

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



## Διδακτορική Διατριβή

**ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΕ  
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ  
ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΠΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

ΕΛΕΝΗ ΧΑΤΖΗΓΕΩΡΓΙΟΥ

Λεμεσός 2012

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## **Διδακτορική Διατριβή**

# **ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΠΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

ΕΛΕΝΗ ΧΑΤΖΗΓΕΩΡΓΙΟΥ

Λεμεσός 2012

**ΜΕΛΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ**

**ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ ΚΟΥΤΑ, ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
(ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)**

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**

**ΕΥΡΙΔΙΚΗ ΠΑΠΑΣΤΑΥΡΟΥ, ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**

**IRENA PARADOPOULOS, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
MIDDLESEX UNIVERSITY, UNITED KINGDOM**

## **ΜΕΛΗ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ**

1. ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ ΚΟΥΤΑ, ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
(ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
  
2. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
(ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ)  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
  
3. IRENA PAPADOPOULOS, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
MIDDLESEX UNIVERSITY, UNITED KINGDOM
  
4. ΕΥΡΙΔΙΚΗ ΠΑΠΑΣΤΑΥΡΟΥ, ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
  
5. ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΠΑΥΛΟΥ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ



## **Πνευματικά δικαιώματα**

Copyright © Ελένη Χατζηγεωργίου 2012  
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όσους βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν στην εκπόνηση αυτής της διδακτορικής διατριβής. Ιδιαίτερα θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στα μέλη της τριμελούς μου επιτροπής, κα Χριστιάνα Κούτα, Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, την κα Ευρυδίκη Παπασταύρου, Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, και την κα Ιρένα Παπαδόπουλος Καθηγήτρια στο Middlesex University. Θερμό ευχαριστώ απευθύνω στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα Χριστιάνα Κούτα για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, τη συνεχή στήριξη, τη καθοδήγηση και τη βοήθεια κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Ευχαριστώ θερμά την κα Ευρυδίκη Παπασταύρου και την κα Ιρένα Παπαδόπουλος για τα πολύτιμα σχόλια, την αμέριστη υποστήριξη και επιστημονική καθοδήγηση στην εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ θερμά την κα Lena Martensson, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μαιευτικής στο Skonde University για την επιστημονική της καθοδήγηση στα δρώμενα της Μαιευτικής επιστήμης. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τις καθηγήτριες Μαιευτικής, Toni Barber, Jane Rogers, Sarah Marsh και Soo Downe για την ευγενή παραχώρηση των ερωτηματολογίων τους

Ευχαριστώ τη Διεύθυνση των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών για την παραχώρηση άδειας προκειμένου να διεκπεραιώσω την έρευνα μου στα Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού. Ένα μεγάλο ευχαριστώ απευθύνω στο προσωπικό της βιβλιοθήκης του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου στη Λευκωσία για την πολύτιμη βοήθεια τους.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω ιδιαίτερα στο σύζυγο μου και στο γιο μου για την κατανόηση, την υπομονή, την αγάπη τους, την ενθάρρυνσή τους στις δύσκολες στιγμές, την αμέριστη υποστήριξή τους, που ήταν για μένα κινητήρια δύναμη για την διεκπεραίωση αυτής της μελέτης. Η ψυχική υποστήριξη, η έμπρακτη βοήθεια της οικογένειας και των φίλων μου κατά τη διάρκεια των σπουδών μου υπήρξε ανεκτίμητη.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ και ευγνωμοσύνη οφείλω σε όλες τις μητέρες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη και μοιράστηκαν μαζί μου, τις απόψεις τους και το πολύτιμο τους χρόνο.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**Εισαγωγή:** Ο τοκετός είναι ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα στη ζωή της γυναίκας και η εμπειρία του σχετίζεται άμεσα με την υγεία της γυναίκας και του νεογνού. Ο τόπος τοκετού αναφέρεται ως καθοριστικός παράγοντας, για να βιώσει η γυναίκα τη γέννηση του παιδιού της ως θετική εμπειρία. Η θετική εμπειρία τοκετού ενδυναμώνει τη γυναίκα και ενισχύει το δεσμό της με το νεογέννητο και την οικογένεια της. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αναγνωρίζοντας τα σημαντικά οφέλη από την ενίσχυση αυτού του δεσμού και στοχεύοντας στη βελτίωση της φροντίδας μητρότητας είχε συστήσει σε όλα τα κράτη να δημιουργήσουν μηχανισμούς για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων της γυναίκας στο τοκετό και ιδιαίτερα το δικαίωμα επιλογής τόπου τοκετού. Στη Κύπρο, δεν έχουν εντοπιστεί ερευνητικά δεδομένα για την παρεχόμενη



φροντίδα μητρότητας γενικά και το δικαίωμα επιλογής τόπου τοκετού ειδικά. Η διερεύνηση των απόψεων των Ελληνοκυπρίων γυναικών για το δικαίωμα της επιλογής τόπου τοκετού, έχει ουσιαστική σημασία - κοινωνική και πολιτική. Η δημιουργία ερευνητικών δεδομένων θα ενισχύσει το σύστημα υγείας της χώρας στη διαμόρφωση σωστής πολιτικής φροντίδας μητρότητας.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων των Ελληνοκυπρίων γυναικών σχετικά με τη διασφάλιση του δικαιώματος επιλογής τόπου τοκετού.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη ήταν ποιοτική και βασίστηκε στην φαινομενολογική προσέγγιση κατά Husserl. Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη και το δείγμα αποτέλεσαν 55 γυναίκες οι οποίες είχαν γεννήσει ένα τελειόμηνο νεογνό, χωρίς παθολογικά ή χειρουργικά προβλήματα τους τελευταίους 12 μήνες στη Κύπρο. 48 γυναίκες συμμετείχαν με ημιδομημένες προσωπικές συνεντεύξεις, εκ των οποίων οι 6 συμμετείχαν και στην πρώτη ομάδα εστίασης. Στη δεύτερη ομάδα εστίασης συμμετείχαν 7 γυναίκες. Η ανάλυση δεδομένων για τις συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη μέθοδο του Collaizi και για τις ομάδες εστίασης με ανάλυση περιεχομένου.

**Αποτελέσματα:** Οι απόψεις των γυναικών κατηγοριοποιήθηκαν σε πέντε πυρηνικά θέματα: 1. Ενημερωμένη επιλογή τόπου τοκετού 2. Κουλτούρα τοκετού, 3. Σχέση γυναίκας με επαγγελματίες υγείας, 4. Ασφάλεια μητέρας και νεογνού, 5. Πολιτική φροντίδας μητρότητας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες επηρεασμού των γυναικών για επιλογή τόπου τοκετού ήταν η: α) πληροφόρηση, β) σχέση των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας και γ) πολιτική φροντίδας μητρότητας που επικρατεί στη Κύπρο. Η πληροφόρηση αν και έχει τεκμηριωθεί ως βασικός παράγοντας για επιλογή τόπου τοκετού, οι γυναίκες της Κύπρου δεν έχουν πρόσβαση σε αντικειμενική, τεκμηριωμένη πληροφόρηση. Η σχέση της γυναίκας με τους επαγγελματίες υγείας έχει εντοπιστεί ως ουσιαστικός παράγοντας στην επιλογή της για τόπο τοκετού. Οι περισσότερες γυναίκες είχαν αναφερθεί στο ρόλο των μαιευτήρων και πολύ λίγες γνώριζαν για τις μαιές. Οι μαιές στην Κύπρο δεν έχουν την δυνατότητα να παρέχουν επιλογή για τόπο τοκετού και αυτό το φαινόμενο σχετίζεται άμεσα με την πολιτική φροντίδας μητρότητας.

**Συμπεράσματα:** Η παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας στην Κύπρο δεν είναι δίκαιη και εκσυγχρονισμένη, καθώς δεν παρέχει σωστή πληροφόρηση και προσβασιμότητα σε όλες

τις επιλογές τόπου τοκετού. Μέσα από την μελέτη καταδεικνύεται η ανάγκη για διερεύνηση των απόψεων των γυναικών με διεξαγωγή έρευνας πριν τη χάραξη πολιτικής φροντίδας μητρότητας. Η παρούσα μελέτη μπορεί να θεωρηθεί καινοτόμος για την Κύπρο, γιατί για πρώτη φορά καταγράφηκαν οι απόψεις των Ελληνοκυπρίων γυναικών, σε σχέση με τη φροντίδα μητρότητας και τη διασφάλιση του δικαιώματος επιλογής τόπου τοκετού. Αυτές οι απόψεις θα δώσουν το έναυσμα για χάραξη πολιτικής φροντίδας μητρότητας σύμφωνα με τις τεκμηριωμένες ανάγκες των γυναικών και θα συμβάλει στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας για βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας.

Η διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή τόπου τοκετού αποτελεί κοινωνική και πολιτική ανάγκη η οποία ενισχύει τα υφιστάμενα συστήματα υγείας και τους επαγγελματίες υγείας για παροχή ποιοτικότερης και ολιστικής φροντίδας μητρότητας. Η διεξαγωγή περισσότερων μελετών με θέματα που θα πραγματεύονται την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας στη Κύπρο θα αποτελούσαν ενισχυτικό παράγοντα στην προσπάθεια για βελτίωση της υγείας των γυναικών, των νεογνών και της κοινωνίας.

Λέξεις ευρητηρίου: τόπος τοκετού, ενημερωμένη επιλογή, τοκετός στο νοσοκομείο, τοκετός στο σπίτι, κέντρο τοκετού, μαιευτικό μοντέλο, ιατρικοποίηση.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Childbirth is one of the most important events in women's life and its experience has direct impact on women's and newborns' health. Birthplace is considered a determining factor for women's positive experience of birth. Positive childbirth experience empowers women and strengthens the bond between her, her newborn and her family. The World Health Organization, in recognition of the important benefits of strengthening this bond and aiming at improving maternity care, recommended creating mechanisms for ensuring the childbirth rights, particularly the right to choose place of birth. In Cyprus, no research has been found for maternity care provision, in general and choice of birth place, in particular. Exploring Cypriot women's experiences towards their right for birth place choices is essential, both socially and politically. The implementation of further research will strengthen more the national health care policy in the reformation of maternity care.

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate Greekcypriot's women perceptions towards their right for birth place choices.

**Material and Methods:** This study is qualitative and is based on Husserl's phenomenological approach. The sampling was purposive and consisted of 55 women who had delivered a full term neonate, without pathological or surgical problems in the past 12 months in Cyprus. 48 women took place with semi-structured interviews and 6 of them took place in first focus groups. The second group consisted of 7 women. The data analysis for the interviews was conducted according to Collaizi's method and for the focus group with content analysis.

**Results:** Women's perceptions were categorized into five themes: 1. Informed choice for birth place 2. Birth culture, 3. Women's relationship with health professionals, 4. Safety of mother and newborn, 5. Maternity care policy. The most important factors influencing women's choice of birth place were: a) information, b) relationship of women with health

professionals, c) maternity care policy in Cyprus. Although, the information has been documented as a key factor in choosing birth place, Cypriot women do not have access to objective and accurate information. The relationship of women with health professionals has been identified as a key factor in choosing birth place. Most women have reported the role of obstetricians and very few knew about midwives. Midwives in Cyprus can not offer birth place choices and this is related with the maternity care policy.

**Conclusions:** The maternity care provided in Cyprus is not fair and streamlined, as it does not provide correct information and accessibility to all birth place choices. The study demonstrated the need to explore women’s views before formulating policy for maternity care. This study may be considered innovative for Cyprus, because for the first time Greekcypriot women had the opportunity to express their views in relation to maternity care. These views will be helpful for the creation of an innovative evidenced based maternity care policy, taking in account women’s needs and will be helpful to raise awareness among health professionals for maternity care improvement. Conclusively, ensuring the right for birth place choices is a social and political necessity which enhances the existing health systems and health professionals to provide quality and holistic maternity care. Conducting more studies on maternity care in Cyprus will reinforce the aim for improving the health of the women, neonates and society.

Keywords: birth place, informed choice, hospital birth, home birth, birth center, obstetric model, midwifery model, medicalization.

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....</b>	<b>VI</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>X</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....</b>	<b>XVII</b>
<b>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....</b>	<b>XVIII</b>

<b>1</b>	<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>1</b>
1.1	Προσδιορισμός του φαινομένου .....	1
1.2	Σκοπός.....	5
1.3	Ερευνητικά ερωτήματα .....	5
1.4	Δομή μελέτης .....	5
	<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>ΟΡΙΣΜΟΙ.....</b>	<b>7</b>
2.1	Δικαίωμα.....	7
2.2	Επιλογή .....	9
2.3	Επιλογές για τόπο τοκετού.....	12
2.3.1	Τοκετός στο νοσοκομείο .....	13
2.3.2	Τοκετός στο σπίτι .....	16
2.3.3	Το κέντρο τοκετού.....	21
2.4	Άποψη του ατόμου .....	22
2.5	Κουλτούρα της κοινωνίας.....	23
<b>3</b>	<b>ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ .....</b>	<b>26</b>
3.1	Εισαγωγή .....	26
3.2	Η φροντίδα της μητρότητας κατά την αρχαιότητα και τους νεότερους χρόνους .....	26
3.3	Εκπαίδευση των Μαιών και των Μαιευτήρων.....	31
3.4	Κυπριακή Ιστορική αναδρομή της Φροντίδας Μητρότητας. ....	33
3.4.1	Το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου.....	35
3.4.2	Η εκπαίδευση των Μαιών στη Κύπρο.....	38
3.5	Νομοθετικό πλαίσιο για το επάγγελμα μαιών και μαιευτήρων. ....	40
<b>4</b>	<b>ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΠΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ .....</b>	<b>45</b>
4.1	Εισαγωγή .....	45
4.2	Τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας και το δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού. ....	45
4.3	Θεωρία της «Επικρατείας της Γέννησης».....	46
4.3.1	Η ενοποιητική δύναμη και η ενδυνάμωση της γυναίκας στη Περιγεννητική Φροντίδα. ....	50

4.4	Μαιευτικό μοντέλο και Φεμινισμός.....	56
4.5	Το ιατρικό μοντέλο, η θεωρία του Φουκώ και του πατερναλισμού.....	58
<b>5</b>	<b>ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....</b>	<b>64</b>
5.1	Εισαγωγή .....	64
5.2	Σκοπός.....	65
5.3	Υλικό-Μέθοδος.....	65
5.3.1	Διαδικασία επιλογής μελετών.....	67
5.3.2	Ποιοτική αξιολόγηση των μελετών.....	68
5.4	Αποτελέσματα συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης.....	80
5.4.1	Μεθοδολογικές προσεγγίσεις μελετών.....	83
5.4.2	Σύνθεση αποτελεσμάτων των μελετών.....	85
5.5	Συζήτηση / Συμπεράσματα Συστηματικής Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης .....	104
	<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>105</b>
<b>6</b>	<b>ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ .....</b>	<b>106</b>
6.1	Εισαγωγή .....	106
6.2	Σκοπός.....	108
6.3	Στόχοι.....	108
6.4	Ερευνητικά Ερωτήματα .....	109
6.5	Τόπος διεξαγωγής της μελέτης.....	109
6.6	Ηθικά Θέματα .....	110
6.7	Σχεδιασμός μελέτης.....	111
6.7.1	Βασικότερα είδη και σημαντικότερες σχολές της φαινομενολογίας.....	112
6.7.2	Ιστορική αναδρομή της φαινομενολογίας.....	113
6.7.3	Διαισθητική, ουσιαστική και υπερβατική φαινομενολογία του Husserl.....	114
6.7.4	Αιτιολόγηση της χρησιμοποίησης της φαινομενολογικής προσέγγισης κατά Husserl.....	115
6.7.5	Παρενθετική σύμφωνα με τη φαινομενολογική προσέγγιση του Husserl.....	117
6.7.6	Επίτευξη παρενθετικής.....	118
6.8	Δειγματοληψία και Δείγμα μελέτης.....	122
6.9	Συλλογή δεδομένων.....	124
6.10	Συλλογή δεδομένων με ημιδομημένες συνεντεύξεις.....	127
6.10.1	Προετοιμασία, σχεδιασμός της ατομικής συνέντευξης .....	128
6.10.2	Διαδικασία των ατομικών συνεντεύξεων.....	130
6.11	Συλλογή δεδομένων με Ομάδες εστίασης.....	133

6.11.1	Προετοιμασία και σχεδιασμός διεξαγωγής των ομάδων εστιασμένης συζήτησης .....	137
6.11.2	Βασικά στοιχεία για την ανάλυση των δεδομένων από ομάδες εστίασης. ....	138
<b>6.12</b>	<b>Αξιολόγηση της ποιότητας των δεδομένων και των ευρημάτων από ατομικές συνεντεύξεις.</b>	<b>140</b>
<b>6.13</b>	<b>Αξιολόγηση της ποιότητας των δεδομένων και των ευρημάτων από ομάδες εστίασης. ....</b>	<b>143</b>
<b>6.14</b>	<b>Η επίδραση του ερευνητή/ερευνήτριας. Απόψεις περί του φαινομένου από την ερευνήτρια πριν την έναρξη της μελέτης.....</b>	<b>144</b>
<b>6.15</b>	<b>Ανάλυση δεδομένων .....</b>	<b>146</b>
<b>7</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>152</b>
<b>7.1</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ .....</b>	<b>152</b>
7.1.1	Δημογραφικά στοιχεία .....	152
7.1.2	Θέμα 1: Ενημερωμένη επιλογή τόπου τοκετού .....	154
7.1.3	Θέμα 2 : Κουλτούρα τοκετού .....	158
7.1.4	Θέμα 3: Σχέση με επαγγελματίες υγείας .....	161
7.1.5	Θέμα 4: Η ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού.....	166
7.1.6	Θέμα 5: Πολιτική φροντίδας μητρότητας.....	168
<b>7.2</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΟΜΑΔΑ ΕΣΤΙΑΣΗΣ 1 .....</b>	<b>178</b>
<b>7.3</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΟΜΑΔΑ ΕΣΤΙΑΣΗΣ 2 .....</b>	<b>179</b>
<b>8</b>	<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....</b>	<b>182</b>
<b>8.1</b>	<b>Εισαγωγή .....</b>	<b>182</b>
<b>8.2</b>	<b>Ενημερωμένη επιλογή τόπου τοκετού .....</b>	<b>182</b>
<b>8.3</b>	<b>Παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τόπο τοκετού της .....</b>	<b>185</b>
<b>8.4</b>	<b>Η πολιτική φροντίδας μητρότητας.....</b>	<b>196</b>
<b>8.5</b>	<b>Η διασφάλιση του δικαιώματος της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού.....</b>	<b>199</b>
<b>9</b>	<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....</b>	<b>200</b>
<b>10</b>	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>202</b>
<b>11</b>	<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ .....</b>	<b>211</b>
<b>12</b>	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>219</b>
<b>13</b>	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....</b>	<b>247</b>
<b>13.1</b>	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Άδεια διεξαγωγής της μελέτης.....</b>	<b>247</b>

<b>13.2</b>	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 : Έντυπο Συγκατάθεσης .....</b>	<b>248</b>
<b>13.3</b>	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Ερευνητικά εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί .....</b>	<b>249</b>
13.3.1	Ερωτηματολόγιο της So Downe .....	249
13.3.2	Ερωτηματολόγιο των Barber et al, (2006).....	256
13.3.3	Μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο.....	271
13.3.4	Οδηγός ημιδομημένης συνέντευξης .....	279

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

Πίνακας 1: Κατά κεφαλή ΑΕΠ της Κύπρου.....	36
--	----



Πίνακας 2: Κριτήρια αξιολόγησης ποιότητας των μελετών (Public Health checklist, Heller et al, 2008) .....	69
Πίνακας 3: Συνοπτική παρουσίαση των μελετών με κριτήρια ποιότητας αξιολόγησης.	72
Πίνακας 4:Πυρηνικά θέματα και Υποθέματα Συστηματικής Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης.....	85
Πίνακας 5:Αριθμός επισκέψεων βρεφών κάτω του έτους στα Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού 2007 .....	110
Πίνακας 6:Χρήσιμα χαρακτηριστικά ερευνητή/τριας προς επίτευξη της παρενθετικής.....	134
Πίνακας 7: Διαδικασία δημιουργίας θεμάτων .....	149
Πίνακας 8 : Δημιουργία Θεμάτων .....	150
Πίνακας 9: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις .....	153
Πίνακας 10 : Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά των γυναικών από την ομάδα	179

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

Σχεδιάγραμμα 1: Σχηματική απεικόνιση του Θεωρητικού πλαισίου (Fahy and Parrat 2006) .....	46
Σχεδιάγραμμα 2: Σχεδιάγραμμα ροής εντοπισμού των ερευνητικών μελετών.....	67
Σχεδιάγραμμα 3: Σχεδιάγραμμα περιγραφής ανάλυσης δεδομένων.....	170
Σχεδιάγραμμα 4: Δικαίωμα επιλογής τόπου τοκετού. Εννοιολογικό πλαίσιο.....	227

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

ΔΣΜ	Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΑΣΥΝΜ	Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών
ΚΠΜΠ	Κέντρο Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού.
ΠΙΣ	Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΜΑ	Ευρωπαϊκός Σύνδεσμος Μαιών
ΣΥ	Σύστημα Υγείας
Υ Υ	Υπουργείο Υγείας
DOH	Department of Health
NICE	Εθνικό Βρετανικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας
RCM	Βασιλικό Κολέγιο Μαιών

# 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1.1 Προσδιορισμός του φαινομένου

Ο τοκετός είναι ένα σημαντικό βιολογικό και συναισθηματικό γεγονός της ανθρώπινης ύπαρξης (Odent, 2006, Janseen et al, 2006). Η εμπειρία της κάθε γυναίκας από τον τοκετό της έχει μεγάλη σημασία, διότι σημαδεύει για πάντα την προσωπική της ζωή, του παιδιού της και της οικογένειάς της (WHO, 2005, Bryanton, 2008, Lundreng, 2010). Ο τόπος τοκετού έχει τεκμηριωθεί, ως καθοριστικός παράγοντας για να βιώσει η γυναίκα τη γέννηση του παιδιού της ως θετική εμπειρία (Odent, 2006). Αντίθετα η ιατροποίηση έχει τεκμηριωθεί ότι επηρεάζει αρνητικά την εμπειρία της γυναίκας από τον τοκετό της διότι με την αλόγιστη χρήση της τεχνολογίας και των ιατρικών παρεμβάσεων έχει μετατρέψει ένα φυσιολογικό γεγονός της ανθρώπινης ζωής σε ασθένεια (Kitzinger, 2005). Το φαινόμενο αυτό έχει κατηγορηθεί ως γενεσιουργός αιτία πολλών οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών προβλημάτων (Galloti, 2001, Benoit et al, 2005, Cheyney, 2008). Επιπρόσθετα, η ιατροποίηση του τοκετού συνοδεύεται από αυξημένους επεμβατικούς τοκετούς και αυξημένα ποσοστά μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας (Johanson et al, 2002, Betran et al, 2007). Τα αυξημένα ποσοστά μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας έχουν δημιουργήσει στις ανεπτυγμένες χώρες μεγάλα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα λόγω αυξημένου κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Van Tallinger et al, 2003).

Ως εκ τούτου, ο ΠΟΥ (1985) αξιολογώντας τα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί από την ανεξέλεγκτη ιατροποίηση είχε προβεί σε ειδικές συστάσεις προς τα κράτη μέλη του, με στόχο τη βελτίωση της φροντίδας μητρότητας. Μια βασική σύσταση ήταν ότι πρέπει να διασφαλίζονται τα δικαιώματα της γυναίκας στο τοκετό. Ένα από αυτά τα δικαιώματα αναφέρει ότι η γυναίκα θα ήταν χρήσιμο να έχει τη δυνατότητα να επιλέγει τον τόπο τοκετού της. Ο ΠΟΥ σε διαχρονική αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας είχε εντοπίσει ότι το δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού, σε πολλά κράτη δεν διασφαλίζεται. Επιπρόσθετα τα ποσοστά ιατροποίησης του τοκετού αυξάνονται και οι γυναίκες δεν είναι ευχαριστημένες από την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας (WHO, 1996). Ο ΠΟΥ στη προσπάθειά του, να

βελτιώσει τη φροντίδα μητρότητας, είχε προβεί στη δημιουργία ειδικών συστάσεων για την επιλογή τόπου τοκετού που περιγράφονται στα άρθρα A5 και A10 αντίστοιχα (WHO, 1996). Το άρθρο A5 αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να σεβαστούν την απόφαση της γυναίκας, για τον τόπο που θα ήθελε να γεννήσει το παιδί της και η απόφαση της να στηρίζεται σε επαρκή και επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση. Το άρθρο A10, συμπληρώνει το A5 και συστήνει ότι θα πρέπει να δίνονται στις γυναίκες όσες πληροφορίες και επεξηγήσεις επιθυμούν για να βιώσουν τη γέννηση του παιδιού τους ως ευχάριστη εμπειρία με ασφάλεια (WHO, 1996).

Η δημιουργία αυτών των άρθρων έγινε με βασικό στόχο την παροχή ποιοτικής, δίκαιης, αποτελεσματικής φροντίδας μητρότητας, διόρθωσης της υφιστάμενης κατάστασης και μείωσης του φαινομένου της ιατρικοποίησης. Πολλές κυβερνήσεις για διόρθωση αυτού του φαινομένου, ανταποκρινόμενες στις συστάσεις της ΠΟΥ και στοχεύοντας στη μείωση του κόστους νοσηλείας με γραπτές πολιτικές αποφάσεις προσπάθησαν να διορθώσουν την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας (DOH, 1993, 2004, 2007, Barber et al, 2006, Jommen, 2009). Ταυτόχρονα, η επιστημονική κοινότητα στη προσπάθεια της να βοηθήσει στην εφαρμογή αυτών των συστάσεων έχει διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διασφάλιστου δικαιώματος για επιλογή τόπου τοκετού (Barber et al, 2006, Cheyney, 2008, Boucher et al, 2009, Mander and Melender, 2009).

Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών είναι αντιφατικά, καταδεικνύοντας ότι η επιλογή τόπου τοκετού είναι σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία για τις γυναίκες. Συγκεκριμένα, σε χώρες όπου τα συστήματα υγείας έχουν δημιουργήσει υποστηρικτικές υποδομές για τοκετό εκτός νοσοκομείου, οι γυναίκες επιλέγουν να γεννούν τα παιδιά τους στο νοσοκομείο (Bourgeaut et al, 2004, Barber et al, 2006). Παράλληλα, σε χώρες όπου δεν υπάρχουν υποστηρικτικές υποδομές για τοκετό εκτός νοσοκομείου, οι γυναίκες συχνά αποφασίζουν να έχουν τοκετό στο σπίτι, διεκδικώντας να έχουν επιλογή τόπου τοκετού (Cheyney, 2008, Boucher et al, 2009). Αυτά τα ερευνητικά δεδομένα δημιουργούν έντονο προβληματισμό ιδιαίτερα σε μικρές χώρες όπως την Κύπρο όπου έχει τεθεί ως στόχος η αναδιαμόρφωση του συστήματος Υγείας και βελτίωση της παρεχόμενης μαιευτικής και περιγεννητικής φροντίδας (Υπουργείο Υγείας, 2009). Σε μια διεθνή οικονομική ύφεση αναμένεται να γίνονται ορθολογιστικές αλλαγές, οι οποίες

να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και να αποφεύγεται η ανεξέλεγκτη και αδικαιολόγητη οικονομική σπατάλη (Nusbaum, 2006, Lundreng, 2010).

Σε όλη την Ευρώπη, η φροντίδα υγείας είναι ένα τεράστιο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πρόβλημα διότι τα έξοδα της νοσηλείας συνεχώς αυξάνονται (Golna et al, 2004). Στοιχεία της Διεθνούς Τράπεζας, αναφέρουν ότι οι δημόσιες δαπάνες για τη φροντίδα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναμένεται να αυξηθούν από το 8% του Ακαθόριστου Εθνικού Προϊόντος το 2000 σε 14% το 2030. Το κύριο μέλημα των Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη είναι να εντοπίσουν τρόπους για να ισοσκελιστούν οι προϋπολογισμοί και να επιτευχθεί ορθολογιστική συγκράτηση των δαπανών (Τούντας, 2001, 2002). Η Κυπριακή Δημοκρατία ως χώρα μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει θέσει ως στόχο να ενισχύσει τις υποδομές υγείας και δημόσιας υγείας, να τροχοδρομήσει οργανωτική ανασυγκρότηση του συστήματος υγείας και να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε ένα οικονομικά βιώσιμο σύστημα υγείας (Ετήσια Έκθεση ΥΥ Κύπρου, 2007,2009).

Η διερεύνηση των απόψεων των Ελληνοκυπρίων γυναικών για το δικαίωμα της επιλογής τόπου τοκετού, έχει πρακτική σημασία και ίσως και πολιτικές προεκτάσεις, διότι πιθανόν να βοηθήσει το σύστημα υγείας της χώρας στη διαμόρφωση σωστής πολιτικής, σύμφωνα με τις ανάγκες των γυναικών. Η δημιουργία και η στελέχωση υποδομών, η διόρθωση και η στελέχωση των υφιστάμενων προϋποθέτει οικονομική επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία που εξετάζει την παροχή περιγεννητικής φροντίδας, τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις εμπειρίες των Ελληνίδων γυναικών, είναι σπάνια (Sapountzi et al, 2009) .

Στην Κυπριακή Δημοκρατία δεν υπάρχουν μελέτες όσον αφορά τις απόψεις των γυναικών για την περιγεννητική τους φροντίδα και συγκεκριμένα για την επιλογή του τόπου τοκετού τους. Οι επιλογές τους περιορίζονται μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού νοσοκομείου (Χατζηγεωργίου, 2009, Hadjigeorgiou et al, 2011). Μερικές γυναίκες έχουν διαμαρτυρηθεί στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για τη φροντίδα μητρότητας που παρέχεται στη Κυπριακή Δημοκρατία (Πολίτης και Φιλελεύθερος, 12/6/2008). Η Βουλή των αντιπροσώπων της Κυπριακής Δημοκρατίας είχε συζητήσει τα συγκεκριμένα παράπονα και ζήτησε από την επιτροπή υγείας της Βουλής να εξετάσει το

θέμα. Σε μια διερεύνηση είχε εντοπιστεί ότι το ποσοστό των καισαρικών τομών ανέρχεται στο δημόσιο τομέα 32%. Παράλληλα, σε μερικά ιδιωτικά νοσοκομεία 56% και σε άλλα 80%, κατατάσσοντας τη Κύπρο ως χώρα με το υψηλότερο ποσοστό καισαρικών τομών (Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2007). Αξίζει να σημειωθεί ότι η WHO (1996) συστήνει ότι δεν υπάρχει καμία δικαιολογία το ποσοστό των καισαρικών τομών να υπερβαίνει το 10 %. Η αναγκαιότητα για δημιουργία επιστημονικών δεδομένων σχετικά με τη φροντίδα μητρότητας είχε επισημανθεί από πολλούς βουλευτές της Κυπριακής Δημοκρατίας (Εκθεση της Κοινοβουλευτικής Επιτροπής Υγείας Κύπρου, 2008).

Η συμβολή της παρούσας μελέτης είναι ότι αφενός, πραγματεύεται ένα επίκαιρο πολιτικό, κοινωνικό και πολυδιάστατο θέμα και αφετέρου για πρώτη φορά παρέχεται η δυνατότητα στην Ελληνοκύπρια γυναίκα να αξιολογήσει την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας. Διεθνείς μελέτες συστήνουν τη διεξαγωγή τοπικών και διεθνών μελετών για εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη διασφάλιση του δικαιώματος της γυναίκας για επιλογή τύπου τοκετού (Emslie et al, 1999, Barber et al, 2006, Jomeen, 2006, 2007, 2009, Boucher et al, 2009). Η τοπική μελέτη χρειάζεται διότι η κάθε κοινωνία έχει τη δική της κουλτούρα και το δικό της σύστημα υγείας που επηρεάζει τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των γυναικών (Emslie et al, 1999, David, 2005, Jomeen, 2009). Παράλληλα, η διεθνής μελέτη χρειάζεται για την παραγωγή και προαγωγή επιστημονικής γνώσης μεταξύ των χωρών, η οποία θα βοηθήσει στην εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για χάραξη αποτελεσματικής πολιτικής για τη φροντίδα μητρότητας (Jomeen, 2006, Barber et al, 2006, Larkin et al, 2009). Η συγκεκριμένη μελέτη στοχεύει στη δημιουργία ερευνητικών δεδομένων συμβάλλοντας έτσι στη διαμόρφωση αποτελεσματικής πολιτικής υγείας για τη φροντίδα μητρότητας στην Κύπρο. Επιπρόσθετα, η διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή τύπου τοκετού αποτελεί κοινωνική και πολιτική ανάγκη η οποία ενισχύει τα υφιστάμενα συστήματα υγείας και τους επαγγελματίες υγείας για παροχή ποιοτικότερης και ολιστικής φροντίδας μητρότητας.

## **1.2 Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν να διερευνήσει τις απόψεις των Ελληνοκυπρίων γυναικών σε σχέση με τη διασφάλιση του δικαιώματος τους για επιλογή τύπου τοκετού.

## **1.3 Ερευνητικά ερωτήματα**

1. Ποιά ενημέρωση έχει η Ελληνοκύπρια γυναίκα για να επιλέξει τον τόπο τοκετού της;
2. Ποιοί παράγοντες επηρεάζουν την Ελληνοκύπρια γυναίκα στη λήψη απόφασης για επιλογή τόπου τοκετού;
3. Ποιές είναι οι απόψεις των γυναικών για τη φροντίδα μητρότητας που παρέχεται στο δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο.
4. Ποιές είναι οι απόψεις των γυναικών με τη χρήση υποθετικών σεναρίων για τη φροντίδα μητρότητας που παρέχεται, στα κέντρα τοκετού και στο σπίτι;
5. Ποιές είναι οι απόψεις των γυναικών για το δικαίωμα επιλογής τόπου τοκετού;

## **1.4 Δομή μελέτης**

Η παρούσα διδακτορική διατριβή αποτελείται από δύο μέρη: το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος αναλύονται βασικοί ορισμοί, περιγράφεται η διαχρονική εξέλιξη της φροντίδας μητρότητας, η ιστορική πορεία της δημιουργίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των δικαιωμάτων της γυναίκας στο τοκετό, το δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού και το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τη φροντίδα μητρότητας. Ακολούθως, περιγράφεται το εννοιολογικό και θεωρητικό υπόβαθρο και γίνεται ανάλυση της θεωρίας της «Επικράτειας της Γέννησης» με συστατικά στοιχεία την θεωρία του πατερναλισμού, του Φουκώ, του φεμινισμού και της ενδυνάμωσης σε συνδυασμό με το ιατρικό και μαιευτικό μοντέλο. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η συστηματική



ανασκόπηση της βιβλιογραφίας η οποία έχει συνθέσει τα αποτελέσματα των δημοσιευμένων μελετών οι οποίες πραγματεύονται τις απόψεις των γυναικών για τους τόπους τοκετού.

Στο ειδικό μέρος περιλαμβάνονται η φάση σχεδιασμού, η εμπειρική και αναλυτική φάση και η φάση διάχυσης. Αρχικά η μελέτη είχε προγραμματιστεί να είναι διερευνητική μελέτη συσχέτισης. Στην πιλοτική μελέτη που συμμετείχαν 42 γυναίκες είχε εντοπιστεί ότι οι γυναίκες που είχαν γεννήσει στον ιδιωτικό τομέα δεν γνώριζαν για τις μαιές με αποτέλεσμα να μην απαντούν στις ερωτήσεις που αναφέρονταν στην επιλογή τόπου τοκετού και το μαιευτικό επάγγελμα. Επιπρόσθετα, σε στατιστική αξιολόγηση το ερωτηματολόγιο παρουσίασε χαμηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η μελέτη σε μια προσπάθεια διερεύνησης του θέματος σε βάθος και με αντικειμενικότητα, ακολούθησε την ποιοτική φαινομενολογική προσέγγιση κατά Husserl. Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη και το δείγμα αποτέλεσαν 55 γυναίκες. 48 γυναίκες συμμετείχαν με ημιδομημένες προσωπικές συνεντεύξεις, από τις οποίες 6 συμμετείχαν και στην πρώτη ομάδα εστίασης. Στη δεύτερη ομάδα εστίασης συμμετείχαν 7 γυναίκες. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την μέθοδο του Colaizzi για τις συνεντεύξεις και με ανάλυση περιεχομένου για τις ομάδες εστίασης. Στη συνέχεια περιγράφεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν με αναφορά στις ομοιότητες και διαφορές της μελέτης αυτής με τη διεθνή βιβλιογραφία συνεπικουρούμενη με την ιστορική αναδρομή και το εννοιολογικό πλαίσιο. Στο τέλος αναφέρονται τα κύρια συμπεράσματα, οι περιορισμοί της μελέτης και γίνονται συγκεκριμένες προτάσεις.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **2 ΟΡΙΣΜΟΙ**

### **2.1 Δικαίωμα**

Ο ορισμός των βασικών λέξεων δίνει την ευκαιρία για βαθύτερη κατανόηση του θέματος και αναστοχασμό. Το δικαίωμα είναι μια από τις βασικότερες λέξεις της παρούσας μελέτης και έχει χρησιμοποιηθεί επί σκοπού διότι είναι μια λέξη με βαθύ νόημα και αναφέρεται ως «Έννομος τάξις» και παρέχεται στον άνθρωπο από την πολιτεία ή από τον ηθικό νόμο (Δραγώνα - Μοναχού, 1986, Λυκερίδου, 2009). Το δικαίωμα ορίζεται ως η ελευθερία του ανθρώπου, να απολαμβάνει κάτω από έννομο τάξη τα αγαθά, τα ασώματα και τα ενσώματα (Thompson, 2003, Donelley, 1993). Ο Ρουκούνας (1995) ορίζει το δικαίωμα ως την εξουσία που απονέμεται από το δίκαιο και που μπορεί να εξυπηρετήσει την ικανοποίηση ανθρωπίνων συμφερόντων. Το δικαίωμα

προϋποθέτει όχι μόνο φορέα αλλά και χορηγό, που σημαίνει ότι το δικαίωμα μπορεί να υπάρξει μόνο στο πλαίσιο της έννομης τάξης, δηλαδή του κράτους (Δάτογλου, 1991). Έτσι, το δικαίωμα προϋποθέτει κράτος, γιατί μόνο το κράτος είναι σε θέση να χορηγήσει και να κατοχυρώσει δικαιώματα (Ακινόσογλου και συν, 2007)

Τα ανθρώπινα δικαιώματα δεν είναι μόνο κατευθυντήριες αρχές, εντολές του συντάγματος προς τα όργανα που ασκούν τη νομοθετική λειτουργία, αλλά αποτελούν αγωγή και εξανάγκαστες έννομες αξιώσεις (Thompson, 2003). Ως κατευθυντήριες αρχές θέτουν, ένα φραγμό στη άσκηση της εξουσίας, ορίζουν την έκταση της εξουσίας, η οποία είναι υποχρεωμένη να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα και να μεριμνά για την εξασφάλιση ακώλυτης άσκησης των Δικαιωμάτων του Πολίτη (Δάτογλου, 1991, Γιαρένη, 2004).

Τα Δικαιώματα των ασθενών αποτελούν μέρος των δικαιωμάτων του πολίτη και περιγράφονται ότι είναι μια σύνθεση νομοθεσίας, ηθικών και δεοντολογικών κανόνων που αναμένουν ικανοποίηση από το σύστημα υγείας της κάθε χώρας (Αλεξιάδης, 2000, Γιαρένη, 2004). Σκοπός της δημιουργίας τους είναι η προστασία του πολίτη και χρήστη των υπηρεσιών υγείας από τις εκτροπές και τα προβλήματα που δημιουργούνται από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της σύγχρονης κοινωνίας και την ανεξέλεγκτη τεχνολογική και επιστημονική ανάπτυξη (ΕΕ, 2005, Thompson, 2002,2004). Τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας ανήκουν στην κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που ο κάθε άνθρωπος δικαιούται να έχει με βάση την ανθρώπινη υπόσταση του και μόνο (Αδάμη και Αδάμη, 2008). Αυτά αναλογούν σε όλους εξίσου με βάση όχι τα προσωπικά επιτεύγματα τους, αλλά την αξία τους ως ανθρώπων, ως φυσικών και κοινωνικών όντων (Ακινόσογλου και συν, 2007). Συνδέονται με την έννοια της ελευθερίας, της ανθρώπινης φύσης, της ανθρώπινης αξίας και της αξιοπρέπειας (Μεράκου και Γκαράνη, 1999).

Τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό έχουν δημιουργηθεί ως αντιστάθμισμα της ανεξέλεγκτης τεχνολογικής ανάπτυξης και των κοινωνικών αλλαγών (Γιαρένη, 2004). Η ανεξέλεγκτη τεχνολογική ανάπτυξη στο τομέα της υγείας και ιδιαίτερα στην περίοδο της περιγεννητικής φροντίδας συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα, θνησιμότητα και οικονομική επιβάρυνση (ΠΟΥ, 2005). Παράλληλα, λόγω κοινωνικών αλλαγών οι πολίτες και ειδικά οι γυναίκες έχουν αποκτήσει περισσότερη μόρφωση,

αυτονομία και δύναμη με αποτέλεσμα να διεκδικούν σεβασμό των δικαιωμάτων τους (Thompson, 2004, Shaw, 2006).

Στην Ευρώπη για διασφάλιση αυτών των δικαιωμάτων έχει δημιουργηθεί από πολίτες και οργανωμένα σύνολα η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών (ΕΕ, 2007). Η Χάρτα ορίζει τα 14 δικαιώματα των ασθενών, που όλα μαζί στοχεύουν στην εξασφάλιση «υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας των ανθρώπων» (Άρθρο 35 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης). Η Χάρτα αν και συστήνει στα διάφορα Ευρωπαϊκά εθνικά συστήματα υγείας να εξασφαλίσουν υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας, δεν έχει εντοπιστεί να υπάρχει ειδική αναφορά σε δικαιώματα της γυναίκας στο τοκετό (ΕΕ, 2007).

Αντίθετα, στις Ηνωμένες Πολιτείες τα περισσότερα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό είναι θεσμοθετημένα και βρίσκονται αναρτημένα στο διαδίκτυο σε ειδική ιστοσελίδα [www.childbirthconnection](http://www.childbirthconnection). Το τρίτο δικαίωμα συστήνει ότι η γυναίκα αναμένεται να έχει ελεύθερη επιλογή του τόπου τοκετού της. Το τέταρτο δικαίωμα τονίζει ότι η γυναίκα αναμένεται να έχει κατάλληλη συνδρομή, με γνώμονα την ψυχοσωματική κατάσταση τη δική της και του εμβρύου. Παράλληλα αναφέρει ότι πρέπει να δημιουργούνται κατάλληλες συνθήκες για τη γυναίκα που επιλέγει να γεννήσει στο σπίτι της ([www.childbirthconnection](http://www.childbirthconnection)).

Στην Κύπρο, η Βουλή των Αντιπροσώπων ανταποκρινόμενη στις συστάσεις της ΕΕ και των πολιτών ψήφισε τον Νόμο «Περί Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών νόμο του 2004» ο οποίος πηγάζει από την Ευρωπαϊκή νομοθεσία (Κυπριακή Δημοκρατία, 2004). Η επιλογή αναφέρεται ως πολύ σημαντική παράμετρος σε όλα τα κείμενα που αναφέρονται σε δικαιώματα.

## **2.2 Επιλογή**

Η χρήση της λέξης «επιλογή» στην παρούσα μελέτη, ήταν εύστοχη διότι η διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή προϋποθέτει δράση από το άτομο (Jomeen, 2009). Το άτομο στην προσπάθειά του να επιλέξει επηρεάζεται από τον τρόπο ζωής του, την κουλτούρα του, το θρήσκευμα του και την κοινωνική του θέση (Cheng, 2008). Η

λέξη επιλογή αποτελείται από τη νοητική επεξεργασία με την οποία το άτομο κρίνει αυτά που του προσφέρονται και επιλέγει ένα από αυτά (Jomeen, 2007a, 2007 b). Η επιλογή περιγράφεται από πολλά άτομα ως βασική συνιστώσα για την ευτυχία τους και στην περιγεννητική φροντίδα ως βασικός πυλώνας για παροχή ποιοτικής φροντίδας μητρότητας, εστιασμένη στις ανάγκες των γυναικών (Kirkham, 2004). Σύμφωνα με τους Carolan and Hodnett (2007) η επιλογή στην περιγεννητική περίοδο σχετίζεται άμεσα με την ενημέρωση, τη λήψη απόφασης από τη γυναίκα για το μοντέλο φροντίδας που επιθυμεί.

Η ενημέρωση έχει βαρύνουσα σημασία για ενημερωμένη επιλογή σε όλους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Καρδιόλης, 2001, Αδάμη και Αδάμη, 2008). Η ενημερωμένη επιλογή ορίζεται ως η διαδικασία κατά την οποία το άτομο αφού ενημερωθεί με αντικειμενικότητα για τους κινδύνους, τα ευεργετήματα, και τα πιθανά αποτελέσματα κάθε διαθέσιμης επιλογής, αποφασίζει για αυτό που πιστεύει ότι είναι το καλύτερο για το άτομο του (Lothian, 2009). Η σωστή και τεκμηριωμένη πληροφόρηση χρειάζεται κατά την περιγεννητική φροντίδα διότι θα βοηθήσει την γυναίκα να επιλέξει τον τόπο τοκετού που επιθυμεί (Κατσίκη, 2006). Η σωστή επιλογή θα της δώσει την ευκαιρία να βιώσει τη γέννηση του παιδιού της ως ευχάριστη εμπειρία (Jomeen and Martin, 2008).

Η λήψη απόφασης και η επίτευξη επιλογής επηρεάζονται από το είδος της πληροφόρησης που δέχεται το άτομο (Campell and Macfarlane, 1991, 1994). Σχετικά με τη φροντίδα μητρότητας μελέτες καταδεικνύουν ότι πολλές γυναίκες έχοντας υπόψη πολύ περιορισμένες ή τεχνητά περιορισμένες πληροφορίες για τον τόπο τοκετού τους, είχαν οδηγηθεί σε λανθασμένη επιλογή (Jomeen, 2006, 2009). Αυτό το εύρημα καταγράφεται στη μελέτη των Barber et al (2006) όπου οι γυναίκες με τις δηλώσεις τους καταδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν τις ενημέρωναν για όλες τις επιλογές τόπου τοκετού και δεν γνώριζαν ότι είχαν τη δυνατότητα για τοκετό εκτός νοσοκομείου. Η Lothian (2009) τονίζει ότι η γυναίκα για να επιλέξει σωστά χρειάζεται αντικειμενική και πλήρη πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας. Περαιτέρω, είχε διατυπώσει την άποψη ότι αν οι γυναίκες αντιληφθούν ότι οι επαγγελματίες υγείας τις έχουν παραπληροφορήσει αισθάνονται δυσφορία με την επιλογή τους και ψυχολογική ένταση (Gibbins and Thomson, 2001). Η ψυχολογική ένταση μπορεί να συμβεί ιδιαίτερα αν η

επιλογή, ήταν αποτέλεσμα υποκειμενικής και μεροληπτικής ενημέρωσης. Σε αυτή την περίπτωση το άτομο ανησυχεί διότι δεν γνωρίζει και δεν μπορεί να προβεί σε κρίσεις για την ποιότητα των χαρακτηριστικών της κάθε επιλογής (Jomeen, 2009). Το άτομο για να έχει σωστή κρίση απαραίτητος παράγοντας είναι η πλήρης και ορθολογιστική ενημέρωση (Carolan and Hodnett, 2007). Στο ίδιο πλαίσιο αν σε ένα άτομο δοθούν πληροφορίες για πολλές επιλογές που στην πραγματικότητα δεν υφίστανται, το άτομο θα αισθανθεί ότι το έχουν κοροϊδέψει και θα αντιδράσει έντονα (Σιδερά και Χέμπτον, 2007).

Η ενημέρωση λοιπόν, είναι χρήσιμο να γίνεται προσεκτικά σύμφωνα με τις προσωπικές ανάγκες του κάθε ατόμου, τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα και με επάρκεια (Δίκαιος και Χλέτσος, 1999). Αυτές οι προϋποθέσεις είναι απαραίτητες για να έχει το άτομο την δυνατότητα να λαμβάνει σωστή απόφαση (Barber et al, 2006). Η επιλογή επηρεάζεται άμεσα από την ενημέρωση, συνυπάρχει με την απόφαση, και αυτές οι έννοιες είναι βασικές συνιστώσες της αυτονομίας του ατόμου (Edwards, 2005, 2008).

Η αυτονομία της γυναίκας στην περιγεννητική φροντίδα σημαίνει η γυναίκα να έχει την ευκαιρία μετά από σωστή ενημέρωση να αποκτήσει έλεγχο στη φροντίδα της, και να επιλέγει το περιβάλλον που επιθυμεί να γεννήσει τα παιδιά της (Green and Baston, 2003). Η έννοια της αυτονομίας αντιτίθεται σε αυτές της εξάρτησης που δημιουργούνται από την ανεξέλεγκτη ιατρικοποίηση (Wagner, 2000, Kitzinger, 1994,2005). Οι γυναίκες για να έχουν αυτονομία αναμένεται να έχουν στήριξη από το σύστημα υγείας της χώρας τους διότι είναι ο αρμόδιος φορέας για να δημιουργήσει τις ανάλογες υποδομές και να βελτιώσει τις υφιστάμενες (Αμπάτζογλου and Μανώπουλος, 1998). Η δημιουργία των υποδομών δεν είναι χρήσιμη αν οι επαγγελματίες υγείας δεν τις στηρίζουν και δεν παρέχουν στη γυναίκα την ανάλογη ενημέρωση για επίτευξη ενημερωμένης επιλογής (Kirkham and Stapleton, 2000). Οι μαίες είναι οι επαγγελματίες υγείας που έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν στις γυναίκες επιλογή για τοκετό εκτός νοσοκομείου και η ευθύνη τους για παροχή επιλογής τόπου τοκετού είναι μεγάλη (Lundreng, 2010)

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το ζήτημα της επιλογής τόπου τοκετού, είχε απασχολήσει την πολιτική ζωή της χώρας και αυτό αποδεικνύεται από πολλά κυβερνητικά έγγραφα και πολιτικές αποφάσεις που περιγράφουν ότι όλες οι γυναίκες θα

πρέπει να έχουν την ευκαιρία επιλογής τόπου τοκετού, ανάλογα με τις προσωπικές τους ανάγκες (Changing Childbirth, 1993, DOH, 2004, DOH, 2007). Ωστόσο, οι Hundley and Ryan (2004) διατείνονται ότι σε μερικές περιπτώσεις η αξιολόγηση των προτιμήσεων των καταναλωτών μπορεί απλώς να εξυπηρετεί την προώθηση του status quo, δεδομένου ότι οι καταναλωτές μπορεί να είναι επιφυλακτικοί σχετικά με τις προτεινόμενες αλλαγές των υπηρεσιών υγείας, προτιμώντας την υπηρεσία με την οποία είναι εξοικειωμένοι.

Η πολιτεία της Νέας Υόρκης αναγνωρίζοντας το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η σωστή ενημέρωση και στην προσπάθεια της να προωθήσει την ενημερωμένη επιλογή και να προσφέρει περισσότερη διαφάνεια είχε δημιουργήσει ένα καινοτόμο σχέδιο καταγραφής. Το 2007 πιλοτικά και στη συνέχεια και σε εθνικό επίπεδο είχα δημιουργήσει ειδικό σχέδιο καταγραφής των μαιευτικών υπηρεσιών ([www.thebirthsurvey.com](http://www.thebirthsurvey.com)). Συγκεκριμένα, είχα δημιουργήσει ειδική ιστοσελίδα στην οποία καταγράφονται επίσημα στοιχεία για τους παρόχους και τύπους φροντίδας μητρότητας, αλλά και ειδικό χώρο για να περιγράφουν οι γυναίκες τις απόψεις τους και τα παράπονα τους.

Όπως προκύπτει από την περιγραφή που προηγήθηκε, υπάρχουν διάφοροι τόποι τοκετού και η αναφορά των βασικών επιλογών τόπου τοκετού θα συμβάλει στην βαθύτερη κατανόηση του ερευνητικού προβλήματος.

### **2.3 Επιλογές για τόπο τοκετού**

Οι επιλογές για τόπο τοκετού ποικίλουν στις διάφορες χώρες. Οι βασικές επιλογές τόπου τοκετού είναι η γέννηση στο σπίτι, στα κέντρα τοκετού και στα συμβατικά μαιευτικά τμήματα των νοσοκομείων (Van Teijlinger et al, 2003, Janssen et al, 2009). Τα κέντρα φυσικού τοκετού βρίσκονται μερικά μέσα σε νοσοκομεία και άλλα σε ένα ανεξάρτητο χώρο κοντά στο νοσοκομείο. Σε χώρες όπου υπάρχουν πολλές επιλογές τόπου τοκετού γίνεται διαλογή των γυναικών, σε γυναίκες με χαμηλού κινδύνου κύηση και σε γυναίκες με αυξημένου κινδύνου κύηση (Hyde and Roche-Reid, 2004). Οι γυναίκες με χαμηλό κίνδυνο έχουν τη δυνατότητα να γεννήσουν στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού με την βοήθεια μαίας (Walsh, 2007). Οι γυναίκες με υψηλού κινδύνου κύηση παρακολουθούνται μόνο στο νοσοκομείο από το μαιευτήρα και τη μαία. Σε κάποιες

χώρες όπως τη Σουηδία, τη Φιλανδία, όλοι οι τοκετοί διεκπεραιώνονται στο δημόσιο νοσοκομείο και οι μαιές αναλαμβάνουν αυτόνομα όλους τους φυσιολογικούς τοκετούς (Waldenstrom et al, 2006). Αξίζει να σημειωθεί ότι αν και τα συστήματα υγείας των χωρών αυτών δεν στηρίζουν το τοκετό στο σπίτι, μερικές γυναίκες είχαν γεννήσει στο σπίτι τους διότι όπως δήλωσαν ο τοκετός στο σπίτι έχει πλεονεκτήματα για την μητέρα και το νεογνό (Sjoblom et al, 2006).

Παγκόσμια οι περισσότερες γεννήσεις διεκπεραιώνονται στις φτωχότερες χώρες του κόσμου όπου οι γυναίκες γεννούν στο σπίτι τους, χωρίς την στοιχειώδη φροντίδα με αυξημένα ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας (ΠΟΥ, 2005). Οι πρόσφατες εκτιμήσεις του ΠΟΥ (2008) για την μητρική θνησιμότητα καταδεικνύουν ότι ο αριθμός των γυναικών που πεθαίνουν ως αποτέλεσμα των επιπλοκών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού ήταν 358000 το 2008. Σχεδόν όλοι οι θάνατοι μητέρων 99% σημειώθηκαν στις φτωχότερες χώρες όπου καταγράφεται μεγάλη έλλειψη επαγγελματιών υγείας (ΠΟΥ, 2008). Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν ότι η φροντίδα μητρότητας στις χώρες αυτές χρειάζεται βελτίωση.

Ταυτόχρονα, στις δυτικές χώρες παρατηρείται μικρότερη έλλειψη επαγγελματιών υγείας, η μητρική θνησιμότητα είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα, αλλά έχουν καταγραφεί αυξημένα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας (Fullerton et al, 2007). Η μητρική νοσηρότητα απειλεί την μητρική υγεία και είναι απότοκος της ανεξέλεγκτης ιατροκοποίησης. Η διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή τόπου τοκετού σχετίζεται άμεσα με τη μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Ως εκ τούτου, υπάρχει διεθνής, συνεχής συζήτηση για το που πρέπει να διεκπεραιώνονται οι τοκετοί διότι υπάρχουν δισταγμένες απόψεις (Kitzinger, 2005, Fullerton et al, 2007, ΠΟΥ, 2008 )

### **2.3.1 Τοκετός στο νοσοκομείο**

Τα ερευνητικά στοιχεία που πηγάζουν από τις απόψεις των γυναικών για τοκετό στο νοσοκομείο δημιουργούν σύγχυση διότι στο νοσοκομείο παρέχονται διάφορα είδη φροντίδας μητρότητας (Hundley et al, 2001, 2002). Τα δυο βασικά μοντέλα φροντίδας μητρότητας είναι το μαιευτικό και το ιατρικό μοντέλο. Το μαιευτικό μοντέλο παρέχεται από τις μαιές και προωθεί το φυσιολογικό τοκετό. Το ιατρικό μοντέλο παρέχεται από



μαιευτήρες και αντιμετωπίζουν τον τοκετό ως ένα βιολογικό γεγονός το οποίο μπορεί να έχει επιπλοκές ( Mander and Melender, 2009). Έχει όμως παρατηρηθεί ότι υπάρχουν μαίες μέσα στα νοσοκομεία που παρέχουν φροντίδα σύμφωνα με την φιλοσοφία του ιατρικού μοντέλου (Kitzinger, 2005). Η φροντίδα αυτή σύμφωνα με τους Coyle et al (2001), Lock and Gibb (2003), επηρεάζεται άμεσα από την πολιτική των μαιευτικών τμημάτων και είναι κατακερματισμένη διότι οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται με το σύστημα βάρδιας. Οι Coyle et al (2001), είχαν μελετήσει τις απόψεις των γυναικών για τη φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο και είχαν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες δεν ήταν ευχαριστημένες από την επιλογή τους για τόπο τοκετού και ο βασικότερος λόγος ήταν η κατακερματισμένη φροντίδα. Η φροντίδα από πολλούς επαγγελματίες υγείας είχε ως αποτέλεσμα οι γυναίκες να δέχονται συνέχεια ερωτήσεις σχετικά με το ιστορικό τους, να συναντούν συνέχεια καινούργια άτομα και γενικά να δέχονται μια απρόσωπη φροντίδα. Οι γυναίκες αυτές στην επόμενη εγκυμοσύνη τους είχαν αναζητήσει φροντίδα εκτός νοσοκομείου σε κέντρο τοκετού. Η εμπειρία τους από τον τοκετό τους σε κέντρο τοκετού ήταν ευχάριστη διότι είχαν την ευκαιρία για εξατομικευμένη και συνεχόμενη φροντίδα.

Υπάρχουν όμως και χώρες όπως τη Σουηδία και τη Φινλανδία, στις οποίες οι γυναίκες δεν έχουν συνεχόμενη φροντίδα και επιλογή για τοκετό εκτός νοσοκομείου. Σύμφωνα με τη πολιτική φροντίδας μητρότητας των χωρών αυτών, οι φυσιολογικοί τοκετοί εκτελούνται στα νοσοκομεία από τις μαίες αλλά η προγεννητική φροντίδα παρέχεται από τις επισκέπτριες υγείας (Hildingsson et al, 2003). Οι βασικοί λόγοι που έχουν οδηγήσει τις κυβερνήσεις των χωρών αυτών να ακολουθήσουν αυτή την πολιτική ήταν η συγκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και η μείωση του οικονομικού κόστους (Lundreng, 2010). Οι μαίες σε αυτά τα συστήματα υγείας δεν έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν συνέχεια στη φροντίδα αλλά έχουν καλή συνεργασία με τις επισκέπτριες υγείας και τους μαιευτήρες (Hildingsson et al, 2003, Viisainen, 2001, Sjoblom et al, 2006, Mender and Malender, 2009). Σε άλλες χώρες όπως στην Ελλάδα και το Ηνωμένο Βασίλειο αν και υπάρχει υποστηρικτική υποδομή για τοκετό εκτός νοσοκομείου, οι γυναίκες επιλέγουν το νοσοκομείο διότι έχουν εύκολη πρόσβαση και τους παρέχεται όπως διατείνονται περισσότερη ασφάλεια (Nusbaum, 2006, Barber et al, 2006).

Η Olseen (1997) στο Ηνωμένο Βασίλειο είχε μελετήσει την ασφάλεια που παρέχεται στους διάφορους τύπους τοκετού σε μια μελέτη μετανάλυσης. Συγκεκριμένα είχε συμπεριλάβει έξι ποσοτικές έρευνες με δείγμα 24.092 εγκυμονούσες χαμηλού κινδύνου και είχε συγκρίνει την ασφάλεια των προγραμματισμένων φυσιολογικών τοκετών στο σπίτι και των φυσιολογικών τοκετών στο νοσοκομείο. Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν αφορούσαν τη μέτρηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, συμπεριλαμβανομένων Apgar score και τα ποσοστά παρεμβάσεων. Όλες οι μεταβλητές που είχαν χρησιμοποιηθεί ήταν βασικοί δείκτες για την παρεχόμενη ασφάλεια και είχε διαφανεί ότι η περιγεννητική θνησιμότητα δεν ήταν σημαντικά διαφορετική στις δύο εξεταζόμενες ομάδες (OR = 0,87). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι λιγότερες ιατρικές παρεμβάσεις σημειώθηκαν στην ομάδα γυναικών που είχαν τοκετό στο σπίτι, όπως πρόκληση (OR= 0.06-0.39), περινεοτομή (OR= 0.02-0.39), καισαρική τομή (OR= 0.05-0.31). Στην μελέτη δεν καταγράφηκε κανένας θάνατος μητέρας και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο τοκετός στο σπίτι μπορεί να λειτουργήσει ως μια αποδεκτή ασφαλής εναλλακτική λύση για τις γυναίκες χαμηλού κινδύνου. Σε μεταγενέστερη μελέτη από την Fullerton et al (2007) σχετικά με την ασφάλεια παρουσιάζονται παρόμοια στοιχεία. Βασική διαπίστωση και των δύο μελετών ήταν ότι η ασφάλεια των προγραμματισμένων τοκετών στο σπίτι αν και παρουσιάζεται ασφαλής χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση.

Περαιτέρω για την επιλογή τύπου τοκετού, οι Christiaens and Bracke (2009), είχαν διερευνήσει με ποσοτική έρευνα την ικανοποίηση των γυναικών από τον τοκετό και τον τόπο τοκετού, στο Βέλγιο και στην Ολλανδία. Η Βελγική και η Ολλανδική κοινωνία έχουν πολλές ομοιότητες αλλά διαφέρουν ως προς την οργάνωση της περιγεννητικής φροντίδας. Στην Ολλανδία παρατηρείται ψηλό ποσοστό τοκετών στο σπίτι με πολύ χαμηλή παρέμβαση και μητρικές επιπλοκές κατά την διάρκεια των τοκετών. Αντίθετα, οι τοκετοί στο σπίτι στο Βέλγιο είναι σπάνιο φαινόμενο, διότι επικρατεί το ιατρικό μοντέλο και οι τοκετοί εκτελούνται μόνο στο νοσοκομείο. Για τη συλλογή δεδομένων συμπληρώθηκαν δύο ερωτηματολόγια από 611 γυναίκες. Το πρώτο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε στις 30 εβδομάδες της κύησης και το δεύτερο ερωτηματολόγιο εντός των πρώτων 2 εβδομάδων μετά τον τοκετό, στο σπίτι ή στο νοσοκομείο.

Οι γυναίκες κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη από ανεξάρτητες μαιές και μαιευτήρες κατά τη διάρκεια των προγεννητικών επισκέψεων μεταξύ 2004 και 2005. Η ανάλυση της διακύμανσης με δύο σταθερούς παράγοντες, του προγραμματισμένου τόπου τοκετού και του συστήματος περιγεννητικής φροντίδας, τεκμηρίωσε ότι οι γυναίκες που είχαν προγραμματισθεί για τοκετό στο σπίτι ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τις γυναίκες που είχαν προγραμματισθεί για τοκετό στο νοσοκομείο. Αυτό βρέθηκε να ισχύει σε κάθε διάσταση της ικανοποίησης. Το βασικό αποτέλεσμα της μελέτης ήταν ότι οι γυναίκες που είχαν προγραμματισθεί να γεννήσουν στο σπίτι τους ήταν περισσότερο ικανοποιημένες (και στις δύο χώρες), αλλά οι γυναίκες στο Βέλγιο είχαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις γυναίκες στην Ολλανδία. Η εξήγηση που δόθηκε ήταν ότι στο Βέλγιο οι γυναίκες είχαν την δυνατότητα αν το επιθυμούσαν να έχουν παρεμβάσεις στον τοκετό τους όπως φάρμακα για τον πόνο. Αυτό αποτέλεσε καινούργιο εύρημα, και είχε απορρίψει την φιλοσοφία του μαιευτικού μοντέλου που πρεσβεύει ότι η αποφυγή παρεμβάσεων και ο τοκετός στο σπίτι έχει ευεργετική και θετική επίδραση σε κάθε γυναίκα. Μια σημαντική επισήμανση από τους ερευνητές ήταν ότι χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για τη φροντίδα μητρότητας που παρέχεται στην Ολλανδία και ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση του τοκετού στο σπίτι (Pavlova et al, 2009, Hendrix et al, 2009).

### **2.3.2 Τοκετός στο σπίτι**

Ο τοκετός στο σπίτι έχει κατηγορηθεί ότι συνοδεύεται από αυξημένα ποσοστά μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Fullerton et al, 2007). Παράλληλα όμως, αναφέρεται ότι δίνει την ευκαιρία στην γυναίκα να γεννήσει το παιδί της στο δικό της περιβάλλον, κοντά στους δικούς της ανθρώπους, να νοιώθει την φυσική ασφάλεια, ομορφιά και οικειότητα του χώρου της και να μην δέχεται αχρείαστες ιατρικές παρεμβάσεις (Sjoblom et al, 2006, Mander and Melender, 2009). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, τα ποσοστά τοκετών στο σπίτι συνεχώς μειώνονται και αυτό γίνεται έκδηλο από στατιστικά δεδομένα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό τοκετών στο σπίτι μειώθηκε από 50% το 1938 σε λιγότερους από 1% το 2009 (Boucher

et al, 2009). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, από το 80% των γεννήσεων που είχαν συμβεί στο σπίτι την δεκαετία του 1920 μειώθηκαν στο 1% το 2006 (Barber et al, 2006). Στην Αυστραλία, το ποσοστό τοκετών στο σπίτι έχει μειωθεί σταθερά τα τελευταία χρόνια και σήμερα είναι 0,3%, και 1% στη Βόρεια Επικράτεια στο 0,1% το Κουίνσλαντ (Harper, 2005, Laws, 2005). Στην Ολλανδία υπάρχει μια αντίθετη εικόνα διότι το 1965, τα δύο τρίτα των γυναικών της Ολλανδίας γεννούσαν στο σπίτι τους και σήμερα εξακολουθεί περίπου το 1/3 δηλαδή 30% των γυναικών να γεννούν στο σπίτι (Hendrix et al, 2009). Ο βασικότερος λόγος μείωσης των τοκετών στο σπίτι είναι οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν, οι οποίες επηρεάζουν άμεσα την ασφάλεια της γυναίκας και του νεογνού (Janssen et al, 2009).

Μερικές έρευνες έχουν εξετάσει την ασφάλεια του τοκετού στο σπίτι αλλά τα αποτελέσματα τους είναι δύσκολο να ερμηνευθούν και να χρησιμοποιηθούν (Hodnett et al, 2005, Hatem et al, 2008). Βασικότεροι λόγοι που καθιστούν την ερμηνεία και χρήση των αποτελεσμάτων δύσκολη είναι ότι πολλές μελέτες έχουν μικρό δείγμα, έχουν αναδρομική έκθεση στο σχεδιασμό τους, και είναι δύσκολο να γίνει σύγκριση και γενίκευση των αποτελεσμάτων τους (Fullerton et al, 2007). Η σύγκριση γίνεται ακόμη δυσκολότερη διότι οι αναφορές που γίνονται για την μεταφορά και τον χρόνο της γυναίκας από το σπίτι στο νοσοκομείο προέρχονται από διαφορετικές χώρες, οι οποίες έχουν διαφορετικά επίπεδα πυκνότητας του πληθυσμού, διαφορετική γεωμορφολογία και ως εκ τούτου διαφορετικές μέσες αποστάσεις μέχρι το νοσοκομείο (Pitchford et al, 2009). Το Εθνικό Βρετανικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας (NICE, 2006), μετά από μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, εξέφρασε ανησυχία για την έλλειψη ποιότητας συγκριτικών στοιχείων ως προς τους πιθανούς κινδύνους και τα οφέλη από τον τοκετό στο σπίτι, στο κέντρο τοκετού ή στο νοσοκομείο. Βασική επιδίωξη ήταν η παροχή ασφάλειας κατά τον τοκετό στην μητέρα και στο νεογνό.

Σχετικά με την ασφάλεια στο σπίτι, αξίζει να αναφερθεί ότι οι Hodnett et al (2003) είχαν τεκμηριώσει μέσα από συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση ότι η γυναίκα με κύηση χαμηλού κινδύνου είναι ασφαλές να γεννήσει στο σπίτι της με κάποιες προϋποθέσεις. Βασική προϋπόθεση είναι η δημιουργία κατάλληλης υποστηρικτικής υποδομής από το σύστημα υγείας της κάθε χώρας (House of Common Health Committee, 2003). Η υποδομή είναι απαραίτητη σε περίπτωση που κριθεί αναγκαίο

μητέρα και νεογνό να μεταφερθούν σε ελάχιστα λεπτά της ώρας σε νοσοκομείο με μαιευτικό τμήμα (Homer et al, 2001). Αξίζει να σημειωθεί ότι η μεταφορά της επιτόκου ή της μητέρας και του νεογνού όσο σύντομη και να είναι δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα, αυξάνει την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Προβάλλοντας αυτά τα επιχειρήματα οι περισσότεροι τοκετοί στις ανεπτυγμένες χώρες διεκπεραιώνονται στο νοσοκομείο (Homer et al, 2002).

Στην Αμερική οι περισσότεροι τοκετοί διεκπεραιώνονται από τους Μαιευτήρες στο νοσοκομείο και ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Γυναικολόγων Μαιευτήρων σε πρόταση του αναφέρει την αντίθεση του με τους τοκετούς εκτός νοσοκομείου (American Association of obstetrics and Gynaecology, 2001, 2008). Βασική επισήμανση του συνδέσμου, είναι ότι η διαδικασία του τοκετού κρύβει κινδύνους και ο τοκετός στο σπίτι θα πρέπει να γίνεται μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις και εφόσον τηρούνται συγκεκριμένες, αυστηρές προϋποθέσεις (Hodnett et al, 2005). Το Βρετανικό Βασιλικό Κολέγιο Μαιευτήρων-Γυναικολόγων, συνηγορεί ότι ο τοκετός καλύτερα να διεκπεραιώνεται στο νοσοκομείο διότι η υποστηρικτική υποδομή και η έγκαιρη μεταφορά της γυναίκας στο νοσοκομείο επηρεάζεται άμεσα από τις γεωγραφικές ιδιομορφίες της κάθε χώρας και το πιθανό κυκλοφοριακό έμφραγμα (Pitchford et al, 2009).

Σε αυτά τα ευρήματα συνηγορούν και οι διαπιστώσεις των Hendrix et al (2009) που αναφέρουν ότι η περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα αυξάνεται κατά τρεις φορές όταν το παιδί γεννιέται στο σπίτι. Βασικός λόγος είναι αν το προσωπικό που φροντίζει τη μητέρα στο σπίτι δεν μπορέσει να διορθώσει μια επιπλοκή και αναζητήσει βοήθεια, η βοήθεια δεν θα είναι άμεση με αποτέλεσμα να αυξάνεται η περιγεννητική νοσηρότητα. Περαιτέρω ανησυχία προκαλούν στατιστικά στοιχεία που αναφέρουν ότι μία στις τρεις γυναίκες που ξεκινούν με φυσιολογικό τοκετό στο σπίτι θα χρειαστεί στην πορεία να μεταφερθούν στο νοσοκομείο (Janssen et al, 2009). Ο κίνδυνος για τη μητέρα, το έμβρυο ή το νεογνό αυξάνεται δραματικά αν η πρόσβαση στο νοσοκομείο (τριτοβάθμιας φροντίδας - πλήρως εξοπλισμένο) είναι άνω των 20 λεπτών (Stone, 1995, 1998 , Janssen et al, 2009).

Η μείωση των τοκετών στο σπίτι δεν επηρεάζεται αρνητικά μόνο από τις μεταφορές μητέρας εμβρύου ή νεογνού στο νοσοκομείο, αλλά οφείλεται σε μεγάλο

βαθμό σε κοινωνικές και πολιτικές αλλαγές, οι οποίες δεν προωθούν το τοκετό στο σπίτι (Benoit et al, 2005). Η μεγαλύτερη κοινωνική αλλαγή έχει καταγραφεί η μετανάστευση πληθυσμού από αγροτικές σε αστικές περιοχές. Αυτή η μετακίνηση έδωσε αυξημένη δυνατότητα πρόσβασης πολλών γυναικών σε νοσοκομεία. Άλλοι πολιτικοί λόγοι ήταν η απροθυμία της πολιτείας να δημιουργήσει υποστηρικτικές δομές για τοκετό εκτός νοσοκομείου αλλά και η μη κάλυψη της ιδιωτικής ασφάλειας για τοκετό εκτός νοσοκομείου (Brodie, 2002, Block, 2005). Επιπρόσθετα, σε πολλές χώρες της Ευρώπη όπως τη Μεγάλη Βρετανία η ιατρική περίθαλψη χρηματοδοτείται από τους φορολογούμενους πολίτες και παρέχεται σε δημόσια νοσοκομεία δωρεάν (Henderson and Petrou, 2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο της αμυντικής ιατρικής. Αυτό που έχει οδηγήσει τους μαιευτήρες σε αμυντική ιατρική είναι η αύξηση των μηνύσεων εναντίον τους διότι η απόφαση τους να μην δώσουν την ευκαιρία στη γυναίκα να γεννήσει με καισαρική τομή, είχε ως αποτέλεσμα το νεογνό να έχει περιγεννητικά προβλήματα (Johanson et al, 2002). Παράλληλα, περιγράφεται ότι το οικονομικό και το ψυχολογικό κόστος για τους μαιευτήρες από τις μηνύσεις έχει αλυσιδωτές επιπτώσεις στην επαγγελματική και προσωπική τους ζωή (Kitzinger, 2006, Lothian, 2009).

Οι μαιευτήρες σε πολλές χώρες του κόσμου αντιμετωπίζουν το φυσιολογικό τοκετό με τις ίδιες μεθόδους που εφαρμόζουν σε τοκετούς με αυξημένο κίνδυνο (Τσιάμης και άλλοι, 2002). Έτσι, με την πάροδο του χρόνου, ένα φυσιολογικό γεγονός όπως ο τοκετός, έχει μετατραπεί σε ιατρική διαδικασία που χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση και ιατρικές παρεμβάσεις (Downe, 2001, Kitzinger, 2005). Αυτή η μετατροπή είχε ως αποτέλεσμα να περιορίζεται η ελευθερία των γυναικών να ζήσουν τη γέννηση των παιδιών τους με το δικό τους τρόπο και στο χώρο που εκείνες επιλέγουν και να βιώνουν αχρείαστες παρεμβάσεις κατά τον τοκετό (Hattem et al, 2008). Παράλληλα, η συγκέντρωση μεγάλου αριθμού επιτόκων σε νοσοκομεία με πολύ υψηλό τεχνολογικό εξοπλισμό χωρίς λόγο έχει αυξήσει αδικαιολόγητα τις κρατικές δαπάνες (Hodnett and Loawe, 2002, Lavender, 2006).

Την πρώτη προσπάθεια για άρση αυτού του φαινομένου είχε αναλάβει η ΠΟΥ η οποία είχε συστήσει τον περιορισμό της τεχνολογίας και προώθηση του φυσιολογικού τοκετού (WHO, 1985). Επιπρόσθετα είχε προτείνει οι φυσιολογικοί τοκετοί να

διεκπεραιώνονται από τις μαίες σύμφωνα με το μαιευτικό μοντέλο, το οποίο χρησιμοποιεί τη τεχνολογία με φειδώ και συνηγορεί υπέρ του φυσιολογικού τοκετού (WHO, 2005, Johnson and Daviss, 2005, ICM, 2011). Η φροντίδα που παρέχεται από τις μαίες προάγει την αυτοφροντίδα και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και είναι προτιμητέα από τα συστήματα Υγείας για πολλούς λόγους (Mander, 2011). Ο σημαντικότερος λόγος προτίμησης του μαιευτικού μοντέλου από τις κυβερνήσεις και το ΠΟΥ είναι ότι παρέχει ποιοτική εξατομικευμένη φροντίδα με μειωμένο κόστος φροντίδας (Hundley et al, 1995, Young et al, 1997, Hatem et al, 2008). Στο Ηνωμένο Βασίλειο το Βασιλικό Κολέγιο Μαιών (RCM) στη προσπάθειά του να ενισχύσει το μαιευτικό μοντέλο έχει δημιουργήσει ειδική επιστημονική ομάδα για προώθηση του φυσιολογικού τοκετού και της επιλογής τόπου τοκετού. Η ομάδα αυτή έχει τεκμηριώσει και έχει συστήσει ότι θα πρέπει να προσφέρεται στις γυναίκες με χαμηλού κινδύνου κύηση επιλογή για τοκετό στο σπίτι, εξηγώντας ότι παρέχει σημαντικά οφέλη στις ίδιες και στις οικογένειές τους (RCM, 2007).

Στην πραγματικότητα όμως η επιλογή για τοκετό στο σπίτι, δεν προσφέρεται σε όλες τις γυναίκες διότι υπάρχουν μαίες και μαιευτήρες που διαφωνούν να δίνεται επιλογή για τοκετό εκτός νοσοκομείου (Maassen, 2008). Η διαφωνία τους στηρίζεται στο γεγονός ότι παρόλη την ευσυνείδητη προσπάθεια κατάταξης των γυναικών σε κύσεις χαμηλού ή υψηλού κινδύνου, πολλές φορές δεν εντοπίζονται οι γυναίκες που θα χρειαστούν ιδιαίτερη φροντίδα λόγω επιπλοκών, ενώ άλλες γυναίκες "υψηλού κινδύνου" τελικά δεν εμφανίζουν προβλήματα (Campbell and Macfarlane, 1994). Επιπρόσθετα, η Loundreng (2010) αναφέρει, ότι θα πρέπει να συνυπολογιστούν τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα από τον τοκετό στο σπίτι με περισσότερη προσοχή και διαφάνεια. Το μεγαλύτερο μειονέκτημα είναι η ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού αλλά και το αυξημένο κόστος. Το κόστος της γέννησης στο σπίτι παρουσιάζεται μικρότερο αλλά η ερμηνεία των δεδομένων είναι πολυπαραγοντική και υπάρχει πιθανότητα μεροληψίας. Η εξήγηση που έδωσε ήταν ότι όταν μία μαία αναλαμβάνει τον τοκετό στο σπίτι δεν μπορεί να παρέχει φροντίδα σε άλλη γυναίκα και αυτό ισοδυναμεί με σπατάλη χρημάτων. Στο νοσοκομείο αν είναι αναγκαίο, η μαία έχει τη δυνατότητα να φροντίζει περισσότερες από μία γυναίκες. Επίσης, στο σπίτι αναμένεται να υπάρχει και δεύτερη μαία σε περίπτωση που η μητέρα και το νεογνό θα χρειαστούν βοήθεια. Λαμβάνοντας υπόψη ότι

στο νοσοκομείο, η δεύτερη μαία θα μπορούσε να κληθεί, όταν η γέννηση είναι επικείμενη, αυτή η διευθέτηση θα κόστιζε λιγότερο (Loundreng, 2010).

Οι διαμορφωτές πολιτικών υγείας αναγνωρίζοντας το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει το οικογενειακό περιβάλλον αλλά και στην προσπάθεια τους να αποφύγουν τις μεταφορές της μητέρας και του νεογνού από το σπίτι στο νοσοκομείο έχουν δημιουργήσει τα κέντρα τοκετού (Walker, 1996, Walsh and Downe, 2004, Walsh, 2007).

### **2.3.3 Το κέντρο τοκετού.**

Το κέντρο τοκετού είναι ειδικά διαμορφωμένος χώρος, που δίνει την ευκαιρία στη γυναίκα να γεννήσει σε ένα περιβάλλον που αποπνέει σπιτική θαλπωρή και παράλληλα παρέχει την ασφάλεια ενός σύγχρονου μαιευτηρίου (Donati et al, 2001, Tracy et al, 2007). Στα κέντρα τοκετού υπάρχει συνδυασμένη φροντίδα μαιών και μαιευτήρων (Lavender and Chapple, 2003, Walsh, 2007). Οι Walsh and Downe (2004) εντοπίζοντας το διεθνές ενδιαφέρον από τη δημιουργία των κέντρων τοκετού, είχαν αξιολογήσει την αποτελεσματικότητά τους. Βασικός τους στόχος ήταν μέσω της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης να διερευνήσουν, τη χρησιμότητα και ιδιαίτερα το οικονομικό όφελος από τη δημιουργία αυτών των κέντρων. Είχαν χρησιμοποιήσει 5 μελέτες και είχαν αξιολογήσει τα ποσοστά του φυσιολογικού τοκετού, της καισαρικής τομής, της περινεοτομίας και των μεταφορών στα νοσοκομεία σε όλους τους τοκετούς που είχαν διεκπεραιωθεί στα κέντρα τοκετού για περίοδο 5 χρόνων. Η σύνθεση των αποτελεσμάτων είχε καταδείξει ότι τα ποσοστά των παρεμβάσεων όπως περινεοτομία και καισαρικές τομές ήταν σχεδόν τα ίδια στα κέντρα τοκετού με τα ποσοστά των νοσοκομείων. Περαιτέρω, είχαν διαπιστώσει ότι οι μεταφορές των γυναικών από τα κέντρα στα νοσοκομεία προκαλούσαν έντονη ψυχολογική αναστάτωση στη γυναίκα και στην οικογένειά της. Αν και παρουσιάστηκε σημαντική ετερογένεια μεταξύ των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες ήταν ευχαριστημένες με τις μαίες που τις είχαν φροντίσει. Οι ερευνήτριες όμως είχαν διερωτηθεί αν οι ίδιες γυναίκες δεν θα ήταν το ίδιο ευχαριστημένες αν γεννούσαν στο συγκεκριμένο χώρο με μαιευτήρες. Το



γεγονός ότι οι γυναίκες ήταν χαμηλού κινδύνου σύμφωνα με τις ερευνήτριες είχε ως αποτέλεσμα να υπάρχει βελτιωμένη περιγεννητική υγεία και είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η χρησιμότητα των κέντρων τοκετού χρειάζεται περισσότερη μελέτη (Walsh and Downe, 2004).

Οι Morano et al (2007), είχαν διεξάγει μελέτη στην Ιταλία για να αξιολογήσουν τη χρησιμότητα των κέντρων τοκετού. Μετά από συλλογή στοιχείων για τα 5 πρώτα χρόνια δημιουργίας ενός κέντρου τοκετού, είχε διαφανεί ότι οι γυναίκες που είχαν γεννήσει στο κέντρο τοκετού, είχαν χαμηλά ποσοστά ιατρικών παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού και τα ποσοστά φυσιολογικού τοκετού είχαν αυξηθεί. Το συγκεκριμένο κέντρο είχε δημιουργηθεί, λαμβάνοντας υπόψη την ειδική γεωγραφική θέση της περιοχής, τη συχνή χρησιμοποίηση της ιδιωτικής φροντίδας μητρότητας από τις γυναίκες, τη προοδευτική ιατροποίηση του τοκετού με αυξημένα ποσοστά καισαρικής τομής. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες χαμηλού κινδύνου, των οποίων η κύηση προχωρούσε κανονικά και εισήχθησαν στο κέντρο τοκετού ήταν 1.438 γυναίκες. Από αυτές, οι 203 (14,1%) μεταφέρθηκαν κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νοσοκομείο, οι 138 διότι είχε αναπτυχθεί μαιευτικό ή παθολογικό πρόβλημα στο πρώτο στάδιο τοκετού και 65 γυναίκες ήθελαν να έχουν επισκληρίδιο αναλγησία. Μεταξύ των γυναικών που είχαν μεταφερθεί οι 87 είχαν υποβληθεί σε καισαρική τομή που αντιστοιχεί στο 6,1% (87 / 1438) του συνόλου των γυναικών που είχαν εισαχθεί στο κέντρο τοκετού. Οι υπόλοιπες 1, 235 (94 %) είχαν γεννήσει φυσιολογικά. Βασικό συμπέρασμα της μελέτης ήταν ότι με τη δημιουργία του κέντρου τοκετού αυξήθηκαν οι φυσιολογικοί τοκετοί και οι γυναίκες δήλωσαν ότι είχαν βιώσει τον τοκετό τους ως μια ευχάριστη εμπειρία (Donati et al, 2001). Αναμφίβολα, τα κέντρα τοκετού ήταν μια καινοτομία στη φροντίδα μητρότητας αλλά η επικρατέστερη επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού στις δυτικές χώρες είναι το νοσοκομείο (Cheyney, 2008, Boucher, 2009).

## **2.4 Άποψη του ατόμου**

Η παρούσα μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τις απόψεις των γυναικών σε σχέση με το δικαίωμα τους για επιλογή τόπου τοκετού. Η άποψη είναι η θεώρηση ενός

ζητήματος ή θέματος ακούγοντας όλες τις γνώμες που θα μπορούσε να έχει το άτομο (Παμπινιώτης, 2006). Η άποψη ορίζεται επίσης ως ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται, κρίνει και αντιμετωπίζει ένα γεγονός, μια κατάσταση, ένα φαινόμενο και αποκτά γνώμη σχετικά με αυτό. Η άποψη αναφέρεται ως συνώνυμη λέξη με την αντίληψη αλλά έχουν μεταξύ τους μερικές διαφορές (Λεξικό Νεοελληνικής γλώσσας, 2011). Η αντίληψη είναι σύνθετη λειτουργία με την οποία ο άνθρωπος αποκτά γνώση της πραγματικότητας είτε άμεσα με τις αισθήσεις είτε έμμεσα με παρέμβαση του λογικού. Η αντίληψη ορίζεται ως η άποψη που διαμορφώνουν τα άτομα για ένα θέμα ή μια διαδικασία, με την οποία στη συνέχεια μεταφράζουν τις αισθητηριακές πληροφορίες σε μια συνεκτική και ενιαία κατανόηση του περιβάλλοντός τους. Η αντίληψη έχει χαρακτηριστεί και ως ένας τρόπος νόησης δημιουργημένη έμμεσα, από τα ίδια τα πράγματα ή τα ίδια τα άτομα. Για αυτό είναι συνήθως από όλους αυτονόητη και χρησιμεύει στις δραστηριότητες του ανθρώπου ως βάσιμη υπολογίσιμη και αξιόπιστη αλήθεια (Jomeen, 2009). Η αντίληψη περιλαμβάνει τα σήματα που οδηγούνται στο νευρικό σύστημα, το οποίο με τη σειρά του προκαλεί σωματική διέγερση των αισθητηρίων οργάνων (Sternberg, 2007).

Η υποκείμενη αντίληψη είναι η οργανοληπτική αντίληψη του εγκεφάλου όπου τα νευρικά σήματα μεταδίδονται στον εγκέφαλο και δέχονται επεξεργασία. Η αντίληψη αναφέρεται ως μια λειτουργία επιλεκτική, κατασκευαστική και ερμηνευτική. Καταληκτικά, η αντίληψη βοηθά τη δημιουργία άποψης και δεν είναι παθητική είσπραξη των σημάτων αλλά διαμορφώνεται με την εκμάθηση, τη μνήμη, την προσδοκία και εξαρτάται από πολύπλοκες λειτουργίες του νευρικού συστήματος (Sternberg, 2007). Ως βασικοί παράγοντες, για τη δημιουργία άποψης αναφέρονται οι προσδοκίες των ανθρώπων και η κουλτούρα της κοινωνίας, οι οποίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον σχηματισμό και το είδος της άποψης (Cheung, 2002, Eysenck, 2010).

## **2.5 Κουλτούρα της κοινωνίας**

Η κουλτούρα αναφέρθηκε ως παράγοντας που επηρεάζει άμεσα την άποψη του ατόμου (Eysenck, 2010). Διάφορες μελέτες που είχαν ως θέμα τη διερεύνηση του δικαιώματος της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού, είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα

ότι η κουλτούρα επηρεάζει άμεσα την επιλογή των γυναικών (Bick et al, 2004, Edwards, 2009, Jomeen, 2009). Η κουλτούρα, προέκυψε ως αντιστοίχιση του γερμανικού kultur, που σημαίνει την καλλιέργεια του πνεύματος, την παιδεία και το σύνολο της πνευματικής παράδοσης και δημιουργίας ενός κοινωνικού συνόλου (Cavelli, 1988, Leininger, 1996). Λανθασμένα όμως έχει παρουσιαστεί και ως συνώνυμο της λέξης πολιτισμός διότι στην πραγματικότητα η κουλτούρα είναι υποσύνολο του πολιτισμού (Cheng et al, 2008) .

Παρόλο που εμφανίστηκε πριν από τον όρο πολιτισμός, η λέξη κουλτούρα έχει παραμείνει στο περιθώριο μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα. Οι σχετικά νέες επιστήμες της κοινωνιολογίας και της ανθρωπολογίας εμπνεόμενες από την γερμανική kultur, είχαν προτιμήσει την χρήση της λέξης κουλτούρα από τον πολιτισμό (civilization), γιατί δίνει προτεραιότητα στην ιδέα της μοναδικότητας και της ενότητας μιας δεδομένης κοινωνίας. Αυτό εξηγείται διότι η κουλτούρα είναι ένα σύνολο γνώσεων κοινών στα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας που δίνουν περισσότερη έμφαση στις αξίες και τα συμπεριφοριστικά πρότυπα (Cavelli, 1988). Η Papadopoulou και άλλοι (2006) περιγράφει την έννοια της κουλτούρας ως ο κοινός τρόπος ζωής για μια ομάδα ανθρώπων, που περιλαμβάνει τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τη γλώσσα, την επικοινωνία και τους τρόπους έκφρασης. Οι κουλτούρες είναι δυναμικές και διαρκώς μεταβαλλόμενες και έχουν επηρεάσει τον τρόπο που παρέχεται η φροντίδα μητρότητας. Συγκεκριμένα, στις χώρες του δυτικού κόσμου πιστεύουν ότι ο τοκετός είναι φυσιολογικό γεγονός αλλά μπορεί να παρουσιάσει επιπλοκή και με αυτή τη δικαιολογία όλες οι επίτοκες χρειάζονται στενή παρακολούθηση στο νοσοκομείο (Van Tallinger et al, 2003). Αυτή η φιλοσοφία του ιατρικού μοντέλου έχει πείσει την κοινωνία ότι είναι ορθολογιστική διότι παρέχει περισσότερη ασφάλεια για την γυναίκα και το νεογνό (Kirkham, 2004).

Επιπρόσθετα, μια άλλη παράμετρος που σχετίζεται με την κουλτούρα είναι ο τρόπος επικοινωνίας, έκφρασης και αξιών σε μια οικογένεια. Σχετικά με την κουλτούρα η οποία διέπει την Κυπριακή κοινωνία έχει εντοπιστεί μια έρευνα, η οποία έγινε σε παγκύπρια κλίμακα, με δείγμα 1100 ατόμων, ηλικίας από 15 μέχρι 64 ετών. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε μεταξύ Φεβρουαρίου και Ιουνίου του 2003, με βάση τυχαίο επιλεγμένο, αναλογικά στρωματοποιημένο δείγμα. Ταυτόχρονα έγινε ποιοτική έρευνα με μέσο συλλογής δεδομένων τις συνεντεύξεις, στις οποίες έλαβαν μέρος 50

άτομα τα οποία είχαν προηγουμένως συμμετάσχει στη συμπλήρωση του κλειστού ερωτηματολογίου. Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν ότι τα μέλη της Κυπριακής οικογένειας σχετίζονται μεταξύ τους και οι γονείς συνήθως επεμβαίνουν στη ζωή των παιδιών τους και μετά που θα ενηλικιωθούν (Περσιάνης και άλλοι, 2007) .

Η κουλτούρα που διέπει την εγκυμοσύνη και το τοκετό στη Κύπρο έχει δεχθεί σημαντικές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου. Πριν το 1974 οι γυναίκες γεννούσαν στο σπίτι τους με μαίες, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αντιμετωπιζόνταν ως φυσιολογικά γεγονότα. Στο δημόσιο νοσοκομείο και στις λιγότες ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές γεννούσαν οι γυναίκες που κατοικούσαν στις πόλεις (Μαραγκού και Γεωργιάδης, 2006).

Μετά την περιγραφή των βασικών εννοιών, η αναφορά στη Διεθνή και Κυπριακή ιστορική πορεία της φροντίδας μητρότητας, θα βοηθήσει στην κατανόηση της δημιουργίας του ερευνητικού προβλήματος.

### **3 ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ**

#### **3.1 *Εισαγωγή***

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στη Διεθνή και Κυπριακή ιστορική αναδρομή της φροντίδας μητρότητας. Αρχίζοντας από τη διεθνή φροντίδα μητρότητας στην αρχαιότητα, προχωρεί στη φροντίδα μητρότητας στην νεότερη ιστορία. Ακολουθεί η περιγραφή της φροντίδας μητρότητας στην Κύπρο από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της εκπαίδευσης και του νομοθετικού πλαισίου που διέπει το επάγγελμα των μαιών και των μαιευτήρων, οι οποίοι αποτελούν τους βασικούς παρόχους φροντίδας μητρότητας.

#### **3.2 *Η φροντίδα της μητρότητας κατά την αρχαιότητα και τους νεότερους χρόνους***

Ιστορικά η φροντίδα της μητρότητας, έχει σχέση με την ανθρώπινη ζωή και ανάγεται από την αρχαιότητα (Rook, 2005). Παγκόσμια η μαία αναφέρεται ότι ήταν υπεύθυνη για τη φροντίδα της γυναίκας στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την περίοδο της λοχείας (Tew, 2000). Η Ελληνική μυθολογία είναι η πλουσιότερη ιστορία σε αναφορές και η μαία αναφέρεται ότι ήταν η μεγαλύτερη και ομορφότερη κόρη από τις Πλειάδες πού ήταν οι επτά κόρες του Άτλαντα και της Πλειώνης (Λυκερίδου, 2011). Στην αρχαία Ελλάδα υπάρχουν πολλοί μύθοι γύρω από το τοκετό με επικρατέστερο το μύθο της Ελενθώ. Η Ελενθώ ήταν η θεά της γέννησης και των πόνων του τοκετού και το όνομα της προέρχεται από την ικετευτική κραυγή των επιτόκων «Ελθέ» με την οποία καλούσαν τη θεά σε βοήθεια (Μώρος, 2010). Οι γυναίκες στην κλασική αρχαία Ελλάδα γεννούσαν στο σπίτι τους, σε καθιστή θέση και για το σκοπό αυτό υπήρχε ειδικό κάθισμα με οπή στο κάτω μέρος, από την οποία η Μαία εκτελούσε το τοκετό. Οι Μαίες της εποχής

ονομάζονταν «ιάτραινες» και «ομφαλοτόμοι». Η Μαιευτική αυτή την εποχή ήταν εμπειρικό επάγγελμα που τύγχανε πολύ σημαντικής κοινωνικής αποδοχής, επέφερε υψηλή χρηματική αμοιβή και είχε ασκηθεί από γυναίκες ώριμης συνήθως ηλικίας, στις οποίες απαγορευόταν να ασκούν κάθε άλλη εργασία (Μουτζαλή, 2003).

Με την εμφάνιση του Ιπποκράτη (460 – 360 Π.Χ), τα δεδομένα για τη Μαιευτική άλλαξαν ριζικά. Δόθηκε οριστικό τέλος στην εποχή της μαγείας και των προλήψεων, επινόησε νέες μεθόδους όπως τη μέθοδο του μετασηματισμού του εμβρύου, την εμβρυουλκία και τον εξελκυσμό. Οι Ιπποκρατικοί ιατροί, δεν εξέταζαν οι ίδιοι τις γυναίκες, αλλά άφηναν το ρόλο αυτό, όπως και τον φυσιολογικό τοκετό στις Μαίες. Οι γιατροί προσέρχονταν στο τοκετό σε περίπτωση παθολογικής κατάστασης μόνο. Στα επόμενα χρόνια αναφέρεται ότι η μορφή που κυριαρχεί σχετικά με τη φροντίδα μητρότητας ήταν ο Αριστοτέλης, ο οποίος ασχολήθηκε εκτεταμένα με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Στη συνέχεια ο Σωρανός (98–138μ.Χ), ο οποίος θεωρείται πατέρας της Μαιευτικής και Γυναικολογίας δημοσίευσε για πρώτη φορά σύγγραμμα σχετικό με τα καθήκοντα που θα έπρεπε να εκτελεί η Μαία. Ο Σωρανός ενθάρρυνε τις Μαίες να συμβουλευούν τις επιτόκους, να κάνουν λουτρό με κρασί και ζαχαρωμένο νερό ώστε να ηρεμούν και να προετοιμάζονται για τον τοκετό, καθώς επίσης και να κάνουν μασάζ με βότανα το περίνεό τους και με ελαιόλαδο την κοιλιά τους (Μώρος, 2010).

Στην αρχαία Ελλάδα και συγκεκριμένα στην Αθήνα υπήρχαν μαίες οι οποίες ήταν υπεύθυνες για την παρακολούθηση της εγκύου, την διεκπεραίωση του τοκετού και τη φροντίδα του νεογέννητου. Αναφέρεται ότι συνδύαζαν μαγικά διαβάσματα και θεραπευτικά βότανα, με συνταγές που αποτελούσαν επτασφράγιστα οικογενειακά μυστικά. Ο Όμηρος αναφέρει τις μαίες, ως έφορους του τοκετού και της απελευθέρωσης της εγκύου και προστάτιδες των επιτόκων (Μουτζαλή, 2003).

Στην αρχαία Αίγυπτο η μαία αναφέρεται ότι εμφανιζόταν σε πολλές μορφές. Στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα η μαία ήταν μια φίλη, η γειτόνισσα ή ένα μέλος της οικογένειας που είχε πείρα σε τοκετούς ή είχε γεννήσει η ίδια. Στα ψηλότερα κοινωνικά στρώματα η μαία ήταν η υπηρέτρια ή η νοσηλεύτρια που ζούσε μέσα

στο σπίτι. Οι μαιές δεν είχαν ιδιαίτερη μόρφωση, απλά μάθαιναν από τα μέλη της οικογένειας τους ή φίλους τους οι οποίοι τους μετέδιδαν τις δικές τους γνώσεις από τις εμπειρίες και τις πρακτικές τους (Λυκερίδου, 2011). Πέραν των πρακτικών καθηκόντων των μαιών στην Αίγυπτο, συμπεριλαμβανόταν η ηθική υποστήριξη προς την γυναίκα, η ενθάρρυνση, η θρησκευτική καθοδήγηση και η προστασία των γυναικών κατά την διάρκεια της ζωής τους. Οι μαιές επικεντρώνονταν, σε θέματα γονιμότητας, αναπαραγωγής, αντισύλληψης, εγκυμοσύνης, τοκετού και αποβολών. Ο τοκετός, συνήθως γινόταν στα σπίτια των γυναικών ή σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους που ήταν διακοσμημένοι με πάπυρους και κληματαριές. Την εποχή των Πτολεμαίων, οι γυναίκες που ανήκαν στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα γεννούσαν σε ειδικά σπίτια για τοκετούς που ήταν δίπλα από τους ναούς τους. Κοντά στους ναούς των Αιγυπτίων, υπήρχαν ιατρεία και απομονωτήρια για τις λεχώνες και ειδικό χώρο για τα νεογνά και τα βρέφη. Αναφέρεται επίσης ότι στην Αίγυπτο είχαν δημιουργηθεί σχολές μαιών (Λυκερίδου, 2011).

Στην Παλαιά Διαθήκη, περιγράφεται ότι στον τοκετό της Ραχήλ και της Θαμάρ παραστάθηκε μαιά. Με την εξάπλωση του χριστιανισμού, οι γυναίκες ζητούσαν βοήθεια από την Παναγία την Ελευθερώτρια. Στο πρωτευαγγέλιο του Ιακώβου, αναφέρεται ότι κατά τη γέννηση του Ιησού παρευρίσκονταν δυο μαιές, από τις οποίες η μία λεγόταν Σαλώμη. Στη συνέχεια κατά την εποχή του Βυζαντίου ο Μέγας Κωνσταντίνος, το 321μ.χ. είχε νομοθετήσει τα «Ελευθέρια επαγγέλματα». Τα Ελευθέρια επαγγέλματα ήταν οι δάσκαλοι, οι δικηγόροι, οι γιατροί και οι μαιές. Ο ρόλος του Μαιευτήρα αυτή την περίοδο εντοπίζεται να χειρίζεται μόνο παθολογικές καταστάσεις κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Μώρος, 2010).

Κατά τον Μεσαίωνα, σε όλη την Ευρώπη επικρατούν προκαταλήψεις όσον αφορά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, και τη λοχεία. Οι μαιές ήταν υπεύθυνες να φροντίζουν την έγκυο, την επίτοκο και τη λεχωίδα, αλλά με πενιχρά μέσα και η περιγεννητική φροντίδα ήταν πολύ φτωχική. Επιπρόσθετα, οι μαιές δεν είχαν την απαιτούμενη εκπαίδευση και δεν μπόρεσαν να διορθώσουν τις συνθήκες τοκετού. Έτσι, οι γυναίκες δεν είχαν την κατάλληλη φροντίδα με συνεπακόλουθο την δραματική αύξηση της περιγεννητικής και μητρικής θνησιμότητας (Rooks, 1999).

Οι μαιευτήρες αναφέρεται ότι είχαν επιστημονική εκπαίδευση και προσπαθούσαν να μειώσουν την μητρική θνησιμότητα αλλά και να εξηγήσουν τα διάφορα φαινόμενα σχετικά με την αναπαραγωγή με την ανάλογη θεωρία και επιστημονικότητα (Wagner, 2001). Ο μαιευτήρας, που έφερε καινοτομία στην ιστορία της περιγεννητικής φροντίδας ήταν ο Chamberlain (1601-1683) ο οποίος κατασκεύασε ειδικούς εμβρυολογικούς και πήγαινε στα σπίτια των γυναικών με μεγαλοπρεπή άμαξα και εκτελούσε τον τοκετό. Η χρήση των εμβρυολογικών τον βοήθησε να αποκτήσει μεγάλη δύναμη και λεφτά διότι όλες οι πλούσιες γυναίκες σύμφωνα με την κουλτούρα εκείνης της εποχής ζητούσαν να γεννήσουν με αυτή την μέθοδο. Ως εκ τούτου, η ιατρική άρχισε να ασχολείται πιο επισταμένα με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Αυτό τεκμηριώνεται διότι το 1728 ιδρύθηκε η πρώτη πανεπιστημιακή κλινική με μαιευτήριο στο Στρασβούργο (Donnison, 1977, 1988).

Οι γιατροί συνεχίζουν να ασχολούνται με τη φροντίδα της γυναίκας στο τοκετό και επικεντρώνονται σε μεθόδους μείωσης του πόνου κατά τον τοκετό. Ο Simpson (1847) αναφέρεται ότι ήταν ο πρώτος που σκέφτηκε τρόπους αντιμετώπισης του πόνου στο τοκετό, ανακάλυψε και χρησιμοποίησε το χλωροφόρμιο στο φυσιολογικό τοκετό. Ο Semmelweis (1818-1865) ήταν Ουγγαρέζος διακεκριμένος μαιευτήρας, ο οποίος παρατήρησε πως η θνησιμότητα των λεχωίδων το 1822 ήταν 2% και το 1836 στο 7.36%. Ερεύνησε αυτό το φαινόμενο και διαπίστωσε πως εκείνη τη χρονιά η πανεπιστημιακή κλινική είχε χωριστεί σε δύο κλινικές. Στην πρώτη κλινική, τους τοκετούς τους διενεργούσαν μαίες, και στη δεύτερη φοιτητές της ιατρικής. Στην πρώτη κλινική η θνησιμότητα ήταν μόνο 2.6% και στην άλλη έφτασε μέχρι και 32%. Αυτή η διαφορά προκάλεσε το ενδιαφέρον του Semmelweis, ο οποίος προσπάθησε να βρει την αιτία. Κατά τη διάρκεια της έρευνας του ένας φίλος του ανατόμος, πέθανε και η συμπτωματολογία που είχε αναπτύξει ήταν η ίδια με τις γυναίκες του επιλόχειου πυρετού. Έτσι, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γιατροί ήταν η αιτία των επιλόχειων λοιμώξεων διότι δεν τηρούσαν τους κανόνες ασηψίας. Έτσι, εισηγήθηκε να απολυμαίνονται τα εργαλεία και τα χέρια των επαγγελματιών υγείας.



Οι γιατροί όχι μόνο αρνήθηκαν να συμμορφωθούν με τις υποδείξεις του Semmelweis αλλά τον κατηγορήσαν ότι δεν σέβεται το ιατρικό επάγγελμα και έχασε την θέση του ως γιατρός. Στο τέλος ο Semmelweis διορίστηκε καθηγητής πανεπιστημίου και έκδωσε το βιβλίο «Αιτιολογία, φύση και προφύλαξη του επιλόχειου πυρετού» (Donnison, 1988). Στη συνέχεια, οι πρώτοι μαιευτήρες γιατροί ονομάστηκαν «άντρες μαίες». Οι «άντρες μαίες», είχαν βασική εκπαίδευση την ιατρική και ειδικότητα την Μαιευτική. Αντίθετα οι περισσότερες μαίες δεν είχαν επηρεαστεί από το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των γιατρών και δεν είχαν αναζητήσει θεωρητική κατάρτιση με αποτέλεσμα οι γνώσεις των περισσότερων μαιών να παραμείνουν εμπειρικές και ελλιπής (Rooks, 1999). Επιπρόσθετα, αυτή την εποχή είχε παρουσιαστεί το φαινόμενο οι μαίες να κατηγορηθούν ότι ως γυναίκες ήταν πολύ ευαίσθητες και δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν με νηφαλιότητα τις πιθανές επιπλοκές του τοκετού (Donalson et al, 1985).

Οι μαίες αν και είχαν κατηγορηθεί δεν προσπάθησαν να διορθώσουν την επαγγελματική τους εικόνα και τη γνωσιολογική τους ανεπάρκεια (Dye, 1993). Το αποτέλεσμα ήταν οι μορφωμένες γυναίκες να αναζητήσουν φροντίδα από μαιευτήρες, οι οποίοι εξηγούσαν στις γυναίκες ότι για τη δική τους ασφάλεια θα πρέπει να γεννούν στο νοσοκομείο με μαιευτήρες. Έτσι, αυτό το κοινωνικό φαινόμενο οδήγησε στην περαιτέρω αύξηση του αριθμού των Μαιευτήρων και τη δημιουργία μαιευτικών τμημάτων σε πολλά νοσοκομεία. Οι επαγγελματίες υγείας του κάθε νοσοκομείου άρχισαν να αναζητούν ακόμη περισσότερες παρεμβάσεις για αντιμετώπιση του πόνου και διευκόλυνση των γυναικών κατά τον τοκετό. Το αποτέλεσμα στις περισσότερες χώρες οι πλούσιες γυναίκες να αναζητούν και να δέχονται φροντίδα από τους μαιευτήρες και ο ρόλος των μαιών να περιοριστεί στη φροντίδα των φτωχών γυναικών στα σπίτια τους (Tew, 2000).

Σύμφωνα με την Tew (2000) η συμπεριφορά των μαιών δικαιολογείται διότι οι περισσότερες γυναίκες ήταν φτωχές και ήταν πολύ απασχολημένες με την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Το αποτέλεσμα ήταν να μην προσπαθήσουν να βελτιώσουν το επίπεδο εκπαίδευσης τους (Mason et al, 1991). Επιπρόσθετα, μερικές μαίες πίστευαν ότι δεν χρειάζεται να αποκτήσουν πολλές γνώσεις διότι είναι υπεύθυνες για τους φυσιολογικούς τοκετούς και η γυναίκα με τη βοήθεια των

φυσικών της χαρακτηριστικών έχει τη δυνατότητα να γεννήσει τα παιδιά της μόνη της (Roberts, 1995b). Αυτή η φιλοσοφία και προσέγγιση δεν ικανοποιούσε τις ανάγκες πολλών γυναικών και με την πάροδο του χρόνου σε πολλές χώρες οι μαιευτήρες είχαν κατορθώσει να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των γυναικών και της κοινωνίας. Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται ότι κορυφώθηκε τους νεότερους χρόνους (Rooks, 1999).

Το τέλος του 20<sup>ου</sup> αιώνα τα αυξημένα ποσοστά μητρικής θνησιμότητας είχαν ως αποτέλεσμα να κατηγορηθούν ακόμη περισσότερο οι μαιές από το κοινωνικό σύνολο για ανεπάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων (Tew, 2000). Οι μαιευτήρες προσπάθησαν να πείσουν τις κυβερνήσεις ότι θα έπρεπε να αναλάβουν την διεκπεραίωση όλων των τοκετών και οι μαιές να έχουν βοηθητικούς ρόλους στα μαιευτικά τμήματα (Rooks, 1999). Στην Ευρώπη, στην Αυστραλία στις Ηνωμένες Πολιτείες, στον Καναδά και στις Σκανδιναβικές χώρες οι κυβερνήσεις αρνήθηκαν επισημαίνοντας ότι αν εφαρμοζόταν αυτή η πολιτική θα υπήρχε αχρείαστη οικονομική επιβάρυνση (Van Tellinger et al, 2003). Ως εκ τούτου, οι περισσότερες κυβερνήσεις αποφάσισαν να στηρίξουν το μαιευτικό επάγγελμα με άμεση βελτίωση της εκπαίδευσή τους.

Μια σύντομη αναφορά στην εκπαίδευση των Μαιών και των Μαιευτήρων είναι χρήσιμη και σχετίζεται άμεσα με το νομοθετικό πλαίσιο και την εξέλιξη των δύο επαγγελμάτων. Τα δύο αυτά επαγγέλματα είναι συνυφασμένα με την παροχή επιλογών στις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

### **3.3 Εκπαίδευση των Μαιών και των Μαιευτήρων**

Σχετικά με την Εκπαίδευση των Μαιών και των Μαιευτήρων αναφέρεται ότι στις περισσότερες δυτικές χώρες είχαν δημιουργηθεί σχολές μαιών μαζί με τις ιατρικές σχολές το 18<sup>ο</sup> αιώνα. Οι μαιευτήρες παρακολουθούσαν έξι χρόνια εκπαίδευσης γενικής ιατρικής και μετά ακολουθούσαν τη μαιευτική και γυναικολογία ως ειδικότητα (Davis-Floyd, 2003). Οι περισσότερες μαιές αν και είχαν δημιουργηθεί μαιευτικές σχολές πολύ λίγες είχαν θεωρητική κατάρτιση. Οι

περισσότερες προτίμησαν να έχουν μόνο πρακτική άσκηση υπό την επίβλεψη των γιατρών ή των πρακτικών μαιών. Το 1911 στην Αγγλία όταν αξιολογήθηκε από ομάδα εμπειρογνομόνων η εκπαίδευση των μαιών, είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι μαιές είχαν γνωσιολογική ανεπάρκεια και αποφασίστηκε να παρακολουθούν γενική νοσηλευτική και μετά μαιευτική (Tew, 1990).

Στην Αμερική οι μαιές στην προσπάθεια τους να βελτιώσουν την εικόνα του μαιευτικού επαγγέλματος είχαν δημιουργήσει μια καινούργια κατηγορία Μαιών που είχαν βασική εκπαίδευση τη νοσηλευτική και μετά παρακολουθούσαν τη μαιευτική ως ειδίκευση. Οι μαιές /νοσηλεύτριες όπως ονομάστηκαν εργάζονταν μόνο στο νοσοκομείο. Οι μαιές με εκπαίδευση μόνο στη μαιευτική εξακολούθησαν να διεκπεραιώνουν τοκετούς στο σπίτι (Banister and Burman, 2007).

Στην Ελλάδα το 1834 με σχετικό διάταγμα αναγνωρίστηκαν οι «Μαιεύτριες» για να διακρίνονται από τις διπλωματούχες και τις εμπειρικές μαιές. Στις μαιεύτριες είχε δοθεί άδεια άσκησης επαγγέλματος και τη χορηγούσε ο Νομάρχης. Το 1836 ιδρύθηκε το κρατικό μαιευτήριο και σχολή μαιών. Οι επιστήμονες μαιές με σχετικό διάταγμα του 1838, θα έπρεπε να έχουν φοιτήσει στη Μαιευτική σχολή της Αθήνας. Η διάρκεια των μαθημάτων ήταν ενός έτους και κριτήρια εισαγωγής ήταν η αρτιμέλεια, η υγεία, το ήθος, η καλή γνώση ανάγνωσης και γραφής και ηλικία 18-40 ετών (Λυκερίδου, 2011).

Οι επιστήμονες μαιές όμως δεν κάλυπταν τις ανάγκες της ελληνικής επικράτειας και έτσι διορίστηκαν εμπειρικές μαιές με ειδική διάταξη. Οι περισσότερες γυναίκες επέλεγαν τις εμπειρικές μαιές διότι εμπιστεύονταν την εμπειρία τους. Το 1916, με ειδικό διάταγμα οι επιστήμονες μαιές είχαν την δυνατότητα να ασκούν την μαιευτική σε όλη την επικράτεια, ενώ οι πρακτικές μόνο στα χωριά τους ή στα διπλανά χωριά (Μωρός, 2010). Θα ήταν χρήσιμο σε αυτό το σημείο να γίνει αναφορά ειδικά για τη Φροντίδα Μητρότητας στην Κύπρο.

### **3.4 Κυπριακή Ιστορική αναδρομή της Φροντίδας Μητρότητας.**

Η ιχνηλάτηση και καταγραφή των ιστορικών δρώμενων για τη φροντίδα μητρότητας στη Κύπρο είναι πολύ δύσκολη διότι υπάρχει ελλιπής βιβλιογραφία (Γεωργιάδης, 2001). Ο ρόλος της μαίας, καταδεικνύεται με βάση τα αρχαιολογικά ευρήματα διαφόρων εποχών. Σε πολλά αρχαία αγάλματα αναπαριστάται η φροντίδα της εγκύου, της επιτόκου από την μαία. Στις περισσότερες αναπαραστάσεις είναι έκδηλη η σύνδεση του πολιτισμού της Κύπρου με την αρχαία Ελλάδα. Με την Ελληνική επιρροή, η Αsoioqe που ήταν θεά της γονιμότητας, διαδέχθηκε η θεά Αφροδίτη και αργότερα με την επιρροή των Πτολεμαίων η θεά Αρσινόη. Με τις εμπορικές επαφές Κρήτης και Κύπρου μεταφέρονται οι γνώσεις υγιεινής και οι θεότητες που υπήρχαν στην Κρήτη. Χαρακτηριστικό είναι ότι ενώ στον Μινωικό πολιτισμό λατρεύεται η θεά μητέρα που είναι προστάτιδα του τοκετού, στην Κύπρο ως θεά της Μαιευτικής και προστάτιδα των τοκετών λατρεύεται η Αριάδνη. Η Αριάδνη ήταν κόρη του Μίνωα και σύζυγος του Θησέα, η οποία πέθανε κατά τη διάρκεια του τοκετού της στην Αμαθούντα και σύμφωνα με τον Πλούταρχο λατρευόταν ως «Σύμβωμος της Αφροδίτης» (Γεωργιάδης, 2001).

Ευρήματα αγαλματιδίων στην Αμαθούντα, ψηφιδωτών στην Πάφο και τρεις μαιευτικές παραστάσεις αγαλμάτων του 6ου αιώνα π.Χ. που ανακαλύφθηκαν στη Λάπηθο υποστηρίζουν την παρουσία της Αριάδνης στην Κύπρο. Τα αγάλματα παρουσιάζουν τους χειρισμούς της μαίας και της βοηθού μαίας και διαφορετικές θέσεις της γυναίκας κατά την διάρκεια του τοκετού (Μαραγκού και Γεωργιάδης, 2006). Κατά την Βυζαντινή περίοδο είχε επικρατήσει ο Χριστιανισμός στην Κύπρο και οι συνθήκες διαβίωσης είχαν βελτιωθεί. Η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου είχε οδηγήσει στη βελτίωση της φροντίδας των εγκύων, των επιτόκων και των λεχωίδων. Οι άνθρωποι αυτή την εποχή είχαν ασχοληθεί με την αγαθοεργία και τη φροντίδα. Οι πλούσιοι βοηθούσαν τους φτωχούς και μειώθηκε η ανισότητα μεταξύ των ανθρώπων (Μουντζάλη, 2003). Στη συνέχεια την Κύπρο κατέλαβαν πολλοί κατακτητές και δεν υπάρχουν πληροφορίες για τη φροντίδα μητρότητας.

Το 1571 οι Οθωμανοί εισέβαλαν στην Κύπρο και η μαιευτική φροντίδα οδηγήθηκε στα χειρότερα επίπεδα. Κατά την Οθωμανική Επικράτεια η περιγεννητική φροντίδα ήταν ανύπαρκτη και δεν υπήρχε καμία πρόνοια για την δημόσια και ιδιωτική υγιεινή. Αναφέρεται όμως, ότι στις αρχές του 19ου αιώνα οι φτωχές γυναίκες γεννούσαν σε άθλιες συνθήκες στα νοσοκομεία με το τραγικό αποτέλεσμα χιλιάδες λεχωίδες να πεθαίνουν με επιλόχειο πυρετό (Γεωργιάδης, 2001)

Οι Τούρκοι το 1878 είχαν πωλήσει την Κύπρο στους Άγγλους. Οι Άγγλοι έφεραν σημαντικές βελτιώσεις στην υγεία και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη διότι είχαν ιδρύσει νοσοκομεία και είχαν διοργανώσει και στελεχώσει τις υπηρεσίες υγείας. Το πρώτο νοσοκομείο που δημιουργήθηκε με μαιευτικά τμήματα ήταν το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας. Οι Άγγλοι για να πετύχουν τη διοργάνωση των υπηρεσιών υγείας, είχαν φέρει δικές τους Νοσηλεύτριες και Μαιείς που είχαν αναλάβει τις ανώτερες θέσεις στα νοσοκομεία και είχαν χρησιμοποιήσει τις Κύπριες μαιείς ως βοηθούς (Μαραγκού και Γεωργιάδης, 2006). Το 1931 υπήρχαν πέντε κρατικά νοσοκομεία το νοσοκομείο Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Αμμοχώστου και Πάφου με πλήρη κυβερνητική επιχορήγηση.

Με την ανεξαρτησία της Κύπρου το 1960, όλα τα κρατικά νοσοκομεία και αγροτικά κέντρα συνέχισαν να λειτουργούν υπό την ευθύνη της Κυπριακής κυβέρνησης παρέχοντας δωρεάν περίθαλψη (Μαραγκού και Γεωργιάδης, 2006). Η Κυπριακή Δημοκρατία προσπάθησε να δημιουργήσει ένα λειτουργικό σύστημα υγείας, το οποίο ελάχιστες αλλαγές έχει δεχθεί μέχρι σήμερα (Golna et al, 2004). Συγκεκριμένα, για τη φροντίδα μητρότητας μετά την Τουρκική εισβολή το 1974 αναφέρεται ότι οι τοκετοί από την κοινότητα μεταφέρθηκαν στα νοσοκομεία διότι είχε τεθεί σε εφαρμογή η πολιτική της συγκέντρωσης. Οι μαιείς είχαν εργοδοτηθεί στα δημόσια νοσοκομεία, με αποτέλεσμα σταδιακά να επηρεαστεί η αυτονομία τους διότι ως δημόσιοι υπάλληλοι μέσα στο νοσοκομείο θα έπρεπε να εργάζονται συγκεκριμένο ωράριο και να εκτελούν συγκεκριμένα καθήκοντα. Με την πάροδο του χρόνου οι μαιείς σταμάτησαν να διεκπεραιώνουν τοκετούς στην κοινότητα και η κοινοτική μαιευτική σταμάτησε να παρέχεται (Γεωργιάδης, 2001). Μερικά

Αγροτικά Υγειονομικά Κέντρα συνέχισαν να στελεχώνονται με μαίες μέχρι τη δεκαετία 1980-1990 αλλά οι μαίες εκτελούσαν νοσηλευτικά καθήκοντα.

### **3.4.1 Το υφιστάμενο σύστημα υγείας της Κύπρου**

Η Κύπρος το 2009 παρουσιάζοταν διεθνώς ως μια από τις επιτυχημένες αναπτυσσόμενες χώρες, με ψηλό ρυθμό ανάπτυξης, εσωτερική και εξωτερική οικονομική σταθερότητα. Η προβληματική οικονομία που κληρονομήθηκε από την Αγγλική αποικιοκρατία το 1960 μεταβλήθηκε σε μια μοντέρνα οικονομία με σταθερή πρόοδο σε όλους τους τομείς της κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας, με δυναμικές υπηρεσίες, ψηλή κοινωνική δομή και επιτυχημένους βιομηχανικούς και γεωργικούς τομείς. Διεθνώς η Κύπρος είχε την 16<sup>η</sup> θέση όσον αφορά το κατά κεφαλή εισόδημα και αναγνωριζόταν ως οικονομία που εκμεταλλεύτηκε σωστά τις ευκαιρίες που παρουσιάστηκαν κατά καιρούς και δημιούργησε ένα σταθερό υπόβαθρο για οικονομική και κοινωνική πρόοδο στο μέλλον (Golna et al , 2004).

Οι Κύπριοι απολάμβαναν ψηλό βιοτικό επίπεδο μέχρι το 2005, και με βάση το κατά κεφαλή εισόδημα ήταν 17,048 ευρώ και η Κύπρος ήταν ανάμεσα στις υψηλά εισοδηματικές οικονομίες. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, το πραγματικό κατά κεφαλή εισόδημα της Κύπρου είχε φθάσει σε επίπεδο πέραν του 80% του μέσου όρου επιπέδου εισοδήματος της Ευρωπαϊκής Ένωσης προσαρμοσμένο ως προς την αγοραστική δύναμη. Στη συνέχεια με την διεθνή οικονομική κρίση, το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν στην Κύπρο το 2010 ήταν κατώτερο του μέσου όρου στην Ευρώπη και το 2011 το έλλειμμα στη Κυπριακή Δημοκρατία ανήλθε στα 1,084 ευρώ ή στο 6,01% του ΑΕΠ, έναντι ελλείμματος 850,3 εκ. Ευρώ, ή 4,91% του ΑΕΠ το 2010 (ΕΞΠΡΕΣΣ Οικονομική εφημερίδα 2/3/12). Παράλληλα, αυτή την περίοδο σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας η Κύπρος, είχε κατά κεφαλήν ΑΕΠ οριακά κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ-27. Συγκεκριμένα, το κατά κεφαλή ΑΕΠ της Κύπρου διαχρονικά, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (2010) ήταν:

**Πίνακας 1: Κατά κεφαλή ΑΕΠ της Κύπρου**

Κατά Κεφαλή ΑΕΠ της Κύπρου σε	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Μονάδες Αγοραστικής Αξίας (ΕΕ-27 =100)	91.5	93.8	93.4	93.7	99	99	99

## Η

Η Κυπριακή δημοκρατία έχει επενδύσει στον τομέα της υγείας αλλά σύμφωνα με έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2006) το Κυπριακό Σύστημα Υγείας, υπολειτουργεί και είχε κατατάξει την Κύπρο 19<sup>η</sup> από τις 27 χώρες μέλη, όσον αφορά την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των πολιτών. Η έκθεση επίσης είχε διαπιστώσει ότι τα 4/5 του πληθυσμού δικαιούνται περίθαλψη στο δημόσιο τομέα αλλά οι περισσότεροι Κύπριοι πολίτες προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι το ποσοστό των πολιτών που πληρώνουν οι ίδιοι για την υγεία τους είναι το μεγαλύτερο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Golna et al, 2004).

Το Υπουργείο Υγείας έχει εντοπίσει τις αδυναμίες του Συστήματος Υγείας της χώρας και έχει τροχοδρομήσει αλλαγές με σημαντικότερη την εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓΕΣΥ). Η προεργασία για την εφαρμογή του ΓΕΣΥ άρχισε αλλά παρουσιάζονται πολλά λειτουργικά και πολιτικά εμπόδια (Ετήσια έκθεση ΥΥ, 2007, 2009). Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο παρόντα χρόνο παρέχεται από τις κρατικές υπηρεσίες υγείας και τον ιδιωτικό τομέα. Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας παρέχουν φροντίδα σύμφωνα με τους περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικούς Κανονισμούς, που διαλαμβάνουν την δωρεάν περίθαλψη σε άτομα και οικογένειες που είναι Κύπριοι πολίτες και μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου ή πολίτες χώρας Ευρωπαϊκής Ένωσης που εργάζονται και κατοικούν στην Κύπρο με ετήσιο εισόδημα μέχρι 15,377 πλέον 1700 ευρώ για κάθε παιδί. Αντίστοιχα και σε διάφορες άλλες κατηγορίες, όπως οι κρατικοί αξιωματούχοι, τα μέλη της Βουλής των Αντιπροσώπων, οι κρατικοί υπάλληλοι, οι κυβερνητικοί εργάτες, οι συνταξιούχοι του δημοσίου, οι εθνοφρουροί, οι

πολύτεκνοι, ορισμένες κατηγορίες αναπήρων και χρόνιων ασθενών, οι φοιτητές διαφόρων σχολών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι τρόφιμοι διαφόρων φιλανθρωπικών ιδρυμάτων.

Για άτομα και οικογένειες με ετήσιο εισόδημα 15.377 – 20.500 και 30.754-37.590 πλέον 1700 για κάθε παιδί, αντίστοιχα έχουν κάλυψη του 50% των τελών για νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι χρεώσεις για νοσοκομειακή περίθαλψη που δεν υπερβαίνει το 50% των κανονικών τελών καθορίζονται ανάλογα με το οικογενειακό εισόδημα. Με πλήρη καταβολή τελών για νοσοκομειακή περίθαλψη, για τις υπόλοιπες κατηγορίες και τους αλλοδαπούς (Ετήσια Έκθεση ΥΥ, 2009).

#### 3.4.1.1 Προγεννητική ενημέρωση στην Κύπρο.

Η Προγεννητική ενημέρωση στην Κύπρο δεν παρέχεται σε επίσημη βάση και δεν είναι πλήρης (Χατζηγεωργίου, 2009). Οι γυναίκες που φροντίζονται από το ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο έχουν τη δυνατότητα να ενημερώνονται με μια σειρά διαλέξεων για την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας στο Μακάριο νοσοκομείο στη Λευκωσία και στο νοσοκομείο Λεμεσού. Οι διαλέξεις αυτές εστιάζονται στην φυσική και ψυχολογική προετοιμασία του ζευγαριού για τον τοκετό, την περίοδο της λοχείας και τη φροντίδα του νεογέννητου. Δεν παρέχονται πληροφορίες για τους τόπους τοκετού και η πληροφόρηση περιορίζεται σε μια επίσκεψη των εγκύων, στις αίθουσες τοκετών των δημόσιων νοσοκομείων για δημιουργία προσωπικής άποψης για το φυσικό και ανθρώπινο περιβάλλον.

Τα τελευταία χρόνια το Υπουργείο Υγείας στην προσπάθεια του να βελτιώσει την πληροφόρηση στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας έχει δημιουργήσει ειδικό σύστημα παρακολούθησης. Το σύστημα αυτό συλλέγει, αναλύει και παρουσιάζει πληροφορίες που αφορούν την υγεία του πληθυσμού. Για τη φροντίδα μητρότητας αναφέρονται σημαντικοί δείκτες που αφορούν την υγεία των βρεφών και των μητέρων, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά μόνο για το δημόσιο νοσοκομείο. Για τον ιδιωτικό τομέα δεν συλλέγονται



στατιστικά στοιχεία, αλλά έχει δημιουργηθεί ειδική επιτροπή για έλεγχο ιδιωτικών νοσοκομείων, η οποία δεν έχει το δικαίωμα να υποχρεώσει τους ιδιώτες να αναφέρουν στατιστικά στοιχεία.

#### 3.4.1.2 Υφιστάμενη δομή τόπων τοκετού στην Κύπρο.

Η γυναίκα στην Κύπρο έχει τη δυνατότητα να γεννήσει σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο. Οι Μαιευτήρες του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα παρακολουθούν όλες τις γυναίκες υψηλού και χαμηλού κινδύνου, κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία (EMA, 2008). Οι περισσότεροι μαιευτήρες έχουν δημιουργήσει τις δικές του ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές ή είναι μέτοχοι σε μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία. Όλα τα ιδιωτικά μαιευτικά τμήματα δεν στελεχώνονται με το ανάλογο ανθρώπινο δυναμικό και ειδικά με μαιές (Hadjigeorgiou et al., 2011). Αυτό διαφαίνεται από την αναβολή του νόμου για ιδιωτικές κλινικές που αναφέρει «να παραταθεί η αναστολή της ισχύος των διατάξεών του που καθορίζουν τις απαιτήσεις για στελέχωση των εν λόγω νοσηλευτηρίων με εγγεγραμμένες μαιές, η οποία λήγει την 31η Δεκεμβρίου 2010, μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2015» (Βουλή των αντιπροσώπων, 2010).

Η έλλειψη Μαιών είναι φαινόμενο που παρατηρείται στις περισσότερες χώρες του κόσμου και σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ διεθνώς υπάρχει έλλειψη 350.000 μαιών (ΠΟΥ, 2005). Στην Κύπρο παρουσιάζεται έλλειψη μαιών στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα και για κατανόηση της δημιουργίας του συγκεκριμένου φαινομένου θα γίνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή για την εκπαίδευση των μαιών στη Κύπρο.

#### 3.4.2 Η εκπαίδευση των Μαιών στη Κύπρο.

Η εκπαίδευση των μαιών σύμφωνα με εκπαιδευτικά πιστοποιητικά που έχουν ανευρεθεί άρχισε το 1932. Την ίδια περίοδο είχαν δημιουργηθεί και κριτήρια για την εκπαίδευση και την άσκηση της μαιευτικής. Ταυτόχρονα, είχε αρχίσει το 1<sup>ο</sup>ν μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα Μαιευτικής με βάση τις πρόνοιες του Νόμου. Το

1933 αποφοίτησαν οι πρώτες μαίες στην Κύπρο με επαγγελματική κατάρτιση. Οι καταρτισμένες μαίες ήταν υπεύθυνες για τους τοκετούς της υπαίθρου, των νοσοκομείων και των αγροτικών υγειονομικών κέντρων. Το 1950, Κύπριες απόφοιτοι γυμνασίου είχαν συνεχίσει τις σπουδές τους στην Αγγλία και είχαν παρακολουθήσει πρόγραμμα Μαιευτικής. Όλες οι μαίες αναφέρεται ότι είχαν επαγγελματική και κοινωνική καταξίωση, διορίζονταν σε θέσεις μαίας στο δημόσιο και ασκούσαν την μαιευτική αυτόνομα σε πόλεις, χωριά και νοσοκομεία. Μερικές μαίες επέλεξαν να εργάζονται ως αυτοεργοδοτούμενες στη κοινότητα (Ετήσια Έκθεση, Υ Υ, 1957).

Από το 1945 αναφέρεται ότι οι προϊστάμενες του Μαιευτηρίου άρχισαν να δίνουν κάποιες διαλέξεις μαιευτικής στις μαίες αλλά χωρίς εγκεκριμένο αναλυτικό πρόγραμμα. Οι διαλέξεις δίνονταν στον χώρο εργασίας των μαιών και μερικές φορές κατά την διάρκεια της εργασίας. Το 1951 η Μαιευτική Σχολή αρχίζει για απόφοιτες του Δημοτικού και ταυτόχρονα δημιουργούνται στα νοσοκομεία αυτόνομα μαιευτικά τμήματα. Το πρόγραμμα μαιευτικής ήταν διετές πρόγραμμα με 6 μήνες γενική Νοσηλευτική και 18 μήνες Μαιευτική. Το πρόγραμμα μαιευτικής προγραμματιζόταν ανάλογα με τις ανάγκες της Κυπριακής κοινωνίας αλλά με πολλές δυσκολίες. Οι βασικές δυσκολίες ήταν ότι τα μαθήματα διεκπεραιώνονταν σε πρόχειρες αίθουσες και οι μαίες παρακολουθούσαν τα μαθήματα μετά από νυκτερινή βάρδια. Στην συνέχεια η εκπαίδευση των μαιών έγινε διετής αλλά οι δικαιούχες έπρεπε να είχαν συμπληρώσει τουλάχιστον τις 3 πρώτες τάξεις του Γυμνασίου και να περάσουν εισαγωγικές εξετάσεις. Το 1974 έγινε τροποποίηση των κανονισμών και οι δικαιούχες θα έπρεπε να ήταν απόφοιτοι του Λυκείου.

Το 1980 είχε σταματήσει η διετής εκπαίδευση των μαιών και είχε συνεχίσει μεταβατική εκπαίδευση για 12 μήνες στην Αγγλική μέχρι το 1988. Οι μαίες αυτές είχαν βασική εκπαίδευση τη νοσηλευτική και προορίζονταν για υπεύθυνες των μαιευτικών τμημάτων. Ακολούθως έγινε μία μόνο ομάδα το 1993 στην Ελληνική γλώσσα. Από το 1998 μέχρι σήμερα η εκπαίδευση στην μαιευτική προσφέρεται ως μεταβατικό πρόγραμμα και έχει διάρκεια 18 μήνες ή 3000 ώρες, στην Ελληνική και ακολουθείται από 1 χρόνο πιστοποιημένη μαιευτική άσκηση. Μέχρι σήμερα έχουν ολοκληρωθεί 4 προγράμματα με αυτό το είδος εκπαίδευσης. Το 2007 το

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου είχε ιδρύσει τη Σχολή Επιστημών Υγείας και δημιούργησε το τμήμα νοσηλευτικής. Τη Μαιευτική επιστήμη την έχει αναλάβει το ΤΕΠΑΚ το 2008 αλλά ως πρόγραμμα ειδίκευσης. Μετά την περιγραφή της μαιευτικής εκπαίδευσης στη Κύπρο θα εξηγηθεί το νομοθετικό πλαίσιο των δύο βασικών επαγγελμάτων που προσφέρουν φροντίδα μητρότητας των μαιών και των μαιευτήρων.

### **3.5 Νομοθετικό πλαίσιο για το επάγγελμα μαιών και μαιευτήρων.**

Οι μαιές σε αντίθεση με τους μαιευτήρες δεν είχαν δημιουργήσει νομοθετικό πλαίσιο για το επάγγελμα τους (Weaver et al, 2005). Στην Αμερική και Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρεται ότι είχε δημιουργηθεί νομοθετικό πλαίσιο για τις μαιές το 1920, αλλά και σε αυτές τις χώρες, σε μερικές περιοχές υπήρχαν μαιές που δεν είχαν επαγγελματική άδεια (Donnison, 1977, 1988). Το μαιευτικό επάγγελμα δεν είχε κατοχυρωθεί στις περισσότερες χώρες διότι οι μαιές δεν είχαν ασχοληθεί με τη μόρφωση τους και ως εκ τούτου ούτε με την κατοχύρωση του επαγγέλματος τους (Tew, 1990). Ένας άλλος παράγοντας που έχει επηρεάσει την αναγνώριση των μαιών ήταν ότι όλες οι μαιές ήταν γυναίκες. Οι γυναίκες σε πολλές κοινωνίες εμποδίζονταν πρακτικά να επιδίδονται σε πνευματικές απασχολήσεις μέχρι και το 17<sup>ο</sup> αιώνα (Rook, 1999, Van Teillinger et al, 2003).

Στην Κύπρο το 1932 (Ν.14/1932) αναφέρεται ως έτος ορόσημο για τη Μαιευτική διότι εγκρίνεται ο πρώτος Μαιευτικός νόμος. Στη συνέχεια με το νόμο 1952 -1955 είχε δημιουργηθεί το καθηκοντολόγιο των μαιών με βάση το άρθρο 15 του Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμου του 1951 και του άρθρου 2 του Ν.1955. Η μετέπειτα νομοθετική πορεία του Μαιευτικού επαγγέλματος αφορά τον Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμο 214 του 1988 ο οποίος αντικαταστάθηκε από τον εναρμονιστικό 154(I) του 2003 και τροποποιήσεις του ίδιου νόμου έως το 2006. Βασικό σταθμό για την άσκηση της μαιευτικής στην Ευρώπη έχουν αποτελέσει οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης 80/155, 80/154, οι οποίες περιγράφουν τις νομοθετικές, κανονιστικές και διοικητικές διατάξεις που αφορούν

την ανάληψη και άσκηση των δραστηριοτήτων της μαίας. Οι οδηγίες αυτές έχουν ενσωματωθεί στην οδηγία 2005/36.

Το επάγγελμα της Μαίας και του Μαιευτήρα τον 21<sup>ο</sup> αιώνα διέπεται από τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης με την οδηγία 2005/36. Η οδηγία 2005/36 έχει θεσπιστεί από τα θεσμικά όργανα της ΕΕ, τα οποία καθιέρωσαν κανόνες που διευκολύνουν την αμοιβαία αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων μεταξύ των κρατών μελών για συγκεκριμένα επαγγέλματα όπως της μαίας και μαιευτήρα (<http://eurx.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EL:PDF>). Οι μαίες σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή νομοθεσία που έχει ενσωματωθεί στο Νόμο περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής 1988-2012, έχουν τη δυνατότητα να εργάζονται αυτόνομα.

Οι περισσότερες μαίες εργάζονται στα νοσοκομεία και καμία μαία δεν έχει δηλώσει ενδιαφέρον για αυτόνομη άσκηση του Μαιευτικού επαγγέλματος. Αυτό που είναι σημαντικό να αναφερθεί για περισσότερη κατανόηση της παρούσας κατάστασης στη φροντίδα μητρότητας είναι ότι οι μαίες εργάζονται στα νοσοκομεία αλλά δεν φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο της μαίας αλλά της νοσηλευτικού λειτουργού. Αυτό συμβαίνει διότι, το 1998 ο κλάδος Νοσηλευτών στη Παγκύπριας Συντεχνίας Δημοσίων Υπαλλήλων είχε συμφωνήσει με το Υπουργείο Υγείας να διαγραφεί η οργανική θέση της Μαίας και το σχέδιο υπηρεσίας των μαιών διότι ήταν εμπόδιο για την ανέλιξη των Μαιών. Η θέση καταργήθηκε με εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και μετονομάστηκε σε «Νοσοκόμο» (Ν.22(II)/1998). Η μετονομασία των μαιών σε νοσοκόμους ίσχυσε για τις μαίες της 2ετούς εκπαίδευσης καθώς οι μαίες της μετανοσηλευτικής εκπαίδευσης ήταν ήδη διορισμένες ως «Νοσηλευτικοί Λειτουργοί» και το μαιευτικό προσόν τους παρείχε την ευκαιρία για προαγωγή στη νοσηλευτική ιεραρχία. Επιπρόσθετα, με την αλλαγή του τίτλου των μαιών, στις μαίες με διετή απευθείας εκπαίδευση προσφέρθηκαν μαθήματα, «αναβάθμισης στην Γενική Νοσηλευτική» για σκοπούς ομοιομορφίας, ίσων ευκαιριών και προαγωγής στη Νοσηλευτική.

Με αυτή την αλλαγή είχαν καταργηθεί οι οργανικές θέσεις μαίας, και ταυτόχρονα είχε διαγραφεί η δομή, η ηγεσία και η ανέλιξη μαιευτικού

επαγγέλματος. Οι μαιές ανελίσσονται στην ιεραρχία σύμφωνα με τα Σχέδια Υπηρεσίας του Νοσηλευτικού Λειτουργού. Οι μαιές ονομάζονται νοσηλευτικοί λειτουργοί και ασκούν μαιευτική και αυτό αντιβαίνει με την νομοθεσία της Κύπρου (1988-2012) που σαφώς καθορίζουν την μαιευτική ως ανεξάρτητο επάγγελμα από την νοσηλευτική. Επιπρόσθετα, αντιβαίνει με τις συστάσεις της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών, του ΠΟΥ και του Διεθνούς Συλλόγου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων που καθορίζουν τη μαία ως αυτόνομο και ανεξάρτητο επαγγελματία (ICM/WHO/FIGO 1992, ICM, 2005), με δική της ειδική Εκπαίδευση, κώδικα δεοντολογίας και δραστηριότητες (ICM, 2011).

Περαιτέρω, το Γραφείο Τεχνικής Βοήθειας και Ανταλλαγής Πληροφοριών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (TAIEX, 2002) είχε αξιολογήσει τα επίπεδα της Μαιευτικής και Νοσηλευτικής επιστήμης στην Κυπριακή Δημοκρατία και είχε εντοπίσει ότι ήταν παράτυπο να μην υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ Μαιευτικής και Νοσηλευτικής και είχε συστήσει ότι η Κυπριακή Δημοκρατία θα έπρεπε να μεριμνήσει ώστε το μαιευτικό επάγγελμα να ξεχωρίσει ως αυτόνομο από τη Νοσηλευτική (European Commission, 2003). Έτσι ο Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών μετονομάστηκε σε «Παγκύπριο Σύνδεσμο Νοσηλευτών και Μαιών» και η Νοσηλευτική Σχολή είχε μετονομαστεί σε «Νοσηλευτική και Μαιευτική Σχολή».

Η στέρηση όμως του δικαιώματος των μαιών να αποκαλούνται μαιές έχει προκαλέσει αλυσιδωτές επιπτώσεις στην εργασιακή τους ψυχολογία, στην άσκηση των καθηκόντων τους, στο κοινωνικό και επαγγελματικό τους ρόλο (Χατζηγεωργίου, 2009). Παράλληλα, έχει επηρεαστεί η Μαιευτική επιστήμη στο σύνολο της διότι αν και είναι διαφορετική επιστήμη από τη νοσηλευτική πολλές φορές εκλαμβάνεται ως ειδίκευση της νοσηλευτικής και δεν έχει τον κατάλληλο χειρισμό. Συγκεκριμένα, στο Υπουργείο Υγείας υπάρχει μόνο δομή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών χωρίς αντίστοιχη δομή Μαιευτικών Υπηρεσιών και στα δημόσια νοσοκομεία δεν αναφέρεται ο τίτλος της Μαίας. Οι μαιές όμως έχουν δραστηριοποιηθεί το 2010 και έχει δημιουργηθεί η πρώτη επιτροπή ΜΑΙΩΝ του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών. Ο αριθμός των εγγεγραμμένων μαιών είναι 177. Οι 154 εργάζονται στο δημόσιο και 23 στον ιδιωτικό τομέα. Η

Επιτροπή Μαιών/ Μαιευτών εκπροσωπείται στη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών και στον Ευρωπαϊκό Σύνδεσμο μαιών.

Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (ΔΣΜ), ιδρύθηκε το 1919 και έχει αντιπροσώπους από 72 χώρες, 93 συνδέσμους και μέλη από 80 χώρες. Οι στόχοι της είναι η βελτίωση της ποιότητας της μαιευτικής φροντίδας που παρέχεται στην γυναίκα, το παιδί, την οικογένεια στις χώρες όλου του κόσμου μέσα από άρτια διαμόρφωση και εκπαίδευση επαγγελματιών μαιών. Η ΔΣΜ στοχεύει στην ενίσχυση των δυνατοτήτων και της αξίας της μαιευτικής παγκοσμίως, ώστε να επιτευχθεί η μείωση του ποσοστού μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η ΔΣΜ τονίζει ότι οι μαιές πρέπει να σέβονται το δικαίωμα κάθε γυναίκας για σωστή και επαρκή πληροφόρηση. Με τη σωστή πληροφόρηση οι μαιές προάγουν το αίσθημα υπευθυνότητας στην γυναίκα για τα αποτελέσματα της επιλογής της και διασφαλίζουν όλα τα δικαιώματα της (ICM, 2011).

Το επάγγελμα του Μαιευτήρα Γυναικολόγου στην Ευρώπη διέπεται επίσης από την οδηγία 2005/36. Το Διεθνές Συμβούλιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (FIGO/ICM, 2011) στα επαγγελματικά του πρότυπα τονίζει ότι ο μαιευτήρας γυναικολόγος θα πρέπει να εργαστεί από κοινού με άλλους επαγγελματίες υγείας για την μείωση των ιατρικών σφαλμάτων, την αύξηση της ασφάλειας των ασθενών, για να ελαχιστοποιηθεί η κατάχρηση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, και να βελτιστοποιήσουν τα αποτελέσματα της περίθαλψης. Το συμβούλιο των ιατρών αναφέρει επίσης ότι είναι χρήσιμο να βεβαιωθούν ότι οι αλληλεπιδράσεις με άλλους επαγγελματίες υγείας γίνεται πάντοτε με σεβασμό και διακριτικότητα αναγνωρίζοντας το σύνολο των δεξιοτήτων των άλλων επαγγελματιών υγείας. Παροτρύνει τους γιατρούς να παρέχουν ιατρική φροντίδα που να στοχεύει στη συνεργασία μεταξύ των ιατρών, των ασθενών και των οικογενειών τους, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι θεραπευτικές αποφάσεις που λαμβάνονται σέβονται τις προσδοκίες, τις ανάγκες, τις προτιμήσεις των ασθενών και επί πλέον επιδιώκει την ενεργοποίηση των ασθενών με την εκπαίδευση και τη βοήθεια που χρειάζονται, προκειμένου να λάβουν αποφάσεις και να συμμετάσχουν ενεργά στη φροντίδα τους ( Keith et al, 2002). Για τους Μαιευτήρες στη Κύπρο αρμόδιο

σώμα είναι το Παγκύπριο Ιατρικό Συμβούλιο και οι «Νόμοι περί εγγραφής Ιατρών» (ΠΙΣ, 2011) και οι κανονισμοί περί Ιατρικής Δεοντολογίας.

Στη σύγχρονη εποχή, οι δεοντολογικοί κανόνες καθοδηγούν τους επαγγελματίες στην άσκηση των καθηκόντων τους αλλά δεν έχουν νομική ισχύ. Οι δεοντολογικοί κανόνες σχετίζονται άμεσα με τις αξίες που έχουν διαμορφωθεί, και αυτές σχετίζονται με τη διατύπωση και την κατοχύρωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Thompson, 2003). Το δικαίωμα για πληροφόρηση, ελεύθερη επιλογή, σεβασμό στην προσωπικότητα, ασφάλεια και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία διότι σχετίζεται άμεσα με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας (Lothian, 2007, 2009). Οι ανεπτυγμένες χώρες έχουν δημιουργήσει ειδικούς μηχανισμούς και επιπρόσθετα κατάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις, με βασικότερη την δημιουργία Χάρτας για τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Bojo, 2008, Lothian, 2009). Στην παρούσα φάση κρίνεται χρήσιμο να γίνει εννοιολογικός προσδιορισμός των βασικών εννοιών και η περιγραφή του θεωρητικού πλαισίου.

## **4 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΠΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

### **4.1 Εισαγωγή**

Το κεφάλαιο αυτό αρχικά ασχολείται με την έννοια των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας γενικά και ειδικά για το δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού. Στη συνέχεια αναλύεται η θεωρία της «Επικράτειας της Γέννησης» η οποία έχει συστατικά υλικά την θεωρία της ενδυνάμωσης, του φεμινισμού και του Φουκώ. Η θεωρία της ενδυνάμωσης αναλύεται και παρουσιάζεται η αλληλεπίδραση της με την εταιρική σχέση. Το θεωρητικό και το εννοιολογικό πλαίσιο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των συσχετίσεων της θεωρίας της ενδυνάμωσης και του φεμινισμού με το μαιευτικό μοντέλο και των θεωριών του πατερναλισμού και του Φουκώ με το ιατρικό μοντέλο. Όλες οι θεωρίες σχετίζονται άμεσα με τη διασφάλισή μη του δικαιώματος της γυναίκας να επιλέγει τον τόπο τοκετού της.

### **4.2 Τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας και το δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού.**

Η έννοια της διασφάλισης των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας έχει παρουσιάσει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον ιδιαίτερα με την άνοδο του μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Mc Allister, 2008). Τα συστήματα υγείας από τον 20 αιώνα, με την αλματώδη εξέλιξη



στους τομείς της υγείας και του δικαίου είχαν συνειδητοποιήσει την αναγκαιότητα δημιουργίας των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας ή ασθενών (McCracken, 1999, Κυριόπουλος και συν, 2002). Τον 21<sup>ο</sup> αιώνα, ο Χάρτης των δικαιωμάτων των ασθενών έχει δημιουργηθεί και θεσμοθετηθεί σε πολλές χώρες. Πρωταρχικός στόχος της δημιουργίας και θεσμοθέτησης των δικαιωμάτων για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας ήταν η ενδυνάμωση του πολίτη για να διεκδικήσει οι υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται να είναι ασφαλείς, αποδοτικές και ανθρώπινες (Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2005, Kontoyiannis and Katsetos, 2008). Η Thompson (2004), περιγράφει τα δικαιώματα των ασθενών ως ένα εργαλείο που συμβάλλει στην ενδυνάμωση κάθε χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Η ενδυνάμωση του χρήστη υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι αποτελεί μέσο για λήψη ορθολογιστικής απόφασης για τη φροντίδα του ατόμου (Jomeen, 2009).

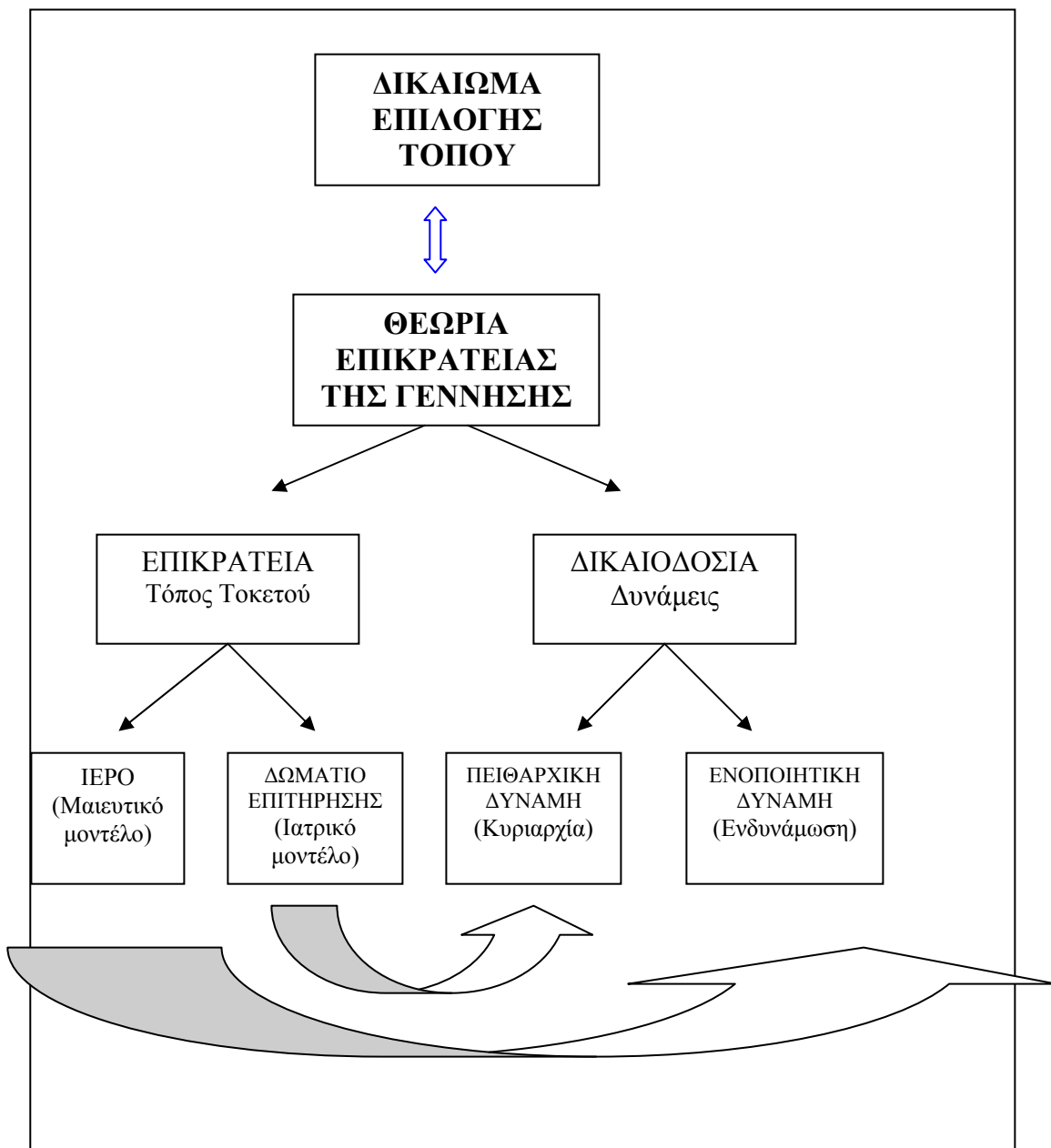
Η σημαντικότητα της διασφάλισης των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας διαφαίνεται και από τη διαχρονική τους πορεία (Γιαρένη, 2004). Από την αρχαιότητα τα δικαιώματα είχαν απασχολήσει έντονα πολλές κοινωνίες, οι οποίες στην προσπάθεια τους να προστατέψουν και να ενδυναμώσουν τους ασθενείς, είχαν θεσπίσει κανόνες λειτουργίας και κώδικες Δεοντολογίας (Αλεξιάδης, 2003). Η ανάγκη για διασφάλιση του δικαιώματος της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού παρουσιάστηκε τα τελευταία χρόνια και είναι αποτέλεσμα των γυναικείων διεκδικήσεων για βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας (Lothian, 2009, Jomeen, 2009). Οι Fahy and Parrat (2006) αναγνωρίζοντας το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο τόπος τοκετού στην έκβαση του τοκετού και στη χάραξη πολιτικής για περιγεννητική φροντίδα, έχουν δημιουργήσει τη θεωρία της Επικρατείας.

### **4.3 Θεωρία της «Επικρατείας της Γέννησης»**

Η Θεωρία της «Επικρατείας της Γέννησης» εξηγεί σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την γυναίκα να επιλέξει τον τοκετό της. Για καλύτερη κατανόηση του θεωρητικού πλαισίου της παρούσας μελέτης έχει δημιουργηθεί ειδική

σηματική απεικόνιση, η οποία βασίστηκε στη θεωρία της «Επικρατείας της Γέννησης» των Fahy and Parrat (2006).

Σχεδιάγραμμα 1. Σχηματική απεικόνιση του Θεωρητικού πλαισίου της μελέτης, η οποία βασίστηκε στη θεωρία της των «Επικρατείας της Γέννησης» Fahy and Parrat (2006).



Το θεωρητικό πλαίσιο βασίστηκε στη θεωρία της «Επικρατείας της Γέννησης», η οποία είχε συμπεριλάβει τη θεωρία του Φουκώ και του Φεμινισμού. Οι θεωρίες αυτές συμπληρώθηκαν εννοιολογικά με τη θεωρία της ενδυνάμωσης και του πατέρναλισμού. Σύμφωνα με τη θεωρία της «Επικρατείας της Γέννησης», η Επικράτεια αποτελείται από δυο βασικές έννοιες την «Δικαιοδοσία » και την «Επικράτεια». Η «Επικράτεια» αποτελείται από τις υποέννοιες της επιτήρησης και του ιερού και η «Δικαιοδοσία» από τις υποέννοιες: ενοποιητική δύναμη, πειθαρχική δύναμη, κηδεμονία και κυριαρχία. Όλα αυτά τα στοιχεία περιβάλλουν και επηρεάζουν την γυναίκα στην επιλογή τόπου τοκετού.

Η «Επικράτεια» δηλώνει τον τόπο, τα φυσικά χαρακτηριστικά και την γεωγραφική έκταση των επιμέρους χώρων του τόπου γέννησης, συμπεριλαμβανομένων των επίπλων και των αντικειμένων που η γυναίκα θα χρησιμοποιήσει κατά τον τοκετό της και αποτελείται από δύο επιμέρους έννοιες την «Αίθουσα επιτήρησης» και το «Ιερό». Οι έννοιες αυτές ορίζουν δυο αντίθετες προσεγγίσεις της θεωρίας, όπου το «Ιερό», ορίζεται ως ο χώρος όπου το άτομο είναι το επίκεντρο, έχει την δυνατότητα να ενωθεί με το θείο και σχετίζεται με την θρησκεία και την εσωτερική δύναμη. Η θρησκεία έχει τις ρίζες της στη θεμελιώδη ανθρώπινη ανάγκη να ανιχνεύσει το απώτερο νόημα της ύπαρξης, που έχει στο κέντρο την έννοια μιας ανώτερης δύναμης η οποία χαράσσει τις κατευθυντήριες γραμμές για την ηθική και την κοινωνική συμπεριφορά του ανθρώπου (Kotrotsiou-Barbouta , 2006). Σύμφωνα με την μελέτη των Fahy and Parrat (2006) Ιερό περιγράφεται ο τόπος που εξασφαλίζεται το οικογενειακό περιβάλλον και αποσκοπεί στη βελτιστοποίηση της ιδιωτικής ζωής, στη διευκόλυνση και στην άνεση των γυναικών να εμπιστευτούν τον εαυτό τους. Σε αυτό το οικογενειακό περιβάλλον αναμένεται να υπάρχει ατομοκεντρική προσέγγιση, εύκολη πρόσβαση σε ατομική τουαλέτα, με βαθιά μπανιέρα και ωραία χρώματα. Περαιτέρω, αναμένεται να υπάρχει μια κλειστή πόρτα για να παρέχει στη γυναίκα ησυχία, ηρεμία και αίσθημα ασφάλειας. Όλα αυτά τα στοιχεία θα βοηθήσουν τη γυναίκα να νοιώθει άνετα και οικεία στο περιβάλλον της και να αισθάνεται περισσότερη ασφάλεια, Αυτά τα συναισθήματα θα βοηθήσουν τη γυναίκα να αποκτήσει

περισσότερη αυτοπεποίθηση και η αυξημένη αυτοπεποίθηση θα οδηγήσει στην βέλτιστη φυσιολογική λειτουργία του σώματος της. Η συναισθηματική ευεξία, ο αυτοέλεγχος και η αυτοπεποίθηση θα ενισχύσουν την ενοποιητική της δύναμη και θα την βοηθήσουν να γεννήσει το παιδί της φυσιολογικά. Τα στοιχεία που έχουν αναφερθεί πιο πάνω σχετίζονται με τη φιλοσοφία του Μαιευτικού μοντέλου φροντίδας

Αντίθετα, το «Δωμάτιο επιτήρησης» είναι η άλλη υπο-έννοια της «Επικράτειας» και συνάδει με τη φιλοσοφία του ιατρικού μοντέλου. Το περιβάλλον σύμφωνα με το «Δωμάτιο επιτήρησης» σκοπό έχει να διευκολύνει την επιτήρηση της γυναίκας, να βελτιστοποιήσει την παρακολούθηση, να ενισχύσει την εξουσία και να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας στην εκτέλεση των καθηκόντων τους. Αυτό αποδεικνύεται διότι στα δωμάτια επιτήρησης συνήθως υπάρχει ένα κρεβάτι το οποίο βρίσκεται στο κέντρο και πόρτα με παράθυρο για να μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να έχουν άμεσο έλεγχο. Αυτό το περιβάλλον δημιουργεί στη γυναίκα το αίσθημα της ανασφάλειας, μειώνει την αυτοπεποίθηση της και της δημιουργεί ψυχολογική ένταση. Αυτά τα στοιχεία σχετίζονται με τη δύναμη που ασκείται από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και την προσωπική δύναμη της γυναίκας.

Εύστοχα, η θεωρία συνεχίζεται, περιγράφοντας τη δικαιοδοσία. Η «Δικαιοδοσία» είναι η δεύτερη έννοια της θεωρίας και αναφέρεται στις δυνάμεις που επιδρούν στο άτομο. Η δικαιοδοσία αναφέρεται επίσης ως το σύνολο των καθηκόντων και των δικαιωμάτων που έχει αυτός στον οποίο έχει δοθεί εξουσία και αναφέρεται σε αρμοδιότητες. Αυτή η έννοια, έχει διαχωριστεί σε τέσσερις υποέννοιες, την ενοποιητική δύναμη, την πειθαρχική δύναμη, την κηδεμονία και την κυριαρχία. Η ενοποιητική δύναμη, σχετίζεται με το ιερό και τη θεωρία της ενδυνάμωσης αλλά και με την κηδεμονία που θα έχει η γυναίκα από τους επαγγελματίες υγείας. Η κηδεμονία σύμφωνα με τη θεωρία προέρχεται συνήθως από τις μαίες, οι οποίες στηρίζουν την γυναίκα αναπτύσσοντας μαζί της εταιρική σχέση. Η θεωρία της εταιρικής σχέσης έχει αναπτυχθεί στην μαιευτική βιβλιογραφία από την δεκαετία του 1980 και έχει επηρεάσει την θεωρία της Επικράτειας της Γέννησης (Fahy, 2002).

Οι Guilliland και Pairman (1995) αναφέρονται ως οι δημιουργοί της θεωρίας της εταιρικής σχέσης. Η σχέση αυτή πρεσβεύει ότι θα ήταν καλό να αναπτύσσεται μεταξύ της μητέρας και της μαιίας σχέση εμπιστοσύνης και να χαρακτηρίζεται όχι μόνο από ισότητα αλλά και αμοιβαία κατανόηση. Η πειθαρχική δύναμη χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες υγείας, μαιίες ή μαιευτήρες οι οποίοι επιβάλλονται στη γυναίκα και προσπαθούν να την πείσουν να ακολουθήσει τις οδηγίες τους χωρίς διαμαρτυρία και χωρίς να της παρέχουν ουσιαστικές εξηγήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας που είναι η εξουσία χρησιμοποιούν την πειθαρχική δύναμη για να έχουν κυριαρχία και να ενισχύσουν την εξουσία τους. Αυτό το φαινόμενο εξηγείται με τις θεωρίες του Φουκώ και του πατερναλισμού.

Η βαθύτερη ανάλυση θα αρχίσει με την έννοια της ενοποιητικής δύναμης που σχετίζεται άμεσα με τη θεωρία της ενδυνάμωσης και της προαγωγής των δικαιωμάτων της γυναίκας στο τοκετό.

#### **4.3.1 Η ενοποιητική δύναμη και η ενδυνάμωση της γυναίκας στη Περιγεννητική Φροντίδα.**

Η έννοια της ενδυνάμωσης και της ενοποιητικής δύναμης χρησιμοποιούνται σε σχέση με τις γυναίκες και άλλες ομάδες των οποίων τα θεμελιώδη δικαιώματα δεν διασφαλίζονται πλήρως (Kent, 2000). Η ενοποιητική δύναμη αναφέρεται από τις Fahy and Parrat (2006) ότι χρησιμοποιείται από το άτομο για επίτευξη υψηλών στόχων. Η επίτευξη ενοποιητικής δύναμης σχετίζεται με την ενδυνάμωση αλλά η ενδυνάμωση είναι μια δύσκολη έννοια για να καθοριστεί. Αναφέρεται ότι οι έννοιες που δηλώνουν την απουσία της όπως η αδυναμία, η ανικανότητα, η αποξένωση διατυπώνονται και κατανοούνται ευκολότερα (Gibson, 1991). Η ρητορική της ενδυνάμωσης είναι η ώθηση για ενημερωμένη επιλογή και έλεγχο στη λήψη αποφάσεων (Parrat, 2005). Η Keiffer (1984) αναφέρει ότι ο όρος ενδυνάμωση δεν έχει σαφώς καθοριστεί και δεν χρησιμοποιείται με συνέπεια, συνδέεται όμως με έννοιες όπως η αμοιβαία στήριξη, συστήματα υποστήριξης, οργάνωση της κοινότητας, προσωπική αποτελεσματικότητα και επάρκεια. Ο Spitzer (1995)

ορίζει την ενδυνάμωση ως τη διαδικασία της διευκόλυνσης των ατόμων να επιβληθούν στο περιβάλλον τους, να έχουν αυτοέλεγχο και να επιτύχουν την αυτοδιάθεση τους.

Το ενδιαφέρον και η χρησιμοποίηση της έννοιας της ενδυνάμωσης στη περιγεννητική Φροντίδα ενισχύθηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την προαγωγή της υγείας (WHO, 1984). Η προαγωγή της υγείας καθορίζεται ως μια διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν το περιβάλλον τους και προάγει την ενδυνάμωση των ανθρώπων για αυτοφροντίδα καθώς και την προώθηση της θετικής συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, με απώτερο στόχο τη διατήρηση της υγείας (Hawks, 1992, Hamerson and Martensson, 2010). Η ενδυνάμωση λοιπόν, συνδέεται με τις παραδοσιακές έννοιες της αυτονομίας, της αυτοεκτίμησης και του αυτοπροσδιορισμού, δηλαδή με την ύπαρξη συνειδητής δυνατότητας επιλογής και δημιουργικότητας. Η ενδυνάμωση και η συνειδητή επιλογή μπορούν να πραγματοποιηθούν με το κατάλληλο υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον (Jomeen, 2009).

Με βάση μια θεωρητική ανάλυση, του Gibson (1991,1995) η ενδυνάμωση έχει οριστεί ως μια κοινωνική διαδικασία της αναγνώρισης, της προώθησης και της ενίσχυσης των ικανοτήτων των ατόμων να καλύψουν τις δικές τους ανάγκες, να λύσουν τα δικά τους προβλήματα και να κινητοποιήσουν τους απαραίτητους μηχανισμούς ώστε να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους. Οι Kuokkanen και Leino-Kilpi (2000) περιγράφουν την ενδυνάμωση ως μια έννοια ομπρέλα τόσο ευρεία που μπορεί να καταστεί συνώνυμη με την έννοια της μαιευτικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Η ενδυνάμωση είναι μια διαδικασία που ενισχύει τους ανθρώπους να διεκδικούν τον έλεγχο των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία τους (Harding, 1996, 2000, Hall and Stevens, 1991). Σε αυτό το πλαίσιο, οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να εστιάσουν την προσοχή τους στη προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της ασθένειας. Η πραγματική υιοθέτηση όμως ενός μοντέλου ενδυνάμωσης στον τομέα της υγείας απαιτεί ριζική αλλαγή στην στάση των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν φροντίδα (Hamerson and Martensson, 2010).

Στο πλαίσιο της φροντίδας μητρότητας, η έννοια της ενδυνάμωσης έχει περιγραφεί, αλλά δεν έχει αναλυθεί πλήρως (Parrat, 2005). Στη μαιευτική οι Malin και Teasdale (1991) είχαν περιγράψει την σχέση μεταξύ των εννοιών της φροντίδας και της χειραφέτησης των δικαιωμάτων, ως διάκριση μεταξύ δύο επιπέδων, μικροεπίπεδο και μακροεπίπεδο, στο οποίο μπορεί να λειτουργήσει η ενδυνάμωση. Η προσωπική όμως σημασία της ενδυνάμωσης ποικίλλει ανάλογα με το άτομο, και το επίπεδο της ενδυνάμωσης μέσα στο οποίο το άτομο λειτουργεί (Hamerson and Martensson, 2010). Το μικροεπίπεδο περιλαμβάνει την εταιρική σχέση, με την οποία ο επαγγελματίας υγείας βάζει τις δεξιότητες και τις γνώσεις του στη διάθεση της γυναίκας, για να λάβει η ίδια υπεύθυνη απόφαση. Σε μακροεπίπεδο, οι προσδοκίες της ενδυνάμωσης από την οργάνωση και τη διαχείριση είναι εκτεταμένες, συμπεριλαμβανομένης της ελευθερίας και της αυτονομίας να επιλέξουν οι γυναίκες που θα γεννήσουν τα παιδιά τους. Βασική συνιστώσα για την επίτευξη ορθολογιστικής επιλογής των γυναικών είναι η σχέση που αναπτύσσει η γυναίκα με τους επαγγελματίες υγείας. Η σχέση αυτή ονομάστηκε εταιρική σχέση και έχει αναπτυχθεί στη μαιευτική βιβλιογραφία από τη δεκαετία του 1980 (Fahy, 2002).

#### 4.3.1.1 Εταιρική σχέση μεταξύ γυναίκας και μαιών.

Η εταιρική σχέση ανήκει στο μικροεπίπεδο της ενδυνάμωσης, είναι ένα φεμινιστικά εμπνευσμένο παράδειγμα της ισότιμης εταιρικής σχέσης μεταξύ των μαιών και των γυναικών. Η σχέση αυτή περιγράφεται ότι θέτει τα θεμέλια για δημιουργία ενός νέου μοντέλου μαιευτικής φροντίδας, το οποίο εστιάζεται στην εξατομικευμένη φροντίδα (Sandall, 1995). Η έννοια της εταιρικής σχέσης έχει συζητηθεί σε βάθος σε περιβάλλοντα των επιχειρήσεων και των διαχειρίσεων και τη δεκαετία του 1990 είχε διερευνηθεί σε επαγγέλματα όπως τη μαιευτική και τη νοσηλευτική (Fahy, 2002). Οι Guilliland και Paitman (1995) ήταν οι δημιουργοί της εταιρικής σχέσης και είχαν τονίσει ότι η ισότητα είναι το θεμέλιο για αυτή την σχέση. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές δεν θεωρούν την ισότητα ως κεντρικό στοιχείο της εταιρικής σχέσης εξηγώντας ότι η ανισορροπία δύναμης, είναι σχεδόν αναπόφευκτη στη φροντίδα μητρότητας, διότι οι εταίροι έχουν διαφορετικά επίπεδα

γνώσεων και διαφορετικές οπτικές γωνίες (Skinner,1999, Timperley και Robinson, 2002). Στον τομέα της μαιευτικής η αντίληψη της εταιρικής σχέσης εξετάζεται επίσης ως ένα εναλλακτικό μοντέλο για το πώς θα μπορούσε η εξουσία να επηρεαστεί (Thomas, 2000).

Οι Guilliland και Pairman (1995) είχαν τονίσει ότι η εταιρική σχέση, θα ήταν καλό να αναπτύσσεται μεταξύ της μητέρας και της μαίας και να χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη και αμοιβαία κατανόηση. Η Pairman (1999) όμως, είχε θέσει μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με τη φροντίδα που παρέχει το Μαιευτικό μοντέλο και την εταιρική σχέση. Οι βασικοί προβληματισμοί της ήταν: «Τι σημαίνει πραγματικά η εταιρική σχέση στη Μαιευτική επιστήμη». Επίσης είχε διερωτηθεί αν οι μαίες και οι γυναίκες κατανοούν την εταιρική σχέση με τον ίδιο τρόπο και πώς οι μαίες θα προωθήσουν τη πρακτική της εταιρικής σχέσης. Στο τέλος είχε θέσει τον προβληματισμό αν για την επίτευξη αυτής της εταιρικής σχέσης χρειάζεται αλλαγή, στο πλαίσιο των υπηρεσιών της μητρότητας.

Η Skinner (1999) είχε ασχοληθεί και αυτή με την εταιρική σχέση στην μαιευτική πρακτική και είχε δηλώσει ότι μια από τις κυριότερες ανησυχίες της για το μοντέλο των Guilliland and Pairman (1995), είναι ότι δεν αναφέρεται ρητά στη πλήρη έκταση της διαφοράς ισχύος μεταξύ της μαίας και της γυναίκα. Ειδικότερα, η Skinner (1999) ήταν της άποψης ότι η διαφορά γνώσης μεταξύ μαιών και γυναικών επηρεάζει την εταιρική σχέση και προσπάθησε να προσθέσει νέες έννοιες όπως τη σημαντικότητα της ατομικής διαπραγμάτευσης, της ισότητας, της συνυπευθυνότητας, της ενδυνάμωσης, της ενημερωμένη επιλογής και της συναίνεσης. Οι Timperley και Robinson (2002) σχετικά με την έννοια της εταιρικής σχέσης είχαν αναφέρει ότι η μικροπολιτική μέσα σε μια σχέση μπορεί να προκαλέσει ανισότητες και είχαν αναφέρει ότι κατά την λήψη συγκεκριμένων αποφάσεων, η εξουσία είναι συνήθως άνιση. Οι Timperley και Robinson (2002) αναφέρουν ότι η ίση δύναμη καθιστά τη παραδοχή, ότι οι εταίροι οι οποίοι έχουν διαφορετικούς ρόλους, εμπειρογνωμοσύνη, νομικές ευθύνες, ενδιαφέροντα δεν μπορούν να έχουν κοινά χαρακτηριστικά. Επιπρόσθετα, η ισότητα είναι σημαντική κατά τη διαπραγμάτευση και η δύναμη μπορεί να μοιραστεί, προβάλλοντας το επιχείρημα ότι οι σχέσεις μπορούν να καθοριστούν με τρόπο όπου η ισχύς θα



διανέμεται (Timperley και Robinson, 2002). Με τη χρήση της εταιρικής σχέσης οι Tully et al (1998) προέβαλαν το επιχείρημα ότι η μαία είναι σε θέση να προάγει τα δικαιώματα της γυναίκας και να είναι συνήγορος της. Σε αυτή την θέση η Leap (2000) εξηγεί ότι είναι επιτακτική ανάγκη η εταιρική σχέση να υιοθετηθεί από τους επαγγελματίες υγείας και την είχε περιγράψει ως σχέση μεταξύ ίσων, των μαιών και των γυναικών.

Οι Carolan and Hodnett (2007) είχαν αναφέρει ότι η «εταιρική σχέση» και η προσέγγιση «μαζί με τη γυναίκα» είναι καινούργιες έννοιες στη φροντίδα μητρότητας και θα ήταν σημαντικό να αξιολογηθεί η χρησιμότητά τους. Έτσι, αποφάσισαν με την βοήθεια της κριτικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης να διερευνήσουν τις απόψεις των γυναικών και των μαιών για την εταιρική σχέση. Βασικό συμπέρασμα ήταν η διαπίστωση ότι η έμφαση που δίνεται από τις μαιές για τη φυσιολογία, την εταιρική σχέση και τη προώθηση του φυσιολογικού τοκετού είχε δημιουργήσει πρόβλημα στη φροντίδα μητρότητας. Η εξήγηση που δόθηκε ήταν ότι οι γυναίκες τον 21<sup>ο</sup> αιώνα αποκτούν παιδιά σε μεγαλύτερη ηλικία και η μεγάλη ηλικία κατά την εγκυμοσύνη είναι ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές. Σε αυτές τις περιπτώσεις η γυναίκα παρακολουθείται από ομάδα ειδικών και αναμένεται να γεννήσει στο νοσοκομείο και στο νοσοκομείο είναι δύσκολο να λειτουργήσει η εταιρική σχέση.

Παράλληλα, είχαν τονίσει ότι η εταιρική σχέση με τους πελάτες στους τομείς της υγείας μπορεί να οριστεί ως ένα σεβαστό μέσο για διαπραγμάτευση και δράση. Το μέσο αυτό με συντονισμένη διαπραγμάτευση και μέσο συντονισμένης δράσης θα επιτρέψει στο χρήστη των υπηρεσιών υγείας να έχει επιλογή, συμμετοχή και ισότητα. Αυτές οι συνιστώσες μπορούν να εξασφαλισθούν μέσα από μια ειλικρινή, σχέση εμπιστοσύνης που βασίζεται στην ενσυναίσθηση, την υποστήριξη και την αμοιβαιότητα (Gambetta, 1988).

Απόρροια όσων έχουν διατυπωθεί είναι ότι η εταιρική σχέση διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη φροντίδα των γυναικών και οι γυναίκες αναμένεται να την επιζητούν ως ένα από τα καλύτερα μοντέλα φροντίδας. Το καλύτερο μοντέλο φροντίδας μητρότητας είναι αυτό που απαιτεί υψηλού επιπέδου διαπροσωπικές σχέσεις και δεξιότητες επικοινωνίας από τους επαγγελματίες υγείας και αυτές οι

σχέσεις και δεξιότητες δημιουργούν το περιβάλλον με την ονομασία Ιερό (Fahy and Parrat, 2006). Το ιερό και η θρησκεία δίνουν στο άτομο δύναμη η οποία πηγάζει από μια ανώτερη δύναμη, η οποία έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο και συνάδει με τη φιλοσοφία του μαιευτικού μοντέλου (Parrat, 2005).

Αυτή η διαπίστωση έχει διαψευστεί από τη μελέτη της Fleming (1998), η οποία με διαχρονική μελέτη τριών χρόνων είχε διερευνήσει τις απόψεις των μαιών και των γυναικών για την εταιρική σχέση. Βασικό συμπέρασμα αυτής της μελέτης ήταν ότι οι γυναίκες δεν είχαν αναφέρει τη ψυχολογική στήριξη των μαιών και γενικά τη σχέση τους με τις μαιές ως πολύ σημαντική παράμετρο στη φροντίδα τους. Αντίθετα, οι μαιές είχαν αναφέρει ότι ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός διότι οι γυναίκες χρειάζονται τις μαιές για να τους παρέχουν ψυχολογική στήριξη. Αυτά τα ευρήματα ενισχύθηκαν περαιτέρω με τις απόψεις της Shaw (2006), η οποία είχε ασκήσει κριτική στο τρόπο που χρησιμοποιείται η εταιρική σχέση από τις μαιές εξηγώντας ότι οι μαιές αντιλαμβάνονται αυτή την σχέση διαφορετικά από τη γυναίκα. Συγκεκριμένα, είχε αναφέρει ότι υπάρχουν γυναίκες που δεν θέλουν την εταιρική σχέση και επιθυμούν οι ειδικοί να αποφασίζουν για αυτές.

Ως εκ τούτου, υπάρχουν γυναίκες που απορρίπτουν το Ιερό και επιζητούν φροντίδα σύμφωνα με το δωμάτιο Επιτήρησης. Αυτές οι διαπιστώσεις προτρέπουν τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα, εντοπίζοντας τις ατομικές ανάγκες της κάθε γυναίκας. Βασική παράμετρος για σωστή αξιολόγηση και εντοπισμό των αναγκών της γυναίκας είναι η ενσυναίσθηση η οποία είναι συστατικό στοιχείο της εταιρικής σχέσης αλλά και της ποιοτικής φροντίδας (Parrat and Fahy, 2003, Parrat, 2005).

Καταληκτικά, η θεωρία της Επικράτειας, της ενδυνάμωσης και της εταιρικής σχέσης σχετίζονται άμεσα και έχουν στόχο να βοηθήσουν τη γυναίκα να αναλάβει τον έλεγχο του τοκετού της και να προβεί στη καλύτερη επιλογή (Fahy, 2002). Για επίτευξη αυτού του στόχου αναμένεται η γυναίκα να έχει τη κοινωνική θέση που της αναλογεί και εύστοχα οι Fahy and Parrat (2006) στη θεωρία τους αναφέρονται στον φεμινισμό και στην θεωρία του Φουκώ. Ο φεμινισμός έχει δημιουργηθεί με βασικό σκοπό την αντιμετώπιση της γυναικείας υποτέλειας (Sandal, 1996). Επιπρόσθετα έχει αναφερθεί ότι η πλειονότητα των μαιών είναι

γυναίκες και αυτό έχει επηρεάσει αρνητικά το μαιευτικό επάγγελμα διότι οι γυναίκες δεν είναι διεκδικητικές όπως τους άντρες (Davies, 1995, Davies et al, 1996). Πολλές μελέτες στη προσπάθεια τους να εξηγήσουν τα προβλήματα των μαιών έχουν χρησιμοποιήσει την ιδεολογία του φεμινισμού ( Fahy, 2002).

#### **4.4 Μαιευτικό μοντέλο και Φεμινισμός**

Η φιλοσοφία του μαιευτικού μοντέλου στηρίζεται στη φυσιολογία, στην ιδεολογία του φεμινισμού, στην ενδυνάμωση της γυναίκας και προτρέπει τη γυναίκα να χρησιμοποιήσει τη γυναικεία της σοφία και δύναμη αφενός για να γεννήσει φυσικά και αφετέρου να έχει ομαλή σύνδεση με το παιδί της (Kennedy, 2000, Kennedy and Kennedy, 2004). Αυτή η περιγραφή ανταποκρίνεται στη περιγραφή του ιερού της θεωρίας της Επικράτειας. Το μαιευτικό μοντέλο πρεσβεύει ότι το επίκεντρο στη φροντίδα μητρότητας είναι η γυναίκα, προάγει την αυτονομία της και παρέχει ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών της γυναίκας, του νεογνού και της οικογένειας (Downe and McCourt, 2004). Ο φεμινισμός ως ιδεολογία καθοδηγεί την γυναίκα να διεκδικεί τα δικαιώματά της, να έχει επιλογή στη φροντίδα της και έλεγχο σε όλα τα στάδια της ζωής της (Fahy and Parrat, 2006).

Ο Φεμινισμός στηρίζεται στην αντίληψη ότι η συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στις γυναίκες είναι άδικη και καταπιεστική. Αναλύει τις αιτίες και τις διαστάσεις της καταπίεσης των γυναικών και προσπαθεί να αφυπνίσει και να ενεργοποιήσει τις γυναίκες για να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους (Fahy, 2002). Ως κοινωνικό κίνημα, ο φεμινισμός εστιάζεται κατά πολύ στο περιορισμό της φυλετικής ανισότητας και στην προώθηση των δικαιωμάτων, των συμφερόντων και των γυναικείων προβλημάτων στην κοινωνία (Nusbaum, 2006). Ο Φεμινισμός ως ιδεολογία και κοινωνικό κίνημα αμφισβητεί την αντίληψη ότι οι γυναίκες δεν είναι ίσες με τους άντρες και θεωρεί τις πατριαρχικές δομές, τον ρατσισμό, τον σεξισμό, το χειρισμό της διαφορετικότητας ως παράγοντες που οδηγούν στην ανισότητα και στις κοινωνικές διακρίσεις. Η πρόιμη φεμινιστική σκέψη

επικεντρώθηκε στην διεκδίκηση πολιτικών δικαιωμάτων των γυναικών. Επιτομή των διεκδικήσεων αυτών ήταν το πρώτο συνέδριο για τα δικαιώματα των γυναικών στο Seneca Falls, στη Νέα Υόρκη, το 1848 (Lazarus, 1994). Μερικές φεμινίστριες εστιάζονται στην τεκμηρίωση της ανισότητας φύλου και των αλλαγών στην κοινωνική θέση και στην εκπροσώπηση των γυναικών. Άλλες ισχυρίζονται πως το κοινωνικό φύλο και το βιολογικό φύλο, είναι κοινωνικές κατασκευές και αναπτύσσουν εναλλακτικά μοντέλα μελέτης των κοινωνικών σχέσεων (Sandal, 1996).

Το φεμινιστικό κίνημα γενικά προσπαθεί να αντιμετωπίσει το φαινόμενο της γυναικείας υποτέλειας. Για την κατανόηση της οικουμενικότητας της γυναικείας υποτέλειας, ενδιαφέρουσες είναι οι απόψεις της Ortner (1994), η οποία προτείνει ότι η γυναικεία υποτέλεια είναι κοινωνικό δημιούργημα. Στην προσπάθεια της να το εξηγήσει είχε υποστηρίξει ότι για να διαμορφωθεί αυτή η εξουσιαστική σχέση μεταξύ γυναικών και αντρών, οι γυναίκες ταυτίζονται συμβολικά με τη φύση, σε αντίθεση με τους άντρες που ταυτίζονται με τον πολιτισμό. Παράλληλα, η κοινωνική κινητικότητα της γυναίκας, σε κάποιες χρονικές περιόδους της ζωής της είναι ελάχιστη διότι οι βιολογικές της λειτουργίες όπως ο θηλασμός και η φροντίδα των παιδιών γενικότερα την περιορίζουν από την προσωπική της ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα αναφέρει ότι το σώμα της γυναίκας αφιερώνεται για περισσότερο χρόνο στην αναπαραγωγή του είδους, σε αντίθεση με τον άντρα του οποίου το σώμα έχει περισσότερο χρόνο να ασχοληθεί με τον πολιτισμό και την τεχνολογία. Έτσι, με την πάροδο του χρόνου τα δίπολα θηλυκό/αρσενικό, φύση/πολιτισμός έχουν μετατραπεί σε εξουσιαστικές κατηγορίες που νομιμοποιούν τη κοινωνική θέση της γυναίκας στη δυτική κοινωνία (Αλεξιάς, 2006).

Την θεωρία του φεμινισμού έχουν χρησιμοποιήσει ανθρωπολόγοι για να εξηγήσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες και οι μαίες, τα οποία συνδέονται με την ιατρικοποίηση του τοκετού (Davis Floyd, 2003). Συγκεκριμένα είχαν αναλύσει τον τοκετό, ως ένα μικρόκοσμο της ευρύτερης κουλτούρας. Η ευρύτερη κουλτούρα εμπιστεύεται περισσότερο το ιατρικό μοντέλο από το μαιευτικό μοντέλο. Παράλληλα, το ιατρικό μοντέλο προσφέρεται από μαιευτήρες

που οι περισσότεροι είναι άντρες και το μαιευτικό μοντέλο προσφέρεται από μαιές/μαιευτές αλλά ελάχιστοι είναι οι άνδρες μαιευτές. Κατά συνέπεια το μαιευτικό επάγγελμα έχει προβλήματα που σχετίζονται με το φαινόμενο της γυναικείας υποτέλειας (Kirkham, 1996, 1999).

Η φεμινιστική προσέγγιση και το μαιευτικό μοντέλο προσπαθούν να ενδυναμώσουν τις γυναίκες. "Να Ζουν και να ενεργούν με ενημερωμένο και υπεύθυνο τρόπο » (Fahy, 2002:55). Οι μαιές ως επαγγελματίες υγείας αναμένεται να ενεργούν με γνώμονα το όφελος των γυναικών, της μαιευτικής επιστήμης και να ενδυναμώνουν τους εαυτούς τους και τις γυναίκες (Fleming, 2000). Βασικός στόχος των μαιών είναι η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και ενδυνάμωση της γυναίκας να έχει έλεγχο στο τοκετό της (Downe et al, 2008). Περαιτέρω, σύμφωνα με τις μελέτες των Fleming (2000) και Carolan and Hodnett (2007) πολλές γυναίκες είχαν δηλώσει ότι νοιώθουν περισσότερη ασφάλεια οι επαγγελματίες υγείας να αποφασίζουν για αυτές και να είναι υπό επιτήρηση. Αυτή τη διαπίστωση είναι σύμφωνη με τη θεωρία του Φουκώ η οποία έχει χρησιμοποιηθεί στη θεωρία της «Επικρατείας της Γέννησης» για να αναλυθεί η πειθαρχική δύναμη και η ανάγκη της επιτήρησης. Αυτοί οι παράμετροι χρησιμοποιούνται από τις μαιές και τους μαιευτήρες που αποδέχονται την ιατρικοποίηση του τοκετού.

#### **4.5 Το ιατρικό μοντέλο, η θεωρία του Φουκώ και του πατερναλισμού.**

Σύμφωνα με τους Purdy (2001), η ιατρικοποίηση λαμβάνει χώρα σε διαφορετικά επίπεδα στο εννοιολογικό και το θεσμικό. Στο εννοιολογικό ο γιατρός με την χρήση ιατρικών όρων παρουσιάζει ένα πρόβλημα. Στο θεσμικό όταν οι γιατροί δρουν ως νομιμοποιητές της ιατρικοποίησης και παρέχουν ιατρική διάγνωση και θεραπεία μόνο για το πρόβλημα που έχει αναφερθεί χωρίς να αξιολογούν ολιστικά τον ασθενή. Συνάγεται λοιπόν σε αυτή την περίπτωση οι γιατροί, να αντιλαμβάνονται τον ασθενή ως μια παθητική οντότητα, που συνθλίβεται κάτω από το βάρος της ιατρικής αυθεντίας. Ο Gabe (2004)

επισημαίνει ότι η ιατρικοποίηση σύμφωνα με την κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, δίνει έμφαση στην παραγωγή «πειθήνιων σωμάτων», δηλαδή ατόμων που θα ακολουθούν τις οδηγίες αυτών που έχουν εξουσία χωρίς διαμαρτυρία. Για τα πειθήνια σώματα έχει αναφερθεί και ο Foucault στην δική του θεωρία η οποία επικεντρώθηκε στις μεγάλες μεταμορφώσεις των δυτικών κοινωνιών, που έλαβαν χώρα στα τέλη του 18ου και τις αρχές του 19ου αιώνα. Αποτέλεσμα αυτών των μεταμορφώσεων ήταν η ανάδυση μιας νέας μορφής ισχύος, που η άσκησή της εστιαζόταν στα σώματα των ατόμων τα οποία μετατρέπονταν σε πειθήνια σώματα. Η πειθαρχική ισχύς, όπως την αποκάλυψε ο Foucault, εκδηλώθηκε μέσω των διαδικασιών της κανονικοποίησης και της πειθαρχησης. Μέσω των επιστημών, είχε εφαρμοσθεί η πειθαρχική ισχύς κατά την οποία επέβαλλε στα σώματα ότι θα πρέπει να είναι πειθήνια ( Foucault, 1980).

Ο Foucault (1980) είχε εξηγήσει ότι η ιατρική αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου μηχανισμού πειθαρχικής ισχύς, ο οποίος αναπτύχθηκε στη διάρκεια του 19ου αιώνα και σχετίζεται άμεσα με το πανόπτικο. Το πανοπτικό ήταν μια δακτυλοειδής φυλακή που σχεδίασε ο Bentham το 1787 στην Αγγλία και αποτελεί ένα αρχιτεκτονικό δημιούργημα βασισμένο στην απλή συλλογιστική της αόρατης και συνεχούς παρακολούθησης των κρατουμένων από την εξουσία. Η «πανοπτική» παρακολούθηση των σωμάτων καθιστά το άτομο αντικείμενο πληροφόρησης και πηγή γνώσης και όχι υποκείμενο επικοινωνίας (Foucault, 1991). Η εξουσία για τον Foucault δεν κατέχεται και δεν ασκείται από μια ομάδα ή κοινωνική τάξη, αλλά είναι διάχυτη και διαπερνά τις κοινωνικές σχέσεις (Foucault, 1977). Η εξουσία ρέει μέσω πρακτικών όπως ο σχεδιασμός της φροντίδας, όπου οι επαγγελματικοί λόγοι προσδιορίζουν ανάγκες, υπολογίζουν κινδύνους και σχεδιάζουν παρεμβάσεις (Fahy, 2002). Η επαγγελματική αυθεντία συγκροτείται μέσω της επένδυσης της επαγγελματικής δραστηριότητας με μια ηθική ανωτερότητα, η οποία δικαιολογεί τις παρεμβάσεις στη ζωή των ανθρώπων (Gilbert, 2005).

Σχετικά με τις παρεμβάσεις στη ζωή της γυναίκας, η Fahy (2002) στη έρευνα της είχε μελετήσει πως η ιατρικοποίηση επηρεάζει την γυναίκα ως άτομο. Βασικό ερευνητικό πόρισμα ήταν ότι με την εισαγωγή της, η γυναίκα στο νοσοκομείο, μετατρέπεται σε άβουλο άτομο στο οποίο εξασκούνται πάνω του

εξουσιαστικοί λόγοι. Οι εξουσιαστικοί λόγοι εξασκούνται από τους επαγγελματίες υγείας διότι έχουν την περισσότερη δύναμη. Οι επαγγελματίες υγείας που περιγράφονται ότι έχουν περισσότερη δύναμη είναι οι γιατροί /μαιευτήρες. Η δύναμη τους πηγάζει από την γνώση που αποκτούν κατά την εκπαίδευση τους που σύμφωνα με την σύντομη ιστορική αναδρομή, έχει διαφανεί ότι ήταν από την αρχή της δημιουργίας της ειδικότητας του Μαιευτήρα πολύ επιστημονική και τεκμηριωμένη.

Ο Foucault (1978) εξηγεί αυτό το φαινόμενο διατυπώνοντας την άποψη ότι η γνώση, η δύναμη και η εξουσία συνυπάρχουν και αλληλοσυμπληρώνονται. Οι γιατροί οι οποίοι έχουν γνώση, έχουν δύναμη και εξουσία. Αυτή η εξουσία χρησιμοποιείται από τους γιατρούς ή τις μαίες στο νοσοκομείο όπου με την γνώση και την δύναμη τους, σε μερικές περιπτώσεις επιβάλλουν στις γυναίκες τις απόψεις τους. Συγκεκριμένα, για τον τοκετό διατείνονται ότι είναι μια φυσιολογική διαδικασία αλλά μπορεί να έχει επιπλοκές. Το αποτέλεσμα είναι να γίνονται παρεμβάσεις για να αποφευχθούν οι πιθανές επιπλοκές με αποτέλεσμα να ενισχύεται το φαινόμενο της ιατρικοποίησης και η μετατροπή μιας φυσιολογικής διαδικασίας όπως ο τοκετός σε ασθένεια (Davis-Floyd, 2003). Οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν φροντίδα σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο υποστηρίζουν ότι θέλουν να προστατέψουν την γυναίκα και το νεογνό και αυτό το φαινόμενο εξηγείται με την θεωρία του πατερναλισμού.

Ο Πατερναλισμός είναι η απρόσκλητη προστασία που βασίζεται στο ενδιαφέρον για τη ζωή και στις επιλογές ενός άλλου ανθρώπου και η φιλοσοφία του σχετίζεται με τον πατέρα και το παιδί. Ο πατέρας ενδιαφέρεται για το καλό των παιδιών του και θα επέμβει όταν αυτό είναι αναγκαίο, ακόμη και με τη βία, για να τα προστατεύσει. Όταν η «πατρική προστασία» έχει ως στόχο ενήλικους ανθρώπους, ονομάζεται πατερναλισμός (*paternalism* αλλά και *parentalism*) (Gabe, 2004). Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό ο ιατρός ουσιαστικά παίρνει τις αποφάσεις για τον καθορισμό της θεραπείας του ασθενούς με μικρή έως και καθόλου συμμετοχή του τελευταίου. Ο πατερναλισμός ταυτίζεται συχνά με τον ελιτισμό και εμφανίζεται σε φιλοσοφικά κείμενα του Πλάτωνα και συγκεκριμένα την Πολιτεία.

Από την εποχή του Πλάτωνα πολλές θεωρίες και πολλοί διανοούμενοι παρουσίασαν μοντέλα κοινωνικής οργάνωσης με κυρίαρχο το πατερναλιστικό πνεύμα (Fahy, 2002). Αναφέρονται δύο είδη πατερναλισμού ο ισχυρός και ο ήπιος. Όταν το άτομο δρα με την θέλησή του, έχει ορθή κρίση για τις ικανότητές του ή την πληροφόρηση που διαθέτει, αλλά παρόλα αυτά ο πατερναλιστής θεωρεί πως πρέπει να επέμβει στις επιλογές του, χαρακτηρίζεται ως ισχυρός πατερναλισμός. Όταν όμως ο πατερναλιστής επεμβαίνει μόνο όταν θεωρεί ότι το άτομο δρα παρά την θέλησή του, τότε ο πατερναλισμός του θεωρείται ήπιος. Ο πατερναλισμός αναφέρεται ότι είναι συμβατός με τον ωφελιμισμό (Johanson et al, 2002).

Ο Freidson (1988) είχε μελετήσει το νομικό πατερναλισμό, έδωσε έμφαση στην αυτονομία και είχε εξηγήσει ότι για να είναι μία επιλογή πραγματικά εκούσια και αβίαστη (*voluntary choice*), θα πρέπει να ισχύουν πέντε προϋποθέσεις:

1. Η ικανότητα επιλογής δηλαδή να μην είναι ανήλικος, ψυχασθενής, άτομο μειωμένης διανοητικής ανάπτυξης.
2. Η επιλογή να μην είναι το αποτέλεσμα εξαναγκασμού και να μην επιβάλλεται με τη βία.
3. Η επιλογή να μην είναι το αποτέλεσμα πονηρών τεχνασμάτων.
4. Η επιλογή να μην προκύπτει από άγνοια ή λανθασμένες εντυπώσεις για τα πραγματικά περιστατικά και τις συνέπειες των εναλλακτικών δυνατοτήτων.
5. Η επιλογή να μην είναι το αποτέλεσμα καταστάσεων που προσωρινά παρεμποδίζουν την ορθή κρίση του ατόμου όπως μεγάλη κούραση, δυνατό πάθος, επιρροή ναρκωτικών ή ποτού και σοβαρή έλλειψη χρόνου.

Ο πατερναλισμός είχε επικρατήσει μέχρι τη δεκαετία του 1970 διότι δινόταν έμφαση στην ισχύ του ιατρικού επαγγέλματος και στην παραγωγή πειθήνιων σωμάτων όπου οι ασθενείς ακολουθούσαν πιστά τις οδηγίες των γιατρών (Gabe, 2004). Οι εξελίξεις στο δημόσιο πεδίο της πολιτικής, της φροντίδας υγείας και του μεταβαλλόμενου πολιτισμικού περιβάλλοντος, έδωσαν τα τελευταία χρόνια ώθηση στη εφαρμογή διαφορετικής προσέγγισης από τους ιατρούς και περισσότερο έλεγχο αν ακολουθούν τον δεοντολογικό κώδικα συμπεριφοράς του επαγγέλματός τους (Lothian, 2009). Ο κώδικας συμπεριφοράς ωθεί τους επαγγελματίες υγείας να βελτιώσουν τις σχέσεις τους με τους χρήστες



υπηρεσιών υγείας (ICM, 1999). Η σχέση όμως χαρακτηρίζεται από ασυμμετρία της γνώσης διότι οι επαγγελματίες υγείας είναι οι ασθεντίες και βρίσκονται σε θέση ισχύος απέναντι στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Wagner, 2000).

Αναλύοντας την θέση ισχύος του ιατρικού επαγγέλματος, ο Freidson (1988) υποστηρίζει ότι η αυτονομία και η ισχύς των γιατρών, τους επιτρέπει να αναπλάσουν τον κόσμο του μη ειδικού. Σύμφωνα με τους υποστηρικτές αυτής της άποψης, η σύγχρονη ιατρική παρεμβαίνει και επηρεάζει αρνητικά ολόένα και περισσότερες πτυχές του καθημερινού ανθρώπινου βίου, με σημαντικές κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες. Οι υποστηρικτές της ιατρικοποίησης, παρουσιάζουν μια υπέρμετρη εικόνα της ιατρικής δύναμης με έντεχνο τρόπο, ενισχύοντας ακόμη περισσότερο τον παθητικό ρόλο των ασθενών.

Ο Illich (1990), έχει περιγράψει την ιατρικοποίηση σε τρία επίπεδα: στο κλινικό, στο κοινωνικό και στο πολιτιστικό. Όλα τα επίπεδα αναφέρονται στις παθήσεις που προκαλεί η ίδια η ιατρική, στις ιατρικοποιητικές επιπτώσεις της θεσμικής μορφής της φροντίδας υγείας στην κοινωνία και ειδικότερα στην εκμετάλλευση της υγείας. Ο Zola (1987) ορίζει με παρόμοιο τρόπο την ιατρικοποίηση και δίνει έμφαση σε διαφορετικά στοιχεία υποστηρίζοντας ότι η ιατρικοποίηση συμβαίνει μέσα από διατήρηση της εικόνας που έχουν οι γιατροί στην κοινωνία. Αυτή η άποψη υποστηρίζεται από το φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί σε πολλές κοινωνίες, οι παρεμβάσεις των γιατρών να περιγράφονται ότι γίνονται μόνο για το καλό του ασθενή (Zola, 1987). Το αποτέλεσμα ήταν οι γιατροί να αντιμετωπίσουν τον τοκετό, ένα φυσιολογικό γεγονός ως ασθένεια και όλες τις παρεμβάσεις ως τεχνολογική και επιστημονική ανάπτυξη (Johanson et al, 2002). Η ιατρικοποίηση των υγείων φαινομένων, έχει δημιουργήσει οικονομικά, κοινωνικά προβλήματα και οδήγησε την επιστημονική κοινότητα να αναζητήσει τα αίτια της δημιουργίας αυτού του φαινομένου ( Gilson, 2003, Kitzinger, 2005).

Η θεωρία της «Επικρατείας της Γέννησης» έχει δώσει επιστημονική γνώση για τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τόπου τοκετού. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ενοποιητική δύναμη ή οποία επηρεάζεται από την σχέση της γυναίκας με τους επαγγελματίες υγείας. Η σχέση αυτή έχει άμεση συνάφεια με την διεκδικητικότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Kirkham, 2004). Σε μερικές

χώρες οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είναι διεκδικητικοί και έχουν αναπτύξει τον κλάδο «προστασίας των καταναλωτών». Αυτός ο κλάδος στοχεύει στην αύξηση της προστασίας των καταναλωτών και πρεσβεύει ότι στη σύγχρονη σχέση ιατρού-ασθενή έχουν διακριθεί δύο μοντέλα: το «καταναλωτικό» μοντέλο και το «επικοινωνιακό» μοντέλο (Bidmead and Cowley, 2005). Η Θεωρία του καταναλωτικού μοντέλου είναι ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι να παρέχουν πλήρη στοιχεία στον ασθενή σχετικά με την κατάστασή του και τις διαθέσιμες επιλογές του (Block, 2007). Ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας στη συνέχεια θα αποφασίσει και θα επιλέξει αυτό που θεωρεί καλύτερο. Στο επικοινωνιακό μοντέλο, ο επαγγελματίας υγείας δεν παρέχει μόνο πληροφορίες, αλλά επικοινωνεί με τον ασθενή και είναι πρόθυμος να διεξάγει έναν πραγματικό διάλογο (Bidmead and Cowley, 2005).

Σχετικά με τη φροντίδα μητρότητας, η Martin (1997) υποστηρίζει ότι η διάδραση μεταξύ των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού ολοένα και μιμείται τις ταξικές σχέσεις της βιομηχανικής παραγωγής κάτω από τον καπιταλισμό. Με αυτή την τοποθέτηση, η Martin (1997) παραθέτει τον προβληματισμό οι επαγγελματίες υγείας να χρησιμοποιούν αχρείαστες παρεμβάσεις για απόκτηση χρημάτων. Συγκεκριμένα έχει εξηγήσει ότι η γυναίκα αποτελείται από ψυχή και σώμα και επικρίνει τους επαγγελματίες υγείας για την απομόνωση των γυναικών από το σώμα τους. Αυτό καταδεικνύεται από το γεγονός ότι πολλές γυναίκες έχουν χάσει την εμπιστοσύνη στο σώμα τους με αποτέλεσμα οι ίδιες να επιζητούν την καισαρική τομή αγνοώντας τα πλεονεκτήματα του φυσιολογικού τοκετού.

Αυτό συμβαίνει διότι δεν προωθείται το περιβάλλον του Ιερού, το οποίο ενδυναμώνει τη γυναίκα να διεκδικεί ποιοτική φροντίδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι το μαιευτικό μοντέλο φροντίδας που αναμένεται να προάγει το φυσιολογικό τοκετό και να ενδυναμώνει τη γυναίκα, σε μερικές περιπτώσεις, οι μαιές φροντίζουν τις γυναίκες σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο (Odent, 2006, Kennedy, 2004). Απόρροια όσων έχουν διατυπωθεί είναι ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν το δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση. Η διερεύνηση θα αρχίσει με συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.

## **5 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

### **5.1 Εισαγωγή**

Η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, αποτελεί σημαντικό εργαλείο αντικειμενικής προσέγγισης των αποτελεσμάτων των πρωτογενών μελετών (Hodnett et al, 2006). Η συστηματική ανασκόπηση αφορά σαφώς διατυπωμένα ερωτήματα και χρησιμοποιεί συστηματικά και ρητά κριτήρια για τον εντοπισμό, την επιλογή και την κριτική αποτίμηση των σχετικών ερευνών, για τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων των μελετών που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση. Η σύνθεση και η κριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων, από τις πρωτογενείς μελέτες παρέχουν τη δυνατότητα για αποσαφήνιση θεμάτων και βελτίωση ή αναζήτηση νέων ερευνητικών ερωτημάτων (Hatem et al, 2008).

Αυτή η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει εντοπίσει και εξετάσει τις ερευνητικές μελέτες που σχετίζονται με τις απόψεις των γυναικών για την επιλογή του τόπου τοκετού τους, χρησιμοποιώντας ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες. Αυτό το είδος βιβλιογραφικής ανασκόπησης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τη δημιουργία επιστημονικής γνώσης διότι επιτρέπει την συμπερίληψη διαφορετικών μεθοδολογικών προσεγγίσεων (Ganong, 1978, Pope et al., 2007). Με την συμπερίληψη στοιχείων από διαφορετικούς τύπους ερευνητικών μελετών αποφεύγεται η μεροληπτική στάση και μεγιστοποιείται η διαφάνεια (Thomas et al., 2004).

## **5.2 Σκοπός**

Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν να διερευνήσει τις εμπειρίες των γυναικών σε σχέση με την επιλογή τους για το τόπο που θα γεννούσαν το παιδί τους.

## **5.3 Υλικό-Μέθοδος**

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για εντοπισμό των μελετών ακολούθησε τις οδηγίες του Centre for Reviews and Dissemination (CRD, 2009). Το συγκεκριμένο πρωτόκολλο περιλαμβάνει την περιγραφή των ερευνητικών ερωτημάτων, την μέθοδο ανασκόπησης και την μέθοδο για την εξαγωγή και σύνδεση δεδομένων. Η συγκεκριμένη προσέγγιση μειώνει τις πιθανότητες λαθών στην επιλογή των μελετών και στην σύνθεση των αποτελεσμάτων (Garg et al, 2008).

Δύο ερευνητές πραγματοποίησαν την αναζήτηση στη βάση δεδομένων MEDLINE, CINAHL, PUBMED και OVID για την χρονική περίοδο 1997-2010. Ο λόγος επιλογής του έτους 1997 ήταν ότι η διακήρυξη για ασφαλή μητρότητα εκπονήθηκε από τα Ηνωμένα Έθνη το 1997, σε μια προσπάθεια να κινητοποιήσει την δέσμευση μεταξύ των κυβερνήσεων για βελτίωση της φροντίδας της μητρότητας. Η διεθνής ευαισθητοποίηση σχετικά με την ασφαλή μητρότητα, τόνωσε την έρευνα και έστειλε μηνύματα δράσης τα οποία ανέφεραν ότι κάθε

χώρα πρέπει να κάνει τις υπηρεσίες υγείας να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των γυναικών (Ηνωμένα Έθνη, 2005). Αρχικά δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις απόψεις των γυναικών για τον τόπο τοκετού τους χρησιμοποιήθηκε ως λέξη-κλειδί, η γέννηση/ childbirth και ο τόπος γέννησης/birth place. Στη συνέχεια, με την προσθήκη women's perceptions/ απόψεις των γυναικών, εμπειρίες ή τις αντιλήψεις και informed choices/συνειδητή επιλογή, childbirth rights/δικαιώματα κατά τον τοκετό είχαν εντοπιστεί περισσότερα άρθρα. Τα άρθρα είχαν αξιολογηθεί με ειδικά κριτήρια από δύο ερευνητές.

Κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού.

Οι μελέτες κρίθηκαν επιλέξιμες για επανεξέταση αν πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

- (1) Η δημοσίευση να ήταν στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα.
- (2) Τα άρθρα να ήταν ερευνητικά και να προέρχονται από ανεπτυγμένες χώρες. Τα άρθρα αποφασίστηκε να είναι ερευνητικά και να προέρχονται από ανεπτυγμένες χώρες, σε μια προσπάθεια να εντοπιστούν ερευνητικά δεδομένα και καινοτομίες για χάραξη αποτελεσματικής πολιτικής φροντίδας μητρότητας.
- (3) Τα άρθρα να εστιάζονται στις απόψεις των γυναικών από την επιλογή του τόπου που θα γεννήσουν το παιδί τους.
- (4) Η συλλογή δεδομένων να είχε γίνει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και μετά τον τοκετό.

Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν:

- (1) Τα άρθρα που είχαν διερευνήσει τις απόψεις των γυναικών για το είδος τοκετού, την εμπειρία τοκετού, το δικαίωμα επιλογής καισαρικής τομής.
- (2) Μελέτες που είχαν πραγματοποιηθεί εκτός του χρονικού διαστήματος που έχει οριστεί.

### 5.3.1 Διαδικασία επιλογής μελετών.

#### 1<sup>η</sup> Φάση

Η αναζήτηση έγινε από δυο ερευνητές για να επιβεβαιωθεί ότι είχαν εντοπισθεί τα σχετικά άρθρα. Η αρχική αναζήτηση είχε ως αποτέλεσμα να ανακτηθούν 223 ερευνητικά άρθρα. Αφού μελετήθηκαν οι τίτλοι και οι σκοποί των μελετών αφαιρέθηκαν 63 άρθρα τα οποία δεν ήταν σχετικά. Οι δύο ερευνητές είχαν συμφωνήσει σε όλα τα σημεία και είχαν εντοπίσει ότι 6 μελέτες είχαν δημοσιευθεί σε δυο περιοδικά.

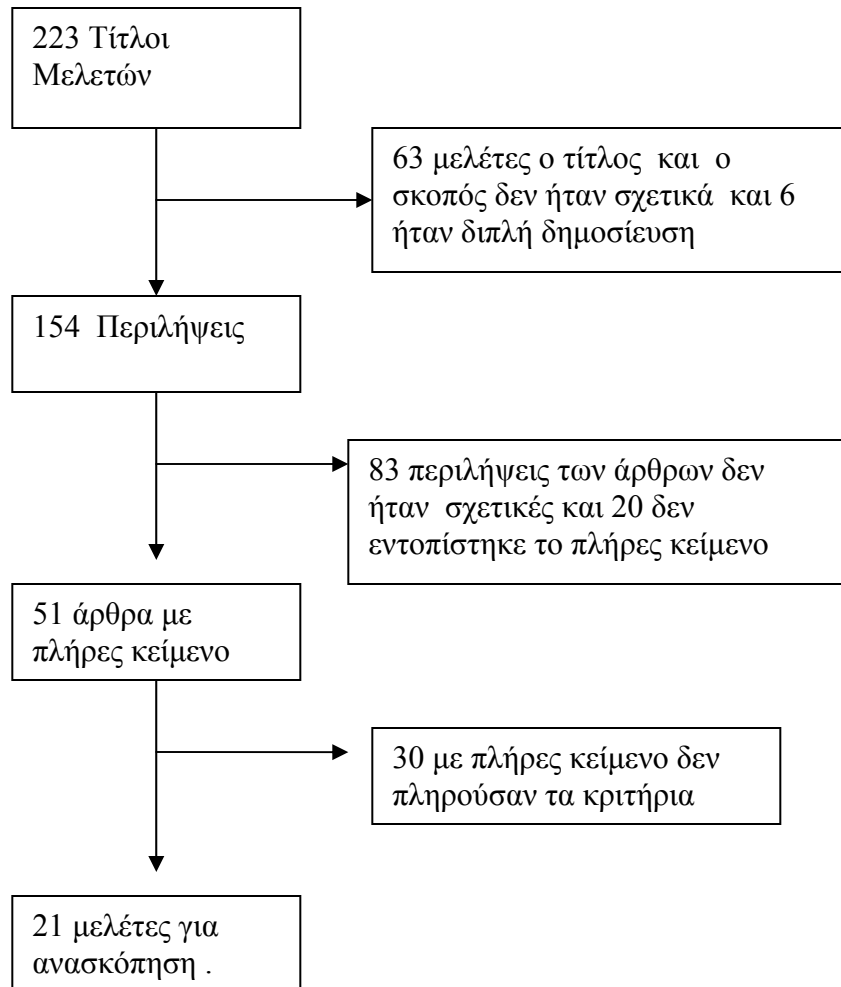
#### 2<sup>η</sup> Φάση

Η διερεύνηση των άρθρων συνεχίστηκε με την μελέτη των 154 περιλήψεων των συγκεκριμένων άρθρων από τους δυο ερευνητές. Η διερεύνηση κατέδειξε ότι 83 άρθρα δεν ήταν σχετικά και 20 δεν μπορούσαν να ανακτηθούν με πλήρες κείμενο.

#### 3<sup>η</sup> Φάση

Στη 3<sup>η</sup> φάση μελετήθηκαν με προσοχή τα υπόλοιπα 51 άρθρα τα οποία είχαν πλήρες κείμενο από τους δύο ερευνητές αν πληρούσαν τα κριτήρια. Μετά την αξιολόγηση έγινε μελέτη όλων των αναφορών από τα άρθρα για να εντοπιστούν περισσότερα άρθρα αλλά δεν εντοπίστηκαν. Τα άρθρα που εντοπίστηκαν μετά την αξιολόγηση από τους δύο ερευνητές ότι πληρούσαν τα κριτήρια που είχαν τεθεί ήταν 21. Ακολουθεί σχεδιάγραμμα ροής της συλλογής μελετών.

Σχεδιάγραμμα 2: Σχεδιάγραμμα ροής της συλλογής μελετών



### 5.3.2 Ποιοτική αξιολόγηση των μελετών

Για ευκολότερη κριτική εκτίμηση των μελετών, δημιουργήθηκε συγκριτικός πίνακας που συντάχθηκε με το συγγραφέα του άρθρου, τους στόχους, τη μεθοδολογία / σχεδιασμό, το δείγμα, το μέγεθος του δείγματος, τη μέθοδο συλλογής δεδομένων, την ανάλυση δεδομένων, τη διασφάλιση ποιότητας και τα κυριότερα ευρήματα. Οι μελέτες είχαν αξιολογηθεί με τη χρήση δύο κατάλογων ελέγχου, ένα κατάλογο για ποιοτική μελέτη και ένα για ποσοτική μελέτη και είχαν επιλεγεί 21 μελέτες. Οι ποσοτικές μελέτες αξιολογήθηκαν σύμφωνα με τα κριτήρια ελέγχου της δημόσιας υγείας ( Heller et al, 2008). ι Ποιοτικές μελέτες

αξιολογήθηκαν σύμφωνα με την κριτική αξιολόγηση των δεξιοτήτων του προγράμματος (CASP, 2006). Τρεις ερευνητές χρειάστηκε να απαντήσουν με ΝΑΙ ή ΟΧΙ σε όλα τα κριτήρια και με βάση αυτή την αξιολόγηση γινόταν έλεγχος ποια άρθρα πληρούσαν τα κριτήρια αξιολόγησης. Για να εξασφαλιστεί η αντικειμενικότητα των ερευνητών, όλα τα άρθρα που είχαν εξαιρεθεί είχαν αξιολογηθεί για δεύτερη φορά.

**Πίνακας 2: Κριτήρια αξιολόγησης ποιότητας των μελετών (Public Health checklist, Heller et al, 2008)**

Σχεδιασμός μελέτης	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Είδος μελέτης.</li> <li>2. Είναι ο σχεδιασμός κατάλληλος για το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα;</li> <li>3. Υπάρχει ομάδα σύγκρισης;</li> </ol>	<p>Ναι/όχι/ γιατί</p> <p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p>
Δείγμα	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Είναι το δείγμα και η δειγματοληπτική μέθοδος κατάλληλη;</li> <li>2. Η μέθοδος υπολογισμού του δείγματος ήταν η κατάλληλη;</li> <li>3. Είναι αντιπροσωπευτικό του υπό μελέτη πληθυσμού;</li> <li>4. Περιγράφονται ικανοποιητικά τα χαρακτηριστικά του δείγματος;</li> <li>5. Αναφέρονται τα κριτήρια επιλογής;</li> <li>6. Η συμμετοχή ήταν ικανοποιητική;</li> <li>7. Μπορεί να γίνει γενίκευση των αποτελεσμάτων;</li> <li>8. Το δείγμα σχετίζεται με τον υπό μελέτη πληθυσμό;</li> </ol>	<p>Ναι/όχι/γιατί</p> <p>Ναι/όχι/ γιατί</p> <p>Ναι/όχι/ γιατί</p> <p>Ναι/όχι/ γιατί</p> <p>Ναι/όχι/ γιατί</p> <p>Ναι/όχι γιατί</p> <p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p>
Έκθεση/ Προκατάληψη	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Υπάρχει έλεγχος για προκατάληψη;</li> <li>2. Αν υπάρχει παρέμβαση, περιγράφεται ικανοποιητικά;</li> <li>3. Οι παρατηρήσεις, οι παράγοντες κινδύνου</li> </ol>	<p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p>



	και οι παρεμβάσεις σχετίζονται με τον πληθυσμό της έρευνας;	Ναι/όχι
Αποτελέσματα	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται επαρκώς και είναι σαφή;</li> <li>2. Πως έχουν μετρηθεί;</li> <li>3. Υπάρχει προκατάληψη ;</li> <li>4. Έχουν απαντήσει τα ερευνητικά ερωτήματα;</li> <li>5. Σχετίζονται με το πληθυσμό;</li> </ol>	<p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p>
Συγκυτικοί παράγοντες	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ποιοι σημαντικοί συγκυτικοί παράγοντες έχουν προσμετρηθεί και πως έχουν αντιμετωπισθεί;</li> <li>2. Υπάρχουν συγκυτικοί παράγοντες που δεν έχουν συμπεριληφθεί;</li> </ol>	<p>Ναι/όχι/Πως</p> <p>Ναι/όχι</p>
Κατανόηση	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων ήταν η κατάλληλη;</li> <li>2. Είναι οι στατιστικές δοκιμασίες οι κατάλληλες για το επίπεδο μέτρησης;</li> <li>3. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με σαφήνεια και είναι κατανοητά;</li> <li>4. Σε πειραματική έρευνα, έχουν αναφερθεί τα υλικά και το οικονομικό κόστος της παρέμβασης;</li> <li>5. Οι επιπτώσεις στο πληθυσμό έχουν αναφερθεί;</li> <li>6. Έχουν τηρηθεί οι κανόνες δεοντολογίας; Τα συμπεράσματα βασίζονται στα ευρήματα και απαντούν τα ερωτήματα;</li> </ol>	<p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p> <p>Ναι/όχι</p>
	Ποιά είναι τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της	

	μελέτης;	
	Τα αποτελέσματα της μελέτης έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την πρακτική;	Ναι/όχι
	Πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ;	
	Γίνονται προτάσεις για εφαρμογή των ευρημάτων ;	Ναι/όχι
	θα χρησιμοποιούσε τα συγκεκριμένα ευρήματα;	Ναι/όχι/γιατί

Η παρούσα μελέτη στην προσπάθεια της να εντοπίσει και να καταγράψει όλα τα σημαντικά στοιχεία των συγκεκριμένων μελετών δημιούργησε συνοπτικό πίνακα.

**Πίνακας 3: Συνοπτική παρουσίαση των μελετών με κριτήρια ποιότητας αξιολόγησης.**

Συγγραφείς Χώρα	Σκοπός	Δείγμα /κριτήρια Επιλογής	Μεθοδολογία Η διασφάλιση της ποιότητας	Αποτελέσματα
1.Pavlova et al (2009) Ολλανδία	Να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την γυναίκα να επιλέξει τη φροντίδα που θα ήθελε κατά τον τοκετό.	Σκόπιμη n= 78 χαμηλού κινδύνου πρωτότοκες έγκυες γυναίκες. Ποσοστό ανταπόκρισης 98%.	Πείραμα Διακριτής επιλογής εφαρμόστηκε κατά τη διαδικασία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων Μέθοδος ανάλυσης/ Λογισμικό LIMDEP Η σύγκριση των αποτελεσμάτων με προηγούμενες έρευνες	Υπήρξαν ισχυρές προτιμήσεις των γυναικών στην Ολλανδία για τοκετό στο σπίτι . Λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις των γυναικών θα πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας νοσοκομείο.
2.Pitchforth et al (2009) Αγροτική Σκωτία	Να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γυναικών όσον αφορά την επιλογή τους για τόπο τοκετού	Σκόπιμη/10 ομάδες εστίασης Κριτήριο εισδοχής / γυναίκες που είχαν πρόσφατη εμπειρία των υπηρεσιών της μητρότητας.	Ποιοτική μελέτη, ομάδες εστίασης Επαγωγική θεματική ανάλυση τρία άτομα συμμετέχουν στην αποκωδικοποίηση και δύο στην κωδικοποίηση για να εξασφαλιστεί η συνέπεια και η αξιοπιστία	Οι γυναίκες είχαν διαφορετικές εμπειρίες και αντιλήψεις όσον αφορά την επιλογή τους για τόπο γέννησης.
3.Boucher et al (2009) Ηνωμένες Πολιτείες	Να περιγράψει τους λόγους που οι γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες επιλέγουν τοκετό στο σπίτι.	Δείγμα ευκολίας n = 160 γυναίκες που διαμένουν στις ΗΠΑ και είχαν προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι.	Ποιοτική περιγραφική μελέτη Δευτερογενής ανάλυση περιεχομένου. Δύο μέλη της ομάδας είχαν επανεξετάσει τις απαντήσεις στο πλαίσιο των θεμάτων για συνοχή και ακρίβεια	Οι γυναίκες που επιλέγουν τοκετό στο σπίτι στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι μια μειονότητα. Οι περισσότερες γυναίκες αποφάνθηκαν ότι δεν υπάρχει καλύτερος τρόπος από το σπίτι.

4.Kontoyiannis and Katsetos (2008) Ελλάδα	Να περιγράψει, να διερευνήσει και να αναλύσει τους λόγους που οι γυναίκες στην Αθήνα επιλέγουν να γεννήσουν στο σπίτι τους.	Σκόπιμη Δώδεκα n = 12 γυναίκες στις 38-42 εβδομάδες κύησης	Ποιοτική έρευνα με φαινομενολογική προσέγγιση συνεντεύξεις. Θεματική ανάλυση Οι συμμετέχοντες ελέγχουν τα αποτελέσματα για αξιοπιστία	Το δικαίωμα να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους δεν διασφαλίζεται διότι οι περισσότερες Ελληνίδες δεν έχουν επιλογή. Οι γυναίκες που θέλουν να γεννήσουν στο σπίτι επιθυμούν να έχουν έλεγχο στη φροντίδα τους.
5.Cheyney (2008) ΗΠΑ	Να διερευνηθούν τα κίνητρα των γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες που επιλέγουν να γεννήσουν σύμφωνα με μαίες στο σπίτι.	Σκόπιμη/ Θεωρητικό δείγμα n = 50 γυναίκες που είχαν φροντίδα σύμφωνα με το μαιευτικό μοντέλο.	Ποιοτική μελέτη /θεμελιωμένη θεωρία. Χρησιμοποιώντας συμμετοχική παρατήρηση, και ανοιχτές, ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Δημιουργία θεωρίας ακολουθώντας την μεθοδολογική προσέγγιση της Charmaz. Επιστροφή των δεδομένων στις συμμετέχουσες.	Οι γυναίκες που επιλέγουν να γεννήσουν στο σπίτι έχουν διαπραγματευτεί τους φόβους που συνδέονται με το αν κάτι κακό συμβεί.
6.Mander and Melender (2009) Φινλανδία	Να διερευνηθούν οι εμπειρίες των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας για την οργάνωση των	Σκόπιμη Μητέρες-n = 4 Προϊστάμενες Μαίες n=2 Μαίες n = 4 Κοινοτικές Νοσηλεύτριες= 2	Ποιοτική έρευνα με Ερμηνευτική φαινομενολογική προσέγγιση Ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Ανάλυση δεδομένων με μέθοδο Golaizzi. Επιστροφή των δεδομένων στις συμμετέχουσες	Η μαία ενδυναμώνει την γυναίκα κατά την αναπαραγωγική ηλικία και ενισχύει την αυτονομία της. Αυτό συμβαίνει σε ένα λειτουργικό σύστημα υγείας το οποίο επιτρέπει στη γυναίκα να αισθάνεται ότι λαμβάνει απόφαση για τόπο τοκετού με ασφάλεια.

	τόπων τοκετού			
7.Pitchforth et al (2007) Αγροτική Σκωτία.	Να διερευνηθούν οι προτιμήσεις των γυναικών για τα μοντέλα φροντίδας του τοκετού τους.	Στρωματοποιημένη Γυναίκες μετά τη γέννηση. N=877 και 8 ομάδες εστίασης. Ποσοστό ανταπόκρισης 62%	Μικτή μελέτη. Διακριτής επιλογής πείραμα και ομάδες εστίασης. Ερωτηματολόγιο Ομάδες εστίασης αναλύονται με θεματική ανάλυση  Αποτελέσματα των ομάδων εστίασης συμφωνούσαν με τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.	Οι γυναίκες εξέφρασαν την προτίμησή τους να γεννήσουν στο νοσοκομείο διότι αισθάνονται περισσότερη ασφάλεια. Προκλήσεις για επανασχεδιασμό των υπηρεσιών είναι η παροχή ολοκληρωμένης περιγεννητικής φροντίδας σε μικρή απόσταση.
8.Barber et al (2006) Portsmouth and Southampton	Να προσδιορίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τις γυναίκες για επιλογή τύπου τοκετού.	Δείγμα Ευκολίας n = 925 έγκυες γυναίκες που ήταν άνω των 30 εβδομάδα της κύησης .7 (επτά) ομάδα εστίασης, 5 (πέντε) από τις γυναίκες και 2 (δύο) από τις μαίες .ποσοστό ανταπόκρισης 43%.	Μικτή μελέτη, Ερωτηματολόγια Ομάδες εστίασης Ανάλυση περιεχομένου. Δύο ερευνητές ανέλυσαν τα αποτελέσματα	Οι Μαίες συνήθως προσφέρουν επιλογές για τοκετό στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού. Οι μαιευτήρες αναφέρουν στις γυναίκες ότι το νοσοκομείο είναι ο ασφαλέστερος τύπος τοκετού.
9.Jomeen (2006) Ηνωμένο Βασίλειο	Να διερευνηθούν οι εμπειρίες των γυναικών σχετικά με την	Σκόπιμη n = 10 Έγκυες γυναίκες μεταξύ 12 και 16 εβδομάδων κύησης	Ποιοτική έρευνα. Σε βάθος συνεντεύξεις Θεματική ανάλυση Ερευνητικό ημερολόγιο για να μπορούν οι αναγνώστες να κρίνουν τα ευρήματα.	Η κουλτούρα του ιατρικού μοντέλου είναι πολιτισμικά βαθιά ριζωμένη και παραμένει μια ισχυρή επιρροή για τις γυναίκες, υπαγορεύοντας τους τις επιλογές

	επιλογή τόπου τοκετού .			που αναμένεται να κάνουν.
10. Neusbam (2006) Ελλάδα	Να διερευνηθεί αν η προτίμηση των γυναικών για τοκετό στο νοσοκομείο με παρεμβάσεις σχετίζεται με την έλλειψη εναλλακτικών τόπων για τοκετό.	Δείγμα Χιονοστιβάδας n = 8 πέντε μητέρες, δύο μαίες, και ένα Μαιευτήρας.	Ποιοτική μελέτη Συνεντεύξεις / Θεματική ανάλυση Παρουσιάζονται αποσπάσματα από τις αφηγήσεις	Οι υποδομές για την υποστήριξη των γυναικών που αναζητούν να γεννούν στο σπίτι τους είναι περιορισμένες. Οι γυναίκες και οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι είναι πολύ δύσκολο να υπάρξει αλλαγή στη φροντίδα μητρότητας στην Ελλάδα.
11.Sjoblom et al (2006) Σουηδία	Να διερευνηθούν οι εμπειρίες των από τοκετό στο σπίτι	Σκόπιμη n = 12 γυναίκες που γεννούν στο σπίτι	Ποιοτική μελέτη Φαινομενολογική - ερμηνευτική προσέγγιση Συνεντεύξεις / θεματική ανάλυση Η ανάλυση έγινε από ομάδα ερευνητών	Οι εμπειρίες των γυναικών που γεννούν στο σπίτι στη Σουηδία έχουν ως αρχή τους την αυτονομία της γυναίκας και την πίστη στη ζωή, στις φυσικές δυνάμεις και στη σοφία των γυναικών.
12.Edwards' (2005) Σκωτία	Να διερευνηθούν οι εμπειρίες των γυναικών που είχαν γεννήσει στο σπίτι.	Σκόπιμη n = 30 Έγκυες γυναίκες 6-8 μήνες μετά τη γέννηση (τέσσερις φορές).	Ποιοτική μελέτη. 120 Συνεντεύξεις Ανάλυση δεδομένων , Θεματική. Επανέλεγχος από δεύτερο ερευνητή	Οι γυναίκες αγωνίζονται για να έχουν επιλογή, έλεγχο, και αυτονομία. Για να μπορεί κάθε γυναίκα να είναι πραγματικά αυτόνομη, αναμένεται να έχει γνώση για το σώμα της και αυτό φαινόμενο περιγράφεται ως « γυναικεία εσωτερική σοφία»

<p>13.Hildingsson et al (2003) Σουηδία</p>	<p>Να διερευνηθεί το ενδιαφέρον των γυναικών για τοκετό στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού και να περιγράψει τα χαρακτηριστικά αυτών των γυναικών.</p>	<p>Έγκυες γυναίκες από την Σουηδία = 4603 γυναίκες Τρία ερωτηματολόγια Κατά την πρώτη επίσκεψη στη κλινική περιγεννητικής φροντίδας. 2 μήνες και ένα χρόνο μετά τη γέννηση</p>	<p>Δύο ερωτηματολόγια = Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αξιολόγησε την έναρξη του τοκετού, τον τρόπο και έκβαση της γέννησης Ποσοστό ανταπόκρισης 94% Γενίκευση των αποτελεσμάτων σε όλες τις έγκυες γυναίκες, λόγω του υψηλού ποσοστού ανταπόκρισης 94% και το μεγάλο δείγμα</p>	<p>Αν οι γυναίκες είχαν ελεύθερη επιλογή του τόπου γέννησης, το ποσοστό γεννήσεων στο σπίτι θα ήταν υψηλότερο κατά 10 φορές, και 20 για τα κέντρα τοκετού. Οι γυναίκες που ενδιαφέρονται για εναλλακτικό μοντέλο φροντίδας στο τοκετό βλέπουν τον τοκετό ως ένα κοινωνικό και φυσικό γεγονός.</p>
<p>14.Lock and Gibb (2003) Αυστραλία</p>	<p>Να περιγράψει πως ο τόπος τοκετού επηρεάζει τις εμπειρίες των γυναικών.</p>	<p>Σκόπιμη πέντε n=5 Τρεις Συνομιλίες με κάθε γυναίκα</p>	<p>Ποιοτική μελέτη με φαινομενολογική προσέγγιση μέσα σε ένα φεμινιστικό πλαίσιο. Θεματική ανάλυση  Διατήρηση αναστοχαστικού ημερολόγιου</p>	<p>Οι εμπειρίες των γυναικών που εισέρχονται στο άγνωστο τόπο του νοσοκομείου για να γεννήσουν ήταν αυτές της αποξένωσης και την αποδυνάμωσης, ενώ το οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους, τους πρόσφερε συναισθήματα ασφάλειας.</p>

<p>15.Madi and Crow (2003) Αγγλία</p>	<p>Να διερευνηθεί το επίπεδο των πληροφοριών στις γυναίκες σχετικά με τις πιθανές επιλογές για τόπο τοκετού και να εντοπιστεί η συμβολή των μαιών στην επιλογή τους.</p>	<p>Σκόπιμη. Τριάντα τρεις n = 33 έγκυες γυναίκες, n = 20 είχαν προγραμματίσει τοκετό στο νοσοκομείο και n = 13 στο σπίτι. Η συλλογή δεδομένων έγινε μεταξύ 32<sup>ης</sup> και 42<sup>ης</sup> εβδομάδων κύησης.</p>	<p>Ποιοτική μελέτη Αδόμητες συνεντεύξεις Θεματική ανάλυση Ένας άλλος ερευνητής, που δεν συμμετείχε στη μελέτη επανέλαβε την ανάλυση για το ένα τρίτο των συνεντεύξεων.</p>	<p>Γυναίκες που επιθυμούσαν τοκετό στο σπίτι ήταν καλά ενημερωμένες για τις επιλογές τόπου τοκετού. Η πλειοψηφία των γυναικών που γέννησαν στο νοσοκομείο ήταν λιγότερο ενημερωμένες σχετικά με τη διαθεσιμότητα άλλων επιλογών και υπέθεσαν ότι το νοσοκομείο ήταν η μόνη επιλογή.</p>
<p>16.Watts (2003) Αγροτική Αγγλία</p>	<p>Για να διερευνηθεί τις εμπειρίες των γυναικών από τοκετό στο σπίτι με μαιές.</p>	<p>Σκόπιμη N = 46 γυναίκες που είχαν επιλέξει το μαιευτικό μοντέλο φροντίδας (MMU). n = 8 για τις συνεντεύξεις.</p>	<p>Μελέτη περίπτωσης, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από ταχυδρομικό ερωτηματολόγιο, ημι-δομημένες συνεντεύξεις, παρατήρηση και εξέταση των μητρών. Αναζήτηση για αντιφατικά θέματα.</p>	<p>Οι γυναίκες, ενώ παρουσιάζονται ικανοποιημένες με το μαιευτικό μοντέλο θα προτιμούσαν να είχαν γεννήσει στο νοσοκομείο</p>



<p>17. Fahy (2002)</p> <p>Αυστραλία</p>	<p>Να διερευνηθεί πώς η γυναίκα επηρεάζεται από την ιατρική δύναμη και επιλέγει τοκετό στο νοσοκομείο και πως οι μαιές ενδυναμώνουν τις γυναίκες για να έχουν έλεγχο στο τοκετό τους.</p>	<p>Σκόπιμη n = 33 έγκυες γυναίκες από την Αυστραλία</p>	<p>Ποιοτική μελέτη Φεμινιστική προσέγγιση σύμφωνα με τη θεωρία του Foucault. Μέσω της συμμετοχικής παρατήρησης, σε βάθος συνεντεύξεις και ερευνητικό ημερολόγιο. Θεματική ανάλυση. Ερευνητικό ημερολόγιο 3 μέθοδοι συλλογής των στοιχείων</p>	<p>Η δύναμη, η εξουσία και η γνώση είναι αλληλένδετες διότι η μια ενδυναμώνει την άλλη. Η ιατρική εξουσία για να λειτουργήσει απρόσκοπτα χρειάζεται τη συνεργασία των μαιών. Οι γυναίκες θα ενδυναμωθούν αν οι μαιές τις ενημερώσουν για την εγκυμοσύνη, τη γέννηση, αλλά και τα νομικά τους δικαιώματα.</p>
<p>18. O' Cathian et al (2002)</p> <p>Ηνωμένο Βασίλειο</p>	<p>Να περιγράψει το βαθμό στον οποίο οι γυναίκες που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες μητρότητας έχουν συνειδητή επιλογή τόπου τοκετού.</p>	<p>4 δείγματα Προγεννητική περίοδο Ομάδα ελέγχου n = 1386 μετά παρέμβασης n = 1778 Μεταγεννητική περίοδο - Ομάδα ελέγχου n = 1741 Ομάδα παρέμβασης n = 1547 Ποσοστό ανταπόκρισης 64%</p>	<p>Τυχαιοποιημένη μελέτη. Παρέμβαση = 10 ζεύγη ενημερωτικών φυλλαδίων επιλογής. Ο τόπος τοκετού συμπεριλαμβάνεται Πιλοτική μελέτη</p>	<p>Η ομάδα παρέμβασης δήλωσε ότι χρησιμοποιώντας το έντυπο υλικό από τις υπηρεσίες μητρότητας δεν βοηθήθηκε στη λήψη απόφασης για το τόπο τοκετού τους.</p>

19. Viisainen (2001) Φινλανδία	Να διερευνηθούν οι εμπειρίες των γυναικών από το τοκετό στο σπίτι	Χιονοστιβάδας 12 γυναίκες και 12 άνδρες από την Φινλανδία	Ποιοτική μελέτη Συνεντεύξεις. Ακριβής περιγραφή τρόπου διεξαγωγής της μελέτης.	Η κουλτούρα της χώρας που επηρεάζεται από την ιατρική κυριαρχία επιδρά άμεσα στις αποφάσεις των γυναικών για το που θα γεννήσουν τα παιδιά τους .
20. Galotti (2000) ΗΠΑ	Να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την λήψη απόφασης των γυναικών για τον τόπο τοκετού τους	Ευκολίας Ογδόντα οκτώ (n = 88) οι έγκυες γυναίκες	Μικτή μέθοδος Συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια. Στατιστική ανάλυση Θεματική ανάλυση	Ο βασικός παράγοντας ήταν η ενημέρωση διότι μόνο οι γυναίκες που επέλεξαν να γεννήσουν στον σπίτι είχαν αναφέρει ότι γνώριζαν για τις επιλογές για τόπο τοκετού.
21. Emslie et al (1999) Peterhead	Να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες κάνουν τις επιλογές τους και παίρνουν αποφάσεις για τον τόπο τοκετού τους.	Ευκολίας 254 έγκυες και μητέρες Ερωτηματολόγια που αποστέλλονται ταχυδρομικά (14 και 36 εβδομάδων κύησης, 6 μήνες μετά τη γέννηση. Συνεντεύξεις με 20 γυναίκες.	Μικτή μέθοδος-προοπτική μελέτη Ερωτηματολόγια - Στατιστική ανάλυση Προγεννητική περίοδο 83% (210/254) Μεταγεννητική περίοδο ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 81% (206/254). Συνεντεύξεις-Θεματική ανάλυση Υπάρχει συμφωνία μεταξύ ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων.	Οι παράγοντες που είχαν αναφερθεί ότι επηρεάζουν την επιλογή τους για τόπο τοκετού παρουσιάζουν μια διακύμανση ανάλογα με την προηγούμενη εμπειρία τοκετού και την σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας. Χρειάζεται τοπική έρευνα για εντοπισμό των αναγκών των γυναικών και διαμόρφωση σωστής πολιτικής.

## **5.4 Αποτελέσματα συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης**

Η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει συνθέσει ερευνητικά στοιχεία σχετικά με τις απόψεις των γυναικών για την προσπάθεια τους να επιλέξουν τον τόπο που θα γεννήσουν τα παιδιά τους από 21 μελέτες σε 7 χώρες: Ηνωμένες Πολιτείες (3 μελέτες), Ηνωμένο Βασίλειο (9 μελέτες), Σουηδία (2 μελέτες), Αυστραλία (2 μελέτες), Ελλάδα (2 μελέτες), Φινλανδία (2 μελέτες) και Ολλανδία (1 μελέτη). Ως εκ τούτου, μια σύντομη περιγραφή των υπηρεσιών μητρότητας σε αυτές τις χώρες θεωρείται χρήσιμη για βαθύτερη κατανόηση των ερευνητικών δεδομένων.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η φροντίδα μητρότητας παρέχεται μέσα από φορείς που καθορίζουν την υγειονομική περίθαλψη της γυναίκας και εξαρτάται από τη γεωγραφική θέση, τον εργοδότη, και τις συμβατικές υποχρεώσεις της γυναίκας ή του συζύγου της στα σχέδια ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Kennedy και Kennedy, 2004). Οι μαιευτήρες παρακολουθούν τις γυναίκες με χαμηλού και υψηλού κινδύνου εγκυμοσύνη και οι περισσότερες γυναίκες γεννούν στο νοσοκομείο. Μόνο το 1-2% απορρίπτει την πολιτισμική νόρμα και επιλέγει να γεννήσει με μαίες σε κέντρα τοκετού ή στο σπίτι (Declercq et al, 2006, Cheyney, 2008).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι γυναίκες μπορούν να γεννήσουν σε μαιευτικές μονάδες στο νοσοκομείο, σε κέντρα τοκετού που διευθύνονται από μαίες, είτε αυτά βρίσκονται στα νοσοκομεία είτε στην κοινότητα, και στο σπίτι (Smith and Smith, 2005). Οι Μαίες στις περισσότερες πόλεις, συνεχίζουν να εκτελούν την πλειοψηφία των φυσιολογικών γεννήσεων στα νοσοκομεία, στα κέντρα τοκετού και στο σπίτι. Ο ρόλος των μαιών έχει επηρεαστεί από την ιατροκοποίηση του τοκετού με αποτέλεσμα μερικές μαίες να μην στηρίζουν την επιλογή για τοκετό στο σπίτι και να μην παρέχουν στις γυναίκες πληροφορίες για τοκετό εκτός νοσοκομείου (Kirkham, 2004). Το Υπουργείο Υγείας το 1993, εφάρμοσε μια νέα πολιτική που ονομάζεται «Changing Childbirth» σε μια προσπάθεια να προσφέρει περισσότερες

επιλογές στην γυναίκα για τόπο τοκετού (DOH,1993). Σε μεταγενέστερη αξιολόγηση της συγκεκριμένης πολιτικής, είχε διαφανεί ότι σημειώθηκε μικρή βελτίωση και ως αποτέλεσμα η κυβέρνηση είχε αναπτύξει καινούργιες πολιτικές με βασικότερη το «Maternity matters». Η καινούργια αυτή πολιτική προσπάθησε να βελτιώσει την πληροφόρηση που είχαν οι γυναίκες αλλά τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι μόνο το 2% των 600.000 γεννήσεων που συμβαίνουν κάθε χρόνο στην Αγγλία πραγματοποιούνται στο σπίτι (Mayor, 2007).

Οι υπηρεσίες μητρότητας στην Αυστραλία παρέχουν εναλλακτικές επιλογές για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένης της ιδιωτικής ή δημόσιας περίθαλψης από τους μαιευτήρες, τους γενικούς γιατρούς και τις μαίες. Οι υπηρεσίες προσφέρονται σε μαιευτικά τμήματα στα νοσοκομεία, σε κέντρα τοκετού και στο σπίτι. Η έλλειψη μαιών δημιουργεί προβλήματα διότι δεν παρέχονται στη γυναίκα όλες οι επιλογές που προσφέρει το σύστημα υγείας της χώρας. The Australian Health Workforce Advisory Committee, αναφέρει ότι η εθνική έλλειψη 1850 μαιών, επηρεάζει άμεσα τον τρόπο που παρέχεται η φροντίδα μητρότητας και η περιγεννητική φροντίδα (Weaver et al., 2005). Σύμφωνα με τις Fahy and Parrat (2006), το Αυστραλιανό σύστημα υγείας χειρίζεται τον τοκετό ως να είναι ένα ιατρικό γεγονός που θα πρέπει να εκτελείται μόνο στο νοσοκομείο. Οι Homer et al. (2002), αναφέρουν ότι η προώθηση από το Σύστημα Υγείας της χώρας του τοκετού στο νοσοκομείο προκαλεί έντονη δυσαρέσκεια των γυναικών προς τις υπηρεσίες της μητρότητας και τόνισαν την ανάγκη για δημιουργία καλύτερων μοντέλων φροντίδας μητρότητας.

Στη Φινλανδία και στη Σουηδία, οι γυναίκες μπορούν να γεννήσουν στο νοσοκομείο και οι μαίες είναι υπεύθυνες για τη διεκπεραίωση όλων των φυσιολογικών τοκετών. Σε περιπτώσεις επιπλοκών οι μαίες συνεργάζονται με τους μαιευτήρες (Viisainen, 2001). Τα Εθνικά Συστήματα Υγείας των χωρών αυτών, δεν στηρίζουν τη διεκπεραίωση του τοκετού εκτός νοσοκομείου (Lundgren et al, 2004, Viisainen, 2001). Ωστόσο, σε αυτές τις χώρες ορισμένες γυναίκες είχαν γεννήσει στο σπίτι τους με δική τους ευθύνη για να αποφύγουν την ιατρικοποίηση του τοκετού (Sjoblom et al, 2006).

Η Ολλανδία είναι ευρέως γνωστή για τη δημιουργία μοναδικού συστήματος φροντίδας μητρότητας, το οποίο δίνει στην γυναίκα την δυνατότητα να επιλέξει τον τόπο που θα γεννήσει το παιδί της (Hendrix et al., 2009). Το Ολλανδικό κράτος στηρίζει την αυτονομία των Μαιών και τους τοκετούς στο σπίτι με:

(1) νομοθετικές και κανονιστικές διατάξεις που δίνουν προτίμηση στο μαιευτικό μοντέλο φροντίδας,

(2) υπάρχει κρατική στήριξη για την εκπαίδευση των μαιών και για τις συνθήκες της μαιευτικής πρακτικής και

(3) χρηματοδότηση έρευνας που αποδεικνύει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του μαιευτικού μοντέλου φροντίδας τοκετού στο σπίτι. Ως εκ τούτου, περισσότερο από το 30% των γεννήσεων συμβαίνουν στο σπίτι και η πλειοψηφία των γυναικών με χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη παρακολουθείται από μαιέες (Pavlova et al., 2009).

Στην Ελλάδα η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών, γεννούν στα νοσοκομεία και σε περιορισμένο αριθμό (0.006%) στο σπίτι (Nusbaum, 2006). Στην Ελλάδα οι μαιευτήρες έχουν ουσιαστική ηγεμονία στην υγειονομική περίθαλψη των γυναικών και σχεδόν όλες οι γυναίκες γεννούν στα νοσοκομεία, δημόσια ή ιδιωτικά (Tsetsila et al., 2009). Οι γυναίκες αν και έχουν τη δυνατότητα να γεννήσουν σε κέντρα τοκετού ή στο σπίτι, οι περισσότερες γυναίκες επιλέγουν να γεννήσουν στα νοσοκομεία όπου καταγράφονται αυξημένα ποσοστά ιατρικών παρεμβάσεων (Κοντογιάννης και Κατσέτου, 2008).

Στην Κύπρο, οι γυναίκες μπορούν να γεννήσουν μόνο σε ιδιωτικά ή δημόσια νοσοκομεία (Golna et al, 2005). Μερικές γυναίκες έχουν χρησιμοποιήσει τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για να διαμαρτυρηθούν για τις εμπειρίες τους στο τοκετό και εισηγούνται ότι χρειάζεται να γίνει χάραξη νέα πολιτικής για τη φροντίδα μητρότητας και να δοθούν περισσότερες επιλογές τόπου τοκετού και στην Κύπρο. Ειδικότερα, μία γυναίκα δημοσίευσε ένα άρθρο με τίτλο «Ο εφιαλτικός τοκετός» (De Loukas, 2010). Όπως εξήγησε, εκείνη ήθελε να γεννήσει στο σπίτι αλλά αναγνωρίζοντας ότι δεν υπάρχει υποστηρικτική υποδομή στην Κύπρο, αποφάσισε να γεννήσει στο νοσοκομείο. Είχε φανταστεί ένα τοκετό σε ένα ήσυχο

μέρος χωρίς φώτα και γέννησε σε ένα δωμάτιο χειρουργείου γεμάτο φώτα και δήλωσε ότι στην Κύπρο, η επιλογή τόπου τοκετού είναι ένα όνειρο.

Η επιλογή τοκετού όμως αναγνωρίζεται στις περισσότερες χώρες ως ανθρώπινο δικαίωμα για όλες τις γυναίκες (Sandall, 1995, Kitzinger, 2005, Thompson, 2003, ΔΣΜ, 2011). Ο Wagner (2001) εισηγείται ότι όλες οι χώρες θα πρέπει να στηρίξουν και να προωθήσουν το δικαίωμα της γυναίκας να επιλέξει τον τόπο που θα γεννήσει το παιδί της. Δεδομένου ότι η επιλογή αυτή έχει θεμελιώδη σημασία για την ευημερία της μητέρας και του νεογνού. Στην Κύπρο, η έρευνα στον τομέα της περιγεννητικής φροντίδας, βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο και δεν υπάρχουν υφιστάμενα ερευνητικά στοιχεία σχετικά με τις απόψεις των γυναικών για την περιγεννητική τους φροντίδα (Χατζηγεωργίου, 2009).

Ο κεντρικός στόχος της παρούσας συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η αξιολόγηση των ερευνητικών στοιχείων που έχουν δημιουργηθεί από τη διερεύνηση των εμπειριών των γυναικών από την επιλογή τους για τον τόπο τοκετού τους. Αρχικά θα γίνει παρουσίαση των μεθοδολογικών προσεγγίσεων και στην συνέχεια θα γίνει σύνθεση των αποτελεσμάτων.

#### **5.4.1 Μεθοδολογικές προσεγγίσεις μελετών.**

Από τις 21 μελέτες οι 11 ήταν ποιοτικές, οι 4 είχαν μικτή μεθοδολογία και οι 6 ήταν ποσοτικές μελέτες. Μερικές ποιοτικές μελέτες είχαν χρησιμοποιήσει δειγματοληψία ευκολίας ή χιονοστιβάδας, και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν αλλά ο κύριος σκοπός της ποιοτικής μελέτης είναι η διερεύνηση των φαινομένων σε βάθος (Watson, 2008). Μερικές ποιοτικές μελέτες για αύξηση της πιστότητας και της αυθεντικότητας είχαν χρησιμοποιήσει την παρενθετική, τη συλλογή δεδομένων για μεγάλο διάστημα και είχαν επιστρέψει τα δεδομένα στις συμμετέχουσες για έλεγχο (Jomeen, 2006, Mander and Melender, 2009). Αντίθετα, οι ποσοτικές μελέτες είχαν χρησιμοποιήσει τυχαία δειγματοληψία, με αντιπροσωπευτικό δείγμα και είχαν τη δυνατότητα της γενίκευσης των αποτελεσμάτων (Μερκούρης, 2008). Οι ποσοτικές μελέτες είχαν αυξήσει την εγκυρότητα της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των μελετών τους με τη χρησιμοποίηση στατιστικών δοκιμασιών (Patton, 2002)

Αξίζει να σημειωθεί ότι στη παρούσα ανασκόπηση έχει εντοπιστεί μόνο μια τυχαιοποιημένη μελέτη αλλά αυτό είναι αναμενόμενο διότι είναι δύσκολο και δεοντολογικά ανεπίτρεπτο να τοποθετήσεις στις γυναίκες σε ομάδα ελέγχου και ομάδα παρέμβασης. Ο O'Cathain et al (2002) με μεγάλη επιφύλαξη είχε διεξάγει τυχαιοποιημένη μελέτη αλλά εξήγησε ότι σε μια προσπάθεια να αποφευχθεί αυτός ο κίνδυνος είχε συλλέξει στοιχεία από μαιευτικές μονάδες οι οποίες είχαν συλλεγεί τυχαία.

Επιπρόσθετα, για τη συλλογή δεδομένων είχαν χρησιμοποιηθεί διάφορα εργαλεία μέτρησης όπως ερωτηματολόγια, ημιδομημένες συνεντεύξεις, υποθετικά σενάρια και διακριτές επιλογές. Τα τρία από τα τέσσερα ερωτηματολόγια ήταν αυτοσχέδια, και δεν αναφέρονται σε δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Στις ποιοτικές μελέτες είχαν χρησιμοποιηθεί πολλές μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Στη μελέτη της Cheyney (2008) χρησιμοποιήθηκε θεμελιωμένη θεωρία και η ερευνήτρια είχε αναπτύξει τη θεωρία της χρησιμοποιώντας την επιλεκτική και την αξονική κωδικοποίηση και είχε ταξινομήσει τα δεδομένα της σε ένα θεωρητικό περίγραμμα. Τρεις μελέτες Kontoyiannis and Katsetos (2008), Sjoblom et al (2006) και Lock and Gibb (2003) είχαν χρησιμοποιήσει τη φαινομενολογία αλλά δεν αναφέρθηκαν στην ακριβή προσέγγιση. Οι Mander and Melender (2009) είχαν αναφέρει ότι χρησιμοποίησαν την ερμηνευτική φαινομενολογία. και τα δεδομένα είχαν αναλυθεί με την μέθοδο Colaizzi. Η μέθοδος αυτή αν και δεν χρησιμοποιείται στην ερμηνευτική, την είχαν χρησιμοποιήσει με προσοχή για να απαντήσουν τα ερευνητικά τους ερωτήματα.

Για την ανάλυση δεδομένων των ποσοτικών μελετών είχαν χρησιμοποιηθεί τα στατιστικά πακέτα SPSS and LIMDEP. Οι ποιοτικές μελέτες είχαν χρησιμοποιήσει την ανάλυση περιεχομένου, τη θεματική ανάλυση, τη μέθοδο Colaizzi. Δύο μελέτες είχαν χρησιμοποιήσει τη θεωρία του Φουκώ (Fahy, 2002; Cheyney, 2008). Η Boucher et al. (2009) είχε χρησιμοποιήσει τη θεωρία της Leininger.

#### 5.4.2 Σύνθεση αποτελεσμάτων των μελετών.

Οι στρατηγικές για την ανάλυση και σύνθεση ερευνητικών δεδομένων για την συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως (Whittemore και Knaft, 2005, Loukas et al, 2007). Ωστόσο, θεωρείται σκόπιμο τα εξαγόμενα δεδομένα να μειωθούν, να ταξινομηθούν και να συνενωθούν (Patton, 2002). Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση οι ερευνητές είχαν μειώσει τα δεδομένα με αξιόπιστες, έγκυρες διαδικασίες κωδικοποίησης της κάθε μελέτης σε μία σελίδα (Whittemore και Knaft, 2005). Στη συνέχεια προσπάθησαν με προσεκτική μελέτη των αποτελεσμάτων να εντοπίσουν τα επαναλαμβανόμενα θέματα. Τα πυρηνικά θέματα και τα υποθέματα φαίνονται στο πίνακα που ακολουθεί.

**Πίνακας 4: Πυρηνικά θέματα και Υποθέματα Συστηματικής Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης**

	Πυρηνικά θέματα	Υποθέματα
1.	Η κουλτούρα που διέπει τον τοκετό	α)Κουλτούρα ιατρικοποίησης β)Σχέση της γυναίκας με τους επαγγελματίες υγείας
2.	Η ασφάλεια της γυναίκας και του νεογνού	α)Γεωγραφική θέση β)Ασφάλεια της γυναίκας και του νεογνού
3.	Η ρητορική της επιλογής τόπου τοκετού	α)Ενημέρωση β)Αυτονομία των γυναικών γ)Διασφάλιση του δικαιώματος επιλογής τόπου τοκετού
4.	Πολιτική φροντίδας μητρότητας	α)Διαθέσιμες επιλογές, τόπου τοκετού β)Εφαρμογή της πολιτικής

Η κουλτούρα που διέπει τον τοκετό ήταν το πρώτο θέμα που αναδύθηκε από την σύνθεση των ερευνητικών πορισμάτων.



#### 5.4.2.1 Η κουλτούρα ιατρικοποίησης

Η κουλτούρα έχει χρησιμοποιηθεί από αρκετούς ερευνητές σε μια προσπάθεια να περιγράψουν την επιρροή του ιατρικού μοντέλου στο κοινωνικό ιστό και τη δημιουργία του φαινομένου της ιατρικοποίησης (Jomeen 2006, 2009, Cheyney, 2008). Η Jomeen (2006) αναγνωρίζοντας το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η κουλτούρα ιατρικοποίησης στην επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού, με μια ποιοτική μελέτη είχε διερευνήσει τις εμπειρίες 10 εγκύων γυναικών μεταξύ της 12<sup>ης</sup> και της 16<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης. Οι γυναίκες είχαν αναφέρει ότι με τη νέα ταυτότητά τους ως έγκυες, αισθάνθηκαν υπεύθυνες για το έμβρυο και ήθελαν να λάβουν τη σωστότερη απόφαση. Η επιλογή τόπου τοκετού, τους είχε δημιουργήσει έντονο προβληματισμό και ανησυχία διότι το κάθε μοντέλο παροχής φροντίδας μητρότητας έχει τα δικά του πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Από τις δηλώσεις των γυναικών έγινε πρόδηλο ότι η κουλτούρα τοκετού στη χώρα τους, προωθεί το ιατρικό μοντέλο και το τοκετό στο νοσοκομείο προβάλλοντας ως επιχείρημα ότι ο τοκετός μπορεί να έχει επιπλοκές. Ταυτόχρονα παρουσιάζει το μαιευτικό μοντέλο το οποίο προάγει τη φυσιολογία, ότι δεν έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές αυτόνομα και δεν παρέχει ασφάλεια.

Το συγκεκριμένο εύρημα περιγράφεται σε δώδεκα από τις 21 μελέτες. Σε αυτές τις μελέτες τεκμηριώνεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας συνηγορούν οι τοκετοί να διεκπεραιώνονται στο νοσοκομείο. Αυτή η αλλαγή έχει προκαλέσει έντονο προβληματισμό στις γυναίκες, στις μαιές/μαιευτές, στους διεθνείς οργανισμούς αλλά και στις κυβερνήσεις διότι οι τοκετοί με την είσοδο τους στα νοσοκομεία συνοδεύτηκαν από αχρείαστες παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των φυσιολογικών τοκετών, αύξηση των ποσοστών καισαρικής τομής και την δημιουργία του φαινομένου της ιατρικοποίησης. Η κουλτούρα ιατρικοποίησης είχε τεκμηριωθεί ότι είχε επηρεάσει αρνητικά την υγεία της γυναίκας με σημαντική αύξηση των ποσοστών μητρικής και νεογνικής νοσηρότητα (Viisainen, 2001, Cheyney, 2008, Barber et al , 2006, 2007, Jomeen, 2006, Nusbaum, 2006, Κοντογιάννης και Κατσέτου , 2008).

Η Ελλάδα αναφέρεται ως το χαρακτηριστικό παράδειγμα ιατροκοποίησης διότι η φροντίδα μητρότητας βασίζεται στην υπόθεση ότι η γέννηση θεωρείται ως δυνητικά παθολογική κατάσταση κατά την οποία υπάρχει πιθανότητα επιλοκής ανά πάσα στιγμή. Αυτή η υπόθεση έχει μεγάλη επιρροή στις αποφάσεις των γυναικών για την επιλογή της φροντίδας τους διότι από φόβο σχεδόν όλες οι γυναίκες γεννούν στα νοσοκομεία με μαιευτήρες (Nusbaum, 2006, Κοντογιάννης και Κατσέτου, 2008). Αν μια γυναίκα επιθυμεί φυσιολογικό τοκετό θα πρέπει να γεννήσει εκτός νοσοκομείου (Nusbaum, 2006). Οι διαπιστώσεις αυτές ενισχύονται με τα αποτελέσματα της μελέτης της Viisainen (2001) στη Φινλανδία, που καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες στην προσπάθειά τους να αποφύγουν την ιατροκοποίηση είχαν αποφασίσει να γεννήσουν στο σπίτι τους και μερικές φορές χωρίς επαγγελματία υγείας. Το βασικό κίνητρο για την επιλογή τους να γεννήσουν εκτός νοσοκομείου ήταν η προηγούμενη τους εμπειρία με τοκετό στο νοσοκομείο, ο οποίος συνοδεύτηκε με πολλές και αχρείαστες παρεμβάσεις.

Η Cheyney (2008) στις Ηνωμένες Πολιτείες, σχετικά με την απόφαση των γυναικών να γεννήσουν εκτός νοσοκομείου, τονίζει ότι αυτή αποτελεί μια πρόκληση προς το σύστημα υγείας της χώρας, το οποίο δεν στηρίζει τους τοκετούς εκτός νοσοκομείου. Η Cheyney (2008) με την χρήση της θεμελιωμένης θεωρίας είχε εξηγήσει ότι η γυναίκα που επιλέγει να γεννήσει στο σπίτι, έχει γνώση, νοιώθει δυνατή και απορρίπτει την πειθαρχική δύναμη του ιατρικού μοντέλου. Για την απόκτηση γνώσης και την αντίσταση στην εξουσία/δύναμη και την ιατροκοποίηση είχε αναφερθεί και η Fahy (2002), η οποία εξήγησε ότι οι γυναίκες μέσα στο νοσοκομείο νοιώθουν αποδυναμωμένες. Η Edwards (2005) στη δική της μελέτη συμφωνεί ότι η εμπειρία τοκετού στο νοσοκομείο αποδυναμώνει τη γυναίκα και προσθέτει ότι η γυναίκα χρειάζεται δύναμη για να γεννήσει εκτός νοσοκομείου και την δύναμη αυτή την είχε ονομάσει «εσωτερική σοφία». Η εσωτερική σοφία των γυναικών εξαφανίζεται όταν η γυναίκα φροντίζεται στο νοσοκομείο διότι στο νοσοκομείο η φροντίδα που παρέχεται δεν εστιάζεται στις προσωπικές ανάγκες των γυναικών. Αυτό εξηγείται διότι στα περισσότερα μαιευτικά τμήματα υπάρχει υποστελέχωση και αυξημένος φόρτος εργασίας (Lock and Gibb, 2003). Έτσι, η

συγκεκριμένη φροντίδα χαρακτηρίζεται από την αποξένωση και την αποδυνάμωση της γυναίκας.

Ωστόσο, σε μερικές μελέτες είχε καταγραφεί η επιθυμία των γυναικών για τοκετό στο σπίτι αλλά και να διορθωθούν οι συνθήκες στο νοσοκομείο (Pavlova et al, 2009). Συγκεκριμένα, οι Pavlova et al (2009) είχαν δώσει την ευκαιρία σε 78 γυναίκες χαμηλού κινδύνου να αξιολογήσουν τη φροντίδα μητρότητας που παρέχεται στη χώρα τους. Η μέθοδος ήταν οιοσδήποτε πειραματική και για την συλλογή δεδομένων είχαν χρησιμοποιήσει την μέθοδο των διακριτών επιλογών. Η μέθοδος αυτή τους έδωσε την επιλογή να γεννήσουν στο νοσοκομείο με μαίες ή μαιευτήρα και στο σπίτι με μαίες. Στη συνέχεια είχαν προσθέσει ερωτήσεις σχετικές με τοκετό εκτός και εντός νοσοκομείου. Η συλλογή δεδομένων είχε γίνει με πρωτότοκες στην πόλη του Μάαστριχτ σε τρία μαιευτικά κέντρα για μια βδομάδα. Ο λόγος που είχαν επιλέξει μόνο πρωτότοκες ήταν η αποφυγή επηρεασμού της επιλογής των συμμετεχουσών από προηγούμενη εμπειρία. Από τις 80 γυναίκες που κλήθηκαν να συμμετάσχουν, οι 78 γυναίκες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και μόνο 2 γυναίκες αρνήθηκαν να το συμπληρώσουν για προσωπικούς λόγους. Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει ισχυρή προτίμηση για τοκετό στο σπίτι, και στις δύο χώρες, αλλά η απουσία χορήγησης φαρμάκων για ανακούφιση από τον πόνο στο σπίτι στην Ολλανδία, ήταν βασικό αντικίνητρο για ορισμένες γυναίκες να επιλέξουν να γεννήσουν στο νοσοκομείο. Καταληκτικά, οι Pavlova et al (2009) είχαν τονίσει ότι για να διατηρηθεί η ελκυστικότητα των γεννήσεων στο σπίτι στις Κάτω Χώρες, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην αντιμετώπιση και προσέγγιση του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού. Περαιτέρω, έγινε αναφορά για το περιβάλλον στο νοσοκομείο ότι θα πρέπει να βελτιωθεί και να έχει οικογενειακή ατμόσφαιρα διότι υπάρχουν γυναίκες που θα ήθελαν να έχουν αυτή την επιλογή.

Σχετικά με την επιλογή τύπου τοκετού, οι Lock and Gibb (2003) στη δική τους ποιοτική μελέτη, με φαινομενολογική προσέγγιση, με τη βοήθεια της φεμινιστικής θεωρίας προσπάθησαν να εξηγήσουν γιατί μερικές γυναίκες προσπαθούν να αποφύγουν τον τοκετό στο νοσοκομείο. Οι γυναίκες είχαν δηλώσει ότι ο βασικός λόγος αποφυγής του τοκετού στο νοσοκομείο ήταν ότι στο

προηγούμενο τους τοκετό στο νοσοκομείο είχαν διαπιστώσει ότι η φροντίδα μητρότητας στο νοσοκομείο επικεντρώνεται στην επιτυχία των παρεμβάσεων, στην ιατροποίηση και όχι στην παροχή φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες της γυναίκας.

Σχετικά με την ιατροποίηση και τον τοκετό στο σπίτι οι Boucher et al (2009) έδωσαν διαφορετική εξήγηση. Συλλέγοντας πληροφορίες από 160 γυναίκες που είχαν γεννήσει στο σπίτι τους στις Ηνωμένες πολιτείες όπου το Σύστημα Υγείας δεν στηρίζει τους τοκετούς εκτός νοσοκομείου και δεν έχει δημιουργηθεί υποστηρικτική υποδομή είχαν διερευνήσει γιατί μερικές γυναίκες είχαν γεννήσει στο σπίτι τους χωρίς βοήθεια. Αυτή τη συμπεριφορά προσπάθησαν να τη διερευνήσουν με αναδρομική μελέτη και είχαν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες είχαν γεννήσει στο σπίτι τους για να αποφύγουν την ιατροποίηση. Βασικό συμπέρασμα των Boucher et al (2009) ήταν ότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα σε διεθνές αλλά και σε τοπικό επίπεδο για εντοπισμό των πραγματικών αναγκών των γυναικών. Ο εντοπισμός των αναγκών τους θα βοηθήσει στην παροχή εξατομικευμένης φροντίδας διότι η απόφαση των γυναικών για τοκετό στο σπίτι χωρίς βοήθεια κρύβει κινδύνους και καταδεικνύει την ανάγκη για αλλαγή και διαμόρφωση καινούργιας πολιτικής φροντίδας μητρότητας μετά από ενδεδειγμένη έρευνα.

Αυτό το εύρημα ενισχύεται και από τη μελέτη της Watts (2003), η οποία είχε διερευνήσει με μικτή μεθοδολογική προσέγγιση τις επιπτώσεις που είχε το κλείσιμο τοπικού νοσοκομείου και η δημιουργία κέντρου τοκετού στην περιοχή τους. Οι γυναίκες είχαν εκφράσει την ανησυχία τους διότι όπως δήλωσαν οι μαίες ήταν πολύ στηρικτικές αλλά το κλείσιμο του νοσοκομείου τις είχε γεμίσει με φόβο σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια του τοκετού παρουσιαστεί επιπλοκή θα χρειαστεί να μεταφερθούν στο νοσοκομείο. Ιδιαίτερα είχαν δηλώσει την αντίθεση τους με το κλείσιμο τοπικού νοσοκομείου διότι για να έχουν πρόσβαση στο επόμενο νοσοκομείο θα έπρεπε να διανύσουν μεγάλη απόσταση και ο χρόνος που θα χρειαστεί ο επαγγελματίας υγείας να μεταφέρει την γυναίκα στο νοσοκομείο είναι καθοριστικής σημασίας για την ίδια αλλά και για το νεογνό της. Μερικές γυναίκες εισηγήθηκαν να λειτουργούν παράλληλα το νοσοκομείο, τα κέντρα

τοκετού και να υπάρχει υπηρεσία για τοκετό στο σπίτι. Έτσι, η γυναίκα θα έχει την ευκαιρία να επιλέγει μετά από αντικειμενική πληροφόρηση, τον τόπο που επιθυμεί. Αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα να μειώσει το άγχος που προκαλείται από την μεταφορά της γυναίκας σε νοσοκομείο σε περίπτωση που χρειαστεί. Η ψυχολογική ένταση και το αίσθημα ανασφάλειας που προκαλείται από την μεταφορά της γυναίκας όταν βρίσκεται σε τοκετό στο πλησιέστερο νοσοκομείο επηρεάζει καταλυτικά όχι μόνο τις γυναίκες αλλά και τις μαίες. Αυτή η επίδραση καταγράφηκε στις μελέτες των Madi and Crow (2003) και των Barber et al (2006). Αυτές οι μελέτες, είχαν διαπιστώσει ότι οι μαίες δεν είχαν ενημερώσει τις γυναίκες για την επιλογή του κέντρου τοκετού και του τοκετού στο σπίτι. Αυτή η συμπεριφορά των μαιών είχε προκαλέσει έντονη δυσφορία στις γυναίκες και δήλωσαν ότι θα ήθελαν να έχουν ποιοτικότερη σχέση με τους επαγγελματίες υγείας. Το συγκεκριμένο εύρημα περιγράφεται στις περισσότερες έρευνες και οι γυναίκες εξηγούν ότι για την ανάπτυξη μιας ουσιαστικής σχέσης μεταξύ της γυναίκας και των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να διέπεται από εμπιστοσύνη και ειλικρίνεια (Madi and Crow, 2003, Barber et al 2006, Mander and Melender, 2009).

#### 5.4.2.2 Σχέση γυναίκας με επαγγελματίες υγείας

Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ της γυναίκας και των επαγγελματιών υγείας διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην έκβαση του τοκετού (Mander and Melender, 2009). Η γυναίκα σε αυτή την περίοδο της ζωής της, επιθυμεί και χρειάζεται να αναπτύξει σωστή σχέση με τους επαγγελματίες υγείας που τη φροντίζουν. Η εταιρική σχέση αναφέρεται ως ουσιαστική στη φροντίδα μητρότητας και περιλαμβάνει την εμπιστοσύνη, τον έλεγχο, την ευθύνη και την αλληλοκατανόηση μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας (Lock and Gibb, 2003). Αυτή η σχέση σύμφωνα με την Fahy (2002) φαίνεται να δημιουργείται ευκολότερα μεταξύ της γυναίκας και της μαίας και όχι μεταξύ του μαιευτήρα και της γυναίκας. Ο βασικότερος λόγος είναι ότι η μαία είναι η επαγγελματίας υγείας που είναι μαζί με τη γυναίκα σε όλα τα στάδια του τοκετού και είναι υπεύθυνη να παρακολουθεί την εξέλιξη του τοκετού. Αντίθετα ο μαιευτήρας ενημερώνεται ανάλογα από την μαία και παρεμβαίνει όταν χρειάζεται.

Η/ο επαγγελματίας μαία/μαιευτής, έχει τη δυνατότητα και το χρόνο κατά την διάρκεια της παρακολούθησης της εξέλιξης του τοκετού, να διδάξει την γυναίκα να εμπιστεύεται τις δικές της φυσικές δυνάμεις και ικανότητες του σώματος της. Αυτή η καθοδήγηση θα την βοηθήσει να έχει έλεγχο και να βιώσει τον τοκετό ως θετική εμπειρία (Mander και Melender, 2009).

Η σχέση της γυναίκας με τους επαγγελματίες υγείας και η συσχέτιση της μεταξύ θετικής εμπειρίας, ελέγχου στον τοκετό, γνώσης και δύναμης περιγράφονται σε δυο μελέτες. Οι Galotti (2000) και Emslie (1999) είχαν εντοπίσει ότι οι γυναίκες που επιλέγουν να γεννήσουν με μαία έχουν περισσότερες γνώσεις για την φυσιολογία του τοκετού, αποκτούν έλεγχο την ώρα του τοκετού, και είναι πιο ικανοποιημένες από την επιλογή τους για το τόπο τοκετού. Ανέφεραν επίσης ότι αν οι επαγγελματίες υγείας αναπτύξουν σωστή σχέση με τη γυναίκα, διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στο βίωμα της γυναίκας από τον τοκετό της. Οι Lock and Gibb (2003) σχετικά με τη σωστή σχέση είχαν διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη δημιουργία σωστής σχέσης μεταξύ μαιών και γυναικών. Μέσα σε ένα φεμινιστικό πλαίσιο είχαν εξετάσει τις εμπειρίες πέντε γυναικών, και είχαν διεξάγει τρεις διαδοχικές συνεντεύξεις και ταυτόχρονα οι ερευνήτριες διατηρούσαν ερευνητικό ημερολόγιο. Μετά από θεματική ανάλυση είχε διαφανεί ότι η εταιρική σχέση είναι η σωστή σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της γυναίκας και μπορεί να λειτουργήσει μόνο στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού. Στο νοσοκομείο η σχέση ισότητας που είναι βασική συνισταμένη της εταιρικής σχέσης παρεμποδίζεται από την πολιτική και τη φιλοσοφία του μαιευτικού τμήματος, που προσδιορίζουν ότι οι μαίες/μαιευτές αναμένεται να προσφέρουν φροντίδα σε όλες τις γυναίκες στο μαιευτικό τμήμα με προτεραιότητα και μόνο την ώρα που είναι καθήκον. Έτσι, οι μαίες όταν εργάζονται στο νοσοκομείο δεν μπορούν να προσφέρουν συνέχεια στη φροντίδα και ούτε μπορούν να διαθέσουν τον απαιτούμενο χρόνο για κάθε γυναίκα.

Σχετικά με τη σχέση των γυναικών με τους μαιευτήρες, οι Barber et al (2006) είχαν διαπιστώσει ότι μερικές γυναίκες ήταν δυσαρεστημένες με τους μαιευτήρες διότι ήταν απόμακροι. Σε άλλη μελέτη μερικές γυναίκες είχαν αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας μαιευτήρες και μαίες που προσφέρουν

φροντίδα σύμφωνα με τον ιατρικό μοντέλο, παρέχουν στην γυναίκα σωματική ασφάλεια και όχι ψυχική (Pitchford et al, 2009). Η εξήγηση που δόθηκε ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν τους παρείχαν την απαιτούμενη ψυχολογική στήριξη και είχαν ασχοληθεί μόνο με την διεκπεραίωση του τοκετού.

Σύμφωνα με την Cheyney (2008) η σχέση των γυναικών με τους μαιευτήρες αναφέρθηκε ότι είναι σχέση εξουσίας και πειθήνιων σωμάτων. Οι μαιευτήρες είναι η εξουσία και οι γυναίκες τα πειθήνια σώματα τα οποία αναμένεται να ακολουθούν πιστά τις οδηγίες της εξουσίας που είναι οι μαιευτήρες. Οι περισσότεροι μαιευτήρες συμβουλεύουν τις γυναίκες ότι ο τοκετός εκτός νοσοκομείου εμπεριέχει πολλούς κινδύνους χωρίς να τους δίνουν την ευκαιρία για συζήτηση. Μερικές μαιευτήρες επίσης δεν παρείχαν στις γυναίκες την επιλογή για τοκετό εκτός νοσοκομείου.

Ερευνητικό ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι μερικές γυναίκες γνώριζαν ότι επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες αναφέρουν ότι ο τοκετός στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού σε γυναίκες με χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη είναι ασφαλισμένος (Barber et al, 2006). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τις δηλώσεις των γυναικών μερικοί μαιευτήρες και μαιευτήριες αμφισβητούσαν την αξιοπιστία αυτών των ερευνητικών δεδομένων και δεν συμμορφώνονταν με την πολιτική φροντίδας μητρότητας της χώρας τους. Το αποτέλεσμα ήταν να συμβουλεύουν τις γυναίκες να μην επιλέγουν τοκετό εκτός νοσοκομείου και μέσα στα νοσοκομεία τα ποσοστά ιατροκοποίησης να αυξάνονται (Sjoblom et al, 2006). Αυτό το φαινόμενο δικαιολογείται διότι είναι πολύ δύσκολο για την γυναίκα να μην ακολουθήσει τις οδηγίες ή προτροπές που προέρχονται από τους επαγγελματίες υγείας.

Η Fahy (2002), δήλωσε ότι για να μπορέσει μια γυναίκα να αντισταθεί στην εξουσία που είναι οι επαγγελματίες υγείας και να αποφασίσει τι θέλει σύμφωνα με τις δικές της ανάγκες χρειάζεται να ενδυναμωθεί. Για να νοιώσει μια γυναίκα ενδυναμωμένη επιβάλλεται να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας. Οι γυναίκες όταν αναπτύξουν σωστή σχέση με τον επαγγελματία υγείας που τις φροντίζει έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση, είναι χαλαρές και άνετες στον χώρο που αυτές επιλέγουν, αυξάνεται η αυτοεκτίμηση τους, έχουν τον έλεγχο και εμπιστεύονται περισσότερο τους ανθρώπους γύρω

τους (Sjoblom et al, 2006). Η αυτοπεποίθηση, η χαλάρωση, η αυτοεκτίμηση είναι βασικές συνιστώσες για την εξέλιξη του φυσιολογικού τοκετού (Sjoblom et al, 2006).

Στα ίδια ευρήματα καταλήγει η Mander and Melender (2009) στην ίδια χώρα μερικά χρόνια αργότερα, προσθέτοντας ότι είναι επικίνδυνο όταν μερικές γυναίκες επειδή εμπιστεύονται τον εαυτό τους, επιλέγουν να γεννήσουν στο σπίτι τους χωρίς βοήθεια και υποστηρικτική δομή. Αυτή η απόφαση των γυναικών καταδεικνύει ότι ο τόπος τοκετού τους έχει βαρυσήμαντη αξία για αυτές. Το πρόβλημα που δημιουργείται είναι ότι από τις μελέτες έχουν προκύψει αντιφατικά αποτελέσματα. Συνεπώς, πολλές γυναίκες έχουν δηλώσει ότι δεν ξέρουν τι να επιλέξουν διότι δέχονται πληροφορίες και μηνύματα που είναι αντιφατικά και τους δημιουργείται έντονο αίσθημα ανασφάλειας (Barber et al, 2006, 2007).

#### 5.4.2.3 Η ασφάλεια της γυναίκας και του νεογνού

1. Απόψεις των γυναικών για την ασφάλεια που παρέχουν οι διάφοροι τόποι τοκετού.

Η αίσθηση της ασφάλειας της γυναίκας και του νεογνού επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που παρέχεται η φροντίδα μητρότητας σε πολλές χώρες (Sjoblom et al, 2006). Παρά το γεγονός ότι, η ποιότητα της φροντίδας, η διαμόρφωση σωστού φυσικού περιβάλλοντος, η στελέχωση με κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό είναι σημαντικοί παράγοντες, για την πλειοψηφία των συστημάτων υγείας είναι δευτερεύουσας σημασίας (Cheyney, 2008). Πρωταρχικό ρόλο διαδραματίζει για όλα τα συστήματα η ασφάλεια της γυναίκας και του νεογνού. Αυτή η διαπίστωση πηγάζει από τέσσερις μελέτες, οι οποίες έχουν καταλήξει ότι τα μοντέλα φροντίδας μητρότητας και οι χώροι που διεκπεραιώνονται οι τοκετοί σε μερικές χώρες προκαλούν φόβο και ανασφάλεια στις γυναίκες αλλά αγνοούνται από το σύστημα υγείας της χώρας (Pitchford et al, 2007, Pitchford et al, 2009, Mander και Melender, 2009, Boucher et al, 2009). Συγκεκριμένα, σχετικά με την ασφάλεια οι Boucher et al (2009) στη μελέτη τους στις Ηνωμένες Πολιτείες ζήτησαν από τις γυναίκες να καθορίσουν τα κριτήρια για



την απόφασή τους να γεννήσουν στο σπίτι. Μετά από την ανάλυση των δεδομένων είχε διαφανεί ότι το σημαντικότερο κίνητρο για τις γυναίκες να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους ήταν η ασφάλεια με υποκατηγορίες την «ασφάλεια της μητέρας» και την «ασφάλεια του νεογνού». Είκοσι τέσσερα τοις εκατό ( $n = 38$ ) των ερωτηθέντων γυναικών είχαν αναφέρει ότι ο λόγος που επέλεξαν να γεννήσουν στο σπίτι, ήταν η πεποίθησή τους ότι το σπίτι είναι το ασφαλέστερο μέρος για να γεννήσει μια γυναίκα το παιδί της. Ο σημαντικότερος λόγος ήταν ότι αν η γυναίκα βρίσκεται στο δικό της χώρο, έχει περισσότερο έλεγχο για το τι συμβαίνει γύρω της και αυτό την κάνει να αισθάνεται ασφάλεια. Περαιτέρω, επτά από τις 38 γυναίκες είχαν αναφέρει ότι ήταν καλύτερα για την υγεία του μωρού τους να γεννήσουν στο σπίτι τους διότι θα απέφευγαν τα μικρόβια του νοσοκομείου.

Αυτά τα ευρήματα συμπληρώνονται από τη μελέτη της Edwards (2005) η οποία αποφάνθηκε ότι η ασφάλεια, όπως ορίζεται από τους επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά διαφορετική από το πώς οι γυναίκες την αντιλαμβάνονται (Edwards 2005). Οι γυναίκες βασίζονται σε εμπειρική, διαισθητική και σωματική γνώση, αλλά τείνουν να μην μοιράζονται αυτές τις σκέψεις με τους επαγγελματίες υγείας, επειδή αισθάνονται ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν τις αποδέχονται. Οι γυναίκες γνωρίζουν πολύ καλύτερα αν κάτι θα συμβεί διότι γνωρίζουν καλύτερα το σώμα τους (Sjoblom et al, 2006). Σε αυτό το συμπέρασμα είχαν καταλήξει οι Sjoblom et al (2006) μετά από ποιοτική μελέτη, κατά την οποία είχαν ρωτηθεί 12 γυναίκες να εξηγήσουν γιατί επέλεξαν να γεννήσουν στο σπίτι αφού το σύστημα υγείας της χώρας τους δεν υποστηρίζει τοκετό εκτός νοσοκομείου. Τα βασικά θέματα που είχαν προκύψει από την ανάλυση δεδομένων ήταν ότι το βασικότερο κίνητρο ήταν η πίστη των γυναικών στη γυναικεία τους δύναμη. Αυτή η δύναμη τις είχε ωθήσει να γεννήσουν στο σπίτι τους και είχαν αναφέρει ότι κάνουν τις επιλογές τους με βάση μια σειρά από λόγους και κίνητρα, που είναι βαθιά ριζωμένα μέσα τους. Οι γυναίκες είχαν εισηγηθεί οι επαγγελματίες υγείας να τις σέβονται και να τους παρέχουν την απαιτούμενη στήριξη και πληροφόρηση.

Σχετικά με τον τοκετό στο σπίτι, η μελέτη των Κοντογιάννη και Κατσέτου (2008) αναφέρει ότι μερικές φορές οι γυναίκες αν και έχουν σωστή πληροφόρηση

δεν επιλέγουν το γνώριμο περιβάλλον του σπιτιού τους διότι δεν τους χαρίζει ηρεμία αλλά αντίθετα τις γεμίζει με φόβο και ανασφάλεια. Οι γυναίκες στην Ελλάδα για να αισθάνονται ασφάλεια επιλέγουν να γεννήσουν στο νοσοκομείο με μαιευτήρα. Η προτίμηση των γυναικών για το νοσοκομείο και τους μαιευτήρες παρουσιάστηκε και σε άλλες μελέτες αλλά σε μερικές από αυτές οι γυναίκες κατοικούσαν σε απομακρυσμένες περιοχές. Ως εκ τούτου, ένας βασικός παράγοντας επηρεασμού για επιλογή τόπου τοκετού ήταν και η γεωγραφική θέση.

## 2. Γεωγραφική θέση

Η γεωγραφική θέση έχει αναφερθεί ως παράγοντας που επηρεάζει τη δημιουργία επιλογών τόπου τοκετού. Οι Pitchford et al (2007) στην αγροτική Σκωτία, σε μια προσπάθεια να εντοπίσουν τις απόψεις των γυναικών για τη φροντίδα μητρότητας τους και τους τόπους τοκετού, τους έδωσαν υποθετικό σενάριο. Το υποθετικό σενάριο τους παρουσίαζε δύο επιλογές αν ήθελαν να γεννήσουν στο νοσοκομείο με τους μαιευτήρες ή στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού με τις μαίες. Στη μελέτη συμμετείχαν 877 γυναίκες και είχαν γίνει και 8 ομάδες εστίασης. Βασικό συμπέρασμα ήταν ότι για τις γυναίκες η κύρια διάκριση μεταξύ των τοκετών που διεκπεραιώνονται από μαίες στο σπίτι ή στο κέντρο τοκετού είναι η ασφάλεια. Η ασφάλεια αναλύθηκε εκτενέστερα για την περίπτωση που κριθεί αναγκαίο να γίνει μεταφορά της γυναίκας ή του νεογνού το νοσοκομείο. Έτσι, είχαν καταλήξει ότι ο τοκετός στο νοσοκομείο είναι η ασφαλέστερη επιλογή, ιδιαίτερα αν οι γυναίκες ζουν σε απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές της Σκωτίας. Οι γυναίκες όμως δήλωσαν ότι επιθυμούν να γεννήσουν στο νοσοκομείο παραμερίζοντας τα συναισθήματα τους και τις προσωπικές τους επιθυμίες για το συμφέρον του παιδιού τους.

Η άμεση συσχέτιση μεταξύ επιλογής και ασφάλειας έχει καταγραφεί και σε άλλες μελέτες που ο τόπος τοκετού δεν βρίσκεται σε απομακρυσμένες περιοχές. Συγκεκριμένα, η Edwards (2005) αναφέρει ότι στη δική της μελέτη, οι γυναίκες αν και ζούσαν σε περιοχές που βρίσκονταν κοντά στα νοσοκομεία και είχαν αποφασίσει να γεννήσουν στο σπίτι ένοιωθαν ότι είχαν τοποθετήσει το προσωπικό τους συμφέρον πάνω από την ασφάλεια του παιδιού τους. Το συναίσθημα που

περιγράφουν οι γυναίκες είχε δημιουργηθεί από τα σχόλια των συγγενών και των φίλων τους. Αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες επηρεάζονται άμεσα από τις απόψεις και τα μηνύματα των ανθρώπων που βρίσκονται γύρω τους .

Η γεωγραφική θέση επηρεάζει την επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού αλλά από τις αφηγήσεις των γυναικών στη Φινλανδία, αποκαλύπτεται ακόμη ένας βασικός παράγοντας που περιορίζει τις επιλογές τόπου τοκετού για τις γυναίκες. Συγκεκριμένα, έγινε αναφορά για τις δεξιότητες και την εκπαίδευση των μαιών και είχαν διερωτηθεί αν με την ιατρικοποίηση οι μαιές έχουν την δυνατότητα να εκπαιδούνται για να διεκπεραιώνουν τοκετούς χωρίς παρεμβάσεις και εκτός νοσοκομείου. Επίσης σχολιάστηκε ότι οι φοιτήτριες της μαιευτικής και οι νεαρές μαιές σε συστήματα που δεν στηρίζουν τον τοκετό στο σπίτι δεν έχουν την δυνατότητα για πρακτική άσκηση με τοκετούς στο σπίτι. Έτσι, με την πάροδο του χρόνου οι μαιές δεν νοιώθουν ασφάλεια διότι δεν έχουν την απαιτούμενη εμπειρία και δεν μπορούν να προσφέρουν επιλογές για τόπο τοκετού στις γυναίκες (Mander and Melender, 2009). Οι γυναίκες, όμως δήλωσαν ότι θα ήθελαν οι μαιές/μαιευτές να έχουν επιστημονική γνώση για διεκπεραίωση τοκετού εκτός νοσοκομείου και χωρίς παρεμβάσεις. Αν οι μαιές δεν έχουν αυτή την δυνατότητα σημαίνει ότι η παροχή επιλογής τόπου τοκετού είναι απλή ρητορική (Mander και Melender, 2009).

#### 5.4.2.4 Η ρητορική της επιλογής τόπου τοκετού

##### 1. Η ενημέρωση των γυναικών για τις επιλογές τόπου τοκετού.

Τέσσερις μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο και δυο στην Αυστραλία έχουν διερευνήσει σε βάθος αν οι επαγγελματίες υγείας, συνηγορούν και προωθούν τις επιλογές τόπου τοκετού για την γυναίκα ή είναι απλή ρητορική (Fahy 2003, Madi και Crow, 2003, Lock and Gibb, 2003, Edwards, 2005, Barber et al, 2006, Jomeen, 2006). Οι μελέτες αυτές καταδεικνύουν ότι οι μαιευτήρες δεν παρέχουν πληροφορίες στην γυναίκα για τόπο τοκετού και της προσφέρουν μόνο μια επιλογή, τον τοκετό στο νοσοκομείο (Barber et al, 2006). Παράλληλα, σε άλλη έρευνα είχε διαφανεί ότι οι μαιές αν και είχαν τη δυνατότητα να φροντίσουν την γυναίκα στο σπίτι, στο κέντρο τοκετού και στο νοσοκομείο παρουσιάζονται από

τις γυναίκες ότι τους έδιναν ασαφείς και μεροληπτικές πληροφορίες για τους τρόπους τοκετού (Lock and Gibb, 2003). Ο τρόπος που ενημερώνονται οι γυναίκες δεν διευκολύνει την απόφαση τους για το που θα γεννήσουν τα παιδιά τους. Οι Madi και Crow (2003) στη δική τους μελέτη σχετικά με τις μαιές έχουν καταλήξει ότι παρατηρείται «απροθυμία» από τις μαιές να παρέχουν αμερόληπτες πληροφορίες. Οι Barber et al. (2006) έχουν εντοπίσει ότι ενώ οι μαιές έδιναν πληροφορίες για τις επιλογές τύπου τοκετού, η κουλτούρα ιατρικοποίησης που επικρατεί επηρεάζει τις/τους μαιές/μαιευτές, οι οποίες με την πάροδο του χρόνου σε μερικές χώρες έχουν χάσει την αυτονομία τους και σε άλλες έχουν υιοθετήσει το ιατρικό μοντέλο φροντίδας.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα είναι ότι η αυτονομία των μαιών και των γυναικών επηρεάζεται άμεσα από τον τρόπο που θα διεκπεραιωθεί ο τοκετός. Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των γυναικών οι μαιές στο νοσοκομείο καταβάλλουν προσπάθεια για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και να προστατέψουν την αυτονομία των γυναικών και τη δική τους αλλά ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η πολιτική των μαιευτικών τμημάτων δεν τους το επιτρέπει (Lock and Gibb, 2003). Ως εκ τούτου, οι συγκεκριμένοι ερευνητές πρότειναν ότι οι μαιές μόνο στο τοκετό που εκτελείται στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα και να δημιουργούν εταιρική σχέση με την γυναίκα. Η αυτονομία των γυναικών θεωρείται θεμέλιο για την λήψη αποφάσεων και η συνειδητή επιλογή σχετίζεται άμεσα με την αυτονομία των γυναικών.

## 2. Η αυτονομία των γυναικών

Η επαρκής ενημέρωση είναι απαραίτητη για διατήρηση της αυτονομίας, για συνειδητή επιλογή και μεταφορά ενέργειας από τον εμπειρογνώμονα στη γυναίκα (Fahy, 2002, Edwards, 2005). Η Edwards (2005) στη μελέτη της είχε διερευνήσει τη σχέση μεταξύ αυτονομίας, επιλογής και λήψης αποφάσεων. Οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν ότι δεν είχαν την δυνατότητα να συμμετέχουν στην απόφαση για το πού θα γεννήσουν το παιδί τους διότι δεν γνώριζαν ότι υπήρχαν άλλες επιλογές. Η μαιά αναφέρθηκε ως ο επαγγελματίας υγείας που έχει την δυνατότητα να

παρέχει ουσιαστική στήριξη στη γυναίκα που επιδιώκει να γεννήσει στο σπίτι αλλά ο ρόλος που διαδραματίζουν οι μαιές σε κάποια συστήματα υγείας δεν είναι ορατός, ούτε αυτόνομος και αυτό το φαινόμενο παρεμποδίζει τον αποτελεσματικό διάλογο μεταξύ της γυναίκας και της μαιάς .

Χωρίς επιλογή το άτομο δεν έχει αυτονομία, και χωρίς αυτονομία δεν μπορεί να υπάρξει ενημέρωση και διαδικασία λήψης απόφασης (Edwards, 2005). Για να μπορεί κάθε γυναίκα να είναι πραγματικά αυτόνομο άτομο θα πρέπει να διαθέτει γνώση για το πώς λειτουργεί το σώμα της και ποιές είναι οι επιλογές της. Το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η απόκτηση γνώσεων είχε συμπεριλάβει η Cheyney (2008) στην θεωρία της. Η θεωρία αυτή εξηγεί ότι όταν η γυναίκα ενημερωθεί σωστά μπορεί να αντισταθεί στο κατεστημένο και να πετύχει αυτό που πραγματικά επιθυμεί. Η Jomeen (2006) είχε αναφέρει ότι η «ουδέτερη» παρουσίαση πληροφοριών, δίνει την ευκαιρία στην γυναίκα να αποφασίσει η ίδια για το που θα γεννήσει. Αυτό περιγράφεται ως πολύ δύσκολο διότι στον πιο αναπτυγμένο εκμεταλλευτικό κοινωνικοοικονομικό σχηματισμό, της σημερινής κοινωνίας, ο κοινωνικός χαρακτήρας της φροντίδας για την υγεία έρχεται σε σύγκρουση με την εμπορευματοποίηση της υγείας (Gallotti, 2000, Sjoblom et al, 2006).

Αυτό επαληθεύεται διότι στις χώρες όπου υπάρχουν τα ιδιωτικά νοσοκομεία αυτά συμπεριφέρονται με το οικονομικό όφελος και μετατρέπονται σε κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Το διοικητικό συμβούλιο των ιδιωτικών νοσοκομείων αποτελείται συνήθως από μετόχους γιατρούς και λειτουργεί με τη φιλοσοφία της επιχείρησης (Nusbaum, 2006). Η δημιουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων έχει ως αποτέλεσμα οι γυναίκες να δέχονται μεροληπτικές πληροφορίες για τους τόπους τοκετού. Σχετικά με τη πληροφόρηση οι Madi and Crow (2003) στην προσπάθειά τους να εντοπίσουν αν οι γυναίκες ήταν σωστά ενημερωμένες για να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους, με ποιοτική μεθοδολογία είχαν διερευνήσει τις απόψεις των γυναικών για την επάρκεια των πληροφοριών που είχαν λάβει κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Με την χρήση συνεντεύξεων είχαν συλλέξει πληροφορίες από 33 εγκυμονούσες γυναίκες, 20 από αυτές είχαν προγραμματίσει να γεννήσουν στο νοσοκομείο και 13 είχαν προγραμματίσει να

γεννήσουν στο σπίτι. Τελικό πόρισμα ήταν ότι οι γυναίκες που θα γεννούσαν στο νοσοκομείο δεν γνώριζαν ότι είχαν άλλη επιλογή όπως την δυνατότητα να γεννήσουν στο σπίτι. Βασικός λόγος της άγνοιας των γυναικών ήταν η ελλιπής ενημέρωση που είχαν λάβει από τις μαίες.

Αυτά τα στοιχεία ενισχύονται περισσότερο και με μεταγενέστερες έρευνες που αναφέρουν ότι μερικές γυναίκες που είχαν γεννήσει στο νοσοκομείο είχαν διαμαρτυρηθεί ότι δεν είχαν ενημερωθεί για άλλη επιλογή τόπου τοκετού όπως τοκετός στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού (Edwards, 2005, 2008, Barber et al, 2006, Jomeen, 2006,2007). Η εξήγηση που δόθηκε από τους περισσότερους ερευνητές ήταν ότι οι μαίες έδιναν πληροφορίες στις γυναίκες για τοκετό στο σπίτι μόνο αν οι ίδιες ρωτούσαν, διαφορετικά δεν τους παρείχαν καμία ενημέρωση σχετική με τις επιλογές τους για τόπο τοκετού (Barber et al, 2006, Jomeen, 2006). Οι ίδιοι ερευνητές δικαιολογημένα διερωτούνται αφού το άτομο δεν γνωρίζει τις επιλογές τους πως θα τις διεκδικήσει.

Οι Pitchforth et al (2009) σε ποιοτική μελέτη είχαν διερευνήσει τις αντιλήψεις των γυναικών στη προσπάθεια επιλογής τόπου τοκετού σε απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές της Σκωτίας. Η συλλογή δεδομένων έγινε με 10 ομάδες εστίασης γυναικών που είχαν πρόσφατη εμπειρία των υπηρεσιών της μητρότητας. Οι γυναίκες είχαν διαφορετικές εμπειρίες και αντιλήψεις της επιλογής τόπου τοκετού και ήταν σαφές ότι η επιλογή ήταν μια σύνθετη έννοια για αυτές. Μερικές γυναίκες δήλωσαν ότι δεν είχαν δυνατότητα επιλογής και οι βασικοί παράγοντες επηρεασμού ήταν η ασφάλεια, οι κοινωνικές αντιλήψεις για τα διαφορετικά μοντέλα περιγεννητικής φροντίδας και τους τρόπους τοκετού. Οι γυναίκες δήλωσαν ότι ο τοκετός στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού σύμφωνα με το μαιευτικό μοντέλο παρέχει στη γυναίκα μεγαλύτερη ψυχοκοινωνική στήριξη και εξατομικευμένη φροντίδα.

Εν κατακλείδι, οι Pitchforth et al (2009) είχαν αναφέρει ότι η επέκταση της επιλογής σε σχέση με τον τόπο γέννησης μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης για παροχή ποιοτικής φροντίδας μητρότητα. Επίσης, θα ήταν χρήσιμο για τον κατάλληλο σχεδιασμό των υπηρεσιών φροντίδας μητρότητας να διεξάγονται έρευνες πριν τη χάραξη κάθε καινούργιας επιλογής. Η αλλαγή πολιτικής μπορεί

να ενισχύσει το δικαίωμα της γυναίκας για να επιλέξει πως και που θέλει να γεννήσει το παιδί της αλλά σύμφωνα με την Jomeen (2007) εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη ουσιαστικών και συγκλινουσών ενδείξεων ότι γίνονται ουσιαστικές προσπάθειες για να έχει η γυναίκα πραγματική επιλογή τόπου γέννησης. Η Fahy (2002) είχε διαπιστώσει ότι αν οι γυναίκες δεν ακολουθήσουν τις οδηγίες ή προτροπές των επαγγελματιών υγείας, θα δεχθούν ένα είδος έμμεσου εκφοβισμού ιδιαίτερα από τους μαιευτήρες. Μερικοί μαιευτήρες αναφέρουν στις γυναίκες ότι και ένας φυσιολογικός τοκετός μπορεί να έχει επιπλοκές. Αντίθετα, οι μαιές τις ενθάρρυναν να έχουν εμπιστοσύνη στο εαυτό τους και έχουν τη δυνατότητα να γεννήσουν φυσιολογικά. Η Galotti, (2000), ενισχύει αυτά τα ευρήματα και τονίζει ότι ένας από τους λόγους που οι γυναίκες επιλέγουν μαία είναι ότι η μαία θα σεβαστεί την αυτονομία τους, θα τους δώσει αμερόληπτες πληροφορίες και την ευκαιρία να αποφασίσουν οι ίδιες για τον εαυτό τους.

Οι Barber et al (2006) αναφέρουν ότι η αναζήτηση των γυναικών για πληροφορίες σχετικές με τον τόπο που θα γεννήσουν το παιδί τους είναι πολύπλοκη. Η εξήγηση που δόθηκε για την πολυπλοκότητα της παροχής πληροφοριών είναι η διαπίστωση ότι οι γυναίκες μπορεί να δέχονται γενικές πληροφορίες και όχι αυτές που ζητούν από πολλά άτομα και πολλά μέσα. Αυτό το εύρημα στηρίζεται και από την μελέτη των OCathian et al. (2002). Οι OCathian et al. (2002) είχαν εξετάσει την αποτελεσματικότητα των MIDIRS φυλλαδίων, τα οποία έχουν δημιουργηθεί με γνώμονα να βοηθήσουν την γυναίκα να έχει συνειδητή επιλογή τόπου τοκετού. Μέσα από τυχαίοποιημένη μελέτη είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι οι πληροφορίες αν και γραπτές για τους τόπους τοκετού δεν ήταν βοηθητικές για τις γυναίκες. Συμπερασματικά είχε διαφανεί για ακόμη μια φορά ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας για τις γυναίκες ήταν η διαπροσωπική επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, τους φίλους και την οικογένεια τους.

Τα ευρήματα της Cheyney (2008) ενισχύουν αυτά τα συμπεράσματα διότι μερικές γυναίκες είχαν αναφέρει ότι ήταν πολύ χρήσιμο να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας με προσωπική επαφή. Είχαν αναφέρει ότι το σύστημα υγείας της κάθε χώρας θα πρέπει να παρέχει στις γυναίκες επιλογές, με ουσιαστική

και αντικειμενική ενημέρωση για τις επιλογές. Βασικός παράγοντας επηρεασμού για την επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού είναι η πολιτική φροντίδας μητρότητας της κάθε χώρας. Η πολιτική φροντίδας μητρότητας με κατάλληλο σχεδιασμό θα δημιουργήσει τους κατάλληλους τρόπους για τοκετό.

#### 5.4.2.5 Πολιτική φροντίδας μητρότητας

##### 1. Διαθέσιμες επιλογές τόπου τοκετού

Η πολιτική μιας χώρας επηρεάζει άμεσα την περιγεννητική φροντίδα και συγκεκριμένα τη φροντίδα μητρότητας διότι παρέχει ή παρεμποδίζει τις επιλογές των γυναικών (Mander and Melender, 2009). Σε μερικές χώρες δεν δημιουργούνται υποστηρικτικές δομές από τις υπηρεσίες υγείας για τοκετό εκτός νοσοκομείου προφασιζόμενοι ως βασικά προβλήματα την οικονομική επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού, την νομοθετική ρύθμιση και την ασφάλιση του επαγγελματία υγείας που θα αναλάβει την διεκπεραίωση του τοκετού (Lock and Gibb, 2003).

Οξύμωρο είναι ότι έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο σε χώρες που έχουν δημιουργήσει τις κατάλληλες υποστηρικτικές δομές για τοκετό εκτός νοσοκομείου, οι γυναίκες δεν τις χρησιμοποιούν. Αυτή η εξέλιξη είχε δημιουργήσει προβλήματα στους τεχνοκράτες, οι οποίοι ζήτησαν άμεση διερεύνηση. Αυτή η εξέλιξη ήταν και το βασικό κίνητρο της έρευνας των Barber et al (2006), οι οποίοι είχαν εντοπίσει ότι τα μειωμένα ποσοστά γεννήσεων στα κέντρα τοκετού είχαν ωθήσει τους τεχνοκράτες να αναθεωρήσουν την πολιτική τους με πιθανό ενδεχόμενο το κλείσιμο των κέντρων τοκετού. Η Gallotti (2000) είχε διατυπώσει την άποψη ότι η οικοδόμηση δημόσιας πολιτικής, που να υποστηρίζει επιλογές για τοκετό εκτός και εντός νοσοκομείου ισοδυναμεί με μεγάλη οικονομική επιφόρτιση της οικονομίας της χώρας και χρειάζεται συνεχή αξιολόγηση για την αποτελεσματικότητά της. Περαιτέρω, είχε τονίσει ότι είναι χρήσιμο οι διαμορφωτές πολιτικής φροντίδας μητρότητας να διερευνούν τις προτιμήσεις των γυναικών και να διαμορφώνουν τις ανάλογες δομές. Παράλληλα, θα πρέπει να παρέχουν στους επαγγελματίες υγείας ειδικά προγράμματα συνεχούς επιμόρφωσης για να ενημερώνονται στη χρησιμότητα της εφαρμογής κάθε καινούργιας πολιτικής.



### 3. Εφαρμογή της πολιτικής

Η Emslie (1999) είχε μελετήσει τους λόγους μη εφαρμογής της πολιτικής για προώθηση τοκετών εκτός νοσοκομείου. Αρχικά είχε θέσει ως στόχο να εντοπίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τόπο τοκετού της. Χορηγώντας ένα ερωτηματολόγιο στην αρχή της εγκυμοσύνης, ένα στο τέλος της εγκυμοσύνης με ποσοστό ανταπόκρισης 83% (210/254) και ένα ερωτηματολόγιο μετά τον τοκετό με ποσοστό ανταπόκρισης 81% (206/254), είχε διαπιστώσει ότι οι γυναίκες επέλεξαν με μεγάλη δυσκολία και ένοιωθαν ανασφάλεια για την επιλογή τους. Το μεγαλύτερο τους πρόβλημα ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν τους παρείχαν πλήρη ενημέρωση και δεν μπορούσαν να αντιληφθούν τα πλεονεκτήματα που πρόσφερε ο κάθε χώρος τοκετού. Ως εκ τούτου, είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι αν και η πολιτική της χώρας προωθούσε οι φυσιολογικοί τοκετοί να εκτελούνται εκτός νοσοκομείου, οι επαγγελματίες υγείας δεν συμφωνούσαν και δεν στήριζαν να παρέχεται στη γυναίκα επιλογή.

Αυτά τα ευρήματα ενισχύονται από τη μελέτη των Barber et al (2006), που πραγματοποίησαν μια συγχρονική μελέτη με παρέμβαση. Ο πρώτος στόχος της μελέτης τους ήταν να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των γυναικών για το πού θα γεννήσουν. Δόθηκε ερωτηματολόγιο σε 925 γυναίκες με ηλικία κύησης άνω των 30 εβδομάδων κατά τη διάρκεια των επισκέψεων τους στα κέντρα προγεννητικής φροντίδας. Οι συμμετέχουσες στην έρευνα (n = 398) ρωτήθηκαν σχετικά με τις πληροφορίες που τους δόθηκαν για τον τόπο που επιθυμούσαν να γεννήσουν τα παιδιά τους και ποιοι παράγοντες επηρέασαν τις επιλογές και τις αποφάσεις τους. Η πλειοψηφία των γυναικών είχε αναφέρει ότι n = 370, (93%) τους είχαν δοθεί κάποιες πληροφορίες, και για τις περισσότερες συμμετέχουσες οι πληροφορίες προήλθαν από μαία (n = 354,95%). Όσον αφορά τις επιλογές η πλειονότητα των ερωτηθέντων (n= 314,79%) συμφώνησαν ότι τους είχαν προσφέρει δυνατότητα επιλογής τόπου τοκετού, αλλά η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας δήλωνε ότι δεν συμφωνούσαν για

τοκετό εκτός νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, το 96% των γυναικών αποφάνθηκαν ότι τους πρόσφεραν επιλογή να γεννήσουν στο νοσοκομείο και το 52% σε κέντρο τοκετού αλλά με επιφύλαξη. Οι περισσότερες από τις γυναίκες ανέφεραν ότι η επιλογή για κέντρο τοκετού είχε δοθεί μόνο από τις μαιές και το 87% (n = 346), δήλωσε ότι ήταν πολύ ή αρκετά σημαντικό για αυτές να έχουν την ευκαιρία να επιλέξουν τόπο τοκετού. Επιπλέον, οι Barber et al (2006), για να ενισχύσουν την αξιοπιστία των δεδομένων τους χρησιμοποίησαν τριγωνοποίηση και είχαν συλλέξει περισσότερα ερευνητικά στοιχεία από 7 (επτά) ομάδες εστίασης, 5 (πέντε) ομάδες από γυναίκες και 2 (δύο) ομάδες από μαιές.

Από τις ομάδες εστίασης είχαν παραχθεί ποιοτικά στοιχεία για τις σκέψεις και τα συναισθήματα των συμμετεχουσών γύρω από τις πληροφορίες που παρέχονται για να έχει η γυναίκα επιλογή και λήψη απόφασης σχετικά με τον τόπο τοκετού της. Το βασικό πόρισμα ήταν ότι οι γυναίκες λαμβάνουν ελλιπή πληροφόρηση για να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους. Από τις ομάδες εστίασης των μαιών είχε διαφανεί ότι δεν προωθούσαν τοκετό εκτός νοσοκομείου διότι οι ίδιες δεν ένοιωθαν ασφάλεια.

Στη συνέχεια οι ερευνήτριες είχαν ετοιμάσει ειδικά εκπαιδευτικά σεμινάρια για να ενημερώσουν τις γυναίκες για τις επιλογές τους και να τις ενδυναμώσουν να τις διεκδικήσουν. Η παρέμβαση αυτή είχε αξιολογηθεί από τις γυναίκες και χαρακτηρίστηκε ως πολύ βοηθητική. Οι ερευνήτριες ως περιορισμό της μελέτης τους είχαν αναφέρει το χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης που ήταν μόνο 43%. Όμως, ο συνδυασμός των ποσοτικών και των ποιοτικών δεδομένων είχε αυξήσει την αληθοφάνεια των ευρημάτων, τα οποία είχαν καταδείξει ότι η πληροφόρηση είναι πολύ σημαντική συνιστώσα για να μπορέσει η γυναίκα να επιλέξει αυτό που πραγματικά χρειάζεται (Barber et al, 2006).

Ταυτόχρονα, υπάρχουν χώρες που η πολιτική φροντίδα μητρότητας δεν στηρίζει τοκετό εκτός νοσοκομείου αλλά γυναίκες είχαν επιλέξει και είχαν γεννήσει εκτός νοσοκομείου (Sjoblom et al, 2006). Αυτό το φαινόμενο έχει δημιουργήσει έντονο προβληματισμό και καταδεικνύει την πολυπλοκότητα της ευθύνης των κυβερνήσεων για διαμόρφωση πολιτικής που να παρέχει στην γυναίκα ασφάλεια (Boucher et al, 2009).

## **5.5 Συζήτηση / Συμπεράσματα Συστηματικής Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης**

Η παρούσα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν μια σύνθεση μελετών, οι οποίες αν και έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις, έγιναν σε διαφορετικά συστήματα υγείας και σε διαφορετικές κουλτούρες έχουν αναδείξει ότι η επιλογή τόπου τοκετού είναι πολύπλοκη διαδικασία. Ωστόσο, ο συνδυασμός των μελετών έχει βοηθήσει στην παραγωγή επιστημονικής γνώσης και έδωσε την ευκαιρία για περισσότερη κριτική σκέψη και προβληματισμό.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι ερευνητές που έχουν μελετήσει τις απόψεις των γυναικών για την επιλογή τόπου τοκετού έχουν διαπιστώσει ότι το συγκεκριμένο ερευνητικό πρόβλημα χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχουν εντοπιστεί 21 μελέτες, από τις οποίες μόνο οι 4 είχαν χρησιμοποιήσει ερωτηματολόγιο. Μετά από μελέτη αυτών των ερωτηματολογίων, είχε διαφανεί ότι μόνο ένα ερωτηματολόγιο μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την παρούσα μελέτη και ήταν το ερωτηματολόγιο των Barber et al (2006).

Η επιλογή τόπου τοκετού είναι δικαίωμα κάθε γυναίκας αλλά φαίνεται ότι σε πολλές χώρες δεν διασφαλίζεται. Η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει καταδείξει ότι η ενημέρωση του γυναικών με πληρότητα είναι πολύ σημαντική παράμετρος στη λήψη σωστής επιλογής. Η κουλτούρα τοκετού, η σχέση των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικές συνιστώσες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας μητρότητας.

Μερικές μελέτες είχαν εντοπίσει ότι χρειάζεται να γίνουν αλλαγές στη φροντίδα μητρότητας. Η διαμόρφωση σωστής πολιτικής φροντίδας μητρότητας καθίσταται αναγκαία για την δημιουργία αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας. Σχετικά με τη φροντίδα μητρότητας θα ήταν χρήσιμο, η πολιτική φροντίδας μητρότητας της χώρας να έχει βασικό γνώμονα τις ανάγκες των γυναικών. Η ύπαρξη πολιτικής που να διασφαλίζει επιλογές δεν είναι αποτελεσματική αν οι επιλογές αυτές δεν είναι βασισμένες στις προτιμήσεις των γυναικών.

Η ανάλυση του εννοιολογικού και του θεωρητικού πλαισίου, η αναφορά στην ιστορική εξέλιξη της φροντίδας μητρότητας, η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έχουν καταδείξει ότι η επιλογή τύπου τοκετού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η διεξαγωγή έρευνας για εντοπισμό των προτιμήσεων των Ελληνοκυπρίων γυναικών για επιλογή τύπου τοκετού έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει στη χάραξη καινούργιας και καινοτόμου πολιτικής φροντίδας μητρότητας.

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **6 ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **6.1 Εισαγωγή**

Η μελέτη αρχικά είχε προγραμματιστεί να είναι διερευνητική μελέτη συσχέτισης. Το δείγμα θα αποτελούσαν 367 γυναίκες που είχαν γεννήσει τους τελευταίους 12 μήνες τελειόμηνο νεογνό χωρίς παθολογικά και χειρουργικά προβλήματα. Η δειγματοληψία προγραμματίστηκε να είναι στρωματοποιημένη, για να εξασφαλισθεί η αντιπροσώπευση κάθε τμήματος του πληθυσμού και να μειωθεί το σφάλμα εκτίμησης (Watson, 2008). Το δείγμα υπολογίστηκε με ανάλυση ισχύος ότι θα αποτελούσαν 367 γυναίκες από όλη την Κύπρο. Συγκεκριμένα, η συλλογή ποσοτικών δεδομένων είχε προγραμματιστεί να διαρκέσει περίπου 3 μήνες και οι συνολικές γεννήσεις είναι 2000 το τρίμηνο. Αυτό το δείγμα κρίθηκε κατάλληλο γιατί η κάλυψη του ήταν εφικτή διατηρώντας ταυτόχρονα το δειγματοληπτικό σφάλμα σε χαμηλά επίπεδα (Σφάλμα  $\pm 3\%$  με διάστημα εμπιστοσύνης 95%).

Στην πιλοτική μελέτη είχε χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο της Downe (2008) το οποίο βασίστηκε σε προηγούμενο ερωτηματολόγιο των Barber et al (2006) (Παράρτημα 3). Το ερωτηματολόγιο «Birth Place Choices» των Barber et al (2006) αποτελείται από 16 σελίδες. Μετά από ηλεκτρονική επικοινωνία με τις ερευνήτριες για εντοπισμό και έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, είχε αναφερθεί ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είχε αξιολογηθεί για την εγκυρότητα περιεχομένου. Επίσης είχαν αναφέρει ότι επειδή ήταν 16 σελίδες και κατά την χρήση του είχαν εντοπίσει ότι ήταν πολύ μεγάλο και δύσχρηστο, η Soo Downe (2008) μετά από έγκριση των δημιουργών του πρώτου ερωτηματολογίου το έκανε πιο σύντομο και πιο εύχρηστο. Ζητήθηκε λοιπόν από την Soo Downe το

καινούργιο ερωτηματολόγιο και το έστειλε ηλεκτρονικά μαζί με την έγκριση της για την χρησιμοποίησή του.

Το νέο ερωτηματολόγιο της Soo Downe (2008) ήταν στα αγγλικά και χωρίζεται σε τρεις θεματικές ενότητες. Η πρώτη αναφέρεται στην ενημέρωση σε σχέση με τον τόπο τοκετού και δομείται με 8 ερωτήσεις τύπου Likert. Υπήρχε μια σειρά δηλώσεων και η κάθε μία συνοδευόταν από μια κλίμακα. Στην πρώτη ενότητα οι απαντήσεις υποδηλώνουν συμφωνία (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, διαφωνώ, διαφωνώ απόλυτα). Η δεύτερη ενότητα παρουσιάζει ένα πίνακα με τις επιδράσεις που είχαν οι γυναίκες στην επιλογή του τόπου που θα γεννούσαν τα παιδιά τους με απαντήσεις αξιολόγησης (πολύ σημαντική, αρκετά σημαντική, λίγο σημαντική, καθόλου σημαντική, δεν γνωρίζω, δεν απαντώ). Η δεύτερη ενότητα συνεχίζεται με επιπρόσθετους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού αλλά η απάντηση δίνεται με απαντήσεις που υποδηλώνουν συμφωνία. Η τρίτη ενότητα εστιάζεται σε δηλώσεις που σκιαγραφούν τις απόψεις των γυναικών για τους τόπους τοκετού και τους επαγγελματίες υγείας και οι απαντήσεις δηλώνουν και πάλι συμφωνία.

Η Downe είχε αξιολογήσει την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου και την εγκυρότητα περιεχομένου αξιολογώντας την ισοδυναμία του με την χρήση αξιοπιστίας παρατηρητών. Περαιτέρω, είχε χρησιμοποιήσει το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σε 10 γυναίκες που πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής και είχε διαφανεί ότι υπήρχε συμφωνία μεταξύ τους. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα Ελληνικά για να χρησιμοποιηθεί στη συγκεκριμένη εργασία. Η μετάφραση έγινε από την ερευνήτρια, μια εκπαιδύτρια μαιευτικής και μια μεταφράστρια αγγλικής γλώσσας (ευθεία μετάφραση). Το ελληνικό κείμενο που προέκυψε δόθηκε για αντίστροφη μετάφραση σε δυο άλλους ανεξάρτητους δίγλωσσους επιστήμονες (Νοσηλευτικός λειτουργός, ακαδημαϊκός) που δεν συμμετείχαν στην αρχική μετάφραση για να διαπιστωθεί η ορθότητα της μετάφρασης. Είχε διαφανεί ότι και στις δύο περιπτώσεις, δηλαδή και στην ευθεία και στην αντίστροφη μετάφραση υπήρχε συμφωνία στη μετάφραση. Στην συνέχεια τα αποτελέσματα της μετάφρασης είχαν εξεταστεί από τρία άτομα, με ερευνητική εμπειρία (Μερκούρης,

2008). Συγκεκριμένα, τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια στάλθηκαν σε καθηγήτρια Νοσηλευτικής και σε δύο ακαδημαϊκούς στη Νοσηλευτική επιστήμη για σχόλια. Η τρίτη ενότητα που εστιάζοταν στις απόψεις των γυναικών για τους τόπους τοκετού και τους επαγγελματίες υγείας, είχε εντοπιστεί ότι δεν μπορούσε να χρησιμοποιηθεί διότι στην Κύπρο υπάρχει διαφορετικό σύστημα υγείας και διαφορετική κουλτούρα. Ως εκ τούτου, αποφασίστηκε να γίνει τροποποίηση του ερωτηματολογίου και να γίνει αξιολόγηση του με πιλοτική μελέτη. Η ερευνήτρια έστειλε την τροποποιημένη έκδοση του ερωτηματολογίου στην ομάδα. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου εγκρίθηκε από την ερευνητική ομάδα για να χρησιμοποιηθεί στην πιλοτική μελέτη.

Στην πιλοτική μελέτη συμμετείχαν 42 γυναίκες και είχε εντοπιστεί ότι οι γυναίκες που είχαν γεννήσει στον ιδιωτικό τομέα δεν γνώριζαν για τις μαίες με αποτέλεσμα να μην απαντούν στις ερωτήσεις που αναφέρονταν για τον ρόλο των μαιών και την επιλογή τόπου τοκετού. Επιπρόσθετα, σε στατιστική αξιολόγηση, το ερωτηματολόγιο παρουσίασε χαμηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Μελετώντας σε βάθος είχε διαφανεί ότι η ποιοτική προσέγγιση θα διερευνούσε με μεγαλύτερη σαφήνεια τις απόψεις των γυναικών για την διασφάλιση του δικαιώματος επιλογής τόπου τοκετού. Ως εκ τούτου, η μελέτη βασίστηκε στην ποιοτική φαινομενολογική προσέγγιση κατά Husserl.

## **6.2 Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων της Ελληνοκύπριας γυναίκας σε σχέση με τη διασφάλιση του δικαιώματος της για επιλογή τόπου τοκετού.

## **6.3 Στόχοι**

1. Η αξιολόγηση των πληροφοριών που δίνονται στην Ελληνοκύπρια γυναίκα για να επιλέξει τον τόπο τοκετού της.
2. Ο εντοπισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τη λήψη απόφασης για τόπο τοκετού.

3. Η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για τη φροντίδα μητρότητας που παρέχεται στο ιδιωτικό και στο δημόσιο νοσοκομείο και με υποθετικό σενάριο για τη φροντίδα μητρότητας που παρέχεται στο σπίτι και στα κέντρα τοκετού,.

4. Η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για το δικαίωμα επιλογής τύπου τοκετού.

#### **6.4 Ερευνητικά Ερωτήματα**

1. Υπάρχει ενημέρωση για να επιλέξει η Ελληνοκύπρια γυναίκα τον τύπο τοκετού της;

2. Ποιοί παράγοντες επηρεάζουν την Ελληνοκύπρια γυναίκα στη λήψη απόφασης για τύπο τοκετού;

3. Ποιές είναι οι απόψεις των γυναικών για τη φροντίδα μητρότητας που παρέχεται στο σπίτι, στα κέντρα τοκετού, στο ιδιωτικό και στο δημόσιο νοσοκομείο.

4. Ποιές είναι οι απόψεις των γυναικών για τη θεσμοθέτηση του δικαιώματος επιλογής τύπου τοκετού.

#### **6.5 Τόπος διεξαγωγής της μελέτης.**

Η συλλογή δεδομένων προγραμματίστηκε να γίνει στα Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού (ΚΠΜΠ) του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Τα Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού βρίσκονται σε όλη τη Κύπρο και τα επισκέπτονται οι μητέρες που έχουν γεννήσει στο ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο σε προκαθορισμένες μέρες για να αξιολογήσουν την ψυχοκινητική ανάπτυξη και



εξέλιξη του βρέφους και του παιδιού. Περαιτέρω, γίνεται σε όλα τα βρέφη προσυμπτωματικός έλεγχος για έγκαιρη ανίχνευση λανθανουσών καταστάσεων και παραπομπή σε ειδικούς. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος συμπεριλαμβάνει και έλεγχο ακουστικής οξύτητας, ο οποίος καθιερώθηκε και γίνεται παγύπρια σε βρέφη 7-9 μηνών (Ετήσια έκθεση Υπουργείου Υγείας, 2007, 2009).

**Πίνακας 5: Αριθμός επισκέψεων βρεφών κάτω του έτους στα Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού 2007**

<b>ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ</b>	<b>ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
15 423	4 776	<b>20 199</b>

Το σύνολο των βρεφών κάτω του έτους που επισκέπτονται τα ΚΠΜΠ για το έτος 2007 ήταν 20.199 βρέφη, τα οποία είχαν γεννηθεί στο δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο. Ως εκ τούτου, η συλλογή δεδομένων αποφασίστηκε να γίνει στους συγκεκριμένους χώρους λόγω προσβασιμότητας. Η αποφυγή λήψης πληροφοριών όταν η γυναίκα βρίσκεται στο νοσοκομείο έχει γίνει επι σκοπού διότι αναφέρθηκε ως λανθασμένη ερευνητική προσέγγιση διότι σύμφωνα με το Larkin et al (2009) οι γυναίκες στο νοσοκομείο είναι σωματικά και πνευματικά εξαρτώμενες από τους επαγγελματίες υγείας και φοβούνται να μιλήσουν. Στην άποψη αυτή συνηγορούν και οι Fenwick et al (2005) οι οποίοι είχαν διατυπώσει την άποψη ότι οι γυναίκες μόλις γεννήσουν εάν το παιδί τους είναι υγιές δεν μπορούν να περιγράψουν τίποτε αρνητικά διότι βρίσκονται στο στάδιο της ευφορίας .

## **6.6 Ηθικά Θέματα**

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής αφού μελέτησε το ερευνητικό πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο είχε αναφέρει σε γραπτή απαντητική επιστολή ότι είχε εξετάσει το περιεχόμενο του πρωτοκόλλου και δεν εμπίπτει στις αρμοδιότητες της. Στη συνέχεια είχε κατατεθεί η ερευνητική πρόταση στο Υπουργείο Υγείας μαζί με την απαντητική επιστολή από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής για άδεια

πρόσβασης στα Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και παιδιού (ΚΠΜΠ) (Παράρτημα 1).

Οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας είχαν εγκρίνει την πραγματοποίηση της έρευνας και έστειλαν ενημερωτική επιστολή στις διευθύνσεις των Κέντρων Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού. Πριν τη συλλογή δεδομένων με τη χρήση των ερωτηματολογίων και των συνεντεύξεων η ερευνήτρια είχε εξηγήσει το σκοπό και τους στόχους της μελέτης σε όλες τις συμμετέχουσες. Η συμμετοχή των γυναικών ήταν εθελοντική, κατά τη συλλογή δεδομένων η γυναίκα έδινε την συγκατάθεση της με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Πριν από κάθε συνέντευξη ζητήθηκε ενυπόγραφη συγκατάθεση και τους δόθηκε η διαβεβαίωση ότι είναι ελεύθερες να διακόψουν τη συμμετοχή τους στην έρευνα όποτε το θελήσουν (Wood and Catanzaro, 1988, Parahoo, 2006).

Η ερευνήτρια φρόντισε να υπάρχει περιφρούρηση της ιδιωτικότητας των συμμετεχουσών, της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών και προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Webb, 2003, Polit and Beck, 2006). Συγκεκριμένα, η διατήρηση της ιδιωτικότητας είχε επιτευχθεί με τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων σε ένα ήσυχο και απομονωμένο μέρος. Για διαφύλαξη της ανωνυμίας είχε χρησιμοποιηθεί ψευδώνυμο, μαζί με ένα κωδικό αριθμό. Τα ψευδώνυμα μαζί με τους κωδικούς αριθμούς είχαν χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία ενός καταλόγου, ο οποίος είχε τοποθετηθεί σε ασφαλισμένο κλειδωμένο μέρος. Οι ηχογραφημένες συνεντεύξεις και τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα των συνεντεύξεων τους, είχαν φυλαχθεί σε ασφαλισμένο μέρος και πρόσβαση είχε μόνο η κύρια ερευνήτρια (Webb, 2003). Πριν από κάθε συνέντευξη είχαν εξηγηθεί σε κάθε συμμετέχουσα τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για προστασία της ιδιωτικότητας και διατήρηση της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας.

## **6.7 Σχεδιασμός μελέτης**

Η μελέτη συνεχίστηκε με ποιοτική έρευνα σύμφωνα με τη φαινομενολογική προσέγγιση κατά Husserl και βασικός λόγος επιλογής αυτής της προσέγγισης ήταν

η επίτευξη εντατικής και εκτατικής διερεύνησης των απόψεων των γυναικών για το δικαίωμα επιλογής τόπου τοκετού (Ιωσηφίδης, 2008). Η φαινομενολογική προσέγγιση κατά Husserl έχει επιλεγεί, διότι έχει τεκμηριωθεί ως μια από τις καλύτερες μεθόδους για τη διερεύνηση των ανθρωπίνων βιωμάτων (Snow, 2008). Η εμπειρία τοκετού αναφέρεται ως ένα από τα σημαντικότερα ανθρώπινα βιώματα που επηρεάζουν τη ζωή της γυναίκας, του νεογνού, της οικογένειας και της κοινωνίας (Odent, 2006). Περαιτέρω, η φαινομενολογία θεωρείται ως αξιόπιστη ερευνητική μέθοδος, συνυφασμένη με το χαρακτήρα των φαινομένων που άπτονται της μαιευτικής επιστήμης (Snow, 2009, Mander and Melender, 2009).

Ο Spiegelberg (1970) είχε τονίσει ότι αν και οι φιλοσοφικές και επιστημολογικές απόψεις για τα διάφορα είδη της φαινομενολογίας μπορεί να διαφέρουν, οι ερευνητές θα πρέπει να γνωρίζουν ότι όλα τα είδη έχουν παρόμοιο στόχο, τη διερεύνηση των εμπειριών που έχουν βιώσει τα υπό διερεύνηση άτομα. Τα κάθε είδος φαινομενολογίας έχει τα δικά του χαρακτηριστικά και η αναφορά στα βασικότερα είδη και στις σημαντικότερες σχολές της φαινομενολογίας θα ήταν χρήσιμη.

### **6.7.1 Βασικότερα είδη και σημαντικότερες σχολές της φαινομενολογίας.**

Η Φαινομενολογία αποτελείται από δυο ελληνικές λέξεις «φαινόμενο» και «λόγος». Ο «λόγος» έχει μεταφραστεί ως «επιστήμη», γεγονός που καθιστά την φαινομενολογία «ως την επιστήμη των φαινομένων» (Heidegger 1962, σ. 50). Η φαινομενολογία ως ερευνητική μέθοδος είναι σύνθετη και πηγάζει από τη φιλοσοφία με ένα σημαντικό επιστημονικό υπόβαθρο (Holloway, 2005). Ο Spiegelberg (1970) αναφέρει ότι έχουν καταγραφεί έξι τύποι φαινομενολογίας, οι οποίοι δεν θα πρέπει να αλληλοαποκλείονται, αλλά θα πρέπει να είναι ενωμένοι με κοινό σκοπό, για να δίνουν μια πληρέστερη και βαθύτερη κατανόηση των φαινομένων. Οι τύποι φαινομενολογίας σύμφωνα με τον Spiegelberg (1970) είναι:

1. Η περιγραφική φαινομενολογία, η οποία αποτελεί άμεση περιγραφή των φαινομένων που αποσκοπούν στη μέγιστη περιεκτικότητα,
2. Η διαισθητική ουσιαστική φαινομενολογία, η οποία προσπαθεί να εξηγήσει αποστάγματα και τις σχέσεις τους,
3. Η φαινομενολογία των εμφανίσεων, που φροντίζει για τους τρόπους με τους οποίους εμφανίζονται τα φαινόμενα,
4. Η συστατική φαινομενολογία, η οποία μελετά τις διεργασίες σύμφωνα με τις οποίες τα φαινόμενα εγκαθίστανται στην συνείδηση μας,
5. Η αναγωγική φαινομενολογία, η οποία στηρίζεται στην πραγματικότητα ή την εγκυρότητα των φαινομένων, και
6. Η ερμηνευτική φαινομενολογία, η οποία είναι ένα ιδιαίτερο είδος φαινομενολογικής ερμηνείας για να παρουσιάσει την κρυμμένη σημασία στα φαινόμενα.

Οι Holloway and Wheller (1997) έχουν δημιουργήσει απλούστερο διαχωρισμό της φαινομενολογίας και αναφέρονται σε τρεις βασικές σχολές που χρησιμοποιούνται στην έρευνα, τη διαισθητική ουσιαστική (eidetic - Husserlian), την ερμηνευτική φαινομενολογία (Heideggerian - Hermeneutic) και την Ολλανδική (Dutch). Η πρώτη σχολή καθοδηγείται από τον Husserl και η δεύτερη από τον Heidegger και η τρίτη σχολή έχει πάρει στοιχεία από τη διαισθητική ουσιαστική και την ερμηνευτική.

### **6.7.2 Ιστορική αναδρομή της φαινομενολογίας.**

Στα τέλη του 19ου αιώνα, η φαινομενολογία αναδύθηκε ως αντίδραση κατά της κυρίαρχης επιστημονικής θετικιστικής προβολής της φιλοσοφίας και της ψυχολογίας (Holloway, 2005). Μια βασική αντίδραση της φαινομενολογίας ήταν η άρνηση της να δεχτεί το δυϊσμό του Καρτέσιου ο οποίος αναφέρθηκε στον διαχωρισμό μεταξύ του μυαλού και του σώματος ή της συνείδησης και της ύλης (Holloway and Wheller, 1997). Η διάκριση μεταξύ του μυαλού του σώματος είναι μία από τις βασικές θέσεις του Καρτέσιου. Σύμφωνα με τον Καρτέσιο το μυαλό δεν είναι αρχή της ζωής αλλά αρχή της νόησης, είχε αναφερθεί στην επιβίωση μετά

τον σωματικό θάνατο και τη δυαρχία ψυχής σώματος. Ταυτόχρονα ο φιλόσοφος προσπάθησε να αποδείξει την ύπαρξη του Θεού. Ο Καρτέσιος υποστήριξε ότι τα πραγματικά αντικείμενα μπορεί να υπάρχουν ανεξάρτητα από τον άνθρωπο στη συνείδηση του. Αυτή η προσέγγιση είχε εξηγήσει τις υποκειμενικές εμπειρίες ως «εμφανίσεις» και ως εκ τούτου έδωσε προνομιακή θέση στην επιστήμη και όχι στην εμπειρία. Οι φαινομενολογοί στη συνέχεια είχαν αμφισβητήσει αυτό το διαχωρισμό μεταξύ εμφανίσεων και της πραγματικότητας και τόνισαν ότι οι ανθρώπινες εμπειρίες είναι πολύ σημαντικές.

Ο Husserl (1927/1971) ήταν ο πρώτος που ανέπτυξε τη φαινομενολογική φιλοσοφία και θεωρείται ο πατέρας της φαινομενολογίας. Είχε ξεχωρίσει το μυαλό από την ύλη και έχει τονίσει ότι η εμπειρία έχει τις αισθήσεις ως κεντρικό χαρακτηριστικό της ζωής (Paley, 1997). Αρκετά χρόνια αργότερα, ένας από τους μαθητές του, ο Heidegger, είχε γοητευτεί από την ιδέα της φαινομενολογίας, αλλά δημιούργησε δική του προσέγγιση, την ερμηνευτική φαινομενολογία (Heidegger, 1962). Ο εννοιολογικός προσδιορισμός των δύο μεγαλύτερων δημιουργών της φαινομενολογίας είναι χρήσιμη για βαθύτερη κατανόηση και ορθολογιστική χρησιμοποίηση της φαινομενολογικής έρευνας

### **6.7.3 Διαισθητική, ουσιαστική και υπερβατική φαινομενολογία του Husserl.**

Ο Husserl είχε ασχοληθεί με τη διαισθητική, ουσιαστική και υπερβατική φαινομενολογία ως διέξοδος από την απογοήτευση του στις φυσικές επιστήμες και από την επιθυμία του να μελετήσει σε βάθος την ανθρώπινη εμπειρία και ισχυρίστηκε ότι η γνώση πηγάζει από τη συνειδητή επίγνωση και οι προβληματισμοί του σχετίζονται με την ερώτηση «Πώς το ξέρουμε» (Dowling, 2007). Ο Husserl σχετικά με την έρευνα πίστευε ότι τα άτομα, για να εκθέσουν την πραγματική ουσία της «βιωμένης εμπειρίας», απαιτείται να παραμεριστούν οι προκαταλήψεις και να δημιουργηθούν παρενθετικές προτάσεις. Αυτός έθεσε τις βάσεις για την μετατροπή της φαινομενολογίας σε ρεύμα σκέψης και μέθοδο στις

επιστήμες του ανθρώπου και ανέπτυξε την έννοια του βιόκοσμου. Η έννοια του βιόκοσμου αναφέρεται ως έννοια κεντρική για μια υπαρξιακά προσανατολισμένη φαινομενολογία, η οποία στοχεύει στην περιγραφή και ανάλυση των τρόπων με τον οποίο τα φαινόμενα εμφανίζονται στη ζώσα εμπειρία (Moustakas, 1994). Παράλληλα, σχετικά με τη φαινομενολογία, ο Heidegger έδωσε διαφορετική εξήγηση και είχε αναφέρει ότι το επίκεντρο της φαινομενολογικής διερεύνησης είναι τι βιώνουν οι άνθρωποι σε σχέση με κάποιο φαινόμενο και πως ερμηνεύουν εκείνοι τα βιώματά τους.

Σε αντίθεση με τον Husserl, ο Heidegger ενδιαφερόταν για τη μετάβαση από την περιγραφή στην ερμηνεία και έδωσε έμφαση στην έννοια που απορρέει από το υπάρχω (McConnell et al, 2009). Ο Heidegger είχε απορρίψει τις παρενθετικές προτάσεις και είδε τον ερευνητή ως το αρμόδιο άτομο να τοποθετείται στην θέση του ατόμου που βιώνει την εμπειρία. Παράλληλα, είχε διατυπώσει την άποψη ότι ο ερευνητής είναι ένα μέρος της έρευνας, και ότι η ικανότητα του ερευνητή να ερμηνεύει τα δεδομένα εξαρτάται από τις γνώσεις του και τη δική του κατανόηση (Heidegger, 1962).

Συνοπτικά, οι βασικές διαφορές των δύο σχολών ήταν ότι ο πρωταρχικός στόχος του Husserl ήταν η επιστημολογία ή απόκτηση γνώσεων, ενώ του Heidegger ήταν η οντολογία ή έννοια της ύπαρξης.

#### **6.7.4 Αιτιολόγηση της χρησιμοποίησης της φαινομενολογικής προσέγγισης κατά Husserl**

Η παρούσα μελέτη έχει χρησιμοποιήσει τη φαινομενολογική προσέγγιση κατά Husserl διότι βασικός της στόχος, είναι η διερεύνηση σε βάθος των απόψεων των Ελληνοκυπρίων γυναικών για το δικαίωμα επιλογής τόπου τοκετού. Η φαινομενολογική προσέγγιση του Husserl παρέχει την δυνατότητα τα φαινόμενα να διερευνηθούν σε βάθος και χαρακτηρίζεται από λεπτομέρεια και βάθος (Polit and Beck, 2008). Περιγράφεται ότι έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει στη διερεύνηση φαινομένων, διαδικασιών και συμπεριφορών που δεν είχαν προβλεφθεί από πριν (Paley, 1997).

Αυτό γίνεται εφικτό διότι ο Husserl εξήγαγε πολλές σημαντικές αρχές που έχουν κεντρικό ρόλο στη φαινομενολογία από το έργο και τις διαλέξεις του δασκάλου του, φιλόσοφου και ψυχολόγου Brentano. Το πιο σημαντικό στοιχείο που έχει υιοθετήσει από τον Brentano είναι η προθετικότητα, η οποία είναι κεντρικό χαρακτηριστικό της συνείδησης, και σημαίνει ότι το άτομο έχει πάντα πρόθεση όταν αναφέρεται σε κάτι. Ο Husserl λοιπόν είχε διατυπώσει την άποψη ότι η ιδιότητα του έχοντος προθετικότητα είναι καθοριστική για τη διάκριση των φυσικών φαινομένων από τα ψυχικά φαινόμενα, επειδή τα φυσικά φαινόμενα δεν έχουν καμία προθετικότητα (Holloway, 2005).

Περαιτέρω, ο Husserl οδηγήθηκε στη διάκριση μεταξύ της πράξης της συνείδησης την οποία ονόμασε νόηση και των φαινομένων στα οποία κατευθύνεται η νόηση και τα ονόμασε νοήματα (Lau and Drummond, 2007). Σύμφωνα με τον Husserl η φαινομενολογία έχει τη δυνατότητα να δείχνει στον άνθρωπο τον τρόπο, με τον οποίον η ανθρώπινη συνείδηση μπορεί να κατανοεί τα πράγματα να επιτυγχάνει τη νόηση και να αποκτά τεκμηριωμένη γνώση για αυτά. Αυτό το είδος της φαινομενολογίας αναδύθηκε ως μια αντικειμενική επιστημονική μέθοδος εξέτασης της συνείδησης και του περιεχομένου της. Είχε διατυπώσει την άποψη ότι αυτού του είδους την γνώση δεν μπορούν να την προσφέρουν οι θετικές επιστήμες, επειδή αυτές ενδιαφέρονται μόνο για όσο το δυνατόν περισσότερα πειραματικά και αριθμητικά αποτελέσματα (Moustakas, 1994).

Με τη φαινομενολογική προσέγγιση του Husserl λοιπόν, έγινε δυνατή η διερεύνηση της εμπειρίας των γυναικών για το δικαίωμα τους να επιλέξουν τόπο τοκετού, χωρίς να γίνονται κρίσεις πάνω στην πραγματικότητα (Dahlberg and Dahlberg, 2009). Αυτή τη νοητική διαδικασία ο Husserl την ονόμασε εποχή ή παρενθετική ή απόσχιση ή περιχαράκωση ή bracketing ή μείωση. Η εποχή είχε χρησιμοποιηθεί αρχικά από τους αρχαίους σκεπτικιστές, για να δηλώσουν μια πλήρη ουδετεροποίηση. Στην συνέχεια χρησιμοποίησαν την λέξη παρενθετική στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν ότι το άτομο αντιμετωπίζει μια κατάσταση απέναντι στα πράγματα ώστε τίποτα να μην δέχεται, να μην αρνείται να μην επαληθεύεται και να μην διαψεύδεται. Η φαινομενολογική παρενθετική θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν στοχεύει σε μια πλήρη άρνηση, αμφισβήτηση, εγκατάλειψη,

αποκλεισμό της πραγματικότητας από τον ορίζοντα του ερευνητή, αλλά στην υιοθέτηση μιας μεθοδικής αμφιβολίας, δηλαδή μιας τέτοιας νοητικής στάσης, που διαλύει κάθε είδους δογματική αντιμετώπιση της πραγματικότητας (Beech, 1999, Hamill and Sinclair, 2010).

Στόχος της φαινομενολογικής παρενθετικής δεν είναι ο ερευνητής να ανακαλύψει ένα νέο επιστημονικό πεδίο, δυνάμει του οποίου μπορεί να προσεγγίσει τον κόσμο σαν να τον ανακαλύπτει για πρώτη φορά. Τούτο υποδηλώνει ότι δεν αποδέχεται τον κόσμο που του δίδεται έτσι απλά ως υπαρκτό, αλλά ως ένα γενικό πεδίο ύπαρξης για μια γνώση που διέρχεται μέσα από την εμπειρία και την σκέψη. Όσο πιο δημιουργικά και εύστοχα λειτουργεί η παρενθετική σε σχέση με το ένα ή το άλλο αντικείμενο, τόσο πιο ευδιάκριτη είναι η διαφορά ανάμεσα στην αντίληψη των φαινομένων και στην απεικόνισή τους στη συνείδηση του κάθε ατόμου (Koch, 1995).

### **6.7.5 Παρενθετική σύμφωνα με τη φαινομενολογική προσέγγιση του Husserl.**

Η παρενθετική προέρχεται από τα μαθηματικά και αποτελεί θεμελιώδη μεθοδολογική αρχή της φαινομενολογίας του Husserl. Βασική επιδίωξη αυτής της μεθόδου είναι οι προκαταλήψεις του ερευνητή για το ερευνώμενο θέμα να τεθούν σε απομόνωση (Polit and Beck, 2008). Στα μαθηματικά, οι παρενθέσεις χρησιμοποιούνται για να διαχωρίσουν ένα μέρος της εξίσωσης από την άλλη, επιτρέποντας να επικεντρωθεί αυτό το τμήμα σε απομόνωση από την υπόλοιπη εξίσωση. Στη φαινομενολογική έρευνα, τα βήματα που χρησιμοποιούνται για την παρενθετική έχουν χαρακτηριστεί ως πολύ δύσκολα και σύνθετα με αποτέλεσμα μερικοί ερευνητές να διερωτούνται αν όσοι ασχολούνται με αυτή την προσέγγιση τα έχουν ακολουθήσει πιστά. Ο Parahoo (2006) είχε αναφέρει ότι είναι δύσκολο να επιτευχθεί η παρενθετική, διότι είναι σχεδόν αδύνατο για τους ερευνητές να αναστείλουν τελείως τις πεποιθήσεις τους. Η Sinclair (2006), η οποία έχει χρησιμοποιήσει την παρενθετική είχε επισημάνει ότι σε ορισμένες συνεντεύξεις, είχε μεγάλη δυσκολία να την εφαρμόσει διότι αναγκάστηκε να χρησιμοποιήσει τις



γνώσεις της για να κατευθύνει το συμμετέχοντα/συμμετέχουσα. Οι Hamill and Sinclair (2010) αναγνωρίζοντας αυτές τις δυσκολίες είχαν δημιουργήσει πίνακα με τα χρήσιμα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να αναπτύξει ο ερευνητής για επίτευξη της παρενθετικής.

1. Αυτοκριτική και αυτογνωσία, έχοντας επίγνωση των αξιών και πεποιθήσεων του και πώς αυτές μπορούν να επηρεάσουν τη διατύπωση των ερωτήσεων, τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων.
2. Περιέργεια, απαιτητικός/η. Να διερωτάται αν έχει αντιληφθεί σωστά αυτά τα οποία έχουν περιγράψει οι συμμετέχοντες.
3. Ακρίβεια, να διερευνήσει αν οι λέξεις/ όροι /φράσεις που έχει χρησιμοποιήσει σημαίνουν το ίδιο στους συμμετέχοντες και το αντίστροφο.
4. Διορατικότητα. Να γίνεται έλεγχος των θεμάτων για την κατανόηση των θεμάτων από τον επιβλέποντα καθηγητή της έρευνας.
5. Προθυμία για επανέλεγχο με επιστροφή των κειμένων στους συμμετέχοντες
6. Ευελιξία. Να δέχεται την άποψη των άλλων
7. Οργάνωση. Η εργασία του να είναι προγραμματισμένη και αποτελεσματική.
8. Ειλικρίνεια και Διαφάνεια. Να μην επηρεάζεται.
9. Σύνθεση των αποτελεσμάτων. Να γίνεται με μεθοδικότητα.

Οι Hamill and Sinclair (2010), με τη δημιουργία αυτών των συγκεκριμένων, βημάτων έχουν προσφέρει σημαντική βοήθεια στους ερευνητές που θα επιλέξουν την φαινομενολογική προσέγγιση του Husserl. Τα βήματα αυτά συμβάλουν τη δημιουργία γνώσης, η οποία επιτυγχάνεται μόνο μέσω της αναστολής όλων των υποθέσεων για την ύπαρξη εξωτερικού κόσμου και η επίτευξη της είναι μια δύσκολη διαδικασία.

### **6.7.6 Επίτευξη παρενθετικής**

Ο Husserl υποστήριξε ότι για την παραγωγή έγκυρων δεδομένων απαιτείται ο ερευνητής να παραμερίσει τις τυχόν πεποιθήσεις που αυτός / αυτή θα μπορούσε

να έχει σε σχέση με το θέμα (Beech, 1999). Ο Husserl με αυτή του την προσέγγιση έχει συμβάλει τη δημιουργία της επιστημολογίας διότι παρείχε περιγραφή της εμπειρίας για καταγραφή γνώσης. Είχε διατυπώσει την άποψη ότι η παρενθετική θα πρέπει να εξετάζεται σε όλη τη διαδικασία της έρευνας και όχι μόνο στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων. Πρακτικοί τρόποι για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος είναι:

1. Πριν από την έναρξη του έργου, ο ερευνητής/τρια αναμένεται να γράψει τις δικές του αντιλήψεις και πεποιθήσεις για το θέμα και να τις θέσει στη συνείδηση του (Burns και Grove, 2005). Στη πορεία χρειάζεται να επανεξετάζει σε όλη τη πορεία της έρευνας ότι οι ιδέες, οι αξίες και οι επιδράσεις από την δική του κουλτούρα έχουν παραμεριστεί.
2. Ο ερευνητής /τρια θα ήταν χρήσιμο να καθυστερήσει την επισκόπηση της βιβλιογραφίας, και καλύτερα να γίνεται μετά την συλλογή και ανάλυση των δεδομένων για να βεβαιωθεί ο ερευνητής ότι δεν έχει επηρεαστεί ο τρόπος διατύπωσης των ερωτήσεων και η ανάλυση των δεδομένων με τα θέματα που υπήρχαν στη βιβλιογραφία.
3. Ο ερευνητής/τρια είναι χρήσιμο να διατηρεί ερευνητικό ημερολόγιο γράφοντας με την βοήθεια του αντανεκλαστικού στοχασμού τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις σε όλη την διάρκεια της έρευνας. Είναι χρήσιμο να εξετάζει τη θέση του στα αναδυόμενα θέματα και να τα κοινοποιεί και στους συμμετέχοντες.
4. Να αναπτύξει μια διαδρομή ελέγχου για να παράσχει ένα πλαίσιο για τη θέσπιση της αξιοπιστίας της μελέτης (Guba and Lincoln , 1989). Να υπάρχει εποπτεία και ανατροφοδότηση από συγκεκριμένη επιτροπή η οποία θα ελέγξει ότι η συλλογή και η ερμηνεία των δεδομένων είναι η αναμενόμενη.
6. Ανατροφοδότηση από τους /τις συμμετέχοντες /χουσεσ και να γίνει έλεγχος για την ερμηνεία των δεδομένων και την ακρίβεια των απομαγνητοφωνήσεων.
7. Ανατροφοδότηση και εποπτεία του σκελετού της συνέντευξης από άτομα με γνώση στη ποιοτική μεθοδολογία.
8. Έλεγχος ότι υπάρχει συνοχή ανάμεσα στα θέματα , στη συζήτηση και στα συμπεράσματα.

Διαδικασία επίτευξης παρενθετικής/ bracketing.

Η Sinclair (2006), είχε διατυπώσει την άποψη ότι θεμελιώδης προϋπόθεση για επίτευξη της παρενθετικής είναι η ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση είναι η διαδικασία που ο επαγγελματίας παραμερίζει τις δικές του κρίσεις και προκαταλήψεις και προσπαθεί να αντιληφθεί πως αισθάνεται ο πελάτης του. Οι δεξιότητες επικοινωνίας που απαιτούνται είναι η ενεργητική ακρόαση, ο προβληματισμός, οι κατάλληλες ερωτήσεις και η παρατήρηση της μη λεκτικής συμπεριφοράς. Η ενσυναίσθηση εκδηλώνεται με τη βούληση και την προσπάθεια του ερευνητή να αντιληφθεί, να συλλάβει, και να κατανοήσει το άτομο, όσο το δυνατόν ακριβέστερα, με όλα τα υποκειμενικά του συναισθήματα (Vymetal, 1997). Η παρενθετική και η ενσυναισθητική ικανότητα μπορούν να αποκτηθούν αλλά οι ερευνητές που χρησιμοποιούν την μέθοδο του Husserl δεν μπορούν να απαιτούν να επιτύχουν υψηλά επίπεδα. Η προσπάθεια τους θα πρέπει να είναι να αποκτήσουν πρόσβαση στην πραγματικότητα του συμμετέχοντα, επιδεικνύοντας μια προηγμένη ικανότητα ενσυναίσθησης. Η ενσυναίσθηση μπορεί να βοηθήσει τους συμμετέχοντες στην βαθύτερη εξερεύνηση, περαιτέρω προβλεπτικότητα ως προς τα φαινόμενα και την αποκάλυψη μιας βαθύτερης βιωμένης εμπειρίας. Η έκθεση λοιπόν της πραγματικότητας του συμμετέχοντα στη φαινομενολογία επιτυγχάνεται μέσω της παρενθετικής με την εξασφάλιση ότι οι ερευνητές δεν επιτρέπουν τις παραδοχές και την κατανόησή τους στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων (Crotty 1996).

Είναι επίσης σημαντικό να γίνει αναφορά στις διαφορές μεταξύ της ενσυναίσθησης και της παρενθετικής. Η πρώτη διαφορά εστιάζεται στο ποίος θα επωφεληθεί από την πρόσβαση στην πραγματική ζωή του/της συμμετέχοντος/συμμετέχουσας. Η ενσυναίσθηση ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας να δημιουργήσουν μια ουσιαστική σχέση, ενώ ως αποτέλεσμα της παρενθετικής, ο ερευνητής σύμφωνα με τον Husserl παραμένει σχεδόν σε

απόσταση σε όλη την διαδικασία της συνέντευξης, η ισχύς αυτής της απόστασης είναι ότι ενισχύει την αντικειμενικότητα (Carr, 1994). Η αντικειμενικότητα είναι χρήσιμη διότι μειώνει τις παρανοήσεις και τις προκαταλήψεις και ενισχύει την αυστηρότητα στη διερεύνηση (Paley, 1997).

Η χρήση της παρενθετικής σε μια μελέτη, οδηγεί στην αληθοφάνεια των ευρημάτων η οποία στηρίζεται βασικά στις περιγραφές των συμμετεχόντων και όχι στις ερμηνείες των ερευνητών (Hamill and Sinclair, 2010). Ο Husserl πίστευε ότι το σύνολο της φιλοσοφίας θα μπορούσε να στηριχθεί πάνω στο οικοδόμημα της φαινομενολογίας και επικεντρώθηκε στις ιδανικές, θεμελιώδης δομές της συνείδησης. Η υπερβατική φαινομενολογία είναι η μελέτη των θεμελιωδών δομών που απομένουν στην καθαρή συνείδηση και αυτό ισοδυναμεί με τη μελέτη των νοημάτων και των σχέσεων μεταξύ τους (Mc Connel et al, 2009).

Η πεποίθηση του Husserl ήταν ότι ο ερευνητής θα πρέπει να αποστασιοποιηθεί από κάθε συμπαγή καθορισμό του εμπειρικού εγώ με στόχο να κατευθυνθεί στο πεδίο της καθαρής συνείδησης (Moustakas, 1994). Ο φαινομενολόγος ερευνητής είναι ο αμερόληπτος και ανυστερόβουλος θεατής που ελευθερώνεται με τη βοήθεια της παρενθετικής από ένα μέρος του εαυτού του, για να ανασυντάξει την αυθεντική υποκειμενικότητα μέσα από την απροκατάληπτη ανάλυση τόσο του κόσμου όσο και των φαινομένων της συνείδησης και του πνεύματος (Hamill and Sinclair, 2010). Σε αντίθεση λοιπόν με τις άλλες επιστήμες, η φαινομενολογία σύμφωνα με τον Husserl δημιουργεί τους όρους, για να επιτυγχάνεται η διερεύνηση της πραγματικότητας με κριτικό πνεύμα και χωρίς δογματικές αγκυλώσεις (Moustakas, 1994).

Η παρούσα μελέτη στοχεύει να χρησιμοποιήσει αυτή τη μεθοδολογική προσέγγιση και να διερευνήσει σε βάθος τις απόψεις των γυναικών για το δικαίωμα τους να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους. Η φαινομενολογική προσέγγιση έχει διερευνήσει σε βάθος θέματα που άπτονται της μαιευτικής (Edwards, 2006). Οι Berg et al (1996) στη προσπάθειά τους να απαλλαγούν από την υποκειμενικότητα είχαν διερευνήσει τις εμπειρίες των γυναικών από τη φροντίδα τους κατά τον τοκετό τους ακολουθώντας την φαινομενολογική ερευνητική προσέγγιση του Husserl. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές είχαν χρησιμοποιήσει αυτή τη

φαινομενολογική προσέγγιση διότι ήθελαν να περιγράψουν σε βάθος τις εμπειρίες των γυναικών χωρίς προκαταλήψεις με την χρήση της παρενθετικής. Η παρενθετική είχαν διαπιστώσει ότι τους βοήθησε να περιγράψουν και να συζητήσουν τις πραγματικές εμπειρίες των γυναικών χωρίς προκατάληψη. Οι Gibbins and Thompson (2001) είχαν χρησιμοποιήσει την ερευνητική προσέγγιση του Husserl στη δική τους έρευνα διότι από τις φαινομενολογικές προσεγγίσεις αξιολογήθηκε ως η ιδανικότερη για να περιγράψει και να κατανοήσει τις εμπειρίες των συμμετεχόντων.

Οι Mander and Melender (2009) στη δική τους έρευνα είχαν χρησιμοποιήσει την ερμηνευτική φαινομενολογική προσέγγιση για να μελετήσουν την εμπειρία των γυναικών στη προσπάθεια τους να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους. Μελετώντας για τη συγκεκριμένη μέθοδο είχαν εντοπίσει ότι η Paley (1997, 1998, 2005) είχε επικρίνει τη χρήση της φαινομενολογίας από τις μαίες και τις νοσηλεύτριες με τη δικαιολογία ότι δεν είναι αντικειμενική μέθοδος. Οι ίδιες όμως αποφάσισαν να χρησιμοποιήσουν την ερμηνευτική φαινομενολογική προσέγγιση διότι ήθελαν να έχουν πρόσβαση στην εμπειρία της κάθε συμμετέχουσας σε βάθος. Περαιτέρω, αξιολόγησαν ότι αυτή η φιλοσοφική προσέγγιση είναι πλησιέστερη προς τη μαιευτική διότι και η μαιευτική επιδιώκει να κατανοήσει σε βάθος τις πληροφορίες που δέχεται από τις γυναίκες. Οι Mander and Melender (2009) για την ανάλυση δεδομένων είχαν χρησιμοποιήσει την μέθοδο Collaizi. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται συνήθως, από τους ερευνητές που χρησιμοποιούν τη φαινομενολογική προσέγγιση του Husserl. Ως εκ τούτου η παρούσα μελέτη, θα χρησιμοποιήσει τη φαινομενολογική προσέγγιση του Husserl και για την ανάλυση δεδομένων θα χρησιμοποιήσει τα βήματα Collaizi τα οποία είναι βασισμένα στη φιλοσοφία του Husserl.

## **6.8 Δειγματοληψία και Δείγμα μελέτης**

Η δειγματοληψία της μελέτης ήταν σκόπιμη και συμμετείχαν 55 γυναίκες. Στην ποιοτική έρευνα ο κύριος στόχος της κατάλληλης δειγματοληψίας είναι η

επιλογή περιπτώσεων, πλούσιων σε πληροφορίες (Patton, 1990). Στη παρούσα μελέτη συμμετείχαν 48 γυναίκες δίνοντας ερευνητικά στοιχεία με τη βοήθεια ημιδομημένων συνεντεύξεων, εκ των οποίων (n=6) γυναίκες συμμετείχαν και στην πρώτη ομάδα εστίασης για επιβεβαίωση της αληθοφάνειας των ευρημάτων. Στη 2<sup>η</sup> ομάδα εστίασης συμμετείχαν επτά γυναίκες (n=7) που πληρούσαν τα κριτήρια για περαιτέρω εμπλουτισμό των δεδομένων.

Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχουσών ήταν:

1. Να έχουν ελεύθερο παθολογικό και χειρουργικό ιστορικό που να σχετίζεται με γυναικολογικές επεμβάσεις.
2. Να έχουν καλή γνώση ανάγνωσης και γραφής της Ελληνικής γλώσσας,
3. Να έχουν κυοφορήσει και να έχουν γεννήσει ένα τελειόμηνο νεογνό, χωρίς παθολογικά ή χειρουργικά προβλήματα τους τελευταίους 12 μήνες στην Κύπρο.

Το κριτήριο η μητέρα να έχει ελεύθερο παθολογικό και χειρουργικό ιστορικό δικαιολογείται διότι η καλή υγεία της μητέρας αποτελεί βασική συνισταμένη για να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει τόπο τοκετού. Σε περίπτωση που υπάρχει πρόβλημα υγείας της μητέρας γίνεται παραπομπή της στο Μακάριο Νοσοκομείο Λευκωσίας. Η καλή γνώση της ανάγνωσης και γραφής της Ελληνικής γλώσσας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να μπορέσει η γυναίκα να απαντήσει το ερωτηματολόγιο και να πάρει μέρος στη συνέντευξη. Ο λόγος που το νεογνό θα έπρεπε να είναι τελειόμηνο, χωρίς παθολογικά ή χειρουργικά προβλήματα ήταν η υπόθεση ότι αν η γυναίκα είχε πολύδυμη κύηση, τότε η γυναίκα θα ήταν υψηλού κινδύνου. Οι γυναίκες με υψηλού κινδύνου εγκυμοσύνη νοσηλεύονται στο Μακάριο Νοσοκομείο. Το κριτήριο να έχει γεννήσει τους τελευταίους 12 μήνες, έχει τεθεί με στόχο η γυναίκα να έχει πρόσφατες αναμνήσεις. Ο λόγος για το κριτήριο να έχουν γεννήσει στη Κύπρο, επαφίεται στο γεγονός ότι η παρούσα μελέτη στοχεύει να συμβάλει στον εντοπισμό ερευνητικών στοιχείων που θα συμβάλλουν στη χάραξη νέας πολιτικής φροντίδας μητρότητας στη Κύπρο.

Ο λόγος συλλογής δεδομένων με προσωπική συνέντευξη από 48 γυναίκες ήταν η προσπάθεια να γίνει συλλογή δεδομένων από γυναίκες που είχαν γεννήσει στα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, πρωτότοκες και πολύτοκες όλων των

επαρχιών. Περαιτέρω, έγινε προσπάθεια να εντοπιστούν γυναίκες με διαφορετικά δημογραφικά στοιχεία σε μια προσπάθεια εντοπισμού πλούσιων δεδομένων. Η συλλογή δεδομένων έγινε κατά αναλογία με βάση τους τοκετούς που εκτελούνται ανά επαρχία στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο. Έτσι αποφασίστηκε από τη Λευκωσία να συμμετέχουν για τις ημιδομημένες συνεντεύξεις 24 γυναίκες 8 από το δημόσιο και 16 από τον ιδιωτικό, από τη Λεμεσό 12 γυναίκες, 4 από το δημόσιο και 8 από τον ιδιωτικό, από τη Λάρνακα 5 γυναίκες, 2 από το δημόσιο και 3 από τον ιδιωτικό, από την Αμμόχωστο 3 γυναίκες, 1 από το δημόσιο και 2 από τον ιδιωτικό και από την Πάφο 3 γυναίκες, 1 από το δημόσιο και 2 από τον ιδιωτικό.

Το μέγεθος του δείγματος θεωρήθηκε επαρκές διότι υπήρξε εννοιολογικός κορεσμός. Οι ομάδες εστίασης έγιναν μια στη Λευκωσία και μια στη Λεμεσό. Στη Λευκωσία, την ομάδα εστίασης αποτέλεσαν συμμετέχουσες που είχαν δώσει και προσωπικές συνεντεύξεις. Στην 2<sup>η</sup> ομάδα εστίασης συμμετείχαν γυναίκες που πληρούσαν τα κριτήρια, τρεις γυναίκες από τη Λευκωσία, δυο από τη Λεμεσό, μια από τη Λάρνακα και μια από την Αμμόχωστο.

## **6.9 Συλλογή δεδομένων**

Για τις ημιδομημένες συνεντεύξεις δημιουργήθηκε οδηγός συνέντευξης, ο οποίος ήταν ένα είδος θεματικού «πιλότου», με βάση το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας. Τα θέματα είχαν δημιουργηθεί με τη βοήθεια του θεωρητικού πλαισίου της μελέτης και ήταν μια αναπροσαρμογή των ερευνητικών ερωτημάτων. Σύμφωνα με τη θεωρία της Επικράτειας της γέννησης υπάρχουν σημαντικοί παράμετροι που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τόπο τοκετού της. Το περιβάλλον στο οποίο διεκπεραιώνεται ο τοκετός και οι δυνάμεις που ασκούνται στο χώρο που αντιπροσωπεύουν τις σχέσεις της γυναίκας με τους επαγγελματίες υγείας. Η γυναίκα όμως για να μπορέσει να επιλέξει αναμένεται να έχει επαρκή πληροφόρηση. Παράλληλα, η πολιτική φροντίδας μητρότητας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο διότι θα δημιουργήσει τις κατάλληλες δομές και θα προσδιορίσει το ρόλο του κάθε επαγγελματία υγείας.

Ως εκ τούτου, η πρώτη θεματική ενότητα για τις συνεντεύξεις είχε εστιαστεί στην ενημέρωση που είχαν οι γυναίκες για να επιλέξουν τον τόπο

τοκετού τους. Η δεύτερη θεματική ενότητα ασχολήθηκε με τους παράγοντες που μπορεί να είχαν επηρεάσει την απόφαση τους για επιλογή τύπου τοκετού. Η τρίτη θεματική ενότητα είχε στοχεύσει στη διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για τους τύπους διεκπεραίωσης του τοκετού. Για επίτευξη αυτού του στόχου, η ερευνητική ομάδα γνωρίζοντας ότι στην Κύπρο οι γυναίκες έχουν επιλογή για τοκετό μόνο στο νοσοκομείο, για την διεξαγωγή αυτής της μελέτης ετοιμάστηκε ειδικό σενάριο που εξηγούσε τι είναι το κέντρο τοκετού. Στη συνέχεια, για να εξεταστεί με αμεροληψία η επιλογή Κέντρου τοκετού, είχε ετοιμαστεί σχετικό ενημερωτικό έντυπο στο οποίο γινόταν μια σύντομη περιγραφή η οποία πηγάζει από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Walsh et al (2006). Η συγκεκριμένη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση είχε θέσει ως στόχο να δώσει αντιπροσωπευτικό ορισμό για τα κέντρα τοκετού.

#### Περιγραφή κέντρου τοκετού.

Εξοπλισμένος χώρος, ο οποίος μπορεί να βρίσκεται κοντά ή μακριά από το νοσοκομείο, έχει οικογενειακό περιβάλλον, επιτρέπει σε όλα τα μέλη της οικογένειας να παρίστανται, δεν γίνονται ιατρικές παρεμβάσεις και η μαία βοηθά την γυναίκα να γεννήσει το μωρό της

Το σχετικό κείμενο είχε χρησιμοποιηθεί από την ερευνήτρια για να ενημερώνει με σαφήνεια και αμεροληψία όλες τις γυναίκες ανεξαιρέτως. Για την επιλογή της γυναίκας για τοκετό στο σπίτι δινόταν στη γυναίκα υποθετικό σενάριο. Αυτό το σενάριο της έδινε τη δυνατότητα να διερωτηθεί αν θα επέλεγε να γεννήσει στο σπίτι της σε περίπτωση που το υπουργείο υγείας δημιουργούσε υποστηρικτική υποδομή. Η τέταρτη θεματική ενότητα είχε ασχοληθεί με τις απόψεις των γυναικών για το δικαίωμα επιλογής τύπου τοκετού στην ολότητα του, σε μια προσπάθεια η γυναίκα να προσθέσει άλλα σημαντικά στοιχεία που πιθανόν να είχε παραλείψει.

Αφού ετοιμάστηκε ο θεματικός οδηγός για τις συνεντεύξεις, άρχισε η διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Πριν από τις συνεντεύξεις έγινε δοκιμή του σχεδίου συνέντευξης σε 3 γυναίκες με ανάλογα χαρακτηριστικά του δείγματος, με στόχο



να αναγνωριστούν πιθανά προβλήματα και να γίνουν οι σχετικές διορθώσεις (Μερκούρης, 2008, Polit and Beck, 2008). Η συλλογή δεδομένων για την πιλοτική μελέτη έγινε στο Κέντρο Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού στο Μακάριο Νοσοκομείο. Μετά από έλεγχο στα στοιχεία τους από τις επισκέπτριες υγείας είχαν εντοπιστεί 8 μητέρες που πληρούσα τα κριτήρια. Οι επισκέπτριες υγείας τους είχαν εξηγήσει για την έρευνα και πέντε μητέρες είχαν συμφωνήσει να συμμετάσχουν. Η δικαιολογία για τις υπόλοιπες τρεις που δεν θα συμμετείχαν ήταν η έλλειψη χρόνου. Η απόφαση ήταν για την πιλοτική μελέτη να συμπεριληφθούν μόνο τρεις μητέρες, δυο από τον ιδιωτικό τομέα και μια από το δημόσιο νοσοκομείο. Στη συνέχεια, η ερευνήτρια συνάντησε τις γυναίκες και αφού έλεγξε ότι πληρούσαν τα κριτήρια έγινε διευθέτηση να συναντηθεί με τις τρεις και με τις υπόλοιπες δυο αργότερα. Οι μητέρες ρωτήθηκαν που επιθυμούν να γίνουν οι συνεντεύξεις και δήλωσαν ότι προτιμούσαν στο σπίτι τους για να φροντίζουν και το μωρό τους. Έτσι τους ζητήθηκε η διεύθυνση, το τηλέφωνο τους και η ώρα διεξαγωγής της συνέντευξης.

Πριν από κάθε συνέντευξη γινόταν τηλεφωνική επικοινωνία με στόχο την προφορική ενημέρωση της γυναίκας, για το τόπο και ώρα της συνάντησης. Πριν από κάθε συνέντευξη αν η γυναίκα συμφωνούσε έδινε γραπτή συγκατάθεση (Παράρτημα 2). Η διάρκεια των συνεντεύξεων κυμάνθηκε από 40-60 λεπτά. Κάθε συνέντευξη διαρκούσε κατά μέσο όρο 50 λεπτά και η διαδικασία κατευθύνθηκε διαφυλάσσοντας τα δικαιώματα των συμμετεχουσών, παρέχοντας διαβεβαίωση, για διατήρηση της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας τους. Κατά τη διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας, η ερευνήτρια ζητούσε άδεια από την γυναίκα για την χρήση μαγνητοφώνου και όλες οι γυναίκες δέχτηκαν. Η πρώτη ημιδομημένη συνέντευξη έγινε στο σπίτι της γυναίκας και η απομαγνητοφώνηση έγινε το ίδιο βράδυ. Με την ολοκλήρωση των πιλοτικών συνεντεύξεων είχε διαφανεί ότι οι γυναίκες δεν είχαν πρόβλημα με την παρουσίαση των σεναρίων και των θεματικών ενοτήτων.

Στη συνέχεια έγινε έλεγχος της απομαγνητοφώνησης των πιλοτικών συνεντεύξεων και καταγραφή σημαντικών παρατηρήσεων. Οι θεματικές ενότητες των συνεντεύξεων, ο τρόπος συλλογής και ανάλυσης δεδομένων της πιλοτικής μελέτης, και το περιεχόμενο των τριών συνεντεύξεων και η ανάλυση δεδομένων

είχε αξιολογηθεί από δύο έμπειρες ακαδημαϊκούς. Η τελική συλλογική απόφαση ήταν να συνεχιστεί η μελέτη με αυτές τις θεματικές ενότητες. Τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης και η διαδικασία βοήθησαν στην εμβάθυνση της κατανόησης για πληρέστερη κάλυψη του θέματος.

## **6.10 Συλλογή δεδομένων με ημιδομημένες συνεντεύξεις**

Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις ως μέσο συλλογής υλικού στην ποιοτική έρευνα αυξάνουν την αλληλεπίδραση μεταξύ του ερευνητή και του συνεντευξιαζόμενου επιτρέποντας ταυτόχρονα την υποβολή πρόσθετων ερωτήσεων ή παρουσίαση νέων θεματικών ενοτήτων σε νέους τομείς πιθανού ενδιαφέροντος (Pope et al, 2000, Δημητρόπουλος, 2001). Περαιτέρω, οι συνεντεύξεις προσφέρουν ευκαμπτότητα στη συλλογή δεδομένων και αυξάνουν την πιθανότητα οι απαντήσεις από τους συμμετέχοντες να είναι αυθόρμητες, αυτοαποκαλυπτικές και προσωπικές (Silverman, 2005). Αυτό επιτυγχάνεται διότι η ημιδομημένη συνέντευξη, είναι ένα σύνολο προκαθορισμένων θεματικών ενοτήτων και παρουσιάζει ευελιξία ως προς τη σειρά συζήτησής τους. Η συνέντευξη αναφέρεται ως ένας αποτελεσματικός τρόπος για να ανακαλύψει ο ερευνητής τι σκέφτονται και τι αισθάνονται οι συμμετέχοντες και παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα. Βασικό πλεονέκτημα είναι ότι δίνει ευκαιρίες να διευκρινιστούν κάποιες απαντήσεις, να γίνουν επιπλέον ερωτήσεις, δίνοντας, έτσι, τη δυνατότητα για εμβάθυνση. Παράλληλα, δίνει την ευκαιρία τα αδιευκρίνιστα σημεία από όσα λέχθηκαν, λόγω της αμεσότητας του ερευνητή με τον ερωτώμενο να αναλύονται και αναφέρεται ότι συνήθως οι συνεντεύξεις έχουν μεγάλη αποδοχή από τους συμμετέχοντες σε μια έρευνα (Ιωσηφίδης, 2008).

Στην παρούσα έρευνα επιλέγηκε η συλλογή δεδομένων να γίνει με ημιδομημένες συνεντεύξεις αναγνωρίζοντας ότι έχουν τη δυνατότητα να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στη διερεύνηση του φαινομένου ολιστικά και σε βάθος (Sandelowski, 2000, Μερκούρης, 2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει εκτιμηθεί ότι το 90% των κοινωνικών ερευνών χρησιμοποιούν τις συνεντεύξεις, με κάποιον τρόπο, για να συλλέξουν τα δεδομένα τους ή ένα μέρος αυτών. Η ατομική ημιδομημένη συνέντευξη επιλέγηκε σε αυτή τη μελέτη, ως μία πιο ευέλικτη μορφή

συνέντευξης γιατί επιτρέπει στον ερευνητή να εμβαθύνει περισσότερο στην ουσία του φαινομένου (Παπαγεωργίου, 1998).

Σε μια έρευνα που χρησιμοποιεί την ημιδομημένη συνέντευξη ως εργαλείο συλλογής δεδομένων η αντιπροσωπευτικότητα εξασφαλίζεται από την ποιοτική σύσταση της ομάδας που αποτελεί το δείγμα. Έτσι, σε αυτή τη μελέτη έγινε πολύ προσεκτική επιλογή του δείγματος με γνώμονα οι συμμετέχουσες να αποτελούν χαρακτηριστικές, τυπικές, περιπτώσεις, και να αντιπροσωπεύουν κατά το δυνατόν τις περισσότερες και τις κυριότερες κατηγορίες του πληθυσμού της έρευνας. Συνήθως, μερικές συνεντεύξεις βάθους είναι συνήθως αρκετές για να δώσουν μια αντικειμενική εικόνα στην ποιοτική μελέτη αλλά αναμένεται να γίνονται με μεγάλη προσοχή και να ακολουθούν συγκεκριμένες τεχνικές (Holloway and Wheller, 1996). Ο Whyte (1982: 111-122) για επίτευξη ποιοτικών συνεντεύξεων προτείνει τις παρακάτω τεχνικές:

- 1) Επιβεβαιωτικά-ενθαρρυντικά λεκτικά σήματα ενθάρρυνσης.
- 2) Αντανάκλαση των παρατηρήσεων και των σχολίων του συνεντευξιαζόμενου.
- 3) Επανάληψη του τελευταίου σχολίου του συνεντευξιαζόμενου.
- 4) Αναπλαισίωση και περίληψη της άποψης του συνεντευξιαζόμενου.
- 5) Εισαγωγή ενός νέου θέματος.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για την παρούσα έρευνα λήφθηκαν υπ' όψη και εφαρμόστηκαν όλες οι προαναφερόμενες τεχνικές στο ακέραιο και έγινε προσεκτικός χειρισμός για την κατά το δυνατόν αρτιότερη εξέλιξη της διαδικασίας. Ένα δεύτερο σημαντικό κριτήριο για την επιλογή των συμμετεχουσών ήταν η δυνατότητα να προσεγγισθούν σε σωστό χρόνο. Σε αυτή τη μελέτη έχουν επιλεγεί μητέρες οι οποίες διαμένουν στην Κυπριακή Δημοκρατία, επιθυμούσαν και είχαν δώσει τη συγκατάθεση τους για μια επικείμενη συνάντηση με στόχο τη διεξαγωγή ατομικής συνέντευξης ή συμμετοχή σε εστιασμένη ομαδική συνέντευξη.

### **6.10.1 Προετοιμασία, σχεδιασμός της ατομικής συνέντευξης**

Βασικό μέλημα της ερευνήτριας ήταν να σχεδιάσει την απρόσκοπτη πορεία της συζήτησης και ένα βασικό σημείο για επίτευξη αυτού του στόχου ήταν ο

προσδιορισμός του τόπου και του χρόνου της συνάντησης και της διεξαγωγής της. Η ερευνήτρια είχε εντοπίσει ότι θα ήταν χρήσιμο να ρωτηθούν οι συμμετέχουσες για τον χώρο και χρόνο που επιθυμούσαν να γίνει η διεξαγωγή της συνέντευξης, ομαλά και απρόσκοπτα. Στόχος ήταν να εξασφαλιστεί ένα ήσυχο μέρος σε χρόνο που βολεύει την μητέρα για να αποφευχθεί η δημιουργία πίεσης, άγχους, αμηχανίας, και δυσκολίας της μητέρας αλλά και του νεογέννητου. Η αρχική προσέγγιση της συμμετέχουσας αποτελεί σημαντικό στοιχείο της επιτυχίας μιας συνέντευξης και οφείλεται στην ουσιαστική επικοινωνία (Creswell, 1999). Η προσέγγιση και η πρώτη εντύπωση συχνά καθορίζουν και την ποιότητα αυτής της επικοινωνίας και παίζουν σημαντικό ρόλο στο να εδραιωθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης, το οποίο είναι απαραίτητο για μια συνέντευξη (Watson, 2008). Η συλλογή δεδομένων άρχισε ανά πόλη ξεκινώντας από την Λευκωσία στα Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού. Η πρώτη προσέγγιση για την κύρια φάση της μελέτης έγινε προσωπικά στα ΚΠΜΠ και διευθετήθηκε ο τόπος και ο χρόνος της συνέντευξης σύμφωνα με τις επιθυμίες της κάθε συμμετέχουσας. Στη συνέχεια η επικοινωνία έγινε τηλεφωνικά πριν από κάθε συνέντευξη για να επιβεβαιωθεί ο τόπος και ο χρόνος. Μετά από προσωπική επικοινωνία μαζί με τη γυναίκα και αφού γινόταν γνωστοποίηση του σκοπού της έρευνας, αν η γυναίκα συμφωνούσε να συμμετάσχει, έδινε τη συγκατάθεση της και γινόταν προγραμματισμός για το χώρο και το χρόνο διεξαγωγής της συνέντευξης. Όλες οι μητέρες έδωσαν την προφορική τους συγκατάθεση για τις συνεντεύξεις χωρίς δισταγμό. Μετά την τελική επιλογή κανονίστηκαν συγκεκριμένες συναντήσεις σε ένα βάθος χρόνου επτά μηνών προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις. Πριν και κατά τη λήψη της συνέντευξης έγινε προσεκτικός σχεδιασμός της πορείας της συνέντευξης.

Σε όλες τις περιπτώσεις είχαν δοθεί εξηγήσεις για την ταυτότητα της ερευνήτριας, το σκοπό της έρευνας και την ελεύθερη συμμετοχή των συμμετεχουσών. Από την αρχή είχαν δοθεί ουσιαστικές εξηγήσεις στις συμμετέχουσες, γιατί είχαν επιλεγεί να δώσουν συνέντευξη, ώστε να μειωθεί η επιφυλακτικότητα και η ανησυχία τους. Κατά την πρώτη επικοινωνία γινόταν διευκρίνιση για το είδος της καταγραφής που και πως θα γινόταν η συνέντευξη και σε όλες τις περιπτώσεις ζητήθηκε άδεια για να χρησιμοποιηθεί μαγνητόφωνο, και

εξασφαλίστηκε η συναίνεση της συμμετέχουσας. Κατά την αρχική επικοινωνία συζητήθηκε το ζήτημα της ανωνυμίας και, γενικά, δόθηκαν εγγυήσεις για το πώς θα χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες που είχαν δοθεί. Επίσης δόθηκε η υπόσχεση ότι η συνέντευξη θα σταματήσει στο σημείο που δεν θα αισθάνεται άνετα η συμμετέχουσα ή ότι, ακόμα κι αν αρχικά καταγραφούν κάποιες απόψεις της, μπορεί στην πορεία να ζητήσει να μην δημοσιοποιηθούν.

Τέλος, έγινε συμφωνία ακολουθούμενη από τα βήματα Gollaizi (1978), ότι πριν από τη χρήση και δημοσιοποίηση της συνέντευξης θα τους δοθεί κείμενο με περίληψη από την απομαγνητοφώνηση τους για να την αξιολογήσουν. Αυτού του τύπου οι εξηγήσεις και οι διαβεβαιώσεις είναι δικλείδες ασφαλείας για το διστακτικό συμμετέχοντα και συνήθως τον κάνουν να αισθανθεί πιο ασφαλής, ανοιχτός και χαλαρός κατά την συνέντευξη. Όλα αυτά έχουν χαρακτηριστεί ως το «συμβόλαιο» της συνέντευξης και είχε δοθεί ιδιαίτερη προσοχή να τηρηθούν τα συμφωνηθέντα. Η διεξαγωγή της συνέντευξης έγινε με ιδιαίτερη προσοχή και η ερευνήτρια είχε οικοδομήσει σχέσεις εμπιστοσύνης με τις συμμετέχουσες. Οι σχέσεις εμπιστοσύνης έκαναν τις συμμετέχουσες να χαλαρώνουν, να ανοίγονται και να δίνουν ειλικρινείς και πλήρεις απαντήσεις. Παράλληλα, η ερευνήτρια για επίτευξη της παρενθετικής είχε διατηρήσει το αναστοχαστικό ημερολόγιο όπου κατέγραφε την όλη διαδικασία με προσοχή και κριτική σκέψη (Holloway and Wheeler, 1998).

### **6.10.2 Διαδικασία των ατομικών συνεντεύξεων.**

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε χώρο επιλογής των συμμετεχουσών, όπου πρόσφερε, ησυχία, ιδιωτικότητα και άνεση. Οι 44 συνεντεύξεις είχαν διεξαχθεί στο σπίτι των συμμετεχουσών, δυο είχαν διεξαχθεί σε ένα ήσυχο γραφείο και δυο σε μια ήσυχη καφετερία. Όλες οι γυναίκες έδωσαν γραπτή συγκατάθεση και κάθε συνέντευξη διήρκεσε από 40-60 λεπτά.

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων είχε ενισχυθεί με μικρές ενθαρρυντικές εκφράσεις, διευκρινιστικές αλλά όχι κατευθυντικές ερωτήσεις, θετική έκφραση χεριών, ματιών και προσώπου, αλλά όχι κατευθυντικού χαρακτήρα. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης οι δυνατότητες αυτές της ερευνήτριας υποβάλλονται

συνεχώς σε κρίση. Γενικά όμως είχε διατηρηθεί μια φιλική κι ανοικτή στάση βοηθώντας να κυλήσει ομαλά η συζήτηση. Η ερευνήτρια ήταν ανοικτή και πρόθυμη να ακούσει και να καταλάβει και είχε υποσχεθεί σε κάθε συμμετέχουσα απόλυτη εχεμύθεια για όλα αυτά που της είχαν εκμυστηρευθεί. Όπως προαναφέρθηκε στόχος ήταν η αποκάλυψη των απόψεων, αντιλήψεων των γυναικών και η διαδικασία είχε σκοπό να δώσει σε όλες τις γυναίκες τη δυνατότητα να κινηθούν σε όλο το φάσμα των πιθανών απαντήσεων, κι όχι να τις περιορίσει ή να τις εγκλωβίσει σε μια σειρά με συγκεκριμένες απαντήσεις.

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης η ερευνήτρια είχε ακολουθήσει προσεκτικά τα βήματα για διατήρηση της παρενθετικής και είχε προσέξει να μην ξεφύγει από τους θεματικούς άξονες προκειμένου να συλλέξει τα δεδομένα που θα ήταν χρήσιμα για το επόμενο στάδιο της ανάλυσης με περισσότερη ευκολία. Βέβαια, η πορεία της συνέντευξης, σε κάποιες περιπτώσεις δεν ήταν πάντα προβλέψιμη και υπήρξαν περιπτώσεις που οι συμμετέχουσες ήταν πολύ λακωνικές. Η ερευνήτρια σε αυτές τις περιπτώσεις με υπομονή είχε κατορθώσει να αντιμετωπίσει τις συγκεκριμένες δυσκολίες και απρόβλεπτες καταστάσεις. Συγκριμένα, όταν η συζήτηση έδειχνε ότι δεν προχωρούσε η ερευνήτρια έδινε μια ώθηση, μια ανάσα σκέψης ή/και χρόνου επαναλαμβάνοντας την τελευταία πρόταση για να αρχίσει πάλι να κυλά ομαλά η συζήτηση.

Στην περίπτωση αυτή η ερευνήτρια είχε χρησιμοποιήσει κάποιες επικοινωνιακές τεχνικές, όπως οι «ερωτήσεις – καθρέφτης». Σε αυτή την περίπτωση η ερευνήτρια είχε αντιγυρίσει ως ερώτηση την απάντηση που της είχε δοθεί, π.χ. «εννοείς ότι .... », ή «αν καταλαβαίνω σωστά, μου λες ότι ...») ή η παράφραση (ρωτούσε το ίδιο πράγμα με άλλα λόγια π.χ. «θα μπορούσαμε να το πούμε κι έτσι...»). Σε καμία περίπτωση δεν ασκήθηκε πίεση προς τις συμμετέχουσες και έγινε προσεκτικός έλεγχος των εξωτερικών συνθηκών. Η ερευνήτρια γνωρίζοντας ότι οι εξωτερικές συνθήκες μπορούν να σταματήσουν ή να διακόψουν ή και να προκαλέσουν αναβολή μιας συνέντευξης είχε διευθετήσει οι συνεντεύξεις να διεξαχθούν σε ένα ήσυχο και ήρεμο τόπο. Η ερευνήτρια ήταν ευέλικτη και προσπάθησε να διορθώσει κάποιους αστάθμητους παράγοντες όπως να ξυπνήσει το νεογέννητο και να κλαίει επειδή ήθελε φαγητό. Έτσι, κατά την

επίσκεψη στο σπίτι της μητέρας προτού αρχίσει η συνέντευξη, γινόταν επιβεβαίωση ότι είχαν ικανοποιηθεί οι ανάγκες του νεογέννητου.

Κατά τη διεξαγωγή των ατομικών συνεντεύξεων στο τμήμα νοσηλευτικής είχε επιλεγεί μια ήσυχη τάξη το απόγευμα και είχε αναρτηθεί πινακίδα έξω από την πόρτα « Παρακαλώ μην ενοχλείτε, διεξάγονται συνεντεύξεις». Η ερευνήτρια ήταν πολύ προσεκτική και σε καμία περίπτωση λόγω κάποιου αδέξιου χειρισμού εκ μέρους της είχε αλλάξει τη διάθεση των συμμετεχουσών, όπως να αισθανθούν προσβεβλημένες ή πιεσμένες ή να αναγκαστούν να αποκαλύψουν πράγματα που δεν επιθυμούσαν. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης η ερευνήτρια έκανε προσεκτικό έλεγχο της ώρας και φρόντιζε η συμμετέχουσα να καθίσει στην καλύτερη θέση, φροντίζοντας την αποφυγή συνθηκών όπως φως που να την «τυφλώνει», ρεύματα κρύου αέρα ή δυσάρεστες μυρωδιές. Τα κινητά τηλέφωνα και των δύο είχαν απενεργοποιηθεί και η ερευνήτρια ήταν φιλική με τις συμμετέχουσες, μιλούσε απλά και καθαρά. Τις κοιτούσε στα μάτια αλλά όχι αδιάκριτα και τις είχε διαβεβαιώσει για ακόμη μια φορά για διατήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας. Η ερευνήτρια ήταν ουδέτερη για να μην επηρεάσει τις συμμετέχουσες, αλλά έδειχνε ενδιαφέρον να ακούσει την άποψή τους. Στο τέλος κάθε συνέντευξης η ερευνήτρια ευχαριστούσε θερμά όλες τις συμμετέχουσες. Περαιτέρω, οι συνεντεύξεις που είχαν διεξαχθεί στην καφετερία, φρόντισε η συνάντηση να γίνει σε μια γωνία το πρωί μακριά από θορύβους και στο τέλος είχε πληρώσει τον λογαριασμό.

Καταληκτικά, η ερευνήτρια προσπάθησε η κάθε συνέντευξη να ήταν ουσιαστικός διάλογος, να υπάρχει επικοινωνία με σημεία κλειδιά την εμπιστοσύνη, την συνέπεια και την ευελιξία. Η συνέπεια και η παρενθετική συνεχίστηκε και κατά την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων διότι είχε αρχίσει άμεσα και για να γίνει η επόμενη συνέντευξη θα έπρεπε να συμπληρωθεί η απομαγνητοφώνηση της πρώτης. Μετά τη συμπλήρωση της απομαγνητοφώνησης των συνεντεύξεων ζητήθηκε από ανεξάρτητη ερευνήτρια να απομαγνητοφωνήσει το 1/3 των συνεντεύξεων για έλεγχο και είχε διαπιστωθεί ότι οι απομαγνητοφωνήσεις ήταν ακριβής. Σε όλη τη διάρκεια των συνεντεύξεων οι φωνητικές προσωδιές, οι φυσικές εκφράσεις και χειρονομίες σημειώθηκαν και αργότερα ενσωματώθηκαν

στα μεταγραφόμενα αφηγηματικά κείμενα. Ταυτόχρονα είχε αρχίσει και η ανάλυση των δεδομένων.

### **6.11 Συλλογή δεδομένων με Ομάδες εστίασης**

Οι Webb and Kevern (2001) είχαν διατυπώσει την άποψη ότι οι ομάδες εστίασης θα πρέπει να αποφεύγονται στη φαινομενολογική έρευνα διότι η φαινομενολογία απαιτεί από το άτομο να περιγράψει τις εμπειρίες του χωρίς να επηρεάζεται από τους γύρω του. Αντίθετα, οι Bradbury-Jones et al (2008) είχαν αμφισβητήσει την προηγούμενη διαπίστωση και με τη βοήθεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είχαν εντοπίσει ότι οι ομάδες εστίασης και η φαινομενολογία δεν είναι ασυμβίβαστες προσεγγίσεις. Επιπρόσθετα, είχαν τεκμηριώσει την άποψη ότι οι ομάδες εστίασης είναι χρήσιμες στη φαινομενολογία για τον αμοιβαίο έλεγχο και την αποσαφήνιση διαφόρων θεμάτων (Spence, 2005) και ότι είναι ιδιαίτερα χρήσιμες εάν τα ευρήματα χρειάζονται περισσότερη διερεύνηση (Carey, 1994). Ένα άλλο πλεονέκτημα που αναφέρθηκε είναι ότι παρέχουν την ευκαιρία για εμπλουτισμό των δεδομένων που επιφέρει η αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων, η οποία δεν μπορεί να δημιουργηθεί σε μεμονωμένες συνεντεύξεις (Bradbury-Jones et al., 2008). Αντίθετα, μια ομάδα εστίασης επιτρέπει στους συμμετέχοντες να ακούσουν τις ιστορίες των άλλων και να προσθέσουν τις δικές τους απόψεις και ιδέες (Barbour, 2008).

Περαιτέρω, είχαν προτείνει ότι η κάθε βιωμένη εμπειρία μπορεί να διατηρηθεί μέσα στις ομάδες εστίασης αν οι ερευνητές αναπτύξουν κριτική επίγνωση της ερευνητικής μεθοδολογίας που χρησιμοποιούν. Καταληκτικά, Bradbury-Jones et al (2008) είχαν τεκμηριώσει ότι οι ομάδες εστίασης μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους φαινομενολόγους και δεν είναι σχήμα οξύμωρο αφού έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν μια καλύτερη κατανόηση του φαινομένου.

Στην παρούσα μελέτη, τα δεδομένα από τις συνεντεύξεις προκάλεσαν έντονο προβληματισμό και η ερευνητική ομάδα αποφάσισε ότι θα ήταν χρήσιμο να δοθεί η ευκαιρία στις συμμετέχουσες να εκφράζουν τις απόψεις με τη βοήθεια της αλληλεπίδρασης. Ως εκ τούτου, η συλλογή δεδομένων λοιπόν συνεχίστηκε με δυο



ομάδες εστίασης. Η ομάδα εστίασης συνίσταται στη διεξαγωγή ομαδικής συζήτησης με τη συμμετοχή μικρού αριθμού επιλεγμένων ατόμων (συνήθως 6-12), όπου οι συζητήσεις είναι “εστιασμένες” με διττό τρόπο (Jamieson et al, 2003). Κάθε συζήτηση είχε στοχεύσει στη διερεύνηση συγκεκριμένης υπο-ομάδας του δείγματος προϋποθέτοντας την ομοιογένεια των συμμετεχόντων ως προς τα χαρακτηριστικά που ενδιαφέρουν. Επίσης, οι συζητήσεις είχαν εστιαστεί σε συγκεκριμένη και προκαθορισμένη θεματολογία όπως και στις ατομικές συνεντεύξεις (Barbour, 2007). Η χρήση των ομάδων εστίασης, είχε ως στόχο μια γενικότερη διερεύνηση μέσω της διασταύρωσης εμπειριών και απόψεων, ενώ οι ατομικές ημιδομημένες συνεντεύξεις επέτρεψαν στα άτομα να εκφράσουν προσωπικές οπτικές για να εντοπιστούν τυχόν διαφορές που μπορούσαν να υπάρχουν μεταξύ των μελών της ομάδας (Webb, 2003).

Οι ομάδες εστίασης, αποτελούν μια μέθοδο συλλογής ποιοτικών δεδομένων με μακρά ιστορία, καθώς οι ρίζες αυτής της μεθόδου εντοπίζονται στις αρχές της δεκαετίας του 1920 (Silverman, 2000). Αν και η χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου περιορίστηκε αρχικά στον χώρο των κοινωνικών επιστημών, τα τελευταία χρόνια συγκεντρώνει ολοένα και περισσότερο το ενδιαφέρον των ερευνητών στο χώρο της μαιευτικής και της νοσηλευτικής και αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στην συλλογή ποιοτικών δεδομένων (Μερκούρης, 2008). Στο πλαίσιο της συζήτησης στις ομάδες εστίασης στην παρούσα μελέτη δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην σκόπιμη χρήση της αλληλεπίδρασης των μελών της ομάδας για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων (Reed and Payton, 1997). Οι Nyamathi and Shuler (1990), αναφέρουν ότι οι ομάδες εστίασης χαρακτηρίζονται από αξιοπιστία και εγκυρότητα λόγω των παρατηρήσεων και της διαπραγμάτευσης που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών.

Ο Krueger (2000) έχει δώσει σημαντικές κατευθυντήριες οδηγίες για την διεκπεραίωση των ομάδων εστίασης. Συγκεκριμένα είχε αναφέρει ότι ένας οδηγός ερωτήσεων για μια ομάδα εστίασης είναι σημαντικό να περιλαμβάνει πέντε κατηγορίες, οι οποίες εξυπηρετούν διαφορετικό σκοπό και συμβάλλουν στην δομή και στην ροή της ομαδικής συζήτησης: Ερωτήσεις γνωριμίας, προκειμένου να γνωριστούν. Η διεξαγωγή των ομάδων εστίασης αποτελεί μια πολύπλευρη

διαδικασία και απαιτεί από τον ερευνητή σημαντική προετοιμασία, καθώς μια σειρά θεμάτων χρειάζεται να προσδιοριστούν και να προγραμματιστούν κατάλληλα. Από τις κεντρικότερες παραμέτρους στη διεξαγωγή των ομάδων είναι η επιλογή των συμμετεχόντων, ο σχεδιασμός της δομής της συζήτησης και η ανάλυση των δεδομένων.

Ο τρόπος επιλογής του δείγματος βασίζεται στην σκόπιμη δειγματοληψία, εξασφαλίζοντας έτσι μια ειδική σύνθεση για την ομάδα ( Hancock, 1998). Η έννοια της ομοιογένειας στη σύσταση είναι κεντρική στο σχεδιασμό. Παρόλα αυτά, ο ερευνητής κατά την επιλογή των συμμετεχόντων καλείται να εξασφαλίσει μια λεπτή ισορροπία. Την ομοιογένεια ως προς το βασικό κοινό χαρακτηριστικό που συνδέει τα μέλη της ομάδας, αλλά ταυτόχρονα και διαφοροποιήσεις ως προς τις εμπειρίες τους, ώστε να είναι δυνατή η έκφραση διαφορετικών ή/και αντιφατικών απόψεων. Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ο ιδανικός αριθμός των συμμετεχόντων, καθώς αυτός εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, 4–12 συμμετέχοντες, σε μια συζήτηση διάρκειας 1–2 ώρες, αποτελεί ένα ικανοποιητικό μέγεθος (Ιωσηφίδης, 2008).

Η συζήτηση στις ομάδες εστίασης είναι χρήσιμο να είναι ελεύθερη και εστιασμένη στο υπό μελέτη θέμα, χωρίς μεροληψίες και κατευθυνόμενο προσανατολισμό (Kitzinger, 1994). Για επίτευξη αυτού του στόχου η ερευνήτρια ακολούθησε την παρενθετική μέθοδο του Husserl. Επιπρόσθετα, οι ομάδες εστίασης αναμένεται να συντονίζονται από εξειδικευμένους επιστήμονες, τους συντονιστές οι οποίοι να καθοδηγούν με έντεχνους τρόπους τη συζήτηση διατηρώντας τη δυναμική της ομάδας σε ισορροπία. Στόχος των συντονιστών είναι να εξασφαλίσουν την κάλυψη της θεματολογίας που ενδιαφέρει, να προτρέπουν τους συμμετέχοντες να εκφράσουν ελεύθερα τη γνώμη τους και να αναπτύξουν διάλογο μεταξύ τους, δημιουργώντας ένα άνετο και χαλαρό κλίμα που προσιδιάζει σε μια ενδιαφέρουσα συζήτηση (Burns and Grove, 2005). Στόχος των συντονιστών είναι να διατηρήσουν το πλεονέκτημα των ομάδων εστίασης που είναι η αλληλεπίδραση που αναπτύσσεται μεταξύ των συμμετεχόντων. Η αλληλεπίδραση επιτρέπει να διερευνηθούν οι αντιλήψεις και οι στάσεις των συμμετεχόντων εντός ενός κοινωνικού πλαισίου, και να γίνει κατανοητό το πως η

κάθε άποψη ή στάση συγκροτείται σε αντιδιαστολή με μια αντίθετη θέση (Barbour, 2007).

Συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη είχαν χρησιμοποιηθεί δύο ομάδες εστίασης. Η πρώτη ομάδα είχε γίνει για να συζητηθούν τα αναδυόμενα θέματα με τις συμμετέχουσες που είχαν δώσει συνέντευξη και να δοθεί η ευκαιρία για αύξηση της πιστότητας των δεδομένων. Η δεύτερη ομάδα είχε γίνει με ειδικό συντονιστή με εμπειρία στις ομάδες εστίασης διότι βασικός στόχος ήταν να εισχωρήσει σε βάθος της μελέτης του φαινομένου, διευρύνοντας ταυτόχρονα το εύρος των εμπειριών που περιγράφονταν από τις συμμετέχουσες. Επιπλέον, οι ομάδες εστίασης, είχαν συμβάλει στον περιορισμό ενδεχόμενης επίδρασης ή μεροληψίας του συντονιστή, καθώς το κέντρο βάρους βρισκόταν στην ανταλλαγή των απόψεων μεταξύ των συμμετεχουσών (Kitzinger, 2005). Περαιτέρω στις ομάδες εστίασης είχε δημιουργηθεί αίσθημα ασφάλειας και είχε επιτρέψει στις συμμετέχουσες να εκφράσουν τις απόψεις τους με μεγαλύτερη ελευθερία. Άλλο βασικό πλεονέκτημα των ομάδων εστίασης αποτελεί το οικονομικό διότι είναι ένας οικονομικός τρόπος από την ταυτόχρονη συλλογή δεδομένων από ένα σημαντικό αριθμό ατόμων (Barbour, 2008).

Επιπρόσθετα, η ερευνήτρια είχε εντοπίσει μερικούς περιορισμούς και μειονεκτήματα των ομάδων εστίασης με πρώτο τους μειονέκτημα, να αναφέρεται ότι δεν είναι πάντα εφικτή η εξασφάλιση της προσωπικής αποκάλυψης, καθώς κάποιοι συμμετέχοντες ενδέχεται να δυσκολεύονται να εκφράσουν τις απόψεις και τα συναισθήματά τους στο πλαίσιο μιας ομάδας. Δεύτερο μειονέκτημα είναι ότι υπάρχει πιθανότητα να κυριαρχήσει την συζήτηση ένας ή περισσότεροι συμμετέχοντες από τα μέλη της ομάδας. Ως εκ τούτου, για αποφυγή αυτών των μειονεκτημάτων και ανάδειξη των πλεονεκτημάτων των ομάδων εστίασης πριν την διεξαγωγή των συζητήσεων, η συντονίστρια είχε εξηγήσει τον στόχο της μελέτης και είχε παρακαλέσει τις συμμετέχουσες να ακολουθούν τις οδηγίες του. Κατά τη διεξαγωγή της συζήτησης, η συντονίστρια έδινε την ευκαιρία να μιλήσουν όλες οι συμμετέχουσες. Η συζήτηση είχε ομαλή εξέλιξη και είχε δοθεί το περιθώριο στους συμμετέχοντες να οδηγήσουν την συζήτηση στα κεντρικά για τους ίδιους θέματα

Η ερευνήτρια και η συντονίστρια είχαν ακολουθήσει το πρότυπο του Krueger, ο οποίος είχε αναφέρει ότι αρχικά θα ήταν χρήσιμο να χρησιμοποιηθούν ερωτήσεις γνωριμίας όπως: «Μιλήστε μου σας παρακαλώ λίγο για την εμπειρία σας από τη διαδικασία επιλογής τόπου τοκετού. Μετά χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις μετάβασης: «Ποια είναι η κατάσταση που επικρατεί σήμερα σχετικά με την επιλογή και ενημέρωση για τους τόπους τοκετού». Η συζήτηση συνεχίστηκε με τα υπόλοιπα θέματα: Απόψεις σας για δημιουργία υποστηρικτικής δομής για τοκετό στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού. Απόψεις σας για τις υφιστάμενες δομές. Το δικαίωμα της γυναίκας να επιλέγει τον τόπο τοκετού της. Η συζήτηση ολοκληρώθηκε παρέχοντας την ευκαιρία σε κάθε συμμετέχουσα να προσθέσει κάποια σημαντική πτυχή αυτής της εμπειρίας που ήταν σημαντική αλλά δεν είχε αναφερθεί.

### **6.11.1 Προετοιμασία και σχεδιασμός διεξαγωγής των ομάδων εστιασμένης συζήτησης**

Η πρώτη ομάδα εστίασης έγινε στη Λευκωσία και συμμετείχαν γυναίκες, οι οποίες συμμετείχαν και στις συνεντεύξεις. Η ερευνήτρια με αυτή την τεχνική είχε την ευκαιρία να μοιραστεί μαζί με τις συμμετέχουσες τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων και να αποκομίσει τις απόψεις και τον αναστοχασμό των συμμετεχουσών πάνω στις κατηγορίες των αποτελεσμάτων (Seidman, 1991). Αυτή η μεθοδολογική προσέγγιση έχει χρησιμοποιηθεί και αναφέρεται ότι έχει τη δυνατότητα να αυξήσει την αληθοφάνεια των ευρημάτων στις ποιοτικές μελέτες (Cheyney, 2008). Στην ομάδα αυτή η ερευνήτρια αφού επιβεβαίωσε τις γυναίκες ότι θα διατηρηθεί εχεμύθεια και εμπιστευτικότητα, τους θύμισε τις θεματικές ενότητες από την ημιδομημένη συνέντευξη και τους κοινοποιούσε τα παραγόμενα θέματα. Όλες οι γυναίκες της 1<sup>ης</sup> ομάδας εστίασης συμφώνησαν με τα θέματα και έτσι η συλλογή δεδομένων συνεχίστηκε με την 2<sup>η</sup> ομάδα εστίασης.

Στην 2<sup>η</sup> ομάδα εστίασης συμμετείχαν γυναίκες οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια και έγινε με βασικό γνώμονα τον εμπλουτισμό των δεδομένων (Saunders, 2009). Η ερευνήτρια είχε επικοινωνήσει με τις συμμετέχουσες και είχε

διευθετήσει με τη δική τους συγκατάθεση τον χώρο και τον χρόνο διεξαγωγής της συζήτησης. Την δεύτερη ομάδα εστίασης είχε συντονίσει ανεξάρτητη ερευνήτρια η οποία είχε ακολουθήσει τις ίδιες θεματικές ενότητες όπως και στις ημιδομημένες συνετεύξεις για να επιτευχθεί τριγωνοποίηση ερευνητή και να αυξηθεί η πιστότητα των δεδομένων. Η ερευνήτρια ήταν παρούσα στη δεύτερη ομάδα εστίασης και είχε καταγράψει τις αντιδράσεις των γυναικών και είχε διαπιστώσει την ομαλή και παραγωγική διεξαγωγή της συζήτησης.

### **6.11.2 Βασικά στοιχεία για την ανάλυση των δεδομένων από ομάδες εστίασης.**

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέγονται από τις ομάδες εστίασης αποτελεί ένα από τα λιγότερο ανεπτυγμένα θέματα στη μεθοδολογία, καθώς, αν και έχουν διατυπωθεί κάποιες κατευθυντήριες γραμμές, δεν υπάρχει μια ολοκληρωμένη διαδικασία ευρέως αποδεκτή γι' αυτό το στάδιο (Jamieson et al, 2003). Σε γενικές γραμμές, η ανάλυση δεδομένων θεωρείται παρόμοια με εκείνη των ποιοτικών δεδομένων που προέρχονται από άλλες πηγές και ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει μια λιγότερο ή περισσότερη αυστηρή κωδικοποίηση και κατηγοριοποίηση των θεμάτων που προκύπτουν από την ομάδα εστίασης. Ωστόσο, σπάνια παρουσιάζεται ο τρόπος ανάλυσης των δεδομένων στην πλειοψηφία των ερευνών, γεγονός που δημιουργεί ερωτηματικά για την μέθοδο επιλογής του εκάστοτε ερευνητή. Επιπρόσθετα, τις περισσότερες φορές, οι ερευνητές ακολουθούν μια από τις υπάρχουσες μεθόδους ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων και συχνά παραμερίζεται η αναγκαιότητα της αξιοποίησης του στοιχείου της αλληλεπίδρασης των συμμετεχόντων κατά την διάρκεια της ομαδικής συζήτησης.

Η Kitzinger (2005) μέσα από την ανασκόπηση 40 άρθρων όπου εφαρμόστηκε η μέθοδος της εστιασμένης συζήτησης, σε κανένα από αυτά δεν αποτέλεσε σημείο επικέντρωσης η αλληλεπίδραση μεταξύ των συμμετεχόντων και μερικά μόνο παρέθεταν αποσπάσματα από τους συμμετέχοντες. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη η ερευνήτρια είχε καταγράψει παρατηρήσεις όσον αφορά στην

αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων π.χ ο τρόπος αντίδρασης των γυναικών σε επισημάνσεις άλλων γυναικών και ο τόνος της φωνής τους. Όλα αυτά τα στοιχεία και οι επισημάνσεις ήταν βοηθητικά για την κατανόηση και την ερμηνεία των δεδομένων και είχαν συγχωνευθεί και αναλυθεί με τα δεδομένα.

Η ανάλυση δεδομένων των ομάδων εστίασης πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου. Η ανάλυση περιεχομένου είναι ένας τρόπος ταξινόμησης ποιοτικών δεδομένων και απαιτεί αναλυτική σκέψη και δημιουργικότητα από τον ερευνητή. Η ανάλυση περιεχομένου έχει ορισθεί ως η τυποποίηση των σχέσεων ανάμεσα στα στοιχεία και στα θέματα του κειμένου και επιτρέπει την αποκάλυψη της δομής του υπό έρευνα φαινομένου (Holloway and Wheller, 1998). Η ερευνήτρια για τη διαδικασία της ανάλυσης περιεχομένου έχει περιλάβει μία σειρά από χρήσιμα βήματα τα οποία έχει καταγράψει ο Hancock (1998: 58) :

1. Αρχικά είχε γίνει από την ερευνήτρια ανάγνωση του κειμένου που έχει προκύψει από το ηχογραφημένο υλικό και όταν εντοπιζόταν κάτι που ήταν εμφανώς ενδιαφέρον, υπογραμμιζόταν με άλλο χρώμα και γινόταν μία σύντομη σημείωση στο περιθώριο σχετικά με τη φύση της πληροφορίας που είχε εντοπιστεί.
2. Στη συνέχεια γινόταν ανάγνωση των σημειώσεων στο περιθώριο, η οποία βοηθούσε τη δημιουργία μίας λίστας από διαφορετικούς τύπους πληροφορίας που είχαν εντοπιστεί.
3. Έτσι δημιουργήθηκε μία λίστα από αποσπάσματα που έχουν εξαχθεί από το κείμενο. Στη συνέχεια γινόταν κατηγοριοποίηση αυτών των στοιχείων με τέτοιο τρόπο που να περιγράφει το τι αφορά κάθε απόσπασμα. Αυτό είχε γίνει με την κωδικοποίηση και την κατηγοριοποίηση. Κάποιες από τις κατηγορίες εμφανίζονταν πολλές φορές γιατί πολλά στοιχεία δεδομένων, έκαναν αναφορά στο ίδιο θέμα. Η ερευνήτρια με τη βοήθεια άλλης ερευνήτριας και με μεγάλη προσοχή κατά τη διαδικασία προσπαθούσε να διασφαλίσει σωστή κατάταξη των αποσπασμάτων, με στόχο να μην ενταχθούν σε μία κατηγορία που δεν ανήκαν.
4. Έπειτα με σχεδιαγράμματα ή με συζήτηση με άλλες ερευνήτριες γινόταν προσπάθεια να συνδεθούν οι κατηγορίες. Οι κατηγορίες είχαν ταξινομηθεί ως

μεγαλύτερης σημασίας κατηγορίες και γνήσιες, ενώ οι μικρότερες κατηγορίες ως μικρότερης σημασίας.

5. Επιπρόσθετα γινόταν έλεγχος των μεγαλύτερης και μικρότερης σημασίας κατηγοριών, σύγκριση και αντιπαραβολή των διάφορων κατηγοριών. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας είχε αλλάξει η σημαντικότητα κάποιων κατηγοριών ή κάποιων αποσπασμάτων που ανήκαν και στις δύο κατηγορίες.

6. Αφού γινόταν η κατηγοριοποίηση, η ερευνήτρια είχε προβεί σε περαιτέρω έλεγχο, για να εντοπιστεί αν δύο ή περισσότερες κατηγορίες ταίριαζαν μεταξύ τους ώστε να υπάρχει δυνατότητα να αποτελέσουν ένα κύριο θέμα στην έρευνα.

7. Τέλος, η ερευνήτρια είχε επιστρέψει στο αρχικό κείμενο που έχει προκύψει από τη μετατροπή του ηχογραφημένου υλικού και σε αυτά που σημειώθηκαν στο περιθώριο ως αρχικές σημειώσεις και είχαν αξιολογηθεί ξανά τα τμήματα του κειμένου που δεν είχαν ενταχθεί σε κάποια κατηγορία.

## **6.12 Αξιολόγηση της ποιότητας των δεδομένων και των ευρημάτων από ατομικές συνεντεύξεις.**

Η αξιολόγηση της ποιότητας των δεδομένων και των ευρημάτων των ατομικών συνεντεύξεων έγινε μέσα από διαδικασίες που έχουν περιγραφεί από τους Lincoln and Guba (1985). Οι Lincoln and Guba (1985:44) έχουν προτείνει τέσσερα κριτήρια για εξασφάλιση της πιστότητας ή αυθεντικότητας (trustworthiness):

1. Αξιοπιστία (credibility),
2. Εφαρμογή σε παρόμοιες καταστάσεις ή μεταφορικότητα (transferability)
3. Βασιμότητα ή συνέπεια (dependability), και
4. Επιβεβαιωσιμότητα ή αποδειξιμότητα (confirmability).

Πιστότητα ή αυθεντικότητα ή αξιοπιστία ( trustworthiness).

Η πιστότητα ή αυθεντικότητα ή αξιοπιστία, αναφέρεται στην εμπιστοσύνη για την αλήθεια των δεδομένων στην ποιοτική έρευνα και περιλαμβάνει την εκτέλεση ερευνητικής μελέτης με τέτοιο τρόπο ώστε να αυξάνεται η εμπιστοσύνη στα ευρήματα (Burns and Groves, 2005). Η ερευνήτρια για τη διασφάλιση της πιστότητας έχει υιοθετήσει τις πιο κάτω βασικές στρατηγικές. Η πρώτη στρατηγική ασχολήθηκε με τον έλεγχο αληθοφάνειας των δεδομένων. Ο έλεγχος αληθοφάνειας είχε επιτευχθεί, με την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων από δυο ερευνητές, με την επιστροφή των αποτελεσμάτων στις συμμετέχουσες και από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από ανεξάρτητους ερευνητές. Παράλληλα, η διασαφήνιση της προκατάληψης και του θεωρητικού προσανατολισμού της ίδιας της ερευνήτριας επιτεύχθηκε με καταγραφή εκ των προτέρων των απόψεων της για το συγκεκριμένο θέμα και στην διατήρηση της παρενθετικής σύμφωνα με τη φαινομενολογία του Husserl και τη χρησιμοποίηση αναστοχαστικού ημερολογίου.

Περαιτέρω, για διασφάλιση της πιστότητας οι πληροφορίες της έρευνας συμπεριελάμβαναν την επένδυση επαρκούς χρόνου για το χτίσιμο της εμπιστοσύνης και γενικά το πέρασμα των διαδικασιών που ήταν κεντρικές για τη σχεδίαση της μελέτης, μία διαδικασία που περιγράφηκε από τους Lincoln και Guba (1985) ως παρατεταμένη ανάμειξη. Για να επενδυθεί επαρκής χρόνος και να χτιστεί εμπιστοσύνη, η επαφή μεταξύ της ερευνήτριας και της κάθε συμμετέχουσας ξεκίνησε 2 μήνες πριν από την έναρξη της έρευνας. Η διαδικασία εύρεσης του δείγματος και η επικοινωνία με κάθε συμμετέχουσα πριν από την έναρξη των συνεντεύξεων, η προσωπική επαφή της ερευνήτριας με κάθε συμμετέχουσα, η διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας (7 μήνες) και η σωστή επικοινωνία, ήταν όλες διαφορετικές μέθοδοι για την ενίσχυση της αξιοπιστίας της έρευνας. Επιπλέον, σε κάθε περιοχή αναφοράς χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων, αρχικά ατομική συνέντευξη και στη συνέχεια με ομάδες εστίασης, που μπορεί να χαρακτηριστεί ως επιβεβαιωτική σε σχέση με τα δεδομένα που λήφθηκαν στις πρώτες ημιδομημένες συνεντεύξεις (Cheyney, 2008). Επιπρόσθετα, με τη χρησιμοποίηση σωστού διαλόγου, είχε χαρακτήρα ενίσχυσης των περιγραφών από τις γυναίκες για τα κύρια ερωτήματα και έδινε την ευκαιρία για επιβεβαίωση της αλήθειας των αρχικών τους απαντήσεων (έλεγχος αληθοφάνειας).



## Βασιμότητα ή Συνέπεια

Η έννοια αυτή αναφέρεται στη σταθερότητα των δεδομένων σε σχέση με το χρόνο και τις συνθήκες που επικρατούν. Η βασιμότητα έχει ενισχυθεί διότι οι συνεντεύξεις είχαν διεκπαιρωθεί στο σπίτι των συμμετεχουσών αλλά και σε ήσυχο γραφείο και ήσυχη καφετερία.

## Επιβεβαιωσιμότητα

Η Επιβεβαιωσιμότητα και η αντικειμενικότητα της έρευνας έχει εξασφαλισθεί με τον προσεκτικό χειρισμό των δεδομένων από την ερευνήτρια (Robson, 2002). Οι συνεντεύξεις σε ακουστικό υλικό και σε γραπτό λόγο είναι διαθέσιμες στους εξωτερικούς κριτές. Έχουν ακολουθηθεί αποδεκτές, ξεκάθαρες, συστηματικές και καλά καταγραμμένες διαδικασίες που αφορούν την ποιοτική έρευνα και συγκεκριμένα την παρενθετική, τη συλλογή δεδομένων και την ανάλυση δεδομένων. Η καταγραφή των πληροφοριών γινόταν άμεσα μετά το τέλος της συνέντευξης, διότι η ερευνήτρια είχε τη δυνατότητα να θυμηθεί σημαντικά γεγονότα τα οποία βοήθησαν στην παραγωγή αξιόπιστων δεδομένων (Saunders, 2003). Παράλληλα, γινόταν ενημέρωση του αναστοχαστικού ημερολογίου καθημερινά για διατήρηση της παρενθετικής.

Η καταγραφή δεδομένων έγινε όχι μόνο με τη χρήση μαγνητοφώνου αλλά και σημειώσεων για τη συμπεριφορά των συμμετεχουσών. Περαιτέρω, η μετατροπή του προφορικού λόγου σε γραπτό κείμενο, είχε γίνει με μεγάλη προσοχή από την ερευνήτρια. Η ερευνήτρια είχε απομαγνητοφωνήσει όλες τις συνεντεύξεις και η δεύτερη ερευνήτρια το ένα τρίτο των συνεντεύξεων. Μεταξύ των απομαγνητοφωνήσεων υπήρχε μεγάλη συμφωνία.

Η ανάλυση των δεδομένων ακολούθησε τα βήματα Gollaizi τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί ορθολογιστικά και έχουν οδηγήσει στην περιγραφή του νοήματος της εμπειρίας των γυναικών να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους.

### **6.13 Αξιολόγηση της ποιότητας των δεδομένων και των ευρημάτων από ομάδες εστίασης.**

Πιστότητα ή αυθεντικότητα ή αξιοπιστία ( trustworthiness)

Η διασφάλιση της πιστότητας των δεδομένων και των ευρημάτων από τις ομάδες εστίασης επιτεύχθηκε με την απομαγνητοφώνηση των ηχογραφήσεων των ομάδων εστίασης από δυο ερευνητές. Κατά τις απομαγνητοφωνήσεις γινόταν προσεκτική καταγραφή των σημειώσεων που διατηρούσε η ερευνήτρια κατά τη συλλογή δεδομένων. Επιπρόσθετα, η κάθε ομάδα εστίασης είχε το δικό της συντονιστή και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε από ανεξάρτητο ερευνητή. Παράλληλα, η διασαφήνιση της προκατάληψης και του θεωρητικού προσανατολισμού της ίδιας της ερευνήτριας επιτεύχθηκε με καταγραφή εκ των προτέρων των απόψεων της για το συγκεκριμένο θέμα και στη διατήρηση της παρενθετικής σύμφωνα με τη φαινομενολογία του Husserl και τη χρησιμοποίηση αναστοχαστικού ημερολογίου.

Βασιμότητα ή Συνέπεια

Η βασιμότητα με τις ομάδες εστίασης έχει ενισχυθεί με τη χρήση άλλου ερευνητή για τη συλλογή δεδομένων από τη δεύτερη ομάδα εστίασης και τον έλεγχο των δεδομένων, ευρημάτων και συμπερασμάτων από ερευνητική ομάδα.

Αυτό είχε ενισχυθεί περισσότερο με την πραγματοποίηση της πρώτης ομάδας εστίασης όπου η ερευνήτρια είχε την ευκαιρία να μοιραστεί μαζί με τις συμμετέχουσες τα απορρέοντα θέματα. Περαιτέρω, για αποφυγή της προκατάληψης η ερευνήτρια κατέγραψε εκ των προτέρων τις απόψεις της για το διερευνώμενο φαινόμενο και διατήρησε αναστοχαστικό ημερολόγιο.

#### **6.14 Η επίδραση του ερευνητή/ερευνήτριας. Απόψεις περί του φαινομένου από την ερευνήτρια πριν την έναρξη της μελέτης**

Στις ποιοτικές μελέτες και ιδιαίτερα στη φαινομενολογική προσέγγιση κατά Husserl, ο ρόλος του/της ερευνητή/ερευνήτριας διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο λόγω της προσπάθειας για διατήρηση της παρενθετικής. Η ερευνήτρια πριν τη διεξαγωγή της μελέτης είχε μελετήσει για τη φαινομενολογία και είχε εντοπίσει ότι υπήρχαν μελέτες που είχαν χρησιμοποιήσει τη φαινομενολογία χωρίς προσεκτικό σχεδιασμό. Εντοπίζοντας αυτές τις μεθοδολογικές αδυναμίες όλη η μεθοδολογία είχε εξεταστεί από δυο ερευνήτριες. Παράλληλα, η ερευνήτρια γνωρίζοντας ότι ο τρόπος διεξαγωγής της συνέντευξης είναι κρίσιμος παράγοντας για την ποιότητα και για το εύρος των αποτελεσμάτων και πληροφοριών είχε παρακολουθήσει ειδικές διαλέξεις. Οι διαλέξεις βοήθησαν στην απόκτηση υψηλών επιστημονικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης η ερευνήτρια προσπάθησε να μην επηρεάζει τις συμμετέχουσες, να διατηρήσει την παρενθετική και έχει συνεχή καθοδήγηση από έμπειρο ποιοτικό ερευνητή. Επιπρόσθετα, είχε καταγράψει πριν από τη μελέτη την διαδικασία εντοπισμού του ερευνητικού προβλήματος και τις δικές της απόψεις για το ερευνητικό πρόβλημα.

Το ενδιαφέρον της ερευνήτριας για διερεύνηση του συγκεκριμένου προβλήματος είναι απότοκος των εμπειριών της που είχε κατά την εκπαίδευση των φοιτητριών της μαιευτικής. Η ερευνήτρια επισκέπτεται τα μαιευτικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων για κλινική διδασκαλία των φοιτητριών μαιευτικής. Σε επαφή με τις γυναίκες είχε διαπιστώσει ότι πολλές γυναίκες ερχόντουσαν στο Δημόσιο νοσοκομείο μετά από επίσκεψη στον ιδιωτικό τομέα. Μερικές γυναίκες έλεγαν ότι στον ιδιωτικό τομέα γίνονται πολλές καισαρικές τομές αλλά πήγαιναν στον ιδιωτικό τομέα διότι επιθυμούσαν να της παρακολουθεί σε κάθε επίσκεψη ο ίδιος γιατρός.

Παράλληλα, άλλες είχαν αναφέρει ότι δεν γνώριζαν ποια είναι η καλύτερη επιλογή και μερικές είχαν αναφέρει ότι στο δημόσιο νοσοκομείο θα γεννούσαν

μόνο για να μην πληρώσουν. Η πλειοψηφία των γυναικών σχολίαζε αρνητικά την κατάσταση που επικρατεί στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο. Πολλές γυναίκες ψιθύριζαν ότι οι συνθήκες στο δημόσιο νοσοκομείο δεν είναι ανθρώπινες διότι η έγκυος περιμένει πολλή ώρα και δεν έχει συνεχιζόμενη φροντίδα. Στη προσπάθεια της η ερευνήτρια να αποκτήσει πιο ξεκάθαρη εικόνα είχε επισκεφτεί επί σκοπού γυναίκες που είχαν γεννήσει στον ιδιωτικό τομέα. Μερικές από αυτές είχαν αναφερθεί στην απουσία στήριξης από κατάλληλο προσωπικό αλλά ήταν ευχαριστημένες διότι είχαν τη δυνατότητα να γεννήσουν με καισαρική τομή. Άλλες γυναίκες που είχαν γεννήσει στον ιδιωτικό τομέα είχαν δηλώσει ότι ο μαιευτήρας τους ήταν πολύ παρεμβατικός και δεν της άφησε να γεννήσουν φυσιολογικά.

Η ερευνήτρια ως μαία και για τις επαγγελματικές της υποχρεώσεις έχει συχνές συναντήσεις με μαίες και παράλληλα διδάσκει Μαιευτική. Οι πεποιθήσεις της και οι απόψεις για την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας με την πάροδο του χρόνου είχε διαπιστώσει ότι είχαν επηρεαστεί άμεσα. Είχε σχηματίσει την εντύπωση ότι όλες οι γυναίκες γνωρίζουν τις μαίες και επιθυμούν να έχουν φροντίδα σύμφωνα με το μαιευτικό μοντέλο. Παράλληλα, διδάσκοντας Μαιευτική για 11 χρόνια είχε καταγράψει στη συνείδηση της ότι η φροντίδα μητρότητας που παρέχεται σύμφωνα με το μαιευτικό μοντέλο ήταν η ιδανική για κάθε γυναίκα. Καταγράφοντας αυτά τα συναισθήματα και σκέψεις, η ερευνήτρια είχε αποφασίσει ότι θα διερευνούσε το συγκεκριμένο θέμα όχι ως μαία, ούτε ως γραμματέας του συμβουλίου της Επιτροπής Μαιών Κύπρου και εκπαιδύτρια μαιευτικής, αλλά ως αντικειμενική ερευνήτρια. Στόχος της ήταν να διερευνήσει το δικαίωμα επιλογής τύπου τοκετού όπως το βιώνουν οι γυναίκες και αποφάσισε ότι αν η φροντίδα μητρότητας χρειάζεται βελτίωση ή όχι θα έπρεπε να τεκμηριωθεί με τα βιώματα των συμμετεχουσών και θα έπρεπε να είναι πολύ προσεκτική με τη καταγραφή και ερμηνεία των αφηγήσεών τους. Ταυτόχρονα για να βεβαιωθεί ότι δεν επηρεάζεται από την δική της φιλοσοφία ως μαία είχε συχνές συναντήσεις με άλλη ερευνήτρια που δεν ήταν μαία.

Η ερευνήτρια με την επαφή της με τις πρώτες συμμετέχουσες είχε εντοπίσει ότι το πρόβλημα ήταν σημαντικό και θα έπρεπε να συνεχίσει τη διερεύνηση του με συστηματικό τρόπο και μεγάλη προσοχή. Αρχικά έγινε σκέψη για διερεύνηση του

δικαιώματος επιλογής μεθόδου τοκετού αλλά τελικά αποφασίστηκε η επιλογή τύπου τοκετού αναγνωρίζοντας ότι ο τύπος τοκετού επηρεάζει άμεσα το είδος τοκετού. Επιπρόσθετα, ο βασικότερος λόγος επιλογής του συγκεκριμένου θέματος ήταν η διαπίστωση ότι η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για τύπο τοκετού θα βοηθήσει και τη δημιουργία εισηγήσεων για χάραξη αποτελεσματικότερης και ποιοτικότερης φροντίδας μητρότητας.

## **6.15 Ανάλυση δεδομένων**

Μετά τη συλλογή των δεδομένων, την αναφορά των χειρισμών για διατήρηση της πιστότητας των δεδομένων και την περιγραφή των απόψεων του ερευνητή θα γίνει εκτενής αναφορά της ανάλυσης δεδομένων των ημιδομημένων συνεντεύξεων. Η ανάλυση δεδομένων ακολούθησε τα βήματα Colaizzi αναγνωρίζοντας ότι σύμφωνα με τους Holloway and Wheller (1996) τα βήματα Colaizzi είναι χρήσιμα ιδιαίτερα για την περιγραφική και διαισθητική φαινομενολογία του Husserl. Η χρησιμότητα τους έχει επιβεβαιωθεί από την Saunders (2003) η οποία τα είχε χρησιμοποιήσει και έχει καταγράψει με περιεκτικό τρόπο την ανάλυση δεδομένων της δικής της μελέτης. Η παρούσα μελέτη έχει χρησιμοποιήσει τη συγκεκριμένη μέθοδο Colaizzi (1978) η οποία αποτελείται από επτά βήματα:

Βήμα 1: Η απόκτηση γνώσης από κάθε απομαγνητοφώνηση.

Ο Colaizzi (1978) σχετικά με την ανάλυση δεδομένων υποστηρίζει ότι ο/η ερευνητής/τρια θα πρέπει να διαβάσει τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων για να αποκτήσει μια αίσθηση για τις ιδέες τους και να αντιληφθεί τι προτείνουν μέσα από τα λεγόμενα τους. Η Saunders (2003) προτείνει ότι για να αποκτηθεί μια αίσθηση της περιγραφής της κάθε συμμετέχουσας από τη βιωμένη εμπειρία της, η κάθε κασέτα μαγνητοφώνου θα ήταν χρήσιμο να ακουστεί τέσσερις φορές και η κάθε μεταγραφή να διαβαστεί έξι φορές. Η ερευνήτρια ακολούθησε αυτές τις προτροπές και παράλληλα κατέγραφε τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ιδέες της που

είχαν δημιουργηθεί σε αυτό το στάδιο σε ειδικό ημερολόγιο, το οποίο βοήθησε στη διατήρηση της παρενθετικής και στην επίτευξη της αναστοχαστικής διαδικασίας. Μετά την ολοκλήρωση των απομαγνητοφωνήσεων είχε δοθεί σε 25 συμμετέχουσες ένα αντίγραφο με την περίληψη των όσων είχαν ειπωθεί για να προσθέσουν ή να διορθώσουν. Η ανατροφοδότηση από τις συμμετέχουσες ήταν χρήσιμη διότι είχε αξιολογήσει αν η μεταγραφή των συνεντεύξεων έγινε με ακρίβεια.

Βήμα 2: Εξαγωγή σημαντικών δηλώσεων.

Ο Colaizzi (1978) στο δεύτερο βήμα προτείνει να γίνεται εντοπισμός των σημαντικών δηλώσεων για το δικαίωμα επιλογής τόπου τοκετού. Αυτό επιτυγχάνεται με την εξαγωγή σημαντικών φράσεων και δηλώσεων από τις μεταγραφές των συμμετεχουσών που συνθέτουν το όλο νόημα της βιωμένης εμπειρίας. Οι δηλώσεις αυτές μεταφέρονται σε ειδικό φύλλο διατηρώντας τα πρακτικά, σελίδα, γραμμή αριθμό και έτσι ο/η ερευνητής/τρια είναι σε θέση να εντοπίσει αν χρειάζεται ο τρόπος με τον οποίο η συμμετέχουσα αναφέρθηκε στο συγκεκριμένο βίωμα. Στη συνέχεια όλα τα αποκόμματα διαβάζονται σε μια προσπάθεια ο/η ερευνητής/τρια να αποκτήσει μια νέα αίσθηση της διαφάνειας των δεδομένων, και να εντοπίσει έγκαιρα θέματα που προέκυπταν από τα δεδομένα. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει ένας αριθμός των ηλεκτρονικών υπολογιστών προγραμμάτων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, οι αρχάριοι ερευνητές μπορούν να εντοπίσουν και να καταγράψουν τις σημαντικές δηλώσεις δια χειρός. Αυτή η μέθοδος είναι χρήσιμη διότι επιτρέπει τη συνεχιζόμενη βύθιση του/της ερευνητή/τριας στα δεδομένα, στις σκέψεις και στα συναισθήματα που προέκυψαν κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου και όλη η διαδικασία ενσωματώνεται στο αναστοχαστικό ημερολόγιο. Στην παρούσα μελέτη η ερευνήτρια ακολούθησε με προσοχή το συγκεκριμένο βήμα και άρχισε να εντοπίζει τις σημαντικές δηλώσεις. Όλη η διαδικασία είχε δεχθεί έλεγχο από τις επιβλέπουσες της μελέτης. Αν και υπάρχει η άποψη ότι αυτή η διαδικασία είναι περιττή και υπερβολικά συστηματική προσέγγιση για φαινομενολογική ανάλυση, για έναν αρχάριο ερευνητή παρέχει

καθοδήγηση σε κάθε στάδιο της αναλυτικής διαδικασίας, και διασφαλίζεται ότι η ανάλυση δεδομένων γίνεται με ακρίβεια. Παράλληλα, η ερευνήτρια είχε δημιουργήσει ειδικούς πίνακες που καταδεικνύουν τη διαδικασία δημιουργίας σημαντικών δηλώσεων. Η Sanders (2003) για αυτό το βήμα προτείνει ο/η ερευνητής/τρια για λίγες μέρες να μην ασχοληθεί με τις σημαντικές δηλώσεις. Με αυτό τον τρόπο θα του/της δοθεί η ευκαιρία να αξιολογήσει αν εντοπίστηκαν οι σημαντικές δηλώσεις και θα βοηθήσει στη διαδικασία της φαινομενολογικής μείωσης. Ως εκ τούτου, η ερευνήτρια για λίγες μέρες δεν είχε ασχοληθεί με την ανάλυση δεδομένων, και προσπάθησε να μελετήσει πως επιτυγχάνεται η παρενθετική και πως εφαρμόζεται σύμφωνα με τη φαινομενολογία του Husserl.

### Βήμα 3: Διαμόρφωση Εννοιών.

Σε αυτό το στάδιο της ανάλυσης, ο Colaizzi (1978) συνιστά ότι ο ερευνητής να προσπαθεί να διατυπώσει γενικότερες έννοιες ή επαναδιατυπώσεις για κάθε σημαντική δήλωση από το κείμενο. Επιπρόσθετα, προτείνει να γίνεται αναγνώριση οποιοδήποτε προϋποθέσεων, καθώς αυτό θα βοηθήσει στην αποφυγή παρερμηνειών των απόψεων των συμμετεχόντων. Βασική αρχή της ανάλυσης των δεδομένων είναι η φαινομενολογική μείωση ή «ομαδοποίηση». Σύμφωνα με το Husserl (1960) και Colaizzi (1978) η παρενθετική /bracketing είναι απαραίτητη, δεδομένου ότι αυτή επιτυγχάνεται με προσεκτικό χειρισμό από τον ερευνητή/τρια και είναι σημαντικό για την επίτευξη της, η διατήρηση ενός αναστοχαστικού ημερολογίου. Το ημερολόγιο θα επιτρέψει την εξερεύνηση και θα εντοπίσει τις προκαταλήψεις του ερευνητή/τριας παρά την απόκρυψη τους. Στο ημερολόγιο καταγράφονται θέματα, ιδέες, σκέψεις και συναισθήματα καθ' όλη τη διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων. Επιτρέπει να εστιαστεί η κατεύθυνση της σκέψης και αυτό ήταν ιδιαίτερα σημαντικό, δεδομένου ότι η διαίσθηση, και ο αναστοχασμός είναι κεντρικής σημασίας για την επίτευξη κατανόησης του φαινομένου και δημιουργίας εννοιών. Η ερευνήτρια είχε διατηρήσει ημερολόγιο και είχε καταγράψει εκ των προτέρων τις δικές της απόψεις.

Βήμα 4: Οργάνωση διατύπωση των θεμάτων.

Για τη διατύπωση των εννοιών από τις σημαντικές δηλώσεις που είχαν εντοπιστεί έγινε προσπάθεια δημιουργίας των θεμάτων (Colaizzi, 1978). Η όλη διαδικασία είχε γίνει με παραδείγματα και αυστηρή περιγραφή της αναλυτικής διαδικασίας.

Βήμα 5: Εξαντλητική περιγραφή του φαινομένου.

Στο πέμπτο στάδιο της ανάλυσης, ο Colaizzi (1978) υποστηρίζει ότι ο ερευνητής θα πρέπει να ενσωματώσει όλες τις ιδέες του σε μια εξαντλητική περιγραφή του φαινομένου. Σε σχέση με την παρούσα μελέτη, η εξαντλητική περιγραφή περιέχει όλες τις διαστάσεις της βιωμένης εμπειρίας της επιλογής τύπου τοκετού. Αυτό επιτεύχθηκε με την ενσωμάτωση των αναδυόμενων θεμάτων, σε συμπλέγματα θεμάτων. Η δημιουργία θεμάτων έγινε με την καταγραφή σημαντικών δηλώσεων από τις συμμετέχουσες.

Ακολουθεί πίνακας με τη διαδικασία δημιουργίας θεμάτων:

**Πίνακας 7 : Διαδικασία δημιουργίας θεμάτων**

για τους γιατρούς όταν το μωρό γεννηθεί χωρίς καισαρική τα αλλά είναι φυσιολογικά.....αν όμως τα στοιχεία είναι επίσημα θα παρουσιάζεται η πραγματική κατάσταση(5).	επίσημα στοιχεία θα παρουσιάζουν πραγματική κατάσταση.
να υπάρχουν δημοσιευμένες πληροφορίες για το κάθε νοσοκομείο(10)	δημοσιευμένες πληροφορίες για το κάθε νοσοκομείο
να αναφέρονται οι μεταφορές των μωρών που έχουν γεννηθεί με ευθύνη του συγκεκριμένου γιατρού και μεταφέρθηκαν στην εντατική(46)	να αναφέρονται οι μεταφορές των μωρών
ο γιατρός και μου είπε συγκεκριμένα δεν θα σα αφήσω μην ανησυχείς θα είμαι	θα είμαι δίπλα σου συνέχεια/ του είχα εμπιστοσύνη



δίπλα σου συνέχεια, του είχα εμπιστοσύνη (11)	
Στον ιδιωτικό τομέα ο γιατρός είναι υπεύθυνος για σένα από την αρχή, νοιώθεις ωραία (15)	ο γιατρός είναι υπεύθυνος για σένα νοιώθεις ωραία,

**Πίνακας 8 : Δημιουργία Θεμάτων**

επίσημα στοιχεία θα παρουσιάζουν πραγματική κατάσταση δημοσιευμένες πληροφορίες για το κάθε νοσοκομείο να αναφέρονται οι μεταφορές των μωρών	Ενημερωμένη επιλογή
θα είμαι δίπλα σου συνέχεια/ του είχα εμπιστοσύνη ο γιατρός είναι υπεύθυνος για σένα νοιώθεις ωραία	Σχέση με επαγγελματίες υγείας

Τα θέματα αξιολογήθηκαν από τις επιβλέπουσες της μελέτης.

Βήμα 6: Περιγραφή της θεμελιώδους δομής του φαινομένου.

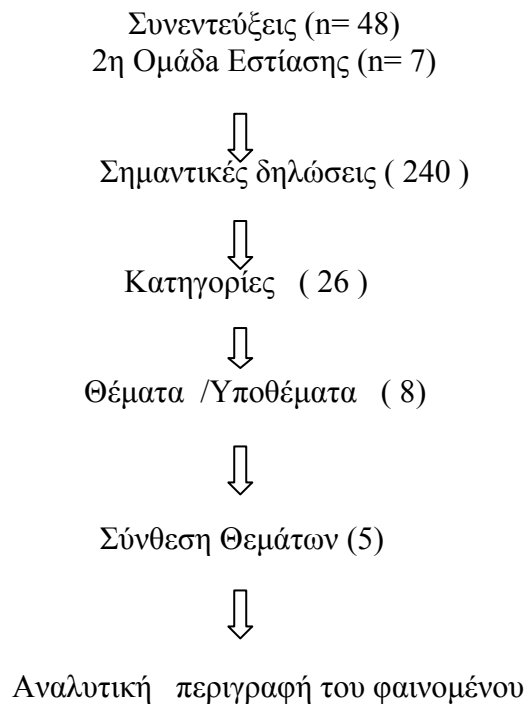
Λαμβάνοντας υπόψη το μήκος της εξαντλητικής περιγραφής του φαινομένου ο Colaizzi (1978) υποστηρίζει ότι θα πρέπει να μειώνεται σε βασική δομή. Αυτό επιτυγχάνεται αν για τη θεμελιώδη δομή του φαινομένου περιλαμβάνονται νοήματα που προέρχονται από τα προηγούμενα βήματα της ανάλυσης.

Βήμα 7: Επιστροφή στις συμμετέχουσες.

Ο Colaizzi (1978) προτείνει ότι η τελική επικύρωση της ανάλυσης των δεδομένων θα πρέπει να περιλαμβάνει την επιστροφή στις συμμετέχουσες. Έτσι, το τελευταίο στάδιο περιλαμβάνει την επιστροφή στις συμμετέχουσες για περαιτέρω συνέντευξη με σκοπό να συγκριθούν τα περιγραφικά αποτελέσματα με την εμπειρία των συνεντευξιζόμενων και να εξετασθεί η εγκυρότητα των δεδομένων.

Από την ανάλυση των δεδομένων είχαν καταγραφεί 240 σημαντικές δηλώσεις. Από αυτές σχηματίστηκαν 26 κατηγορίες και στη συνέχεια είχαν

καταγραφεί τα κεντρικά θέματα τα οποία είχαν σχέση με τις απόψεις των γυναικών για το δικαίωμα τους να επιλέγουν τον τόπο τοκετού τους (Σχεδιάγραμμα 3).



ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Περιγραφή Ανάλυσης Δεδομένων (Sanders, 2003)

## **7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

### **7.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ**

Οι συμμετέχουσες παρείχαν πλούσιες περιγραφές των προσωπικών τους βιωμάτων σχετικά με το δικαίωμα τους να επιλέξουν τον τόπο που θα γεννούσαν το παιδί τους. Από τις σε βάθος αναλύσεις των κειμένων των συνεντεύξεων προέκυψε μια πληθώρα θεμάτων, τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν και τα σημαντικότερα πυρηνικά θέματα που αναδύθηκαν ήταν:

1. Ενημερωμένη επιλογή τόπου τοκετού.
2. Κουλτούρα τοκετού.
3. Σχέση γυναίκας με επαγγελματίες υγείας.
4. Ασφάλεια μητέρας και νεογνού.
5. Πολιτική φροντίδας μητρότητας.

#### **7.1.1 Δημογραφικά στοιχεία**

Όλες οι συμμετέχουσες είχαν Κυπριακή ιθαγένεια και ήταν Ελληνοκύπριες. Η ηλικιακή ομάδα, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των προηγούμενων τοκετών, το είδος του τελευταίου τοκετού, ποιοί ήταν παρόντες στον τοκετό παρουσιάζονται στο πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 15).

Οι περισσότερες γυναίκες 93.75% είναι παντρεμένες και αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με τα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας που αναφέρει ότι στην Κύπρο οι άνθρωποι παντρεύονται για να αποκτήσουν παιδιά (Στατιστική υπηρεσία, 2009). Ένα σημαντικό δημογραφικό στοιχείο είναι τα ποσοστά φυσιολογικού τοκετού και καισαρικής τομής στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Στο δημόσιο νοσοκομείο το ποσοστό των καισαρικών τομών είναι 2% σε αντίθεση με τον

ιδιωτικό τομέα που είναι 35%. Αυτά τα στοιχεία επιβεβαιώνουν τις απόψεις των συμμετεχουσών που είχαν δηλώσει ότι στον ιδιωτικό τομέα οι περισσότεροι μαιευτήρες ξεγεννούν τις γυναίκες με καισαρική τομή. Ένα άλλο στοιχείο του δημογραφικού πίνακα που προκαλεί ερωτηματικά είναι ότι στον ιδιωτικό τομέα οι περισσότερες γυναίκες είχαν μαζί τους το σύντροφο τους σε αντίθεση με το δημόσιο που έχει εντοπιστεί ότι μόνο το 50 % των γυναικών είχαν μαζί τους το σύζυγο τους.

**Πίνακας 9 : Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις**

	Δημόσιο Νοσοκομείο n=16	Ιδιωτικό Νοσοκομείο n=32	Ολικό n=48
Ηλικία ( Χρόνια)			
18-26	4	5	18.75%
27-31	7	15	45.83%
32-36	4	8	25%
37 και άνω	1	4	10.42%
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένη	14	31	93,75%

Άγαμη	2	0	4.17%
Διαζευγμένη	0	1	2.08%
Τόκος			
1	11	18	60.42%
2-3	4	11	31.25%
4-5	1	3	8.33%
6 και άνω			
Είδος τοκετού			
Φυσιολογικός	15	13	58,33%
Καισαρική τομή	1	17	37.5%
Άλλο		2	4.17%
Παρών στο τοκετό			
Σύντροφος	8	31	60,45%
Μητέρα		6	31,25%
Φίλη		2	8,33%
Άλλο			

Μετά την ανάλυση των δημογραφικών αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχουσες είχαν περιγράψει τα βιώματα τους με προθυμία και πολύ ενδιαφέρον. Όλες είχαν αναφερθεί στο σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η ενημέρωση για επιλογή τόπου τοκετού.

### 7.1.2 Θέμα 1: Ενημερωμένη επιλογή τόπου τοκετού

Υπόθεμα Α: Αυτονομία και πληροφόρηση

Υπόθεμα Β: Πηγή πληροφόρησης /Φήμη του νοσοκομείου

Το πρώτο θέμα ενημερωμένη επιλογή είχε προκύψει από δυο βασικά υποθέματα, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους. Η ενημερωμένη επιλογή σχετίζεται άμεσα με την πληροφόρηση / ενημέρωση, την αυτονομία του ατόμου αλλά και την πηγή πληροφόρησης. Η ενημέρωση είναι συνώνυμη λέξη με την πληροφόρηση και όταν το άτομο είναι ενημερωμένο σημαίνει ότι έχει πλήρη γνώση για το συγκεκριμένο θέμα. Αυτονομία σημαίνει το άτομο έχει τη δυνατότητα να αποφασίζει για τον εαυτό του. Το άτομο όμως αν έχει αυτονομία, χρειάζεται

παράλληλα και σωστές πληροφορίες για να έχει την ευκαιρία λήψης σωστής απόφασης. Η επιλογή λοιπόν είναι εφικτή μόνο μετά από πλήρη πληροφόρηση. Στη παρούσα μελέτη, όμως η πλειοψηφία των συμμετεχουσών είχαν εκφράσει τη δυσαρέσκεια τους διότι είχαν περιορισμένες πληροφορίες για τους τόπους τοκετού. Επιπρόσθετα, είχαν δηλώσει με παράπονο ότι η πηγή πληροφόρησης τους ήταν ανεπίσημη, οι πληροφορίες τυχαίες, υποκειμενικές και μερικές φορές λανθασμένες.

Ως εκ τούτου, πολλές συμμετέχουσες για να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους είχαν βασιστεί σε πληροφορίες που έπαιρνα ή τους έδιναν το συγγενικό τους περιβάλλον και οι φίλες τους. Δεκαπέντε γυναίκες δήλωσαν ότι προσπάθησαν να εντοπίσουν επίσημα στοιχεία και χρησιμοποίησαν τις φράσεις «επίσημη ενημέρωση» και «επίσημα στοιχεία» αλλά δεν έγινε κατορθωτό. Συγκεκριμένα είχαν εισηγηθεί να υπάρχει επίσημη ενημέρωση από το υπουργείο υγείας για την ποιότητα που παρέχεται στα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία. Άλλες συμμετέχουσες σχετικά με την ενημέρωση είχαν εισηγηθεί τη δημοσίευση στατιστικών στοιχείων από τις αρμόδιες υπηρεσίες. Τα στοιχεία αυτά να αναφέρουν το ποσοστό των φυσιολογικών τοκετών και των καισαρικών τομών, τον αριθμό των μεταφορών μητέρας ή νεογνού από τον ιδιωτικό νοσοκομείο στο δημόσιο πριν, κατά ή μετά τον τοκετό. Ακολουθεί χαρακτηριστική δήλωση:

*« Είναι χρήσιμο να υπάρχουν στοιχεία για το κάθε νοσοκομείο και τον κάθε γιατρό δηλαδή να αναφέρονται οι μεταφορές των μωρών που έχουν γεννηθεί με την δική του φροντίδα στην εντατική , ο αριθμός των καισαρικών τομών και ο λόγος ( η αιτιολόγηση) »* Ελένη 46.

Μέσα από τις αφηγήσεις είχε εντοπιστεί ότι μερικές συμμετέχουσες είχαν αναφέρει ότι στον ιδιωτικό τομέα γίνονται πολλές καισαρικές χωρίς ουσιαστικό λόγο και δήλωσαν την επιθυμία τους να γνωρίζουν ποιοι είναι αυτοί οι γιατροί. Μια γυναίκα σχετικά με την πληροφόρηση για τα ποσοστά καισαρικών τομών είχε δηλώσει ότι η γιατρός της, της έδωσε επί σκοπού λάθος πληροφορίες. Ακολουθεί ειδικό απόσπασμα:

*« Η γιατρός μου με ξεγέλασε, της ζήτησα να με ενημερώσει για τα ποσοστά της σε φυσιολογικούς τοκετούς, αν πιστεύει στη χρησιμότητα του φυσιολογικού τοκετού και*

*μου είπε ότι πιστεύει και μετά η νοσηλεύτρια που εργάζεται μαζί της μου είπε ότι σπάνια κάνει φυσιολογικούς τοκετούς διότι οι περισσότερες γυναίκες στην κλινική της γεννούν με καισαρική τομή» Μύρια 47*

Περαιτέρω, με το θέμα της πληροφόρησης μια συμμετέχουσα για να περιγράψει ότι η παρεχόμενη φροντίδα και συγκεκριμένα η ενημέρωση χρειάζεται βελτίωση αναφέρει :

*«Στο εξωτερικό επειδή υπάρχουν διαφορετικά συστήματα υγείας και υπάρχει ασφάλιση υγείας τα νοσοκομεία προβάλλουν αυτό που προσφέρουν για να έχουν πελάτες, αυτό χρειάζεται να γίνει και στη Κύπρο, να γίνει μια μεγάλη αλλαγή».*  
Μαρούλα 21

Η πρόταση «να γίνει μια μεγάλη αλλαγή» και η συχνή χρησιμοποίηση της φράσης « χρειάζεται αλλαγή» από τις συμμετέχουσες μπορεί να φανερώνει ότι τα λάθη του συστήματος υγείας είναι πολλά και χρειάζεται η παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας να διορθωθεί. Αυτή η διαπίστωση τεκμηριώνεται διότι στις περισσότερες συνεντεύξεις οι συμμετέχουσες αναφέρουν ότι δεν είχαν συνειδητή επιλογή αλλά αναγκαστική. Οι πιθανοί λόγοι που ώθησαν τις συμμετέχουσες να χαρακτηρίσουν την επιλογή τους ως αναγκαστική είναι το βίωμα τους από τη διαδικασία της επιλογής. Συγκεκριμένα αναγνωρίζοντας το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η επιλογή τους προσπαθούσαν να εντοπίσουν το καλύτερο για αυτές αλλά δεν είχαν ουσιαστική πληροφόρηση. Μερικές, επειδή δεν εντόπισαν τις πληροφορίες που αναζητούσαν, είχαν βασιστεί σε διάφορες φήμες. Σχετικά με τη φήμη του δημόσιου νοσοκομείου μια γυναίκα αναφέρει:

*«Σκέφτηκα το δημόσιο νοσοκομείο αλλά μετά ..... δεν έχει καλή φήμη. Στο δημόσιο νοσοκομείο πηγαίνουν συνήθως οι ξένες, το κτίριο είναι πολύ αρχαιολογία και δεν έχεις σχέση με τον γιατρό σου ή την νοσοκόμα σου»* Γεωργία 22.

Η λέξη φήμη αναφέρθηκε από 12 συμμετέχουσες και δηλώνει τη διάδοση καλής ή κακής δημόσιας γνώμης για κάτι. Η γνώμη που σχηματίζεται υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να είναι λανθασμένη και οι συμμετέχουσες δικαιολογημένα έχουν χρησιμοποιήσει αυτή την λέξη για να δηλώσουν ότι τα στοιχεία που είχαν δεν ήταν επίσημα. Υπήρχαν όμως και γυναίκες που αναφέρθηκαν για την επιλογή

τόπου τοκετού και την πληροφόρηση με διαφορετικό τρόπο. Μερικές συμμετέχουσες είχαν δηλώσει ότι δεν ήθελαν πολλές πληροφορίες για τους τόπους τοκετού διότι δεν θα ήταν χρήσιμες στη δική τους περίπτωση. Ο σημαντικότερος λόγος που τις ώθησε σε αυτή τη δήλωση ήταν ότι το βασικό τους πρόβλημα δεν είναι που θα γεννήσουν αλλά πως θα γεννήσουν. Συγκεκριμένα, είχαν δηλώσει ότι δεν τις ενδιαφέρει η επιλογή τόπου τοκετού αλλά η επιλογή για το είδος τοκετού. Η επόμενη συνομιλία είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα και αποτυπώνει την πολυπλοκότητα της επιλογής τόπου τοκετού και την ιδιαιτερότητα της κάθε γυναίκας:

*«Δεν χρειάζομαι πολλές πληροφορίες για το που θα γεννήσω, εγώ ήθελα και θέλω καισαρική διότι δεν μου αρέσει να πονώ, να πονώ και μετά να μην βγαίνει το μωρό και να αναγκαστούν να γεννήσουν το παιδί μου με καισαρική. Η μητέρα μου δυο παιδιά τα έχει γεννήσει με καισαρική τομή και μου είχε εξηγήσει ότι δεν το έχει μετανιώσει» Βίκυ 2*

Η αναφορά της γυναίκας σε παρελθόντα χρόνο και σε παρόντα «εγώ ήθελα και θέλω καισαρική διότι δεν μου αρέσει να πονώ» δηλώνει ότι η επιθυμία της για καισαρική τομή είχε ληφθεί διαχρονικά μετά από πολλή σκέψη και πηγάζει μέσα από τη δική της κουλτούρα και της οικογένειάς της. Παράλληλα, η συμμετέχουσα κατά την αναφορά της στη μητέρα της είχε έντονο και αποφασιστικό ύφος. Αυτό καταδεικνύει ότι, η ανθρώπινη ύπαρξη επηρεάζεται από ένα δεδομένο τρόπο σκέψης ο οποίος επηρεάζεται από συγκεκριμένες περιβαλλοντικές, πολιτισμικές, κοινωνικές, ψυχολογικές ή οικονομικές καταστάσεις. Οι συμμετέχουσες στην παρούσα μελέτη έχουν επηρεαστεί από την κουλτούρα της κοινωνίας που συμμετέχουν. Η κουλτούρα ως ένα σύστημα αξιών και πεποιθήσεων παράγει τους κανόνες της συμπεριφοράς και έχει άμεση συνάφεια με τη συμπεριφορά του κοινωνικού συνόλου. Στην κυπριακή κοινωνία επικρατεί κουλτούρα ιατρικοποίησης και αυτό το στοιχείο έχει εντοπιστεί στις περισσότερες συνεντεύξεις. Η κουλτούρα ιατρικοποίησης του τοκετού αποτελεί βασικό παράγοντα επηρεασμού της επιλογής της γυναίκας για τόπο τοκετού. Ο εντοπισμός αυτών των παραγόντων αποτελεί βασικό στόχο της παρούσας μελέτης και είχε



χρησιμοποιηθεί σχετική θεματική ενότητα. Από αυτή την ενότητα έχουν εντοπιστεί βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις γυναίκες κατά τη λήψη απόφασης για τον τόπο που θα γεννήσουν το παιδί τους.

### 7.1.3 Θέμα 2 : Κουλτούρα τοκετού

Υπόθεμα 1: Κυπριακή κουλτούρα.

Υπόθεμα 2: Κουλτούρα ιατρικοποίησης

Υπόθεμα 1: Κυπριακή κουλτούρα

Η γυναίκα στην κυπριακή κοινωνία έχει τη δυνατότητα να αποφασίζει για τον εαυτό της και αυτό φαίνεται από τη διαπίστωση ότι η πλειοψηφία των γυναικών είχαν δηλώσει ότι βασίστηκαν στην προσωπική τους άποψη. Μερικές γυναίκες είχαν δηλώσει ότι είχαν προβεί στη συγκεκριμένη επιλογή επειδή την θεωρούσαν ότι ήταν η καλύτερη για τις ίδιες, το νεογνό τους αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειά τους. Η επόμενη αφήγηση παρουσιάζει την εξήγηση που έχει δώσει μια συμμετέχουσα για το πως η επιλογή τόπου τοκετού ήταν προσωπική της απόφαση.

*«Βασικά εγώ αποφάσισα για τον τόπο τοκετού μου. Μέλη της οικογένειάς μου προσπάθησαν να με πείσουν να πάω στο δημόσιο νοσοκομείο γιατί υπάρχει περισσότερη ασφάλεια αλλά εγώ ήθελα το γιατρό μου που τον ήξερα».* Φίλια 11

Η αναφορά στην προσωπική ανωνυμία «εγώ αποφάσισα» «εγώ ήθελα» εξηγεί ότι η γυναίκα στη Κύπρο έχει την ελευθερία να αποφασίζει για το άτομο της. Μερικές συμμετέχουσες όμως είχαν αναφέρει ότι είχαν βιώσει πιέσεις για να επιλέξουν αυτό που θεωρούσαν αυτοί σωστή επιλογή «προσπάθησαν να την πείσουν». Αυτό εξηγεί ότι στην Κύπρο οι γονείς προσπαθούν να επηρεάσουν τα παιδιά τους. Τα παιδιά κάποτε επηρεάζονται από τις απόψεις των γονέων τους αλλά αυτό δεν μπορεί να γενικευθεί διότι σύμφωνα με τις δηλώσεις μερικών συμμετεχουσών υπάρχουν και γυναίκες που επηρεάζονται από τη γνώμη του συζύγου αλλά και άλλων όπως φίλοι ή συνάδελφοι. Για τη στήριξη του συζύγου για την επιλογή τόπου τοκετού αναφέρθηκαν πολλές γυναίκες και σχεδόν όλες δήλωσαν ότι ήθελαν ο σύζυγός τους να συμφωνεί μαζί τους. Αυτό το εύρημα

ενισχύεται και από τα δημογραφικά που καταδεικνύουν ότι η πλειονότητα των συμμετεχουσών είχαν μαζί τους το σύζυγο τους. Μια συμμετέχουσα αναφέρει:

*«Η δική μου επιθυμία ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας αλλά και ο σύζυγος μου είχε άποψη για το που θα γεννήσω».* Άντρη 12

Αξίζει να σημειωθεί ότι μερικές συμμετέχουσες είχαν δηλώσει ότι οι σύζυγοι τους δεν τις στήριζαν όταν οι μαιευτήρες έκαναν παρεμβάσεις για τις οποίες οι ίδιες διαφωνούσαν. Αυτό το εύρημα και οι δηλώσεις των γυναικών ότι επιθυμούσαν καισαρική τομή περιγράφει την κουλτούρα τοκετού και φαίνεται να είναι κουλτούρα ιατρικοποίησης.

Υπόθεμα 2. Κουλτούρα ιατρικοποίησης.

Η κουλτούρα ιατρικοποίησης έχει εντοπιστεί στις περισσότερες συνεντεύξεις αλλά με διαφορετικές προσεγγίσεις. Επτά συμμετέχουσες είχαν αναφέρει ότι στην Κύπρο αν μια γυναίκα γεννήσει με καισαρική τομή είναι προνομιούχα και ακολουθεί χαρακτηριστικό απόσπασμα:

*«Το ξέρω ότι για κάποιους αν κάνεις καισαρική σημαίνει ότι είσαι ελίτ η ξαδέλφη μου πήγε και ζήτησε καισαρική .....».* Νίνα 5

Μερικές γυναίκες είχαν επηρεαστεί από τις προσωπικές αντιλήψεις των μητέρων τους αλλά και φίλων τους σχετικά με το είδος του τοκετού.

*«Η μάμα μου έχει γεννήσει τρία παιδιά με καισαρική και εγώ ήθελα καισαρική»*  
Σώτια 3

Αυτές οι δηλώσεις σκιαγραφούν τις απόψεις των συμμετεχουσών που εξηγούν ότι είναι καλύτερα οι γυναίκες να γεννούν με καισαρική τομή. Περαιτέρω, μερικές συμμετέχουσες είχαν αναφέρει ότι είχαν επιλέξει τους γιατρούς τους γιατί θα είχαν την ευκαιρία να γεννήσουν με καισαρική τομή και είχαν τονίσει ότι ο καλός ο γιατρός, είναι αυτός που ακούει τι του λέει η γυναίκα.

*«Ήθελα να γεννήσω με καισαρική, πήγα το είπα στο γιατρό μου και μου είπε εντάξει.... είναι πολύ καλός γιατρός»* Σώτια 3

Σε αυτή την αφήγηση η γυναίκα ολοκληρώνει την πρόταση της ότι ο γιατρός της είναι καλός επειδή συμφώνησε μαζί της και της είχε υποσχεθεί ότι θα

τη γεννήσει με καισαρική όπως επιθυμεί. Επιπρόσθετα, μερικές συμμετέχουσες είχαν δηλώσει την ικανοποίησή τους διότι αυτή η διευθέτηση δεν είναι δύσκολη στην Κύπρο. Αντίθετα, υπήρχαν συμμετέχουσες που αναζητούσαν ένα μέρος που να προωθεί το φυσιολογικό τοκετό αλλά αυτό δεν έγινε κατορθωτό. Συγκεκριμένα, μια συμμετέχουσα είχε αναφέρει ότι είχε επισκεφθεί το μαιευτήρα της και τον παρακάλεσε να την αφήσει να προχωρήσει στον τοκετό της φυσιολογικά χωρίς ιατρική παρέμβαση και αυτός δέχτηκε. Στην πορεία όμως τα πράγματα άλλαξαν. Ακολουθεί χαρακτηριστικό απόσπασμα.

*«Το βράδυ γύρω στις 3 το πρωί η νοσοκόμα μου είπε «είσαι έτοιμη (για τοκετό)» και πήρε τηλέφωνο τον γιατρό. Όταν ήρθε ήταν πολύ θυμωμένος, με εξέτασε και μου είπε θυμωμένα «δεν είσαι έτοιμη» και εγώ του είπα «δεν σε φώναζα εγώ». Και αυτός μου είπε δεν είναι ώρα να κατηγορούμε ο ένας τον άλλο και τα πράγματα «θα γίνουν όπως θέλω εγώ να τελειώνουμε». Τότε ένοιωσα ότι έχασα τον έλεγχο, έπαψα να έχω άποψη μόνο είπα γίνεται να κάνουμε κάτι να μην πονώ και μου πρόσφερε τη λύση με την επισκληρίδιο και εγώ το έκανα και ένοιωσα χάλια ...»*Νίνα 5

Η αναφορά του γιατρού «τα πράγματα θα γίνουν όπως θέλω εγώ» ίσως να σημαίνει ότι ήθελε να επισπεύσει τον τοκετό με τη χορήγηση φαρμάκου. Η συμπεριφορά του μαιευτήρα μπορεί να εξηγηθεί με τη δύναμη της εξουσίας στην οποία αναφέρθηκε ο Φουκώ και την πειθαρχική δύναμη που αναφέρεται στη θεωρία της «Επικράτειας της Γέννησης». Η γυναίκα παρουσιάζεται ως "πειθήνιο σώμα" το οποίο αναγκάστηκε να συμφωνήσει με το άτομο που έχει "εξουσία" και την πειθαρχική δύναμη που προέρχεται από τον μαιευτήρα της. Κατά την περιγραφή της εμπειρίας της η συμμετέχουσα, είχε αλλάξει τον τόνο της φωνής της και δήλωσε ότι ένοιωσε καλύτερα που της δόθηκε η ευκαιρία να περιγράψει την αγανάκτησή της. Ο συγκεκριμένος επαγγελματίας υγείας δεν σεβάστηκε τις επιθυμίες της γυναίκας διότι της μίλησε θυμωμένα και της δήλωσε ότι δεν πρόκειται να την περιμένει χωρίς παρέμβαση.

Αυτή η εικόνα παρουσιάζει πως η Κυπριακή κοινωνία επηρεάζεται από την ιατροκοποίηση και περιγράφει τις σχέσεις των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας ιδιαίτερα με τους μαιευτήρες. Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών

αναφέρθηκε στη σχέση που είχαν αναπτύξει με τους επαγγελματίες υγείας ως βασικό παράγοντα επηρεασμού για επιλογή τόπου τοκετού.

#### **7.1.4 Θέμα 3: Σχέση με επαγγελματίες υγείας**

##### Υπόθεμα 1: Ιατρικό μοντέλο φροντίδας

Οι συμμετέχουσες που είχαν γεννήσει στον ιδιωτικό τομέα είχαν δηλώσει ότι είχαν αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με το γυναικολόγο τους. Αυτή η σχέση τις ώθησε να επιλέξουν το συγκεκριμένο νοσοκομείο διότι εκεί βρισκόταν το ιατρείο του γυναικολόγου τους. Συγκεκριμένα 5 γυναίκες είχαν αναφέρει ότι ο γυναικολόγος τους έγινε στην πορεία ο μαιευτήρας τους, ο οποίος τις παρακολουθούσε και τον γνώριζαν. Μερικές συμμετέχουσες είχαν αναφέρει ότι αν και προσπάθησαν να αναπτύξουν σχέση εμπιστοσύνης με το μαιευτήρα τους, αυτό δεν έγινε κατορθωτό. Τα αρνητικά σχόλια και τα έντονα συναισθήματα όπως θυμός, απογοήτευση και αίσθημα ανασφάλειας είχαν εντοπιστεί σε πολλές συνεντεύξεις. Αυτό που σχολιάστηκε έντονα από πολλές συμμετέχουσες ήταν η υπεροψία μερικών μαιευτήρων και η απουσία ενσυναίσθησης. Η αναφορά των συμμετεχουσών για την απουσία ενσυναίσθησης από τους επαγγελματίες υγείας και ότι θα ήθελαν να τους συμπεριφέρονται πιο ανθρώπινα και όχι με υπεροψία, επισημαίνεται στις επόμενες αφηγήσεις:

*«Στο δημόσιο νοσοκομείο πηγαίνεις στο γιατρό, κοιτάζει το φάκελο σου και σου λέει γιατί έκανες αυτή την εξέταση, εγώ δεν σε παρακολούθησα δεν ξέρω. Αυτό ήταν πολύ ενοχλητικό.....» Αθηνά 29.*

*«Οι γιατροί δεν σου δίνουν σημασία. Υπάρχει συνωστισμός και μας φωνάζουν να κάνουμε γρήγορα μπαίνεις στο ιατρείο, ο γιατρός δεν σου λέει καν να καθίσεις, σε ρωτά αν έχεις κάτι και μετά ακούει το μωρό αλλά τίποτε άλλο» Μαρίνα, 4.*

Οι περισσότερες συμμετέχουσες που είχαν γεννήσει στο δημόσιο και λιγότερες στο ιδιωτικό νοσοκομείο, δήλωσαν την αγανάκτηση τους με τις συνθήκες που επικρατούν στα νοσοκομεία. Το μεγαλύτερο τους πρόβλημα όπως

προαναφέρθηκε ήταν η συμπεριφορά μερικών μαιευτήρων αλλά και ο τρόπος οργάνωσης των νοσοκομείων που δεν τους παρέχεται ο απαιτούμενος χρόνος. Μερικές συμμετέχουσες είχαν τονίσει ότι οι περισσότεροι μαιευτήρες των δημόσιων και των ιδιωτικών νοσοκομείων δεν τους έδιναν τον απαραίτητο χρόνο. Το πρόβλημα με το χρόνο και τη συμπεριφορά των μαιευτήρων φαίνεται να ήταν εντονότερο στο δημόσιο τομέα. Βασικοί χαρακτηρισμοί που είχαν εντοπιστεί ήταν ότι είναι απρόσωποι, υπερόπτες, βιαστικοί και παρεμβατικοί.

*«Ο γιατρός στο δημόσιο δεν μου έδωσε καμία πληροφορία για το νοσοκομείο, να με κάνει να νοιώσω ασφάλεια, με άφησε όρθια και μου είπε αν δεν έχω πρόβλημα να φύγω...περίμενα τόση ώρα για να μου πει να φύγω.» Άντρη 12.*

Η επόμενη αφήγηση έχει άμεση σχέση με την προηγούμενη αλλά παρουσιάζει την ταλαιπωρία που βιώνουν οι γυναίκες που αναγκάζονται να επισκέπτονται ταυτόχρονα το δημόσιο και το ιδιωτικό νοσοκομείο.

*«Πήγαινα και στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο. Στο ιδιωτικό, μου είπε ο μαιευτήρας ότι το μωρό μου είχε ομφάλιο λώρο γύρω από το λαιμό του μωρού. Πήγα στο δημόσιο, το είπα στο γιατρό και με έβαλε σε ένα μηχάνημα που δεν είναι καλό, η οθόνη του δεν δείχνει, δεν φαινόταν τίποτε και μου είπε να κάνω παράπονο να τους φέρουν άλλο »*

Άννα 19

Βασικός λόγος που αναγκάζονται οι συμμετέχουσες να επισκέπτονται ταυτόχρονα δύο νοσοκομεία ήταν η προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας. Η αφήγηση που ακολουθεί περιγράφει το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η σωστή προσέγγιση από τους επαγγελματίες υγείας. Αντίθετα με τις προηγούμενες αναφορές, μερικές συμμετέχουσες, είχαν περιγράψει τη συμπεριφορά, τη προσέγγιση και τη φροντίδα από το γιατρό τους ότι ήταν πολύ καλή, και αυτό διευκόλυνε την επιλογή τους.

*«Ο γυναικολόγος μου ήταν και ο μαιευτήρας μου, ήταν ιδιώτης. Το γνώριζα από προηγούμενως, ένοιωθα οικειότητα και τον εμπιστευόμουν. Μου είχε εξηγήσει για τον τοκετό, του είχα εμπιστοσύνη» Φίλια 11.*

Μερικές συμμετέχουσες είχαν αναφέρει ότι στον ιδιωτικό τομέα, η φροντίδα φαίνεται να είναι καλύτερη αλλά δεν είναι επιλογή για τις γυναίκες που έχουν οικονομικά προβλήματα. Για το οικονομικό αναφέρθηκαν και άλλες συμμετέχουσες

*«Πήγα και στον ιδιωτικό τομέα και ένοιωθα καλά δεν περίμενα τόσες ώρες. Ο γιατρός μου έδινε σημασία, αλλά μετά σκέφτηκα το οικονομικό, χρεώνου πολλά»*  
Ιωάννα 18.

Οι περισσότερες αναφορές είχαν ασχοληθεί με τους μαιευτήρες και πολύ λίγες για τις μαιές. Σε αυτό το σημείο θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν οι απόψεις των συμμετεχουσών για τις μαιές διότι είναι και αυτές υπεύθυνες για τη φροντίδα των γυναικών κατά τον τοκετό. Ερευνητικό ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία των συμμετεχουσών δεν γνώριζε την ύπαρξη των μαιών και μερικές που γνώριζαν για τις μαιές δεν μπορούσαν να κατανοήσουν τον ρόλο τους.

## Υπόθεμα 2. Μαιευτικό μοντέλο φροντίδας.

Για το μαιευτικό μοντέλο φροντίδας και τις μαιές είχαν αναφερθεί μόνο συμμετέχουσες που είχαν επαφή με το δημόσιο νοσοκομείο. Αντίθετα οι γυναίκες του ιδιωτικού νοσοκομείου, μερικές είχαν αναφέρει ότι γνώρισα μόνο νοσοκόμες και άλλες δήλωσαν ότι δεν έχουν σαφή εικόνα για το επάγγελμα της μαιίας και διερωτήθηκαν αν οι μαιές δεν είναι νοσηλεύτριες. Αξίζει να σημειωθεί ότι για το ρόλο των μαιών αναφέρθηκαν μερικές συμμετέχουσες που φροντίζονταν από τον ιδιωτικό τομέα, αλλά είχαν εμπειρία με τα συστήματα υγείας του εξωτερικού. Οι συγκεκριμένες συμμετέχουσες έψαχνα να βρουν μαιές για να διεκπεραιώσουν τον τοκετό τους διότι στις χώρες που είχαν τη προσωρινή διαμονή τους, οι μαιές παρείχαν φροντίδα στη γυναίκα με φυσιολογική εγκυμοσύνη. Αυτές οι συμμετέχουσες είχαν περιγράψει την αντιπαράθεση που είχαν με φίλους τους και συγγενείς τους για τις μαιές διότι αυτοί είχαν αντίθετη άποψη από την ίδια.

*«Έχει τόσους γιατρούς και εσύ θέλεις μαιία... αν συμβεί κάτι ... δεν παίζουμε...»*

Νιόβη 16

Το τελευταίο μέρος της αφήγησης «δεν παίζουμε» φαίνεται ότι για τους φίλους και τους συγγενείς της γυναίκας οι γιατροί παρέχουν περισσότερη ασφάλεια. Αντίθετα η επιλογή της γυναίκας να γεννήσει με μαία μπορεί να εξηγηθεί ως απερισκεψία διότι «παίζουμε» στη κυπριακή κουλτούρα σημαίνει δεν είμαστε σοβαροί. Άλλες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν ότι στο δημόσιο νοσοκομείο υπάρχουν μαίες και έχουν τη δυνατότητα να τις ξεγεννήσουν.

*«Γεννήθηκα στην Αγγλία και η μητέρα μου με γέννησε με μαία. Ήρθα στη Κύπρο και μου είπαν ότι οι μαίες είναι στο δημόσιο νοσοκομείο αλλά στο δημόσιο δεν ξέρουν αν μπορούν οι μαίες να διεκπεραιώνουν τοκετούς και δεν είναι καλά να γεννήσεις στο δημόσιο » Χρίστια 7*

Αυτή η δήλωση ενισχύεται και με περιγραφές άλλων συμμετεχουσών οι οποίες προσπάθησαν να εξηγήσουν γιατί στην Κύπρο η κοινωνία δεν γνωρίζει το ρόλο των μαιών. Στην αφήγηση που ακολουθεί μια συμμετέχουσα αναφέρει και μερικούς δικούς της προβληματισμούς.

*«Το γεγονός ότι στο δημόσιο μπορεί να ξεγεννήσει τη γυναίκα, μια μαία σχολιάζεται αρνητικά. Μα γιατί οι μαίες δεν κάνουν κάτι, να μάθει ο κόσμος το τι μπορούν να κάνουν. Ο περισσότερος κόσμος δεν τις γνωρίζει. Οι γυναίκες της Κύπρου προτιμούν τους Μαιευτήρες διότι αυτούς γνωρίζουν. Εγώ σκέφτηκα το ιδιωτικό νοσοκομείο διότι γνώριζα το γιατρό». Άντρη 12.*

Η φράση «δεν είναι καλά να γεννήσεις στο δημόσιο » φαίνεται ότι επικρατεί η άποψη ότι στο δημόσιο δεν υπάρχει ασφάλεια διότι προτρέπουν τις γυναίκες να αποφύγουν τη συγκεκριμένη επιλογή για το δικό τους καλό. Σχετικά με τις μαίες είναι φανερό από τις δηλώσεις δυο συμμετεχουσών ότι οι γυναίκες του ιδιωτικού τομέα δεν είχα συναντήσει μαίες και δεν γνώριζαν τον ρόλο τους. Στον αντίποδα, άλλες συμμετέχουσες που είχαν ξαναγεννήσει στο δημόσιο νοσοκομείο είχαν γνωρίσει τις μαίες και αναφέρθηκαν στο σημαντικό ρόλο που είχαν διαδραματίσει στη επιλογή τους για να επιλέξουν να γεννήσουν στο δημόσιο νοσοκομείο.

*«Η γυναίκα χρειάζεται κάποιον που ξέρει, να την ενημερώνει, να την ενθαρρύνει, σωστά ..... αν διαβάσεις βιβλία, περιοδικά μπεις στο διαδίκτυο .....την ώρα του*

*τοκετού σου, θέλεις την μαία σου που σε καταλαβαίνει, θέλεις ένα άγγιγμα. Το ότι θα με ξεγεννούσαν μαίες το θεωρώ πλεονέκτημα γιατί η μαία αυτή τη δουλειά κάνει και την ξέρει πολύ καλά. Ναι είναι πλεονέκτημα να έχει κάποιος εμπειρίες»* Νίνα 13

Επιπρόσθετα, κάποιες γυναίκες είχαν περιγράψει τα συναισθήματα τους με τις μαίες με ένα ξεχωριστό τρόπο.

*«Εγώ είχα εμπιστοσύνη στις μαίες που με φρόντιζαν, ένοιωσα ζεστασιά, είχαν μπει στη θέση μου. Σίγουρα δεν μπορείς να ξέρεις τι θα συμβεί, άλλα προγραμματίζεις και άλλα γίνονται»* Φίλια 11

Στην πιο πάνω δήλωση με την αναφορά της συμμετέχουσας «ένοιωσα ζεστασιά, είχαν μπει στη θέση μου» είναι έκδηλο ότι για τη συγκεκριμένη γυναίκα η σωστή αντιμετώπιση με προσωπική επαφή ήταν πολύ σημαντική μαιευτική παρέμβαση. Η σωστή αντιμετώπιση σχετίζεται με τη δημιουργία της εταιρικής σχέσης και της ενδυνάμωσης που ήταν στοιχεία της θεωρίας της Επικράτειας της Γέννησης. Η εταιρική σχέση και η ενδυνάμωση επηρεάζονται από άλλους παράγοντες, όπως τον εντοπισμό των προσωπικών αναγκών των γυναικών και την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων. Αυτές οι παρεμβάσεις είναι συστατικά στοιχεία της εξατομικευμένης φροντίδας. Μέσα από τις συνεντεύξεις έχει διαφανεί ότι πολλές συμμετέχουσες ήταν ευχαριστημένες με τη συμπεριφορά των μαιών αλλά δεν ήταν ευχαριστημένες με τον τρόπο που παρέχεται η φροντίδα μητρότητας και ιδιαίτερα με την οργάνωση των μαιευτικών μονάδων.

*«Οι μαίες είναι πολύ σημαντικές, ήταν μαζί μου όλο το βράδυ, κάναμε τις αναπνοές μας. Ήταν ήρεμες ευγενικές, αλλά ήταν πολλές ανά βάρδια και η κάθε μια σου έλεγε διαφορετικά πράγματα και σε σύγχυζε. Αυτό ήταν πολύ έντονο...Ειλικρινά παραλίγο να πάω σε κατάθλιψη και να κλαίω και να μου λένε μην κλαις αλλά δεν μου εξηγούσαν σωστά »* Ιωάννα 18.

Αυτή η αφήγηση φανερώνει το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι μαίες για το πώς η γυναίκα θα βιώσει τον τοκετό της. Αυτή η διαπίστωση αποδεικνύεται από τις αναφορές των γυναικών ότι στις συναντήσεις τους που είχαν με τις μαίες, μερικές δεν έδιναν προσοχή στα λεγόμενα τους και ήταν απόλυτες. Το μεγαλύτερο παράπονο των συμμετεχουσών ήταν ότι οι μαίες δεν τους παρείχαν τις πληροφορίες που ζητούσαν. Αυτή η συμπεριφορά είχε οδηγήσει μερικές



συμμετέχουσες να μην επιλέξουν το δημόσιο νοσοκομείο διότι είχαν φοβηθεί από την συμπεριφορά των μαιών. Μερικές περιγραφές ήταν πολύ χαρακτηριστικές.

*«Είχα εκφράσει την επιθυμία για επισκληρίδιο και το ζύλο μου έλειψε. Οι μαιές ήταν πολύ αυταρχικές» Χαρά 1.*

Μερικές συμμετέχουσες όμως, είχαν εξηγήσει ότι είχαν συναντήσει μαιές οι οποίες ήταν πολύ καλές διότι δημιουργούσαν το κατάλληλο περιβάλλον δηλαδή έκλειναν τις πόρτες των δωματίων που ήταν οι γυναίκες, διασφάλιζαν ησυχία στη γυναίκα και η φροντίδα ήταν εστιασμένη στις ανάγκες της γυναίκας. Αυτό το περιβάλλον σύμφωνα με τη θεωρία της επικράτειας είναι το ιερό, όπου επικρατεί η ενοποιητική δύναμη. Η ενοποιητική δύναμη είχε δημιουργηθεί με τη στήριξη των μαιών οι οποίες όταν χρειαζόταν λειτουργούσαν ως συνήγοροι των γυναικών. Η αφήγηση που ακολουθεί είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα:

*«ήρθε μια πολύ καλή μαιά και τους είπε φύγετε και θα μείνω εγώ μαζί της... μου έκλεισε τις κουρτίνες μου έβαλε μουσική, μου χαμογέλασε και τότε όλα ήταν καλύτερα. Με σήκωσε με έβαλε πάνω σε ένα μπαλόνι μου έβαλε και πουγιώτα και τελικά ένοιωσα ασφάλεια γέννησα φυσιολογικά και το χρωστώ σε αυτήν τη μαιά.»*

Μαρίνα 4

Οι προηγούμενες αφηγήσεις έχουν περιγράψει βασικές παραμέτρους για την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας που είναι η σωστή αντιμετώπιση, η επάρκεια γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων. Η τελευταία αφήγηση αναφέρει μια πολύ βασική παράμετρο την ασφάλεια «*ένοιωσα ασφάλεια*». Η ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού αναφέρθηκε ως καθοριστικός παράγοντας για την επιλογή τύπου τοκετού με αντιφατικά αποτελέσματα.

#### **7.1.5 Θέμα 4: Η ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού.**

Μερικές συμμετέχουσες δήλωσαν ότι στο δημόσιο νοσοκομείο πιστεύουν ότι υπάρχει περισσότερη ασφάλεια διότι υπάρχουν περισσότεροι γιατροί, μαιές και εντατική μονάδα νεογνών. Μια συμμετέχουσα αναφέρει:

*«Η νόφη μου είχε κινδυνέψει. Έπαθε αιμορραγία στην κλινική και έτρεχε ο καημένος ο άντρας της να φέρει αίμα....έχασε πολύ αίμα και ο γιατρός της, την έστειλε στο δημόσιο νοσοκομείο. Έτσι και εγώ αποφάσισα να πάω στο δημόσιο νοσοκομείο »*  
Γεωργία 22

Μια άλλη συμμετέχουσα δήλωσε ότι το οικογενειακό της περιβάλλον αναγνωρίζοντας την ασφάλεια που παρέχει το δημόσιο νοσοκομείο προσπάθησε να την πείσει να το επισκεφτεί και να γεννήσει εκεί. Συγκεκριμένα αναφέρει:

*«Μέλη της οικογένειας μου προσπάθησαν να με πείσουν να πάω στο δημόσιο νοσοκομείο γιατί υπάρχει περισσότερη ασφάλεια άλλα εγώ ήθελα το γιατρό μου που τον ήξερα και ένοιωθα ασφάλεια»* Γεωργία 22

«Πείθω» σημαίνει κάνω κάποιον να συμφωνήσει μαζί μου και αυτό σημαίνει ότι θα κάνω επανειλημμένες προσπάθειες. Η αναφορά της συμμετέχουσας στη φράση «να με πείσουν» δηλώνει ότι η οικογένεια της προσπάθησε επανειλημμένα να την πείσει γιατί πίστευαν ότι η ασφάλεια της γυναίκας αλλά και του νεογνού τους είναι πολύ σημαντική παράμετρος. Το γεγονός ότι δεν της αναφέρουν ότι το δημόσιο έχει και άλλα πλεονεκτήματα η πιθανή εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι ότι δεν γνωρίζουν να υπάρχουν περισσότερα. Δύο μητέρες όμως, είχαν διερωτηθεί για την ασφάλεια που παρέχεται στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια ιδιαίτερα για τις μικρές κλινικές. Ακολουθεί χαρακτηριστικό παράδειγμα

*«Στον ιδιωτικό τομέα ο γιατρός είναι υπεύθυνος για σένα από την αρχή για όλα αν είναι όμως στο χειρουργείο και γεννά μια κοπέλα και τον χρειάζεσαι, τι θα γίνει θα διακόψει την εγχείρηση»* Ελένη 46

Σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας στον ιδιωτικό τομέα, μερικές συμμετέχουσες είχαν αναφέρει τις ανησυχίες τους για την παρακολούθηση της γυναίκας στο τοκετό.

*« Στον ιδιωτικό τομέα διερωτώμαι ποίος παρακολουθεί την κοπέλα όταν έχει πόνους. Ο γιατρός θα έρθει την τελευταία στιγμή. Προηγουμένως, δεν ξέρω δεν είμαι σίγουρη αλλά δεν τις παρακολουθεί προσοντούχο προσωπικό »* Αντρη12

Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις και παρατηρήσεις από τις συμμετέχουσες δηλώνουν τον έντονο προβληματισμό τους. Ο προβληματισμός τους πηγάζει μέσα

από τις προσωπικές τους εμπειρίες. Αντίθετα σε αυτόν τον ισχυρισμό, έρχονται οι απόψεις της επόμενης γυναίκας, η οποία είχε γεννήσει στον ιδιωτικό τομέα και είχε μια πολύ ευχάριστη εμπειρία.

*«Στον ιδιωτικό τομέα ο γιατρός είναι υπεύθυνος για σένα, ξέρει πολύ καλά τη δουλειά του, δεν σε ενοχλούν όλοι. Για να μπει κάποιος στο χειρουργείο χρειάζεται να γνωρίζει το κωδικό...έχεις ιδιωτικότητα...όχι εισβολή άγνωστων ατόμων».*

Γίωτα 23

Αυτή η περιγραφή φανερώνει την επιθυμία των γυναικών την ώρα του τοκετού τους να έχουν ησυχία και να μην φροντίζονται από αγνώστους. Η φροντίδα από αγνώστους ήταν εντονότερη στο δημόσιο νοσοκομείο. Παράλληλα, για το ιδιωτικό νοσοκομείο οι συμμετέχουσες είχαν διερωτηθεί αν γίνεται σωστή παρακολούθηση. Ο κάθε τύπος τοκετού φαίνεται ότι έχει τα δικά του πλεονεκτήματα και οι διαμορφωτές πολιτικής υγείας θα ήταν χρήσιμο να βασίζονται πάνω σε ερευνητικά δεδομένα. Το επόμενο θέμα θα ασχοληθεί με την πολιτική φροντίδας μητρότητας και εμπερικλείει τις αντιλήψεις των γυναικών για τους διάφορους τύπους τοκετού και ολοκληρώνεται με τις απόψεις των γυναικών για το δικαίωμα επιλογής τύπου τοκετού.

### **7.1.6 Θέμα 5: Πολιτική φροντίδας μητρότητας**

Υπόθεμα 1. Απόψεις των γυναικών για τους τύπους τοκετού.

Η Πολιτική φροντίδας μητρότητας προσδιορίζει τις επιλογές για τόπο τοκετού που παρέχονται στη γυναίκα. Στην Κύπρο όπως έχει αναφερθεί οι επιλογές των γυναικών για τόπο τοκετού περιορίζεται μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού νοσοκομείου. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι περισσότερες συμμετέχουσες όταν άκουσαν την περιγραφή των κέντρων τοκετού, δήλωσαν ότι τις ενδιαφέρει η συγκεκριμένη επιλογή. Μερικές συμμετέχουσες αναφέρθηκαν με θετικά σχόλια για τα κέντρα τοκετού και ευχήθηκαν σε μελλοντικούς τοκετούς να έχουν την ευκαιρία για ουσιαστική επιλογή τύπου τοκετού και στη Κύπρο. Τα πιο αντιπροσωπευτικά αποσπάσματα ήταν:

*«Θα ήταν ιδανικό τέτοιο περιβάλλον. Όταν γεννήσεις θέλεις ένα καλό περιβάλλον, ένα τόπο που να σου προκαλεί ηρεμία. Τώρα και στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο το περιβάλλον είναι φοβιτσιάρικο. Αντί να είσαι άνετη εκείνη την ωραία στιγμή όλα τα αντικείμενα μέσα στο δωμάτιο τοκετού σου προκαλούν φόβο, νομίζεις κάτι θα σου συμβεί.» Αντρη 12*

*«Είναι πολύ καλό το κέντρο τοκετού διότι δίνει στη γυναίκα πιο καλές συνθήκες. .. ακούγεται ενδιαφέρον. Η γυναίκα χρειάζεται να έχει σωστό περιβάλλον και σωστούς ανθρώπους γύρω της κατά τη γέννηση του παιδιού της » Νιόβη 16*

Οι περιγραφές των συμμετεχουσών σχετίζονται με το δωμάτιο επιτήρησης, το οποίο αποτελείται από πολλά μηχανήματα τα οποία είναι κατασκευασμένα για να μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να παρακολουθούν τις γυναίκες με μεγαλύτερη ακρίβεια. Γενικά το περιβάλλον του δωματίου για τοκετό στα νοσοκομεία δεν είναι φιλικό προς τη γυναίκα. Έτσι, όταν άκουσαν οι συμμετέχουσες για τα κέντρα τοκετού είχαν εντοπίσει εντονότερα ότι το περιβάλλον που είχαν γεννήσει τα παιδιά τους ήταν αντίθετο των προτιμήσεων τους. Αυτό φαίνεται από τα αρνητικά σχόλια *«το δωμάτιο τοκετού σου προκαλεί φόβο» «νομίζεις κάτι θα σου συμβεί»*. Επιπρόσθετα, μερικές συμμετέχουσες είχαν εντοπίσει ότι το περιβάλλον επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία της γυναίκας.

*«Θα μου άρεσε να υπάρχει κέντρο, να μην γίνεται η γέννηση των παιδιών μας στο χώρο του χειρουργείου.....θυμούμαι και ανατριχιάζω όταν μπήκα στο παγωμένο χώρο του χειρουργείου με όλα τα πράγματα εκεί μέσα. Ναι ένοιωσα πολύ άσχημα. Όλα αυτά επηρεάζουν την ψυχολογία κάθε γυναίκας» Μαρία 9*

Περαιτέρω, η αναφορά τους ότι θα ήθελαν *«ηρεμία»* και ότι *« Η γυναίκα χρειάζεται να έχει σωστό περιβάλλον και σωστούς ανθρώπους γύρω της κατά τη γέννηση του παιδιού »* καταδεικνύεται ότι το φυσικό περιβάλλον επηρεάζεται άμεσα από το ανθρώπινο. Αυτές οι αναφορές των συμμετεχουσών μπορεί να θεωρηθούν ως οι προσδοκίες τους για τον τόπο τοκετού τους αλλά και για τις σχέσεις τους με τους επαγγελματίες υγείας .

Η δεύτερη υποθετική επιλογή ήταν η επιλογή για τοκετό στο σπίτι. Σχετικά με αυτή την επιλογή οι περισσότερες γυναίκες είχαν απαντήσει αμέσως ΟΧΙ και το χαρακτηριστικό ήταν ότι 19 από αυτές είχαν απαντήσει με δυο ΟΧΙ ταυτόχρονα και μετά λέξεις που δήλωναν περισσότερη άρνηση όπως «φοβούμαι», «το θεωρώ τρομακτικό», «δεν νοιώθω ασφάλεια» «δεν το θέλω». Η επιλογή αυτή είχε αναστατώσει τις συμμετέχουσες και το μεγαλύτερο τους πρόβλημα ήταν η ασφάλεια που παρέχεται αν ο τοκετός διεκπαιρωθεί στο σπίτι και ιδιαίτερα η ασφάλεια για το παιδί τους. Όλα τα παραδείγματα που έδωσαν περιέχουν λέξεις που δηλώνουν αγωνία και φόβο. Η φράση «ΠΑΝΑΓΙΑ ΜΟΥ» χρησιμοποιείται από τους χριστιανούς όταν βρίσκονται συνήθως σε κίνδυνο. Συγκεκριμένα μια μητέρα δήλωσε :

*« Ο κίνδυνος είναι μεγάλος και δεν μπορώ να φανταστώ να έχω για 9 μήνες το μωρό μου και να το χάσω ΠΑΝΑΓΙΑ ΜΟΥ» Άντρη 12*

Μερικές συμμετέχουσες είχαν εισηγηθεί ότι ειδικά οι πρωτότοκες για ασφάλεια θα πρέπει να γεννούν στο νοσοκομείο. Παράλληλα είχαν αναφερθεί σε βασικά κριτήρια τα οποία θα πρέπει να δημιουργηθούν για να εντοπίζονται οι γυναίκες που θα μπορούσαν να γεννήσουν στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού.

*«Στο πρώτο το μωρό αποκλείεται να το έκανα γιατί φοβόμουν μήπως πάθω κάτι τώρα ξέρω και στο τρίτο θα ήθελα να γεννήσω στο σπίτι. Αν επιλέξω μια έμπειρη μαία και η εγκυμοσύνη μου είναι χωρίς πρόβλημα» Στέλλα<sup>14</sup>*

Δυο γυναίκες είχαν αναφέρει ότι αν θα γεννούσαν στο σπίτι τους για να υπάρχει ασφάλεια θα ήθελαν να υπάρχει παιδίατρος και η απαραίτητη τεχνολογία. Θετική περιγραφή χωρίς δισταγμό για τοκετό στο σπίτι έγινε μόνο από μια γυναίκα που είχε δηλώσει:

*« Είναι καλό πιστεύω να γεννήσεις στο σπίτι, και θα ήταν η πιο ωραία εμπειρία. Εγώ όταν είχα πόνο έμπαινα όλη μέρα μέσα στο νερό, θα μου άρεσε να γεννήσω μέσα στην πισίνα ή στην μπανιέρα μου αλλά τι να κάνουμε δεν έχουμε τέτοια επιλογή.»*

Κίκα 38

Όταν ρωτήθηκαν οι συμμετέχουσες για τα νοσοκομεία ιδιωτικά και δημόσια, οι απόψεις τους ήταν συγκεκριμένες. Είχαν αναφερθεί στα προσωπικά τους βιώματα και οι περιγραφές τους είχαν εστιαστεί στο περιβάλλον, στις σχέσεις

τους με τους επαγγελματίες υγείας, στην οργάνωση παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα και στην ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού.

Οι αναφορές στην οργάνωση παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα ήταν πολλές και επικεντρώθηκαν όχι μόνο στο περιβάλλον, στην λειτουργία των μαιευτικών τμημάτων αλλά και στην δυσκολία εντοπισμού τόπου που θα ανταποκρινόταν στις προσδοκίες τους. Ακολουθούν χαρακτηριστικές περιπτώσεις:

*«Πήγα σε 5 γιατρούς στον ιδιωτικό τομέα πήγα ακόμη και στην Λάρνακα από την Λευκωσία για να βρω ένα γιατρό που να μου συμπεριφέρεται σωστά . Πήγα σε ένα γιατρό και του είπα τι ήθελα και αυτός γέλασε και μου είπε δηλαδή θα μου λες τι να κάνω.....και ξαναγέλασε »* Γιώτα 15

Περαιτέρω, πολλές γυναίκες που γέννησαν στα δημόσια νοσοκομεία χαρακτήρισαν το περιβάλλον ως ακατάλληλο.

*«Το περιβάλλον δεν ήταν καθόλου κατάλληλο...περπατάς στο διάδρομο ή μέσα στο χειρουργείο....και περιμένεις για ώρες..»* Μάρθα 34, Κούλα 42

Αντίθετα, για το φυσικό περιβάλλον του ιδιωτικού τομέα πολλές συμμετέχουσες το χαρακτήρισαν ως αρκετά καλό.

*«Είχα το δικό μου μπάνιο, αποχωρητήριο ωραίο δωμάτιο με χρώματα »* Αγγέλα 25

Οι συμμετέχουσες που είχαν γεννήσει στον ιδιωτικό τομέα αν και ήταν ικανοποιημένες από το περιβάλλον δεν ήταν ικανοποιημένες από την παρακολούθηση και την ασφάλεια που παρέχεται στον ιδιωτικό τομέα.

*«Εντάξει και για να είμαστε ειλικρινείς το ιδιωτικό έχει καλό περιβάλλον δεν έχουν όμως καλό προσωπικό και ότι και αν συμβεί κάτι... οι ασθενείς καταλήγουν στο δημόσιο άρα να βελτιώσουν το δημόσιο. Οι νοσοκόμες των ιδιωτικών όλες ξένες και αμφιβάλλω για το τι γνωρίζουν.. μπορεί ο γυναικολόγος μου να είναι ο μόνος που έχει κύπρια μαία»* Αθηνά 29

Για το ιδιωτικό νοσοκομείο οι γυναίκες είχαν σχολιάσει έντονα την εκπαίδευση, τις δεξιότητες των μαιών και το γεγονός ότι οι περισσότερες ήταν ξένες. Ακολουθούν χαρακτηριστικά παραδείγματα:

*«έχω γεννήσει σε κλινική και τώρα μπορώ να αναφέρω ότι οι μαίες ήταν ανειδίκευτες » Χρίστια 7*

*«εντάξει οι νοσοκόμες είναι ξένες αλλά δεν με πείραζε αφού ο γιατρός μου μιλούσε ελληνικά » Χρύσω 8*

Επιπρόσθετα μερικές συμμετέχουσες είχαν δηλώσει τη δυσαρέσκεια τους για τον τρόπο παρακολούθησης τους και την οικονομική επιβάρυνση που υφίσταται η οικογένεια τους αλλά σχολίασαν θετικά την επικοινωνία που είχαν με τον γιατρό τους. Συγκεκριμένα, δήλωσαν ότι είχαν τη δυνατότητα να επικοινωνούν με το γιατρό τους όλο το 24 ώρο και η συμπεριφορά του τις έκανε να νοιώθουν ωραία. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που είχαν βοηθήσει τις συμμετέχουσες να νοιώθουν ωραία ήταν η ευγένεια του γιατρού αλλά και ο τρόπος που τους εξηγούσε.

*«ο γιατρός σου αφιερώνει χρόνο, σου εξηγεί τα πάντα. Σε κάνει να νοιώθεις ωραία» Γιώτα 15*

Οι δηλώσεις άλλων συμμετεχουσών περιγράφουν την επαφή τους με τον ιδιωτικό τομέα με ένα διαφορετικό τρόπο και σχολιάζουν έντονα τις συνθήκες που επικρατούν στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

*«ιδιωτικό τομέα έχει παραγίνει με το θέμα του κέρδους όλα αυτά με έκανα να αποφασίσω για το δημόσιο.....το ξέρεις ότι οι πλείστες γυναίκες γεννούν με καισαρική στο ιδιωτικό και το ιδιωτικό έχει καλό περιβάλλον αλλά δεν έχει καλό προσωπικό και ότι και αν συμβεί ο κόσμος πηγαίνει στο δημόσιο» Αθηνά 29*

Οι αναφορές των συμμετεχουσών για το δημόσιο νοσοκομείο οι περισσότερες ήταν αρνητικές. Η πλειοψηφία των γυναικών αναφέρθηκε με αρνητικά σχόλια για τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, την κακή οργάνωση με ειδική αναφορά στη γραφειοκρατία και στην απρόσωπη κατακερματισμένη φροντίδα.

*« Στο δημόσιο περίμενα να με γράψουν μετά περίμενα να μου δώσουν το φάκελο μου μετά μου έχασα τις αναλύσεις. Όλο ταλαιπωρία δεν ξαναπήγα » Ντίνα 30.*

Σχετικά με τη συμπεριφορά του γραμματειακού προσωπικού αλλά και των επαγγελματιών υγείας οι συμμετέχουσες ήταν κατηγορηματικές ότι χρειάζεται βελτίωση.

*«Τους μιλάς και δεν γυρίζουν να σε δουν και περιμένεις ώρες» Ιωάννα 18*

Τα παράπονα τους ήταν εντονότερα με την οργάνωση και τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν φροντίδα κατά τον τοκετό. Ιδιαίτερες αναφορές έγιναν για τη γνωσιολογική επάρκεια των μαιών.

*«Στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει κακή οργάνωση. Φαντάσου να σε γεννήσει κάποιος που δεν σε ξαναείδε. Σχετικά με τις μαιές δεν αμφιβάλω για τη δεξιοτεχνία τους αλλά αν χρειαστεί να γίνει κάτι θα φωνάζουν το γιατρό γιατί να μην είναι ο γιατρός από την αρχή» Λένα 20*

Μερικές συμμετέχουσες είχαν αναφερθεί στην επικοινωνία και τη σωστή αξιολόγηση από τους μαιευτήρες και τις μαιές.

*«Στο νοσοκομείο δεν έχεις επικοινωνία σου αφιερώνουν ένα λεπτό δεν έχουν ιδέα για σένα τι σου συμβαίνει Πήγαινα στο δημόσιο αλλά ο γιατρός δεν σου λέει τίποτα αν είναι γυναικολόγος αν είναι ειδικευόμενος .....Με τις μαιές πάλι δεν ξέρω πόσο εκπαιδεύονται δεν ξέρω τις γνώσεις τους» Πόλα 6*

Μια άλλη παράμετρος που εντοπίστηκε ότι επηρέαζε την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας ήταν ο τρόπος που παρέχεται η φροντίδα μητρότητας στο δημόσιο νοσοκομείο.

*« κάθε φορά σε βλέπει διαφορετικός γιατρός και κάθε φορά αναγκάζεσαι να λες τα ίδια και τα ίδια και δεν έχεις τη σημασία που θέλεις. Επίσης αν έχεις πρόβλημα θα πας πρώτες βοήθειες μετά θα σε αξιολογήσουν οι μαιές και στο τέλος θα έρθει αν χρειαστεί ο γιατρός» Χρίστια 7*

*«ότι περιμένεις πολλές ώρες, ότι οι γιατροί δεν έρχονται έγκαιρα στα γραφεία τους.....να φανταστείς όταν έπαιρνα άδεια από τη δουλειά μου και πήγαινα πρωί καθυστερούσα αλλά μετά πήγαινα προς το μεσημέρι και ήταν καλύτερα. Ναι χρειάζεται το δημόσιο νοσοκομείο να διορθωθεί οργανωτικά». Κική 27*



Η γραφειοκρατία είναι ένα μεγάλο πρόβλημα των δημόσιων νοσοκομείων και είχε εντοπιστεί σε πολλές αφηγήσεις. Ακολουθεί μια χαρακτηριστική αφήγηση:

*«Μια επίσκεψη που είχα κάνει με μια φίλη μου ήταν .....πηγαίναμε στο ένα παράθυρο στο άλλο παράθυρο μετά πήγαίνες στο γιατρό»* Ανθούλα 17

Μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχουσών φαίνεται ο αγώνας τους για εντοπισμό κατάλληλης φροντίδας στο τοκετό τους. Στην προσπάθεια τους όμως να εντοπίσουν φροντίδα που θα ικανοποιούσε τις ανάγκες τους επισκέπτονταν ταυτόχρονα το δημόσιο και το ιδιωτικό νοσοκομείο και έκαναν αναφορές σχετικά με τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους. Μερικές συμμετέχουσες, είχαν διατυπώσει την άποψη ότι η Κύπρος αν και βρίσκεται στην Ευρώπη, οι γυναίκες δεν έχουν τα ίδια δικαιώματα με γυναίκες άλλων χωρών. Οι δηλώσεις των συμμετεχουσών για τη διασφάλιση του δικαιώματος της κάθε γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού ήταν πολύ χρήσιμες.

#### Υπόθεμα 2: Δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού

Η διασφάλιση των δικαιωμάτων της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο παροχής φροντίδας μητρότητας. Μέσα από τις συνεντεύξεις γίνεται έκδηλη η δυσαρέσκεια, η απογοήτευση, η αγανάκτηση των συμμετεχουσών σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας. Αυτά τα συναισθήματα οδήγησαν πολλές γυναίκες να μιλούν με θλιμμένο ύφος και μερικές από αυτές να μιλούν απαξιωτικά για το σύστημα υγείας της Κύπρου:

*«Δεν με πειράζει ότι θέλουν ας κάνουν»* Βίκυ 2

Μερικές συμμετέχουσες διαφωνούσαν με την παρούσα κατάσταση και είχαν κάνει σχετικές εισηγήσεις, οι οποίες με την εφαρμογή τους θα είχαν την δυνατότητα να συμβάλλουν στην προώθηση των δικαιωμάτων τους και στη βελτίωση της φροντίδας τους.

*«Θα ήθελα να δημιουργηθούν ειδικά δικαιώματα για τον τοκετό γενικά. Έτσι θα υπάρχει έλεγχος, να μην κάνουν ότι θέλουν οι νοσοκόμες και οι γιατροί, μακάρι να γίνει κάτι»* Μαρίνα 4

Μια γυναίκα που είχε ζήσει στην Αμερική είχε παρουσιάσει με μια ξεχωριστή περιγραφή τις απόψεις της για την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας στην Κύπρο:

« Σχετικά με τα δικαιώματα της γυναίκας στο τοκετό, τα έχω τυπώσει διότι ψάχνω το καλύτερο, ήθελα να έχω ένα τοκετό όπως τον ήθελα εγώ και όχι οι άλλοι. Στην Κύπρο όμως έχω προσέξει ότι οι γιατροί είναι όπως τους θεούς. Αυτά τα δικαιώματα θα ήταν χρήσιμο να μεταφραστούν και στα ελληνικά. Ναι να πηγαίνουμε και στο δικαστήριο αν καταπατούνται. Πρέπει να γίνει κάτι το ότι είμαστε μητέρες και έχουμε πολλές δουλειές αυτό μας αποδυναμώνει» Νόνα 5

Η συσχέτιση μεταξύ του φύλου, της ενδυνάμωσης και της διασφάλισης των δικαιωμάτων της γυναίκας στο τοκετό αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των συμμετεχουσών. Μερικές είχαν εισηγηθεί ότι θα πρέπει να βρούν τρόπους να βοηθήσουν τους εαυτούς τους διότι ως γυναίκες της Κύπρου είναι επιφορτισμένες με πολλές οικογενειακές ευθύνες. Οι πολλές ευθύνες δεν τους επιτρέπουν να αγωνίζονται για παροχή ποιοτικότερης φροντίδας και είχαν διατυπώσει την άποψη ότι τα δικαιώματα δεν είναι χρήσιμα αν είναι θεσμοθετημένα αλλά δεν είναι διασφαλισμένα.

*« Τα δικαιώματα να εφαρμόζονται, όχι μόνο να υπάρχουν γραμμένα. Να βελτιωθεί ο τρόπος που δουλεύουν τα νοσοκομεία »* Πάολα 6

Παράλληλα, η χρησιμοποίηση των δικαιωμάτων ως μοχλό πίεσης για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας και ως τρόπος προφύλαξης των γυναικών από άσχημες συμπεριφορές σχολιάστηκε από πολλές συμμετέχουσες. Μερικές από αυτές είχαν σχολιάσει έντονα τις συνθήκες που επικρατούν στα δημόσια νοσοκομεία και στην Κυπριακή κοινωνία.

*« Στα δημόσια νοσοκομεία αν τους πεις κάτι θα σου φωνάζουν δεν τους ενδιαφέρει. Γιατί στην Κύπρο κανένας δεν τιμωρείται. Φυσικά θα ήταν χρήσιμο να τα γνωρίζουμε .... αυτά τα δικαιώματα.»* Πινιώ10

Πολλές συμμετέχουσες είχαν αναφέρει ότι οι γυναίκες της Κύπρου δεν γνωρίζουν γενικά τα δικαιώματα τους και είχαν δηλώσει ότι θα ήταν χρήσιμη η προαγωγή των δικαιωμάτων των γυναικών στο σύνολο τους. Μερικές

συμμετέχουσες είχαν εισηγηθεί να γίνει εντατική προσπάθεια για ενημέρωση ιδιαίτερα σε γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο για να ενδυναμωθούν.

*«Είναι πολύ καλό και το χρειάζονται οι γυναίκες ιδιαίτερα εκείνες που δεν είναι πολύ μορφωμένες. Να γίνει είναι καλό» Βάσω 32.*

Η επισήμανση των γυναικών για το μορφωτικό επίπεδο και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των γυναικών είναι συνυφασμένη με τη θεωρία του Φουκώ που είχε τονίσει ότι η γνώση είναι δύναμη. Αυτή η διαπίστωση ενισχύεται από την επόμενη αφήγηση που εξηγεί και πάλι ότι ιδιαίτερα τα άτομα που δεν έχουν την σωστή μόρφωση πρέπει να προστατεύονται με ειδικές νομοθεσίες.

*«Τα δικαιώματα της γυναίκας στο τοκετό ούτε εγώ τα ξέρω και εντάξει μπορώ να σκεφτώ ποία μπορεί να είναι. Θεωρώ ότι κάθε γυναίκα θα πρέπει να τα ξέρει φυσικά για τις κοπέλες τις αμόρφωτες είναι πολύ χρήσιμα διότι δεν οι ίδιες δεν μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους» Χρύσω 35.*

Μερικές συμμετέχουσες είχαν αναφέρει ότι θα ήθελαν να χρησιμοποιήσουν αυτά τα δικαιώματα για να διορθώσουν τις συνθήκες που επικρατούν στα νοσοκομεία και να αναγκάσουν τους επαγγελματίες υγείας να τους συμπεριφέρονται με επαγγελματισμό:

*«Είναι πολύ καλό διότι πολλές φορές αφήνουμε τους γιατρούς και τις νοσοκόμες να μας κάνουν ότι θέλουν. ....» Νίκη 33.*

Μερικές συμμετέχουσες είχαν επισημάνει την αγανάκτηση τους από την επιλογή τους για τον τόπο τοκετού τους και είχαν διερωτηθεί αν η φροντίδα τους θα ήταν καλύτερη αν υπήρχαν θεσμοθετημένα ειδικά δικαιώματα για τη γυναίκα στο τοκετό.

*«Είναι πολύ τραυματική εμπειρία το γεγονός ότι την ώρα που γεννάς ανοίγει η πόρτα έρχεται μια νοσηλεύτρια, μετά ένας γιατρός, μετά άλλη νοσηλεύτρια. Δεν μπορώ να σας περιγράψω αλλά ... Είναι πολύ κακό, εγώ τόσο πολύ επηρεάστηκα που δεν πήγαινα σε γυναικολόγο αλλά τελικά πήγα διότι είχα μείνει έγκυος» Μαριλένα 36*

Άλλες συμμετέχουσες είχαν δηλώσει ότι οι πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας δεν είναι διεκδικητικοί και δεν γνωρίζουν τη νομοθεσία.

Συγκεκριμένα, είχαν εξηγήσει ότι πολλοί πολίτες δέχονται παθητικά την παραβίαση των δικαιωμάτων τους. Ακολουθεί σχετική δήλωση:

*«Γενικά στην Κύπρο δεν γνωρίζουμε τα δικαιώματά μας, συνήθως τα γνωρίζουμε όταν θα έχουμε πρόβλημα αλλά αυτό είναι γενικό κακό δεν είναι μόνο στον τοκετό και σαν απλοί καταναλωτές έτσι συμπεριφερόμαστε δυστυχώς.»* Στέλλα 14 .

Μια άλλη επισήμανση ήταν ότι η προαγωγή των δικαιωμάτων θα ήταν χρήσιμο να γίνει άμεσα διότι έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει τις εμπειρίες των γυναικών από τον τοκετό τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι μερικές συμμετέχουσες είχαν εκφράσει την ανησυχία τους για την υπάρχουσα κατάσταση διότι λέγονται πολλά από τις αρμόδιες αρχές και γίνονται λίγα.

*« Επίσης αυτά τα οποία είπαμε να μην μείνουν μόνο λόγια να γίνουν πράξη να βοηθηθεί η γυναίκα να έχει καλή εμπειρία τοκετού και να κάνει περισσότερα παιδιά»*  
Φίλια 11

Μερικές συμμετέχουσες είχαν διατυπώσει την άποψη ότι η διασφάλιση των δικαιωμάτων τους είναι ένας τρόπος να βελτιώσουν οι επαγγελματίες υγείας την επικοινωνία τους και την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας.

*«Είναι καλά να θεσμοθετηθούν ειδικά δικαιώματα στον τοκετό για να προστατευόμαστε. Δεν πρέπει να πιέζουμε τους άλλους δεν γίνεται είναι κουραστικό. Στις διαλέξεις για προετοιμασία τοκετού, οι ομιλήτριες ήταν πολύ κουραστικές διότι προσπαθούσαν να επιβάλλουν την άποψη τους. Το σωστό είναι να εξηγήσεις και να αφήσεις την γυναίκα να επιλέξει »* Λένα 20

Η έλλειψη σεβασμού είχε εντοπιστεί σε μερικές συνεντεύξεις και οι συμμετέχουσες είχαν σχολιάσει ότι αν η γυναίκα βιώσει τον τοκετό της ως άσχημη εμπειρία θα έχει μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στη δική της υγεία και της οικογένειάς της.

*«Οι γυναίκες στη Κύπρο δεν γνωρίζουν τίποτε, αν μια γυναίκα θέλει να γεννήσει όπως αυτή θέλει, κανένας δεν το σέβεται και είναι πολύ κακό διότι αυτό επηρεάζει τα πάντα μπορεί να σε οδηγήσει σε κατάθλιψη, αλλοιώνει τη σχέση σου με τον άντρα σου...»* Ελισάβετ 31.

Μια συμμετέχουσα είχε δηλώσει ότι πολλές γυναίκες αν και έχουν παράπονο από την παρεχόμενη φροντίδα δεν προβαίνουν σε καμιά καταγγελία διότι φοβούνται τις συνέπειες. Μερικές εισηγήθηκαν ότι για αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου χρειάζεται καλύτερος έλεγχος από τις αρμόδιες αρχές.

*«Αν προσπαθήσεις και ρωτήσεις τις γυναίκες για την εμπειρία τους στο τοκετό κάθε οκτώ γυναίκες η μία θα έχει παράπονο..... τις έχω ακούσει όταν πήγαινα στο γιατρό και περίμενα. Η έγκυος είναι..... ευάλωτη ....ευαίσθητη και πάλι δεν της (Οι επαγγελματίες υγείας) συμπεριφέρονται σωστά. Χρειάζεται έλεγχος, να γίνει αλλαγή»* Χάρης 39

Μερικές γυναίκες διερωτήθηκαν αν γίνεται επί σκοπού η απόκρυψη των δικαιωμάτων τους για να μην τα γνωρίσουν οι γυναίκες και να μην προάγονται.

*«Δεν τα ξέρω αλλά αρκετά πράγματα τα κρύβουν γιατί δεν τους συμφέρει να τα ξέρει ο κόσμος αυτή είναι η αλήθεια και μακάρι να γίνει κάτι... να μπορείς να τους μιλήσεις να τους ρωτήσεις να μην φοβάσαι.»* Αντωνία 41

Καταληκτικά, οι περισσότερες συμμετέχουσες είχαν ζητήσει τη θεσμοθέτηση δικαιωμάτων για την γυναίκα κατά την εγκυμούνη και τοκετό. Υπήρχαν και συμμετέχουσες που εισηγήθηκαν ότι αυτό που χρειάζεται η φροντίδα μητρότητας στην Κύπρο είναι να γίνει πιο φιλική προς την γυναίκα και την οικογένεια. Τα δικαιώματα είναι χρήσιμα για την ενδυνάμωση της γυναίκας να διεκδικήσει βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

## **7.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΟΜΑΔΑ ΕΣΤΙΑΣΗΣ 1**

Μετά την καταγραφή των κεντρικών θεμάτων και υποθεμάτων, η ερευνητική ομάδα είχε εντοπίσει ότι η διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή τύπου τοκετού ήταν πολύπλοκη διαδικασία για τις συμμετέχουσες. Προγραμματίστηκε λοιπόν όπως έχει προαναφερθεί να συνεχίσει η μελέτη με ομάδες εστίασης για εντοπισμό περισσότερων δεδομένων με τη βοήθεια της

αλληλεπίδρασης. Στην 1<sup>η</sup> ομάδα, συμμετείχαν γυναίκες που είχαν δώσει και ατομική συνέντευξη και γνώριζαν για τους στόχους της μελέτης. Η ερευνήτρια τους είχε κοινοποιήσει τα θέματα που εντοπίστηκαν και ζήτησε την άποψη τους. Οι συμμετέχουσες είχαν συμφωνήσει με τη δημιουργία των θεμάτων και είχαν τονίσει ότι χρειάζεται βελτίωση ο τρόπος που παρέχεται η φροντίδα μητρότητας στη Κύπρο. Συγκεκριμένα, είχαν αναφερθεί στην έλλειψη αντικειμενικής ενημέρωσης και στην ταλαιπωρία της Κύπριας γυναίκας για να επιλέξει τον τόπο τοκετού της. Είχαν όμως συμπληρώσει περισσότερες εμπειρίες σχετικά με τον τρόπο που παρέχεται η φροντίδα μητρότητας στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο και επικεντρώθηκαν περισσότερο στη συμπεριφορά των μαιών και των μαιευτήρων. Αυτά τα στοιχεία όμως δεν τροποποίησαν τα θέματα αλλά ενίσχυσαν την αληθοφάνεια των ευρημάτων.

Σημαντικά ευρήματα είχαν εντοπιστεί και στην 2<sup>η</sup> ομάδα εστίασης.

### 7.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΟΜΑΔΑ ΕΣΤΙΑΣΗΣ 2

**Πίνακας 10 : Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά των γυναικών από την ομάδα εστίασης 2**

	Δημόσιο Νοσοκομείο n=3	Ιδιωτικό Νοσοκομείο n=4	Ολικό n=7
Ηλικία ( Χρόνια)			
18-26	1	1	2
27-31	1	1	2
32-36	-	1	1
37 και άνω	1	1	2
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένη Άγαμη	3	4	7

Διαζευγμένη			
Τόκος			
1	2	3	3
2-3	1	1	3
4-5			1
6 και άνω			
Είδος τοκετού			
Φυσιολογικός	2	2	4
Καισαρική τομή	1	2	3
Άλλο			
Παρών/ουσα στο τοκετό			
Σύντροφος	3	3	6
Μητέρα		2	2
Φίλη		1	1
Άλλο			

Ακολουθεί η παρουσίαση και η ανάλυση των βασικότερων θεμάτων που αναδύθηκαν από την ομάδα εστίασης 2, τα οποία είχαν εστιαστεί στην ενημερωμένη επιλογή, στους παράγοντες που είχαν επηρεάσει την επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού και στη διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή τόπου τοκετού. Σχετικά με την ενημέρωση για επιλογή τόπου τοκετού σχολιάστηκε έντονα η απουσία επίσημης ενημέρωσης για τους υφιστάμενους τόπους τοκετού. Βασική τους εισηγήση ήταν να υπάρχει περισσότερη διαφάνεια και να έχουν πρόσβαση σε στοιχεία για το κάθε νοσοκομείο σχετικά με το ποσοστό των καισαρικών επεμβάσεων αλλά και των μεταφορών γυναικών και νεογνών σε τμήματα εντατικής νοσηλείας. Η συζήτηση για την ελλιπή πληροφόρηση και μερικές φορές παραπληροφόρηση ήταν έντονη και είχε επισημανθεί από πολλές συμμετέχουσες. Τα επικρατέστερα θέματα της συζήτησης ήταν η σχέση της γυναίκας με τους επαγγελματίες υγείας, η συνεχιζόμενη φροντίδα και η ασφάλεια μητέρας και νεογνού. Σημαντικό ρόλο για την επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού είχε διαδραματίσει η γνωριμία μερικών γυναικών με το γυναικολόγο τους, τον οποίο μετά επέλεξε και για μαιευτήρα τους. Οι συμμετέχουσες είχαν συμφωνήσει μεταξύ τους ότι οι μαιές δεν είχαν διαδραματίσει ρόλο στην επιλογή τους για τόπο τοκετού. Μερικές προσπάθησαν να εξηγήσουν ότι στο εξωτερικό οι

μαίες είναι πιο δυναμικές και παρέχουν επιλογές στις γυναίκες και για τοκετό εκτός νοσοκομείου.

Όμως, σχεδόν όλες οι συμμετέχουσες απέρριψαν τη δημιουργία υποστηρικτικής υποδομής για τοκετό στο σπίτι και είχε σχολιαστεί έντονα ότι αν η γυναίκα γεννήσει στο σπίτι της, θα είναι επικίνδυνο αλλά και πολύ δύσκολο από τις επισκέψεις των συγγενών και των φίλων της. Αυτή η επισήμανση σχολιάστηκε ότι πηγάζει από το πως η κυπριακή κοινωνία αντιμετωπίζει καινούργιες συνήθειες. Βασική διαπίστωση ήταν ο τοκετός στο σπίτι είναι ακραίο φαινόμενο για την Κύπρο διότι η γυναίκα θα κάνει κάτι διαφορετικό και θα την επισκέπτονται όλοι οι συγγενείς και οι φίλοι της για να μοιραστούν μαζί της την χαρά της αλλά παράλληλα, θα δημιουργείται μεγάλη αναστάτωση για την ίδια και το νεογνό.

Η δημιουργία κέντρου τοκετού δήλωσαν ότι θα τις ενδιέφερε αλλά είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι αυτό που χρειάζεται άμεσα ήταν να διορθωθούν οι συνθήκες στις υφιστάμενες δομές. Μερικές γυναίκες είχαν σχολιάσει με έντονα συναισθήματα και με παραδείγματα τη κακή συμπεριφορά μερικών μαιών και μαιευτήρων και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα συγκεκριμένα άτομα δεν θα έπρεπε να βρίσκονται σε αυτές τις θέσεις. Συνεχίζοντας είχαν συμφωνήσει ότι στην Κύπρο λόγω της άνισης μεταχείρισης στα δημόσια νοσοκομεία δεν υπάρχει δικαιοσύνη. Η άνιση μεταχείριση είχε συνδυαστεί με τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους και είχαν αναφέρει ότι η δημιουργία ειδικών δικαιωμάτων για την περιγεννητική φροντίδα θα προκαλέσει ευαισθητοποιήσει στην κρατική μηχανή και στον ιδιωτικό τομέα. Συγκεκριμένα, είχαν αναφέρει ότι αν στο δημόσιο τομέα η γυναίκα γνωρίζει κάποιο που εργάζεται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα αφενός με την γραφειοκρατία και αφετέρου με τη συμπεριφορά του προσωπικού. Διερωτήθηκαν γιατί η συμπεριφορά και η εξυπηρέτηση να μην είναι πάντοτε η ίδια και γιατί οι ίδιες να δέχονται αυτή την κατάσταση. Σχετικά με τη διασφάλιση του δικαιώματος επιλογής τόπου τοκετού είχαν αναφέρει ότι τα δικαιώματα των πολιτών γενικά στην Κύπρο παραβιάζονται. Μερικές είχαν αναφέρει ότι οι πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας δεν είναι διεκδικητικοί αλλά παθητικοί.



## **8 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

### **8.1 Εισαγωγή**

Τα συστήματα υγείας πολλών ανεπτυγμένων χωρών υποκινούμενα από τη διεκδικητικότητα των πολιτών τους, έχουν διαμορφώσει την παρεχόμενη φροντίδα υγείας να είναι ατομοκεντρική, δίκαιη και εκσυγχρονισμένη (Mc Allister, 2008). Τα δικαιώματα της γυναίκας στο τοκετό σε αυτές τις χώρες είναι θεσμοθετημένα και τα περισσότερα διασφαλίζονται. Ο βασικός λόγος της δημιουργίας αυτών των δικαιωμάτων ήταν η βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας και η υλοποίηση των στόχων των συστημάτων υγείας για παροχή ποιοτικής, δίκαιης και εκσυγχρονισμένης φροντίδας μητρότητας (Jomeen, 2009, Hatem et al, 2008).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έχουν καταδείξει ότι η παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας στη Κύπρο δεν είναι δίκαιη και εκσυγχρονισμένη διότι δεν υπάρχει προσβασιμότητα σε όλες τις επιλογές τόπου τοκετού. Το δικαίωμα για επιλογή τόπου τοκετού αν και έχει τεκμηριωθεί ως θεμελιώδης παράγοντας για την έκβαση του τοκετού και το βίωμα της γυναίκας από τον τοκετό της, δεν διασφαλίζεται. Οι γυναίκες της Κύπρου αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια στην προσπάθεια τους να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους, με βασικότερο την ελλιπή ενημέρωση και την μη επίτευξη ενημερωμένης επιλογής.

### **8.2 Ενημερωμένη επιλογή τόπου τοκετού**

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα πραγματεύεται την ενημέρωση που δέχονται οι γυναίκες για να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους και έχει διαφανεί ότι η γυναίκα δέχεται ελλιπή ενημέρωση και μερικές φορές παραπληροφόρηση. Οι πληροφορίες και ο τρόπος ενημέρωσης των γυναικών για να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους, δεν ήταν βοηθητικός και είχε ως αποτέλεσμα η επιλογή τους να γίνεται τυχαία και όχι ορθολογιστικά. Οι αφηγήσεις των συμμετεχουσών έχουν καταδείξει ότι επειδή γνώριζαν ότι η ενημέρωση έχει βαρύνουσα σημασία για την σωστή λήψη απόφασης, προσπάθησαν να εντοπίσουν σωστή και πλήρη ενημέρωση αλλά αυτό ήταν αδύνατο. Στη πραγματικότητα είχαν συναντήσει πολλές δυσκολίες να εντοπίσουν πληροφορίες για τους τόπους τοκετού και αυτές μερικές φορές ήταν υποκειμενικές και λανθασμένες. Οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι επειδή δεν είχαν την πληροφόρηση που επιθυμούσαν, προσπαθούσαν να συγκεντρώσουν πληροφορίες από τους συγγενείς τους ή τους φίλους τους. Μερικές γυναίκες αναγνωρίζοντας την κρισιμότητα της επιλογής τους έψαχνα να βρουν επίσημα στοιχεία σχετικά με τις επιλογές τους για τόπο τοκετού. Μετά από προσπάθεια είχαν διαπιστώσει ότι στην Κύπρο δεν υπήρχαν τα στοιχεία που ζητούσαν και ότι οι επιλογές τους ήταν περιορισμένες μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου νοσοκομείου μόνο.

Ως εκ τούτου, πολλές συμμετέχουσες ένοιωσαν απογοήτευση όταν συνειδητοποίησαν ότι δεν είχαν τις επιλογές άλλων χωρών και θα έπρεπε αν έμεναν στη Κύπρο να επιλέξουν ανάμεσα στα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία. Έτσι, προσπάθησαν να εντοπίσουν σχετικά ενημερωτικά ή στατιστικά στοιχεία για να επιλέξουν από τους υφιστάμενους τόπους τοκετού αλλά πάλι δεν έγινε κατορθωτό διότι δεν είχαν εντοπίσει επίσημη ενημέρωση. Αξίζει να σημειωθεί, η επισήμανση μερικών συμμετεχουσών ότι για πλήρη πληροφόρηση θα ήταν χρήσιμο τα νοσοκομεία να δημοσιεύουν στοιχεία για τα προσόντα των γιατρών, τις μεταφορές των νεογνών στην εντατική νεογνών και τα ποσοστά καισαρικών τομών. Αυτή η εισήγηση, πηγάζει από το γεγονός ότι μερικές συμμετέχουσες είχαν ζήσει στην Αμερική όπου έχει καθιερωθεί ότι όλα τα νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να δημοσιεύουν στατιστικά στοιχεία, τα οποία να περιγράφουν δείκτες όπως της μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας του κάθε

νοσοκομείου. Οι δείκτες αυτοί είναι χρήσιμοι για τους καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας διότι τους παρέχει την δυνατότητα για σωστή επιλογή. Επιπρόσθετα, υπάρχουν δημοσιευμένα τα στοιχεία του κάθε επαγγελματία υγείας και ειδικός χώρος για να καταγράφονται εισηγήσεις και παράπονα (Mc Allister, 2008).

Στην ιστορική αναδρομή της σύγχρονης φροντίδας μητρότητας στη Κύπρο έχει αναφερθεί ότι υπάρχουν δημοσιευμένα αξιόπιστα στοιχεία για τον δημόσιο τομέα αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία για τον ιδιωτικό τομέα. Τα στοιχεία αυτά είναι δημοσιευμένα στην ιστοσελίδα EUROSTAT και συγκεντρώνονται από τη στατιστική υπηρεσία Κύπρου. Σε αυτή την ιστοσελίδα ο κάθε πολίτης μπορεί να εντοπίσει στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά των φυσιολογικών και των επεμβατικών τοκετών μόνο του δημόσιου τομέα. Οξύμωρο είναι ότι για τον ιδιωτικό τομέα δεν υπάρχουν στοιχεία δημοσιευμένα αλλά όταν το 2009 είχε συζητηθεί έντονα το πρόβλημα της γυναίκας που είχε κατηγορήσει το μαιευτήρα της ότι την είχε ξεγελάσει στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, είχαν δημοσιευτεί στο τύπο τα ποσοστά των καισαρικών τομών όλων των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών. Αυτό δημιουργεί έντονο προβληματισμό αλλά και συνηγορεί στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης που έχει εντοπίσει ότι οι γυναίκες είχαν περιορισμένες πληροφορίες. Δικαιολογημένα λοιπόν, η κύρια πηγή ενημέρωσης των γυναικών ήταν τα συγγενικά τους άτομα όπως μητέρα, αδελφή, ξαδέλφη και οι φίλες τους.

Ο σύζυγος αναφέρθηκε από πολλές συμμετέχουσες ότι δεν επηρέασε την επιλογή τους αλλά τις ενδιέφερε η άποψη του συζύγου τους. Οι περισσότερες είχαν δηλώσει ότι η απόφαση για τον τόπο τοκετού τους ήταν δική τους και ο σύζυγος τους απλώς συμφώνησε. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με τα ευρήματα της Visianien (2001) και των Madi and Crow (2003) που είχαν διαπιστώσει στις δικές τους έρευνες ότι οι σύζυγοι συνήθως δεν επηρεάζουν άμεσα την απόφαση της συζύγου τους για το που θα γεννήσει το παιδί τους.

Η ενημέρωση της γυναίκας για τους τόπους τοκετού από τα άλλα μέλη της οικογένειας όπως μητέρα, αδελφή, ξαδέλφη και πεθερά δεν έχουν εντοπιστεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Αυτό το εύρημα καταδεικνύει την ιδιαιτερότητα της κυπριακής κουλτούρας όπου εξακολουθούν να υπάρχουν στενοί δεσμοί μεταξύ των

μελών της οικογένειας. Ο Περιστιάνης και άλλοι (2004) είχαν αναφερθεί στη κυπριακή κουλτούρα και είχαν τεκμηριώσει τους στενούς δεσμούς που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη της Κυπριακής οικογένειας. Οι δεσμοί αυτοί επηρεάζουν τις επικοινωνιακές σχέσεις ιδιαίτερα μεταξύ γονιών - παιδιών και παρουσιάζονται ως πολύ σημαντικοί διότι επηρεάζουν άμεσα τις επιλογές των παιδιών τους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν αναφέρονται ως πηγή ενημέρωσης για επιλογή τόπου τοκετού διότι το σύστημα υγείας της Κύπρου έχει διαφορετικό τρόπο οργάνωσης. Σε μερικές χώρες οι γυναίκες έχουν την δυνατότητα διαλογής δηλαδή επισκέπτονται το νοσοκομείο ή το κέντρο τοκετού και οι επαγγελματίες υγείας, εξηγούν στη γυναίκα ανάλογα αν είναι χαμηλού ή υψηλού κινδύνου τις επιλογές τόπου τοκετού που έχει. Στην Κύπρο η γυναίκα δεν έχει την ευκαιρία να επισκεφθεί ένα χώρο, για να αξιολογηθεί αν έχει χαμηλού κινδύνου κύηση και παράλληλα να ενημερωθεί για τις επιλογές τόπου τοκετού που υπάρχουν. Η γυναίκα για να έχει επαφή με τον επαγγελματία υγείας, θα πρέπει να επισκεφθεί το συγκεκριμένο νοσοκομείο που εργάζεται, να έχει προσωπική επικοινωνία μαζί του και αυτό δηλώνει ότι έχει αποφασίσει για τον τόπο που θα γεννήσει το παιδί της.

Αυξημένο, ερευνητικό ενδιαφέρον έχει προκαλέσει το γεγονός ότι οι συμμετέχουσες είχαν επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες και είχαν βιώσει έντονα συναισθήματα μέχρι να αποφασίσουν για τον τόπο που θα γεννήσουν το παιδί τους.

### **8.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την γυναίκα να επιλέξει τον τόπο τοκετού της**

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τόπο τοκετού της έχουν άμεση συσχέτιση. Η μη ενημερωμένη επιλογή σχετίζεται με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας, με την εξουσία και το οικονομικό. Όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζονται από τη πολιτική φροντίδας μητρότητας που διαμορφώνεται από το σύστημα υγείας της χώρας. Στη Κύπρο η μεταφορά όλων των τοκετών στο νοσοκομείο και τα αυξημένα ποσοστά επεμβατικών τοκετών

καταδεικνύουν ότι έχει δοθεί εξουσία στους επαγγελματίες υγείας και έχει δημιουργηθεί κουλτούρα ιατροκοποίησης. Η κουλτούρα ιατροκοποίησης είναι έκδηλη και στις αναφορές μερικών γυναικών ότι δεν χρειάζονται πολλές πληροφορίες για τους τόπους τοκετού διότι η επιθυμία τους ήταν να γεννήσουν με καισαρική τομή. Ο καλός ο μαιευτήρας σύμφωνα με μια συμμετέχουσα είναι αυτός που υλοποιεί την επιθυμία της κάθε γυναίκας που επιθυμεί να γεννήσει με καισαρική τομή χωρίς δυσκολία. Επιπρόσθετα, η ίδια γυναίκα είχε αναφέρει ότι ο λόγος που επέλεξε την καισαρική τομή ήταν ότι θεωρείται ο πιο ασφαλισμένος τρόπος γέννησης ενός παιδιού. Η άποψη της βασίστηκε στο γεγονός ότι η μητέρα της, την είχε γεννήσει με καισαρική τομή και ότι πολλές γυναίκες του περιβάλλοντος της είχαν γεννήσει με καισαρική τομή. Η εκπλήρωση της επιθυμίας της γυναίκας για καισαρική τομή, φαίνεται ότι γίνεται με σχετική ευκολία στον ιδιωτικό τομέα διότι και μια άλλη συμμετέχουσα είχε αναφέρει ότι το μόνο που χρειάζεται η γυναίκα όταν μείνει έγκυος είναι ένα καλό ιδιωτικό νοσοκομείο που θα εκτελέσει τις επιθυμίες της.

Περαιτέρω, ερευνητικό ενδιαφέρον έχει προκαλέσει η αναφορά των συμμετεχουσών ότι στο δημόσιο νοσοκομείο πηγαίνουν μόνο οι φτωχές και οι γιατροί δεν σέβονται τις επιθυμίες της γυναίκας και δεν υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα. Αυτή η διαπίστωση ενισχύεται με τις δηλώσεις άλλων γυναικών που είχαν επισκεφθεί το δημόσιο νοσοκομείο και σε κάθε επίσκεψη στην κλινική περιγεννητικής φροντίδας συναντούσαν διαφορετικό μαιευτήρα. Αυτή η παράμετρος προκαλούσε έντονη δυσαρέσκεια στις γυναίκες και το αποτέλεσμα ήταν μερικές από αυτές να επισκέπτονται ταυτόχρονα μαιευτήρα σε ιδιωτικό και σε δημόσιο νοσοκομείο.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα της μη συνεχιζόμενης φροντίδας ήταν η ταλαιπωρία της γυναίκας κάθε φορά που συναντούσε καινούργιο μαιευτήρα. Μερικές φορές είχε παρατηρηθεί το φαινόμενο ο ένας μαιευτήρας να μην συμφωνεί με τους χειρισμούς των συνδέλων του με αποτέλεσμα οι γυναίκες να υποβάλλονται σε καινούργιες εξετάσεις χωρίς να υπάρχει σαφής εξήγηση. Αυτή η αντιμετώπιση των γυναικών από τους μαιευτήρες, είναι μοναδικό εύρημα και δεν αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Αντίθετα, σημαντικό εύρημα των διεθνών

μελετών αλλά και της παρούσας είναι ότι η σαφής πληροφόρηση είναι σημαντική παράμετρος για να επιλέξει η γυναίκα τον τόπο τοκετού της αλλά εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η σχέση των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας.

Αυτά τα ευρήματα συνηγορούν με τα ευρήματα της μελέτης των OCathian et al (2002) όπου οι γυναίκες δήλωσαν ότι η προσωπική επαφή και η σχέση εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας ( μαιευτήρων, μαιών και μαιευτών) είναι πολύ σημαντική. Καταλυτικό ρόλο λοιπόν διαδραματίζει ο τρόπος που παρέχεται η φροντίδα μητρότητας, η ενημέρωση και στάση των επαγγελματιών υγείας. Για την ενημέρωση και την στάση των επαγγελματιών υγείας αναφέρθηκαν οι Barber et al (2006), οι οποίοι είχαν εντοπίσει ότι οι μαιευτήρες και οι μαιές δεν ενημέρωναν τις γυναίκες για τοκετό εκτός νοσοκομείου. Επίσης, μερικές μαιές αν και θα έπρεπε να ενημερώνουν τις γυναίκες για όλες τις επιλογές τους, επί σκοπού δεν τους έδιναν πληροφορίες μέχρι να τις ρωτήσουν. Αυτή η στάση καταδεικνύει ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν στήριζαν την πολιτική φροντίδας μητρότητας της χώρας τους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε χώρες όπου η πολιτική φροντίδας μητρότητας δεν παρέχει υποστηρικτική υποδομή για τοκετό στο σπίτι, μερικές γυναίκες είχαν επιλέξει να γεννήσουν στο σπίτι τους. Η απόφαση τους είχε βασιστεί στο γεγονός ότι αφενός ένιωθαν περισσότερη ασφάλεια στο σπίτι τους και αφετέρου πίστευαν ότι ο τοκετός είναι φυσιολογική διαδικασία και σε προηγούμενη εμπειρία τους με τοκετό στο νοσοκομείο είχαν ένα ιατροκοιμημένο τοκετό (Sjoblom et al, 2006, Boucher et al, 2009). Η απόφαση τους να γεννήσουν μόνες τους στο σπίτι τους, αγνοώντας τους πιθανούς κινδύνους για τις ίδιες αλλά και για τα νεογνά τους δημιουργεί περισσότερο προβληματισμό. Το οξύμωρο είναι ότι αυτά τα αντιφατικά δεδομένα δεν βοηθούν στη χάραξη πολιτικής φροντίδας μητρότητας. Η υποστηρικτική δομή όμως, για τοκετό εκτός νοσοκομείου, στο σπίτι και στο κέντρο τοκετού, προϋποθέτει μεγάλη οικονομική επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού και αναμένεται να αξιολογείται εκ των προτέρων, η δημιουργία τους. Αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η επιλογή τόπου τοκετού είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική διαδικασία

Αυτό που έχουν ζητήσει οι περισσότερες συμμετέχουσες είναι να γεννήσουν σε ένα χώρο με ωραία χρώματα, ανάλογη επίπλωση και στελεχωμένο με επαγγελματίες υγείας που θα τους παρέχουν κατάλληλη φροντίδα σύμφωνα με τις ανάγκες τους, με κατανόηση και ενσυναίσθηση. Αυτός ο χώρος σύμφωνα με τη θεωρία της επικράτειας είναι το «Ιερό» όπου οι γυναίκες θα είναι το επικέντρο της φροντίδας και φροντίζονται σε ένα ωραίο φυσικό και ανθρώπινο περιβάλλον. Η χρησιμοποίηση της λέξης «Ιερό» παραπέμπει στην θρησκεία και βασικό στόχος των θρησκείων είναι η ενδυνάμωση του ανθρώπου και η ανάδειξη αξιών που θα έχουν ως επίκεντρο τον άνθρωπο. Το «Ιερό» σύμφωνα με τις Fahy and Parrat (2006) είναι ένα μέρος όπου μια μητέρα μπορεί να βιώσει τη μαγική στιγμή του τοκετού σε ένα περιβάλλον που ευνοεί ο τοκετός να εξελιχθεί φυσιολογικά με ηρεμία και σύμφωνα με τους όρους της γυναίκας. Για επίτευξη αυτού του στόχου η γυναίκα αναμένεται να περιβάλλεται από κατανόηση και ενσυναίσθηση από τους επαγγελματίες υγείας. Ο σεβασμός και η ενσυναίσθηση από τους επαγγελματίες υγείας αναφέρθηκαν από την πλειοψηφία των συμμετεχουσών ως βασικές συνιστώσες για να βιώσουν το τοκετό τους ως ευχάριστη εμπειρία. Ο σεβασμός και η ενσυναίσθηση υλοποιούνται αν βασικό μέλημα των επαγγελματιών υγείας είναι η συναισθηματική και η σωματική ευεξία των γυναικών και των βρεφών τους και όχι η διεξαγωγή συγκεκριμένων μαιευτικών παρεμβάσεων. Αυτή η προσέγγιση προϋποθέτει ότι οι επαγγελματίες υγείας θα βρίσκονται συνέχεια στο πλάι της κάθε γυναίκας κατά την διάρκεια του τοκετού της, θα της παρέχουν ολιστική φροντίδα θα την στηρίζουν συναισθηματικά και θα την ενθαρρύνουν να έχει αυτοέλεγχο και αυτοπεποίθηση.

Η παρούσα μελέτη έχει καταδείξει ότι η Κυπριακή πραγματικότητα είναι πολύ διαφορετική από τις επιθυμίες των γυναικών. Μερικές γυναίκες είχαν περιγράψει ότι ο τόπος που είχαν γεννήσει, τις είχε αποδυναμώσει, τις είχε γεμίσει με φόβο και αγωνία διότι ο χώρος αυτός έμοιαζε με χώρο χειρουργείο. Το χειρουργείο σύμφωνα με τη θεωρία της «Επικράτειας της Γέννησης» μπορεί να χαρακτηριστεί ως το «δωμάτιο επιτήρησης» όπου περιγράφεται ως ένας χώρος όπου η γυναίκα παρακολουθείται συνέχεια και αυτό την αποδυναμώνει. Το «δωμάτιο επιτήρησης» σχετίζεται άμεσα με την εξουσία και η εξουσία σχετίζεται

με την ιατρικοποίηση του τοκετού και την πειθαρχική δύναμη. Αυτά τα στοιχεία έχουν συνθέσει την κουλτούρα ιατρικοποίησης, η οποία καταγράφηκε ως βασικός παράγοντας στην απόφαση της γυναίκας να επιλέξει τον τόπο τοκετού της. Αυτό το εύρημα παρουσιάστηκε στην παρούσα μελέτη αλλά και σε πολλές μελέτες του εξωτερικού (Jomeen, 2006, Barber et al, 2006, Boucher et al, 2009).

Συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη μερικές γυναίκες στην προσπάθεια τους να αποφύγουν την ιατρικοποίηση είχαν επισκεφθεί διάφορα ιδιωτικά νοσοκομεία για να επιλέξουν το νοσοκομείο με αυξημένα ποσοστά φυσιολογικού τοκετού. Αυτό το εύρημα διαπιστώθηκε και σε μελέτες του εξωτερικού αλλά στις χώρες αυτές οι γυναίκες για να αποφύγουν την ιατρικοποίηση επέλεξαν να γεννήσουν στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού (Lock and Gibb, 2003, Mander and Melender, 2009). Στη Κύπρο όμως οι γυναίκες δεν έχουν αυτή την επιλογή και ίσως αυτή να είναι η γενεσιουργός αιτία των αυξημένων ποσοστών καισαρικών τομών. Η ιατρικοποίηση του τοκετού φαίνεται ότι έχει προκαλέσει έντονη ανησυχία, ανασφάλεια και απογοήτευση σε μερικές συμμετέχουσες.

Παράλληλα, υπήρχαν και συμμετέχουσες που ήταν ευχαριστημένες με την ιατρικοποίηση του τοκετού και επέλεξαν να γεννήσουν με καισαρική τομή. Αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν την ανάγκη για ατομοκεντρική προσέγγιση και τη διαμόρφωση πολιτικής φροντίδας μητρότητας που να στηρίζεται στις απόψεις και προτιμήσεις των γυναικών. Σύμφωνα με τις Barber et al (2006), Pitchford et al, (2009) η χρησιμότητα του εντοπισμού των απόψεων των γυναικών για χάραξη καινούργιας πολιτικής φροντίδας μητρότητας αποτελεί θεμελιωμένη ανάγκη.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα που μπορεί να καταγραφεί και ως μοναδικό είναι ότι οι περισσότερες γυναίκες που είχαν γεννήσει στο δημόσιο νοσοκομείο, συγκεκριμένα 9 από τις 16 γυναίκες (δηλαδή το 50% των γυναικών) δήλωσαν ότι αναγκάστηκαν να πηγαίνουν στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο ταυτόχρονα. Η εξήγηση που μπορεί να δοθεί για αυτή την συμπεριφορά των γυναικών είναι ότι ο κάθε τύπος τοκετού έχει τα δικά του πλεονεκτήματα. Περαιτέρω, οι γυναίκες είχαν εντοπίσει κενά στο σύστημα υγείας της Κύπρου με σημαντικότερη την αδυναμία του συστήματος να παρέχει προσβασιμότητα στις γυναίκες σε όλα τα νοσοκομεία, ιδιωτικά και δημόσια. Αυτό συμβαίνει διότι στον



ιδιωτικό τομέα οι γυναίκες πληρώνουν με προσωπικά τους λεφτά εκτός αν έχουν ασφάλεια υγείας. Αυτό το εύρημα είναι αντίθετο με τα ευρήματα άλλων μελετών από χώρες με διαφορετικά συστήματα υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Ηνωμένες Πολιτείες τα συστήματα υγείας παρέχουν στις γυναίκες προφορική, γραπτή ενημέρωση για τους τύπους τοκετού με στατιστικά στοιχεία (Edwards, 2005, Jomeen, 2006, Deglerk et al, 2006). Για τη συλλογή στατιστικών στοιχείων έχει δημιουργηθεί μηχανισμός από το σύστημα υγείας της κάθε χώρας, το οποίο αξιολογεί όλα τα στοιχεία που συλλέγονται από τις υπηρεσίες υγείας, τα ταξινομεί και τα δημοσιεύει. Στον ιστοχώρο που δημοσιεύονται τα συγκεκριμένα στοιχεία υπάρχει χώρος όπου δημοσιεύονται τα πλεονεκτήματα του κάθε τύπου τοκετού αλλά και χρήσιμες πληροφορίες για τη φροντίδα της γυναίκας και του νεογνού (OCathian et al, 2002, Lothian, 2009).

Στην Κύπρο δεν υπάρχουν αυτά τα στοιχεία αλλά οι πολίτες γνωρίζουν ότι το βασικό πλεονέκτημα του δημόσιου νοσοκομείου είναι το οικονομικό, η καλύτερη στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό και η Εντατική Μονάδα Νοσηλείας Νεογνών. Σχετικά με το οικονομικό, όπως έχει αναφερθεί στην περιγραφή του Συστήματος Υγείας της Κύπρου μια μερίδα πολιτών δεν πληρώνει. Μερικές συμμετέχουσες όμως αν και είχαν οικονομικά προβλήματα δεν είχαν επιλέξει να γεννήσουν στο δημόσιο νοσοκομείο διότι ήθελαν να έχουν φροντίδα σύμφωνα με τις προσωπικές τους ανάγκες. Βασική ανάγκη για τις περισσότερες ήταν η σχέση εμπιστοσύνης με τον επαγγελματία υγείας που θα τους παρείχε φροντίδα. Αυτή η διαπίστωση επαληθεύεται από το γεγονός ότι η πλειοψηφία των συμμετεχουσών αναφέρθηκε στον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η σχέση της γυναίκας με τους επαγγελματίες υγείας. Συγκεκριμένα αναφέρθηκαν στα προσωπικά τους βιώματα και είχε διαφανεί ότι η σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας είχε διαδραματίσει πρωτεύοντα ρόλο στην επιλογή τους. Μερικές γυναίκες δήλωσαν ότι η σχέση που είχαν αναπτύξει με τον ιδιώτη μαιευτήρα ήταν ουσιαστική, του είχαν εμπιστοσύνη, υπήρχε συνέχεια στη φροντίδα, είχαν ιδιωτικότητα και ένιωθαν περισσότερη ασφάλεια. Αυτό το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με τα ευρήματα των Kontoyianni and Katsetos (2009) που καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες

στην Ελλάδα προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα διότι έχουν σχέση εμπιστοσύνης με τον μαιευτήρα τους και νοιώθουν περισσότερη ασφάλεια.

Σχετικά με το δημόσιο νοσοκομείο, η σχέση της γυναίκας με τον μαιευτήρα χαρακτηρίστηκε ως απρόσωπη και η φροντίδα κατακερματισμένη. Πολλές συμμετέχουσες είχαν αναφέρει ότι το δημόσιο νοσοκομείο παρέχει περισσότερη ασφάλεια στη γυναίκα και στο νεογνό, αλλά είχαν παραπονεθεί ότι η φροντίδα τους ήταν απρόσωπη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να περιγραφεί η περίπτωση της γυναίκας η οποία είχε επισκεφθεί το δημόσιο νοσοκομείο για επιβεβαίωση των ευρημάτων του ιδιώτη μαιευτήρα, ο οποίος της είχε αναφέρει ότι υπήρχε ομφαλίδα γύρω από το λαιμό του παιδιού της. Ο μαιευτήρας στο δημόσιο νοσοκομείο όχι μόνο δεν την καθησύχασε, αλλά αντίθετα την γέμισε με περισσότερη ανησυχία διότι της είπε ότι ο υπερηχογράφος που θα χρησιμοποιούσε για να την εξετάσει ήταν χαλασμένος και πολλά μηχανήματα είναι χαλασμένα στα δημόσια νοσοκομεία.

Επιπρόσθετα, άλλες γυναίκες είχαν αναφέρει ότι μερικοί μαιευτήρες, του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα ήταν πολύ αυταρχικοί με αποτέλεσμα οι γυναίκες να νοιώθουν καταπίεση και απουσία ελέγχου στη φροντίδα τους. Αυτό το φαινόμενο περιγράφεται στη μελέτη των Fahy and Parrat (2006) με την οποία τεκμηριώθηκε ότι όταν η συμπεριφορά μερικών επαγγελματιών υγείας είναι συμπεριφορά εξουσίας δημιουργεί την πειθαρχική δύναμη, η οποία προκαλεί στις γυναίκες αίσθημα καταπίεσης και απουσίας ελέγχου. Η συμπεριφορά αυτών των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των μαιευτήρων εξηγείται με την θεωρία της Επικράτειας της Γέννησης, τις θεωρίες του Φουκώ και του πατερναλισμού. Σύμφωνα με τον Πατερναλισμό οι επαγγελματίες υγείας ισχυρίζονται ότι γνωρίζουν καλύτερα ποιό είναι το καλό για την γυναίκα, αποφασίζουν για αυτή χωρίς να της δίνουν τις απαραίτητες εξηγήσεις. Αυτό συμβαίνει σύμφωνα με τον Φουκώ και τη θεωρία της Επικράτειας της Γέννησης διότι υπάρχουν οι δυνατοί οι οποίοι δημιουργούν την πειθαρχική δύναμη και στην συγκεκριμένη περίπτωση οι δυνατοί και η πειθαρχική δύναμη προέρχεται από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτή η δύναμη δημιουργεί τα πειθήνια άτομα που στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι κάθε γυναίκα που δέχεται φροντίδα κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, χωρίς να

διεκδικεί να έχει έλεγχο στη φροντίδα της. Επιπλέον, η φουκωική θεωρία εξηγεί ότι στις δυτικές χώρες μερικοί άνθρωποι της εξουσίας δεν ασχολούνται με τις ανάγκες των ανθρώπων και την βελτίωση των ανθρώπινων σχέσεων αλλά με την απόκτηση και επίδειξη της εξουσίας. Αυτή την εξουσία μερικά συστήματα υγείας και ο ΠΟΥ προσπάθησαν να την αντισταθμίσουν με τη στήριξη του μαιευτικού μοντέλου (ΠΟΥ, 2008). Σύμφωνα, με τις Fahy and Parrat (2006) οι μαίες αναμένεται να λειτουργήσουν ως κηδεμόνες των γυναικών και να τις ενδυναμώσουν με την απαραίτητη γνώση να πιστέψουν στον εαυτό τους και να αντισταθούν στην πειθαρχική δύναμη.

Τα συστήματα υγείας της Αυστραλίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ολλανδίας παρέχουν στήριξη στις μαίες με γραπτές πολιτικές. Σε αυτές τις χώρες το μαιευτικό μοντέλο παρουσιάστηκε να ενδυναμώνει τη γυναίκα να εμπιστευτεί τον εαυτό της, τις φυσικές της δυνάμεις και να διεκδικήσει να έχει τη φροντίδα που θα ικανοποιεί τις δικές της ανάγκες (Barber et al, 2006, Fahy and Parrat, 2006). Οι μαίες είναι αυτόνομες και προάγουν το δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού. Αντίθετα, στη Κύπρο οι μαίες δεν ενδυναμώνουν τις γυναίκες και δεν παρέχουν επιλογή τόπου τοκετού στη γυναίκα διότι δεν έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν φροντίδα αυτόνομα. Η νομοθεσία που διέπει το μαιευτικό επάγγελμα είναι εκσυγχρονισμένη αλλά οι μαίες εργάζονται στα νοσοκομεία και είναι υποχρεωμένες να ακολουθούν την πολιτική των μαιευτικών τμημάτων. Στην ιστορική αναδρομή είχε διαφανεί ότι το μαιευτικό επάγγελμα στη Κύπρο έχει τις ρίζες του στην αρχαιότητα. Στη νεότερη ιστορία όμως το μαιευτικό επάγγελμα άρχισε να αντιμετωπίζει προβλήματα. Τα βασικότερα προβλήματα είναι η μη εφαρμογή της νομοθεσίας που διέπει το μαιευτικό επάγγελμα, η εκπαίδευση των μαιών, η ιατρικοποίηση του τοκετού, η έλλειψη μαιών και η απουσία μαιευτικής ηγεσίας (Χατζηγεωργίου, 2009).

Οι μαίες σύμφωνα με τη κυπριακή νομοθεσία έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν φροντίδα μητρότητας αυτόνομα. Οι βασικοί λόγοι που δεν μπορεί η μαία να παρακολουθεί την γυναίκα αυτόνομα είναι ότι δεν υπάρχουν ελεύθεροι επαγγελματίες μαίες. Παράλληλα, η υποστελέχωση των δημόσιων και των ιδιωτικών νοσοκομείων περιορίζει τις δραστηριότητες των μαιών. Η έλλειψη

μαιών είναι αποτέλεσμα του τρόπου που παρέχεται η Μαιευτική Εκπαίδευση στη Κύπρο, η οποία μέχρι σήμερα βασίζεται στο προγραμματισμό του Υπουργείου Υγείας. Ο προγραμματισμός ίσως να μην γινόταν ορθολογιστικά και με την δέουσα προσοχή και λόγω ανεπάρκειας του στρατηγικού σχεδιασμού για το ανθρώπινο δυναμικό έχει δημιουργηθεί έλλειψη Μαιών. Στον ιδιωτικό τομέα έχει αναφερθεί ότι εργάζονται ελάχιστες μαίες, οι περισσότερες είναι αλλοδαπές και δεν τους επιτρέπεται να ασκούν όλες τις δραστηριότητες των μαιών. Δικαιολογημένα οι γυναίκες αναφέρουν ότι δεν γνωρίζουν τις μαίες και δεν έχουν εντοπίσει πολλές επιλογές τύπου τοκετού. Οι μαίες σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2008) είναι οι επαγγελματίες υγείας που αναμένεται να δώσουν επιλογή για τοκετό εκτός ή εντός νοσοκομείου. Στην Κύπρο αυτό δεν είναι εφικτό διότι υπάρχει έλλειψη μαιών και δεν είναι σε θέση να παρέχουν επιλογή.

Όλα αυτά έχουν ως συνέπεια να μην υπάρχει αντιστάθμισμα στην ιατροκοποίηση και να μην προωθείται ο φυσιολογικός τοκετός. Αυτό το εύρημα είναι αντίθετο με έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ολλανδία, την Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία (Jomeen, 2006, Fahy and Parrat, 2006, Pavlova et al, 2009), και καταδεικνύουν ότι οι μαίες είναι ενδυναμωμένες και αυτόνομες και έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν στις γυναίκες επιλογή τύπου τοκετού. Επιπρόσθετα, στις χώρες αυτές οι μαίες έχουν αναπτύξει την εταιρική σχέση με τις γυναίκες, τις ενδυναμώνουν για να διεκδικήσουν αυτό που είναι το καλύτερο για αυτές. Η ενδυνάμωση συνυπάρχει με την εταιρική σχέση και η εταιρική σχέση, καθοδηγεί τους επαγγελματίες υγείας ότι θα πρέπει να παρέχουν στην γυναίκα εξατομικευμένη μαιευτική φροντίδα (Fahy and Parrat, 2006).

Απόρροια όσων έχουν διατυπωθεί προηγουμένως, είναι ότι το μαιευτικό επάγγελμα στη Κύπρο διέπεται από πολύ καλή νομοθεσία που επιτρέπει στις μαίες να εργάζονται αυτόνομα αλλά αυτή η νομοθεσία δεν εφαρμόζεται. Το αποτέλεσμα είναι οι μαίες να μη διαδραματίζουν τον ρόλο τους σύμφωνα με τη νομοθεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας. Αυτό στοιχειοθετείται με την παρούσα έρευνα διότι μόνο μια γυναίκα αναφέρθηκε στο σημαντικό ρόλο που είχε διαδραματίσει η μαία στη έκβαση του τοκετού της. Η γυναίκα είχε περιγράψει ότι κατά τη διάρκεια των συσπάσεων οι γιατροί αποφάσισαν να προχωρήσουν σε καισαρική τομή χωρίς

ουσιαστικό λόγο. Η μαία της όμως με την δυναμικότητα της είχε αντισταθεί στην πίεση των γιατρών και τους έπεισε να περιμένουν. Αυτή η παρέμβαση ήταν πολύ χρήσιμη διότι βοήθησε τη γυναίκα να πιστέψει ότι μπορεί να τα καταφέρει, ενδυνάμωσε τον εαυτό της και κατόρθωσε να γεννήσει φυσιολογικά.

Αυτή η συμπεριφορά της μαίας εξηγείται με τη θεωρία της Επικράτειας της ενδυνάμωσης και της εταιρικής σχέσης. Σύμφωνα με αυτές τις θεωρίες η μαία έχει τη δυνατότητα να συνηγορεί για το καλό της γυναίκας. Αυτό είναι εφικτό διότι η μαία είναι μαζί με τη γυναίκα, τη στηρίζει και την παρακολουθεί στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Η σωστή στήριξη και επαρκής παρακολούθηση είναι συστατικά στοιχεία για δημιουργία μιας ουσιαστικής σχέσης. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με τα πορίσματα της έρευνας των Barber et al (2006) που καταδεικνύουν ότι η μαία μπορεί να βοηθήσει τη γυναίκα να αντισταθεί στην κυριαρχία του ιατρικού μοντέλου και να έχει τον έλεγχο του τοκετού της.

Η μαία για να έχει τη δύναμη να βοηθήσει τη γυναίκα, θα πρέπει η ίδια η μαία να είναι ενδυναμωμένη από την πολιτική φροντίδας μητρότητας της χώρας της (Kitzinger, 2005). Χαρακτηριστικό παράδειγμα για ενδυναμωμένες μαίες και πρότυπο φροντίδας μητρότητας αποτελεί η Ολλανδία. Σε αυτή την χώρα το σύστημα υγείας, στηρίζει το μαιευτικό επάγγελμα μέσα από σωστή νομοθετική ρύθμιση αλλά και μέσα από πολύ καλό έλεγχο του συστήματος υγείας της χώρας. Το σύστημα υγείας της συγκεκριμένης χώρας ελέγχει να μην παραβιάζεται η νομοθεσία και στηρίζει το δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού (Pavlova et al., 2009). Ως εκ τούτου, το δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τόπου τοκετού διασφαλίζεται και οι γυναίκες έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν το καλύτερο για τις ίδιες και τα νεογνά τους.

Αντίθετα, στη Σουηδία οι μαίες έχουν καλή ρύθμιση του επαγγέλματος τους, αλλά δεν παρέχουν επιλογή για τοκετό στο σπίτι και δεν παρακολουθούν τις γυναίκες κατά την προγεννητική περίοδο διότι δεν επιτρέπεται από το σύστημα υγείας της χώρας (Sjoblom et al, 2006). Ως εκ τούτου, έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο μερικές γυναίκες να αγνοούν την πολιτική της χώρας τους και να γεννούν στο σπίτι τους χωρίς να υπάρχει υποστηρικτική δομή. Αξίζει να σημειωθεί, ότι υπάρχουν γυναίκες στην Ολλανδία που δεν είναι ευχαριστημένες

από τη φροντίδα τους. Ο βασικότερος λόγος σύμφωνα με τις δηλώσεις τους ήταν οι συνθήκες που επικρατούν στα νοσοκομεία, οι οποίες δεν παρέχουν στην γυναίκα το αίσθημα της ασφάλειας.

Η αναφορά στην ασφάλεια ως εύρημα μπορεί να καταγραφεί και ως καθολικό. Από τις περισσότερες αφηγήσεις φαίνεται έντονα η ανησυχία των γυναικών για την ασφάλεια τη δική τους και του παιδιού τους. Αυτό το εύρημα παρουσιάζεται με αντιφάσεις διότι μερικές γυναίκες στο δημόσιο αισθάνονται ασφάλεια και μερικές ανασφάλεια. Οι απόψεις των γυναικών, σχετικά με το ποία επιλογή παρέχει περισσότερη ασφάλεια επηρεάζεται από το αν η γυναίκα θεωρεί τον τοκετό και την εγκυμοσύνη φυσιολογικά γεγονότα στην ζωή ή αν τα αντιλαμβάνεται ως παθολογικά. Στην παρούσα μελέτη, οι περισσότερες συμμετέχουσες αντιλαμβάνονται τον τοκετό ως μια διαδικασία που μπορεί να έχει επιπλοκές. Αυτή η διαπίστωση επαληθεύεται από τις γεμάτες φόβο αφηγήσεις των γυναικών, όταν τους δόθηκε υποθετικό σενάριο για τοκετό εκτός νοσοκομείου, αλλά και από την άρνηση των γυναικών να γεννήσουν στο σπίτι. Περαιτέρω, για την ασφάλεια που παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία μερικές γυναίκες δήλωσαν ότι ένοιωθαν περισσότερη ασφάλεια για το νεογνό τους αλλά για τον εαυτό τους ένοιωθαν έντονη ανησυχία. Τα αισθήματα της έντονης ανησυχίας ήταν απότοκος της έλλειψης συνεχιζόμενης φροντίδας και της απρόσωπης φροντίδας με το ακραίο αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν τον επαγγελματία υγείας που θα διεκπεραίωνε τον τοκετό τους. Αυτό το εύρημα παρουσιάζει τη μοναδικότητα του συστήματος υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Σχετικά με την ασφάλεια που παρέχει το ιδιωτικό νοσοκομείο είχαν δηλώσει ότι για τον εαυτό τους ένοιωθα ασφάλεια αλλά για το παιδί τους ανασφάλεια. Ο βασικότερος λόγος που δημιουργούσε το αίσθημα της ανασφάλειας ήταν ότι δεν υπάρχει εντατική μονάδα για τα νεογνά και τη γυναίκα στον ιδιωτικό τομέα. Έτσι γνώριζαν ότι αν κάτι συμβεί θα είχε ως αποτέλεσμα να μεταφερθούν στα δημόσια νοσοκομεία. Σημαντικό εύρημα αποτελεί η δήλωση ορισμένων γυναικών ότι θα ήθελαν να είχαν περισσότερες επιλογές, αλλά και να είχαν κατά πάσα πιθανότητα δεν θα επηρέαζε την επιλογή τους για τον τόπο τοκετού τους διότι η επιθυμία τους ήταν να γεννήσουν με το γιατρό τους. Αυτή η δήλωση

καταδεικνύει την προτίμηση των γυναικών για το ιατρικό μοντέλο φροντίδας. Η επιθυμία των γυναικών να γεννήσουν με το μαιευτήρα τους παρουσιάζεται και στην έρευνα των Barber et al (2006), και Pitchordf et al (2007). Στις συγκεκριμένες μελέτες το σύστημα υγείας της χώρας με καινούργια πολιτική φροντίδας μητρότητας προωθούσε τους τοκετούς εκτός νοσοκομείου σύμφωνα με το μαιευτικό μοντέλο. Οι γυναίκες όμως, απέρριψαν αυτή την πολιτική και συνέχισαν να ζητούν ο τοκετός τους να διεκπεραιώνεται στο νοσοκομείο. Αυτό το αποτέλεσμα καταδεικνύει το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η πολιτική φροντίδας μητρότητας να βασίζεται σε ερευνητικά δεδομένα.

#### **8.4 Η πολιτική φροντίδας μητρότητας**

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, οι γυναίκες στην Κύπρο έχουν την επιλογή του νοσοκομείου ιδιωτικού και δημόσιου. Οι επιλογές τόπου τοκετού σχετίζονται άμεσα με την πολιτική φροντίδας μητρότητας. Η πολιτική φροντίδα μητρότητας δεν παρέχει μόνο επιλογές για τόπο τοκετού αλλά περιγράφει τον ρόλο του κάθε επαγγελματία. Στη Κύπρο οι μαιές σύμφωνα με την νομοθεσία έχουν την δυνατότητα να ασκούν αυτόνομη πρακτική αλλά λόγω έλλειψης μαιών δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα. Οι περισσότερες μαιές δεν έχουν την ευκαιρία να ασκούν όλες τις δραστηριότητες τους σύμφωνα με τον νόμο περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής και με την πάροδο του χρόνου κάποιες δεξιότητες τους φαίνεται ότι άρχισαν να χάνονται. Παράλληλα, η πολιτική φροντίδας μητρότητας δεν παρέχει υποστηρικτική δομή για τοκετό εκτός νοσοκομείου ή σε κέντρο τοκετού διότι παρατηρείται έλλειψη μαιών αλλά και έλλειψη διεκδικητικότητας εκ μέρους των μαιών. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν μαιές που να εργάζονται αυτόνομα διότι όλες είναι κρατικοί ή ιδιωτικοί υπάλληλοι. Επιπρόσθετα, η αντικατάσταση του τίτλου της μαιίας σε νοσοκόμα έχει επηρεάσει αρνητικά την επαγγελματική ανάπτυξη των μαιών..

Έτσι, ο ρόλος των μαιών δεν είναι γνωστός στις περισσότερες γυναίκες αλλά και αυτές που τις γνωρίζουν δήλωσαν ότι ανησυχούν για τη γνωσιολογική επάρκεια και τις δεξιότητες τους. Αυτό το φαινόμενο ήταν εντονότερο στις αναφορές των γυναικών που είχαν γεννήσει στον ιδιωτικό τομέα, οι οποίες δεν

γνώριζαν ποιές είναι οι μαίες, τις αποκαλούσαν νοσηλεύτριες και διερωτήθηκαν πως είναι δυνατό οι μαίες να μπορούν να εκτελούν φυσιολογικούς τοκετούς. Αυτό το εύρημα έχει καταγραφεί σε έρευνα που έγινε στην Αυστραλία πριν πολλά χρόνια και φαίνεται ότι η μαία δεν διαδραμάτιζε ουσιαστικό ρόλο στο σύστημα υγείας της χώρας της, με αποτέλεσμα να μην την γνωρίζουν οι γυναίκες και να μην επιλέγουν να φροντίζονται από αυτή (Zodoronyj, 2000). Στην συνέχεια στην χώρα αυτή με αλλαγή της πολιτικής φροντίδας μητρότητας οι μαίες έχουν δημιουργήσει καινούργια μοντέλα φροντίδας και έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν επιλογές στις γυναίκες (Hatem et al, 2008)

Στην Κύπρο αυτό το φαινόμενο δεν παρατηρείται διότι οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν τις μαίες αλλά θα ήθελαν να δημιουργηθεί καινούργια πολιτική φροντίδας μητρότητας και να τους δίνεται η ευκαιρία να έχουν περισσότερες επιλογές για τόπο τοκετού. Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών είχαν δηλώσει ότι επιθυμούν να γεννούν τα παιδιά τους σε ένα περιβάλλον ήσυχο, ήρεμο φιλικό και οικείο. Αυτά τα ευρήματα συνάδουν με τα ευρήματα των Hildingsson et al (2003), Mander and Melender (2009) που είχαν εντοπίσει την ανάγκη για δημιουργία περισσότερων επιλογών όπως κέντρα τοκετού και τοκετό στο σπίτι. Οι συγκεκριμένες μελέτες έχουν γίνει στη Σουηδία και Φιλανδία αντίστοιχα, που δεν υπάρχει υποστηρικτική δομή για τοκετό εκτός νοσοκομείου.

Παρόλα αυτά έχει διαφανεί ότι γυναίκες σε αυτές τις χώρες επιλέγουν να γεννήσουν στο σπίτι τους, αναζητώντας το ήσυχο, ήρεμο και οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους. Αυτά τα ευρήματα είναι αντίθετα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διότι μόνο μια γυναίκα δήλωσε ότι επιθυμεί να γεννήσει το παιδί της στο σπίτι έστω και αν δημιουργηθεί η ανάλογη υποδομή. Δύο γυναίκες που είχαν δηλώσει με επιφύλαξη ότι πιθανό να επέλεγαν να γεννήσουν στο σπίτι τους, αν είχαν την ευκαιρία να υπάρχει παιδίατρος και υλικοτεχνική υποδομή σε περίπτωση που συμβεί κάτι απρόοπτο. Αυτή η εισήγηση καταδεικνύει ότι ο τοκετός για τις γυναίκες της Κύπρου δεν εκλαμβάνεται ως φυσιολογική διαδικασία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στις Ηνωμένες πολιτείες μερικές γυναίκες επέλεγαν να γεννήσουν στο σπίτι διότι πίστευαν ότι ο τοκετός είναι κάτι



φυσιολογικό και ένοιωθαν ασφάλεια να βρίσκονται στο δικό τους περιβάλλον, μακριά από τις παρεμβάσεις (Boucher et al., 2009). Οι περισσότερες γυναίκες στην Κύπρο έχουν έντονα συναισθήματα ανασφάλειας στο τοκετό και αυτό είναι αποτέλεσμα της Κυπριακής κουλτούρας που διατείνεται ότι ένας τοκετός μπορεί να έχει επιπλοκές και ο καλύτερος τρόπος διεκπαιρέωσης του είναι το νοσοκομείο. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με τα ευρήματα των Madi and Crow (2003) και των Barber et al (2006) που είχαν εντοπίσει ότι μερικές γυναίκες αν και ήθελαν να έχουν οικογενειακό περιβάλλον την ώρα του τοκετού τους, επέλεξαν να γεννήσουν στο νοσοκομείο σε περίπτωση που ο τοκετός τους παρουσιάσει επιπλοκή.

Αυτός ήταν ένας από τους λόγους που οι γυναίκες δήλωσαν ενδιαφέρον για δημιουργία κέντρου τοκετού. Το κέντρο τοκετού παρουσιάζεται ως καλή επιλογή διότι παρέχει ιδανικό οικείο περιβάλλον, περισσότερη αυτονομία στις γυναίκες, συνέχεια στη φροντίδα και ταυτόχρονα αν χρειαστεί υπάρχει υλικοτεχνική υποδομή για αντιμετώπιση μερικών επιπλοκών. Για τοκετό σε κέντρο τοκετού σχεδόν όλες δήλωσαν ότι θα ήθελαν να είχαν αυτή την επιλογή και να βιώσουν τον τοκετό τους ως ευχάριστη εμπειρία αλλά και για να αποφύγουν την αχρείαστη ιατρικοποίηση. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με τα πορίσματα της μελέτης των Donati et al (2001) που περιγράφουν ότι οι περισσότερες γυναίκες στην Ιταλία σε μια περιοχή με αρκετές ιδιωτικές κλινικές και μαιευτήρες προτίμησαν να γεννήσουν στο κέντρο τοκετού. Σε μεταγενέστερη αξιολόγηση των περιστατικών του συγκεκριμένου κέντρου είχε διαφανεί ότι τα ποσοστά των καισαρικών τομών είχαν μειωθεί κατακόρυφα. Επιπρόσθετα, οι ίδιες οι γυναίκες δήλωσαν ότι ο βασικότερος λόγος που είχαν επιλέξει το κέντρο τοκετού ήταν η επιθυμία τους να αποφύγουν τις ιατρικές παρεμβάσεις αλλά και η αναγνώριση ότι τα κέντρα τοκετού έχουν οικογενειακό περιβάλλον και υλικοτεχνική υποδομή για αντιμετώπιση μερικών επιπλοκών αν χρειαστεί.

Σημαντικό εύρημα αποτελεί η δήλωση ορισμένων γυναικών ότι θα ήθελαν να είχαν καλύτερη φροντίδα και αυτό προϋποθέτει τη δημιουργία νέας καινοτόμου πολιτικής, η οποία θα διασφαλίζει το δικαίωμα της γυναίκας για επιλογή τύπου τοκετού.

## **8.5 Η διασφάλιση του δικαιώματος της γυναίκας για επιλογή τύπου τοκετού.**

Η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για το δικαίωμα τους να έχουν επιλογή τύπου τοκετού ενισχύθηκε με αυτή τη θεματική ενότητα, η οποία παρουσιάζει τις απόψεις των γυναικών σχετικά με τη διασφάλιση του δικαιώματος τους για επιλογή τύπου τοκετού. Οι περισσότερες γυναίκες είχαν αναφέρει ότι τα δικαιώματα γενικά είναι χρήσιμα διότι προσφέρουν δύναμη στις γυναίκες σε μια σημαντική περίοδο της ζωής τους και τους παρέχει τη δυνατότητα να υπερασπίσουν τον εαυτό τους. Είχαν όμως δηλώσει την ανησυχία τους για το κοινωνικό φαινόμενο στην Κύπρο να λέγονται πολλά και να γίνονται λίγα. Συγκεκριμένα είχαν αναφέρει ότι δεν πιστεύουν ότι θα γίνουν ουσιαστικά βήματα για βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας.

Η γραφειοκρατία και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας αναφέρθηκαν ως τα βασικά εμπόδια στην ομαλή λειτουργία της κρατικής μηχανής. Αυτά τα στοιχεία είναι συνδεδεμένα με την κουλτούρα της κυπριακής κοινωνίας που φαίνεται να μην εμπιστεύεται τους θεσμούς. Επιπρόσθετα η γραφειοκρατία οδηγεί στη δυσλειτουργία του δημόσιου τομέα με αποτέλεσμα τη σταδιακή και αναπόφευκτη μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Golna et al, 2004). Αυτή η αναποτελεσματικότητα και δυσλειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων έχει ως αποτέλεσμα να παρέχεται η ευκαιρία στα ιδιωτικά κεφάλαια για επένδυση στο τομέα της υγείας.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας ταιπωρούνται περισσότερο στο δημόσιο νοσοκομείο από το ιδιωτικό με αποτέλεσμα να προτιμούν το ιδιωτικό (Antoniadou, 2005). Για τον ιδιωτικό τομέα είχαν εκφράσει τις ανησυχίες τους διότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία εργάζονται ως επιχειρήσεις με κύριο γνώμονα το οικονομικό συμφέρον αγνοώντας ή θυσιάζοντας τις επιθυμίες των γυναικών. Αυτά τα ευρήματα είναι σύμφωνα με τα ευρήματα των μελετών που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα και είχε διαφανεί ότι πολλές γυναίκες αναζητούσαν φροντίδα στον ιδιωτικό τομέα με αχρείαστη οικονομική επιβάρυνση (Nuesbaum, 2006, Kontoyiannis and Katsetos, 2009, Sapountzi et al, 2010). Για την οικονομική

επιβάρυνση αναφέρθηκαν οι Barber et al (2006) και Donati et al (2001) τεκμηριώνοντας ότι τα κέντρα τοκετού είχαν δημιουργηθεί σε μια προσπάθεια να περιορίσουν τα κόστη νοσηλείας. Περαιτέρω έχει διαπιστωθεί και στην παρούσα μελέτη ότι δεν είχαν όλες οι γυναίκες την δυνατότητα να επισκέπτονται τον ιδιωτικό τομέα λόγω οικονομικών προβλημάτων. Αυτό το εύρημα ενισχύει την άποψη του Τούντα (2002), που υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα δημιουργεί ανισότητες ως προς την οικονομική δυνατότητα του ατόμου και διαγραφεί την ισότητα.

Αξιοσημείωτο, είναι ότι η πλειοψηφία των γυναικών είχε αναφέρει ότι τα δικαιώματα γενικά είναι χρήσιμα διότι προσφέρουν δύναμη ιδιαίτερα σε γυναίκες που δεν είναι μορφωμένες. Είχαν συσχετίσει τη δυνατότητα να υπερασπίζονται τον εαυτό τους, με τη γνώση και αυτή η διαπίστωση είναι σύμφωνη με τη θεωρία του Φουκώ ότι η γνώση είναι δύναμη έναντι της εξουσίας. Ο λόγος που χρειάζεται να υπερασπίσουν τον εαυτό τους είναι η διαπίστωση ότι αυτοί που έχουν την εξουσία στα νοσοκομεία δημόσια και ιδιωτικά δεν τους παρέχουν πλήρη πληροφόρηση και δεν αναπτύσσουν μαζί τους μια καλή σχέση για να τις βοηθήσουν στην επιλογή τύπου τοκετού.

## **9 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η μελέτη αυτή αποτελεί την πρώτη στο είδος της στον Ελληνοκυπριακό πληθυσμό και δημιουργεί μια βάση δεδομένων η οποία είναι σε θέση να ρίξει φως σε ένα ανεξερευνήτο πεδίο και να δώσει το έναυσμα για περαιτέρω μελέτες. Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης εστιάζονται στη μεθοδολογία της, στη δειγματοληπτική της μεθοδολογία και στα μέσα συλλογής δεδομένων που έχουν χρησιμοποιηθεί. Η μεθοδολογία που έχει χρησιμοποιήσει η παρούσα μελέτη ήταν η φαινομενολογία σύμφωνα με τη φιλοσοφία του Husserl. Η μέθοδος αυτή έχει χαρακτηριστεί ως πολύ δύσκολη στην εφαρμογή της διότι αναμένεται ο ερευνητής/τρια να χρησιμοποιήσει την παρενθετική. Η παρενθετική είναι μια νοητική διαδικασία που βοηθά τον ερευνητή/τρια να μην χάνεται σε άσκοπες και βιαστικές κρίσεις πάνω στην πραγματικότητα αλλά παρέχει την δυνατότητα να διερευνηθεί ένα φαινόμενο σε βάθος. Η χρησιμοποίηση αυτής της προσέγγισης

στην παρούσα μελέτη έδωσε την ευκαιρία να διερευνηθούν οι απόψεις των γυναικών για το δικαίωμα τους να επιλέξουν το τόπο τοκετού τους με κριτικό μάτι και χωρίς δογματικές αγκυλώσεις. Αυτή η προσέγγιση είναι δύσκολη και μπορεί να παραπλανήσει τον/την ερευνητή/τρια.

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκόπιμη δειγματοληψία και έχει αποκλείσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού των μητέρων, με βασικό αποτέλεσμα να μην είναι εφικτή η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Το δείγμα ήταν σκόπιμο προήλθε από όλη την Κύπρο αλλά δεν μπορούν να γίνουν συγκρίσεις διότι το δείγμα ήταν μικρό και η δειγματοληψία δεν ήταν τυχαία. Μια μεγαλύτερη έρευνα με τυχαίο και μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να έχει περισσότερη απήχηση της πραγματικότητας. Έτσι ενώ η σκόπιμη δειγματοληψία έχει εντοπίσει τις σημαντικότερες πηγές για την επιλογή των συμμετεχουσών, δεν αποκλείεται η πιθανότητα να υπήρξε κάποιο είδος προκατάληψης επιλογής (selection bias) η οποία ενισχύθηκε και με αυτό το είδος δειγματοληψίας. Εξάλλου η επιλογή ενός δείγματος μη πιθανότητας έχει περιορίσει την γενίκευση των αποτελεσμάτων και υπάρχει πιθανότητα τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά με μεγαλύτερους αριθμούς και τυχαίο δείγμα. Η απόφαση να γίνει συλλογή δεδομένων μία φορά μετά τον τοκετό ήταν για την αποφυγή περιττής ταλαιπωρίας των συμμετεχουσών. Παράλληλα, υπάρχει η πιθανότητα τα αποτελέσματα να έχουν επηρεασθεί από την διαφορετική αντίληψη της νοητικής κατάστασης της κάθε γυναίκας, λόγω του επηρεασμού της από την εμπειρία τοκετού.

Τα υποθετικά σενάρια για τοκετό στο σπίτι ή στο κέντρο τοκετού ήταν χρήσιμα εργαλεία για να διερευνηθούν οι απόψεις των γυναικών αλλά υπάρχει κίνδυνος για παρερμηνεία των επιλογών αυτών από τη διατύπωση των σεναρίων. Περαιτέρω, άλλος βασικός λόγος παρερμηνείας είναι ότι οι μητέρες που συμμετέχουν στη συγκεκριμένη μελέτη γεννήθηκαν μέσα στα νοσοκομεία και γενικά δεν υπάρχουν βιώματα τοκετού εκτός νοσοκομείου στη Κύπρο. Τα ευρήματα οδηγούν σε πολλά καινούργια ερευνητικά ερωτήματα. Τα βασικότερα είναι:

1. Γιατί οι γυναίκες της Κύπρου, δεν είναι περισσότερο διεκδικητικές;
2. Γιατί οι μαίες δεν είναι αυτόνομες και περισσότερο διεκδικητικές;

3. Γιατί μερικές γυναίκες είχαν αναφερθεί στην κατάθλιψη;
4. Πόσο σχετίζεται η αντιμετώπιση του πόνου με την επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού;

Καταληκτικά, θα πρέπει να τονιστεί ότι η ερμηνεία των αποτελεσμάτων πιθανό να μετριάζεται από το γεγονός ότι άμεσες συγκρίσεις με άλλες μελέτες περιπλέκονται από τη διαφορετική κουλτούρα και τη μοναδικότητα του συστήματος υγείας της Κύπρου.

## **10 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή τόπου τοκετού είναι πολυπαραγοντική και σύνθετη διαδικασία. Η παρούσα μελέτη μπορεί να θεωρηθεί καινοτόμος για την Κύπρο, διότι για πρώτη φορά καταγράφηκαν οι απόψεις των Ελληνοκυπρίων γυναικών, σε σχέση με τη φροντίδα μητρότητας και τη διασφάλιση του δικαιώματος επιλογής τόπου τοκετού. Η γυναίκα για να επιλέξει τον τόπο που θα γεννήσει το παιδί της αναζητά πληροφορίες για την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας στη Κυπριακή Δημοκρατία. Οι πληροφορίες όμως που υπάρχουν είναι ελλιπής διότι το σύστημα υγείας της Κύπρου φαίνεται ότι δεν έχει δημιουργήσει ειδικό μηχανισμό που να παρέχει στους πολίτες πληροφορίες για τις υπηρεσίες υγείας. Έτσι, οι γυναίκες αναγκάζονται να βασίζονται στην επιλογή τους στη φήμη που έχει ο κάθε τόπος και σε προσωπικά βιώματα που προέρχονται από μέλη της οικογένειάς τους ή τους φίλους τους.

Επιπρόσθετα, έχει διαφανεί ότι η επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού έχει επηρεαστεί από τη σχέση της με τον μαιευτήρα της. Πολλές γυναίκες είχαν περιγράψει αυτή τη σχέση ως ουσιαστικό παράγοντα επηρεασμού για την επιλογή τους διότι τις ενδιέφερε περισσότερο ποιος θα διεκπαιρέωνε τον τοκετό από το φυσικό περιβάλλον. Μερικές συμμετέχουσες είχαν αναφέρει ότι είχαν δημιουργήσει σωστή σχέση και τη χαρακτήρισαν ως σχέση εμπιστοσύνης. Μερικές γυναίκες όμως είχαν δηλώσει ότι μερικοί μαιευτήρες και μερικές μαίες είχαν συμπεριφερθεί ως άτομα με εξουσία με αποτέλεσμα να μην παρέχουν στις γυναίκες

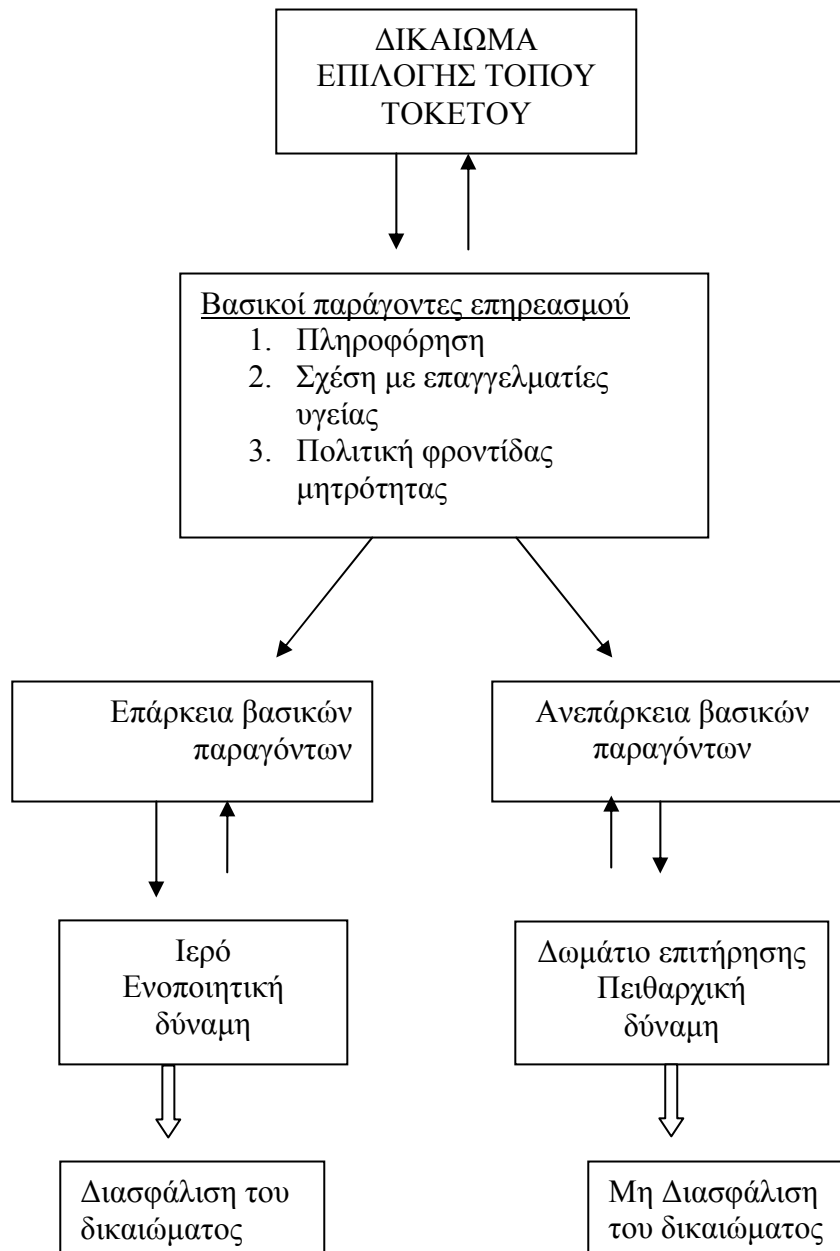
επαρκή πληροφόρηση για τις επιλογές τους και τις είχαν οδηγήσει σε συμβιβασμό. Η εξουσία που έχουν οι επαγγελματίες υγείας σχετίζεται με το γεγονός ότι η πολιτική φροντίδα μητρότητας δεν έχει προνοήσει για έλεγχο από τις αρμόδιες αρχές και δεν έχει αναπτύξει μηχανισμούς που να περιορίζουν τη δύναμη τους. Παράλληλα, η εξουσία που σχετίζεται με την πειθαρχική δύναμη η οποία ασκείται μέσα στα νοσοκομεία. Ο τρόπος λειτουργίας των νοσοκομείων σχετίζεται με την κουλτούρα ιατροκοποίησης. Η κουλτούρα ιατροκοποίησης που επικρατεί στην Κύπρο και η πειθαρχική δύναμη επηρεάζουν τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και τους παρακινούν να ακολουθούν τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας χωρίς διαμαρτυρία. Βασικό επιχείρημα το οποίο πείθει τις περισσότερες γυναίκες είναι η εξήγηση που δίνεται από τους επαγγελματίες υγείας ότι όλες οι παρεμβάσεις, η τεχνολογία και η συνεχής παρακολούθηση γίνονται για την ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού. Βασικό επακόλουθο αυτού του φαινομένου είναι οι γυναίκες να μην έχουν εμπιστοσύνη στη φυσιολογία και στην ενοποιητική τους δύναμη και να νοιώθουν ανασφάλεια μακριά από τα νοσοκομεία.

Μερικές γυναίκες που ανέπτυξαν σχέση εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας και είχαν σωστή πληροφόρηση συνεπικουρούμενη από ποιοτική φροντίδα μητρότητας στον κατάλληλο χώρο, είχαν βιώσει την ενοποιητική δύναμη. Η ενοποιητική δύναμη, τις βοήθησε να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση, να νοιώσουν ενδυναμωμένες και να κατορθώσουν να έχουν έλεγχο στο τοκετό τους. Το δικαίωμα επιλογής για τόπο τοκετού σε αυτές τις περιπτώσεις είχε διασφαλιστεί.

Αντίθετα, οι γυναίκες οι οποίες είχαν παραπληροφορηθεί, είχαν επηρεαστεί από την πειθαρχική δύναμη/εξουσία, είχαν αναγκαστική επιλογή και είχαν γεννήσει σε ένα τόπο που δεν ικανοποίησε τις ανάγκες τους, ένοιωσαν αποδυναμωμένες. Το αποτέλεσμα ήταν να μην έχουν τη φροντίδα που επιθυμούσαν και να νοιώθουν αγωνία, φόβο, απογοήτευση, θυμό και ανασφάλεια. Αυτές οι γυναίκες είχαν παραπνευθεί ότι το δικαίωμα τους για επιλογή τόπου τοκετού ήταν ουτοπία.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το δικαίωμα επιλογής τόπου τοκετού στη Κύπρο απεικονίζονται στο σχεδιάγραμμα που ακολουθεί με τη βοήθεια ενός εννοιολογικού πλαισίου.

Σχεδιάγραμμα 4: Δικαίωμα επιλογής τόπου τοκετού. Εννοιολογικό πλαίσιο.



Ως εκ τούτου, η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών αποδείχθηκε αναγκαία διότι για πρώτη φορά δόθηκε η ευκαιρία να αξιολογηθεί η λειτουργικότητα του συστήματος υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας. Από την αξιολόγηση έχει διαφανεί ότι υπάρχει δυσλειτουργικότητα στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Η κουλτούρα που επικρατεί στην Κύπρο για το δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο έχει καθορίσει τον τοκετό στο ιδιωτικό ως καλύτερη επιλογή και την ιατρικοποίηση ως αποδεκτό κοινωνικό φαινόμενο. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από έρευνες του εξωτερικού και καταδεικνύουν ότι χρειάζεται να γίνεται προσεκτικός επανασχεδιασμός της παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας.

Ο επανασχεδιασμός θα ήταν χρήσιμο να βασίζεται σε ερευνητικά δεδομένα από τοπική μελέτη. Σε μερικές χώρες τα συστήματα υγείας διεξάγοντας έρευνες, είχαν εντοπίσει τη δυσαρέσκεια των γυναικών από την ελλιπή πληροφόρηση για τις επιλογές τους και είχαν δημιουργήσει καινοτόμα προγράμματα για να ενημερώνονται οι γυναίκες ορθολογιστικά. Παράλληλα, είχαν διορθώσει τις υφιστάμενες δομές και αν υπήρχε τεκμηρίωση ότι υπήρχε ανάγκη για δημιουργία καινούργιων δομών όπως κέντρα τοκετού και υποστηρικτική δομή για τοκετό στο σπίτι προχωρούσαν με μεθοδικότητα τη δημιουργία τους. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης διαπιστώνουν ότι οι συμμετέχουσες που είχαν επαφή με το εξωτερικό είχαν διαπιστώσει τη χρησιμότητα αυτών των πολιτικών και είχαν ζητήσει την εφαρμογή τους και στην Κύπρο. Βασική τους επιδίωξη ήταν να παρέχονται περισσότερες επιλογές τόπου τοκετού στις γυναίκες της Κύπρου και να υπάρχει πρόσβαση σε σωστά επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση για να είναι σε θέση να επιλέξουν. Η ενημέρωση ζήτησαν να είναι επίσημη και να περιγράφει την προσφερόμενη φροντίδα μητρότητας σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία.

Η επιλογή τόπου τοκετού φαίνεται να σχετίζεται με την επιλογή είδους τοκετού, διότι μερικές γυναίκες που διεκδικούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά αναζήτησαν πληροφόρηση για τα ποσοστά των μαιευτήρων σε φυσιολογικούς τοκετούς. Αυτό δεν ήταν εφικτό και αναγκάστηκαν να επισκεφθούν πολλούς τόπους τοκετού. Αυτές που κατόρθωσαν να επιλέξουν τον τόπο τοκετού τους που ανταποκρινόταν στις προσδοκίες τους, είχαν αναφέρει ότι ουσιαστικό ρόλο



είχε διαδραματίσει η επικοινωνία τους με τους επαγγελματίες υγείας. Η ανθρώπινη επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο δεν μπορεί να αντικατασταθεί από τους αυτοματοποιημένους καρδιοτοκογράφους, το διαδίκτυο και γραπτές συμβουλές ή γενικές πληροφορίες. Η τεχνολογική ανάπτυξη παρέχει στους επαγγελματίες υγείας, νέες πιο εξελιγμένες συσκευές για να τους βοηθήσουν στην παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας μητρότητας αλλά οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι προσεκτικοί με την χρήση της. Η αλόγιστη χρήση της τεχνολογίας δεν προσφέρει ασφάλεια αλλά ανθρώπινη απομόνωση. Ανθρώπινη απομόνωση προκαλεί και η κατακερματισμένη φροντίδα που παρέχεται στο δημόσιο νοσοκομείο.

Η διακοπή της συνέχειας της φροντίδας διαπιστώθηκε ως ένας ανασταλτικός παράγοντας για τις γυναίκες που ήθελαν να έχουν φροντίδα στο δημόσιο νοσοκομείο. Η ανυπαρξία συνεχόμενης φροντίδας και αποτελεσματικού ελέγχου έχει οδηγήσει στη εκτέλεση αχρείαστων εξετάσεων υπερηχογραφικών και αιματολογικών σε πολλές γυναίκες. Όλα αυτά έχουν προκαλέσει αδικαιολόγητη οικονομική επιβάρυνση του κρατικού και οικογενειακού προϋπολογισμού και ταυτόχρονα έχει δημιουργήσει αμφιβολίες για την σκοπιμότητα και την αποτελεσματικότητα των επαναλαμβανόμενων εξετάσεων.

Δικαιολογημένα πολλές γυναίκες είχαν αναγνωρίσει ότι χρειάζονται δύναμη για να αντισταθούν στο σύστημα και είχαν αναφέρει ότι η κοινοποίηση των δικαιωμάτων τους γραπτώς σε αυτές και στους επαγγελματίες υγείας θα τους έδινε την ευκαιρία να διεκδικήσουν τη φροντίδα που θα ικανοποιούσε τις ανάγκες τους. Βασική διεκδίκηση τους είναι η αλλαγή στο σύστημα υγείας, με άμεση παρέμβαση την διόρθωση των υφιστάμενων δομών. Παράλληλα, έχει τεκμηριωθεί η ανάγκη για δημιουργία κέντρων τοκετού αλλά ο τοκετός στο σπίτι έχει απορριφθεί ως αναχρονιστική και επικίνδυνη επιλογή. Για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους έχει επισημανθεί η αναγκαιότητα όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη της χώρας να κινητοποιηθούν. Βασική κινητοποίηση είναι η αναθεώρηση της πολιτικής φροντίδας μητρότητας με την δέουσα προσοχή και οι χάρτες των δικαιωμάτων των ασθενών όχι μόνο να υφίστανται αλλά να τίθενται σε εφαρμογή.

Σε μερικές χώρες έχει εντοπιστεί ότι οι αυξανόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις των πολιτών, είχαν λειτουργήσει καταλυτικά στη βελτίωση της φροντίδας μητρότητας. Στην Κυπριακή Δημοκρατία η βασική αλλαγή που έγινε ήταν να θεσμοθετηθούν ειδικά δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας αλλά οι περισσότερες γυναίκες δεν τα γνωρίζουν. Μια σημαντική αλλαγή που συστήνουν μερικές συμμετέχουσες είναι τα δικαιώματα της γυναίκας στο τοκετό να γίνουν σε έντυπη μορφή και να δίνονται γραπτώς στο στάδιο που προηγείται της εγκυμοσύνης, όταν η γυναίκα ή το ζευγάρι αποφασίζουν ότι θέλουν να αποκτήσουν παιδί. Ταυτόχρονα θα ήταν χρήσιμο να υπάρχει τεκμηριωμένη έγκυρη πληροφόρηση για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του κάθε τύπου τοκετού και με ειδική αναφορά στη στελέχωση.

Τα προβλήματα που είχαν προκύψει στη φροντίδα των γυναικών πιθανόν να οφείλονται στην ανεπαρκή στελέχωση των μαιευτικών τμημάτων με μαιές. Η ανεπαρκής στελέχωση οδηγεί σε κλινικά λάθη, ελλιπή συνεργασία και έλλειψη κατανόησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Όλα αυτά τα στοιχεία οδηγούν σε δημιουργία κακού κλίματος μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αλλά και κακή διεπαγγελματική συνεργασία. Επιπρόσθετα, μπορεί να δικαιολογηθεί και η έλλειψη κατανόησης των προσδοκιών των γυναικών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η έλλειψη μαιών πιθανόν να έχει οδηγήσει στη δυσφορία του μαιευτικού δυναμικού από την υπερφόρτωση των καθηκόντων και έχει επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα παροχής φροντίδας και την ανάδειξη του ρόλου των Μαιών. Οι μαιές αναγκάζονται όπως έχει διαφανεί διαχρονικά να ασχολούνται με τη φροντίδα των γυναικών και των νεογνών και δεν έχουν τον χρόνο να ασχοληθούν με την βελτίωση της εικόνας του επαγγέλματος τους. Αν όμως, τα μαιευτικά τμήματα ήταν στελεχωμένα με ικανό προσωπικό με επάρκεια γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων οι μαιές θα είχαν τη δυνατότητα να προβάλουν το επάγγελμα τους, να παρέχουν επιλογή στην γυναίκα και ποιοτική φροντίδα βασισμένη στις ανάγκες της.

Ο προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας, ο οποίος να στηρίζεται στην εκτίμηση των τρεχουσών αλλά και των μελλοντικών αναγκών υγείας σε προσωπικό ώστε να αποφευχθούν δυσάρεστες καταστάσεις όπως

ελλείψεις, και αδυναμία ανανέωσης προσωπικού είναι βασική ανάγκη. Αυτές οι δυσάρεστες καταστάσεις στην Κυπριακή Δημοκρατία είναι μια πραγματικότητα μόνο με το επάγγελμα των μαιών. Σημαντικό βήμα είναι η ακριβής εκτίμηση της κατάστασης σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή. Αν αυτό επιτευχθεί υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα οι γυναίκες να έχουν ποιοτικότερη φροντίδα μητρότητας, περιορισμό αχρείαστων παρεμβάσεων και δημιουργία αχρείαστων υλικοτεχνικών δομών. Ταυτόχρονα θα παρουσιαστεί μείωση του οικονομικού κόστους διότι οι γυναίκες δεν θα υποβάλλονται σε πολλές εξετάσεις και δεν θα επισκέπτονται πολλά νοσοκομεία. Η καλή οργάνωση και ο έλεγχος είναι στοιχεία ανύπαρκτα σε μερικά ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία.

Επιπρόσθετα, η κατάργηση της «οργανικής θέσης», του «σχεδίου υπηρεσίας» και του «τίτλου της Μαίας» από τη Δημόσια Υπηρεσία φαίνεται ότι έχει οδηγήσει στην αποδυνάμωση του μαιευτικού επαγγέλματος. Η μαία στα δημόσια νοσοκομεία, σήμερα, χρησιμοποιεί τον τίτλο της νοσηλευτικού λειτουργού (Υπουργείο υγείας, 2009). Η κυπριακή κοινωνία δεν γνωρίζει τον επαγγελματικό ρόλο των μαιών και την σημασία του ρόλου τους στο σύστημα υγείας. Η αποδυνάμωση και η έλλειψη των μαιών στην Κύπρο έχει επηρεάσει άμεσα τη φροντίδα που παρέχεται στην γυναίκα και έχει ενισχύσει την επικράτηση του ιατρικού μοντέλου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η έγκυος γυναίκα στην Κύπρο να αντιμετωπίζεται ως ασθενής. Έχει διαφανεί ότι αν και ο βασικός προσανατολισμός των συστημάτων υγείας του 21ου αιώνα είναι η ενδυνάμωση και χειραφέτηση του ατόμου, το σύστημα υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας δεν ακολουθεί αυτό τον προσανατολισμό. Αυτό συμβαίνει διότι στις αναπτυγμένες κοινωνίες έχει διαμορφωθεί με γοργούς ρυθμούς, ένα καταναλωτικό μοντέλο στις σχέσεις του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας, το οποίο προωθείται μεθοδικά από ιδιωτικά επιχειρηματικά συμφέροντα, ενώ ο δημόσιος τομέας υπολειτουργεί και αδυνατεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες των γυναικών.

Αυτό το μοντέλο φαίνεται ότι έχει δημιουργηθεί και στην Κυπριακή Δημοκρατία διότι έχουν δημιουργηθεί πολλά ιδιωτικά νοσοκομεία και δεν έχει εντοπιστεί παρόμοιο φαινόμενο σε άλλη μελέτη της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Έχει αναφερθεί σε μερικές μελέτες ότι ο σκοπός των ιδιωτικών

νοσοκομείων είναι η δημιουργία κερδών μέσω της υπερκατανάλωσης των προσφερομένων προϊόντων και υπηρεσιών. Η στόχευση όμως της πολιτείας οφείλει να είναι διαφορετική και να προσφέρει υπηρεσίες που να ανταγωνίζονται αξιοπρεπώς την ποιότητα του ιδιωτικού τομέα, να εξασφαλίζει όρους ισότητας στην πρόσβαση και την περίθαλψη όλων των πολιτών.

Ταυτόχρονα έχει εντοπιστεί ότι ο δημόσιος τομέας αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα διότι δεν υπάρχει αποτελεσματικός έλεγχος με αποτέλεσμα πολλές φορές τα ραντεβού να μην τηρούνται και οι γυναίκες να περιμένουν για ώρες. Έχει τεκμηριωθεί η ανάγκη για αλλαγή της πολιτικής φροντίδας μητρότητας, να γίνει πιο σύγχρονη και πιο ανθρώπινη και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των γυναικών αλλά και της κοινωνίας. Η οικονομική ύφεση μπορεί να οδηγήσει σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και παροχή περισσότερων επιλογών στην γυναίκα για τοκετό εκτός νοσοκομείου ή εντός νοσοκομείου αλλά με λιγότερα κόστα. Η φροντίδα μητρότητας παρέχεται σε πολλά ιδιωτικά νοσοκομεία δημιουργώντας ένα πολυκερματισμένο και άναρχα αναπτυσσόμενο τομέαν παροχής υπηρεσιών. Άμεση συνέπεια της πολυδιάσπασης και κατάτμησης της παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας είναι η παντελής απουσία κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού και η έλλειψη συντονισμού στην παροχή φροντίδας μητρότητας. Η δημιουργία λοιπόν μεγάλου αριθμού ιδιωτικών μικρών κλινικών χρειάζεται περαιτέρω αξιολόγηση.

Η έντονη δυσαρέσκεια μερικών γυναικών επικεντρώνεται αφενός στη χαμηλή ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες λόγω δυσκολιών πρόσβασης με σημαντικότερες τη γραφειοκρατία, τη χαμηλή ποιότητα στη φροντίδα, το μεγάλο χρόνο αναμονής και αφετέρου στην ανεπάρκεια των υπευθύνων να δημιουργήσουν ένα σύστημα υγείας που να παρέχει ασφάλεια στην γυναίκα. Το δημόσιο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από χαμηλή αξιοπιστία, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να αναζητούν τη δεύτερη γνώμη σε άλλο μαιευτήρα του ιδιωτικού τομέα, γεγονός που δημιουργεί επιπρόσθετες δαπάνες του οικογενειακού προϋπολογισμού. Παράλληλα, ακυρώνει τον χαρακτήρα της δωρεάν περίθαλψης, της ολοκληρωμένης προσέγγισης της γυναίκας, όπως επιβάλλει το ψυχοκοινωνικό μοντέλο και η ποιοτική φροντίδα.

Η γυναίκα στην Κύπρο δεν έχει εύκολη πρόσβαση, γρήγορη εξυπηρέτηση στον δημόσιο τομέα διότι το σύστημα των ραντεβού και η συμπεριφορά του προσωπικού παρουσιάζει προβλήματα. Οι επαγγελματίες υγείας, μερικές φορές δεν είχαν την κατάλληλη συμπεριφορά και δεν ακολουθούσαν τους κανόνες επαγγελματικής δεοντολογίας. Ανεξάρτητα από τις νομοθετικές ρυθμίσεις και τη δημιουργία νέων φορέων, κρίνεται σκόπιμο να υπάρξει μια συντονισμένη προσπάθεια από την πολιτεία για την ενημέρωση και σταδιακή αλλαγή για να είναι σε θέση η γυναίκα να αναζητήσει την καλύτερη επιλογή. Τα προγράμματα προγεννητικής εκπαίδευσης φαίνεται να χρειάζονται βελτίωση διότι δεν έχουν διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο στην ενδυνάμωση των γυναικών.

Καταληκτικά, έχει διαφανεί ότι ο τόπος τοκετού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για το πώς η γυναίκα θα βιώσει το τοκετό της, αλλά κάθε γυναίκα έχει τις δικές της προτιμήσεις και ανάγκες. Σχετικά με τη βελτίωση των υφιστάμενων δομών και την δημιουργία καινούργιων έχει εντοπιστεί ότι χρειάζεται η άμεση διόρθωση του περιβάλλοντος που διεκπεριώνεται ο τοκετός, φυσικού και ανθρώπινου. Το φυσικό περιβάλλον μπορεί να διορθωθεί αν γίνουν αλλαγές με διαφορετική επίπλωση και χρώματα στους τοίχους και κουρτίνες. Αυτό το περιβάλλον ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές του Ιερού που πρεσβεύει ότι η γυναίκα όταν θα γεννήσει θέλει να έχει το σωστό περιβάλλον, φυσικό και ανθρώπινο. Επιπρόσθετα, σε αυτό το περιβάλλον θα επικρατεί η ενοποιητική δύναμη η οποία θα ενδυναμώνει τη γυναίκα για διεκδίκηση φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες της.

Έχει διαφανεί ότι υπήρχαν γυναίκες που δεν ήθελαν πολλές πληροφορίες και είχαν αναφέρει ότι θα ήθελαν οι επαγγελματίες υγείας να αποφασίσουν για αυτές. Αυτά τα στοιχεία αντιστοιχούν στο δωμάτιο επιτήρησης και το φαινόμενο αυτό πιθανόν να έχει παρουσιαστεί διότι οι γυναίκες δεν είχαν την απαραίτητη γνώση για τους τύπους τοκετού, τα είδη τοκετού, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τους. Κεντρικό συμπέρασμα είναι ότι η παροχή ποιοτικής ολιστικής φροντίδας προϋποθέτει σωστή πληροφόρηση, σωστή σχέση γυναίκας με επαγγελματίες υγείας, σωστή υλικοτεχνική υποδομή και σχετίζεται άμεσα με τη διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή τύπου τοκετού.

## 11 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την πρώτη παγκύπρια έρευνα για τις απόψεις των γυναικών για το δικαίωμα επιλογής τόπου τοκετού, προβάλλουν επιτακτικά την ανάγκη για αλλαγή της πολιτικής φροντίδας μητρότητας. Ο εντοπισμός και η κατανόηση των προτιμήσεων των γυναικών για τη φροντίδα τους δίνει τη δυνατότητα στους διαμορφωτές πολιτικής υγείας να χαράξουν νέα πολιτική εστιασμένη στις ανάγκες των Ελληνοκυπρίων γυναικών.

Η σημαντικότερη πρακτική εφαρμογή αυτής της μελέτης είναι ότι έχει τεκμηριώσει βασικές παραμέτρους που θα συμβάλουν στην προαγωγή του δικαιώματος των γυναικών για επιλογή τόπου τοκετού. Η δημιουργία κατάλληλων υποδομών και η διόρθωση των υφιστάμενων δομών θα γίνει προσπάθεια να ανταποκρίνονται στις προτιμήσεις των γυναικών. Αυτή η αλλαγή θα βοηθήσει στη μείωση των ποσοστών των γυναικών που επισκέπτονται πολλά νοσοκομεία ταυτόχρονα. Οι γυναίκες θα έχουν τη δυνατότητα να εντοπίσουν από την αρχή τον κατάλληλο τόπο τοκετού. Η επίτευξη αυτού του στόχου, θα συμβάλει στην εξοικονόμηση οικονομικών πόρων, οι οποίοι χάνονται από τις αχρείαστες και επαναλαμβανόμενες εξετάσεις και επισκέψεις που υποβάλλεται η γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη.

Η πλειοψηφία των γυναικών δεν επιθυμεί τοκετό στο σπίτι και διεκδικεί τη δημιουργία καινούργιων δομών όπως τα κέντρα τοκετού. Η δημιουργία των κέντρων τοκετού αναμένεται να γίνει με προσεκτικό σχεδιασμό αρχικά μέσα στο νοσοκομείο. Ταυτόχρονα, με τη δημιουργία καινούργιων δομών επιβάλλεται η ενημέρωση, η αποδοχή και η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη διαμόρφωση τους. Πριν τη στελέχωση των κέντρων τοκετού θα ήταν χρήσιμο να γίνει έλεγχος για την αριθμητική επάρκεια μαιών, μαιευτών και μαιευτήρων. Για αριθμητική επάρκεια με επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να γίνει υπολογισμός των παρόντων αλλά και των μελλοντικών απαιτήσεων της Κυπριακής Δημοκρατίας σε

επαγγελματίες υγείας. Ταυτόχρονα αναμένεται να παρέχονται προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης των μαιών και των μαιευτήρων, τα οποία θα τους εφοδιάζουν με την καινούργια πραγματικότητα και διεθνή επιστημονική γνώση για να ανταποκρίνονται στις σημερινές προκλήσεις του τομέα υγείας. Είναι χρήσιμο λοιπόν, να δοθεί ισχυρή υποστήριξη και κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας για συνεχιζόμενη δια βίου εκπαίδευση. Η εκπαίδευση δεν θα εστιάζεται μόνο στην απόκτηση γνώσεων αλλά δεξιοτήτων και στάσεων. Οι μαιές θα ήταν χρήσιμο να ενθαρρυνθούν μέσα από τα αρμόδια σώματα της Κυπριακής Δημοκρατίας να διεκδικήσουν την αυτονομία τους, για να έχουν ενεργότερο ρόλο στη φροντίδα μητρότητας. Σημαντικό βήμα της απόκτησης της αυτονομίας τους είναι ο εντοπισμός τρόπων για να τεκμηριώσουν οι μαιές την αξία τους και τον επαγγελματισμό τους. Παράλληλα, αναμένεται να δημιουργηθεί «οργανική θέση», «σχέδιο υπηρεσίας» για τις μαιές και ο «τίτλος της Μαίας» να χρησιμοποιείται από το Υπουργείο Υγείας και από τη Δημόσια Υπηρεσία. Η παρούσα νομοθεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας χρειάζεται να τεθεί σε εφαρμογή με σωστές και προσεκτικές στρατηγικές. Μια βασική στρατηγική είναι ο σωστός σχεδιασμός για να διασφαλιστεί η επάρκεια καταρτισμένων και ικανοποιημένων μαιών. Στην εκπαίδευση των μαιών, βασική και συνεχιζόμενη θα ήταν χρήσιμο να καλλιεργούνται και να αναπτύσσονται η αυτοπεποίθηση και η αυτοανάπτυξη. Παράλληλα, θα ήταν χρήσιμο η Μαιευτική Εκπαίδευση να ενταχθεί σε επίπεδο πτυχίου στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Το πτυχίο Μαιευτικής θα μειώσει το κόστος εκπαίδευσης της Μαίας στην Κύπρο διότι δεν θα χρειάζεται να παρακολουθήσει το πρόγραμμα Βασικής Νοσηλευτικής και μετά πρόγραμμα ειδίκευσης στη Μαιευτική. Η συνεχής εκπαίδευση θα παρέχει επάρκεια Μαιών στην Κύπρο με αποτέλεσμα την άρτια στελέχωση τόσο του δημόσιου όσο και ιδιωτικού τομέα. Θα δοθεί η ευκαιρία για δημιουργία μεταπτυχιακών προγραμμάτων και ερευνητικών δεδομένων στη Μαιευτική. Επιπρόσθετα, η δημιουργία Μαιευτικών Υπηρεσιών στη δομή του Υπουργείου Υγείας, θα στήριζε την προσπάθεια για χάραξη πολιτικής και κοινής πορείας ενός ολοκληρωμένου σχεδίου φροντίδας μητρότητας.

Με αυτές τις αλλαγές οι μαιές θα αποκτήσουν ρόλο και δύναμη μέσα στο σύστημα υγείας της Κύπρου, και θα βοηθήσουν τη γυναίκα να έχει επιλογή τόπου τοκετού. Ένας άλλος καλός τρόπος τεκμηρίωσης της αξίας των μαιών είναι η προώθηση της ανεξάρτητης συμβολής τους με αγορά των υπηρεσιών τους μέσω του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας, με την εφαρμογή του Γενικού σχεδίου Υγείας αλλά και με τη δημιουργία κοινοτικής μαιευτικής. Η ανεξάρτητη συμβολή των μαιών θα προσδώσει μια σημαντική προοπτική στο επάγγελμα της μαιίας στο πρωτοβάθμιο επίπεδο και η προοπτική αυτή συμπεριλαμβάνει και τη δημιουργία επιλογών τόπου τοκετού για τη γυναίκα

Μετά τη δημιουργία και τη στελέχωση καινούργιων τόπων τοκετού, επιβάλλεται να διορθωθεί το σύστημα πληροφόρησης για τους τόπους τοκετού. Χρήσιμο βήμα θα ήταν να δημιουργηθεί ιστοσελίδα στον Ιστοχώρο από το Υπουργείο Υγείας σχετική με οποιοδήποτε θέμα άπτεται της φροντίδας μητέρας και παιδιού, που όμως να έχει διαρκή, έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση. Μέσα από αυτή την ιστοσελίδα θα μπορεί να ενημερώνεται, να προβληματίζεται, να ευαισθητοποιείται το κάθε ζευγάρι που στοχεύει να αποκτήσει παιδί ή είναι στο στάδιο της κυοφορίας ή έχει αποκτήσει παιδί. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος αναμένεται το σύστημα παρακολούθησης Υγείας στη Κύπρο να αναβαθμιστεί και να παρέχει πληροφορίες για τη φροντίδα μητρότητας που παρέχεται στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα. Έτσι, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας θα έχουν την ευκαιρία να κάνουν την καλύτερη επιλογή μέσα από διαφάνεια και επίσημη ενημέρωση. Τα οικονομικά οφέλη για όλο τον πληθυσμό της Κύπρου, θα είναι μακροπρόθεσμα αφού θα συμβάλουν άμεσα και έμμεσα στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των γυναικών και των νεογνών και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των οικογενειών.

Ταυτόχρονα με τη διόρθωση των υφιστάμενων δομών αναμένεται να γίνει εφαρμογή μηχανισμών έλεγχου και βελτίωσης της ποιότητας. Να δημιουργηθεί υγιής ανταγωνισμός με τον ιδιωτικό τομέα, με στόχο να μπορέσει ο δημόσιος τομέας να χρησιμοποιήσει επαρκώς τα δικά του στρατηγικά πλεονεκτήματα. Βασική συνιστώσα του υγιούς ανταγωνισμού είναι ο έλεγχος, ο οποίος μπορεί να γίνει αν το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο



σύστημα παρακολούθησης υγείας, το οποίο θα αποτελείται από κατάλληλους μηχανισμούς για την συλλογή, ανάλυση, διάδοση και χρήση πληροφοριών. Το σύστημα θα λειτουργεί ως εργαλείο ενημέρωσης όχι μόνων των γυναικών, αλλά και των πατεράδων και όλης της οικογένειας για τη φροντίδα μητρότητας που παρέχεται στα διάφορα νοσοκομεία και θα βοηθήσει στον εντοπισμό των τόπων τοκετού που παρέχουν ποιότητα.

Η εφαρμογή μηχανισμών βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας μητρότητας είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί η παροχή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Αυτοί οι μηχανισμοί θα απαιτήσουν ένα ισχυρό σύστημα διαχείρισης δεδομένων, το οποίο θα επιτρέψει να λαμβάνονται διορθωτικά μέτρα με στόχο να βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα το σύστημα υγείας θα τυγχάνει της ανάλογης χρηματοδότησης και στήριξης σύμφωνα με την αποδοτικότητα του. Επιπλέον, είναι ζωτικής σημασίας για την σωστή κατανομή των πόρων, να δημιουργηθούν καινοτόμες πρακτικές οι οποίες να βασίζονται σε στατιστικά στοιχεία και οικονομικά αποτελεσματικά μοντέλα φροντίδας μητρότητας. Μια ουσιαστική πρακτική είναι η δημιουργία ενός συστήματος υγείας που να εξασφαλίζει συνέχεια της φροντίδας μητρότητας για όλες τις γυναίκες. Για την επίτευξη αυτού του στόχου χρειάζεται να γίνει αλλαγή στο τρόπο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων αλλά και η δημιουργία της κοινοτικής μαιευτικής με βιώσιμους μηχανισμούς χρηματοδότησης. Αυτές οι δράσεις θα συμβάλουν στην ενίσχυση του συστήματος υγείας με παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, η οποία θα επιφέρει άμεση βελτίωση στην υγεία της μητέρας και του νεογνού με χαμηλότερο κόστος.

Ταυτόχρονα, θα εντατικοποιηθεί η κρατική παρέμβαση και ο έλεγχος θα γίνεται μόνο με γνώμονα τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου αλλά και της προώθησης κοινωνικής δικαιοσύνης. Ο έλεγχος για την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας θα είναι κεντρικός και θα υλοποιηθεί ευκολότερα με την δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών. Οι οδηγίες αυτές θα είναι βασισμένες σε τρέχουσα, έγκυρη και επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση και θα βελτιώσουν την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας, θα διευκολύνουν την εκπαίδευση νέου προσωπικού, θα συντονίζεται η εργασία των

διεπιστημονικών ομάδων, θα βελτιωθεί η επικοινωνία γυναίκας-μαίας-μαιευτήρα, θα ενθαρρύνεται η αυτονομία και αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών υγείας στο έργο τους.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες θα αναπτύσσονται με τη συναίνεση της νοσηλευτικής, μαιευτικής, ιατρικής και διοικητικής υπηρεσίας για να αξιοποιηθούν σ' ένα οργανωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας μητρότητας και ο κεντρικός σχεδιασμός θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της παράλληλης παροχής κρατικής και ιδιωτικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης θα μειώσει την σπατάλη από αχρείαστη παραγωγή των ιδίων υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα και θα συμβάλλει στη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας στη Κύπρο.

Μια χρήσιμη καινοτομία είναι η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας της Κύπρου με Ευρωπαϊκά Δίκτυα που ασχολούνται με τη φροντίδα μητρότητας. Συγκεκριμένα, το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Οργανισμών για τον Τοκετό (ENCA) που ιδρύθηκε το 1993 στην Φρανκφούρτη της Γερμανίας και ήταν μια πρωτοβουλία για βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας για τις μητέρες και τα μωρά. Μέλη του αποτελούν ιδιώτες και φορείς ενεργών πολιτών, καταναλωτών, γονέων, μαιών και συμβούλων τοκετού, οι οποίοι αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα να υπάρξουν στρατηγικές ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες, το περιβάλλον και ο τρόπος αντιμετώπισης των γυναικών κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την περίοδο μετά τη γέννα, σε ολόκληρη την Ευρώπη. Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, το ENCA υποστηρίζει: την ενδυνάμωση και την υποστήριξη των γυναικών, την παροχή φροντίδας μητρότητας με επίκεντρο την οικογένεια και τη δημιουργία ικανών επαγγελματιών υγείας. Η επικοινωνία με το συγκεκριμένο φορέα θα βοηθήσει στην απόκτηση τεχνογνωσίας και ανταλλαγής απόψεων με άλλες χώρες.

Σύμφωνα με τον ENCA, για παροχή ποιοτικής φροντίδας μητρότητας αναμένεται οι επαγγελματίες υγείας να προάγουν με μεθοδικότητα το φυσιολογικό τοκετό και να χρησιμοποιούν σωστά την τεχνολογία στον τοκετό. Το μοντέλο φροντίδας μητρότητας να έχει ως επίκεντρο τη γυναίκα και η μαιευτική παρακολούθηση να γίνεται από μαιές οι οποίες έχουν αξιολογηθεί ως οι κατάλληλοι επαγγελματίες για το φυσιολογικό τοκετό. Οι εθνικοί αντιπρόσωποι

της κάθε χώρας-μέλους του ENCA θα πρέπει να πραγματοποιούν τακτικές συναντήσεις και να διατηρούν στενή επαφή με τους εταίρους τους, έτσι ώστε να δημιουργήσουν σχέδια δράσης, να μοιραστούν ανησυχίες και να προσφέρουν αμοιβαία υποστήριξη. Ταυτόχρονα, η συλλογή και η διάδοση της πληροφόρησης, με διοργάνωση ειδικών ημερίδων που θα επιλαμβάνονται θεμάτων σχετικών με τον τοκετό και την ενδυνάμωση των γυναικών θα είναι πολύ χρήσιμη. Σε κάθε χώρα θα πρέπει να υπάρχει υπεύθυνος εμπειρογνώμονας για τη διασπορά της καινούργιας γνώσης και πληροφορίας σε όλους του επαγγελματίες υγείας αλλά και φορείς που ασχολούνται με τον τοκετό και την περιγεννητική φροντίδα.

Η επαφή των εμπειρογνομένων των διαφόρων χωρών θα δημιουργήσει ένα δίκτυο μεταξύ των χωρών, το οποίο θα διεξάγει έρευνες, τις οποίες θα δημοσιεύει και θα δημιουργεί ειδικά σεμινάρια και ημερίδες. Στα σεμινάρια θα δίνεται η ευκαιρία για ενεργή συμμετοχή σε συζητήσεις, ανταλλαγή ιδεών, χρήση δοκιμασμένων στρατηγικών από άλλες χώρες για τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας, σε όλες τις χώρες. Επιπρόσθετα, ως πρώτο βήμα θα δοθεί ευκαιρία για δράση και ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών σε ευρωπαϊκό επίπεδο και με ευρωπαϊκή εμβέλεια. Δεύτερο βήμα, θα γίνει γνωμοδότηση για αλλαγές πολιτικής, νομοσχεδίων και νόμων, με παρέμβαση άλλων ευρωπαϊκών χωρών που παρέχουν λειτουργικά μοντέλα φροντίδας της εγκύου και του εμβρύου. Ταυτόχρονα θα δοθεί δυνατότητα ανταλλαγής επαγγελματιών υγείας και επιπλέον εκπαίδευσης ή πρακτικής εξάσκησης σε άτομα που ασχολούνται με την φροντίδα μητρότητας.

Όλα αυτά τα καινοτόμα προγράμματα θα ενισχύσουν τη συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και θα δοθεί η δυνατότητα να δημιουργηθούν τοπικοί μηχανισμοί για ενδυνάμωση των γυναικών, των οικογενειών και των κοινοτήτων. Αυτά τα προγράμματα που σχετίζονται με τη βελτίωση της μητρικής και νεογνικής υγείας θα πρέπει να ενσωματωθούν στην γενική εκπαίδευση, καθώς αποτελούν μέρος των στοιχειοθετημένων δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας τους, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της πρώιμης μεταγεννητικής περιόδου. Η ανάπτυξη δεσμών μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, της κοινότητας και ενίσχυση των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών και των τοπικών αρχών είναι επίσης

σημαντική παράμετρος, προκειμένου οι γυναίκες να μπορούν να καταστούν πλήρεις εταίροι στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην αξιολόγηση των αποτελεσματικών προγραμμάτων φροντίδας μητέρων και νεογνών. Βασικός στόχος όλων των φορέων θα είναι η συνεχής βελτίωση της φροντίδας μητρότητας σύμφωνα με τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των γυναικών.

Περαιτέρω, βασική ανάγκη των γυναικών είναι η δημιουργία σωστής σχέσης με τους επαγγελματίες υγείας. Η σωστή σχέση θα βασίζεται στον αλληλοσεβασμό αλλά και στην εμπιστοσύνη που θα έχει η γυναίκα στον επαγγελματία υγείας αλλά και το άτομο της. Τα μαθήματα για προγεννητική ενημέρωση είναι πολύ χρήσιμα για να αναπτυχθεί η σωστή σχέση της γυναίκας με τον επαγγελματία υγείας αλλά και για απόκτηση κατάλληλης γνώσης για τη λειτουργία και σοφία του γυναικείου σώματος. Σημαντική παράμετρο στο πρόγραμμα αυτό αποτελεί η ενδυνάμωση της γυναίκας για διεκδίκηση ενός ενεργητικού τρόπου στη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη θεμελίωση σχέσεων εμπιστοσύνης και όχι εξάρτησης των γυναικών με τους γιατρούς και τις μαιές θεωρείται η εκπαίδευση μαιευτήρων και μαιών σε θέματα επικοινωνίας με την έγκυο, την νέα μητέρα και τον σύντροφο της. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας χρειάζεται να περιλαμβάνει την ευαισθητοποίηση για τον ευαίσθητο μηχανισμό της αναπτυσσόμενης σχέσης μητέρας-παιδιού.

Η προσέλκυση ικανών επαγγελματιών στο σύστημα υγείας και η διαμόρφωση κατάλληλων υπηρεσιών πρέπει να προωθηθεί με στοχευμένα μέτρα. Οι σύλλογοι Μαιών κρίνεται χρήσιμο αφενός να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη στήριξη της ανάπτυξης κατάλληλων υπηρεσιών για τις γυναίκες που θα τους βοηθήσουν να βιώσουν το τοκετό τους ως ευχάριστη εμπειρία. Αφετέρου για σωστή στελέχωση αυτών των υπηρεσιών οι σύλλογοι Μαιών να επηρεάζουν την εκπαίδευση των Μαιών ώστε να εξασφαλίζεται ότι οι Μαιές έχουν επάρκεια γνώσεων δεξιοτήτων και στάσεων για κάλυψη των αναγκών των γυναικών. Παράλληλα, η κυβέρνηση να προωθήσει σωστό σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού και διαμόρφωση σωστών χώρων και να βοηθήσει να παρέχεται στη γυναίκα και το νεογνό ποιοτική φροντίδα. Τα συστήματα υγείας πολλών χωρών

που έχουν προβεί σε αποτελεσματικές αλλαγές, θα ήταν χρήσιμο να μοιράζονται τις εμπειρίες τους με τις υπόλοιπες χώρες.

Μια σημαντική αλλαγή είναι η παροχή επιλογών προς τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με ερευνητικά στοιχεία. Είναι σημαντικό να γίνει μια πανευρωπαϊκή μελέτη η οποία θα έχει ως στόχο τη διερεύνηση και σύγκριση των απόψεων των γυναικών για την επιλογή τόπου τοκετού. Η παρούσα μελέτη θα ήταν ενδιαφέρον να επαναληφθεί με διαχρονική προσέγγιση και σε συνεργασία με άλλα κράτη. Η διαχρονική φύση θα δώσει την ευκαιρία για παρακολούθηση των γυναικών κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία και ίσως μπορέσει να δώσει μια πιο καθαρή εικόνα των παραγόντων που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τόπο τοκετού της.

Περαιτέρω, ο εξανθρωπισμός του τοκετού είναι μια μοναδική προσέγγιση που στοχεύει να κάνει τον τοκετό μια θετική και ικανοποιητική εμπειρία και για τις γυναίκες και την οικογένειά τους. Η στρατηγική αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προωθήσει στη χειραφέτηση των δικαιωμάτων των γυναικών και των παρόχων φροντίδας τους, λαμβάνοντας υπόψη την γυναικεία συναισθηματική κατάσταση, τις αξίες, τις πεποιθήσεις, προάγοντας την αξιοπρέπεια και την αυτονομία κατά την διάρκεια του τοκετού. Η γνώση, η αφύπνιση και η παροχή επιλογών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού αναμένεται να είναι δρόμος αυτογνωσίας, συνειδητότητας και αναγνώρισης της αληθινής και αρχέγονης αξίας της μητρότητας. Η ενδυνάμωση των γυναικών και των παρόχων φροντίδας μητρότητας θα ήταν χρήσιμο να προωθεί την ενεργό συμμετοχή και τη λήψη σωστής απόφασης σε όλες τις πτυχές της φροντίδας μητρότητας.

Είναι αναγκαία μια διεπιστημονική ολιστική προσέγγιση της παροχής φροντίδας μητρότητας, τόσο σε επίπεδο κλινικής πρακτικής όσο και σε επίπεδο μαιευτικής εκπαίδευσης και έρευνας. Η συστηματική ενημέρωση, με στόχο την ευαισθητοποίηση όλων των ενδιαφερόμενων ζευγαριών, μαιευτήρων, μαιών και διοικητικών φορέων σχετικά με τη διασφάλιση του δικαιώματος για επιλογή τόπου τοκετού είναι αναγκαία, προκειμένου η γυναίκα να έχει ποιοτική φροντίδα στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την περίοδο της λοχείας. Η εξειδικευμένη εκπαίδευση των μαιευτήρων και των μαιών και των γονέων για τα δικαιώματα της γυναίκας

στο τοκετό είναι χρήσιμη. Στο πλαίσιο της εξειδικευμένης εκπαίδευσης και ενημέρωσης και παράλληλα της ευαισθητοποίησης όλων των εμπλεκομένων φορέων, να προγραμματίζονται σε ετήσια τακτική βάση ενημερωτικές επιμορφωτικές ημερίδες με θέματα που θα άπτονται των δικαιωμάτων της γυναίκας στο τοκετό. Οι ημερίδες μπορεί να έχουν και τη μορφή εργαστηρίου με διεξαγωγή ασκήσεων για χαλάρωση και ενδυνάμωση των γυναικών.

Οι προτάσεις που παρουσιάστηκαν μπορούν να αποτελέσουν βασικές συνιστώσες της προσπάθειας μεταρρύθμισης στη φροντίδα μητρότητας διότι ικανοποιούν τις βασικές αρχές λειτουργίας ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Η διατύπωση προτάσεων ανάληψης συγκεκριμένων πρωτοβουλιών απαιτεί την ερευνητική προσέγγιση των αιτιών των προβλημάτων.

Η παρούσα έρευνα έχει δώσει το έναυσμα να τροχοδρομηθούν παρεμβάσεις ανάλογα με τις τεκμηριωμένες ανάγκες των γυναικών, για ουσιαστική αλλαγή στην παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας. Χρειάζονται όμως περισσότερες μελέτες με περισσότερη θεματολογία που να πραγματεύεται την παρεχόμενη φροντίδα μητρότητας στη Κύπρο. Κρίνεται σκόπιμο να ληφθούν ως σημεία προβληματισμού οι μελέτες κόστους, αποτελεσματικότητας για τη φροντίδα που παρέχεται στο δημόσιο νοσοκομείο, στο ιδιωτικό σε κέντρο τοκετού και στο σπίτι. Η εκπόνηση αυτών των μελετών θα δώσει τη δυνατότητα δημιουργίας επιδημιολογικών, κλινικών και οικονομικών δεδομένων. Αυτά τα δεδομένα μπορούν να συμβάλουν σε ορθολογική λήψη αποφάσεων, με κριτήρια την δίκαιη, αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των πόρων υγείας.

## 12 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αδάμη,Β., Αδάμη,Σ.Β. (2008). Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς. Η περίπτωση του υποπήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5),577-583.

Ακινόσογλου, Κ., Αποστολάκης,Ε., Δουγένης,Δ. (2007). Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποίος τα προστατεύει. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(6), 605-611

- Αλεξιάδης, Α. Δ. (2000). Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 17,1,101-108.
- Αλεξιάς, Γ. (2006). *Κοινωνιολογία του σώματος*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα
- Αμπάτζογλου, Γ., Μανώπουλος, Σ. (1998). *Προσεγγίσεις της γέννησης*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Γεωργιάδη, Α. (2001). *Ιστορία της Κυπριακής Ιατρικής και Νοσηλευτικής*. Λευκωσία: Κυριακίδης.
- Γιαρένη, Ι. (2004). *Γυναίκα και Ανθρώπινα Δικαιώματα*. Αθήνα: Ελλην.
- Δάτογλου, Δ. (1991). *Συνταγματικό Δίκαιο, Ατομικά Δικαιώματα*. Αθήνα: Ν.Σακκούλα.
- Δημητρόπουλος, Ε. Γ. (2001). *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας* 3 έκδοση Αθήνα: Έλλην.
- Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (1986). *Φιλοσοφία και Ανθρώπινα Δικαιώματα*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Δικαίος, Κ., Χλέτσος, Μ. (1999). Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική: ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική*. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51,233–260.
- Έκθεση της Κοινοβουλευτικής Επιτροπής Υγείας για καισαρικές τομές (2008). Λευκωσία.
- Έκθεση της Κοινοβουλευτικής Επιτροπής Υγείας για το νομοσχέδιο «*Ο περί Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (Έλεγχος Ίδρυσης και Λειτουργίας) (Τροποποιητικός) (Αρ. 2) Νόμος του 2010*» Λευκωσία.
- ΕΞΠΡΕΣΣ (2012) Οικονομική κατάσταση στη Κύπρο. Οικονομική εφημερίδα 2/3/12
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2005). *Ευρωπαϊκές οδηγίες 3620*.
- Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή Δικαιώματα των ασθενών στην Ευρώπη Βρυξέλλες, 26 Σεπτεμβρίου 2007.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.

Ιωσηφίδης,Θ., Σπυριδάκης, Μ. (2006). *Ποιοτική κοινωνική έρευνα. Μεθοδολογικές προσεγγίσεις και ανάλυση δεδομένων*. Αθήνα: Κριτική

Ιωσηφίδης, Θ. (2008). *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.

Καρδιολής, Ν. (2001). *Τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο*. Αθήνα:Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

Κατσίκη, Γ. (2006). Το κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο της γέννησης και η συμβουλευτική εγκύων και νέων μητέρων. Στο Μαλικιώση-Λοΐζου,Μ., Σιδηροπούλου-Δημακάκου,Δ., Κλεφτάρας,Γ. (Επιστ. Επιμ.), *Η Συμβουλευτική Ψυχολογία στις Γυναίκες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κοντιάδης,Ξ, Σουλιώτης Κ. (2005). *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας*. Αθήνα: Σακούλα.

Κυπριακή Δημοκρατία (2004). *Τα δικαιώματα των ασθενών*. Κύπρος: Κυβερνητικό τυπογραφείο

Κυριόπουλος, Κ., Σουλιώτης,Κ. (2002). *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης

Λεξικό Νεοελληνικής γλώσσας (2011) Λεξικό της δημοτικής γλώσσας. Αθήνα: ΑΤΛΑΣ.

Λυκερίδου, Α. (2011) *Κανόνες Ηθικής και Δεοντολογίας. Νομοθεσία Μαιών Μαιευτών*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λάγος Δημήτριος.

Μαντζούκας, Σ. (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση *Νοσηλευτική*, 46(1), 88-98.

Μαραγκού, Α., Γεωργιάδη., Α. (2006). *Η ιατρική στην Κύπρο κατά τη διάρκεια της Αγγλοκρατίας. Η ιατρική στην Κύπρο*. Πολιτιστικό Κέντρο Ομίλου Λαϊκής, Λευκωσία.

Μερκούρης, Α. (2008). *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής έρευνας*. Αθήνα : ΕΛΛΗΝ

Μεράκου,Κ ., Γκαράνη,Τ. (1999). Δικαιώματα ασθενών. Μια νέα παράμετρος στη φροντίδα υγείας. *Ιατρική*.75, (2),161-168.

Μουτζαλή, Α. (2003) Ιατρός ευαγή ιδρύματα και περίθαλψη ασθενών στο Βυζάντιο. *Αρχαιολογία και Τέχνες*, 8,1-7.



- Μπελλάλη, Θ., Παπαζόγλου, Ε. (2004). Η ποιοτική μεθοδολογία στη νοσηλευτική έρευνα *Νοσηλευτική*, 43(3), 261-270.
- Μώρος, Μ. (2010). Ιστορία της Μαιευτικής. Μαιευτική και Γυναικολογική θεραπεία. *ΕΛΕΥΘΩ*, 4, 105-114.
- Μωραΐτη, Α. Παπαδάτου, Δ. (2010) Η Χρήση των Ομάδων Εστιασμένης Συζήτησης στη Συλλογή Ποιοτικών Δεδομένων. *Νοσηλευτική*, 49(4), 347–354.
- Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμος ,Ν. 214 / 1988 Κυπριακή Δημοκρατία.
- Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος (2011) Νόμοι περί εγγραφής Ιατρών.  
www.cyma.org.cy.
- Παπαγεωργίου, Γ. (1998). *Μέθοδοι στην Κοινωνιολογική Έρευνα*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Παπαδοπούλου, Ι., Καλοκαιρινού, Α., Κούτα, Χ. (2011) *Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες Υγείας*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Περισιτιάνης, Π. (2004). *Η Σημερινή Κατάσταση της Κυπριακής Οικογένειας*. Συνδεσμος Κοινωνιολογων Κυπρου.  
<http://www.sociology.org.cy/el/research/shmerinh-katastash-kypriakhs-oikogeneias>
- Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ. Ι., Ασημακοπούλου, Ι., Ιυφαντόπουλος, Ι. (2005) *Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική*. Αθήνα: Αττικόν
- Ρούκουνας, Ε. (1995). *Διεθνής προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων*. Αθήνα: Εστία
- Σπυριδάκη, Σ.Ι. (1985) *Γενικές αρχές*. Αθήνα: Σάκκουλα.
- Σχέδια Υπηρεσίας Μαίας, 1<sup>ης</sup> και 2<sup>ης</sup> τάξης, Υπουργικό Συμβούλιο- Απόφαση αρ. 26.261 και ημερομηνία 19.9.1985
- Σιδερά, Β, Χεμπορν, Γ. (2007) . "Θεωρία λύπη και την τυραννία της επιλογής." *Οι οικονομικές επιδόσεις*. 83 (261), 191-203.
- Στατιστική υπηρεσία, (2009). Δημογραφική έκθεση. Λευκωσία: Κυβερνητικό τυπογραφείο.
- Τζαβέλλας, Φ.Α. (2010). Δεοντολογικά προβλήματα στην κλινική έρευνα. Το Έντυπο Συγκατάθεσης *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 27(2):230-238

Τούντας, Γ. (2001). Η Ευρωπαϊκή Πολιτική της υγείας. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 18(1).13.

Τούντας, Γ. (2002). *Οικονομία της υγείας. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας 10 αναπτυγμένων χωρών*. Κέντρο Μελετών. Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Τσιάμης, Κ., Βλαδίμηρος, Λ., Λασκαράτος, Ι. (2002) "Η ιστορία της καισαρικής τομής". *Θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας*. 16(1), 58-65

Χατζηγεωργίου, Ε. (2009) Τα δικαιώματα της γυναίκας στο τοκετό στη Κύπρο. *ΕΛΕΥΘΩ*, 12,54-62

Υπουργείο Υγείας. (1957). *Ετήσια Έκθεση*, Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία. 58-60.

Υπουργείο Υγείας. (2007). *Ετήσια Έκθεση* Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία. 7-13.

Υπουργείο Υγείας. (2009). *Ετήσια έκθεση*. Κυπριακή Δημοκρατία, Λευκωσία. 1-43

## ΑΓΓΛΙΚΗ

Antoniadou, M. (2001). Can Cyprus overcome its health-care challenges? *The Lancet*, 365, 1017 – 1020.

American Public Health Association. (2002). 2001-3: increasing access to out-of-hospital maternity care services through state-regulated and nationally-certified direct-entry midwives. *Am J Public Health*. 92: 453-5.

American College of Obstetricians and Gynaecologists (2001). Frequently asked questions about having a baby in the 21<sup>st</sup> century [monograph]. Washington; 12 Dec 2001. [www.acog.org/from\\_home/publications/press\\_releases/nr12-12-01-4.cfm](http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr12-12-01-4.cfm) (accessed 3 Apr 2008).

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2006). ACOG statement on home births. Washington, DC: *American College of Obstetricians and Gynecologists*.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2008). ACOG statement of policy: Out-of-hospital births in the United States. Washington, DC: *American College of Obstetricians and Gynecologists*.

Australian Health Workforce Advisory Committee. (2002) The midwifery workforce in Australia 2002-2012. AHWAC Report 2002.1. North Sydney: NSW Health. Available at: [http://www.health.nsw.gov.au/amwac/pdf/midwifery\\_2002.pdf](http://www.health.nsw.gov.au/amwac/pdf/midwifery_2002.pdf) (accessed Mar 2008).

Banister, P., Burman, E. (2007). American College of Nurse-Midwives. Core Competencies for Basic Midwifery Practice. Silver Spring, MD: *American College of Nurse-Midwives*.

Barber, T., Rogers, J., Marsh, S. (2006). The Birth Place Choices Project: phase one', *British Journal of Midwifery*. 14, 10, 609-613

Barber, T., Rogers, J., Marsh, S. (2007). 'Increasing out-of-hospital births: what needs to change?' *British Journal of Midwifery*. 15, 1, 16-20.

- Barbour, R. (2007). *Doing focus groups*. Los Angeles: Sage
- Beech, I. (1999). Bracketing in phenomenological research. *Nurse Researcher*. 6, 3, 35-31.
- Benoit, S. W., I. Bourgeault, I. (2005). Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone, *Sociology of Health and Illness* 27, 722-737.
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., Wahlberg, V. (1996) Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*. 12:11-15
- Banoliel, J.Q. (1996). Grounded Theory and Nursing Knowledge *Qual Health Res* .6: 406-428,
- Betrán, A.P., Meriáldi, M., Lauer, J.A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., Wagner, M. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinatal Epidemiol*. 21, 98-113.
- Bick, D., McCourt, C., Beake, S. (2004). Choice, Culture, and Evidence-Informed Practice: Addressing the Future of the U.K. Maternity Services. Third Quarter, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.
- Bidmead, C., Cowley, S. (2005). A concept analysis of partnership with clients *Community Practitioner*, 78, 6, 203-208.
- Birks, M., Chapman, Y.B., Francis, K. (2006). Moving grounded theory into the 21st century: Part 1 - An evolutionary tale. *Singapore Nursing Journal*, 33, 4, 4-10.
- Black, T.R. (1999). *Doing Quantitative Research in the Social Sciences*. London: Sage
- Block, J. (2007). *Pushed: The painful truth about childbirth and modern maternity care*. Cambridge, MA, Da Capo Press.
- Bojo, S., Kvist, L.J. (2008). Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score. *BIRTH* 35, 4, 321-328.
- Bourgeault, I., Benoit, C., Davis-Floyd, R. (eds) (2004). *Reconceiving Midwifery: the New Canadian Model of Care*. Montreal/Kingston: Mc-Gill-Queen's University
- Boucher, D., Bennet, C., McFarlin, B., Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: Why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery and Women's health*. 54, 119-126.

- Bradbury-Jones,C., Sambrook,S., Irvine,F. (2009) The phenomenological focus group: an oxymoron? *Journal of Advanced Nursing* 65,3, 663-671.
- Bryanton, J., Gagnon, A.J., Johnston .C., Hatem. M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience.*Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 37(1),24-34
- Brodie ,P. (2002). Addressing the barriers to midwifery – Australian midwives speaking out. *Aust J Midwifery.*15, 5–14.
- Burns,N. , Grove,S.K. (2005). *The practice of nursing research: conduct critique and utilization.* 5<sup>th</sup> edition. St. Louis, Mo: Elsevier/Saunders.
- Campbell, R., Macfarlane, A.J., Cavenagh, S. (1991) Choice and chance in low risk maternity care. *British Medical Journal.*303,1487-8.
- Campbell, R., Macfarlane, A. (1994). *Where to be born? The debate and the evidence* 2nd edn. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.
- Garg,A.X., Hackam,D., Tonelli,M. (2008). Systematic review and meta-analysis: when one study is just not enough. *Clinical Journal of the American society of Nephrology.*3,253-260.
- Carr,L.T. (1994). The strengths and weakness of quantitative and qualitative research : what method for nursing? *Journal of Advanced Nursing.* 20,4,716-721.
- Carolan, M., Hodnett, E. (2007). With woman' philosophy: examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry.* 14, 140–152.
- Caveli, S. (1988). Declining decline: Wittgenstein as a philosopher of culture. *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy.* 31,3, 253-264.
- Cheyney, M.J. (2008). Homebirth as Systems Challenging Praxis: Knowledge , Power and Intimacy in the Birth place. *Qualitative Health research.* 18,254
- Cheung, N.F. (2002). Choice and control as experienced by Chinese and Scottish childbearing women in Scotland. *Midwifery.*18, 200-213.
- Christiaens, W., Bracke, P. (2009). Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery.* 25,2,11-9.
- Colaizzi, P.F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M (Eds) *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology.* Oxford University Press, New York NY, 48-71.
- Cortina, J. M. (1993). What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology* 78,1, 98-104.

Coyle, K., Hauck, Y., Percivaland, P., Kristjanson, L. (2001). Normality and collaboration: mothers' perceptions of birth centre versus hospital care. *Midwifery*, 17, 182-193.

CRD (2009). *Systematic Reviews*. York: CRD.

Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. London and Thousand Oaks, CA; Sage Publications.

Crotty, M. (1996). *Phenomenology and Nursing Research*. Australia: Churchill Livingstone.

Dahlberg, K.M.E., Dahlberg, H.K. (2004). Description vs. interpretation - a new understanding for an old dilemma in human science research. *Nursing Philosophy*, 5, 268-273.

David, V. (2005). *Having a Great Birth in Australia*. Canberra: Australian College of Midwives.

Davis-Floyd, R.B. (1994). The Technocratic Body: American Childbirth As Cultural Expression. Department Of Anthropology, University Of Texas At Austin, *Sot. Sci. Med.* 38, 8, 1125-1140.

Davis-Floyd, R. (2003). Home births in emergency in US and in Mexico: The trouble with transport. *Social science and Medicine*, 56, 1911-1931.

Davis-Floyd, R., Pascal Bonano, D., Davies, R., Gomez Ponce de Leon, R. (2010). The International MotherBaby Childbirth Initiative: A Human Rights Approach to Optimal Maternity Care. *Midwifery Today*, 94.

Davis, L. (2000). Keeping birth normal. *MIDIRS Midwifery digest*, 10, 1, 57-58.  
Davies, J., Hey, E., Reid, W., Young, G., (1996). Prospective regional study of planned home births. Home Birth Study Steering Group. *BMJ*. 313, 1302-6.

Davies, C. (1995). *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Buckingham: Open University Press.

Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., Applebaum, S. (2006) Listening to Mothers II: The Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York. Available from: [www.childbirthconnection.org/listeningtomothers/](http://www.childbirthconnection.org/listeningtomothers/) [Accessed March 11, 2007].

Declercq, E.R., Williams, D.R., Koontz, A.M., Paine, L.L., Streit, E.L., McCloskey, L. (2001). Serving women in need: nurse-midwifery practice in the United States. *J Midwifery Womens Health*. 4, 1, 11-16.

- Demetriades, A. (2005) A report on the situation of fundamental rights in Cyprus, in E.U. network of independent experts on fundamental rights, 119.
- Department of Health (1993). *Changing Childbirth Part 1. Report of the Expert Maternity Group*. HMSO, London
- Department of Health. (1999). *Making a Difference: Strengthening the Nursing and Midwifery and Health Visiting Contribution to health and Healthcare*. HMSO: London.
- Department of Health. (2003). *Keeping the NHS local*. HMSO, London Exeter District Community Health Service
- Department of Health. (2007). *Maternity matters: choice, access and continuity of care in a safe service*. London: Department of Health.
- De Loukas, E. (2010). Two labours, one birth. *Kid Culture*. 2, 24–29.
- Dempsey, P.A., Dempsey, A.D. (2000). *Using nursing research: critical evaluation and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Dey, I. (1993). *Qualitative data analysis: A user-friendly guide for social scientists*, London: Rutledge and Kegan Paul.
- Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. (2005). Synthesizing qualitative and quantitative evidence: A review of possible methods. *J. Health Serv. Res. Policy* 10(1): 45-53.
- Donaldson, C. Hundley, V. Mapp, T. (1985). *Birth: Issues in Perinatal Care*. 25, 32-40.
- Donati, S., Andreozzi, S., Grandolfo, M.E.. Istituto Superiore di Sanità. (2001). *Evaluation of the support and the information activities. Vered to pregnant women: a national survey*, 93p. Rapporti ISTISAN 01/5 (in Italian).
- Donelley, I. (1993). *Universal Human Rights in : Theory and Practice*. Cornell University Press. Ithaca .
- Donnison, J. (1977). *Midwives and Medical Men*. Heinemann, London.
- Donnison, J. (1988). *Midwives and Medical Men: A History of the Struggle for the Control of Childbirth*. London: Historical Publications.
- Dowling, M. (2004). Hermeneutics. An exploration. *Nurse Researcher*. 11, 4, 30-39.

- Downe, S.. (2001). Is there a future for normal birth?, *The Practising Midwife* 4 , pp. 10–12
- Downe, S., McCourt, C. (2004). From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges. In: S Downe (Ed). *Normal childbirth: Evidence and debate*. London: Churchill Livingstone
- Downe, S., Walsh, D., Gyte, G. (2008). Is maternity care evidence based or interpretation driven? Place of birth as an exemplar. *Midwifery* 24, 247–9.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care for Women International* 13,3, 313–321.
- Downe, S.. (2008). Is maternity care evidence based or interpretation driven? Place of birth as an exemplar. *Midwifery* 24, 247–249.
- Dye, N.S. (1980). History of Childbirth in America. *Women: Sex and Sexuality*, Part 2 6,1,97-108 .
- Edwards, N.P. (2005). Birthing Autonomy. Women’s experiences of planning home birth. *Sociology of Health & Illness*.27,6, 722-737.
- Edwards, N.P. (2008). Place of birth: can Maternity Matters really deliver choice? *British Journal of Midwifery*. 16,771-774.
- Emslie, M.J., Campell, M.K., Walker, K.A., Robertson, S., Campell, A., (1999). Developing consumer-led maternity services: a survey of women’s views in a local healthcare setting. *Health Expectations* 2, 195–207
- European Commission, High Level Group on Health Services and Medical Care (2006d). “Summary Paper on Common Principles of Care, from the Mapping Exercise of the High Level Group on Health Care Services”, 3.11.2006, HLG/CBH/2006/4/4.
- European Commission, High Level Group on Health Services and Medical Care (2006d), “*Summary Paper on Common Principles of Care, from the Mapping Exercise of the High Level Group on Health Care Services*”, 3.11.2006, HLG/CBH/2006/4/4.
- European Commission (2002). *Social Protection in Europe*. European Commission
- European Commission (2004). “*Follow up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union*”. European Commission



- European Midwife's Association. (2008). *European Perinatal Health report*. EMA.. [www.europeanmidwives.eu](http://www.europeanmidwives.eu).
- Eysenck, M. W. (2010). *Fundamentals of Cognition*. Athens: Gutenberg.
- Fahy, K., (2002). Reflecting on practice to theorise empowerment for women: using Foucault's concepts. *Australian Journal of Midwifery* 15, 5–13.
- Fahy K, Parratt J (2006). Birth territory: A theory for midwifery practice. *Women and Birth* 19,2, 45–50.
- Fenwick, J., Hauck, Y., Downe, J., Butt, J. (2005) The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery* ,21,23–35.
- FIGO, ICM (2011). International Federation of Gynecology and Obstetrics  
A global call to action: strengthen midwifery to save lives and promote health of women and newborns. [www.figo.org](http://www.figo.org). ( 10/12/2010)
- Fitz Gerald, M. (1995). *The Experience of Chronic Illness in Rural Australia*. The University of New England: Armadale.
- Fleming, V. (2000). The midwifery partnership in New Zealand; past history or a new way forward? In: Kirkham, M. (Ed.), *The Midwife–Mother Relationship*. MacMillan Press Ltd., Basingstoke.
- Foucault , M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, Penguin, Harmondworth .
- Freeman,L,M, Timperley,H, Adair, V. (2004). Partnership in midwifery care in New Zealand. *Midwifery*, 20, 1, 2-14
- Freidson, E. (1985). «The reorganization of the medial profession», *Medical Care Review*, 42, 11-35.
- Freidson E., (1988 ). *Profession of medicine: A study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago:The University of Chicago Press.
- Fullerton ,J.T, Navarro, A.M., Young, S.H. (2007). Outcomes of planned home birth: An integrative review. *J Midwifery Womens Health*.52,323–33.
- Gallotti,K,M., Pierce,B., Rebecca,L., Raimer,R,L, Luckner,A.E. (2000). Midwife or doctor: a study of pregnant women making delivery decisions. *Journal of Midwifery and Women's health*. 45,320-329.
- Ganong,L. (1987). H Integrative reviews of nursing research, *Research in Nursing and Health* 10,1-11.

- Gabe, J. (2004). «Medicalization» In Gabe J., Bury M., Elston, M. A. (eds), *Key concepts in Medical Sociology*, London: Sage.
- Gambetta, D. (1988). «Can we trust?», D. Gambetta (ed.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, Oxford, Basil Blackwell.
- Gearing, R. (2004). Bracketing in Research: A Typology. *Qualitative Health Research* 14(10): 1429–52
- Gibbs, G. R. (2005). *Qualitative Data Analysis: Explorations with NVivo*, Open University Press, Cromwell Press, Great Britain
- Gibbins, J, Thomson, A. (2001). Women’s expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*.17,302–13.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16, 354–361.
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing* 21, 1201–1210.
- Gilbert, T.P. (2005). «Impersonal trust and professional authority: Exploring the dynamics», *Journal of Advanced Nursing*, 49, (6), 568-577.
- Goodman, P., Mackey, M., Tavakoli, A.S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction *Journal of Advanced Nursing*.46, 2,212-219.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution», *Social Science & Medicine*, 56,1453-1468.
- Golna, C., Pashardes, P., Allin, S., Theodorou, M., Merkur, S., Mossialos, E. (2004). *Health care systems in transition: Cyprus*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Green, J.M., Baston, H.A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth* 30,4, 235–247.
- Griew, K. (2003). Birth centre midwifery down under. In: Kirkham M, ed. *Birth Centres. A Social Model for Maternity Care*. London: Elsevier.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Sage Publications, Newbury Park CA.
- Guilliland, K. , Pairman, S. (1995). *The Midwifery Partnership*. Victoria

University, Wellington.

Hadjigeorgiou,E., Kouta,C., Papastavrou,E., Papadopoulos,I , Martenson, L. (2011). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery* , doi:10.1016/j.midw.2011.05.006

Halldorsdottir, S.,Karlsdottir,S.I.(1996). Empowerment or discouragement : women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health CareWomen International*,17,361–379.

Hamill,C., Sinclair,H. (2010). Bracketing-practical considerations in Husserlian phenomenological research. *Nurse Researcher*,17, 2,16-25.

Hancock, B. (1998). Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care. *An Introduction to Qualitative Research*. Trent Focus.

Hawks, J.H. (1992). Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *Journal of Advanced Nursing* 17,609–618.

Hall, J.,Stevens, E. (1991). 'Rigor in feminist research'. *Advances in Nursing Science*, 13, 3,16-29.

Harding, S. (1986). *The science question in feminism*. Cornell University Press, Ithaca.

Harding, D. (2000). Making choices in childbirth. In: Page, L.A. (Ed.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Heller, R.F., Verma, A., Gemmell, I., Harrison, R., Hart, J., Edwards, R. (2008) Critical appraisal for public health: a new checklist. *Public Health* 122, 92–98.

Hegar, R.L.,Hunzeker,J.M.,(1988). Moving toward empowerment—base practice in public child welfare. *Social Work*,33,499–502.

Heidegger,M. (1962). *Being and Time*. New York: State Univeristy of New York.

Hermansson,E., Martensson, L. (2010). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery* , doi:10.1016/j.midw.2010.08.005

Harper, B.(2005). *Gentle Birth Choices: Making Informed Decisions*. Rochester, VT: Healing Arts Press

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S (2008). *Midwife-led versus other models of care for childbearing women* (Review) Cochrane Database Syst Rev. 8;(4):CD004667.

- Heller, R.F., Verma, A., Gemmell, I., Harrison, R., Hart, J., Edwards, R. (2008). Critical appraisal for public health: a new checklist. *Public Health* 122, 92–98.
- Hendrix, M., Van Horck, M., Moreta, D., Nieman, F., Nieuwenhuijze, F., Severens, J., Nijhuis, J. (2009). Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 116-537.
- Henderson, J., Petrou, S. (2008). Economic Implications of Home Births and Birth Centers: A Structured Review ; *BIRTH*. 35:2 136- 142.
- Hildingsson, I., Waldenström, U., Radestad, I. (2003). Swedish Women's Interest in home Birth and in Hospital Birth Centre care. *Birth*, 30(1), 11-21
- Hodnett, E.D., Lowe, K. (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labour support in North American hospitals. *JAMA*, 11, 1373-1381.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyer, G.J., Sakala, C. (2003). *Continuous support for women during childbirth* (Cochrane review). In The Cochrane Library. Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Hodnett, E.D., Downe, S., Edwards, N., Walsh, D.M. (2005). *Home-like versus conventional institutional settings for birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 1, 4, Art. No.: CD000012. Doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub2.
- Holliday, A. (2002). *Doing and Writing Qualitative Research*. London: Sage
- Holloway, I., Wheeler, S. (1998). *Qualitative research for nurses*. London: Blackwell Science.
- Holloway, W. (1997). *Basic concepts for qualitative research*. Blackwell, Oxford.
- Homer, C.S., Davis, G.K., Brodie, P.M. (2001). Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community based continuity of care with standard hospital care. *BJOG*. 108: 16-22.
- Homer, C., Gregory, K., Cooke, M., Barclay, L. (2002). Women's expectations of Continuity of Midwifery Care in a randomised controlled trial. *Australia Midwifery* 18, 102-112.
- House of Commons Health Committee (2003). *Choice in Maternity Services: Ninth Report of the session 2002-2003*, The Stationary Office, London.

Huberman, A.M., Miles, M.B. (1994). "Data management and analysis" in Denzin, N.K. Lincoln, Y.S. (edit.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks : Sage Publications.

Hundley, V., Donaldson, C., Lang ,G.D. (1995). Costs of intrapartum care in a midwife-managed delivery unit and a consultant led labour ward. *Midwifery*.11,3,103–109.

Hundley,V., Ryan, M. (2004). Are women's expectations and preferences for intrapartum care affected by the model of care on offer?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 111,6,.550–560

Hundley, V., Penney, G., Fitzmaurice, A., Graham, W., VanTeijlingen, E. (2001). A national survey of women's views of their maternity care in Scotland. *Midwifery*.17,2,161.

Hundley, V., Penney, G., Fitzmaurice, A., VanTeijlingen, E., Graham, W. (2002). 'A comparison of data obtained from service providers and service users to assess the quality of maternity care'. *Midwifery*.18, 126-135.

Husserl, E. (1960). *Cartesian Meditations: An introduction to phenomenology*. The Hague: Martinus Nijhoff Publications.

Hyde, A., Roche-Reid,B. (2004). Midwifery practice and the crisis of modernity: implications for the role of the midwife . *Social Science & Medicine*, 2613-2623 .

ICM (International Confederation of Midwives) Code of Ethics for Midwives 1999 [retrieved September , 2009]. Available from: <http://www.internationalmidwives.org>.

ICM (International Confederation of Midwives) (2011). Position statement. Partnership between women and Midwives. [retrieved September , 2011]. Available from: <http://www.internationalmidwives.org>

Jamieson,L, Mosel Williams,L. (2003). Focus group methodology: Explanatory notes for the novice nurse researcher. *Contemporary Nurse*. 14: 271–280.

Janssen, P.A, Saxell, M.A., Page LA, Klein, M.C., Liston, R.L., Lee ,S.L. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*.181,377–83.

Johanson,R. , Newburn,M., Macfarlane,A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*. 324 ,7342, 892–895.

Johnson, R.B. (1997). Examining the validity structure of qualitative research. *Education* 118 (2): 282–292.

- Johnson, K.C., Daviss, B.A. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: Large prospective study in North America. *BMJ*.330,1416.
- Jomeen,J. (2006). Choices for maternity care are they still an illusion? : A qualitative exploration of women's experiences in early pregnancy. *Clinical effectiveness in Nursing*, 952, 192-200.
- Jomeen,J. (2007a).'Choices for Maternity Care are they still 'an illusion'? :A qualitative exploration of women's experiences in early pregnancy'. *Clinical Effectiveness in Nursing* . 9,191 -200.
- Jomeen, J. (2007b).'Choice in childbirth: a realistic expectation', *British Journal of Midwifery*. 15:485 – 490.
- Jomeen, J., Martin, C.R. (2008). 'The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period'. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 45-52.
- Jomeen, J. ( 2009). Choices for Childbirth: Answer or Problem?120: *Midwifery Matters* 17.15-19
- Keiffer, C.H., (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Canadian Nurse* 85, 23–28.
- Keith,S. Coulter,R., Robin A. Coulter, R. (2002). "Determinants of trust in a service provider: the moderating role of length of relationship", *Journal of Services Marketing*, 16,1, 35 - 50
- Kennedy, H.P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study. *J Midwifery & Women's Health*, 45, 4-19.
- Kennedy, H., Kennedy, H.P. (2004). The landscape of Midwifery care. A narrative study of Midwifery practice. *J Midwifery & Women's Health*, 48, 14-23.
- Kent, J. (2000). *Social Perspectives on Pregnancy and Childbirth for Midwives, Nurses and the Caring Professions*. Buckingham: Open University Press.
- Kirkham, M.J. (1996). *Professionalisation past and present: with women or with the powers that be? In Midwifery Care for the Future* (Kroll D. ed.) London:. Bailliere Tindall
- Kirkham, M. (1999) The culture of midwifery in the national health service in England. *Journal of Advanced Nursing*.30,732–739.

- Kirkham, M., Stapleton, H.(2000) Midwives' support needs as childbirth changes. *Journal of Advanced Nursing*. 32, 465–472.
- Kirkham, M. (2004) *Informed Choice in Maternity Care*.UK: MPG.
- Kitzinger J. (1994)The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants. *Sociol Health Ill*, 16,103–121.
- Kitzinger, S. (2005) *The politics of birth*. Oxford: Elsevier
- Koch, T. (1999). An interpretive research process: revisiting phenomenological and hermeneutical approaches. *Nurse Researcher* 6 (3): 20–34.
- Kotrotsiou-Barbouta E, Sapountzi-Krepia D, Roupa-Darivaki Z, Psychogiou M, Dimitriadou A, Paralikas T. (2006). The meaning of spirituality as perceived by hospitalized elderly people in a small city of Greece. *ICUS Nurs Web J* :28
- Krippendorff, K., (2004). *Content Analysis: an Introduction to its Methodology*, second edn., Thousand Oaks, CA: Sage.
- Krueger, R.A., Casey, M.A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research*. 3rd ed. London: Sage Publications.
- Krueger, R.A. (1998). *Analyzing & Reporting Focus Group Results*, Focus Group Kit U.S.A: SAGE Publications.
- Krueger, R.A, Casey, M.A. (2000) *Focus groups: A practical guide for applied research*. 3rd ed., London: Sage Publications
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*. 31, 235–241.
- Kvale, S. (1996). *Interviews, an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Larkin, P, Begley,C.M., Devane,D. ( 2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis *Midwifery*, 25, 2, 49-59
- Lazarus, E. (1994). What Do Women Want?: Issues of Choice, Control, and Class in *Pregnancy and Childbirth Medical Anthropology Quarterly*,8,1,3-127.
- Lau,K.Y, Drummond, J.J. (2007). Husserl's Logical Investigations in the New Century:*Western and Chinese Perspectives*, 67–82.

Laws, P.J., Abeywardana ,S., Walker, J., Sullivan, EA. (2005). Australia's mothers and babies. Perinatal statistics series no. 20. Cat. no. PER 40. Sydney, NSW: *AIHW* National Perinatal Statistics Unit.

Lavender, T., Hofmeyr, G.J., Neilson, J.P., Kingdon, C., Gyte ,G.M.L.(2006). Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3. Art. No.: CD004660. DOI: 10.1002/14651858.CD004660.pub2

Lavender, T., Chapple ,J. (2003). Models of Maternity Care: Summary of Findings. In: *Maternity and Neonatal Workforce Group Report to the Department of Health*. Department of Health, London

Leininger, M.. (1996). Culture care theory, research, and practice. *Nurs Sci Q*:9:71–8.

Leap N. (1997). Making sense of `horizontal violence' in midwifery. *British Journal of Midwifery* 5,11, 689.

Leap, N., (2000). 'The less we do, the more we give'. In: Kirkham, M. (Ed.), *The Midwife–Mother Relationship*. Basingstoke:MacMillan Press Ltd,

Lincoln ,Y.S., Guba, E.G. (1985). *NaturalisticInquiry*. Newbury Park CA: Sage Publications,.

Lock, L.R., Gibb, J. (2003). The power of place. *Midwifery*. 19, 132–139

Lothian, J. (2007). The Lamaze Certified Childbirth Educator: Standards of practice. *Journal of Perinatal Education*.16,1, 29-31

Lothian, J. (2009). Ethics and Maternity Care: From Principles to Practice. *Journal of Perinatal Education*.. 18,1,1-4.

Lubic, R.W. (1983). Childbirthing centers: Delivering more for less. *Am J Nurs* 293:1053–1057.

Lucas, P.J., Baird, J., Arai, L., Law, C., Roberts, H., (2007) Worked examples of alternative methods for the synthesis of qualitative and quantitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 7, 4–10.

Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 368–375.

Lundgren, I., Karlsdottir, I., Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context – a secondary analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*,4,115–28.



- Lundgren, I. (2010). Women's experiences of giving birth and making decisions whether to give birth at home when professional care at home is not an option in public health care. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 1,61–66
- Madi ,B.C., Crow, R. (2003). A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery. *Midwifery*.19,328–36.
- Mander,R. (2011). Commercialisation and entrepreneurialism in maternity *Midwifery*:27,5, 393-398
- Maassen ,M.S., Hendrix, M.J.C., Van Vugt ,H.C., Veersema ,S., Smits, F, Nijhuis, J.G. (2008). Operative deliveries in low-risk pregnancies in The Netherlands: primary versus secondary care. *Birth*. 35,4: 277-82.
- Mander, R., Melender, H.L.(2009). Choice in maternity: rhetoric, reality and resistance. *Midwifery* 25, 637–648.
- Malin, N., Teasdale, K. (1991). Caring versus empowerment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 16, 657–662.
- Martin, E. (1997). *Situated Lives: Gender and Culture in Everyday Life*. Louise Lamphere,L., Ragone, H., Zavella, P.( eds). NewYork: Routledge.
- Matthews, A., Anne Scott, P., Gallagher, P., Corbally, M.A. (2006). An exploratory study of the conditions important in facilitating the empowerment of midwives. *Midwifery* 22, 181–191.
- Maternity matters: choice, access and continuity of care in a safe service (2007). [http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Children/Maternity/MaternityMatters/DH\\_096548](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Children/Maternity/MaternityMatters/DH_096548) (Accessed 12/10/2011)
- Mason, D.J., Backer, B.A., Georges, C.A. (1991). Toward a feminist model for the political empowerment of nurses. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 23, 72–77.
- Mays,N., Pope,C. (1995). Rigor in qualitative research. *BMJ* 311,109-212.
- Mayor,N., Pope, C. (2007). More funding for maternity services is needed if women are to get choice over place of birth. *BMJ* 334-768.
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing* 48,2, 187–194.

- McAllister, E. (2008). Transparency in Maternity Care: Empowering Women to Make Educated Choices. *Journal of Perinatal Education*.17,4, 8-11,
- McCracken ,L . A. (1999). Declaration of the Rights of Childbearing Women *Midwifery Today* ,50.
- McConnell-Henry, T., Chapman, Y.B., and Francis, K. (2009). Husserl and Heidegger: Exploring the disparity. *International Journal of Nursing Practice*, 15-25.
- McGlynn, A. (2003). Birth centres and the American spirit. In: Kirkham M, ed. *Birth Centres: A Social Model for Maternity Care*. London: Elsevier, 191–200.
- Miles, M.B., Huberman ,A.M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded Sourcebook*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications,
- Morano, S, Cerutti,F, Mistrangelo,E, Pastorino,D, Benussi,M, Costantini,S, Ragni,N. (2007). Outcomes of the first midwife-led birth centre in Italy: 5 years' experience. *Arch Gynaecol Obstet*, 276,333-337.
- Morison S, Hauck Y, Percival P, McMurray A. (1998). Constructing home birth environment through assuming control. *Midwifery*.14,233–248.
- Morse, J.M. (1989). *Qualitative nursing research: a contemporary dialogue*. Newbury Park: Sage.
- Murphy, P.A., Fullerton ,J. (1998). Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: A prospective descriptive study. *Obstet. Gynecol.* 92,461–70.
- Midwives Alliance of North America Web site. Direct entry midwifery state-by-state legal status. Available from: [www.mana.org/statechart.html](http://www.mana.org/statechart.html) [Accessed November 25, 2007].
- Mulhall, S. (2005). *Heidegger and Being and Time. Second Edition*. New York: Routledge.
- Miles, M., Huberman, A. (1994). *An Expanded Sourcebook: Qualitative Data Analysis (2nd edn)*., Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morgan,D.L. (1988). *Focus Groups in Qualitative Research.*, Newbury Park, CA: Sage.
- Morgan,D.L. (1993). *Successful Focus Groups*. Newbury Park. CA: Sage.
- Morgan D.L. (1995). Why things (sometimes) go wrong in focus groups. *Qualitative Health Research* 5, 516-523.

- Morse, J.M. (1989). *Qualitative nursing research: a contemporary dialogue*. Newbury Park: Sage
- Morrison, R.S., Peoples, L. (1999). Using focus groups methodology in nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 30, 62-65.
- NICE. (2006). *Intrapartum care: care of healthy women and final draft for consultation*. London: NICE
- Nyamathi A., Shuler P. (1990). Focus group interview: a research technique for informed nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 15, 1281–1288.
- Nusbaum, J. (2006). Childbirth in Modern Athens: The Transition from Homebirth to hospital birth. *Penn. Bioethics Journal*, 37-42.
- O’Cathain, A., Thomas, K., Walters, S.J, Nicholl, J., Kirkham, M. (2002). Women’s perceptions of informed choice in maternity care. *Midwifery* 18,136—144.
- Odent, M. (2006). The long term consequences of we are born, *Primal Health Research* 14,1–22.
- Olsen, O., Jewel, I. M.D. (2000). Home versus hospital birth. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD000352
- Olsson P, Jansson L, Norberg, A. (2000). A qualitative study of childbirth as spoken about in midwives’ ante- and postnatal consultations. *Midwifery* 16,123—134.
- Ortner, S. (1996). *Making Gender: The Politics and Erotics of Culture*. Boston: Beacon Press Books
- Paley, J. (2002). Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing*. 40, 1, 25-35.
- Paley, J. (1997). Husserl, phenomenology and nursing. *Diary of Advanced Nursing* 26: 180–186.
- Parahoo, K. (2006). *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. Second Edition. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Parratt, J. (2005). *Stories of the embodied self during childbirth*. Self published collection: PO Mandurang Australia 3551

Parratt, J., Fahy, K. (2003). Trusting enough to be out of control: A pilot study of women's sense of self during childbirth. *Australian Journal of Midwifery* 16,1, 15–22.

Parratt, J., Fahy, K. (2004). Creating a 'safe' place for birth: An empirically grounded theory. *New Zealand College of Midwives Journal* 30,1, 11–14.

Parratt, J., Fahy, K. (2008). Including the non rational is sensible midwifery. *Women and Birth* 21,1, 37–42.

Pairman, S., (1999). Partnership revisited: towards midwifery theory. *New Zealand College of Midwives Journal* 21, 6–12.

Parker, I., Taylor, M., Tindall, C. (1994) *Qualitative method in psychology: A Research Guide*. Open University Press., Milton Keynes

Patton, M.Q. (1980) *Qualitative evaluation and research methods*, 2nd edn. Publications, Newbury Park: Sage .

Patton, Q.M., (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2<sup>nd</sup> ed. Newsbury Park: Sage

Pavlova, M., Hendrix, M., Nouwens, E., Nijhuis, J., Van Merode, G. (2009). The choice of obstetric care by low-risk pregnant women in the Netherlands: implications for policy and management. *Health Policy* 93, 27–34.

Pitchforth, E., Watson, V., Tucker, J., Ryan, M., Teilingen, E., Farmer, J. (2008). Models of intrapartum care and women's trade-offs in remote and rural Scotland: a mixed-methods study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 115, 560–569.

Pitchforth, E., Teilingen, E., Watson, V., Tucker, J., Kiger, A., Ireland, J., Farmer, J., Rennie, A.M., Gibb, S., Thomson, E., Ryan, M. (2009). Choice and place of delivery: a qualitative study of women in remote and rural Scotland. *Quality Sat Health care*. 18, 42-48

Polit, D.F., Beck, C.J. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.

Polit, D., Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Eighth Edition. Philadelphia PA: Lippincott Williams and Wilkins.

Pope C, Mays N, Popay J. (2007). *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence: A guide to methods* (First ed.). Maidenhead: Open University Press.

- Powell, R. A., Single, H. M., Lloyd, K. (2001). Focus groups and mental health research: enhancing the validity of existing questionnaires. *Int J Soc Psychiat* 1%; 42, 193-206.
- Purdy, L. (2001). Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine *Researcher*. 10, 2, 50-6.
- Queensland Perinatal Data Collection (PDC) (2006). Manual of instructions for the completion and dispatch of Perinatal Data Collection Forms (MR63d and MR66); 1 July 2006–30 June 2007, 2006.
- Reed J., Payton V.R. (1997). Focus groups: issues of analysis and interpretation *Journal of Advanced Nursing*. 26, 765–771.
- Reinharz, D., Blais, R., Fraser, W.D., Contandriopoulos Gerrish, K. (2004). Promoting evidence-based practice : an organizational approach, *Journal of Nursing Management*, 12, 114-115.
- Righard, L. (2001). Making normal childbirth a normal process. *Birth* ,28,1,1.
- Robinson, V.M.J. (1998). Methodology and the research gap. *Educational Researcher* 27 ,1, 17–26.
- Robson, C. (2002). *Real World Research*. second edn.. UK: Blackwell Publishing.
- Rooks, J. P. (1999). *Midwifery & Childbirth in America*. Philadelphia: Temple University Press.
- Royal College of Physicians (2005). *Doctors in society: medical professionalism in a changing world*. London: Royal College of Physicians.
- Ryan, M., Bate, A., Eastmond, C.J. Ludbrook, A. (2001). Patients' and clinicians' preference Use of discrete choice experiments to elicit preferences *Qual Health Care*;10,155-160
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*. 8, 3, 27-37.
- Sakala, C., Corry, M.P. (2007). Listening to Mothers II reveals maternity care quality chasm. *J Midwifery Womens Health*, 52,183–5.
- Sandall, J. (1995). Choice, continuity and control: Changing midwifery towards a sociological perspective. *Midwifery*, 11,201-209.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 23:334–40.

Sanders, C. (2003). Application of Colaizzi's Method: Interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher: *Contemporary Nurse* 14,3: 292-302.

Sapountzi-Krepia, D., Lavdaniti, M., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Hong-Gu He, Tortumluoglu, G., Vehvilainen-Julkunen, K. (2008). Greek mothers perceptions of their cooperation with the obstetrician and the midwife in the delivery room, *International Journal of Caring Sciences*, 1,3, 124-131.

Spiegelberg, H. (1971). *The phenomenological Movement : A historical introduction*. 2<sup>nd</sup> edition. Hague: Martinus Nijhoff.

Seidman, I. (1991). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers and the social sciences*. New York: Teachers College Press

Shaw, D. (2006). Women's right to health and the Millennium Development Goals: Promoting partnerships to improve access. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 94, 207—215

Sjoblom I, Nordstrom B, Edberg, A. (2006). A qualitative study of women's experiences of birth home in Sweden. *Midwifery*. 22: 348-355.

Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research, a practical handbook*. London: SAGE .

Sinclair, H. (2006). A phenomenological study of Vicarious Traumatization Among Ward Based registered oncology nurse. Unpublished MSc Thesis. Queen's University of Belfast.

Smith, L.F., Jewell, D. (1991). Roles of midwives and general practitioners in hospital intrapartum care, England and Wales. *BMJ*. 3(6815), 1443–1444.

Smith, M. W. (1995). Ethics in focus groups: a few conans. *Qual Health Res*. 5, 478-486

Snow, S. (2009). Nothing ventured, nothing gained: a journey into phenomenology (Part 1) *British Journal of Midwifery*. 17,(5): 286-290.

Spitzer, MC. (1995). Birth centers. Economy, safety and empowerment. *J Nurse Midwifery*. 40:371–375.

Sternberg, R.J. (2007). *Wisdom, Intelligence, and Creativity Synthesized*. New York: Cambridge University Press

Stewart, M, McCandlish, R, Henderson, J, Brocklehurst, P. (2005). *Report of a structured review of birth centre outcomes*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.

- Stone, P.W, Walker, P.H. (1995). Cost-effectiveness analysis: Birth center vs. hospital care. *Nurs Economics*.13,5,299–308.
- Stone, P.W. (1998). Maternity care outcomes: Assessing a nursing model of care for low risk pregnancy. *Outcomes Manag Nurs Pract*. 2,71–75.
- Stone, P.W, Zwangziger, J, Hinton, P.H, Buenting, J. (2000). Economic analysis of two models of low risk maternity care: A freestanding birth center compared to traditional care. *Res Nurs Health*.23,279–289.
- Skinner, J. (1999). Midwifery partnership: individualism contractualism or feminist praxis? *New Zealand College of Midwives Journal* 21, 14–17.
- Timperley, H., Robinson, V. (2002). *Partnership: focusing the relationship on the task of school improvement*. New Zealand Council for Educational Research, Wellington.
- Thomas, B.G. (2000). Be nice and don't drop the baby. In: Page, L.A. (Ed.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Tully, L., Daellenbach, R., Guilliland, K. (1998). Feminism, partnership and midwifery. In: Du Pleiss, R., Alice, L. (Eds.), *Feminist Thought in Aotearoa*.New Zealand. Oxford University Press, Auckland
- Taylor, B.J. (1994). *Researching human health through interpretation*. Armidale: The University of New England Press.
- Tew, M. (1990). *Safer childbirth? A critical history of maternity care*, 2nd edn., London:Chapman & Hall.
- Thompson, J.E, Thompson, H.O. (1997). Ethics and midwifery. *World Health*; 2,14–5.
- Thompson, J.E. (2002). Midwives and human rights: Dream or reality? *Midwifery*.18,188–92.
- Thompson, J.E. (2004). Human rights framework for midwifery care. *Journal of Midwifery and Women's Health*.17, 25-29.
- Tracy, S.K, Dahlin H, Caplice ,S. (2007). Birth centers in Australia: A national population-based study of perinatal mortality associated with giving birth in a birth center. *Birth*.34,194–201.
- Vernon, D. (2005). *Having a Great Birth in Australia*. Canberra: Australian College of Midwives

- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for and action sensitive pedagogy*. Albany: State University of New York Press.
- Van Teijlingen, E.R., Hundley, V., Rennie, A.M., Graham, W., Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: 'What is, must still be best'. *Birth* 30,2, 75–82.
- Viisainen, K. (2001). Negotiating control and meaning: Home birth as self contrasted choice in Finland. *Social Science and Medicine*, 52,7, 1109-1121.
- Vymetal, J. (1997). Empathy-Understanding through identification. *Sbornik Lekarsky*, 98,4, 317-325.
- Wagner, M. (2000). Technology in Birth: First Do No Harm *Midwifery Today* .
- Wagner, M. (2001). Fish can't see the water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 75, 525-537.
- Waldenstrom, U., Rudman, A., Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85, 551–560.
- Walker, P., Stone, P. (1996). Exploring cost and quality: Community based versus traditional hospital delivery. *J Health Care Finance* .23, 23–41.
- Walsh, D.J. (2007). A birth centre's encounters with discourses of childbirth: how resistance led to innovation. *Sociology of health and illness* .29:, -232.
- Walsh, D., Downe, S. (2004). Outcomes of Free-Standing, Midwife-Led Birth Centers: Structured Review. *BIRTH* 31,3, 222-231.
- Watson, R. (2008). *Nursing research designs and Methods*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Watts, K., Fraser, D.M., Munir, F. (2003). The impact of the establishment of a midwife managed unit on women in a rural setting in England. *Midwifery*. 19, 106–112.
- Weaver, E.W., Clark, K.F., Vernon, B.A. (2005). Obstetricians and midwives modus vivendi for current times. *Medical Journal of Australia* 182, 436–437.
- Whittemore, R., Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52, 546–553



Webb, C. (2003). Editor's note: introduction to guidelines on reporting qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 42,6, 544–545.

Webb,C.,Kevern J. (2001). Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 33,6, 798–805.

Weber, R.P. (1990). *Basic Content Analysis*, second ed. Series: Sage University Papers. Quantitative Applications in the Social Sciences. London. Sage

Woods, N.F., Catanzaro, M. (1988). *Nursing Research. Theory and Practice*. The C.V., St. Louis :Mosby Company

Whyte, W.F. (1982). *Interviewing in field research in: Burgess, R.G., ed. Field research: a sourcebook and field manual*. London: George Allen and Unwinn, 111-122

World Bank, (2009). Country Classification.  
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>. Retrieved 2009-08-11

World Health Organization (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 2(8452), 436–437.164

World Health Organization (1996). *Care in Normal birth: a practical guide*. Report of technical working group. Geneva. Switzerland.

WHO Regional Office for Europe (2005). Maternal and newborn health in the WHO European Region: the challenges and the way forward - Fact sheet EURO/03/05 Copenhagen, Denmark online at <http://www.euro.who.int/document/Mediacentre/fs0305e.pdf> cited 19/07/06

World Health Organization (2008). *Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer* (Accessed 26/09/2011)

Young ,D, Lees, A, Twaddle, S. (1997). The costs to the NHS of maternity care: midwife-managed vs. shared. *Br J Midwifery*. 5,8,465–471.

Zadoroznyj,M. (2000). Midwife-led maternity services and consumer “choice” in an Australian metropolitan region. *Midwifery* 16,177-185.

Zola,I.K. ( 1991). Bringing Our bodies and Ourselves Back In: Reflections on Past, present and Future Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior* , 32, 1-16.

## **13 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

### **13.1 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Άδεια διεξαγωγής της μελέτης.**

## 13.2 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 : Έντυπο Συγκατάθεσης

### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μέρος της διδακτορικής διατριβής στη Μαιευτική, της Ελένης Χατζηγεωργίου (Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, σε συνεργασία με τα Πανεπιστήμια Skonve, Σουηδίας και Middlesex, Αγγλίας). Βασικό σκοπό έχει να διερευνήσει τις απόψεις της Κύπριας γυναίκας για τη διασφάλιση του δικαιώματος για πληροφορημένη επιλογή τύπου τοκετού, στοχεύοντας στην βελτίωση της Μαιευτικής φροντίδας στη Κύπρο.

Η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ανώνυμη και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας.

#### Διαδικασία:

Ομάδες εστίασης (5-8 άτομα), Θα γίνει συζήτηση γύρω από τα δεδομένα των συνεντεύξεων που έχουν διεξαχθεί για τη συγκεκριμένη μελέτη και η συζήτηση θα ηχογραφείται με την άδεια μου.

#### Προστασία Προσωπικών δεδομένων/ανωνυμία:

Τα στοιχεία μου θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας

#### Εμπιστευτικότητα:

Όλες οι πληροφορίες που θα δώσω κατά την διάρκεια της έρευνας θα κρατηθούν πλήρως εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες της έρευνας

#### Ηχογράφηση

Έχω το δικαίωμα να διακόψω την ηχογράφηση που αφορά οποιαδήποτε απάντηση μου οποτεδήποτε το θελήσω. Οι απομαγνητοφωνήσεις θα κωδικοποιούνται και θα φυλάσσονται σε ασφαλές μέρος.

Δηλώνω ότι έχω κατανοήσει τα πιο πάνω και δίνω την πλήρη συγκατάθεση μου για την συμμετοχή μου στην έρευνα.

Ημερομηνία .....

.....  
Υπογραφή: Ερωτώμενου/ης

.....  
Ερευνητής/τρια

**13.3 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Ερευνητικά εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί.**

**13.3.1 Ερωτηματολόγιο της So Downe**



*East Lancashire Childbirth Choices  
Project*

**Questionnaire one**

**1. Information and Decision Making**

The following questions ask about the information you received when you discovered you were pregnant and how you came to reach a decision about where to give birth (in hospital, at home or elsewhere) Please read the following statements and place a tick in the appropriate box depending on how much you agree or disagree with the statement:-

1) Health professionals have given me plenty of information about where I can give birth

2) The information was given to me in a way I could understand

3) I have been given enough information to make a decision about where to give birth

4) I have been given enough time to make a decision about where to give birth.

5) I have had enough involvement in the decision about where to give birth

6) I am undecided about where to give birth.

7) The doctor and/or midwife should decide where I give birth

8) I don't mind where I give birth so long as I have a healthy baby

	<b>Strongly agree</b>	<b>Agree</b>	<b>Neutral</b>	<b>Disagree</b>	<b>Strongly Disagree</b>	<b>Don't Know</b>

## 2. Influences

The following questions ask you to think about the factors that influenced your decision on where to give birth. If you have not yet decided where to give birth please think about what or who may influence your decision. Place a tick in the appropriate box depending on how important you feel the influence was (or is)

<b>INFLUENCE</b>	<b>Very Important</b>	<b>Important</b>	<b>Quite Important</b>	<b>Irrelevant</b>
1. Self				
2. Partner				
3. Family				
4. Friends				
5. GP				
6. Midwife				
7. Obstetrician				
8. Previous experience of giving birth				
9. NHS Leaflets				
10. Books/Magazines				
11. TV/Internet				
12. Antenatal Classes				
Other (see below)				

If there have been any other influences on your decision about where to give birth please describe them here

The next series of questions ask you to consider some additional factors that may have influenced (or are still influencing) your decision about where to give birth. Please place a tick in the appropriate box depending on how much you agree or disagree with the following statements:-

	<b>Strongly agree</b>	<b>Agree</b>	<b>Neutral</b>	<b>Disagree</b>	<b>Strongly Disagree</b>	<b>Don't Know</b>
1) I would like to give birth in a convenient location						
2) I would like to give birth with the support of a midwife who is known to me.						
3) The hospital is the safest place to give birth						
4) I would like to have pain relief at hand should I require it.						
5) I would like to give birth in a homely and relaxed environment						
6) The prospect of giving birth frightens me.						

If you have any other comments you would like to make about the decision you made (or have yet to make) about where to give birth please add them here.

**1. What the professionals think**

	<b>Strongly agree</b>	<b>Agree</b>	<b>Neutral</b>	<b>Disagree</b>	<b>Strongly Disagree</b>	<b>Don't Know</b>
15. I think most <b>midwives</b> would support any woman who wants to have a home birth						
16. I think most <b>doctors</b> would support any woman who wants to have a home birth						
17. I think most <b>midwives</b> feel it's safer for all women to give birth in a hospital						
18. I think most <b>doctors</b> feel it's safer for all women to give birth in a hospital						
19. Midwives and doctors work well together						
20. In the event of an emergency at a home birth I think it is easy for women's care to be transferred from midwives to doctors						

If you have any further comments about your views on the health professionals who are involved in your maternity care please add them here.



**4 Some Personal Details -**

The final section of the questionnaire asks for some basic information about you. This will be used anonymously to see if there are any differences in answers from people who live in different areas, for example.

Please place a tick or write in the appropriate box:-

a) How many weeks pregnant are you now?

b) What is the first part of your postcode? (e.g. BB3).....

c) Which ethnic group do you think you belong to?.....    
White Indian

Bangladeshi Pakistani Chinese Afro-Caribbean Other

**If other please state.....**

d) What is your age?.....

e) What is your marital status?.....     
Single Married  
Living with  
Partner

**f) What is the highest level of educational qualification you have achieved?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
None Degree or equivalent	GCSE or equivalent	A Level or equivalent	

**g) How many children do you have?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
None	One	Two	Three	Four

**h) Are you currently in employment?**.....    
(Please tick yes if you are employed but on maternity leave) YES NO

**If yes, what is your job title?**.....

**i) What type of maternity care are you receiving at the moment?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Don't led	Consultant led	Midwife know

Thank you for taking the time to complete this questionnaire. We appreciate your willingness to help us with our research.

Please now send the questionnaire back in the envelope enclosed. You will not need to use a stamp.

### 13.3.2 Ερωτηματολόγιο των Barber et al, (2006)

## Survey of Women's Experience of Maternity Care

### What is the survey about?

This is a survey about your recent experience of pregnancy and childbirth. Your views are very important in helping us find out how good the services are and how they can be improved.

### Completing the questionnaire

- Please only think about the maternity care you received in your **most recent** pregnancy and birth when answering these questions.
- For most questions, tick clearly inside one box R or write clearly on the line or in the box provided. For some questions you may tick more than one box.
- Not all sections will apply to you. Sometimes you will find the box you have ticked has an instruction to go to another question. By following the instructions carefully you will miss out questions that do not apply to you. We estimate that the questionnaire will take around 30 minutes to complete.
- Please **do not** write your name or address anywhere on the questionnaire.

### Taking part in this survey is voluntary. Your answers will be treated in confidence

If you prefer not to fill in the questionnaire, please return it in the prepaid envelope. This will ensure that we don't contact you again.

If the survey raises issues or questions of concern, you may wish to contact your family doctor (GP) or Health Visitor.

### Questions or help?

If you have any queries about the questionnaire, or if you would like to complete the questionnaire over the telephone or with the help of an Interpreter, please call the helpline number given in the letter enclosed with this questionnaire

Maternity Survey v2. National Survey Programme 2007. 05/02/2007 page 2

## Section A. Dates and your baby

**A1.** Please write in **today's** date:

Day Month Year

**A2.** Did you give birth to a single baby, twins or more in your most recent pregnancy?

<sub>1</sub>  A single baby <sub>2</sub>  Twins <sub>3</sub>  Triplets, quads or more

**A3.** When was this baby born? (*If you had more than one baby this time, please fill in this question about the baby who was born first*)

Day Month Year Day time [6.00am-6.00pm] <sub>1</sub>

or

Night time [6.01pm-5.59am] <sub>2</sub>

**A4.** Roughly how many weeks pregnant were you when your baby was born? weeks

**A5.** How much did your baby weigh at birth? (*If you had more than one baby this time, please fill in this question about the baby who was born first*)

What your baby weighed in grams **OR** What your baby weighed in pounds and ounces

## Section B. Antenatal Care

### The start of your care in pregnancy

**B1.** Which health professional did you go to **first** about your pregnancy care?

*Please tick one box only*

<sub>1</sub>  GP/family doctor <sub>2</sub>  Midwife <sub>3</sub>  Other

**B2.** Roughly how many weeks pregnant were you when you first saw this health professional about your pregnancy care? weeks

**B3.** Were you able to see this person as soon as you wanted?

<sub>1</sub>  Yes <sub>2</sub>  No

**B4.** Roughly how many weeks pregnant were you when you had your 'booking' appointment (the appointment where you were given your pregnancy notes)? weeks

**B5.** At the start of your pregnancy did you have a choice about **where** you could have your baby?

<sub>1</sub>  Yes

2  No

3  No, but this was not possible for medical reasons

4  Don't know / Can't remember

**B6.** Were you given a choice of having your baby at home?

1  Yes

2  No

3  No, but this was not possible for medical reasons

4  Don't know / Can't remember

**B7.** Did you get enough information from a **midwife or doctor** to help you decide where to have your baby?

1  Yes, definitely

2  Yes, to some extent

3  No, but I would have liked some information

4  No, but I did not need this information

5  I wasn't given a choice about where to have my baby

6  For medical reasons there was no choice about where to have my baby

7  Don't know / Can't remember

**B8.** Were you given a copy of The Pregnancy Book?

1  Yes 2  No 3  No, I already had one 4  Don't know / Can't remember

### **Antenatal check-ups**

A 'check-up' is any contact with a doctor or midwife to check the progress of your pregnancy. It usually includes having your blood pressure and urine checked. *Please ignore other appointments that **did not** include these things, such as a visit to the hospital for a scan or a blood test only.*

**B9.** Roughly **how many** antenatal check-ups did you have in total? (*not including appointments for blood tests or visits to the hospital for a scan*)

1  None →Go to B15

2  1-6 →Go to B10

3  7-9 →Go to B10

4  10-14 →Go to B10

5  15-19 →Go to B10

6  20 or more →Go to B10

**B10.** During your pregnancy were you given a **choice** about **where** your antenatal check-ups would take place?

<sup>1</sup>  Yes <sup>2</sup>  No <sup>3</sup>  Don't know / Can't remember

**B11.** Did you see any of the following health professional(s) for your **antenatal check-ups**? *Please tick one box for each line*

a) Midwife <sup>1</sup>  Yes <sup>2</sup>  No

b) GP (family doctor) <sup>1</sup>  Yes <sup>2</sup>  No

c) Hospital doctor <sup>1</sup>  Yes <sup>2</sup>  No

d) Other <sup>1</sup>  Yes <sup>2</sup>  No

**B12.** Were you given a **choice** about **who** would carry out your antenatal check-ups?

<sup>1</sup>  Yes <sup>2</sup>  No <sup>3</sup>  Don't know / Can't remember

**B13.** If you saw a midwife for your **antenatal check-ups**, did you see the same one every time?

<sup>1</sup>  Yes, every time

<sup>2</sup>  Yes, most of the time

<sup>3</sup>  No

<sup>4</sup>  I only saw a midwife **once**

<sup>5</sup>  I did not see a midwife

<sup>6</sup>  Don't know / Can't remember

**B14.** If you saw a hospital doctor for your **antenatal check-ups**, did you see the same one every time?

<sup>1</sup>  Yes, every time

<sup>2</sup>  Yes, most of the time

<sup>3</sup>  No

<sup>4</sup>  I only saw a hospital doctor **once**

<sup>5</sup>  I did not see a hospital doctor

<sup>6</sup>  Don't know / Can't remember

### **Tests and scans**

**B15.** Did you have any screening tests (a blood test or nuchal scan) to check whether your baby might have Down's syndrome?

<sup>1</sup>  Yes, a blood test only

<sup>2</sup>  Yes, a nuchal scan only

<sup>3</sup>  Yes, a nuchal scan and a blood test

<sup>4</sup>  No, I didn't want a screening test for Down's syndrome

<sup>5</sup>  No, I wasn't offered any screening tests for Down's syndrome

<sup>6</sup>  Don't know / Can't remember

**B16.** Do you feel you had a **choice** about whether to have a screening test for Down's syndrome?

1  Yes 2  No 3  Don't know / Can't remember

**B17.** Were the **reasons** for having a screening test for Down's syndrome clearly explained to you?

1  Yes 2  No 3  Don't know / Can't remember

**B18.** a) Did you have a 'dating scan'? This takes place between 8-14 weeks of pregnancy.

1  Yes 2  No

b) Was the **reason** for this scan clearly explained to you? 1  Yes 2  No

c) Do you feel you had a **choice** about having this scan? 1  Yes 2  No

**B19.** a) Did you have a scan at around 20 weeks of pregnancy? This may have been called a '20 week' scan, or an 'anomaly' scan or a 'mid-trimester' scan.

1  Yes 2  No

b) Was the **reason** for this scan clearly explained to you? 1  Yes 2  No

c) Do you feel you had a **choice** about having this scan? 1  Yes 2  No

**B20.** Roughly how many ultrasound scans did you have in total during this pregnancy?

### **During your pregnancy**

**B21.** While you were **pregnant**, but before you went into labour, did you stay in hospital overnight because of a problem related to your pregnancy? (If your labour was induced and you had to stay overnight immediately before induction, please **do not** include that stay here)

1  Yes 2  No

**B22.** During your pregnancy did you have the name and telephone number of a midwife you could contact if you were worried?

1  Yes 2  No 3  Don't know / Can't remember

**B23.** During your pregnancy, did you attend any antenatal classes **provided by the NHS**?

1  Yes → **Go to B24**

2  No, I was not offered any classes → **Go to B25**

3  No, they were all booked up → **Go to B25**

4  No, I attended **private** antenatal classes (e.g. NCT) → **Go to B25**

5  No, I did not need to attend the classes → **Go to B25**

6  No, I did not attend for some other reasons → **Go to B25**

**B24.** If you did attend any antenatal classes **provided by the NHS** ...

- a) Were the classes at a convenient time of day? <sub>1</sub>  Yes <sub>2</sub>  No
- b) Were the classes at a convenient place? <sub>1</sub>  Yes <sub>2</sub>  No
- c) Was your partner or someone of your choice allowed to attend?  
<sub>1</sub>  Yes <sub>2</sub>  No
- d) Were there enough classes? <sub>1</sub>  Yes <sub>2</sub>  No
- e) Did the classes cover the topics you wanted? <sub>1</sub>  Yes <sub>2</sub>  No

**B25.** Overall, thinking about your **antenatal care**, were you ...

Yes, Yes, No Don't know/

always sometimes Can't remember

- a) Spoken to in a way you could understand? <sub>1</sub>  <sub>2</sub>  <sub>3</sub>  <sub>4</sub>  .....
- b) Treated with respect and dignity? <sub>1</sub>  <sub>2</sub>  <sub>3</sub>  <sub>4</sub>
- c) Treated with kindness and understanding? <sub>1</sub>  <sub>2</sub>  <sub>3</sub>  <sub>4</sub>  .....
- d) Given the information or explanations you needed?  
<sub>1</sub>  <sub>2</sub>  <sub>3</sub>  <sub>4</sub>
- e) Involved enough in decisions about your care?  
<sub>1</sub>  <sub>2</sub>  <sub>3</sub>  <sub>4</sub>  .....

### Section C. Your labour and the birth of your baby

**Note: If you did not have a labour please go to Question C9**

**C1.** Roughly how long did your labour last?

*Please write in hours minutes*

**C2.** How did your labour start?

- <sub>1</sub>  It started naturally → **Go to C5**
- <sub>2</sub>  It was induced (started off) → **Go to C3**

**C3.** If your labour was induced, were any of the following used? *Please tick all that apply*

- <sub>1</sub>  I was given a vaginal gel or pessary to induce (start) my labour
- <sub>2</sub>  My waters were broken by a doctor or a midwife (amniotomy)
- <sub>3</sub>  I was given a drip (in my hand or arm) to induce (start) my labour

**C4.** Do you feel you had a **choice** about whether your labour would be induced (started off)?

- <sub>1</sub>  Yes <sub>2</sub>  No <sub>3</sub>  Not sure / Can't remember

**C5.** During your labour, were you able to move around and choose the position that made you most comfortable?

- <sub>1</sub>  Yes, most of the time <sub>2</sub>  Yes, some of the time <sub>3</sub>  No, not at all

**C6.** For your labour and birth in the hospital, how clean were...

Very Fairly Not very Not at all I did not  
 clean clean clean clean use these



a) The labour or delivery room you were in?

1  2  3  4  5  ....

b) The toilets and bathrooms you used at this time?

1  2  3  4  5

**C7.** During your labour and birth, did you use any of the following to help relieve the pain?

*Please tick all that apply*

1  Natural methods (e.g. breathing, massage)

2  Water or a birthing pool

3  TENS machine (with pads on your back)

4  Gas and air (breathing through a mask)

5  Injection of pethidine or a similar painkiller

6  Epidural or similar (injection in your back, given by an anaesthetist)

7  Other

8  I did not use any pain relief

**C8.** During your labour and birth, did you feel you got the pain relief you wanted?

1  Yes, definitely

2  Yes, to some extent

3  No

4  No, but it was not possible to have any pain relief (e.g. there was not time)

5  I did not want any pain relief

6  Don't know / Can't remember

### **The birth of your baby**

**C9.** Where was your baby born?

1  In hospital (*please write in hospital name*)

2  In a birth centre/maternity unit, separate from hospital  
(*please write in unit name*)

3  At home

4  Other

**C10.** Were you transferred just before your birth or during your labour for medical reasons or concerns?

1  No, I was not transferred

2  Yes, from one part of the hospital to another

3  Yes, from a separate birth centre/maternity unit to hospital

4  Yes, from home to hospital

5  Yes, from one hospital to another

**C11.** Thinking about the birth of your baby, what kind of delivery did you have?  
(If you had more than one baby this time, tell us about the baby that was born first.)

1  Normal (vaginal) birth →Go to C13

2  Delivery using forceps →Go to C13

3  Delivery using a vacuum cap (ventouse) on the baby's head →Go to C13

4  A caesarean (through a cut in the abdomen into the womb) →Go to C12

**C12.** If your baby was born by caesarean was this... Please tick one box only

1  Planned and carried out before you went into labour? →Go to C19

2  Planned, but carried out after you had gone into labour? →Go to C19

3  The result of an unforeseen problem before or during your labour? →Go to C19

**C13.** Where did you give birth? Please tick one box only

1  On a bed 2  On the floor 3  In water or in a birthing pool 4  Other

**C14.** What position were you in when your baby was born? Please tick one box only

1  Sitting / sitting supported by pillows

2  On my side

3  Standing, squatting or kneeling

4  Lying

5  Lying with my legs supported in stirrups

6  Other

**C15.** While your baby was being born were you given an **episiotomy (cut)**?

1  Yes 2  No

**C16.** While your baby was being born did you have a **tear**?

1  Yes →Go to C17

2  No →Go to C18

**C17.** Was this a **serious tear** which involved your back passage (third or fourth degree tear)?

1  Yes 2  No

**C18.** If you had an episiotomy (cut) or tear requiring stitches, how long after your baby was born were the stitches done?

1  Within 20 minutes

2  20 minutes to 1 hour

3  More than 1 hour

- 4  Don't know / Can't remember  
5  I did not have stitches  
6  I did not have an episiotomy (cut) or a tear

## The staff caring for you

**Please answer the following section if you had a vaginal birth or a caesarean**

**C19.** Altogether, how many different midwives looked after you during your labour and the birth of your baby?

- 1  One 2  Two 3  Three 4  Four 5  Five or more

**C20.** Had you met any of the staff who looked after you during your labour and birth **before** you went into labour?

- 1  Yes 2  No 3  Don't know / Can't remember

**C21.** Did you have confidence and trust in the staff caring for you during your labour and birth?

- 1  Yes, definitely  
2  Yes, to some extent  
3  No  
4  Don't know / Can't remember

**C22.** Did you have your husband, partner or a companion with you during labour and at the birth of your baby?

- 1  Yes, during labour only → **Go to C23**  
2  Yes, during labour and birth → **Go to C23**  
3  Yes, during birth only → **Go to C23**  
4  No → **Go to C25**

**C23.** Was your husband, partner or companion with you for as much as you wanted?

- 1  Yes → **Go to C25**  
2  No → **Go to C24**

**C24.** If your husband, partner or companion was not with you for as much as you wanted during labour and/or at the birth of your baby, what was the **main** reason for this? *Please tick one box only*

- 1  The staff did not allow them to be there when I wanted  
2  They did not feel able to be there when I wanted them  
3  It was difficult because of the layout / size of the room  
4  It was not possible for medical reasons (e.g. I had a caesarean under general anaesthetic)  
5  Other

**C25.** Were you (and/or your husband, partner or a companion) left alone by midwives or doctors at a time when it worried you?

- 1  Yes, during labour
- 2  Yes, shortly after the birth
- 3  Yes, during labour and shortly after the birth
- 4  No, not at all

**C26.** Overall, thinking about your care during **labour and birth**, were you ...  
Yes, Yes, No Don't know /  
always sometimes Can't remember

- a) Spoken to in a way you could understand? 1  2  3  4  .....
- b) Treated with respect and dignity? 1  2  3  4
- c) Treated with kindness and understanding? 1  2  3  4  .....
- d) Given the information or explanations you needed?  
1  2  3  4
- e) Involved enough in decisions about your care?  
1  2  3  4  .....

### **Section D. Babies born at home**

**D1.** Before your baby was born, did you plan to have your baby at home?

- 1  Yes 2  No

**Note: If you did not have a home birth, please go to Section E**

**D2.** Were you given enough information about the following things?

Yes, Yes, to No Don't know/definitely some extent Can't remember

- a) The sorts of pain relief that would be available  
1  2  3  4  .....
- b) The monitoring of the baby that would be available  
1  2  3  4
- c) The distance and location of the nearest hospital  
1  2  3  4  .....
- d) The sorts of emergency back-up that would be available (e.g. ambulance facilities if you needed them)  
1  2  3  4

**D3.** After the birth, did you or your baby go to hospital? *Please tick one box only*

- 1  No, my baby and I both stayed at home → **Go to Section F**
- 2  Yes, my baby and I both went to hospital → **Go to E1**
- 3  I went to hospital, but my baby stayed at home → **Go to E1**
- 4  My baby went to hospital, but I stayed at home → **Go to Section F**

### **Section E. Care in hospital after the birth**

**E1.** How long did you stay in hospital after your baby was born?

Please write in hours **OR** days

**E2.** Looking back, do you feel that the **length of your stay** in hospital was...

1  Too long? 2  Too short? 3  About right? 4  Not sure / Don't know

**E3.** Were you given enough information about your own recovery after the birth?

1  Yes, definitely

2  Yes, to some extent

3  No, but I would have liked some information

4  No, but I did not need this information

5  Don't know / Can't remember

**E4.** Did your baby have a newborn examination or 'baby check' before you were discharged home?

1  Yes → **Go to E5**

2  No → **Go to E6**

3  Don't know / Can't remember → **Go to E6**

**E5.** Who carried out this examination or 'baby check'? *Please tick one box only*

1  Midwife 2  Doctor 3  Other 4  Don't know / Can't remember

**E6.** During your postnatal stay were you offered a choice of food?

1  Yes, always 2  Yes, sometimes 3  No

**E7.** How much food were you given?

1  Too much 2  The right amount 3  Too little 4  I did not have any hospital food

**E8.** Overall how would you rate the hospital food during your postnatal stay?

1  Very good 2  Good 3  Fair 4  Poor 5  I did not have any hospital food

**E9.** For your postnatal stay in the hospital, how clean were ...

Very Fairly Not very Not at all I did not

Clean clean clean clean use these

a) The hospital room or ward you were in?

1  2  3  4  5  .....

b) The toilets and bathrooms that you used? 1  2  3  4  5

**E10.** Overall, thinking about the postnatal care you received in hospital after the birth of your baby, were you...

Yes, Yes, No Don't know /

always sometimes Can't remember

a) Spoken to in a way you could understand? 1  2  3  4  .....

b) Treated with respect and dignity? 1  2  3  4

c) Treated with kindness and understanding? 1  2  3  4  .....

d) Given the information or explanations you needed?

1  2  3  4

## Section F. Feeding your baby

F1. During your pregnancy did your midwife discuss infant feeding with you?

1  Yes 2  No 3  Don't know / Can't remember

F2. Did you ever put your baby to the breast (even if it was only once)?

1  Yes 2  No

F3. In the first few days after the birth how was your baby fed? *Please tick one box only*

1  Breast milk (or expressed breast milk) only

2  Both breast and formula (bottle) milk

3  Formula (bottle) milk only

4  Not sure

F4. Thinking about feeding your baby (breast or bottle) did you feel that midwives and other carers gave you ...

Yes, Yes, No Don't Didn't want always generally know or need this

a) Consistent advice? 1  2  3  4  5  .....

b) Practical help? 1  2  3  4  5

c) Active support and encouragement? 1  2  3  4  5  .....

## Section G. Babies needing special care

G1. Was your baby cared for in a neonatal unit (NNU, NICU, SCBU) at all?

1  Yes →Go to G2

2  No →Go to H1

G2. How long was your baby in neonatal care in total?

1  1 day or less 2  2-7 days 3  8-14 days 4  15-30 days 5  31 days or more

G3. Were you and/or your partner given enough information about why your baby was admitted for neonatal care?

1  Yes, definitely

2  Yes, to some extent

3  No, but I would have liked some information

4  No, but I did not need this information

5  Don't know / Can't remember

G4. Is your baby still in a neonatal unit now?

1  Yes 2  No

## Section H. Care at home after the birth

**H1.** When you were at home after the birth of your baby did you have the name and telephone number of a midwife or health visitor you could contact if you were worried?

- 1  Yes  
2  No  
3  Don't know / Can't remember

**H2.** Since your baby's birth have you been visited at home by a midwife?

- 1  Yes →Go to H3  
2  No, I visited the midwife or saw a midwife in a clinic →Go to H3  
3  No, I was not offered a visit →Go to H5  
4  No, I was visiting or staying near my baby in a neonatal unit (NNU, NICU, SCBU) →Go to H5  
5  No, I moved home →Go to H5  
6  No, I did not want a midwife to visit →Go to H5  
7  No, for another reason →Go to H5

**H3.** How many times in total did you see a midwife after you went home? times

**H4.** How old was your baby when you had the **last visit or contact** with the midwife? days

**H5.** Would you have liked to have seen a midwife ...

- 1  More often? 2  Less often? 3  I saw a midwife as much as I wanted

**H6.** In the six weeks after the birth of your baby did you receive help and advice from health professionals about each of the things listed below?  
Yes, definitely Yes, to some extent No Did not need any

- a) Your baby's crying 1  2  3  4  .....
- b) Your baby's sleeping position 1  2  3  4
- c) Feeding your baby 1  2  3  4  .....
- d) Your baby's skin care (e.g. nappy rash) 1  2  3  4
- e) Your baby's health and progress 1  2  3  4  .....

**H7.** Did you have a postnatal check-up of your own health? (Around 4-6 weeks after the birth)

- 1  Yes 2  No

**H8.** Were you given information or offered advice from a health professional about contraception?

- 1  Yes 2  No 3  Don't know / Can't remember

**H9. Overall, how would you rate the care received during ...**  
Excellent Very Good Fair Poor  
good

a) Your pregnancy?  <sub>1</sub>  <sub>2</sub>  <sub>3</sub>  <sub>4</sub>  <sub>5</sub> ...

b) Your labour and birth?  <sub>1</sub>  <sub>2</sub>  <sub>3</sub>  <sub>4</sub>  <sub>5</sub>

c) Your care after the birth?  <sub>1</sub>  <sub>2</sub>  <sub>3</sub>  <sub>4</sub>  <sub>5</sub> ...

## Section J. You and your household

Please complete as many of these questions as you can. Your answers will help us to describe the women taking part in the survey and to find out whether the care offered to women is the same regardless of their background or circumstances.

**J1.** Have you had a previous pregnancy?

<sub>1</sub> Yes → Go to J2

<sub>2</sub> No → Go to J3

**J2.** How many babies have you given birth to before this pregnancy?

<sub>1</sub> None  <sub>2</sub> 1-2  <sub>3</sub> 3 or more

**J3.** In what **year** were you born?

**(Please write in)** e.g. 1 9 7 4

Y Y Y Y

**J4.** How old were you when you left full-time education?

<sub>1</sub> 16 years or less  <sub>2</sub> 17 or 18 years  <sub>3</sub> 19 years or over  <sub>4</sub> Still in full time education

**J5.** Which of the following people live with you? *Please tick all that apply*

<sub>1</sub> Your baby/children  <sub>2</sub> Husband or partner

<sub>3</sub> Other family members  <sub>4</sub> Other people in your household

**J6.** What language do you speak **most** often at home? *Please tick one box only*

<sub>1</sub> English

<sub>2</sub> Other European language

<sub>3</sub> Asian language (such as Hindi, Gujarati, Punjabi, Urdu, Sylheti, Bengali, Chinese, Thai)

<sub>4</sub> African language (such as Swahili, Hausa, Yoruba)

<sub>5</sub> Other, including British Sign Language. *Please write in*

**J7.** To which of these ethnic groups would you say you belong? *Please tick one box only*

### WHITE

<sub>1</sub> British



- 2  Irish  
3  Any other White background  
(Please write in box)

**MIXED**

- 4  White and Black Caribbean  
5  White and Black African  
6  White and Asian  
7  Any other Mixed background  
(Please write in box)

**ASIAN OR ASIAN BRITISH**

- 8  Indian  
9  Pakistani  
10  Bangladeshi  
11  Any other Asian background  
(Please write in box)

**BLACK OR BLACK BRITISH**

- 12  Caribbean  
13  African  
14  Any other Black background  
(Please write in box)

**CHINESE OR OTHER ETHNIC GROUP**

- 15  Chinese  
16  Any other ethnic group  
(Please write in box)

**J8.** Do you have a long-standing physical or mental health problem or disability?

- 1  Yes →Go to J9  
2  No →Go to J10  
3  Don't know / Not sure →Go to J10

**J9.** Does this problem or disability affect your day to day activities?

- 1  Yes, definitely  
2  Yes, to some extent  
3  No

**J10.** Overall, how would you rate your health over the past 4 weeks?

- 1  Excellent
- 2  Very Good
- 3  Good
- 4  Fair
- 5  Poor
- 6  Very Poor

### 13.3.3 Μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



**ΘΕΜΑ: Διερεύνηση των απόψεων των γυναικών της Κύπ  
τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διασφάλιση του δικαιώματος  
τους για επιλογή τόπου τοκετού.**

Αγαπητή κυρία,

Βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων σας για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διασφάλιση του δικαιώματός σας για επιλογή τόπου τοκετού και μαιευτικής φροντίδας. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μέρος της διδακτορικής μου διατριβής στη Μαιευτική, στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (σε συνεργασία με Πανεπιστήμια Skonde, Σουηδίας και Middlesex, Αγγλίας).

Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα βοηθήσουν στη διασφάλιση των δικαιωμάτων της γυναίκας στο τοκετό στοχεύοντας στην διαμόρφωση αποτελεσματικότερης Μαιευτικής πολιτικής στη Κύπρο.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας. Μπορείτε να αποσυρθείτε από την μελέτη οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμείτε. Η συμβολή σας είναι πολύτιμη στην ομαλή διεξαγωγή της μελέτης.

Είμαι στη διάθεση σας για περισσότερες πληροφορίες.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων,

Ελένη Μιχαήλ Χατζηγεωργίου  
Υποψήφια Διδάκτορας Μαιευτικής  
Μαιευτική Εκπαίδευση  
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου  
Τηλ.22-603054  
e-mail: elenix@cytanet.com.cy

## **A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο μια μόνο απάντηση και συμπλήρωσε τα κενά.

<b>1. ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ</b>	
18-26	1
27-31	2
32-36	3
37 και άνω	4
<b>2. ΤΟΚΕΤΟΙ</b>	
1	1
2-3	2
4-5	3
6 και άνω	4
<b>3. ΕΙΔΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ</b>	

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ				1
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ				2
ΑΛΛΟ.....				3
<b>4. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ</b>				
1-4 ΩΡΕΣ				1
5-8 ΩΡΕΣ				2
9 ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΑΝΩ				3
<b>5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>				
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ				1
ΑΓΑΜΗ				2
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ				3
ΑΛΛΟ.....				4
<b>6. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ</b>				
ΕΛΛΗΝΟΚΥΠΡΙΑ				1
ΤΟΥΡΚΟΚΥΠΡΙΑ				2
ΑΛΛΗ .....				3
<b>7. ΤΟΠΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ</b>	<b>Α. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>Β. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>Γ. ΑΛΛΟ</b>	
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	1	1	1	
ΛΕΜΕΣΟΣ	2	2	2	
ΛΑΡΝΑΚΑ	3	3	3	
ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ	4	4	4	
ΠΑΦΟΣ	5	5	5	

<b>8. ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΤΟΚΕΤΟ</b>		
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ		1
ΜΗΤΕΡΑ		2
ΦΙΛΗ		3
ΑΛΛΟΣ / ΑΛΛΗ.....		4
<b>9. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΑΣ</b>	<b>ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ</b>
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	1	1
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	2	2
ΛΥΚΕΙΟ	3	3
ΚΟΛΕΓΙΟ/ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	4	4
ΑΛΛΟ.....	5	5

<b>10. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΑΣ</b>	<b>ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ</b>
ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ-ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	1	1

ΠΡΟΣΟΝΤΟΥΧΟΙ(ΓΙΑΤΡΟΣ, ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ,ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ)	2	2
ΤΕΧΝΙΚΟΙ, ΒΟΗΘΟΙ, ΕΙΔΙΚΟΙ ΓΡΑΦΕΙΣ	3	3
ΓΡΑΦΕΙΣ,ΔΑΚΤΥΛΟΓΡΑΦΟΙ,ΤΑΜΙΕΣ	4	4
ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ,ΠΩΛΗΤΕΣ	5	5
ΓΕΩΡΓΟΙ,ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ,ΨΑΡΑΔΕΣ, ΓΕΩΡΓΙΚΟΙ ΕΡΓΑΤΕΣ	6	6
ΤΕΧΝΙΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ, ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ,ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΟΙ	7	7
ΧΕΙΡΙΣΤΕΣ ΜΗΧΑΝΩΝ, ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΡΜΟΛΟΓΗΤΕΣ	8	8
ΠΛΑΝΩΔΙΟΙ,ΚΑΘΑΡΙΣΤΕΣ,ΦΥΛΑΚΕΣ,ΚΛΗΤΗΡΕΣ	9	9
ΕΝΟΠΛΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ	0	0
ΟΙΚΟΚΥΡΕΣ	Χ	Χ
<b>11.ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΑΣ</b>	<b>ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ</b>
ΔΗΜΟΣΙΟΣ, ΗΜΙΚΡΑΤΙΚΟΣ	1	1
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ	2	2
ΑΥΤΟΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΣ	3	3
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ/Η-ΟΙΚΟΚΥΡΑ	4	4
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ/Η-ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	5	5

12. ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (Καθαρό)	500- 800	800-1300	1300- 1700	1700- 2600	2600- 3400	3400 5100	5100 και άνω
	1	2	3	4	5	6	7

## **Β. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΟΠΟ ΤΟΚΕΤΟΥ**

Παρακαλώ αφού διαβάσετε τις σχετικές δηλώσεις τοποθετήστε ✓ στο ανάλογο κουτί λαμβάνοντας υπόψη πόσο συμφωνείτε με τη κάθε δήλωση.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
1. Ο μαιευτήρας μου έδωσε τις απαραίτητες πληροφορίες για να επιλέξω τόπο τοκετού.						
2. Οι πληροφορίες που μου δόθηκαν ήταν κατανοητές						
3. Η μαία μου έδωσε τις απαραίτητες πληροφορίες για να επιλέξω τόπο τοκετού						
4. Οι πληροφορίες που μου δόθηκαν ήταν κατανοητές.						
5. Συμμετείχα ενεργά στη λήψη απόφασης για το που θα γεννήσω.						
6. Ήμουν αναποφάσιστη για το τόπο που θα γεννήσω.						
7. Ο μαιευτήρας ή η μαία θα πρέπει να αποφασίζουν που θα γεννήσω.						
8. Δεν με απασχολεί που θα γεννήσω εφόσον θα αποκτήσω ένα υγιές παιδί.						

### Γ. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

Παρακαλώ αφού διαβάσετε τις σχετικές δηλώσεις τοποθετήστε ✓ στο ανάλογο κουτί για το πόσο σημαντική επίδραση είχε για σας ο κάθε παράγοντας.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ	ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ	ΛΙΓΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ	ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
------------	-------------------	---------------------	-------------------	----------------------	------------------------------

1.Εαυτός μου					
2.Σύντροφος					
3.Οικογένεια					
4.Φίλοι					
5.Μαία					
6.Μαιευτήρας					
7.Προηγούμενη εμπειρία τοκετού					
8.Ενημερωτικά φυλλάδια					
9.Βιβλία/ Περιοδικά					
10.Τηλεόραση Διαδίκτυο					
11.Μαθήματα προετοιμασίας για γονεϊκότητα					
12.Οικονομικό					
13. Άλλοι (*)					

**Δ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΠΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
1.Θέλω να γεννήσω σε ένα μέρος κοντά στο σπίτι μου.						
2. Θέλω να γεννήσω με τη στήριξη μαιίας που γνωρίζω.						
3. Θέλω να γεννήσω με τη στήριξη μαιευτήρα που γνωρίζω.						
4. Θέλω να γεννήσω σε ένα φιλόξενο και ήρεμο περιβάλλον.						
5. Η σκέψη της γέννας						

με τρομάζει.						
--------------	--	--	--	--	--	--

**\*Αν υπάρχει άλλος παράγοντας που έχει επηρεάσει στην απόφασή σας για τον τόπο τοκετού παρακαλώ περιγράψτε**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ε. ΠΙΘΑΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΠΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

1. Θέλω να υπάρχει η απαιτούμενη υποδομή/ υπηρεσία για τοκετό στο σπίτι.						
2. Θέλω να υπάρχει η απαιτούμενη υποδομή/ υπηρεσία για τοκετό σε κέντρο φυσικού τοκετού. (εξοπλισμένος χώρος που προωθείται ο φυσιολογικός τοκετός).						
3. Θέλω να γεννήσω σε μέρος όπου οι μαιευτήρες και οι μαίες είναι καλοί συνεργάτες						

**ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΙΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΑΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ**

**ΜΑΙΑ**.....

.....



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ**.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ευχαριστώ για το χρόνο που έχετε αφιερώσει για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

### 13.3.4 Οδηγός ημιδομημένης συνέντευξης

#### ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Παρακαλώ όπως σκεφτείτε τη μαιευτική φροντίδα που είχατε στο τελευταίο σας τοκετό και σύμφωνα με αυτό να απαντήσετε τις πιο κάτω ερωτήσεις.

##### A. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΟΠΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

Είχες κάποια ενημέρωση για να επιλέξεις τον τόπο τοκετού σου;

Εάν ναι, ποιος σε ενημέρωσε;

2. Μπορείς να εισηγηθείς τρόπο/τρόπους για να ενημερώνεται η γυναίκα για τον τόπο τοκετού της.

3. Πότε θεωρείς είναι η καταλληλότερη περίοδος για να ενημερωθεί η γυναίκα για τόπο τοκετού;

Ποίες ενέργειες έκανες στην προσπάθεια σου να επιλέξεις τον τόπο τοκετού σου;

##### B. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΠΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

1. Ποιοι παράγοντες σε έχουν επηρεάσει στην επιλογή σου για τόπο τοκετού.

2. Πέστε τους παράγοντες από τον πιο σημαντικό στο λιγότερο σημαντικό.

3. Θέλεις να μου αναφέρεις οτιδήποτε που έχει σχέση με την απόφαση

σου να γεννήσεις στο συγκεκριμένο τόπο.

#### Γ. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΠΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

1. Γνωρίζεις τι είναι το κέντρο τοκετού?  
(Εξοπλισμένος χώρος, ο οποίος μπορεί να βρίσκεται κοντά ή μακριά από το νοσοκομείο, έχει οικογενειακό περιβάλλον, επιτρέπει σε όλα τα μέλη της οικογένειας να παρίστανται, δεν γίνονται ιατρικές παρεμβάσεις και η μαία βοηθά τη γυναίκα να γεννήσει το μωρό της ).
2. Αν σου δινόταν η ευκαιρία να επιλέξεις τόπο τοκετού θα επέλεγες να γεννήσεις στο σπίτι, κέντρο τοκετού, νοσοκομείο ιδιωτικό ή νοσοκομείο δημόσιο. Γιατί?
3. Ποια είναι η άποψη σου για δημιουργία κέντρων τοκετού.
4. Ποια είναι η άποψη σου για τον τοκετό στο σπίτι.
5. Πιστεύεις η Ελληνοκύπρια γυναίκα θέλει να έχει περισσότερες επιλογές τόπου τοκετού όπως τοκετό στο σπίτι, σε κέντρο τοκετού.

#### Δ. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΟ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

1. Ένα από τα δικαιώματα σου ως χρήστης των υπηρεσιών υγείας είναι το δικαίωμα της σωστής ενημέρωσης δηλαδή να έχεις πληροφορημένη επιλογή τόπου τοκετού. Παρακαλώ σχολιάστε.
2. Η Κυπριακή Δημοκρατία έχει θεσμοθετήσει τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας από το 2005 . Το δικαίωμα της γυναίκας για πληροφορημένη επιλογή τόπου τοκετού συμπεριλαμβάνεται. Ποία είναι η γνώμη σου για τη Θεσμοθέτηση (δημιουργία) ειδικών δικαιωμάτων της γυναίκας στο τοκετό.

#### Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

## ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

<b>1. ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ</b>			
18-26			1
27-31			2
32-36			3
37 και άνω			4
<b>2. ΤΟΚΕΤΟΙ</b>			
1			1
2-3			2
4-5			3
6 και άνω			4
<b>3. ΕΙΔΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ</b>			
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ			1
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ			2
ΑΛΛΟ.....			3
<b>4. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ</b>			
1-4 ΩΡΕΣ			1
5-8 ΩΡΕΣ			2
9 ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΑΝΩ			3
<b>5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>			
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ			1
ΑΓΑΜΗ			2
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ			3
ΑΛΛΟ.....			4
<b>6. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ</b>			
ΕΛΛΗΝΟΚΥΠΡΙΑ			1
ΤΟΥΡΚΟΚΥΠΡΙΑ			2
ΑΛΛΗ .....			3
<b>7. ΤΟΠΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ</b>	<b>Α. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>Β.ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>Γ. ΑΛΛΟ</b>
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	1	1	1
ΛΕΜΕΣΟΣ	2	2	2
ΛΑΡΝΑΚΑ	3	3	3
ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ	4	4	4
ΠΑΦΟΣ	5	5	5

8. ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΤΟΚΕΤΟ		
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ		1
ΜΗΤΕΡΑ		2
ΦΙΛΗ		3
ΑΛΛΟΣ / ΑΛΛΗ.....		4
9. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΓΥΝΑΙΚΑΣ	ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	1	1
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	2	2
ΛΥΚΕΙΟ	3	3
ΚΟΛΕΓΙΟ/ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	4	4
ΑΛΛΟ.....	5	5

10. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΓΥΝΑΙΚΑΣ	ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ-ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	1	1
ΠΡΟΣΟΝΤΟΥΧΟΙ(ΓΙΑΤΡΟΣ, ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ,ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ)	2	2
ΤΕΧΝΙΚΟΙ, ΒΟΗΘΟΙ, ΕΙΔΙΚΟΙ ΓΡΑΦΕΙΣ	3	3
ΓΡΑΦΕΙΣ, ΔΑΚΤΥΛΟΓΡΑΦΟΙ,ΤΑΜΙΕΣ	4	4
ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ,ΠΩΛΗΤΕΣ	5	5
ΓΕΩΡΓΟΙ,ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ,ΨΑΡΑΔΕΣ, ΓΕΩΡΓΙΚΟΙ ΕΡΓΑΤΕΣ	6	6
ΤΕΧΝΙΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ, ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ,ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΟΙ	7	7
ΧΕΙΡΙΣΤΕΣ ΜΗΧΑΝΩΝ, ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΡΜΟΛΟΓΗΤΕΣ	8	8
ΠΛΑΝΩΔΙΟΙ,ΚΑΘΑΡΙΣΤΕΣ,ΦΥΛΑΚΕΣ,ΚΛΗΤΗΡΕΣ	9	9
ΕΝΟΠΛΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ	0	0
ΟΙΚΟΚΥΡΕΣ	Χ	Χ
11.ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑΣ	ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ
ΔΗΜΟΣΙΟΣ, ΗΜΙΚΡΑΤΙΚΟΣ	1	1
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ	2	2
ΑΥΤΟΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΣ	3	3
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ/Η-ΟΙΚΟΚΥΡΑ	4	4
ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ/Η-ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	5	5

12. ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (Καθαρό)	500-800	800-1300	1300-1700	1700-2600	2600-3400	3400-5100	5100 και άνω
	1	2	3	4	5	6	7

