6^Η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ

ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ

Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ

ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Υπάτης 1, Πάτρα

ΑΠΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ

ΟΝΟΜΑ: **ΕΛΕΝΗ**

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΟΝΟΜΑ / ΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ :

Α.Δ.Τ.: ΑΖ 712232

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 03/03/1967

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΠΑΤΡΑ ΑΧΑΪΑΣ

Δ/ΝΣΗ —:

ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ 35,

ΚΡΗΝΗ ΠΑΤΡΑΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ/Α:

2610 225492

6947778482

FAX : 2610621189

EMAIL :

elenanastasopol@gmail.com

6 / Δεκεμβρίου /2018

Παρακαλώ να μου επιτρέψετε τη συλλογή
ερευνητικών δεδομένων

στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής μου,
για το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, με θέμα
"Η συμβολή της συμβουλευτικής και της
αγωγής υγείαςτης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
Υγείας στην προετοιμασία για γονεϊκότητα",
στους παρακάτω φορείς:

Κ.Υ. ΒΟΡΕΙΟΥ ΤΟΜΕΑ Π[ΑΤΡΩΝ

Κ.Υ. ΚΑΤΩ ΑΧΑΪΑΣ

Κ.Υ. ΑΙΓΙΟΥ,

καθώς και την έγκριση του επιστημονικού
συμβουλίου.

Παρακαλώ για την όσο το δυνατό
συντομότερη απάντησή σας, καθώς υπάρχει
χρονικός περιορισμός στην ανάλυση των
ερευνητικών δεδομένων και παράδοσης της
μεταπτυχιακής διατριβής.

συν:

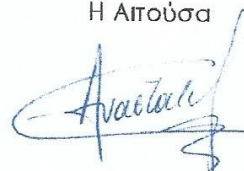
1: Υπεύθυνη δήλωση

2: Βεβαίωση φοίτησης

3: Δομή διατριβής

4: Ερωτηματολόγιο

Η Αιτούσα



ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	6 ^η ΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ						
Ο - Η Όνομα:	ΕΛΕΝΗ	Επώνυμο:	ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ				
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:	ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ						
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:	ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ						
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :	03 / 03 / 1967						
Τόπος Γέννησης:	ΠΑΤΡΑ ΑΧΑΪΑΣ						
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:	ΑΖ 712232		Τηλ:	2610225492 / 6947778482			
Τόπος Κατοικίας:	ΚΡΗΝΗ ΠΑΤΡΑΣ	Οδός:	ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	Αριθ:	35	ΤΚ:	26500
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):	2610 621189		Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	elenanastasopo@gmail.com			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: για τη συλλογή στοιχείων στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής μου, δε θα έχω οικονομικές απολαβές, καθώς και ότι, θα τηρηθούν οι αρχές των διατάξεων του 24/2018 «περί προστασίας προσωπικών δεδομένων»

(4)

Ημερομηνία: 6/12/2018

Η Δηλούσα

(Υπογραφή)

ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΗΠΕΙΡΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Π.Φ.Υ.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΗΣ 2^{ης} /07-02-2019 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ Π.Φ.Υ.

Πάτρα, σήμερα 07-02-2019, ημέρα Πέμπτη και ώρα 11.00 π.μ. στην έδρα της Διοίκησης της 6^{ης} ΥΠΕ, στην αίθουσα συνεδριάσεων (3^{ος} όροφος), συνεδρίασε το Επιστημονικό Συμβούλιο Π.Φ.Υ., που συστήθηκε με την υπ' αριθ. 8348/31-10-2017 απόφαση του Διοικητή της 6^{ης} ΥΠΕ, κατόπιν της υπ' αριθ. 02/01-02-2019 πρόσκλησης του Προέδρου του Συμβουλίου προς τα τακτικά μέλη του.

Στη συνεδρίαση παρέστησαν τα παρακάτω μέλη :

1. Δημήτριος Κωστακιώτης, Πρόεδρος
2. Νικόλαος Λεώδης, Τακτικό Μέλος
3. Όλγα Περδικάκη, Τακτικό Μέλος
4. Θεοδώρα Παππά, Τακτικό Μέλος

Το τακτικό μέλος κ. Νάστας Παύλος και το αναπληρωματικό μέλος κα Περδικάκη Πηγή απουσίαζαν λόγω κωλύματος.

Γραμματέας του Συμβουλίου παρέστη η κα Λαχανιώτη Λαμπρινή, κλάδου ΤΕ Επισκεπτριών Υγείας, βαθμός Β, υπάλληλος της Διοίκησης 6^{ης} Υ.Π.Ε.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία ο Πρόεδρος και τα μέλη του Συμβουλίου προχώρησαν στη συζήτηση της υπ' αριθμ. 02/07-02-2019 πρόσκλησης.

Στην αίθουσα συνεδριάσεων κλήθηκε να παρευρεθεί ο Προϊστάμενος του τμήματος Εκπαίδευσης της 6^{ης} Υ.Πε κ. Αντωνιάδης Δημοσθένης, ο οποίος ενημέρωσε τα μέλη του συμβουλίου για τα ακόλουθα θέματα 3 και 4.

ΘΕΜΑ 3^ο: Σχετικά με άδειες συλλογής ερευνητικών δεδομένων σε δομές Π.Φ.Υ.

Ο κ. Αντωνιάδης ενημέρωσε τα μέλη του συμβουλίου ότι η έγκριση για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων, δινόταν από το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ) και με το υπ. αριθμ.

Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/09.11.2010 έγγραφο του Ε.Κ.ΕΠ.Υ, η διαδικασία αλλάζει και απαιτείται έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και από τη Διοίκηση της αρμόδιας Υγειονομικής Περιφέρειας. Αναφορικά με τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο διπλωματικών εργασιών και διατριβών σε Δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προαπαιτείται γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου Π.Φ.Υ.

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εστίασαν και τόνισαν ιδιαίτερα, τη σημαντικότητα της διαφύλαξης των προσωπικών δεδομένων, κατά την αξιοποίηση και επεξεργασία δεδομένων, που αφορούν σε ασθενείς καθώς και σε πρόσβαση στο φάκελο των ασθενών, να πραγματοποιείται με σύννομο τρόπο και σύμφωνα με τις κοινοτικές οδηγίες.

Ο κ. Αντωνιάδης ενημέρωσε ότι προαπαιτείται έγγραφη συναίνεση και συγκατάθεση των ασθενών ως προς τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

Ο πρόεδρος ενημέρωσε ότι μέχρι σήμερα έχουν δοθεί εγκρίσεις από την Διοίκηση της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας σε αιτήματα για άδεια συλλογής ερευνητικών δεδομένων σε Δομές Π.Φ.Υ.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο Π.Φ.Υ, μετά από διαλογική συζήτηση και λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική νομοθεσία,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΓΝΩΜΟΔΟΤΕΙ

Τη σύμφωνη γνώμη επί των αιτημάτων, που έχουν κατατεθεί για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων σε Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με την τήρηση των κοινοτικών οδηγιών καθώς και της κείμενης νομοθεσίας περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

ΘΕΜΑ 4^ο : Ενημέρωση επί της υπ. αριθμ. Υ7β/Γ.Π.69740/13/17-10-2014 Υπουργικής Απόφασης με θέμα: Τροποποίηση της αριθμ. Υ7β/οικ.4756/2001 υπουργικής απόφασης «Προϋποθέσεις, χορήγησης άδειας άσκησης επαγγέλματος βοηθών νοσηλευτών», ΦΕΚ. 2962/τβ'/04.11.2014.

Ο κ. Αντωνιάδης ενημέρωσε ότι σύμφωνα με την υπ. αριθμ. Υ7β/Γ.Π.69740/13/17-10-2014 Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ.2962/τβ'/04.11.2014 καθορίζονται οι προϋποθέσεις για τη χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος βοηθών Νοσηλευτικής, όπου μετά το πέρας της πρακτικής άσκησης χορηγείται βεβαίωση, η οποία υπογράφεται από το Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μετά από

εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Υ.ΠΕ. που έχει λάβει υπόψη της εισήγηση του υπευθύνου για την πρακτική άσκηση.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο Π.Φ.Υ, μετά από διαλογική συζήτηση και λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική νομοθεσία,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΓΝΩΜΟΔΟΤΕΙ

για τη σύμφωνη γνώμη επί των χορηγούμενων Βεβαιώσεων, των κάτωθι Βοηθών Νοσηλευτικής, που πραγματοποίησαν την πρακτική τους άσκηση σε Δομές Π.Φ.Υ.

- Ρινιάσα Παρασκευή του Γεωργίου στο Κέντρο Υγείας Ηγουμενίτσας
- Κωσταντάκος Βασίλειος του Λυκούργου στο Κέντρο Υγείας Γυθείου
- Παλαιοπάνου Αμαλία στο Κέντρο Υγείας Κόνιτσας
- Βακάλη Θεοδώρα του Βασιλείου στο Κέντρο Υγείας Γαστούνης
- Τοτάι Τότο στο Κέντρο Υγείας Λευκίμμης
- Αγγελακοπούλου Αικατερίνη του Πέτρου στο Κέντρο Υγείας Νοτίου Τομέα

Ο κ. Αντωνιάδης αποχώρησε από την αίθουσα.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΩΣΤΑΚΙΩΤΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΛΕΩΔΗΣ

ΟΛΓΑ ΠΕΡΔΙΚΑΚΗ

ΘΕΟΔΩΡΑ ΠΑΠΠΑ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΛΑΜΠΡΙΝΗ ΛΑΧΑΝΙΩΤΗ



[3]