

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Διδακτορική διατριβή

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ
ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ
ΛΕΧΩΪΔΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ
ΤΟΚΕΤΟ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ
ΚΥΠΡΙΑΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ

ΛΕΜΕΣΟΣ 2016

ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

Δρ Νίκος Μίτλεττον

Δρ Χριστιάνα Κούτα

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ
ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ
ΛΕΧΩΪΔΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΑΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ
ΤΟΚΕΤΟ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ
ΚΥΠΡΙΑΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΟΥ

Κωνσταντίνου Στυλιανίδη

Λεμεσός 2016

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ

Διδακτορική διατριβή

Παρουσιάστηκε από
Κωνσταντίνο Στυλιανίδη

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής:

- Δρ Δέσποινα Σαπουντζή-Κρέπια Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Frederick (Πρόεδρος Επιτροπής)
- Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής, ΤΕΠΑΚ (μέλος)
- Δρ Ιωάννης Ματαλλιωτάκης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Κρήτης (μέλος)

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής:

- Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής (Επιβλέπων Καθηγητής)
- Δρ Νίκος Μίτλεττον, Αναπληρωτής Καθηγητής (μέλος)
- Δρ Χριστιάνα Κούτα, Επίκουρη Καθηγήτρια (μέλος)

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μάρτιος 2016

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Κωνσταντίνος Στυλιανίδης, 2016

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.

Ευχαριστίες

Η παρούσα διδακτορική διατριβή αποτελεί ένα πόνημα το οποίο δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την συμμετοχή των λεχωϊδων, που έτεκαν σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου και που με μεγάλη προθυμία αποδέχθηκαν να συμμετάσχουν, αλλά και που με μεγάλη ειλικρίνεια έδωσαν τις ανάλογες απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο, καταθέτοντας η κάθεμιά, τη δική της εμπειρία κατά τη διάρκεια της κήσης και του τοκετού.

Θερμές ευχαριστίες οφείλω και στις μαίες-νοσηλεύτριες που αποτελούν το προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων όλων των δημόσιων νοσοκομείων της Κυπριακής Δημοκρατίας, οι οποίες με πολλή στοργή και αφοσίωση αγάλιασαν και στήριξαν αυτή την προσπάθεια.

Ιδιαίτέρως, αισθάνομαι την ανάγκη να αναφερθώ στην κα Βασιλική Χατζιώνα, Α.Ν.Α. και μαία στο Ν.Α.Μ. ΙΙΙ και στην κα Μαρία Γεωργίου, μαία στο Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου, οι οποίες υπήρξαν πολύτιμες συνεργάτες και συνέβαλαν ενεργά στη διεκπεραίωση της εργασίας αυτής.

Τα σχήματα λόγου είναι σίγουρα φτωγά για να αποδόσουν επαρκώς τις ευχαριστίες μου προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρα Βασίλειο Ραφτόπουλο. Πέραν από την πολύτιμη και άρτια επιστημονική του καθοδήγηση, υπήρξε πηγή έμπνευσης και κίνητρο συνέχισης της όλης διαδικασίας. Μίλησε στη ψυχή μου και κατάφερε να επιδαμλεύσει τον τρόπο σκέψης και πρακτικής μου. Στη δική του διδαχή είναι που οφείλω ένα μεγάλο και κύριο κομμάτι της πνευματικής μου υπόστασης.

Η συμβολή των συνεπιβλέποντων καθηγητών Δρα Νίκου Μίτλεττον και Δρας Χριστιάνας Κούτα, υπήρξε καθοριστική στην επιτυχή ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας. Η συνεργασία μας ήταν αγαστή και αγλαόκαπρη. Τους ευχαριστώ θερμά για τον πολύ παραγωγικό τρόπο που ενέσκυψαν στη προσπάθεια αυτή.

Τέλος, ήθελα ολόψυχα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου αλλά και τους φίλους μου, οι οποίοι πάντα στηρίζουν τις δικές μου επιλογές με απεριόριστη αγάπη, αφοσίωση και εμπιστοσύνη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο τοκετός αποτελεί μια στρεσογόνα εμπειρία στη ζωή των γυναικών, απορρέοντας από τη σύνθετη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Αναπόφευκτα, τόσο η εγκυμοσύνη, όσο και ο τοκετός αποτελούν ίσως τα πιο σημαντικά γεγονότα στη ζωή κάποιας γυναίκας και της οικογένειάς της, οι εμπειρίες των οποίων λειτουργούν καθοριστικά στη νοηματοδότηση της μητρότητας. Η αποτύπωση των απόψεων των γυναικών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών, συγκεντρώνει πανευρωπαϊκό ενδιαφέρον. Η διερεύνηση της σχέσης του δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης με την επιλόχεια κατάθλιψη και η διασύνδεσή τους με την εκληφθείσα ποιότητα των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών, αποτελεί αναμφίβολα μια καινοτομία, με στόχο τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών. Επιτυγχάνεται έτσι, μια διαφορετική προσέγγιση στο τομέα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επικεντρωμένη στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, μειώνοντας το σφάλμα αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός: Η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση των λεχωϊδων από τη συνεργασία τους με το γυναικολόγο και τη μαία κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, σε δημόσια νοσοκομεία της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Δείγμα και μέθοδος: Πρόκειται για μια συγχρονική περιγραφική έρευνα με την χρήση ερωτηματολογίου που συμπεριλαμβάνει τις κλίμακες KIM, EPDS, WLEIS. Η αξιολόγηση των εμπειριών των γυναικών από τη γέννα τους έγινε με την χρήση ενός ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό, κατά την επίσκεψη ρουτίνας στα εξωτερικά ιατρεία. Το δείγμα ευκολίας, αποτέλεσαν 715 λεχωϊδες που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία όλων των δημόσιων νοσοκομείων της Κυπριακής Δημοκρατίας, στα πλαίσια εξέτασης ρουτίνας μετά από τον τοκετό σε διάστημα ενός έτους.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, γέννησαν σε δημόσιο νοσοκομείο της Λευκωσίας (48%). Οι περισσότερες ήταν έγγαμες, ανώτερου επιπέδου εκπαίδευσης και είτε ιδιωτικοί υπάλληλοι (28,2%), είτε άνεργες (25,2%), με μόλις 10% του δείγματος να είχε αποκτήσει τρία παιδιά. Με φυσιολογικό τοκετό γέννησαν το 56,5% των γυναικών, ενώ το 43,5% με καισαρική τομή. Οι παντρεμένες γυναίκες δήλωσαν καλύτερη εμπειρία τοκετού ($\mu=6,34\pm 2,67$) και υψηλότερη μέση εκληφθείσα ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών ($\mu=8,59\pm 1,68$). Το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών, επίσης

επηρεάζει την εμπειρία του τοκετού και την εκληφθείσα ποιότητα, με υψηλότερες αξιολογήσεις να αναφέρονται από τις απόφοιτες λυκείου (μ -εμπειρία=6,23±2,86, μ -ποιότητα=8,24±1,88). Οι πρωτοτόκες γυναίκες ή αυτές που δεν έχουν αποκτήσει περισσότερα από δύο παιδιά, αξιολογούν την εμπειρία του τοκετού τους και την ποιότητα των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών χαμηλότερα (μ -εμπειρία=6,56±2,72, μ -ποιότητα=8,5±2,0). Καταγράφεται μεγαλύτερη μέση ικανοποίηση των γυναικών από τις υπηρεσίες των μαιών (μ =9,03±1,45) έναντι των ιατρικών (μ =8,52±1,68) ή διοικητικών υπηρεσιών (μ =7,69±2,23). Επίσης, οι γυναίκες με λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης αξιολογούν υψηλότερα τις υπηρεσίες των μαιών (μ =9,55±0,82). Πιο ικανοποιημένες δηλώνουν οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό παρά αυτές με καισαρική τομή σε σχέση με τις υπηρεσίες των μαιών, τις ιατρικές υπηρεσίες και την ασφάλεια που αισθάνθηκαν στο νοσοκομείο όπου γέννησαν, παρά το ότι δεν ήταν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Αντιθέτως, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή δήλωσαν πιο ικανοποιημένες από τις διοικητικές υπηρεσίες (μ -καισαρική=7,94±2,07, μ -φυσιολογικός τοκετός=7,54±2,34, $p=0,027$). Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό έναντι αυτών που γέννησαν με καισαρική (μ -φυσιολογικός τοκετός=24,39±11,12, μ -καισαρική=29,06±14,64, $p<0,001$) και οι λιγότερο νέες γυναίκες ηλικίας (άνω των 29 ετών) (μ -λιγότερο νέες=24,76±12,10, μ -νέες=27,31±13,18, $p=0,022$), δήλωσαν καλύτερη συνεργασία με την μαία, παρά με τον γυναικολόγο (συνολική βαθμολογία: 10-απολύτως επαρκώς, 50-ανεπαρκώς). Από την ανάλυση προέκυψε μια θετική σχέση συνεργασίας των γυναικών τόσο με το ιατρικό όσο και με το μαιευτικό προσωπικό. Συγκριτικά όμως, επαρκέστερη πληροφόρηση παρασχέθηκε από τις μαίες για ένα ευρύ πεδίο θεμάτων που αφορούν στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό και διάφορες εναλλακτικές επιλογές. Ο συντελεστής Cronbach's alpha τόσο για την κλίμακα αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο ($\alpha=0,90$), όσο και με την μαία ($\alpha=0,94$), ήταν πολύ υψηλός. Το ποσοστό των γυναικών του δείγματος της έρευνας που πιθανόν να υποφέρουν από επιλόχεια κατάθλιψη (έχουν συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής), έτσι όπως προκύπτει από τη χρησιμοποίηση του εργαλείου EPDS, ανέρχεται στο 28%. Οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή (μ -καισαρική=8,54±4,97, μ -φυσιολογικός τοκετός=7,50±4,78, $p=0,015$) και οι γυναίκες που γέννησαν στη Λευκωσία (μ -Λευκωσία=8,51±4,87, μ -Λάρνακα=5,75±4,95, $p=0,001$) είναι εκείνες που είχαν μια σημαντικά υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα EPDS και άρα τη μεγαλύτερη προδιάθεση ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης. Η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται αρνητικά με το δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης ($r=-0,348$, $p<0,001$). Ο δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας της ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες τόσο

στο συνολικό δείγμα των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ($\beta=0,159$, $p=0,001$), όσο και στις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή ($\beta=0,179$, $p=0,011$). Αναφορικά με την ικανοποίηση των γυναικών από τις υπηρεσίες των μαιών, μόνο μία διάσταση του δείκτη αυτού τεκμηριώνεται να λειτουργεί προβλεπτικά και αυτή είναι η ΟΑΕ (ΟΑΕ: Other Emotion Appraisal) ($\beta=0,364$, $p=0,001$). Η παρουσία συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίηση των γυναικών συνολικά από τη συνεργασία τους με τις μαιές ($\beta=0,130$, $p=0,007$), αλλά και από τη συνεργασία τους με τους γιατρούς ($\beta=0,124$, $p=0,076$).

Συμπεράσματα: Παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία του τοκετού των γυναικών, καθώς και την εκληφθείσα ποιότητα αποτελούν: η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και ο τόκος. Οι παντρεμένες γυναίκες, αυτές που είναι απόφοιτες λυκείου ή πανεπιστημίου και οι τριτοτόκες, καταγράφουν καλύτερες αξιολογήσεις. Η συνεργασία των γυναικών είναι καλύτερη με τις μαιές παρά με τους γυναικολόγους. Ιδιαίτερα στις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και στις λιγότερο νέες. Η επιλόχεια κατάθλιψη και ο δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης επηρεάζουν την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση των επίτοκων γυναικών από την παρεχόμενη φροντίδα. Ο δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης μπορεί να λειτουργήσει ως προβλεπτικός παράγοντας της ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες τόσο στο συνολικό δείγμα των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, όσο και στις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή. Αναφορικά με την ικανοποίηση των γυναικών από τις υπηρεσίες των μαιών, μόνο μία διάσταση του δείκτη αυτού τεκμηριώνεται να λειτουργεί προβλεπτικά και αυτή είναι η ΟΑΕ. Προτείνονται διάφορες αλλαγές για μεταρρύθμιση των μαιευτικών υπηρεσιών και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως: η βελτίωση της στελέχωσης των μαιευτικών υπηρεσιών με τον ανάλογο αριθμό μαιών, ανασχεδιασμός του τρόπου διενέργειας μαθημάτων τοκετού στις επίτοκες, ανάπτυξη υπηρεσιών κοινοτικής μαιευτικής για στήριξη των λεχωϊδων κατά την περίοδο της λοχείας, αλλά και εκπαίδευση των επίτοκων στην ανάπτυξη γνώσεων χρησιμοποίησης μηχανισμών διαχείρισης του συναισθήματος, όπως και των επαγγελματιών υγείας στην αξιολόγηση και ερμηνεία του δείκτη συναισθηματικού νοημοσύνης των γυναικών για παροχή εξατομικευμένης φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: εμπειρία τοκετού, περιγεννητική φροντίδα, ικανοποίηση από μαιευτικές υπηρεσίες, εκληφθείσα ποιότητα μαιευτικών υπηρεσιών, επιλόχεια κατάθλιψη, δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης

ABSTRACT

Introduction: Labour is a stressful life experience for women, due to the impact of several factors. Inevitably, both pregnancy and labour may be the most important life events for a woman and her family, the experiences of which contribute to the significance of motherhood. Women's views on the perceived quality of the perinatal healthcare services, is of great interest in Europe. The investigation of the association of emotional intelligence and post-partum depression with the perceived quality from the perinatal healthcare services, is undoubtedly an innovation, aiming at a continuous improvement of quality and efficiency of perinatal healthcare services. An entirely different approach in the field of the quality of healthcare services, is thus achieved, based on psychosocial factors, in an effort to more accurately and precisely assess the offered healthcare services.

Aim: The investigation of the factors that are related with the perceived quality and satisfaction of women post-partum, from their co-operation with the gynaecologist and midwives during their pregnancy and labour, at public hospitals of the Republic of Cyprus.

Sample and Methods: It is a descriptive correlational study using a questionnaire that includes KIM, EPDS and WLEIS scales. The assessment of women's labour experience was achieved by using an anonymous and self-completed questionnaire, six weeks post-partum, during their routine visit at the outpatient department. The convenience sample consisted of 715 women, who completed an anonymous questionnaire while being at the waiting room, waiting to be examined six weeks following their delivery, at the outpatient departments of all the public hospitals of the Republic of Cyprus. This research was held for one year.

Results: The majority of women that took part in this research gave birth at Nicosia's public maternity hospital (48%). Most of them were married, of high educational standard and either work in the private sector (28.2%), or unemployed (25.2%), with only 10% of the sample having three children. 56.5% of women had vaginal delivery, while 43.5% had a c-section. Married women had a better labour experience ($\mu=6.34\pm 2.67$) and higher mean perceived quality from the perinatal healthcare services ($\mu=8.59\pm 1.68$). The educational level of women also affects labour's experience and the perceived quality, with higher scores declared by women graduates of secondary education (μ -experience=6.23±2.86, μ -quality=8.24±1.88). Those women that had one and no more than two children, assess their labour experience and

the quality of the perinatal healthcare services with lower scores (μ -experience=6.56±2.72, μ -quality=8.5±2.0). Women are more satisfied from midwives' services (μ =9.03±1.45), compared to gynaecologists' services (μ =8.52±1.68) or administrative services (μ =7.69±2.23). Moreover, women with lower educational background assess midwives' services with higher scores (μ =9.55±0.82). Women that had vaginal delivery are more satisfied with midwives' and gynaecologists' services and felt more secure at the hospital where they delivered, compared to those that delivered by cesarean, even though this was not significant at a statistical level. On the contrary, women that delivered by cesarean, were more satisfied from the administrative services (μ -cesarean=7.94±2.07, μ -vaginal delivery=7.54±2.34, $p=0.027$). Women's co-operation with the midwife was better than that with the gynaecologist for those that had a vaginal delivery (μ -vaginal delivery=24.39±11.12, μ -cesarean=29.06±14.64, $p<0.001$) and for those that are more than 29 years old ($\mu>29$ years old=24.76±12.10, $\mu<29$ years old=27.31±13.18, $p=0.022$), (total score: 10-completely satisfactory, 50-unsatisfactory). Following the data analysis, a positive co-operation of women was revealed both with the medical and the midwifery staff, with a high Cronbach's alpha, both for the co-operation assessment scales with the gynaecologist ($\alpha=0.90$) and the midwife ($\alpha=0.94$). Comparatively more information was given to women by midwives, though, for a great spectrum of issues that afford pregnancy and labour, as well as alternative options. Twenty eight percent of women who took part in this research might suffer from post-partum depression (have depressive disorder symptoms), as it is revealed by the use of EPDS scale. Women that had a c-section (μ -cesarean=8.54±4.97, μ -vaginal delivery=7.50±4.78, $p=0.015$) and those that delivered in Nicosia (μ -Nicosia=8.51±4.87, μ -Larnaca=5.75±4.95, $p=0.001$), have significantly higher scores in EPDS scale and thus, higher risk and predisposition for developing post-partum depression. Post-partum depression is negatively related with emotional intelligence ($r=-0.348$, $p<0.001$). Emotional intelligence may predict satisfaction from the medical services, both for the total women's sample that took part in this research ($\beta=0.159$, $p=0.001$), as well as for the women that had a c-section ($\beta=0.179$, $p=0.011$). Only one dimension of emotional intelligence may affect women's satisfaction from midwives' services and this is OAE (OAE: Other Emotion Appraisal) ($\beta=0.364$, $p=0.001$). The appearance of post-partum depression symptoms, negatively affects women's satisfaction from their co-operation with midwives ($\beta=0.130$, $p=0.007$), but also from their co-operation with doctors ($\beta=0.124$, $p=0.076$).

Conclusions: Factors that affect women's experience of labour, as well as perceived quality involve: family status, educational level and parity. Married women, those that are secondary

education or university graduates and those that have three children, report better assessments. Women's co-operation is better with midwives, than with gynaecologists, especially for those that had a vaginal delivery and their age is >29 years old. Post-partum depression and emotional intelligence influence the perceived quality and satisfaction of women from the offered care. Emotional Intelligence Quotient is proved to predict women's satisfaction from medical services both for the total sample of women that took part in this research and for the women that delivered by caesarean. Only one dimension of emotional intelligence, is proved to affect women's satisfaction from midwives' services and this is OAE. Numerous changes and reforms are suggested, in an effort to improve the quality of the perinatal healthcare services including: appropriate increase in the number of midwives per perinatal healthcare center, reforming the way that antenatal lessons are held, development of midwifery services that can visit and practically and emotionally support women postpartum at their homes, educate women in developing skills that help them deal with their as well as others' emotions and educate healthcare providers in assessing and defining emotional intelligence of pregnant women, in an effort to offer individualised care.

Key words: labour's experience, perinatal healthcare, satisfaction from perinatal healthcare services, perceived quality from perinatal healthcare services, post-partum depression, emotional intelligence

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	11
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	14
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	16
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	18
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	20
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	24
Κεφάλαιο 1: Στατιστικά δεδομένα γεννήσεων στην Κύπρο και την Ευρώπη.....	25
Κεφάλαιο 2: Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.....	35
2.1 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	35
2.2 Οι εμπειρίες των γυναικών από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες.....	38
2.3 Η εκληφθείσα ποιότητα φροντίδας	41
2.4 Η ικανοποίηση των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες.....	44
2.5 Συνεργασία με τον γιατρό και τη μαία.....	49
Κεφάλαιο 3: Επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης και συναισθηματική νοημοσύνη.....	55
3.1 Επιλόχεια κατάθλιψη	55
3.2 Συναισθηματική νοημοσύνη	62
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	67
4.1 Σκοπός.....	68
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα	68
4.3 Μέθοδος	68
4.4 Δείγμα.....	71
4.5 Στατιστική ανάλυση	71
4.6 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας.....	72

5. Αποτελέσματα	74
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	111
5.1 Περιορισμοί.....	121
5.2 Συμπεράσματα.....	122
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	136

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Έρευνες αξιολόγησης της ποιότητας των μαιευτικών υπηρεσιών κάνοντας χρήση του ερωτηματολογίου KIM.....	53
Πίνακας 2: Έρευνες εκτίμησης επιπολασμού επιλόχειας κατάθλιψης	57
Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	74
Πίνακας 4: Δοκιμασία ANOVA οικογενειακής κατάστασης και εμπειρίας τοκετού και εκληφθείσας ποιότητας.....	81
Πίνακας 5: Δοκιμασία ANOVA επιπέδου εκπαίδευσης και εμπειρίας τοκετού και εκληφθείσας ποιότητας.....	82
Πίνακας 6: Δοκιμασία ANOVA αριθμός τοκετού και εμπειρίας τοκετού και εκληφθείσας ποιότητας.....	83
Πίνακας 7: Δοκιμασία ANOVA αριθμός «Θα πρότεινα το νοσοκομείο» και εμπειρίας τοκετού και εκληφθείσας ποιότητας.....	85
Πίνακας 8: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των νέων και των λιγότερο νέων γυναικών.....	86
Πίνακας 9: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης.....	87
Πίνακας 10: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των γυναικών που είχαν φυσιολογικό τοκετό και καισαρική	88
Πίνακας 11: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των γυναικών ως προς τον αριθμό παιδιών	89
Πίνακας 12α: Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο.....	91
Πίνακας 12β: Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τη μαία.....	92
Πίνακας 13: Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και τη μαία	84

Πίνακας 14: Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία κοινών ερωτήσεων της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και τη μαία.....	85
Πίνακας 17: Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και τη μαία και στη μέση αξιολόγηση της ποιότητας συνεργασίας με το γιατρό και μαία ως προς την παρακολούθηση μαθημάτων.....	87
Πίνακας 18: Μέσες τιμές ερωτήσεων της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale και τιμή του α αν παραληφθεί η ερώτηση	89
Πίνακας 19: Συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών.....	90
Πίνακας 20: Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες χωρίς στρέψη τους.....	93
Πίνακας 21: Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες μετά από varimax στρέψη των αξόνων τους.....	94
Πίνακας 22: Διαφορές στις μέσες τιμές στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression.....	96
Πίνακας 23: Διαφορές στις μέσες τιμές μεταξύ των γυναικών με συμπτώματα κατάθλιψης και αυτών χωρίς.....	97
Πίνακας 24: Μέσες τιμές υποκλιμάκων WLEIS	99
Πίνακας 25: Μέσες τιμές ερωτήσεων της κλίμακας WLEIS και τιμή του Cronbach's α αν παραληφθεί η ερώτηση	100
Πίνακας 26: Μέσες τιμές απαντήσεων στην κλίμακα WLEIS	101
Πίνακας 27: Διαφορές στις μέσες τιμές στην κλίμακα WLEIS.....	103
Πίνακας 28: Συσχετίσεις με την κλίμακα WLEIS και τις υποκλίμακες	104
Πίνακας 29: Συσχετίσεις με την κλίμακα WLEIS και τις υποκλίμακες	105
Πίνακας 30: Ανάλυση παλινδρόμησης	110

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Μητρική Θνησιμότητα 2006 - 2010	26
Διάγραμμα 2: Κατανομή συχνότητας τοκετών ανά μέγεθος μαιευτικής μονάδας για το έτος 2010.....	28
Διάγραμμα 3: Κατανομή αποκλειστικού και μικτού μητρικού θηλασμού κατά το πρώτο 48ωρο	30
Διάγραμμα 4: Συχνότητα πολύδυμων κυήσεων ανά 1000 γυναικών για το έτος 2010.....	31
Διάγραμμα 5: Ηλικιακή κατανομή γυναικών που γέννησαν το 2010.....	32
Διάγραμμα 6: Ποσοστό νέων μητέρων άνω των 35 ετών για το έτος 2004 και συγκριτικές διαφορές μεταξύ των ετών 2004 και 2010	33
Διάγραμμα 7: Επίπεδο εκπαίδευσης των μητέρων για το έτος 2010.....	34
Διάγραμμα 8: Διάγραμμα ροής αναζήτησης της βιβλιογραφίας	37
Διάγραμμα 9: Αριθμός τοκετών.....	75
Διάγραμμα 10: Αριθμός τοκετών.....	76
Διάγραμμα 11: Αριθμός πρόωρων τοκετών.....	76
Διάγραμμα 12: Αριθμός αποβολών ή αμβλώσεων	77
Διάγραμμα 13: Είδος τελευταίου τοκετού	77
Διάγραμμα 14: Επιλογή του τοκετού.....	78
Διάγραμμα 15α: Εμπειρία του τοκετού.....	79
Διάγραμμα 15β: Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών.....	79
Διάγραμμα 16: Πρόθεση πρότασης του νοσοκομείου σε άλλους.....	84
Διάγραμμα 17: Παρακολούθηση μαθημάτων προετοιμασίας για τον τοκετό	86
Διάγραμμα 18: Τι θεωρούν σημαντικό οι γυναίκες από τη φροντίδα στο νοσοκομείο.....	88
Διάγραμμα 19: Λόγοι επιλογής του νοσοκομείου από τις γυναίκες.....	88
Διάγραμμα 20: Επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης	95

Διάγραμμα 21: Κατανομή βαθμολογίας στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale
..... 95

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μεγάλη και έντονη κινητοποίηση των σύγχρονων πολιτικών υγείας, προς την κατεύθυνση της επαρκούς ενημέρωσης και ενδυνάμωσης των πασχόντων, έτσι ώστε η άποψή τους να συνυπολογίζεται πριν την οριστική επιλογή της οποιασδήποτε θεραπείας, δεν θα μπορούσε να απέχει και από τον τομέα της περιγεννητικής ιατρικής και των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών. Τον τελευταίο χρόνο, παρατηρείται έντονη δραστηριότητα όλων των φορέων επαγγελματιών υγείας του κλάδου αυτού, αλλά και ιδιαίτερα του Παγκύπριου Συνδέσμου Μαιών, σε μια προσπάθεια-εκστρατία ενημέρωσης των γυναικών για την προώθηση του φυσιολογικού τοκετού.

Ο τοκετός αποτελεί μια στρεσογόνα εμπειρία στη ζωή των γυναικών, απορρέοντας από τη σύνθετη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων όπως είναι ο πόνος, η ακινητοποίηση, οι ιατρικές παρεμβάσεις και οι μελλοντικές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των εγκύων γυναικών και των επαγγελματιών υγείας (Hatamleh et al., 2013). Αναπόφευκτα, τόσο η εγκυμοσύνη, όσο και ο τοκετός αποτελούν ίσως τα πιο σημαντικά γεγονότα στη ζωή κάποιας γυναίκας και της οικογένειάς της, οι εμπειρίες των οποίων λειτουργούν καθοριστικά στη νοηματοδότηση της μητρότητας της κάθε γυναίκας (Vanagiene et al., 2009).

Η αποτύπωση των απόψεων των γυναικών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών, είναι ένας τομέας που συγκεντρώνει πανευρωπαϊκό ενδιαφέρον (Sapountzi et al., 2009), σε μια προσπάθεια εισαγωγής μεταρρυθμίσεων για τη βελτίωσή τους. Κι αυτό προκύπτει από τη μεγάλη διαφορά που παρατηρείται στη μητρική θνησιμότητα ανάμεσα στο μεγαλύτερο και το μικρότερο ποσοστό πανευρωπαϊκά, αναδεικνύοντας την αδυναμία πρόσβασης πολλών γυναικών στις μαιευτικές υπηρεσίες (www.euro.who.int), αλλά και από τα υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών που παρατηρούνται τον τελευταίο καιρό (www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/). Αυτή η αύξηση των ποσοστών των καισαρικών τομών, σε συνδιασμό με τη βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης των γυναικών στις μέρες μας, δημιούργησε συνθήκες κινητοποίησης των μαιών και των γυναικών, ενάντια στην ιατροποίηση του τοκετού, αλλά και στροφή προς το φυσιολογικό τοκετό και το θηλασμό.

Η προγεννητική φροντίδα αποτελεί σημαντική πτυχή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας διεθνώς και προϋπόθεση καλής έκβασης των κυήσεων στις περιπτώσεις που εφαρμόζεται αποτελεσματικά (Oladapo and Osiberu, 2009). Παρά την έμφαση που δίνεται

στον τομέα αυτό, οι δείκτες υγείας που αφορούν στη βρεφική και στη νεογνική θνησιμότητα, η αύξηση του ποσοστού των γεννήσεων πρόωρων νεογνών και νεογνών χαμηλού βάρους γεννήσεως, παραμένουν μη ικανοποιητικοί ακόμα και σε οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες όπως είναι οι Η.Π.Α. (29^η χώρα διεθνώς). Αναπόφευκτα, οι δείκτες αυτοί είναι ιδιαίτερος υψηλοί στις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες πληθυσμού, ως αποτέλεσμα των κοινωνικών ανισοτήτων που επικρατούν (Novick G., 2009).

Στην προσπάθεια αναζήτησης αίτιων αυτής της εικόνας και πιθανών διορθωτικών παρεμβάσεων στα πλαίσια καθορισμού πολιτικών υγείας (Oladapo and Osiberu, 2009) και μείωσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας (Hemminki and Blondel, 2001), αναγνωρίζονται πολλοί παράγοντες. Περιλαμβάνουν ψυχοκοινωνικούς και παράγοντες συμπεριφοράς, περιβαλλοντικούς, την γενική κατάσταση υγείας προ της κύησης, το άγχος, τον ρατσισμό και την φτώχεια, ανισότητες πρόσβασης (γεωγραφικές και οικονομικές) (Rahmani, Z., Brekke, M., 2013).

Ο προσδιορισμός των παραγόντων αυτών βοηθά στον καθορισμό εισηγήσεων για τη βελτίωση των μαιευτικών υπηρεσιών, μέσα από την υιοθέτηση προσεγγίσεων που έχουν ως επίκεντρο τη γυναίκα, την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, την προαγωγή της ενεργούς συμμετοχής των γυναικών στον καθορισμό της φροντίδας υγείας και στη λήψη αποφάσεων (Novick G., 2009; Teijlingen et al., 2003). Επίσης σημαντική είναι η εξασφάλιση της συνέχειας και της διάρκειας στην παρακολούθηση και τη φροντίδα και σε περίπτωση που δύναται, αυτό να γίνεται από τον ίδιο λειτουργό υγείας (μαία, μαιευτήρα, γενικό ιατρό) (Hundley et al., 2000).

Παραμελημένη αποτελεί και η πτυχή της επιλόχειας κατάθλιψης. Ένας σημαντικός τομέας, που αποτελεί συνεκτικό κρίκο στην παρεμπόδιση της ανάπτυξης όλων των ομαλών λειτουργιών στην περίοδο της λοχείας. Ο τομέας αυτός, φαίνεται να ενδιαφέρει όλο και περισσότερο τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου εξετάζεται ο βαθμός και η έκταση που επηρεάζει τόσο τη ζωή των γυναικών, όσο και τη ποιότητα των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών.

Η συσχέτιση του δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης με την επιλόχεια κατάθλιψη και η διασύνδεσή τους με διοικητικές πτυχές των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών, αποτελεί αναμφίβολα πρωτοποριακό τομέα εργασιών σε παγκόσμια κλίμακα. Μοναδικός πάντα στόχος, η συνεχής βελτίωση της ποιότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Ραφτόπουλο (2009) ένας αριθμός από «κοινωνικό-ψυχολογικά» επιγεννήματα μπορεί να επηρεάζουν τις εκφάνσεις ικανοποίησης των πασχόντων από διάφορες διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας και άρα να προσθέτουν ένα σφάλμα στην αξιολόγηση της ικανοποίησης και εκληφθείσας ποιότητας. Παράδειγμα αποτελεί η καταθλιπτική διάθεση των ηλικιωμένων ασθενών, που σχετίζεται με την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής, με τους ηλικιωμένους με συμπτώματα κατάθλιψης να σημειώνουν μικρότερη βαθμολογία (συμφωνούν λιγότερο ότι η φροντίδα ήταν ποιοτική) και μάλιστα όσο αυξάνεται το σκορ της κατάθλιψης τόσο μειώνεται και η βαθμολογία (Ραφτόπουλος, 2009). Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με συμπτωματολογία κατάθλιψης εκφράζουν την δυσαρέσκειά τους κεκαλυμμένη, μέσω της χαμηλότερης εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, αφού παρόμοια στατιστικά σημαντική διαφορά δεν υπήρξε σε ό,τι αφορά την συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα, την ιατρική και τη νοσηλευτική.

Οι Hopton et al. (1993) χρησιμοποιώντας το Nottingham Health Profile, μελέτησαν 1599 ασθενείς και μίλησαν για μια θετική σχέση ανάμεσα στο *επίπεδο της κατάθλιψης και την ηλικία του ασθενή, τον χρόνο αναμονής και τις ψυχολογικές αντιδράσεις, συνεπεία της ενημέρωσης από τον γιατρό*. Το συμπέρασμα είναι ότι η κατάθλιψη, επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή από κάποιες πτυχές της φροντίδας και άρα οι γενικεύσεις θεωρούνται απλοϊκές.

Οι έρευνες που προσπαθούν να διερευνήσουν την επίδραση συγκεκριμένων ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην άποψη που σχηματίζουν οι λεχώιδες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και εν γένει στην εμπειρία τους από τον τοκετό είναι ελάχιστες. Σε μια πρόσφατη έρευνα (Στυλιανίδης, 2012) με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου με την παρούσα διατριβή διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής των γυναικών 8,14, που θεωρείται ικανοποιητική. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση αφορούσε τον σύντροφο και ακολουθεί η οικογένεια και η σεξουαλική τους ζωή. Η μικρότερη μέση ικανοποίηση αφορούσε το μισθό και τα οικονομικά τους.

Όσοι σχεδιάζουν την πολιτική υγείας, καθώς και όσοι στοχεύουν στον ανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας προκειμένου να είναι πιο φιλικές στις λεχώιδες, χρειάζονται αξιόπιστα και έγκυρα δεδομένα τα οποία να βασίζονται στους παράγοντες που ερμηνεύουν πραγματικά την συνολική εικόνα που αποκομίζει η γυναίκα από την εμπειρία του τοκετού. Παράγοντες όπως η επιλόχεια κατάθλιψη αλλά και η συναισθηματική νοημοσύνη που συνεξαρτώνται,

ίσως να ερμηνεύουν πιθανές διαφορές στην εμπειρία του τοκετού καθώς αποτελεί μια βιωμένη εμπειρία.

Εντούτοις, ένα τέτοιο εγχείρημα δεν είναι τόσο εύκολο και απλό. Προϋποθέτει τη διερεύνηση των απόψεων των γυναικών-χρηστών των μαιευτικών υπηρεσιών και τον καθορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τις απόψεις τους. Η χρησιμοποίηση αξιολογήσεων των υπηρεσιών και η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών, αποτελούν λειτουργικά εργαλεία διαφόρων ερευνών για την εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού (Teijlingen et al., 2003). Άλλωστε, η ιατρικοποίηση του τοκετού αποτελεί κύριο στοιχείο αποδοκιμασίας από μέρος των γυναικών (Fraser D., 1999).

Η πρωτοποριακή πτυχή του θέματος, ενόψει και της έλλειψης παρόμοιων δημοσιευμένων ερευνών στην Κύπρο, οδήγησαν στη διενέργεια της παρούσας εργασίας. Η οποιαδήποτε πληροφορία ή καινούργια γνώση που αφορά τις μαιευτικές υπηρεσίες στην Κύπρο, που αναπόφευκτα θα προκύψει από την εργασία αυτή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί με στόχο την βελτίωσή τους.

Γιατί μόνο έτσι θα εξυπηρετούνται καλύτερα οι γυναίκες και τα παιδιά τους. Γιατί, κατά τον Ρίτσο: «Όποιος αγαπάει ένα πουλί, ένα άστρο, ένα παιδί, αυτός πάντα του βλέπει όμορφα όνειρα κι ο κόσμος γίνεται όμορφος ως πέρα απ'τον ύπνο του, ως πίσω απ' τα κλεισμένα μάτια του, ως μέσα στο πιο άγνωστο χαμόγελό του». Ας ομορφύνουμε τα όνειρά μας λοιπόν...

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Στατιστικά δεδομένα γεννήσεων στην Κύπρο και την Ευρώπη

Τα στατιστικά δεδομένα, είναι πάντα τα στοιχεία εκείνα που χρησιμοποιούνται από τους φορείς που ασχολούνται με τη θέσπιση πολιτικών υγείας. Είναι τα μόνα αντικειμενικά δεδομένα που αν χρησιμοποιηθούν σωστά, γίνεται εφικτή η εισαγωγή μεταρρυθμίσεων για την προαγωγή πιο αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγείας. Αναφορικά με τις μαιευτικές υπηρεσίες, οι δείκτες υγείας που ενδιαφέρουν συμπεριλαμβάνουν: τη μητρική και βρεφική θνησιμότητα, τα ποσοστά πρόωρων τοκετών, τα ποσοστά καισαρικών κ.ά.

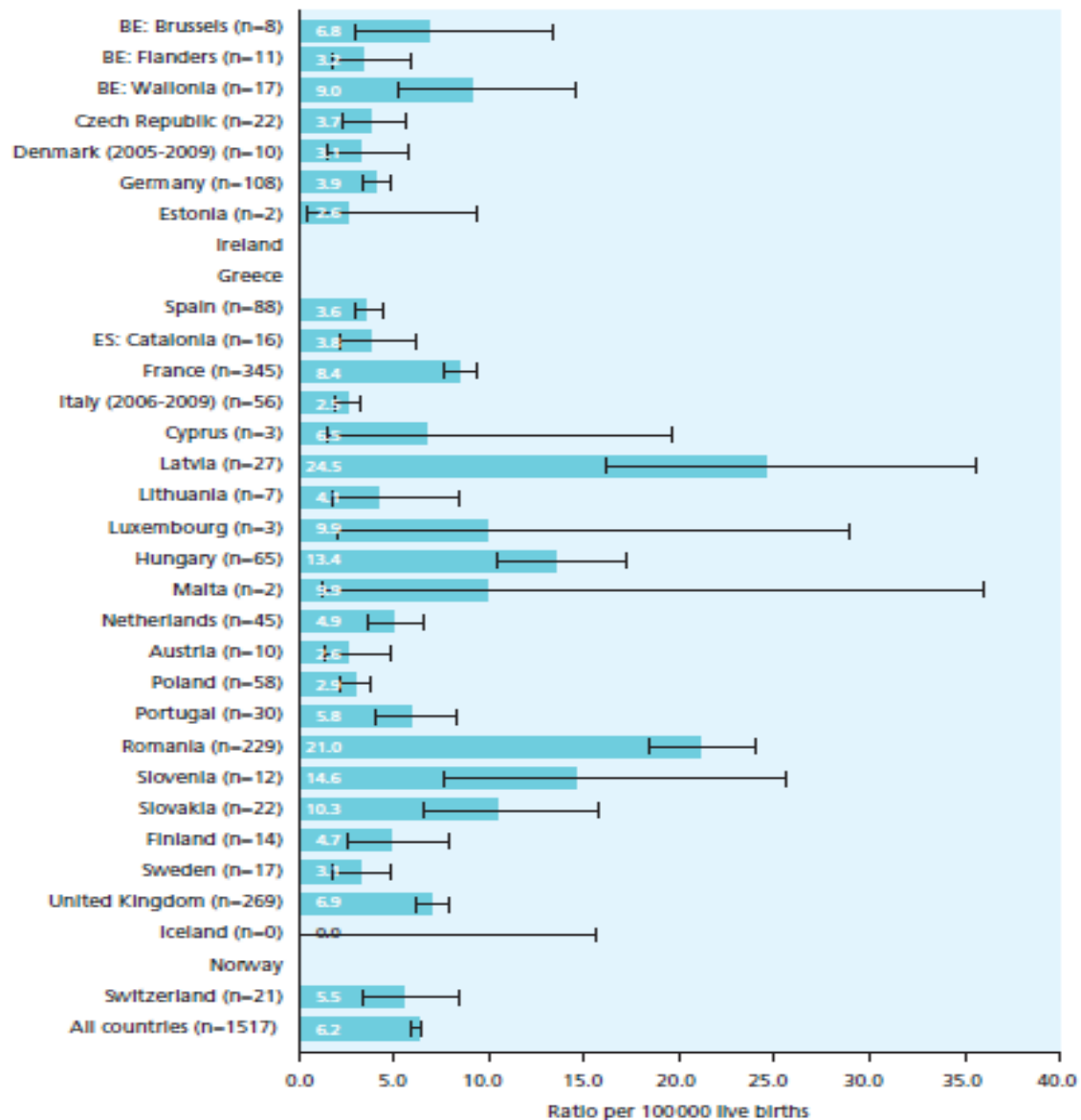
Παρατηρείται διεθνώς μείωση τόσο της μητρικής, όσο και της βρεφικής θνησιμότητας, αλλά και παράλληλη αύξηση της επιβίωσης των πρόωρων νεογνών, κάτι που αντανακλά την παροχή πιο ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Εντούτοις, τα ποσοστά των καισαρικών τομών αυξάνονται, ιδιαίτερα στην Κύπρο όπου οι περισσότερες γυναίκες γεννούν σε μικρές μαιευτικές μονάδες και είναι πιο αυξημένα στον ιδιωτικό τομέα.

Παρά το γεγονός ότι οι μητρικοί θάνατοι είναι σπάνιοι στις μέρες μας, επικρατεί η αίσθηση ότι η διατήρηση στατιστικών δεδομένων σε πολλές χώρες επιδέχεται αμφισβητήσεων ως προς την εγκυρότητα και την ακρίβεια των δεδομένων. Συνεπώς, η αξιολόγηση της υγείας της εγκύου και της λεχιάδας παραμένει μια πραγματική πρόκληση (Euro-Peristat Project, 2008). Η μητρική θνησιμότητα ορίζεται ως ο αριθμός όλων των θανάτων από το πρώτο τρίμηνο εγκυμοσύνης μέχρι και 42 ημέρες μετά τον τοκετό, από άμεσα και έμμεσα μαιευτικά αίτια, ανά 100.000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών. Η μητρική θνησιμότητα διαφέρει μεταξύ των διαφόρων χωρών, από 0 στην Ισλανδία, < 1 στην Κύπρο, Εσθονία, Λουξεμβούργο και Μάλτα και >40 στη Γαλλία, Ρουμανία και Ηνωμένο Βασίλειο. Τα υψηλότερα επίπεδα μητρικής θνησιμότητας για τις χώρες που διατηρούν στατιστικά δεδομένα για περισσότερο από μια πενταετία, αναφέρονται στη Λετονία (24,5/100 000) και στη Ρουμανία (21/100 000), σε αντίθεση με την Ιταλία (2,5), την Αυστρία και την Εσθονία (2,6) και την Πολωνία (2,9). Προφανής είναι η διακύμανση που παρατηρείται στη μητρική θνησιμότητα μεταξύ των χωρών, που συνολικά για όλες τις χώρες, παρουσιάζουν ένα επίπεδο του 6,2/100 000 (Euro-Peristat Project, 2010). Οι διαφορές όμως, που παρατηρούνται μεταξύ των χωρών πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή καθότι οι μητρικοί θάνατοι φανερώνουν δυσλειτουργία του συστήματος υγείας της κάθε χώρας. Είναι δύσκολο να παρουσιαστούν με ακρίβεια όμως, εφόσον η εγκυμοσύνη δεν αναγράφεται πάντα στο πιστοποιητικό θανάτου ως

υποκείμενη κατάσταση. Σε χώρες με πολύ χαμηλά ποσοστά μητρικής θνησιμότητας μπορεί απλά να υπάρχει αδυναμία καταγραφής αυτών των δεδομένων (Euro-Peristat Project, 2008).

Στο διάγραμμα 1, παρουσιάζεται αναλυτικά η μητρική θνησιμότητα σε πανευρωπαϊκό επίπεδο.

Διάγραμμα 1: Μητρική Θνησιμότητα 2006 - 2010



NOTE: ratios provided with 95% confidence intervals

Πηγή: European Perinatal Health Report 2010

Το 2005 στον ευρωπαϊκό χώρο καταγράφονται 27 μητρικοί θάνατοι ανά 100.000 γεννήσεις, αλλά παρατηρείται τεράστια διαφορά μεταξύ της μεγαλύτερης και της μικρότερης μητρικής θνησιμότητας (170 φορές περισσότερη). Οι κύριες αιτίες μητρικής θνησιμότητας είναι οι ακόλουθες: αιμορραγία, λοίμωξη, υψηλή αρτηριακή πίεση, εκτρώσεις χωρίς να τηρούνται οι βασικοί κανόνες ασφαλείας και ο επιπλεγμένος τοκετός. Τα αίτια αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν με βασικές παρεμβάσεις, διασφαλίζοντας τη σχέση κόστους-οφέλους, παρόλο που στην Ευρώπη δεν έχουν όλες οι γυναίκες ίση πρόσβαση στις μαιευτικές υπηρεσίες (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/causes-of-newborn-mortality-and-morbidity-in-the-european-region>).

Από τους νεογνικούς θανάτους, το 75% παρατηρείται κατά την πρώτη εβδομάδα ζωής και από αυτούς το 25-45% κατά το πρώτο εικοσιτετράωρο. Τα κύρια αίτια για το 80% των νεογνικών θανάτων αποτελούν η προωρότητα, το χαμηλό βάρος γέννησης, οι λοιμώξεις, η ασφυξία, το τραύμα κατά τον τοκετό και οι συγγενείς ανωμαλίες. Τα 2/3 των νεογνικών θανάτων μπορούν να αποφευχθούν με την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας κατά την εγκυμοσύνη, κατά τη διάρκεια του τοκετού και κατά την πρώτη εβδομάδα ζωής (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/causes-of-newborn-mortality-and-morbidity-in-the-european-region>).

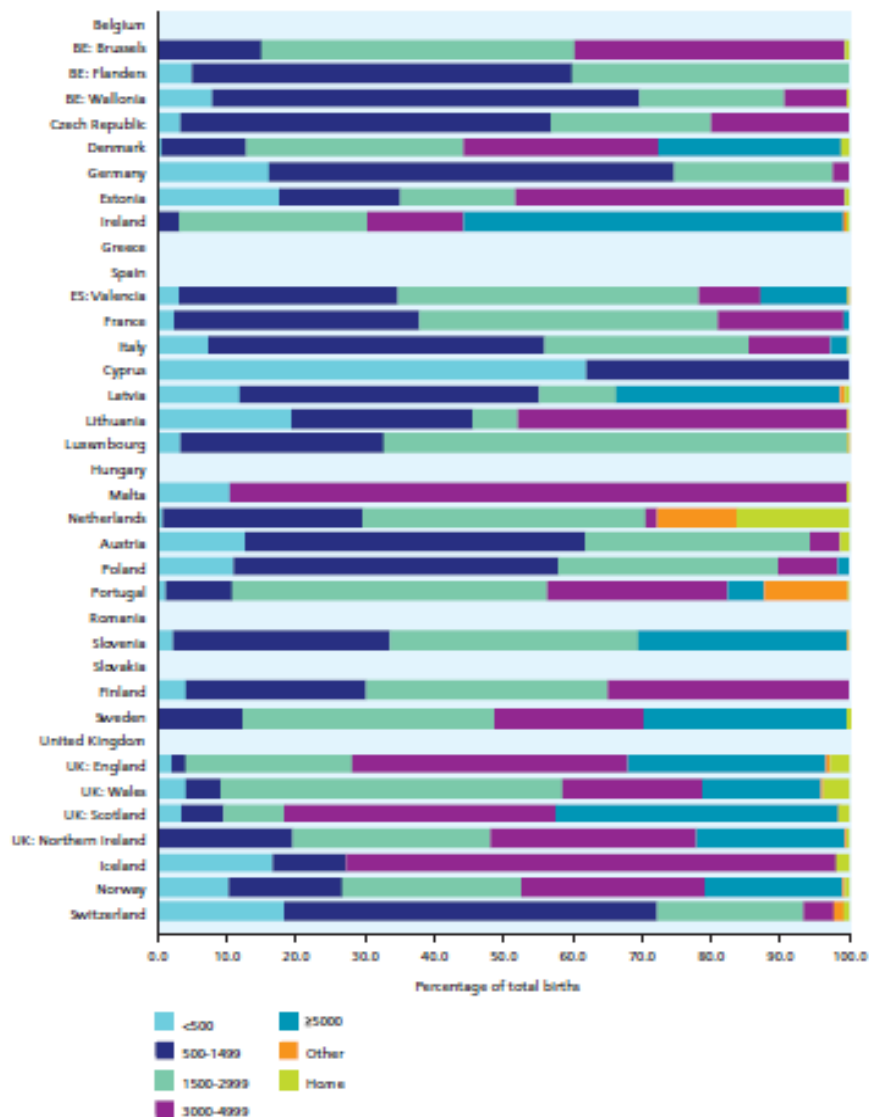
Στην Κυπριακή Δημοκρατία παρατηρείται μια βελτίωση ως προς τη μητρική θνησιμότητα στους 10 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις για το 2008 (17/100.000-1990, 14/100.000-2000), έτσι όπως προκύπτουν από τα στατιστικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) (World Health Statistics, 2011).

Οι δείκτες περί της υγειονομικής κάλυψης αντανακλούν το εύρος στο οποίο άνθρωποι με πραγματικές ανάγκες τυγχάνουν περίθαλψης και φροντίδας. Τέτοιοι δείκτες περιλαμβάνουν και την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Στην Κύπρο, ενώ το 99% του πληθυσμού καλύπτεται υγειονομικά από εξειδικευμένο προσωπικό επαγγελματιών υγείας κατά την κύηση, το 100% κατά τον τοκετό (World Health Statistics, 2011) και είναι η πρώτη χώρα παγκοσμίως σε ποσοστό στις καισαρικές τομές (52,2%) (Euro-Peristat Project, 2010) κάτι που προβληματίζει και εύλογα δημιουργεί πολλά ερωτηματικά για τα αίτια αυτού του φαινομένου.

Το 61,9% των γυναικών στην Κύπρο γεννούν σε μικρές μαιευτικές μονάδες όπου γίνονται λιγότεροι από 500 τοκετοί το έτος. Παρόμοια ποσοστά παρουσιάζονται και σε χώρες όπως η Γερμανία, η Λιθουανία, η Εσθονία και η Λετονία. Στις περισσότερες από τις υπόλοιπες χώρες, αυτές οι μικρές μονάδες δεν υπάρχουν ή αντιπροσωπεύουν ένα πολύ μικρό

ποσοστό. Οι περισσότερες γυναίκες γεννούν σε μεγάλες μαιευτικές μονάδες παρά το γεγονός ότι θεωρούνται πιο απρόσωπες και χώροι όπου γίνονται πιο πολλές παρεμβάσεις (Euro-Peristat Project, 2010). Στο διάγραμμα 2, παρουσιάζεται η κατανομή της συχνότητας των τοκετών ανά μέγεθος μαιευτικής μονάδας για το έτος 2010.

Διάγραμμα 2: Κατανομή συχνότητας τοκετών ανά μέγεθος μαιευτικής μονάδας για το έτος 2010



Πηγή: European Perinatal Health Report, 2010

Οι τοκετοί στο σπίτι είναι σπάνιοι πια διεθνώς με εξαίρεση την Ολλανδία (30% των τοκετών). Στη Μεγάλη Βρετανία, για τις χαμηλού ρίσκου κήσεις παρέχεται η ευχέρεια

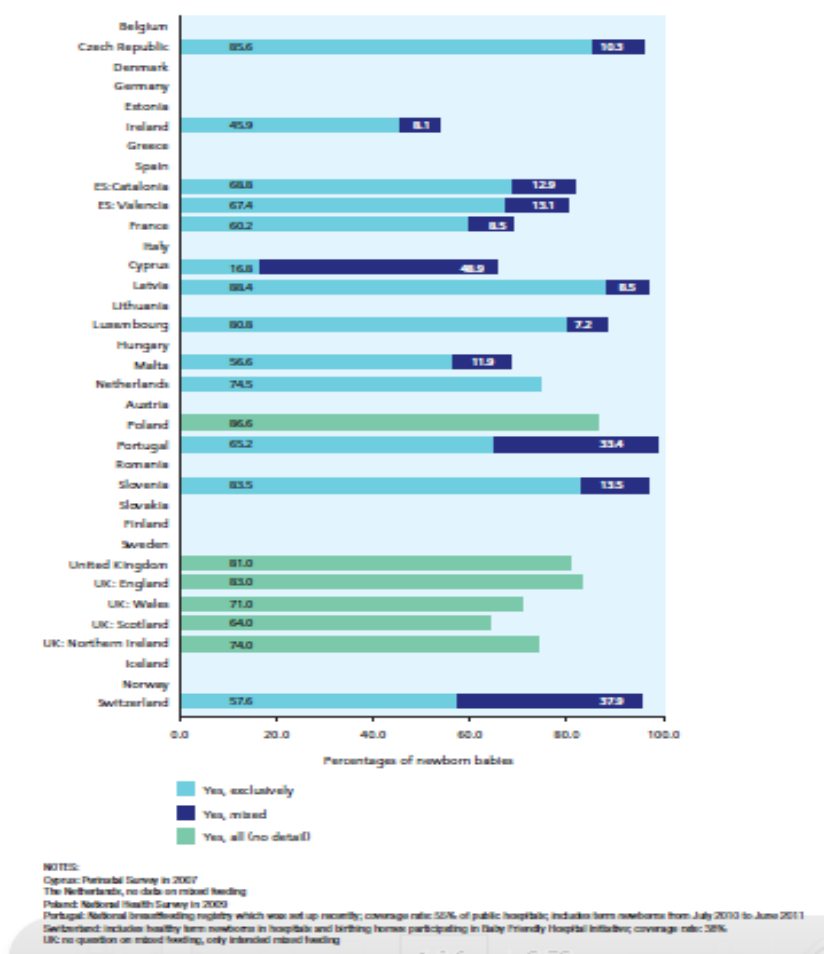
τοκετού στο σπίτι (2.7%, 1.4%% των τοκετών στη Σκωτία, 1.8% στην Ισλανδία και 3.1% στην Ουαλία) (Euro-Peristat Project, 2010). Αυτή η επιλογή δεν παρέχεται στην Κύπρο.

Ο μητρικός θηλασμός, άρχισε να κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος στις μέρες μας, αφού οι γυναίκες μελετούν περισσότερο και η τάση της εποχής είναι να ενδιαφέρονται για πιο φυσιολογικούς τρόπους ανάπτυξης των παιδιών. Είναι αδιαμφισβήτητα πολύ σημαντικός για την υγεία των νεογνών καθώς παρέχει στα νεογνά σημαντικό διατροφικό όφελος και αντίσταση στις λοιμώξεις.

Ιδιαίτερα σημαντικό, είναι όταν αυτό γίνεται κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά τον τοκετό. Η επιτυχία του βασίζεται στη στήριξη, την επιμόρφωση και τη βοήθεια που οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν στις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία. Στην Ευρώπη παρατηρούνται πολύ ψηλά ποσοστά σε αυτό τον τομέα (46% στην Ιρλανδία, 62% στην Γαλλία και σχεδόν 100% στην Τσεχία, Σλοβενία, Σουηδία) (Euro-Peristat Project, 2010). Στην Κύπρο, 27,7% των γυναικών θηλάζουν αποκλειστικά από τις πρώτες 48 ώρες, 64,2% συνδιάζουν το θηλασμό με συμπληρωματική χορήγηση φόρμουλας, ενώ 8,1% δεν θηλάζουν καθόλου (Εκθεση Υπουργείου Υγείας-Περιγεννητικοί Δείκτες Υγείας για το 2007-2013, 2015, www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/4C6E956BEF3F6B3AC22579C600279631?).

Υψηλότερα ποσοστά μητρικού θηλασμού κατά τις 48 ώρες παρατηρηθήκαν σε Λευκωσία, Λεμεσό και Αμμόχωστο (>85%), αν και σε καμιά επαρχία το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού δεν ξεπερνούσε το 30%, και ήταν μόνο ελαφρώς υψηλότερο στα μαιευτήρια του δημόσιου τομέα. Συγκριτικά, η Λάρνακα και η Πάφος εμφανίζονται σε χαμηλότερη θέση αφού το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού στις 48 ώρες δεν ξεπερνούσε το 7%, ενώ μέχρι και 30% των μητέρων δεν θήλασαν καθόλου (Τελική Έκθεση Αποτελεσμάτων: Ερευνητικό Πρόγραμμα BrEaST start in life).

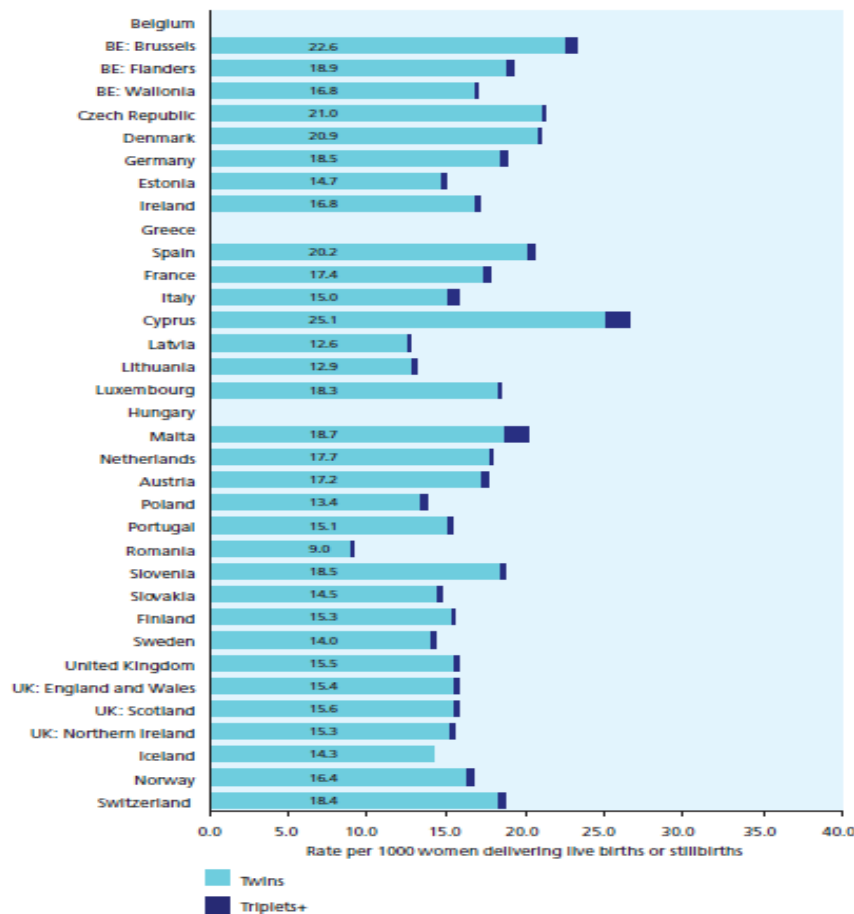
Διάγραμμα 3: Κατανομή αποκλειστικού και μικτού μητρικού θηλασμού κατά το πρώτο 48ωρο



Στην ευρωπαϊκή έκθεση για την περιγεννητική υγεία (European Perinatal Health Report, 2010), γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στα χαρακτηριστικά των λεχαιδίων και πιο συγκεκριμένα στο ποσοστό των γυναικών που έχουν πολύδυμες κήσεις, στην ηλικία των μητέρων, τον αριθμό των προηγούμενων τοκετών και το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Σύμφωνα με την αναφορά το ποσοστό εμφάνισης πολύδυμων κήσεων είναι από 9-12 ανά 1000 γυναίκες στη Λιθουανία, Πολωνία, Ρουμανία και Λετονία, με 20 ανά 1000 γυναίκες στην Ισπανία, Δανία, Μάλτα, Βρυξέλλες και Κύπρο (European Perinatal Health Report, 2010). Δεν υπάρχει καμιά σαφής διασύνδεση μεταξύ των ποσοστών εμφάνισης τρίδυμων κήσεων και των δίδυμων κήσεων. Μόνο στην Ιταλία και στη Γερμανία παρουσιάζεται σημαντικός αριθμός τετράδυμων ή και κήσεων περισσότερων εμβρύων (European Perinatal Health Report, 2008).

Διάγραμμα 4: Συχνότητα πολύδυμων κυήσεων ανά 1000 γυναικών για το έτος 2010

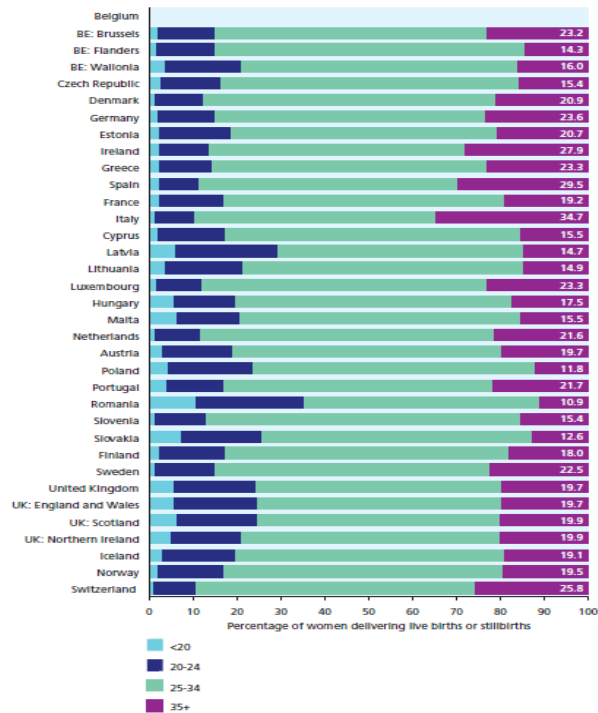


Πηγή: European Perinatal Health Report 2010

Το ποσοστό των εφήβων κοριτσιών που γίνονται μητέρες (ηλικίας μικρότερης των 20 ετών) διαφέρει από 1,1% στην Ελβετία με 10,6% στη Ρουμανία, Λετονία, Μάλτα, Ουγγαρία, Σλοβακία και Ηνωμένο Βασίλειο (European Perinatal Health Report, 2010). Γενικά, οι χώρες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: αυτές με μικρό ποσοστό (3%) εφήβων μητέρων, αυτές με ενδιάμεσο ποσοστό (3-5%) και αυτές με μεγαλύτερο ($\geq 5\%$). Η Κύπρος ανήκει στην κατηγορία των χωρών με μικρό ποσοστό (3%) (European Perinatal Health Report, 2010). Στα πιο κάτω σχήματα, εμφανίζεται η γεωγραφική κατανομή της ηλικίας τεκνοποίησης των γυναικών. Στις ανατολικές χώρες, παρατηρείται εμφανώς, μια τάση τεκνοποίησης σε πιο νεαρές ηλικίες π.χ. <20 ετών. Από την άλλη, η τεκνοποίηση σε μεγαλύτερη ηλικία, παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια ως προς τη γεωγραφική κατανομή. Ενώ η απόκτηση παιδιού σε πιο προχωρημένη ηλικία είναι σύνηθες στην Ευρώπη, εντούτοις στη Φιλανδία παρατηρήθηκε μείωση στο ποσοστό των γυναικών που απέκτησαν παιδί σε ηλικία >35 ετών,

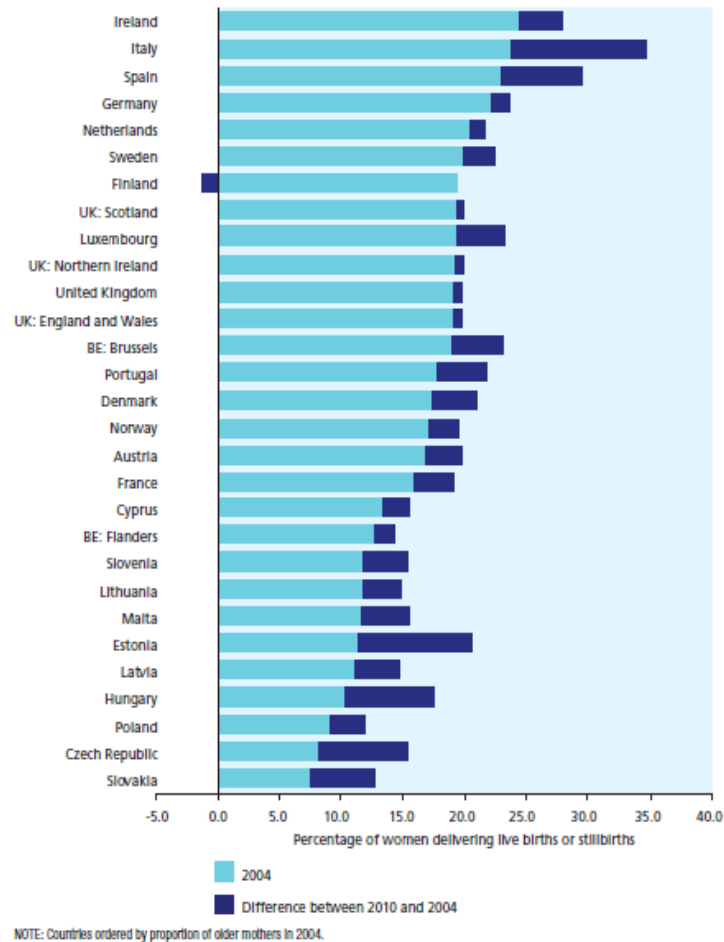
κατά την περίοδο 2004-2010. Αντιθέτως, μεγάλη αύξηση παρατηρήθηκε στην Ιταλία, Εσθονία, Ουγγαρία, Τσεχία και Ισπανία (European Perinatal Health Report, 2010). Στο διάγραμμα 5, παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή των γυναικών που γέννησαν κατά το έτος 2010.

Διάγραμμα 5: Ηλικιακή κατανομή γυναικών που γέννησαν το 2010



Πηγή: European Perinatal Health Report 2010

Διάγραμμα 6: Ποσοστό νέων μητέρων άνω των 35 ετών για το έτος 2004 και συγκριτικές διαφορές μεταξύ των ετών 2004 και 2010

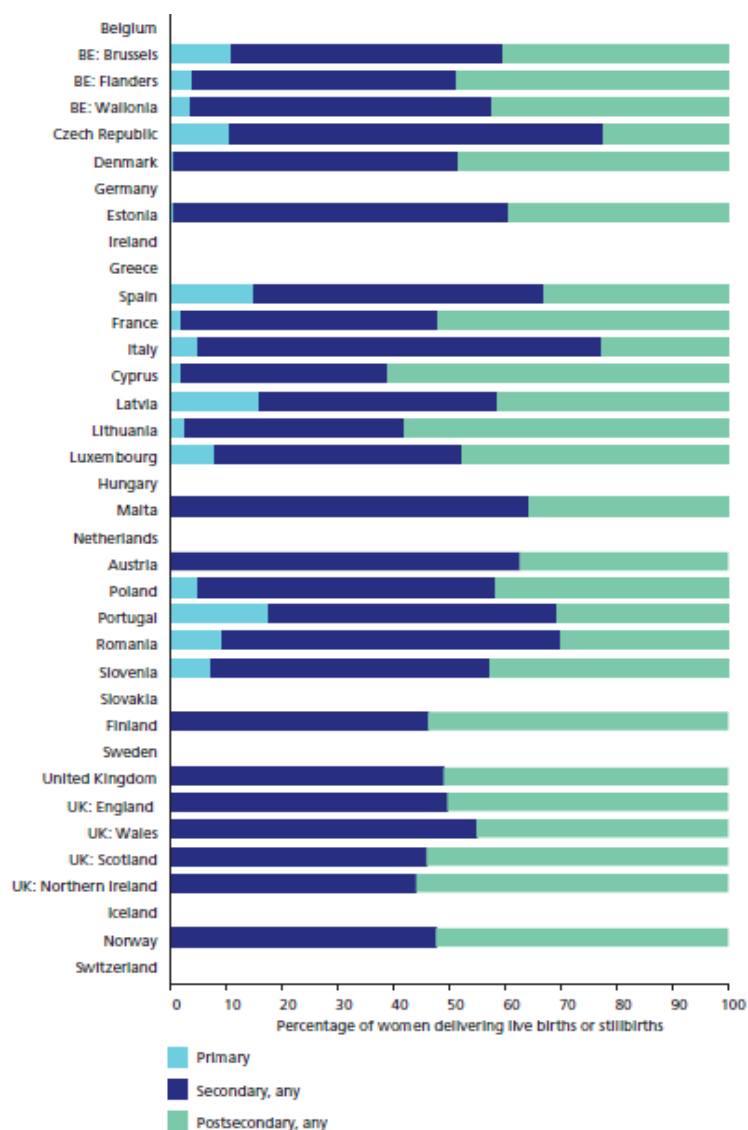


Πηγή: European Perinatal Health Report 2010

Τα ποσοστά των πρωτότοκων γυναικών είναι από 39% - 53% και τα ποσοστά των γυναικών με τρεις ή και περισσότερους τοκετούς από 3% - 9%. Τα χαμηλότερα ποσοστά των πρωτοτόκων γυναικών εμφανίζονται στην Ισλανδία (39,4%) και στην Σλοβακία (39,6%), ενώ τα πιο υψηλά ποσοστά στην Ισπανία (53%), Πορτογαλία (53,4%) και στην Ρουμανία (52,6%) (European Perinatal Health Report, 2010). Το ποσοστό των τεταρτοτόκων γυναικών ή εκείνων με γεννήσεις περισσότερων παιδιών είναι μικρότερο σε χώρες όπως η Σλοβενία (3,3%), η Πορτογαλία (3,8%) και η Ισπανία (2,3%) και μεγαλύτερο από 10% σε χώρες όπως η Ουαλία, η Ιρλανδία, η Σλοβακία και η Φιλανδία. Στην Κύπρο το 44,5% των γυναικών είναι πρωτοτόκες, το 49,6% απέκτησαν δεύτερο ή τρίτο παιδί και το 5,8% τέταρτο ή και περισσότερα παιδιά (European Perinatal Health Report, 2010).

Μεγάλη διαφορά παρατηρείται στο επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών που αποκτούν παιδιά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το ποσοστό των γυναικών με δευτεροβάθμια εκπαίδευση κυμαίνεται μεταξύ 37% – 72%, ενώ αυτό με τριτοβάθμια εκπαίδευση μεταξύ 32% – 61%. Σε αυτή τη μεγάλη διαφορά που παρατηρείται μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενδεχομένως ρόλο να διαδραματίζει και ο διαφορετικός τρόπος εκτίμησης του επιπέδου εκπαίδευσης στην κάθε χώρα. Στην Κύπρο 8,75% των γυναικών που αποκτούν παιδιά έχουν πρωτοβάθμια εκπαίδευση, 72,7% δευτεροβάθμια και 20,9% τριτοβάθμια (European Perinatal Health Report, 2010).

Διάγραμμα 7: Επίπεδο εκπαίδευσης των μητέρων για το έτος 2010



Κεφάλαιο 2: Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Η αξιολόγηση των μαιευτικών υπηρεσιών επιτυγχάνεται μέσα από διάφορες παραμέτρους όπως είναι η ικανοποίηση των γυναικών-χρηστών από τις υπηρεσίες, η εμπειρία τους από τον τοκετό, η εκληφθείσα ποιότητα των υπηρεσιών καθώς και οι σχέσεις που οικοδομούνται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των γυναικών. Όλα τα στοιχεία που συνθέτουν τα προαναφερόμενα, μπορεί να λειτουργήσουν ως προσδιοριστικοί παράγοντες της συνολικής εικόνας που σχηματίζουν οι γυναίκες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Συνεπώς, σε αυτούς τους παράγοντες πρέπει να επικεντρωθεί η προσοχή για την ανάπτυξη πιο αποδοτικών μαιευτικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα στους καιρούς της οικονομικής κρίσης που έχουν συρρικνώσει κάθε προσπάθεια ανάπτυξης.

Η διερεύνηση άλλων παραγόντων -για τους οποίους δεν γίνεται αναφορά στην σχετική βιβλιογραφία- όπως είναι η επιλόχεια κατάθλιψη και ο δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης, στην εκληφθείσα ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, θεωρείται καινοτομία και αποκτά όλο και περισσότερη σημασία για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αυτούς τους παράγοντες είναι που πραγματεύεται η παρούσα ερευνητική εργασία, σε μια πρώτη και μοναδική προσπάθεια για τα κυπριακά δεδομένα και για τα ευρωπαϊκά, στο όλο εγχείρημα.

2.1 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Προκειμένου να γίνει αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας, πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων (MEDLINE, CINAHL, COCHRANE, PSYCHINFO, SCOPUS, WEB OF KNOWLEDGE, EMBASE, EXCERPTA MEDICA, IATROTEK) με λέξεις-κλειδιά: «women's experience», «perinatal care» «satisfaction», «quality perinatal care», «post-partum depression», «emotional intelligence». Επίσης έγινε αναζήτηση και στη βάση δεδομένων OpenGrey η οποία περιλαμβάνει την «γκρίζα» βιβλιογραφία.

Κριτήρια επιλογής αποτέλεσαν:

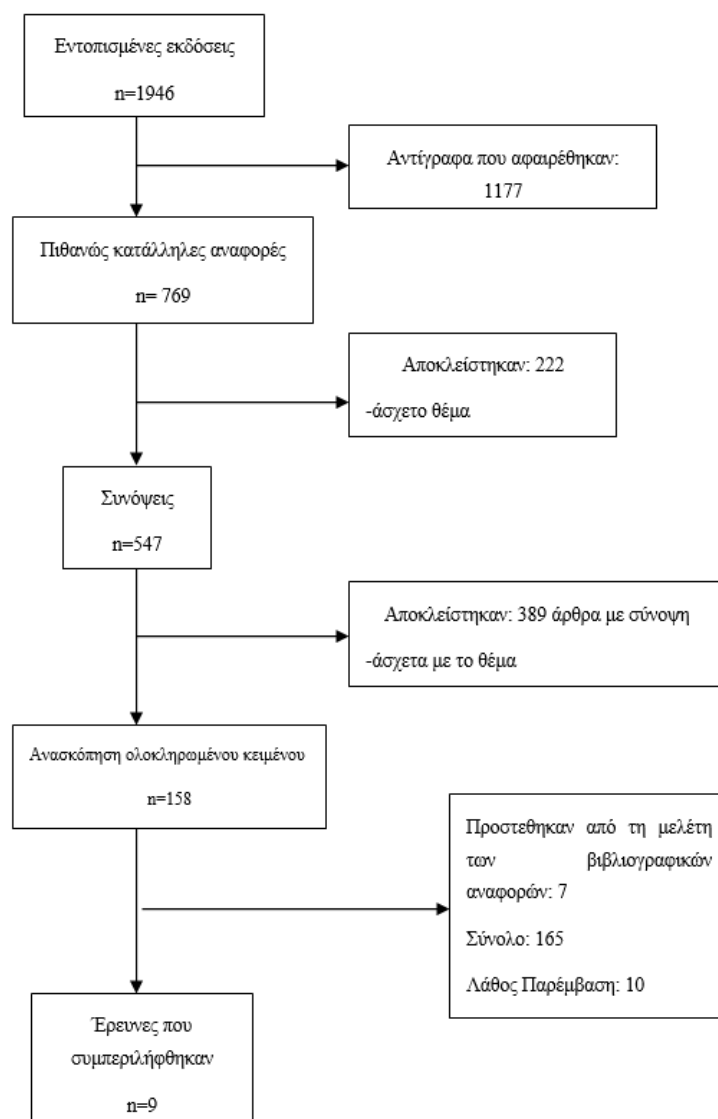
1. Δημοσιεύσεις σε διεθνείς βάσεις δεδομένων και σε περιοδικά που αποδελτιώνονται.
2. Δημοσιεύσεις στην ελληνική και αγγλική βιβλιογραφία.

3. Να περιλαμβάνουν συνδιασμούς από τις λέξεις κλειδιά.
4. Να ήταν δυνατή η πρόσβαση στο πλήρες κείμενο.
5. Να είχαν δημοσιευτεί την τελευταία δεκαπενταετία.

Αποκλείστηκαν οι δημοσιεύσεις που αφορούσαν συστηματική ανασκόπηση.

Η αναζήτηση οδήγησε στην αρχική επιλογή 1.946 άρθρων. Από αυτές 1.177 απορρίφθηκαν έπειτα από ανάγνωση της περίληψης ενώ οι υπόλοιπες 769 επιλέγηκαν για περαιτέρω αξιολόγηση του πλήρους κειμένου της δημοσίευσης. Παρέμειναν 158 έρευνες οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου ενώ σε αυτές προστέθηκαν 7 έρευνες που προέκυψαν μετά από τη μελέτη των βιβλιογραφικών παραπομπών των άρθρων που ανακτήθηκαν. Από την γκρίζα βιβλιογραφία δεν προέκυψε κάποιο σχετικό κείμενο. Επομένως, στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν συνολικά 165 έρευνες. Δεν εντοπίστηκε κάποιο άρθρο στην Ελληνική γλώσσα, το οποίο να πληροί τα κριτήρια εισόδου. Στο διάγραμμα 8, απεικονίζεται η διαδικασία αναζήτησης της βιβλιογραφίας.

Διάγραμμα 8: Διάγραμμα ροής αναζήτησης της βιβλιογραφίας



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

Από τη συστηματική ανασκόπηση προέκυψε η ακόλουθη ομαδοποίηση των αποτελεσμάτων.

2.2 Οι εμπειρίες των γυναικών από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες περιγεννητικής φροντίδας παγκοσμίως, σκοπό έχουν να διαδραματίζουν τέτοιο ρόλο έτσι ώστε να μειώνεται ο κίνδυνος κακής έκβασης σε οποιαδήποτε εγκυμοσύνη, να συμβάλλουν στην αγωγή σε θέματα υγείας και να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Στα 10-15 λεπτά που αφιερώνονται για την εξέταση όμως, οι λειτουργοί υγείας επικεντρώνονται μόνο στην ιατρική πτυχή του ζητήματος (Rising, 1998) (λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, μέτρηση βάρους σωματος και αρτηριακής πίεσης, έλεγχος των ούρων, ακρόαση του εμβρυϊκού καρδιακού παλμού, παραπομπή για περαιτέρω εργαστηριακές και υπερηχογραφικές εξετάσεις) (Novick, 2009). Για το λόγο αυτό, οι επίτοκες παραπέμπονται σε υπηρεσίες που προσφέρουν μαθήματα περί του τοκετού και συμβουλές διατροφής (Gagnon, 2000). Συνήθως όμως, στις υπηρεσίες αυτές καταφεύγουν μόνο οι επίτοκες των υψηλότερων κοινωνικο-οικονομικών ομάδων (Novick, 2009) επιδεικνύοντας μεγαλύτερη ευαισθησία (Luyben & Valerie, 2005), με αποτέλεσμα, οι εμπειρίες των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες να διαφέρουν.

Ο όρος «εμπειρία» περιλαμβάνει τη συμμετοχή σε διαδραματιζόμενες καταστάσεις ή γεγονότα και την υποκειμενική αντίληψη των γεγονότων αυτών (Meriam-Webster Online Dictionary, 2011) Συνεπώς οι εμπειρίες των γυναικών που σχετίζονται με τις μαιευτικές υπηρεσίες κρίνονται στα πλαίσια αυτών των παραμέτρων μέσα όμως, από την αξιολόγηση των εξής χαρακτηριστικών της προγεννητικής φροντίδας: 1) κίνητρα/εμπόδια, 2) περιβάλλον, 3) χρόνος, 4) διαστάσεις φροντίδας, 5) σχέσεις με το προσωπικό και τους ιατρούς, 6) τεκμηρίωση των παρεχόμενων πληροφοριών (Novick, 2009).

Κίνητρα για τη συμμετοχή στις υπηρεσίες περιγεννητικής φροντίδας περιλαμβάνουν: η βελτίωση της έκβασης της εγκυμοσύνης, η συχνή παρακολούθηση και ο καθησυχασμός από την ακρόαση του εμβρυϊκού καρδιακού παλμού και την υπερηχογραφική παρακολούθηση του εμβρύου, η προετοιμασία για τον τοκετό, η ευκαιρία κοινωνικοποίησης και η μείωση του άγχους και της μοναξιάς. Εμπόδια στην αναζήτηση των υπηρεσιών μπορεί να αποτελούν οι γεωγραφικές ανισότητες πρόσβασης, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η φυλάκιση του πατέρα, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης ή απλά η αντιμετώπιση πολλών άλλων οικονομικών ή και προβλημάτων υγείας (Novick, 2009).

Μέσα από τις έρευνες βρέθηκε ότι οι γυναίκες προτιμούν ένα ήσυχο και καθαρό περιβάλλον στις μαιευτικές υπηρεσίες, όπου θα υπάρχουν χώροι για να παίζουν τα άλλα τους παιδιά αλλά και χώροι που να διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα της εξέτασης (Bondas, 2002). Η χαλαρή ατμόσφαιρα και τα προγραμματισμένα ραντεβού για εξέταση όπου θα επιτρέπεται και η παρουσία άλλων προσώπων σημαντικών για την επίτοκο π.χ. σύντροφος, μητέρα, φίλη, η φιλική διάθεση των γιατρών ή των μαιών απέναντι στα άλλα τους παιδιά που πιθανόν να συνοδεύουν τις γυναίκες, δημιουργούν θετικές εμπειρίες (Bondas, 2002).

Ο παρατεταμένος χρόνος αναμονής κατά τις επισκέψεις στις Κλινικές Εγκύων αποτελεί μια πηγή δυσαρέσκειας των επιτόκων. Από έρευνα προκύπτει ότι οι γυναίκες που περίμεναν περισσότερο από 60 λεπτά είναι δυσαρεστημένες, σε αντίθεση με αυτές που περίμεναν λιγότερο (Dye & Wojtowyez, 1999). Από την άλλη πλευρά, πιο ικανοποιημένες είναι εκείνες στις οποίες αφιερώθηκε περισσότερος χρόνος από τους γιατρούς κατά την επίσκεψη, χωρίς βιαστική αντιμετώπιση (Dye & Wojtowyez, 1999, Johnson et al, 2002). Οι γυναίκες προσδοκούν την επίδειξη σεβασμού στο χρόνο τους και δεν επιθυμούν την επιβολή ποινής σε περίπτωση καθυστερημένης προσέλευσής τους στα ιατρεία. Δυσαρέσκεια επίσης, προκαλεί η καθυστέρηση που οφείλεται στο γεγονός ότι ο γιατρός ενδεχομένως να βρίσκεται σε τοκετό ή σε επείγον χειρουργείο (Handler et al., 1996).

Οι διαστάσεις της περιγεννητικής φροντίδας που επηρεάζουν την ικανοποίηση των γυναικών αφορούν τη συνέχεια της φροντίδας, την πληρότητα και τον έλεγχο. Οι γυναίκες που παρακολουθούνταν από τον ίδιο λειτουργό ή από περιορισμένο αριθμό διαφορετικών λειτουργών, δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένες (Teijlingen et al., 2003).

Η πληρότητα των υπηρεσιών αναφέρεται στη σημασία της παροχής πληροφοριών που αφορούν τη μητρότητα και την παροχή συμβουλευτικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών. Εάν εκπληρώνονται, αυξάνεται η ικανοποίηση, όπως και στη περίπτωση συμμετοχής τους σε συμβουλευτικές ομάδες εγκύων, κάτι που ενισχύει την αυτοεκτίμηση της κάθε γυναίκας δίνοντάς της τη δυνατότητα να συνειδητοποιήσει πως τα θέματα που την αφορούν, ενδιαφέρουν και άλλες γυναίκες (Grady and Bloom, 1999).

Η εμπλοκή τους στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με τα θέματα της περιγεννητικής τους φροντίδας, προσδίδει την αίσθηση αυτονομίας (Luyben and Valerie, 2005), αυτοελέγχου και σεβασμού των δικών τους απόψεων και αναπόφευκτα αυξάνει την ικανοποίησή τους από τις μαιευτικές υπηρεσίες (Shields et al, 1998). Γι' αυτό και οι εμπειρίες τους είναι θετικές όταν τους δίνονται ικανοποιητικές και ξεκάθαρες λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τον

τοκετό. Σε αντίθετη περίπτωση, οι γυναίκες νιώθουν ενοχλημένες και καταφεύγουν στην αναζήτηση πληροφοριών από συγγενείς και φίλους ή από το διαδίκτυο (Bucher et al., 1997).

Σε μια έρευνα το 80% ανέφεραν ότι έτυχαν συνεχούς παροχής βοήθειας για πρακτικά ζητήματα, συμβουλευτικής, υποκίνησης και στήριξης από το προσωπικό σε θέματα μητρικού θηλασμού (Redshaw and Heikkila, 2010).

Γυναίκες που ανήκουν στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα και στις μειονότητες χαρακτηρίζουν ως σκληρή, αγενή και αδιάκριτη την αντιμετώπιση από τις μαιευτικές υπηρεσίες. Θέματα διακρίσεων και στερεοτυπισμού βάσει εθνικότητας, εισοδήματος και ασφαλιστικής κάλυψης αναφέρονται συχνά. Στις γυναίκες αυτές υπάρχουν πολλά εμπόδια στην πρόσβαση και χρήση των μαιευτικών υπηρεσιών, όπως είναι η γλώσσα που δυσκολεύει την επικοινωνία, η μειωμένη υποστήριξη, μια πλειάδα αρνητικών παραγόντων στη ζωή και την υγεία τους, καθώς και οι γεωγραφικές ανισότητες (Novick, 2009).

Η καθαριότητα των χώρων (ιατρείων, αίθουσα τοκετού, θάλαμος νοσηλείας), η παροχή μαθημάτων τοκετού, η επαρκής αναλγησία κατά τη διάρκεια του τοκετού, η ευπρόσδεκτη παρουσία του συντρόφου στην αίθουσα τοκετού και η διαρκής παρουσία ενός επαγγελματία υγείας δίπλα στην επίτοκο κατά την ενεργή φάση του τοκετού, αποτελούν παράγοντες που συγκαταλέγονται στις θετικές εμπειρίες των γυναικών (Picker's Institute, 2009).

Παρά τις πολύ θετικές εμπειρίες που αποκομίζονται από τις υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, κατά τις πρώτες ημέρες της λοχείας οι γυναίκες σχολιάζουν κάποιες πιο αρνητικές καταστάσεις όπως είναι: η μειωμένη πληροφόρηση, η αντιμετώπιση με λιγότερη κατανόηση και ευαισθησία και η πλημμελής καθαριότητα του θαλάμου (NHS, 2007). Εξάλλου, η αξιολόγηση των μαιευτικών υπηρεσιών μετά τον τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας από τις γυναίκες, είναι συστηματικά πιο αρνητική. Δημιουργείται έτσι μια πρόκληση, ως προς την ανατροπή του φαινομένου αυτού σε συνδυασμό με την αφενός μείωση των ημερών ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και την αφετέρου παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και πληροφόρησης σχετικά με θέματα θηλασμού, λήψης αποφάσεων και διαχείριση συμπτωμάτων (Rudman & Waldenstrom, 2007).

Συμπερασματικά, μέσα από τη βιβλιογραφική αναζήτηση προκύπτει ότι πολλές γυναίκες αντιμετωπίστηκαν από τις μαιευτικές υπηρεσίες αξιοπρεπώς, ανάλογα με τις εξατομικευμένες τους ανάγκες και έχουν συνεπώς θετικές εμπειρίες από τις υπηρεσίες. Όμως, κάποιες γυναίκες βίωσαν μεγάλους χρόνους αναμονής για εξέταση και βιαστικές εξετάσεις,

χαρακτηρίζοντας έτσι τις μαιευτικές ως υπηρεσίες μηχανιστικές και λιγότερο ανθρώπινες. Οι πλείστες γυναίκες προτιμούν λιγότερο χρόνο αναμονής, μη βεβιασμένες επισκέψεις, συνοχή και πληρότητα της φροντίδας, πιο ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα και συμμετοχή σε ομάδες στήριξης. Θύματα διακρίσεων στην αντιμετώπιση παραμένουν οι γυναίκες που ανήκουν σε μειονότητες π.χ. αλλοδαπές και στις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.

Συνεπώς, η κατανόηση των εμπειριών των γυναικών, είναι μεγάλης σημασίας για τους επαγγελματίες υγείας, για την εξασφάλιση του βέλτιστου φυσικού και συναισθηματικού επιπέδου των γυναικών (Hatamleh et al., 2013). Επίσης, οι εμπειρίες τους, αποτελούν σημαντική παράμετρο που επηρεάζει την εκληφθείσα ποιότητα των μαιευτικών υπηρεσιών, βοηθώντας τους επαγγελματίες υγείας να υιοθετούν πιο αποτελεσματικές και αποδοτικές πρακτικές (Jansesen and Wiegers, 2006).

2.3 Η εκληφθείσα ποιότητα φροντίδας

Η ποιότητα αποτελεί, ή τουλάχιστον πρέπει να αποτελέσει το νέο διακύβευμα της εποχής μας, η οποία διακρίνεται για τη ρευστότητα και την πολυπλοκότητά της. Η ποιότητα στον τομέα της φροντίδας υγείας, αποτελεί τον πιο αμφιλεγόμενο όρο, αφού είναι δυναμική, πολυδιάστατη και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για να την περιγράψει. Είναι από τα ελάχιστα «φαινόμενα» των οποίων ο ορισμός διαφοροποιείται ανάλογα με το επίπεδο και τον σκοπό της εκτίμησης που ενσωματώνει (Raftopoulos, 2009). Ετυμολογικά, η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη «ποιότης» (ποιός= τι λογής) και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία και τα κάνουν να ξεχωρίζουν από τα ομοειδή τους (Raftopoulos, 2009). Έτσι, σύμφωνα με την ετυμολογία της λέξης ποιότητα, το ειδοποιό χαρακτηριστικό της είναι το κριτήριο διαφοροποίησής της από τα άλλα προϊόντα και τις υπηρεσίες.

Η ποιότητα της φροντίδας συναρτάται με την παροχή αποδοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας καθώς και με την αίσθηση ασφάλειας και θετικών εμπειριών από τους ασθενείς (Picker's Institute, 2009). Εξάλλου, η ποιότητα ως έκβαση σχετίζεται με τη θνησιμότητα (Nonkonzo & Jantes, 2007).

Η εκληφθείσα ποιότητα φροντίδας εμπεριέχει την καταγραφή των απόψεων των γυναικών αναφορικά με τις μαιευτικές υπηρεσίες μετά από τον τοκετό. Το εύρος των διαφορών που παρατηρούνται στις απόψεις των γυναικών, έτσι όπως καταγράφονται στα

διάφορα ερωτηματολόγια και τις συνεντεύξεις, εξάρουν πόσο σημαντικό είναι αυτά τα ερωτηματολόγια να είναι συγκεκριμένα προς το είδος και το μέγεθος της ομάδας γυναικών που συμμετέχουν, αλλά και ακριβή και ξεκάθαρα στις διαστάσεις που εξετάζουν (Lledo et al., 2000).

Πολλοί είναι οι παράγοντες που ενδεχομένως επηρεάζουν την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας. Περιλαμβάνουν την ηλικία των γυναικών, τον αριθμό των προηγούμενων τοκετών και εγκυμοσυνών, το επίπεδο εκπαίδευσης, την εργασία και την ανεργία (Lledo et al., 2000), την συμπεριφορά του προσωπικού και την επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο μερών, την πρόσβαση στις υπηρεσίες (Vanagiene et al., 2009), την εμπιστοσύνη στο προσωπικό και την ιδιαίτερη αντιμετώπιση της κάθε γυναίκας (Redshaw and Heikkila, 2010).

Οι νεαρότερες γυναίκες (ηλικίας ίσης ή μικρότερης των 31 ετών) είναι λιγότερο ικανοποιημένες από τις παρεχόμενες πληροφορίες και την κλινική παρακολούθηση (Doering ER, 1983, Ware and Berwick, 1990, Hall et al, 1994). Σε ορισμένες άλλες έρευνες όμως, είτε προκύπτουν αντίθετα αποτελέσματα με τα πιο πάνω (Ware and Berwick, 1990), είτε καμιά απολύτως συσχέτιση (Hall et al, 1994). Ίσως οι μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες (Doering, 1983).

Αντιφατικά αποτελέσματα προκύπτουν αναφορικά με τις προσδοκίες πληροφόρησης και διαφύλαξης της ιδιωτικότητας κατά τη γυναικολογική εξέταση, στις γυναίκες υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης και στις εργαζόμενες. Ενώ το είδος της εργασίας σχετίζεται άμεσα με το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η ικανοποίηση των γυναικών από το πιο πάνω θέμα είναι υψηλή στις εργαζόμενες γυναίκες, σε αντίθεση με τις γυναίκες με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Η επαρκής πληροφόρηση βοηθά τις γυναίκες να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με τον τοκετό (Lledo et al, 2000) και γι' αυτό είναι σημαντικό να διασφαλίζεται πάντα.

Οι πολύτοκες δηλώνουν μεγαλύτερη μέση εκληφθείσα ποιότητα στην κλινική παρακολούθηση μετά τον τοκετό σε σχέση με τις πρωτότοκες. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες επιθυμούν να παρακολουθούνται συνεχώς από μαία γιατί θεωρούν ότι η μαία είναι πιο εύκολα προσβάσιμη και περισσότερο διαθέσιμη για ερωτήσεις και απορίες (Fraser, 1999, Spurgeon et al., 2001). Μεγαλύτερη μέση εκληφθείσα ποιότητα υπηρεσιών καταγράφεται στις γυναίκες που είχαν τοκετό στο σπίτι και που γνώριζαν από προηγουμένως τη μαία ή το γιατρό που έκανε τον τοκετό. Οι κυριότεροι λόγοι είναι ότι στο σπίτι εξασφαλίζεται η ιδιωτικότητα, η φιλικότητα του χώρου, η άνεση αλλά επίσης δημιουργεί προϋποθέσεις

ενδυνάμωσης της γυναίκας αφού της δίνει τη δυνατότητα επιλογής (Spurgeon et al., 2001, Wieggers, 2009).

Η πρόσβαση στις μαιευτικές υπηρεσίες ως παράμετρος της εκληφθείσας ποιότητας ικανοποιεί τόσο τις γυναίκες που παρακολουθούνται από οικογενειακούς γιατρούς, όσο και αυτές που παρακολουθούνται από γυναικολόγους-μαιευτήρες. Η καλή επικοινωνία διασφαλίζεται μέσα από την παροχή πληροφοριών που αφορούν την υγεία των γυναικών και των εμβρύων και την επεξήγηση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων (Vanagiene, 2009, Redshaw and Heikkila, 2010).

Παράγοντες κομβικοί για την πρόσβαση αποτελούν η ευκολία της διαδικασίας εξασφάλισης ραντεβού, το ευέλικτο εργασιακό πρόγραμμα, η απόσταση από τη δομή παροχής φροντίδας και ο χρόνος αναμονής για την εξέταση. Μεγάλος φόρτος εργασίας για το προσωπικό με μεγάλο αριθμό επισκέψεων στα επείγοντα και στα εξωτερικά ιατρεία, ενδεχομένως να δυσχεραίνει την πρόσβαση των γυναικών στις μαιευτικές υπηρεσίες (Vanagiene, 2009).

Η ιδιαίτερη αντιμετώπιση της κάθε γυναίκας και η οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ των γυναικών και του προσωπικού αποτελούν δείκτες ποιότητας υπηρεσιών, έτσι όπως προκύπτει από έρευνες που έγιναν από το Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης για λογαριασμό της Διεθνούς Περιγεννητικής Μονάδας (Redshaw and Heikkila, 2010). Οι παρεχόμενες υπηρεσίες διακρίνονται για την ποιότητά τους όταν χαρακτηρίζονται από υψηλό φρόνημα (φιλικότητα του προσωπικού, υποστηρικτική διάθεση) και έχουν τη γυναίκα ως επίκεντρο των δραστηριοτήτων τους, παρά να δίνουν έμφαση μόνο στις ιατρικές πράξεις (Morgan et al., 1998).

Μερικές γυναίκες δεν επιθυμούν καμιά εμπλοκή προσωπικού αντίθετου φύλου στην φροντίδα εκτός και αν είναι πραγματικά επείγον, απαραίτητη και αναπόφευκτη η παρέμβασή τους (Fraser, 1999).

Οι ίδιες οι μητέρες όμως, αναφέρουν ότι για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μεγαλύτερη έμφαση πρέπει να δοθεί σε διάφορους τομείς που αφορούν ιδιαιτέρως την περίοδο της λοχείας, εφόσον η περίοδος αυτή είναι εκείνη που καταγράφεται με τους πιο αρνητικούς δείκτες σε σχέση με την ποιότητα αλλά και την ικανοποίηση. Μερικές από τις εισηγήσεις τους περιλαμβάνουν: επιμόρφωση στη φροντίδα του νεογνού, περισσότερος χρόνος για συζήτηση αποριών με τους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με τα θέματα που προκύπτουν στην περίοδο της λοχείας τόσο αναφορικά με τη

φροντίδα του νεογνού, όσο και με θέματα που αφορούν τη λεχωίδα την ίδια, καθώς και πρόσβαση στις συμβουλές και καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας κατά την περίοδο που προκύπτει πραγματική/επείγουσα ανάγκη παρά σε προγραμματισμένο χρόνο που καθορίζεται από προγραμματισμένη συνάντηση (Lomoro et al., 2002).

Βέβαια η παροχή των πιο πάνω, εξαρτάται κυρίως από το είδος των μαιευτικών υπηρεσιών που κυριαρχούν στην εκάστοτε χώρα. Κάτι που διαφέρει ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες διεθνώς. Συνεπώς, οι γυναίκες μπορεί να επιλέξουν μεταξύ διαφορετικών οδών παροχής μαιευτικής φροντίδας. Μπορεί να καταφύγουν είτε σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας όπου η κύρια μαιευτική παρακολούθηση των απλών και μη υψηλού ρίσκου κήσεων γίνεται από γενικούς ιατρούς ή μαίες (Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία), είτε σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, όπου η παρακολούθηση γίνεται κατεξοχήν από γυναικολόγους-μαιευτήρες, σε συνεργασία με τις μαίες (Wiegers, 2009). Όπως άλλωστε κυριαρχεί στην Κύπρο και την Ελλάδα (Sapountzi and Vehviläinen-Julkunen, 2006).

Το περιβάλλον στο οποίο βρίσκονται οι γυναίκες-χρήστες των υπηρεσιών, είναι εκείνο που θα επηρεάσει και την κουλτούρα που αναπτύσσουν οι γυναίκες αλλά και τις προσδοκίες που αποκτούν από τις μαιευτικές υπηρεσίες. Η μελέτη των προσδοκιών αυτών, μπορεί να βοηθήσει στην αναβάθμιση και ανάπτυξη πιο ποιοτικών υπηρεσιών, που να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες των γυναικών-χρηστών. Καμιά φορά όμως, οι εμπειρίες των γυναικών που αποκτούνται μετά από τη χρήση των υπηρεσιών, επισκιάζουν πλήρως τις προϋπάρχουσες ιδεαλιστικές προσδοκίες (Lledó et al., 2000). Για τον λόγο αυτό, εκτός από τις προσδοκίες, πιο σημαντικό είναι να εξετάζονται και οι πρακτικές εμπειρίες που αποκομίζονται από τη χρήση των μαιευτικών υπηρεσιών.

2.4 Η ικανοποίηση των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες

Η ικανοποίηση του πάσχοντα/χρήστη, αποτελεί ίσως το δυναμικότερο και λειτουργικότερο δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς ακολουθούν τη θεραπευτική αγωγή, επιστρέφουν για επανεκτίμηση και διατηρούν μια σχέση επικοινωνίας με τον γιατρό τους (Raftopoulos, 2005). Για τον λόγο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), προτείνει τη διαρκή αξιολόγηση της ικανοποίησης των γυναικών από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες, σε μια προσπάθεια

βελτίωσης της ποιότητας και αποδοτικότητας της παρεχόμενης φροντίδας, κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού, αλλά και της λοχείας (World Health Organisation, 2004).

Η ικανοποίηση, ορίζεται ως η *αξιολόγηση της φροντίδας, που βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των πασχόντων*. Εάν λάβουμε υπόψη μας αυτόν τον ευρύ ορισμό, είναι δυνατό να εξακριβώσουμε εάν οι κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, είναι έγκυρες ή όχι. Ο όρος ικανοποίηση εμπεριέχει μια δυναμική η οποία ίσως προέρχεται και από την ετυμολογία της λέξης: το «ικανός» που προέρχεται από το ρήμα «ικάνω» (φτάνω) και σημαίνει «αρκετός» και το «ποιώ» που μεταφράζεται ως αποδίδω ανάλογα με τις προσδοκίες ή τις απαιτήσεις (Raftopoulos, 2005).

Η ικανοποίηση των γυναικών-νέων μητέρων εξαρτάται από πληθώρα παραγόντων. Τόσο αντικειμενικούς, όπως είναι πολλοί κλινικοί και τεχνικοί παράγοντες, όσο και από υποκειμενικούς όπως είναι οι περιβαλλοντικοί (Hulton et al., 2007).

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύεται ότι η ικανοποίηση των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες είναι υψηλή (Ministry of Health New Zealand, 2002). Το θεωρητικό υπόβαθρο της ικανοποίησης όμως, πολλές φορές παρουσιάζεται απλοϊκά (Bramadat and Driedger, 1993) και είναι ελλιπές (Carr-Hill, 1992). Είναι γενικά αποδεκτό ότι η έννοια της ικανοποίησης είναι πολυδιάστατη και πολυσχιδής (Teijlingen et al., 2003).

Διαφορές στην ικανοποίηση παρατηρούνται, ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες γυναικών. Για το λόγο αυτό, οι αρμόδιοι λειτουργοί που ασχολούνται με τον καθορισμό της πολιτικής υγείας σε ολόκληρο τον οικονομικά ανεπτυγμένο κόσμο, μελετούν σοβαρά τους παράγοντες αυτούς πριν την εισαγωγή αλλαγών στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών, στοχεύοντας πάντα στη βελτίωσή τους (Lledó et al, 2000).

Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν τις προσωπικές προτιμήσεις, τις αξίες και τις προσδοκίες των γυναικών (Teijlingen et al., 2003). Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση είναι:

- η προηγούμενη εμπειρία των γυναικών από τη χρήση των υπηρεσιών στο παρελθόν (προηγούμενοι τοκετοί),
- η συνέχεια της φροντίδας και η σταθερή επαφή με τον ίδιο λειτουργό υγείας,
- τα χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ψυχοκοινωνικής κατάστασης της κάθε γυναίκας (παροχή κοινωνικής στήριξης με την ύπαρξη ενός μόνιμου ερωτικού συντρόφου),
- η άμεση επαφή της μητέρας με το βρέφος μετά τον τοκετό,

- η διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας,
- η ηλικία της κάθε γυναίκας
- η παρακολούθηση μαθημάτων τοκετού,
- η επιλογή του χώρου και του είδους της προγεννητικής φροντίδας/τοκετού,
- οι προσδοκίες που αφορούν τη διαδικασία του τοκετού,
- η παροχή επιλογών αναλγησίας κατά τον τοκετό
- η αίσθηση της κάθε γυναίκας ότι διατηρεί τον έλεγχο και υπολογίζονται οι απόψεις της στη λήψη αποφάσεων,
- η ποιότητα των σχέσεων και της επικοινωνίας μεταξύ των γυναικών και του προσωπικού,
- το επίπεδο επαγγελματισμού και οι προσωπικές δεξιότητες και ικανότητες του προσωπικού
- η δυνατότητα υποβολής ερωτήσεων και η επίλυσή τους από τους επαγγελματίες υγείας
- η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης στις μαιευτικές υπηρεσίες
- η καθαριότητα του χώρου όπου παρέχονται οι υπηρεσίες
- η οργανωσιακή δομή των παρεχόμενων υπηρεσιών (Williamson and Thomson, 1996, Teijlingen et al., 2003, Hildingsson and Radestad, 2005, Rudman, A. et al, 2007, Matejic, B. et al, 2014).

Παρά το μεγάλο αριθμό διαφορετικών εννοιολογικών υποδειγμάτων για την ικανοποίηση, έχουν συμβάλει ελάχιστα στο να εξηγήσουν την ακριβή διαδικασία μέσα από την οποία οι ασθενείς εκφράζουν την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Όντως, από έρευνες που αξιολογούν τις εμπειρίες των γυναικών κατά την κύηση και τον τοκετό, αποδεικνύεται η αδυναμία των γυναικών να ερμηνεύσουν την έννοια που έχει για την κάθε γυναίκα ο όρος «ικανοποίηση» (Teijlingen et al., 2003).

Ο βαθμός σημαντικότητας των υπηρεσιών περιγεννητικής φροντίδας για τη γυναίκα σχετίζεται με μια μεγαλύτερη μέση ικανοποίηση από τις μαιευτικές υπηρεσίες (Handler et al., 2003), ακόμα και στις περιπτώσεις που τα εμπόδια πρόσβασης σε αυτές ήταν λιγότερα (Oropessa, 2002). Επίσης, όσο πιο μικρός είναι ο αριθμός των διαφορετικών λειτουργιών που είχαν εμπλακεί κατά την διάρκεια των προγεννητικών ελέγχων και κατά τον τοκετό, τόσο μεγαλύτερη ήταν η μέση ικανοποίηση, επιβεβαιώνοντας την θετική επίδραση που έχει η συνέχεια της φροντίδας στην ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Teijlingen et al., 2003). Από την άλλη, όπως προκύπτει από κάποιες έρευνες, οι γυναίκες δέχονται την

πιθανότητα να εξετάζονται από μια μικρή ομάδα εναλλασσόμενων λειτουργών αρκεί να χαρακτηρίζονται από φιλική διάθεση και να είναι υποστηρικτικοί απέναντί τους (Spurgeon, 2001, Morgan et al., 1998).

Στην έρευνα των Teijlingen et al. (2003), δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μεταξύ των πολύτοκων και των πρωτοτόκων γυναικών κατά την προγεννητική φροντίδα και τη φροντίδα κατά τον τοκετό. Μικρή διαφορά παρατηρείται όμως, κατά τη φροντίδα μετά τον τοκετό, με τις πολύτοκες να εμφανίζονται ελαφρώς πιο ικανοποιημένες.

Υψηλότερη ικανοποίηση προκύπτει σε έρευνες όπου εξετάζεται η ομαδοποιημένη περιγεννητική φροντίδα και συγκεκριμένα το μοντέλο φροντίδας «Centering Pregnancy». Το μοντέλο αυτό συνδυάζει τα παραδοσιακά στοιχεία περιγεννητικής φροντίδας μαζί με ευκαιρίες επιμόρφωσης και κοινωνικής υποστήριξης τόσο από τους οικείους τους, όσο και από τους επαγγελματίες υγείας. Το σύστημα αυτό επιτρέπει στις γυναίκες να περνούν περισσότερο χρόνο με τον επαγγελματία υγείας παρά στην περίπτωση της ατομικής φροντίδας (16 ώρες στην ομαδοποιημένη φροντίδα σε σύγκριση με 3-4 ώρες στην ατομική φροντίδα), δίνει την ευκαιρία ανάπτυξης σχέσεων μεταξύ των μελών που συμμετέχουν στην ίδια ομάδα και άρει εμπόδια επικοινωνίας μεταξύ της επιτόκου και του επαγγελματία υγείας, χωρίς αύξηση του κόστους (Biro et al, 2001, Teate, 2011).

Ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, χαμηλή ικανοποίηση παρατηρείται εκεί όπου η συμπεριφορά και η επικοινωνία με το προσωπικό δεν ήταν η αναμενόμενη (Fraser, 1999), οι παρεχόμενες πληροφορίες ήταν περιορισμένες (MacIntyre, 1982), οι γυναίκες ένιωθαν αποδυναμωμένες από το προσωπικό χωρίς να έχουν καθόλου ρόλο στη λήψη αποφάσεων σε θέματα που τις αφορούν (Halldorsdottir, 1996), η ηλικία τους ήταν μεταξύ 15-19 ετών (Ministry of Health New Zealand, 2002) και ο αριθμός των επισκέψεων στις κλινικές εγκύων ήταν μειωμένος (χωρίς να υπάρχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας ή του εμβρύου) (Jewel et al, 2000, Kirkham et al, 2005, Hildingsson, 2005). Οι γυναίκες που είναι μικρότερες των 25 ετών, με ιστορικό προηγούμενης αποβολής και υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ανεξάρτητα αν είναι πρωτότοκες ή πολύτοκες, ζητούν περισσότερες επισκέψεις (Hildingsson et al, 2002).

Ακόμα και η διαρκής παρουσία και η ενεργός συμμετοχή του συντρόφου στην αίθουσα τοκετού, επηρεάζει την εκληθείσα ικανοποίηση από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες (Johansson & Hildingsson, 2013), καθώς και το επίπεδο υγείας των νεογνών και των

επιτόκων (Fagerskiold, 2008, Chin, 2011). Η καλή συνεργασία των συντρόφων με τις μαιές στην αίθουσα τοκετού και η παροχή επαρκούς πληροφόρησης για την πορεία του τοκετού, μειώνει το στρες των συντρόφων και τους δημιουργεί περισσότερη ασφάλεια για την υγεία των επιτόκων (Hildingsson et al., 2011) και ενδεχομένως αυτό να κάνει πιο υποβοηθητική την παρουσία τους. Εξάλλου, πιο θετικές εμπειρίες αποτυπώνονται στις περιπτώσεις φυσιολογικού-κολπικού τοκετού, όπου η συμμετοχή των συντρόφων υπήρξε πιο ενεργητική, σε αντίθεση με τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες ο τοκετός διεκπαιρεύθηκε υπό επείγουσες συνθήκες π.χ. υποβοηθούμενος κολπικός με τη χρήση εμβρυουλκών ή με καισαρική τομή (Johansson et al., 2012).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι γυναίκες που παρουσίασαν προβλήματα κατά την λοχεία όπως ανεπαρκή παραγωγή γάλακτος, οσφυαλγία, αιμορραγία και ακράτεια ούρων, αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη παρεχόμενη φροντίδα και συμβουλευτική που έλαβαν από τους επαγγελματίες υγείας (Schmied et al, 2008). Κι αυτό γιατί, συνήθως οι γυναίκες στη περίοδο της λοχείας αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (Waldenstrom et al, 2006).

Πολλές εξηγήσεις προτείνονται. Αρχικά, ίσως γιατί οι εμπειρίες των γυναικών κατά την κύηση και τον τοκετό μπορεί να ανταποκρίνονται περισσότερο στις προσδοκίες τους. Επιπλέον, γιατί η νέα τάση μικρότερης διάρκειας ενδονοσοκομειακής νοσηλείας διαμορφώνει την αίσθηση στις λεχωίδες ότι δεν αφιερώθηκε ικανοποιητικός χρόνος στην εκπαίδευση τους τόσο σε πρακτικά θέματα όπως τον θηλασμό, αλλά και στην εμπύχωση και ενδυνάμωσή τους (Waldenstrom et al, 2006), καθότι όλα τα μαθήματα τοκετού βασίζονται κυρίως σε θέματα που αφορούν την εγκυμοσύνη και τη στιγμή του τοκετού, παρά την περίοδο της λοχείας (Renker and Nutbeam, 2001).

Η επαρκής συζήτηση θεμάτων που αφορούν την παρακολούθηση του εμβρύου, τη φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης, τη γέννα και τον τοκετό, δημιουργεί συνθήκες μεγαλύτερης ικανοποίησης στις γυναίκες από τις μαιευτικές υπηρεσίες. Με τον τρόπο αυτό, αυξάνεται η πληροφόρηση των γυναικών εξοικειώνοντάς τες με τις φυσιολογικές αλλαγές και τις εξελίξεις που αναμένονται να συμβούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, δημιουργώντας τους πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και τη συναίσθηση ότι αυτά που βιώνουν κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό είναι κοινά βιώματα πολλών άλλων γυναικών που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση (Biro et al, 2001). Τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των γυναικών τυγχάνουν κάποιας σχετικής αμφισβήτησης από τη διεθνή βιβλιογραφία. Τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης μπορεί να οφείλονται στην πιθανή θετική προκατάληψη των

χρηστών για κάποιες κρατικές υπηρεσίες, ο φόβος διακοπής της παροχής κάποιων υπηρεσιών σε γεωγραφικές περιοχές με λίγο πληθυσμό (όπως σε ορισμένες περιοχές της Σκωτίας) σε περίπτωση αρνητικής αξιολόγησης, η ύπαρξη περιορισμένων επιλογών που δημιουργεί χαμηλότερες προσδοκίες και απαιτήσεις καθώς και η άγνοια για εναλλακτικές επιλογές (Teijlingen, 2003, Raftopoulos, 2009).

Μέσα από την ανασκόπηση των ερευνών για την ικανοποίηση, συμπεραίνεται ότι παρουσιάζονται πολλοί περιορισμοί στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Lledó et al, 2000, Raftopoulos, 2009). Γι' αυτό, οι έρευνες ικανοποίησης πρέπει να αξιοποιούνται μόνο μετά από κριτική ανάλυση, με προσοχή και σαν μέρος και άλλων εργαλείων για τη περιγραφή του τρόπου παροχής των μαιευτικών υπηρεσιών στο μέλλον, γιατί σε διαφορετική περίπτωση όχι μόνο δεν έχουν να προσφέρουν σε προτάσεις μεταρρυθμίσεων για τη βελτίωση των υπηρεσιών, αλλά τείνουν να επηρεάζουν τη διατήρηση της υφιστάμενης τάξης πραγμάτων (Teijlingen et al, 2003, Raftopoulos, 2009).

Η πολυδιάστατη προσέγγιση της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί μιας μονόπλευρης διάστασης, παρέχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα, πιο αντικειμενική και πιο κοντά στην πραγματικότητα. Έτσι, ίσως να μειώνεται κάπως και η θετική αξιολόγηση των μαιευτικών υπηρεσιών (Rudman and Waldenstrom, 2007).

2.5 Συνεργασία με τον γιατρό και τη μαία

Οι σχέσεις των γυναικών με το προσωπικό και με τον γιατρό καθορίζουν και το επίπεδο της συνεργασίας τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κριτικής σημασίας αποτελεί η οικοδόμηση μιας καλής σχέσης μεταξύ των γυναικών και του προσωπικού προκειμένου για τη συμμόρφωση των γυναικών με τις οδηγίες του προσωπικού (Nokonzo and Jantes, 2007). Οι σχέσεις αυτές βασίζονται στους εξής πέντε άξονες: Γλώσσα, σεβασμός, εξατομίκευση της φροντίδας, υποστήριξη και παροχή πληροφοριών (Novick, 2009). Η ιατρική ορολογία πολλές φορές είναι άγνωστη και δυσνόητη για τη μέση επίτοκο, δυσχεραίνοντας την επικοινωνία και τη συνεργασία των δύο μερών. Αυτό επιτείνεται, σε περιπτώσεις όπου είτε ο γιατρός είτε η επίτοκος είναι διαφορετικής εθνικότητας.

Στις περιπτώσεις όπου οι γυναίκες αισθάνονται ότι τυγχάνουν σεβασμού και διαφυλάττεται η αξιοπρέπειά τους από τον τρόπο που αντιμετωπίζονται από το προσωπικό, η συνεργασία είναι θετική, οι γυναίκες δηλώνουν ικανοποιημένες και συμμετέχουν

περισσότερο ενεργά. Αντίθετα, η συνεργασία γίνεται δύσκολη στις περιπτώσεις όπου στις σχέσεις των δύο μερών κυριαρχεί η προκατάληψη και η διάκριση, κατακερματίζοντας κάθε έννοια σεβασμού π.χ. σε γυναίκες αλλοδαπής προέλευσης, χαμηλής οικονομικής στάθμης, χρήστριες εξαρτησιογόνων ουσιών, ανασφάλιστες, έγκυες γυναίκες χωρίς σύντροφο, γυναίκες υπό την επίβλεψη των κρατικών κοινωνικών υπηρεσιών και άστεγες (Milligan et al, 2002, Tandon et al, 2005). Σε αυτές τις περιπτώσεις οι γυναίκες αναζητούν λιγότερο συχνά μαιευτικές υπηρεσίες (Mathole et al, 2004).

Η εξατομίκευση της φροντίδας για την κάθε επίτοκο, αποτελεί επίσης σημαντική πτυχή για την επίτευξη μιας καλής συνεργασίας με το προσωπικό. Σημαντικό για τις γυναίκες είναι να μπορεί ο κάθε επαγγελματίας να τις ακούει, να σχεδιάζει πρόγραμμα παρακολούθησης και θεραπείας που να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους αλλά και που να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες ψυχικές και κοινωνικές τους ανάγκες (MacIntyre, 1982), σεβόμενος τις θρησκευτικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της κάθε γυναίκας (Royal College of Midwives, 2008). Σε αντίθετη περίπτωση, δηλαδή εκεί όπου οι γυναίκες αισθάνονταν ότι η εξέταση δεν ήταν καν εξατομικευμένη αλλά μηχανιστική και αποπροσωποποιημένη και τύγχαναν αντιμετώπισης σαν να ήταν ένα απλό νούμερο ή φάκελος και όχι άνθρωπος, οι σχέσεις τους με το προσωπικό παρέμεναν τυπικές και αδιάφορες, δημιουργώντας την αίσθηση δυσαρέσκειας και μειώνοντας την επιθυμία προσέλευσης στις επόμενες επισκέψεις (Tandon et al, 2005).

Οι γυναίκες ζητούν από το προσωπικό να δείχνει έμπρακτο ενδιαφέρον (Handler et al., 1996) και επαγγελματισμό (Anwar et al, 2014), να παρέχει συναισθηματική στήριξη (Bramadat and Drieger, 1993) και να χρησιμοποιεί την ενσυναίσθηση για τις ανησυχίες και τα προβλήματά τους (Grady and Bloom, 1999). Αυτό δημιουργεί απόλυτες συνθήκες εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο μερών. Μεγαλύτερη άνεση υπάρχει όταν το προσωπικό διαθέτει χιούμορ (Handler et al, 1996) και χρησιμοποιεί τις γνώσεις που έχουν αποκτηθεί από την εμπειρία του (Grady and Bloom, 1999).

Κάποιες γυναίκες προκρίνουν την καλλιέργεια φιλικών σχέσεων ανάμεσα στις γυναίκες και το προσωπικό (Shields et al., 1998), κάτι που μαζί με την καλή επικοινωνία βελτιώνουν την ικανοποίηση (Bucher et al., 1997). Οι γυναίκες που στο μαιευτικό τους ιστορικό παρουσιάζουν πολλαπλές αποβολές, επιπλοκές κατά την αρχή της κύησης και επεμβατικούς τοκετούς, χρειάζονται να έχουν μια πιο στενή σχέση με τις μαίες (Bondas, 2002).

Όταν το προσωπικό διαθέτει επαγγελματικές δεξιότητες (Vanagiene et al, 2009), χρόνο για να παρέχει πληροφορίες (Proctor, 1998) και επεξηγήσεις στις γυναίκες αναφορικά με τις διάφορες μαιευτικές πράξεις ή διαδικασίες (Milligan et al, 2002) και δίνει την ευκαιρία να ερωτηθεί και να απαντήσει στις απορίες των επιτόκων (Tandon et al, 2005), δημιουργούνται αυτόματα συνθήκες άριστων σχέσεων και εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο μερών και αναπόφευκτα καλές σχέσεις συνεργασίας. Αδιαμφισβήτητο παραμένει το αντίθετο, σε περιπτώσεις όπου το προσωπικό δεν ακούει τις γυναίκες (Grady and Bloom, 1999), αντιμετωπίζει τις ερωτήσεις τους ως μη σημαντικές (Teijlingen et al, 2003), ή δεν παρέχει ικανοποιητικές εξηγήσεις και απαντήσεις (Tandon et al, 2005).

Οι επαγγελματίες υγείας, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να εκμεταλλεύονται τη θέση ισχύος που τους παρέχεται σε σχέση με την άγνοια των γυναικών-χρηστών των υπηρεσιών στα θέματα υγείας. Επίσης, η παροχή τυποποιημένων και ενιαίων πληροφοριών στις έγκυες γυναίκες, σε μερικές περιπτώσεις υποβοηθά τις γυναίκες αυτές, στην αναγνώριση και απαίτηση υπηρεσιών υψηλής ποιότητας (Kumbani et al., 2012).

Από την άλλη, οι εργασιακές συνθήκες πρέπει να είναι αξιοπρεπείς για το προσωπικό, σε ένα καλά οργανωμένο σύστημα. Οι κακές συνθήκες εργασίας (κακές εργασιακές σχέσεις, μεγάλες αναμονές, χαμηλοί μισθοί κ.τ.λ.), οδηγούν σε εργασιακή εξουθένωση του προσωπικού και αναπόφευκτα σε μειωμένη αποδοτικότητα (Rahmani & Brekke, 2013).

Στη δομή των μαιευτικών υπηρεσιών, τόσο στην Κύπρο, όσο και στην Ελλάδα, επικρατεί το βιοϊατρικό μοντέλο και αναπόφευκτα η ιατροκοποίηση του τοκετού (Sapountzi, 2006). Συνεπώς, οι γυναίκες επιλέγουν να παρακολουθούνται κατά την κύηση, από τον προσωπικό τους μαιευτήρα-γυναικολόγο και όχι από τις μαίες. Αυτονόητο είναι, ότι κατά τον τοκετό, παρόλο που καθόλη τη διάρκεια της πορείας του, η παρακολούθηση γίνεται και οι γυναίκες την εμπιστεύονται, στα έμπειρα χέρια των μαιών, εντούτοις, αισθάνονται καλύτερα και πιο ασφαλείς όταν ο τοκετός διενεργείται από τους γιατρούς (Sapountzi, 2006). Κάτι που πηγάζει από την κουλτούρα που κυριαρχεί, όχι μόνο στην Κύπρο και την Ελλάδα, αλλά και στις Η.Π.Α. και τον Καναδά (Sapountzi, 2006). Η κουλτούρα αυτή, επηρεάζεται κυρίως από τη μεγάλη αύξηση σε αριθμό των μαιευτήρων-γυναικολόγων, αλλά και από την εμπορικοποίηση του τοκετού (Sapountzi, 2006).

Γιατί ο τοκετός, αφήνει ένα σεβαστό χρηματικό ποσό στον προσωπικό ιατρό, είτε αυτό γίνεται στα πλαίσια μιας θεμιτής-νόμιμης αμοιβής στους ιδιώτες γιατρούς, είτε στα πλαίσια μιας αθέμιτης-άτυπης και παράνομης αμοιβής στους γιατρούς του δημοσίου (Sapountzi,

2006). Η ιατρικοποίηση του τοκετού όμως, δεν θα μπορούσε παρά να οδηγήσει σε μια ραγδαία αύξηση του ποσοστού των καισαρικών τομών κατατάσσοντας την Κύπρο πρώτη παγκοσμίως και την Ελλάδα ανάμεσα στις πρώτες χώρες στον τομέα αυτό (Euro-Peristat Project, 2010). Σε πολλές χώρες, οι κοινοτικοί νοσηλευτές και οι επισκέπτες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υγειονομική περιθάλψη που παρέχεται στις έγκυες γυναίκες, ενώ οι μαιές παρακολουθούν τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τις βοηθούν στον τοκετό (Wiegers, 2009). Πιθανή στήριξη, προώθηση και αναβάθμιση του ρόλου των μαιών στα πλαίσια μεταρρύθμισης των πολιτικών υγείας, να βοηθούσε στην ανατροπή της ιατρικοποίησης του τοκετού στην Κύπρο, αλλά και στη μείωση των καισαρικών τομών.

Χρειάζεται βέβαια μεγάλη αποφασιστικότητα για τέτοιες μεταρρυθμίσεις, γιατί οι όποιες προσπάθειες θα βρεθούν αντιμέτωπες με τείχη αντίστασης, αναλόγως των συμφερόντων που διακυβεύονται. Άλλωστε οι σχέσεις αντιπαράθεσης και ισχύος μεταξύ των γιατρών και των μαιών, αναφορικά με το ρόλο που διαδραματίζει ο καθένας κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, είναι γνωστό και διαχρονικό (Pecci-Chang et al, 2010). Παρόλο, που η άρτια συνεργασία μεταξύ των δύο μερών είναι εκείνη που επιβάλλεται να επικρατεί, για την επίτευξη της βέλτιστης έκβασης ενός τοκετού και την παροχή πιο ποιοτικών, αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών (Pecci-Chang et al, 2010).

Μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διαφάνηκε η σχετική ανυπαρξία ενός τυποποιημένου εργαλείου/ερωτηματολογίου για την εκληφθείσα ποιότητα και ικανοποίηση από τις μαιευτικές υπηρεσίες. Οι περισσότερες έρευνες ήταν ποιοτικές, με μόνο ποσοτικό εργαλείο που να εξυπηρετεί τους σκοπούς της έρευνας, το KIM.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι έρευνες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο KIM που είναι το μοναδικό στην διεθνή βιβλιογραφία που αξιολογεί την ποιότητα της συνεργασίας με τον ιατρό και τη μαιά, καθώς και την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες. Έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό και έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες.

Πίνακας 1: Έρευνες αξιολόγησης της ποιότητας των μαιευτικών υπηρεσιών κάνοντας χρήση του ερωτηματολογίου KIM

Συγγραφείς, Τίτλος, Χρονιά έκδοσης	Ερευνητικό εργαλείο	Είδος έρευνας	Δείγμα πληθυσμού	Ευρήματα
Sapountzi-Krepia et al. (2008) Greek mothers' perceptions of their cooperation with the obstetrician and the midwife in the delivery room	KIM	Συγχρονική περιγραφική έρευνα	607 λεχωΐδες που γέννησαν σε έξι μεγάλες πόλεις της Βόρειας Ελλάδας, περίξ της Θεσσαλονίκης	66,4% των γυναικών γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και 33,6% με καισαρική τομή, οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό καταγράφουν καλύτερη συνεργασία με το γυναικολόγο και τη μαία, ενώ η συνεργασία των γυναικών καταγράφεται να είναι καλύτερη με το γυναικολόγο παρά με τη μαία
Tsetsila et al. (2010) New mothers' perceptions regarding maternity care services provided in a prefecture of Northern Greece	KIM	Περιγραφική συγχρονική	Δείγμα ευκολίας, 133 λεχωΐδες που γέννησαν στη Βόρεια Ελλάδα και πριν λάβουν εξιτήριο	56,8% των γυναικών γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και 42,9% με καισαρική τομή, 15,3% παρακολούθησαν μαθήματα τοκετού ενώ οι γυναίκες εισηγούνται τη δωρεάν παροχή μαιευτικών υπηρεσιών και προφυλακτικών γυναικολογικών εξετάσεων
Sapountzi-Krepia et al. (2010) The discrepancy between perceived importance and adequacy in discussing topics related to pregnancy and birthing in maternity services: the views	KIM	Περιγραφική, δοκιμασία και επαναδοκιμασία	Δείγμα ευκολίας, 133 λεχωΐδες που γέννησαν στη Θεσσαλονίκη και στην άμεση περιφέρειά της, σε διάστημα 1 εβδομάδας – 1 έτους από το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας	66,3% των γυναικών γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και 32,9% με καισαρική τομή, 81,5% προτιμούν τον επόμενο τοκετό να τον κάνουν σε μαιευτική μονάδα νοσοκομείου, θεωρούν πολύ σημαντική τη συζήτηση του θέματος του τρόπου τοκετού και ανεπαρκή τη συζήτηση που έγινε

of mothers giving birth in Northern Greece				με τους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με την άμεση περίοδο της λοχείας
Thomas and Callister (2013) <i>Becoming Mothers and Fathers: The Perspectives of New Parents</i>	KIM & KIF	Περιγραφική συγχρονική	Δείγμα ευκολίας, 81 οικογένειες ηλικίας 18-47, οι οποίες απέκτησαν παιδί τους τελευταίους 12 μήνες στην Αμερική	Η εμπειρία του τοκετού και για τους δύο γονείς είναι μοναδική, η οποία γίνεται ιδανική όταν οι επαγγελματίες υγείας επιδεικνύουν σεβασμό στους γονείς και παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα, αλλά και όταν συμμετέχει και ο πατέρας στη διαδικασία του τοκετού. Χρειάζεται περισσότερη εκπαίδευση των γονιών σε διάφορα θέματα που άπτονται της κύησης και του τοκετού π.χ. διατροφή και άσκηση κατά την κύηση, αναλγησία στον τοκετό, επιλογές τοκετού.
Στυλιανίδης και συν. (2014) Αξιολόγηση της ικανοποίησης των λεχωίδων από τη συνεργασία με το γυναικολόγο και τη μαία στην Κύπρο	KIM	Περιγραφική, συγχρονική και πιλοτική μελέτη	167 λεχωίδες που γέννησαν στη μοναδική τριτοβάθμια μαιευτική μονάδα στη Λευκωσία, Κύπρο	Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν καλύτερη συνεργασία με τη μαία έναντι εκείνων που γέννησαν με καισαρική τομή ($p=0,021$).

Κεφάλαιο 3: Επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης και συναισθηματική νοημοσύνη

3.1 Επιλόχεια κατάθλιψη

Κατά την κύηση, λαμβάνουν χώρα σωρεία σωματικών, φυσιολογικών και ενδοκρινολογικών μεταβολών, με άμεση αντανάκλαση στη ψυχική σφαίρα κάθε γυναίκας, είτε αυτή διανύει ακόμη την περίοδο της εγκυμοσύνης, είτε κατά την περίοδο της λοχείας (Areias et al, 1996). Η επιλόχεια κατάθλιψη, αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή και επιδρά αρνητικά σε όλες τις δραστηριότητες και λειτουργίες που καλείται να εκτελέσει η κάθε επίτοκος γυναίκα, αλλά και στην εκληφθείσα ποιότητα από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες. Η αρχική αναφορά στην επιλόχεια κατάθλιψη έγινε το 1968 από τον Pitt σε ένα νοσοκομείο του Λονδίνου. Ακολούθησαν έρευνες του Dalton στον τομέα αυτό, το 1971 (Moraitou et al., 2011).

Ορισμός

Η επιλόχεια κατάθλιψη εκδηλώνεται εντός τεσσάρων εβδομάδων από τον τοκετό και η συμπτωματολογία συμπίπτει με αυτή που παρατηρείται στις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές (Stamouli, 2000). Σοβαρή καταθλιπτική διάθεση, υπολειτουργία σε πνευματικό και κινητικό επίπεδο, ιδιαίτερη ανησυχία ακόμα και για απλά πράγματα, αμηχανία, δυστοκία στην εκτέλεση καθημερινών καθηκόντων, διεγερτικότητα, αίσθημα ενοχής καθώς και αυτοκτονικές τάσεις (Karlan, 2001), αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της.

Ακόμα και τα αισθήματα χαράς και περηφάνειας που αναμένονται στην κάθε γυναίκα μετά τη γέννηση του παιδιού της, μειώνονται ή ακόμα και εξαφανίζονται από την παρουσία της επιλόχειας κατάθλιψης (Moraitou, 2011). Ο νέος κοινωνικός ρόλος που η κάθε νέα μητέρα καλείται να επιτελέσει, σε συνδυασμό με όλες αυτές τις βιολογικές, ορμονολογικές και φυσιολογικές αλλαγές, δημιουργούν επιπρόσθετο στρες (O'Hara et al., 2000).

Η παρουσία κοινωνικής στήριξης, όμως, ενεργεί προστατευτικά ενάντια στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Vigod et al, 2010, Yim et al, 2015), διυλίζοντας τους στρεσογόνους παράγοντες που προκύπτουν μετά τον τοκετό ενός παιδιού (Cheng & Pickler, 2009, Xie et al, 2009, Vigod et al, 2010).

Επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης

Η έννοια της επιλόχειας κατάθλιψης διερευνήθηκε για πρώτη φορά σε ένα νοσοκομείο του Λονδίνου από τον Pitt το 1968, ενώ ακολουθούν έρευνες του Dalton το 1971. Ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης διαφέρει και κυμαίνεται από 10% έως 53% αντίστοιχα (Moraitou, 2011). Υπάρχουν χώρες όπως η Σουγκανπούρη, Δανία, Μάλτα και Μαλαισία, όπου αναφέρεται πολύ χαμηλός επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης (0,5%-9%), σε αντίθεση με άλλες, όπως την Κόστα Ρίκα, Ιταλία, Χιλή, Νότια Αφρική και Κορέα, όπου ο επιπολασμός είναι υψηλός (34%-57%) (Halbreich and Karkun, 2006). Λόγω του μεγάλου εύρους αναφορών που υπάρχουν στη βιβλιογραφία για την επιλόχεια κατάθλιψη, θεωρείται ότι δύσκολα μπορεί να προβλεφθεί παγκόσμια ο επιπολασμός της.

Αυτό το εύρος διακύμανσης, οφείλεται σε διαφορές κουλτούρας, τρόπου καταγραφής και αναφοράς των δεδομένων, στον διαφορετικό τρόπο αντίληψης των ψυχικών νοσημάτων και καταστάσεων και του κοινωνικού στίγματος που αυτές συνεπάγονται, σε διαφορές στο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον (φτώχεια, επίπεδα κοινωνικής στήριξης, διατροφή, στρεσογόνο περιβάλλον) και σε βιολογικούς προδιαθεσικούς παράγοντες (Halbreich and Karkun, 2006).

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται ενδεικτικά οι μεγαλύτερες έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού της επιλόχειας κατάθλιψης, δεδομένου ότι υπάρχει -όπως αναφέρθηκε- μεγάλη ετερογένεια στην εκτίμηση και ξεπερνά τους στόχους της παρούσας έρευνας.

Πίνακας 2: Έρευνες εκτίμησης επιπολασμού επιλόχειας κατάθλιψης

<i>Έρευνα</i>	<i>Επιπολασμός</i>
Hobfoll et al. (1995) Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women,	23,4%
Kitamura T. (1996) Clinical and Psychosocial Correlates of Antenatal Depression: A Review	10-29%
Webster et al. (2002) Postnatal depression: use of health services and satisfaction with health-care providers	20,7%
Husain et al. (2006) Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country	36% (Εργαλείο EPDS)
Segre et al. (2007) The prevalence of postpartum depression. The relative significance of three social status indices	12% (Εργαλείο IDD, Inventory to Diagnose Depression Questionnaire, DSM IV)
Moraitou et al. (2010) Postpartum depression in Cypriot New Mothers	21,3% βίωσαν επιλόχεια κατάθλιψη (Εργαλείο BDI) 13,7% παρουσίασαν σοβαρή προδιάθεση εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης (Εργαλείο EPDS)
Gress-Smith et al., (2012) Postpartum Depression Prevalence and Impact on Infant Health, Weight Gain and Sleep in Low-Income and Ethnic Minority Women and Infants	33%-38% (Εργαλείο CES-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale))
Rode J., (2015) The Role of Emotional Intelligence in Predicting Postpartum Depression	26% σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη και 22% θετική προδιάθεση για επιλόχεια κατάθλιψη

Σε μια συστηματική ανασκόπηση των Halbreich et al. (2006) παρουσιάστηκαν όλες οι σχετικές έρευνες με την χρήση του εργαλείου EPDS. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης διεθνώς: Η.Π.Α.-15,4%, Ιταλία-38,1%, Χιλή-37,4%, Νότιος Αφρική-36,5%, Ταϊβάν-34,5%, Ινδία-32,4%, Τουρκία-29,8%, Ιρλανδία-22,5%, Καναδάς-12,7%, Ιαπωνία-18,2%, Κίνα-17,9%, Ισπανία-17,4%, Γερμανία-17,1%, Φιλλανδία-16,6%,

Χονγκ Κονγκ-16,1%, Ελλάδα-13%, Ηνωμένο Βασίλειο-12,8%, Νέα Ζηλανδία-10,1%, Σουηδία-12,3%, Νορβηγία-9,3%, Αυστραλία-9%, Γαλλία-8,5% (Halbreich & Karkun, 2006).

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης

Η κατάθλιψη εξάλλου, έχει υψηλό επιπολασμό στο γενικότερο πληθυσμό της τάξης του 10-25% (Kleftaras, 1998), με διαφορετικό εύρος συμπτωματολογίας. Από μια απλή κοινωνική απομόνωση, μέχρι ισχυρή αίσθηση απελπισίας (Papastylianou & Polychronopoulos, 2007). Με επίσης υψηλό κόστος, λαμβάνοντας υπόψη τις πολυδιάστατες επιδράσεις της π.χ. στο άμεσο οικογενειακό, φιλικό και εργασιακό περιβάλλον (Alevizos, 1999).

Οι γυναίκες γενικά είναι πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη σε σύγκριση με τους άνδρες (Bebbington, 1998), ιδιαίτερα στην περίοδο που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία (25-44 ετών, Wisner et al, 1999). Παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν μια γυναίκα σε κατάθλιψη περιλαμβάνουν: απομάκρυνση της από καθημερινές δραστηριότητες, περιορισμός περιπτώσεων στις οποίες λαμβάνει μέρος στη λήψη αποφάσεων, ευθύνη στο μέγεθος των παιδιών και στην πνευματική τους ανάπτυξη, ευθύνες στην εργασία και στο σπίτι, απουσία εξουσίας στις προσωπικές/επαγγελματικές σχέσεις (Papastylianou and Polychronopoulos, 2007), καθώς και το στρες μιας ενδεχόμενης εγκυμοσύνης ή της απαραίτητης παροχής φροντίδας σε άλλα ηλικιωμένα άτομα της οικογένειας (Moraitou, 2010). Μετά τον τοκετό, καταθλιπτικά συναισθήματα απορρέουν από το επιπλέον βάρος του κοινωνικού ρόλου που οι γυναίκες πρέπει να διαδραματίσουν (O'Hara et al, 2000), σε συνάρτηση με όλα τα πιο πάνω χαρακτηριστικά της παλυδιάστατης δραστηριότητας της οποιασδήποτε γυναίκας-συντρόφου-εργαζόμενης-μητέρας.

Υπό αυτό το οπτικό πρίσμα, η επιλόχεια κατάθλιψη είναι συχνή και σοβαρή πάθηση, που μπορεί να θέσει τη ζωή της μητέρας και του νεογνού σε κίνδυνο. Στην Κύπρο, η επιλόχεια κατάθλιψη κυμαίνεται μεταξύ 13,7% - 21,3% ανάλογα με το εργαλείο εκτίμησης (Moraitou, 2010). Παρόλο βέβαια που υποεκτιμάται, λόγω της τάσης των γυναικών να μην αναζητούν ψυχολογική υποστήριξη και να απομονώνονται. Για τον ίδιο ακριβώς λόγο, είναι σημαντικό, οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τις νέες μητέρες (μαίες, γυναικολόγοι, παιδίατροι), να μπορούν να διακρίνουν τέτοια στοιχεία με σκοπό την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση και επέμβαση, προσφέροντας θεραπεία (Stamouli, 2000).

Διεθνώς, τα ποσοστά γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη κυμαίνονται μεταξύ 10-53% ανάμεσα στις νέες μητέρες (Drago et al, 1997, Mpergiannaki, 2000). Ο κίνδυνος εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης διπλασιάζεται στις πρωτότοκες γυναίκες σε σύγκριση με τις πολύτοκες (Harris et al, 1997, Moraitou and Stalikas, 2004, Moraitou and Lykeridou, 2007, Moraitou et al, 2009). Αυτό συμβαίνει, καθότι, η επιλόχεια κατάθλιψη αφορά την αγωνία της μάνας κατά πόσον θα μπορεί επιτυχώς να εκτελεί τα καθήκοντά της. Οι γυναίκες που έχουν αποκτήσει προηγουμένως άλλα παιδιά, δεν διακατέχονται από αυτή την αγωνία σε τόσο μεγάλο βαθμό (Moraitou, 2011).

Ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης, σχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος το οποίο λήφθηκε για σκοπούς της έρευνας, τον τρόπο διενέργειας του τοκετού (κολπικός ή καισαρική τομή), το βαθμό σοβαρότητας της συμπτωματολογίας, προϋπάρχουσα κατάθλιψη διαφόρων διαβαθμίσεων, το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας μετά τον τοκετό, την ποιότητα του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα καθώς και τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή αποτελεσμάτων (Drago et al, 1997), την απουσία παροχής κοινωνικής στήριξης, την παρουσία έντονων στρεσογόνων καταστάσεων στη ζωή της γυναίκας και τις σχέσεις μεταξύ του ζευγαριού (Horowitz & Damato, 1999).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, προκύπτει ότι οι γυναίκες που είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, είναι αυτές που: υποφέρουν από έντονο προϋπάρχον άγχος και στρες, ζουν σε αστικά κέντρα, ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, είναι άνεργες, είχαν δύσκολο/πολύωρο/επιπλεγμένο τοκετό (Moraitou, 2010). Από την άλλη, η διενέργεια τοκετού με καισαρική τομή (προγραμματισμένη ή επείγουσα) ή με υποβοηθούμενο κολπικό τρόπο, δεν συνδέεται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης (Nielsen et al, 2000). Τα ίδια παρατηρούνται ακόμα και σε σχέση με το φύλο του νεογνού (Moraitou & Stalikas, 2004), ενώ αντιφατικά ευρήματα προκύπτουν στην περίπτωση που η εγκυμοσύνη δεν ήταν προγραμματισμένη (Warner et al, 1996, Moraitou & Stalikas 2004).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κατά την κύηση και τη λοχεία όπως η κατάθλιψη, καθώς και η αίσθηση μειωμένης κοινωνικής συνοχής, οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες. Επιπρόσθετα, ο φόβος για τον τοκετό σε συνδυασμό με μία μητέρα με έντονα χαρακτηριστικά του φόβου στο συμπεριφορικό της προφίλ, συμβάλλουν σε μια συνολικά αρνητική εμπειρία του τοκετού και μη ικανοποίηση από τις συναισθηματικές πτυχές της παρεχόμενης φροντίδας (Britton, 2006, Heines et al, 2013).

Εξάλλου, ποιοτικές έρευνες αποκαλύπτουν ότι οι γυναίκες που φοβούνται να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό, αισθάνονται απέραντη μοναξιά, αμφισβητούν συνεχώς τους ίδιους τους εαυτούς τους και νιώθουν ανίκανες να γεννήσουν το παιδί τους (Nilson & Lundgren, 2009). Ένας φυσιολογικός τοκετός, πιθανόν να εκληφθεί ως τραυματική εμπειρία, από μια ψυχοκοινωνικά ευαίσθητη γυναίκα με φοβικό συμπεριφορικό προφίλ (Heines et al, 2013).

Από την άλλη, οι γυναίκες που κατά την λοχεία αντιμετωπίζουν δυσκολίες με το θηλασμό και ελλιπή συμβουλευτική, είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Schmied et al, 2008). Βέβαιο είναι επίσης, ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη, δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες (Smith, 2001).

Ψυχομετρικά διαγνωστικά εργαλεία της επιλόχειας κατάθλιψης

Από το 1980 που υπάρχουν έρευνες αναφορικά με την επιλόχεια κατάθλιψη, έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία αξιολόγησής της. Σε μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποιήθηκαν το Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al, 1961) και το Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) (Cox et al, 1987). Το τελευταίο εργαλείο, χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του κινδύνου ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ η χρησιμοποίηση διαφόρων εργαλείων συνδιαστικά, ενισχύει την ακρίβεια της μεθόδου διαλογής (Moraitou & Galanakis, 2006).

Το εργαλείο Edinburgh Postpartum Depression Scale, EPDS, είναι ένα εργαλείο που συμπληρώνεται από τις ίδιες τις μητέρες και καταγράφει καταθλιπτικά συμπτώματα στις λεχωίδες. Αποτελείται από 10 σημεία που αφορούν δηλώσεις που περιγράφουν συμπτώματα σχετικά με επιλόχεια κατάθλιψη, με τέσσερις διαφορετικές διατυπώσεις στο κάθε σημείο. Κάθε διατύπωση μοριοδοτείται από το 0-3, με συνολική τελική βαθμολογία να κυμαίνεται από 0-30. Βαθμολογίες ≥ 12 , υποδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης (Cox et al, 1987). Για τη συγκεκριμένη κλίμακα, έγινε προσαρμογή και στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό (Vivilaki et al., 2009).

Το ίδιο εργαλείο χρησιμοποιείται και στην έρευνα αυτή. Στην Ελλάδα, φαίνεται ότι περίπου 38.69% των μητέρων εμφανίζουν κάποιας μορφής επιλόχεια κατάθλιψη (Moraitou, 2002), που συμπίπτει με τα διεθνή δεδομένα (10-53%). Στην Κύπρο, μόλις πρόσφατα

ξεκίνησε κάποιο ενδιαφέρον και αναγνώριση του προβλήματος της επιλόχειας κατάθλιψης στις μητέρες.

Η διασύνδεση που προκύπτει από έναν υψηλό δείκτη στην κλίμακα EPDS με το MDD (Major Depressive Disorder), ενισχύει το γεγονός ότι η κλίμακα EPDS θεωρείται αποτελεσματική και αξιόπιστη στη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης. Εντούτοις, η κλίμακα EPDS επικεντρώνεται στις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές στην περίοδο της λοχείας. Δεν λαμβάνει υπόψη ανησυχίες και άλλες διαταραχές της ψυχικής σφαίρας των γυναικών, που μπορεί να κυριαρχούν κατά την αναπαραγωγική περίοδο. Για το λόγο αυτό, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση ευρέου φάσματος ψυχικών διαταραχών τόσο κατά την περίοδο της κύησης, όσο και κατά την περίοδο της λοχείας (Halbreich and Karkun, 2006).

Επιπρόσθετη ιδιαιτερότητα του εργαλείου EPDS, αποτελεί η διακύμανση που προκύπτει ανάμεσα στις διαφορετικές χώρες αναφορικά με τις τιμές αποκοπής (cut-off scores), οι οποίες επιδέχονται επιδράσεις από διαφορετικές κουλτούρες και αναδιαμορφώνουν διαφορετικά επίπεδα ανάλογα. Όπως προτείνεται από τους δημιουργούς του συγκεκριμένου εργαλείου, τα επίπεδα αυτά κυμαίνονται από 9-10, μέχρι 13-14, για διαφορετικές κουλτούρες και πληθυσμούς, κάτι που αυξάνει και την ευαισθησία και την ειδικότητα του εργαλείου (Eberhard-Gran et al., 2002).

Διακύμανση παρατηρείται και στο χρονικό πλαίσιο χρησιμοποίησης του εργαλείου EPDS, από μία εβδομάδα, μέχρι ένα χρόνο μετά τον τοκετό. Όσο πιο μετά χρονικά κατά την περίοδο της λοχείας συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο, τόσο πιο υψηλά τα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης που καταγράφονται στην κλίμακα EPDS. Επίσης, υψηλότερα ποσοστά καταγράφονται στις έρευνες όπου δίνεται περισσότερο διάστημα χρόνου π.χ. πρώτες οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό, παρά στενότερο χρονικό περιθώριο π.χ. πρώτες τέσσερις. Ακόμα και στις περιπτώσεις όπου το χρονικό διάστημα έχει τυποποιηθεί στις έξι εβδομάδες, παρατηρείται μεγάλη διακύμανση των ποσοστών επιλόχειας κατάθλιψης (Halbreich and Karkun, 2006).

3.2 Συναισθηματική νοημοσύνη

Συναισθηματική νοημοσύνη ορίζεται ως μια αλληλουχία δεξιοτήτων (λεκτικών και μη) που να επιτρέπουν στο άτομο να διαπερνά, να αναγνωρίζει, να διατυπώνει, να κατανοεί και να εκτιμά τα δικά του συναισθήματα, αλλά και των άλλων, έτσι ώστε να καθοδηγεί τις σκέψεις και τις πράξεις του σε μια επιτυχή πορεία προσαρμογής με τις απαιτήσεις και τις πιέσεις που εξασκούνται από το άμεσο περιβάλλον (Rooy & Viswesvaran, 2004, Kafetsios & Zampetakis, 2007). Η ικανότητα εκλογίκευσης συναισθημάτων, υποβοηθώντας τη σκέψη, προωθώντας τη συναισθηματική και πνευματική ωρίμανση (Mayer et al., 2004).

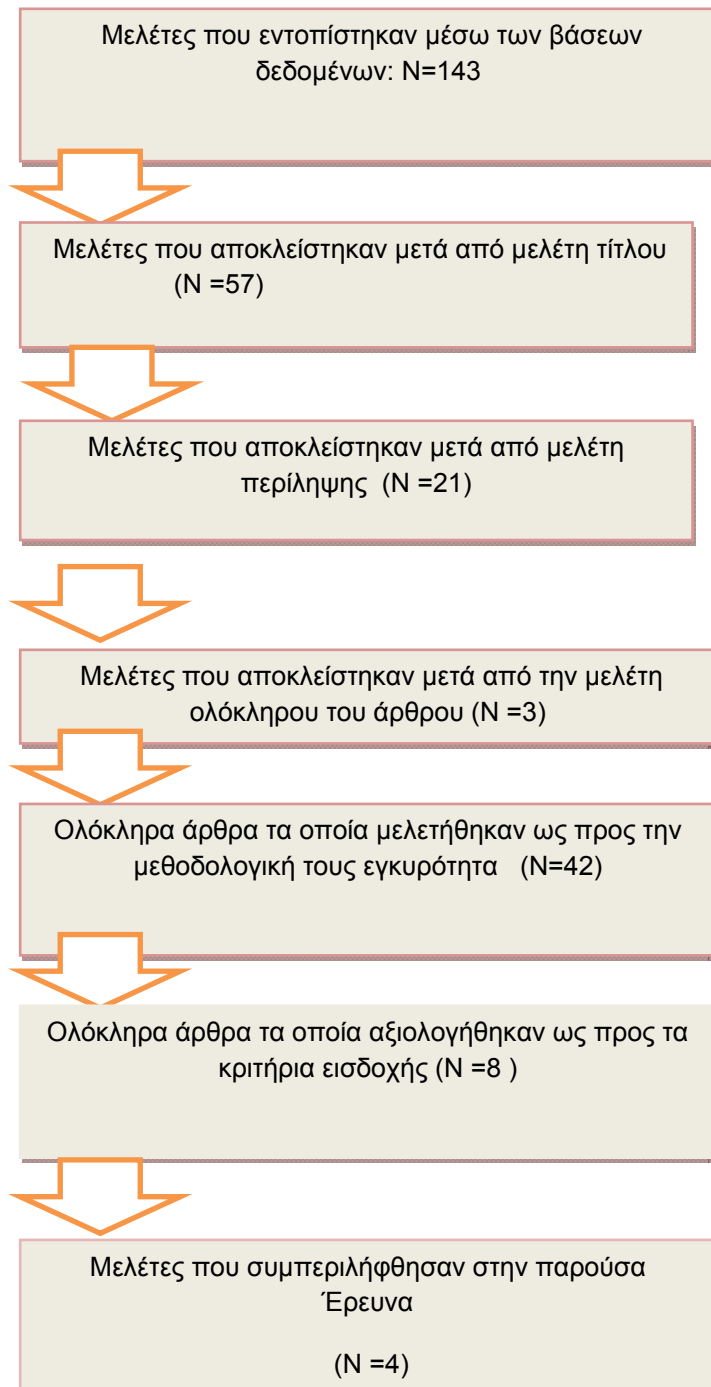
Μπορεί να θεωρηθεί ως ικανότητα, αλλά και ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Η ικανότητα αυτή, ενδεχομένως να δημιουργεί ευκαιρίες βελτίωσης και είναι πιο δυναμικό (Rivers et al., 2012). Υπάρχει μια υποκειμενική συσχέτιση με την ευτυχία, την ευεξία και την ικανοποίηση από τη ζωή (Ruiz-Aranda et al., 2014), αλλά και αντικειμενική επίδραση στην πνευματική υγεία και ιδιαίτερα στην κατάθλιψη (Davis and Humphrey, 2012).

Διακρίνεται από τέσσερις διαστάσεις: αυτοαναγνώριση συναισθημάτων (self emotion appraisal, SEA), αναγνώριση συναισθημάτων των ατόμων του περιβάλλοντος (other's emotional appraisal, OEA), ρύθμιση συναισθημάτων του ίδιου ατόμου (regulation of emotion, ROE), χρησιμοποίηση συναισθημάτων για ενίσχυση της απόδοσης (use of emotion, UOE). Πριν κάποιο άτομο μπορέσει να ελέγξει τα συναισθήματά του, πρέπει να μπορεί να κατανοεί αυτά τα συναισθήματα (SEA). Αφού συνήθως οι συναισθηματικές αντιδράσεις των ανθρώπων επηρεάζονται από τα συναισθήματα των ατόμων που βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον τους, η κατανόηση των συναισθημάτων τους βασίζεται στην ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων (OEA). Έτσι, μπορεί κανείς να ρυθμίσει πως εκλαμβάνονται αυτά τα συναισθήματα (ROE) αλλά και πως εξωτερικεύονται (UOE) (Wong & Law, 2002).

3.2.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Μεγάλο ενδιαφέρον, παρουσιάζει επίσης, η συσχέτιση του δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης και της εκληφθείσας ικανοποίησης από τις μαιευτικές υπηρεσίες, ποιότητα κτλ. Κάτι σχετικά νέο και πρωτοποριακό διεθνώς. Από μια ανασκόπηση στη βάση δεδομένων Pubmed, με λέξεις κλειδιά: “emotional intelligence and satisfaction with perinatal care”,

προέκυψαν μόλις 4 σχετικά άρθρα. Το διάγραμμα ροής για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, παρουσιάζεται πιο κάτω.



Η ύπαρξη υψηλού επιπέδου δείκτη νοημοσύνης μπορεί να βοηθήσει μια νέα μητέρα στη διαχείριση των συναισθημάτων της, αλλά και στη σωστή λήψη αποφάσεων. Κάτι που είναι πολύ σημαντικό, ιδιαίτερα στη περίοδο της λοχείας, περίοδος κατά την οποία χρειάζεται μεγάλη προσαρμοστικότητα και ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (Mayer et al., 2004).

Η γέννηση ενός παιδιού, μπορεί να προκαλέσει πολλά αντιφατικά συναισθήματα. Αυτός ο ενθουσιασμός που αρχικά πλημμυρίζει την αίθουσα τοκετών, μπορεί να μετατραπεί σε φόβο και λύπη, στη σκέψη της ευθύνης που συνεπάγεται με την απόκτηση ενός παιδιού. Τα αντιφατικά αυτά συναισθήματα όμως, μπορεί πιο εύκολα να διαχειριστεί κάποια νέα μητέρα με υψηλότερα επίπεδα δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης (Rivers et al, 2012). Θα μπορεί καλύτερα να θέσει σε προτεραιότητα τις δράσεις της που αφορούν τη μητρότητα (Matthews et al., 2006), καθότι θα μπορεί να επικοινωνεί καλύτερα με το άμεσο περιβάλλον της καθώς και να διαχειρίζεται αρνητικά συναισθήματα (Muller et al, 2013, Rode, 2015), μειώνοντας έτσι τη πιθανότητα ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης (Rode, 2015).

Το άτομο με υψηλό δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης, αναγνωρίζει καλύτερα τα συναισθήματά του αλλά και των γύρω του, τα χρησιμοποιεί στη διαμόρφωση της σκέψης του και τα διαχειρίζεται καλύτερα. Κατέχει καλύτερες κοινωνικές δεξιότητες και διασυνδέσεις, ενώ συνήθως απέχει από προβληματικές και καταστροφικές συμπεριφορές (επιθετική συμπεριφορά, χρήση ναρκωτικών ουσιών κ.τ.λ.). Πετυχαίνει πιο εύκολα την ικανοποίηση στόχων και αποστολών, ιδιαίτερα αν πίσω από αυτούς υπάρχει κάποιο κίνητρο (Mayer et al., 2004).

Ο δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης, προφανώς διαφέρει στον κάθε άνθρωπο και στον κάθε επαγγελματία υγείας. Τείνει όμως, να χρησιμοποιείται στη βιβλιογραφία σαν πιθανή εξήγηση για το πως διαφορετικές προσωπικότητες επαγγελματιών υγείας, συμβάλλουν στην επίτευξη παροχής φροντίδας υγείας, η οποία να είναι επικεντρωμένη στην εξατομικευμένη φροντίδα και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή (Birks & Watt, 2007), πετυχαίνοντας καλύτερους δείκτες ικανοποίησης και εκληφθείσας ποιότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η αξιολόγηση του δείκτη νοημοσύνης ως επιδραστικού παράγοντα επιτυχίας στη ζωή, καθιερώθηκε τη δεκαετία του 1990. Εκτιμάται να έχει δυνητικό ρόλο στο χώρο της υγείας, πέραν από τα ιδιαίτερα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε επαγγελματία υγείας ή το επίπεδο νοημοσύνης του (Birks & Watt, 2007).

Στο εργασιακό περιβάλλον και την παραγωγή εργασίας (Kafetsios & Zampetakis, 2008), στην ακαδημαϊκή επίδοση στο χώρο της εκπαίδευσης (Parker et al., 2004, Zeidner et al, 2005), στην ικανοποίηση από τη ζωή (Palmer et al, 2002), στην εργασιακή ικανοποίηση και επίδοση (Wong & Law, 2002), καθώς και στην κοινωνική διασύνδεση/στήριξη/διάθεση και αντιμετώπιση του στρες (Chiarrochi et al, 2002) έχει διαφανεί η θετική του επίδραση.

Υψηλά επίπεδα του δείκτη, υποβοηθούν τις κοινωνικές και φιλικές σχέσεις (Lopes et al, 2003) και δημιουργούν προϋποθέσεις επιτυχίας στον εργασιακό χώρο, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου η επιτυχία κτίζεται μέσα από την ικανοποίηση προσωπικών δεσμεύσεων του μάνατζερ (Mayer et al, 2004).

Χρειάζεται βέβαια, όπως διατυπώνεται ξεκάθαρα στη βιβλιογραφία, περαιτέρω διερεύνηση πριν την σαφή διασύνδεση του δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης με την εκληφθείσα ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας και την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας. Η παρούσα εργασία διατριβής, στοχεύει να συμβάλει στον τομέα αυτό, εντάσσοντας το δείκτη νοημοσύνης στους τομείς διερεύνησης και κατά πόσον αυτός επηρεάζει την κάθε γυναίκα-χρήστη των μαιευτικών υπηρεσιών, ως προς την εκληφθείσα ικανοποίηση και ποιότητα των μαιευτικών υπηρεσιών. Εξάλλου, από έρευνες προκύπτει ότι γυναίκες-χρήστες των μαιευτικών υπηρεσιών που δηλώνουν μη-ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες, αξιολογούν περισσότερο ως παράγοντα μη-ικανοποιητικής έμφασης των υπηρεσιών, το ψυχοκοινωνικό (23%) παρά τον ιατρικό (18%) (Hildingston & Radestad, 2005).

Για την αξιολόγηση του δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης, υπάρχουν διάφορα εργαλεία όπως το MSCEIT V2.0 (Mayer – Salovey – Caruso – Emotional Intelligence Test, κλίμακα 141 ερωτήσεων) (Mayer et al, 2004) και το WLEIS (Wong and Law Emotional Intelligence Scale) (Wong & Law, 2002, Libbrecht et al, 2010). Για το σκοπό της παρούσας έρευνας έχει υιοθετηθεί η κλίμακα WLEIS (Wong and Law Emotional Intelligence Scale), ιδιαίτερα λόγω και της μικρότερης έκτασης.

Στην κλίμακα αυτή, αξιολογείται με διαφορετικές διατυπώσεις η κάθε διάσταση από τις τέσσερις που συνθέτουν το δείκτη αυτό (4 ερωτήματα για την κάθε διάσταση με κλίμακα 1-7, με το 1= διαφωνώ απόλυτα και το 7= συμφωνώ απόλυτα). Όσο πιο υψηλό είναι το σκορ, τόσο πιο ψηλός είναι και ο δείκτης (Παράρτημα) (Wong & Law, 2002, Libbrecht et al., 2010).

Υψηλότεροι δείκτες συναισθηματικής νοημοσύνης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, διευκολύνουν την κατανόηση του συναισθηματικού ψυχισμού του κάθε ασθενή, επιτρέποντας έτσι καλύτερη διασύνδεση των δύο μερών τόσο κατά τη λήψη ιστορικού, όσο και κατά τη διάγνωση και παροχή θεραπείας. Στην προτεινόμενη αυτή θεραπεία, ο πάσχων μπορεί να προσαρμοστεί πιο εύκολα, γιατί η επιλογή θεραπευτικής λύσης θα είναι πιο κοντά σε αυτή που η προσωπικότητα του ασθενή υποδεικνύει (Birks & Watt, 2007).

Η ικανότητα ενός επαγγελματία υγείας να ερμηνεύει και να χειρίζεται τα συναισθήματα των ασθενών, είναι σημαντική δεξιότητα. Διασφαλίζει την εξατομικευμένη φροντίδα, που έχει επίκεντρο τον ίδιο τον ασθενή και αναβαθμίζει τη ποιότητα των σχέσεων ασθενούς/χρήστη-παροχέα υπηρεσιών υγείας (Wagner et al., 2002, Birks & Watt, 2007).

Όπως συμβαίνει συνήθως, έτσι και εδώ, υπάρχουν φανατικοί υποστηρικτές στην υιοθέτηση της παραμέτρου του δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης με σκοπό την αύξηση της αποδοτικότητας εργασιών, ενώ από την άλλη υπάρχουν πολλοί που βλέπουν το όλο θέμα με σκεπτικισμό και δυσπιστία. Στηρίζουν αυτή τη στάση στο γεγονός ότι δεν υπήρξε ακόμα κατάληξη ως προς το αν πρέπει να θεωρείται η έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης μια δυναμική δεξιότητα που μπορεί να διδακτεί-αναπτυχθεί ή αν είναι ένα στατικό συμπεριφορικό χαρακτηριστικό προσωπικότητας.

Η βιβλιογραφία στον τομέα αυτό, είναι αδιαμβισβήτητα ανεπαρκής και συχνά οι βάσεις δεδομένων αξιολόγησης του δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης μη συγκρίσιμες καθότι αφορούν διαφορετικές παραμέτρους του. Υπάρχει όμως αρκετό ενδιαφέρον για το θέμα αυτό και αναμφίβολα θα υπάρξει περισσότερη διερεύνηση στο τι μπορεί να προβλέψει ένας υψηλός δείκτης νοημοσύνης στα χαρακτηριστικά των ατόμων, πως συνδέεται με νοημοσύνες άλλων μορφών ή προσωπικά χαρακτηριστικά και κατά πόσον διδάσκοντάς τον, συμβάλλει στη συμπεριφορά του ατόμου (Mayer et al, 2004).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Σκοπός

Η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση των λεχωϊδων από τη συνεργασία τους με το γυναικολόγο και τη μαία κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, σε δημόσια νοσοκομεία της Κυπριακής Δημοκρατίας.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιοί παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικοί) σχετίζονται με την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση των επίτοκων γυναικών από τη συνεργασία τους με το γυναικολόγο και τη μαία στην αίθουσα τοκετού;
2. Επηρεάζουν η επιλόχεια κατάθλιψη και η συναισθηματική νοημοσύνη την ποιότητα και την ικανοποίηση των επίτοκων γυναικών από την παρεχόμενη φροντίδα;
3. Υπάρχει διαφορά στην εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση των λεχωϊδων από τη συνεργασία με τον ιατρό και τη μαία κατά την κύηση και τον τοκετό;

4.3 Μέθοδος

Πρόκειται για μια συγχρονική περιγραφική έρευνα με την χρήση ερωτηματολογίου. Η αξιολόγηση των εμπειριών των γυναικών από τη γέννα τους έγινε με την χρήση ενός ανώνυμου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, το οποίο δινόταν στις λεχωϊδες κατά την επίσκεψη ρουτίνας στα εξωτερικά ιατρεία όλων των δημόσιων νοσοκομείων της Κυπριακής Δημοκρατίας, κατόπιν εξασφάλισης γραπτής συγκατάθεσης συμμετοχής των λεχωϊδων. Τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν από την επικεφαλής μαία που ήταν υπεύθυνη για τη διαλογή των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία, σε κλειστό φάκελο, ενώ συλλέγονταν απαντημένα διά της μεθόδου της κάλπης. Καμία από τις μαίες που μοίραζαν τα ερωτηματολόγια δεν είχαν προσωπική άλλη εμπλοκή ή ενδιαφέρον για την έρευνα.

Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε, χωρίζεται σε 3 μέρη, τα ακόλουθα:

A. Δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών, τον αριθμό των τοκετών, το είδος του

τελευταίου τοκετού και ερωτήσεις για την επιλογή του τοκετού και την παρακολούθηση μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα.

B. Συνολικές κλίμακες (global scales)

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

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

Γ. Οι κλίμακες:

Στο τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνονται οι ακόλουθες κλίμακες:

1. η κλίμακα ικανοποίησης από τη συνεργασία με το γυναικολόγο στην αίθουσα τοκετού, του ερωτηματολογίου KIM, στην οποία οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν από 1 «απόλυτα επαρκώς» έως 5 «Δε θυμάμαι»
2. η κλίμακα ικανοποίησης από τη συνεργασία με τη μαία στην αίθουσα τοκετού στην οποία οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν από 1 «απόλυτα επαρκώς» έως 5 «Δε θυμάμαι» και
3. η κλίμακα Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)
4. η κλίμακα Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS).

Προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα προσώπου του ερωτηματολογίου δόθηκε σε μια ομάδα 5 ατόμων (ερευνητές, μαίες και γιατρούς) οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν πόσο κατάλληλες είναι οι ερωτήσεις για το σκοπό της έρευνας και να προτείνουν πιθανές

γλωσσικές αλλαγές. Τα σχόλιά τους λήφθηκαν υπόψη για τη διαμόρφωση της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου. Για την επιλογή των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν, ανασκοπήθηκε η αντίστοιχη βιβλιογραφία και καταλήξαμε στην χρήση των ερωτηματολογίων KIM, EPDS, WLEIS για των οποίων τη χρήση της ελληνικής έκδοσης λήφθηκε άδεια από τους δημιουργούς τους. Ακολούθησε πιλοτική μελέτη του ερωτηματολογίου σε δείγμα 5 γυναικών με τη χρήση συμπληρωματικής συνέντευξης για περαιτέρω σχόλια και για την αξιολόγηση του βαθμού κατανόησης των ερωτήσεων.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά και τις ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων EPDS και WLEIS, περιγράφονται στα αντίστοιχα κεφάλαια του γενικού μέρους. Σχετικά με το εργαλείο KIM, πρωτοχρησιμοποιήθηκε στη Φιλλανδία, ενώ το 2008 μεταφράστηκε και σταθμίστηκε σε ελληνικό πληθυσμό, όπου και διαφάνηκε η καταλληλότητα χρησιμοποίησής του στις Ελληνίδες νέες μητέρες (Sapountzi et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο KIM αποτελεί ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο που περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία και άλλα στοιχεία αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα των γυναικών και πληροφορίες που σχετίζονται με τις μαιευτικές υπηρεσίες και το τοκετό. Περιλαμβάνει επίσης, κλίμακες αξιολόγησης της συνεργασίας που είχαν οι γυναίκες με τη μαία και το γυναικολόγο στην αίθουσα τοκετού. Είναι το μόνο εργαλείο που χρησιμοποιείται στη ποσοτική έρευνα, με υψηλό δείκτη εσωτερικής συνάφειας (Cronbach's $\alpha=0.77$) και που αξιολογεί τις παραμέτρους που βρίσκονται σε απόλυτη συνάρτηση με το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας. Αντιθέτως, υπάρχει εκτενές πεδίο στη ποιοτική έρευνα, για το ίδιο αντικείμενο, με ανοικτού τύπου ερωτήσεις και συνεντεύξεις.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στις γυναίκες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, κατά την επίσκεψη ρουτίνας στα εξωτερικά ιατρεία, κατά τη διάρκεια αναμονής. Δίνονταν σε κλειστό φάκελο από τη μαία που ήταν υπεύθυνη για τη διαλογή ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία του κάθε δημόσιου νοσοκομείου, εφόσον είχε εξασφαλιστεί εγγράφως η συγκατάθεση της κάθε λεχωίδας για συμμετοχή της στην έρευνα. Οι μαίες που ήταν υπεύθυνες για το διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων, δεν συμμετείχαν στην έρευνα και η επιστροφή των ερωτηματολογίων γινόταν σε κλειστό φάκελο και διά της μεθόδου της κάλπης. Εξασφαλίστηκε έτσι, η ανωνυμία των συμμετέχουσων, σε μια προσπάθεια ενίσχυσης της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων.

4.4 Δείγμα

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος είναι: (1) η επιθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα, (2) ηλικία >18 ετών, (3) να γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα (4) να έχουν γεννήσει στο νοσοκομείο και (4) να μην υπήρξε ενδομήτριος θάνατος ή το νεογνό τους να μην απεβίωσε στην εντατική νεογνών.

4.5 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες IBM-SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences). Οι στατιστικές δοκιμασίες που επιλέχθηκαν για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των μεταβλητών της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

- η δοκιμασία χ^2 που χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί αν δυο κατηγορικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες και αν οι κατανομές των μεταβλητών είναι ίδιες. Μια τιμή του χ^2 στο επίπεδο σημαντικότητας του .05 ή λιγότερο, συχνά ερμηνεύεται από τους κοινωνικούς επιστήμονες σαν ένας λόγος για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ότι η μεταβλητή της γραμμής του πίνακα δεν σχετίζεται (δηλαδή σχετίζεται τυχαία) με την μεταβλητή της στήλης.
- η δοκιμασία *student's t-test* που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της διαφοράς των μεταβλητών στις μέσες τιμές τους. Όταν η κατανομή είναι κανονική, χρησιμοποιείται η δοκιμασία t-test, διαφορετικά, χρησιμοποιείται κάποιο μη παραμετρικό κριτήριο, εκτός και αν το δείγμα είναι μεγάλο. Στην περίπτωση αυτή, τα αποτελέσματα των δοκιμασιών ισχύουν ασυμπτωματικά, λόγω του κεντρικού θεωρήματος.
- η δοκιμασία ANOVA, η οποία επιχειρεί να αναδείξει την επίδραση των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών (που ονομάζονται παράγοντες) σε μια διαστημική εξαρτημένη μεταβλητή. Το F-test είναι μια συνολική δοκιμασία της μηδενικής υπόθεσης ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, δεν διαφέρουν. Για την δοκιμασία ANOVA, οι παραδοχές είναι: (1) η ομοιογένεια των διακυμάνσεων: η εξαρτημένη μεταβλητή πρέπει να έχει την ίδια διακύμανση σε κάθε κατηγορία της ανεξάρτητης μεταβλητής. Ένας αυθαίρετος κανόνας λέει ότι θα πρέπει η αναλογία της μεγαλύτερης προς την μικρότερη ομάδα διακυμάνσεων να είναι μικρότερη από 3, (2) η δοκιμασία της ομοιογένειας της διακύμανσης Levene's, χρησιμοποιείται για να ελέγξει

την παραδοχή της ανάλυσης ANOVA ότι κάθε ομάδα (κατηγορία) της ανεξάρτητης μεταβλητής, έχει την ίδια διακύμανση. Εάν η δοκιμασία αυτή είναι σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας 0,05, ή μικρότερο, η ερευνητής, απορρίπτει την μηδενική υπόθεση ότι οι ομάδες έχουν όμοια διακύμανση. Ωστόσο πρέπει να σημειώσουμε ότι σε περίπτωση που δεν εκπληρώνεται η συνθήκη της ομοιογένειας των διακυμάνσεων, δεν είναι κακό για την ανάλυση ANOVA, που είναι σχετικά ανθεκτική (robust) όταν οι ομάδες του δείγματος είναι παρόμοιου μεγέθους. Σε περίπτωση που δεν επιβεβαιώνεται η ομοιογένεια της διακύμανσης των μεταβλητών, χρησιμοποιούμε άλλες εναλλακτικές μεθόδους που ισχύουν και για ανόμοια, στο μέγεθος, δείγματα, όπως: η δοκιμασία Games-Howell GH, που σχεδιάστηκε για ανόμοιες διακυμάνσεις ή ανόμοια δείγματα, η Dunnett's T3 Dunnette's C, η Tamhane's T2, που είναι πιο συντηρητική δοκιμασία.

- η *ανάλυση συσχετίσεων* μεταξύ δυο μεταβλητών. Οι συσχετίσεις μας είναι στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο .05. Σε διαφορετική περίπτωση, αναφέρουμε το αντίστοιχο επίπεδο σημαντικότητας.
- ο *υπολογισμός του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha*. Με βάση την κλασική θεωρία ως «αξιοπιστία» ορίζεται το κλάσμα της πραγματικής διακύμανσης των βαθμολογιών (σκορ) μιας κλίμακας ή μιας δοκιμής προς την παρατηρούμενη διακύμανση των βαθμολογιών (McDonald, 1999). Σύμφωνα με τον Ραφτόπουλο (2011) αποτελεί μέτρο της διακύμανσης/συνδιακύμανσης των ερωτήσεων μιας κλίμακας που φορτίζουν έναν κοινό παράγοντα. Για λόγους σωστής ονοματολογίας η αξιοπιστία δεν αφορά την κλίμακα αλλά τις βαθμολογίες στην συγκεκριμένη κλίμακα. Έτσι, ένας συντελεστής Cronbach's alpha δεν μας δίνει πληροφορίες για το αν και πόσο «αξιόπιστη» είναι μια κλίμακα, ένα ερωτηματολόγιο, μια δοκιμή αλλά αντίθετα είναι μια «ιδιότητα» των βαθμολογιών (σκορ) της κλίμακας ή της δοκιμής σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό.
- η *διερευνητική παραγοντική ανάλυση* των κλιμάκων WLEIS και EPDS.

4.6 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου έδωσε την άδεια για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας (EEBK/EP/2013/01/08). Οι συμμετέχουσες λεχωίδες, είχαν προσεγγιστεί από τους ερευνητές και τους εξηγήθηκε ο σκοπός της διενέργειας της έρευνας αυτής. Εξασφαλίστηκε γραπτή συγκατάθεση και ενημέρωση των συμμετέχουσων γυναικών, ενώ ενημερώθηκαν ότι τα δεδομένα είναι εμπιστευτικά και θα μπορούν να διακόψουν την

συμμετοχή τους στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν χωρίς καμιά επίπτωση στην φροντίδα τους. Επίσης, το πρωτόκολλο της έρευνας κατατέθηκε στον Επίτροπο Προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα καθώς και στην αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας τα οποία έδωσαν την άδεια διεξαγωγής της έρευνας στα δήμοσια νοσηλευτήρια της Κύπρου.

5. Αποτελέσματα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 715 γυναίκες που γέννησαν. Συνολικά μοιράστηκαν 920 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 715 (ποσοστό ανταπόκρισης 77,71%). Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, η πλειοψηφία των γυναικών ήταν ανύπαντρες και Κυπριακής καταγωγής.

Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά του δείγματος

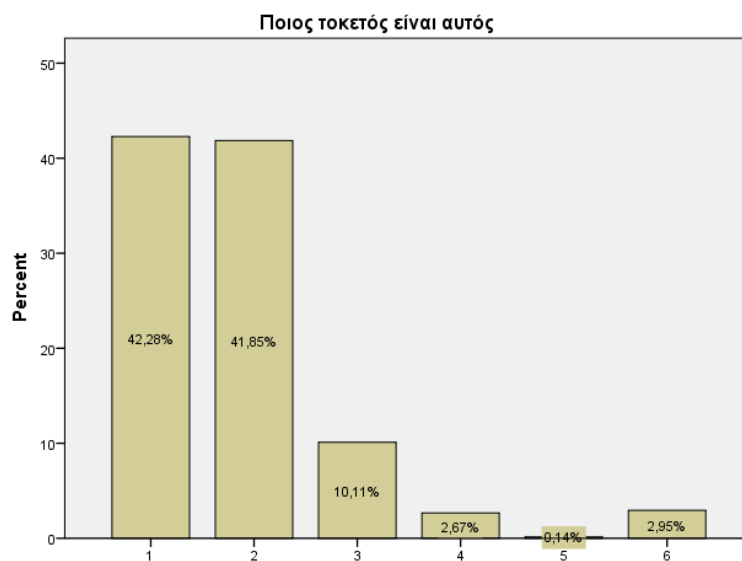
Μεταβλητή	N	%
Νοσοκομείο		
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	343	48,0
ΛΕΜΕΣΟΣ	166	23,2
ΛΑΡΝΑΚΑ	65	9,1
ΠΑΦΟΣ	72	10,1
ΠΑΡΑΛΙΜΝΙ	69	9,7
Επάγγελμα		
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	119	16,7
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	201	28,2
ΑΝΕΡΓΗ	180	25,2
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ	52	7,3
ΕΡΓΑΤΡΙΑ	88	12,3
ΟΙΚΙΑΚΑ	45	6,3
ΑΛΛΟ	28	3,9
Οικογενειακή κατάσταση		
ΣΥΜΒΙΩΣΗ	148	20,8
ΧΗΡΑ	80	0,8
ΧΩΡΙΣΜΕΝΗ	6	11,3
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ	403	56,8
ΑΝΥΠΑΝΤΡΗ	73	10,3
Εκπαίδευση		
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	12	1,7
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	23	3,2
ΛΥΚΕΙΟ	153	21,5
ΚΟΛΛΕΓΙΟ	278	39,0
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	194	27,2
ΜΑΣΤΕΡ	49	6,9
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	4	0,6

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 3, η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος ήταν άνεργες και ιδιωτικοί υπάλληλοι, παντρεμένες και απόφοιτες Κολλεγίου και Πανεπιστημίου. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 29,22±5,29 έτη με ελάχιστη τιμή τα 18 και μέγιστη τα 53 έτη. Η διάμεση ηλικία ήταν τα 29 έτη.

Τα πιο πάνω ευρήματα, είναι σε πλήρη συνάρτηση με τα στατιστικά δεδομένα που παρουσιάζονται στην έκθεση του Υπουργείου Υγείας αναφορικά με τους περιγεννητικούς δείκτες υγείας, κάτι που ενισχύει την εγκυρότητα του δείγματος και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα για το 2013: 51,5% των γυναικών που γέννησαν κατείχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση, 82,7% από αυτές ανήκαν ηλικιακά από 20-34 ετών, 42,2% γέννησαν στο δημόσιο νοσοκομείο της Λευκωσίας, 25% στο δημόσιο νοσοκομείο της Λεμεσού, 13,2% στις Λάρνακας, 12% στις Πάφου και 7,8% στις Αμμοχώστου (Έκθεση Υπουργείου Υγείας-Περιγεννητικοί Δείκτες Υγείας για το 2007-2013, 2015, www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/4C6E956BEF3F6B3AC22579C600279631?).

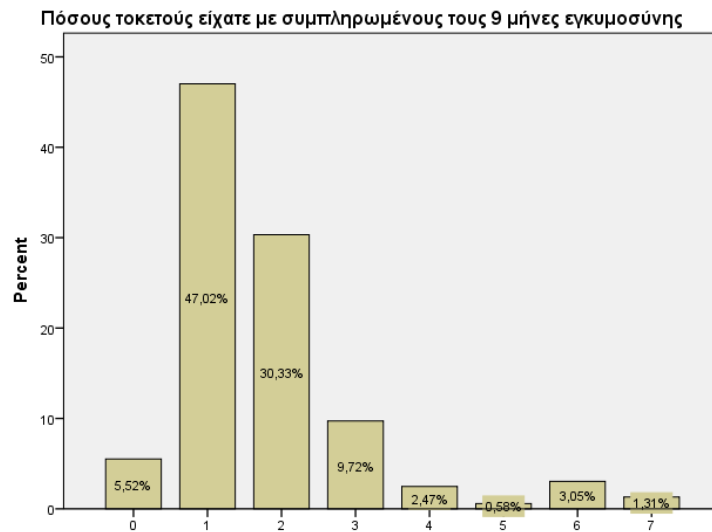
Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 9, ο συγκεκριμένος τοκετός ήταν για το 42,3% των συμμετεχόντων ο πρώτος, για το 41,9% ο δεύτερος και για το 10,11% ο τρίτος, ενώ για το 3% ήταν ο έκτος.

Διάγραμμα 9: Αριθμός τοκετών



Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών δήλωσαν ότι έχουν συμπληρώσει από έναν έως τρεις τοκετούς ύστερα από 9μηνη εγκυμοσύνη (Διάγραμμα 10).

Διάγραμμα 10: Αριθμός τοκετών



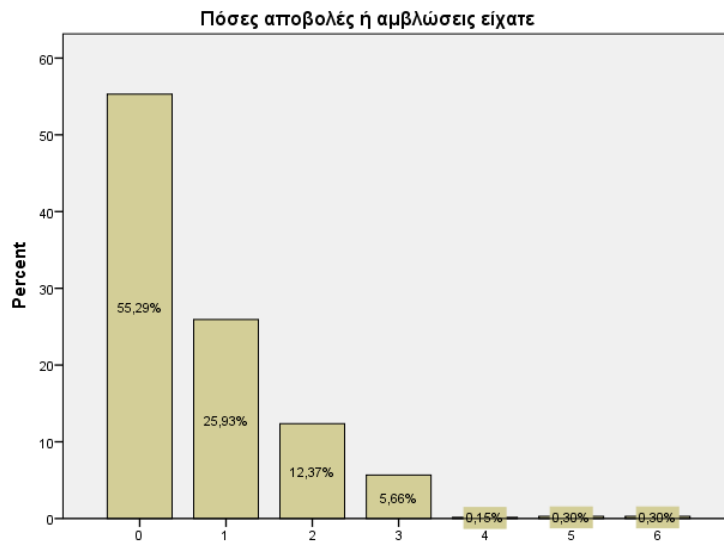
Πάνω από τις μισές γυναίκες δεν δήλωσαν κάποιον πρόωρο τοκετό, ενώ το 35% δήλωσαν από έναν έως δυο πρόωρους τοκετούς (Διάγραμμα 11).

Διάγραμμα 11: Αριθμός πρόωρων τοκετών



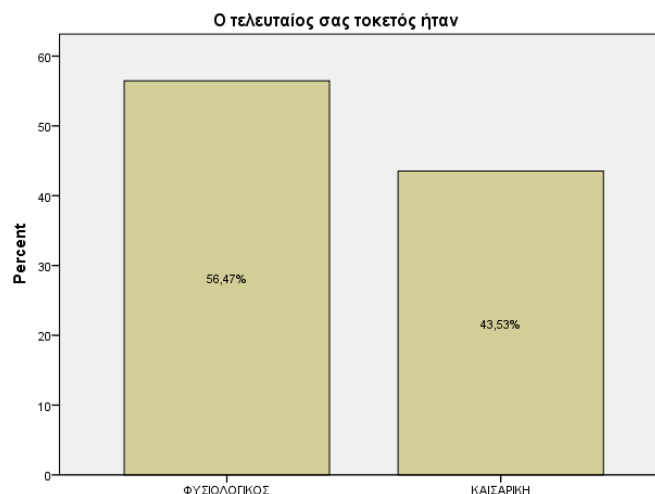
Το 55% των γυναικών δεν ανέφεραν κάποια αποβολή ή άμβλωση, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 12.

Διάγραμμα 12: Αριθμός αποβολών ή αμβλώσεων



Ο τελευταίος τοκετός, για το 56,5% των γυναικών έγινε με φυσιολογικό τρόπο και το 43,5% με καισαρική τομή (Διάγραμμα 13), απόλυτα συμβατά ποσοστά με αυτά που δημοσιεύτηκαν από το Υπουργείο Υγείας για το 2013, καισαρική τομή 55,3% και φυσιολογικός τοκετός 44,7% (Εκθεση Υπουργείου Υγείας-Περιγεννητικοί Δείκτες Υγείας για το 2007-2013, 2015, www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/4C6E956BEF3F6B3AC22579C600279631?).

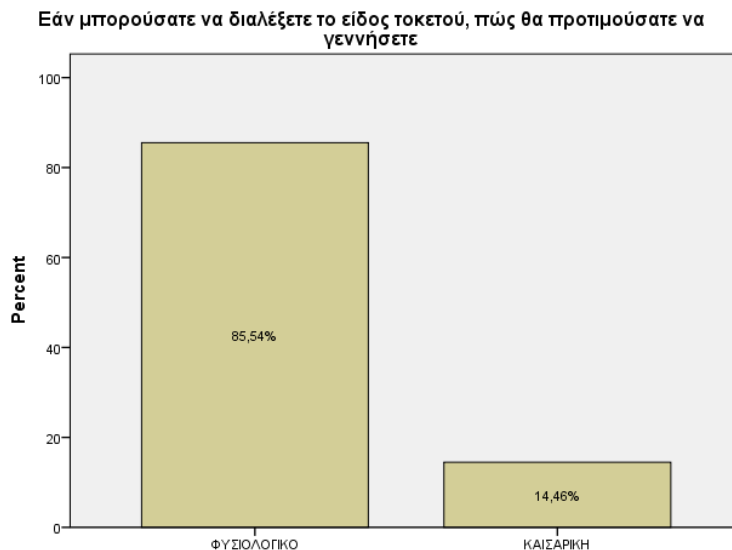
Διάγραμμα 13: Είδος τελευταίου τοκετού



Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 14, το 85,5% των γυναικών δήλωσαν πως εάν μπορούσαν να διαλέξουν το είδος του τοκετού, θα προτιμούσαν να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό. Η δοκιμασία χ^2 έδειξε πως μεταξύ των γυναικών που γέννησαν με

καισαρική το 35% θα επιθυμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά εάν μπορούσαν να διαλέξουν το είδος τοκετού, σε αντίθεση με όσες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό που απάντησαν (65%) πως επιθυμούν τον φυσιολογικό τοκετό ($p < 0.001$).

Διάγραμμα 14: Επιλογή του τοκετού



Η δοκιμασία t-test δεν έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,255$) στη μέση ηλικία των γυναικών που δήλωσαν πως εάν μπορούσαν να διαλέξουν το είδος του τοκετού, θα προτιμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά ($28,90 \pm 5,15$) και αυτών που δήλωσαν με καισαρική ($29,61 \pm 5,63$).

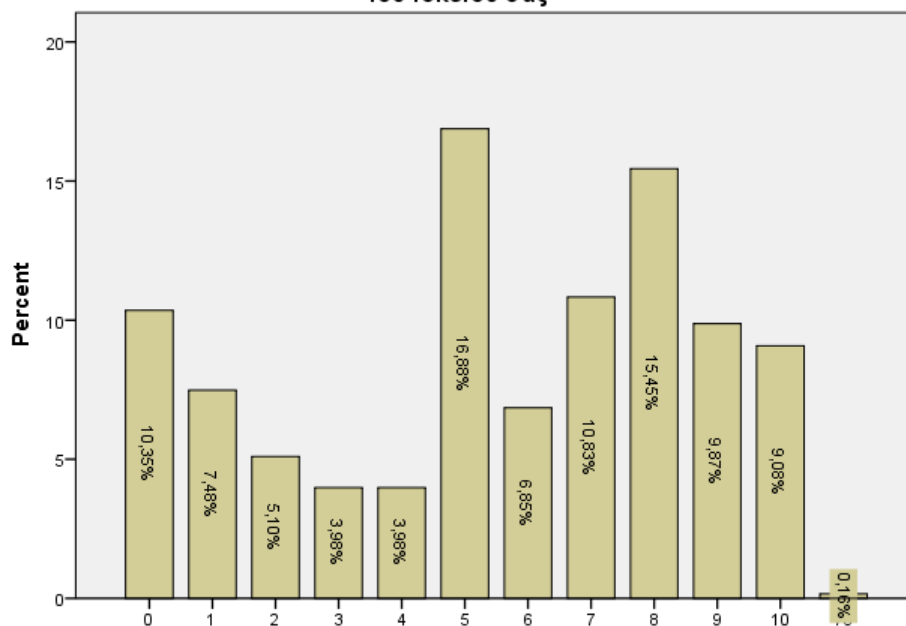
Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, κανένας παράγοντας δεν φάνηκε να σχετίζεται με την επιλογή του τοκετού.

Περιγραφή της εμπειρίας του τοκετού

Στην ερώτηση από 0 (πολύ δύσκολη) έως 10 (πολύ εύκολη) πώς θα περιγράφατε την εμπειρία του τοκετού σας, η πλειοψηφία την αξιολόγησαν άνω του πέντε (Διάγραμμα 15α). Η διάμεση τιμή ήταν το 6, η μέση τιμή $5,51 \pm 3,15$ και η διασπορά 9,95.

Διάγραμμα 15α: Εμπειρία του τοκετού

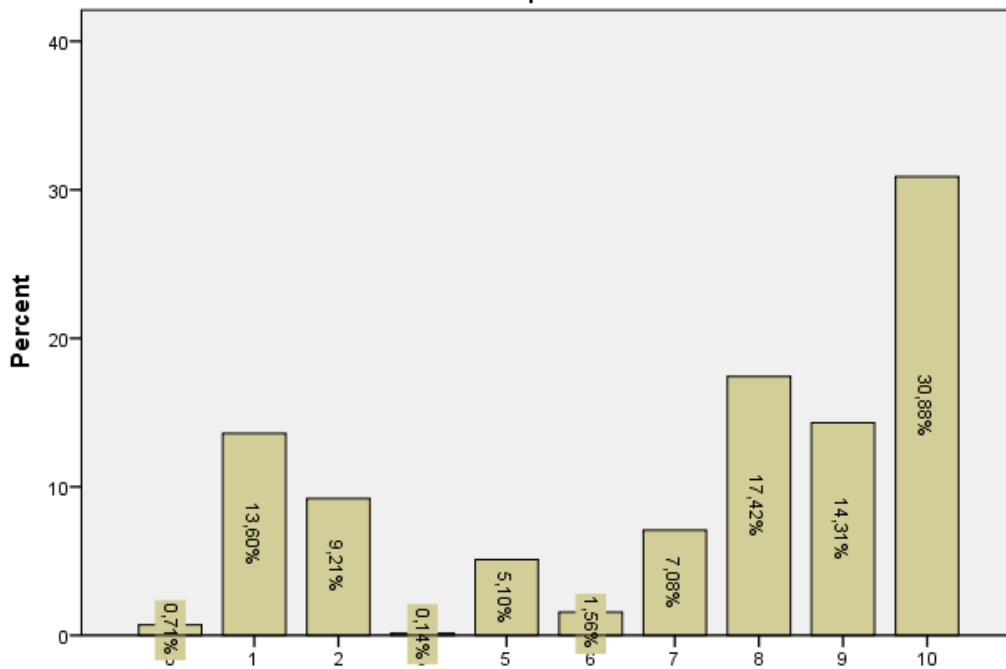
Από 0 (πολύ δύσκολη) έως 10 (πολύ εύκολη) πώς θα περιγράφατε την εμπειρία του τοκετού σας



Στην ερώτηση από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο, η πλειοψηφία την αξιολόγησαν άνω του οκτώ (Διάγραμμα 15β). Η διάμεση τιμή ήταν το 8, η μέση τιμή $6,94 \pm 3,36$ και η διασπορά 11,32.

Διάγραμμα 15β: Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών

Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο



Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, η δοκιμασία ANOVA έδειξε ότι οι χήρες ήταν οι γυναίκες που χαρακτήρισαν ως πιο δύσκολη της εμπειρία του τοκετού και ήταν και οι λιγότερο ικανοποιημένες από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ικανοποίηση ($p=0,561$) και στη μέση εμπειρία από τον τοκετό ($p=0,076$).

Πίνακας 4: Δοκιμασία ANOVA οικογενειακής κατάστασης και εμπειρίας τοκετού και εκληφθείσας ποιότητας

Ερώτηση		N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Από 0 (πολύ δύσκολη) έως 10 (πολύ εύκολη) πώς θα περιγράφατε την εμπειρία του τοκετού σας	ΣΥΜΒΙΩΣΗ	114	3,89	3,276
	ΧΗΡΟΣ	39	0,82	0,756
	ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ	6	5,67	2,944
	ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ	396	6,34	2,678
	ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΣ	72	6,01	3,083
	Σύνολο	627	5,51	3,155
Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο	ΣΥΜΒΙΩΣΗ	142	4,88	3,827
	ΧΗΡΟΣ	80	1,36	0,484
	ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ	6	7,67	0,816
	ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ	402	8,59	1,687
	ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΣ	73	8,10	2,304
	Σύνολο	703	6,96	3,354

Από τον πίνακα 5 προκύπτει πως οι απόφοιτες δημοτικού και κολλεγίου ανέφεραν την δυσκολότερη εμπειρία τοκετού και βαθμολόγησαν χειρότερα την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική για τους αποφοίτους κολλεγίου σε σύγκριση με τους αποφοίτους πανεπιστημίου και όσους είχαν μάστερ και ή διδακτορικό.

Πίνακας 5: Δοκιμασία ANOVA επιπέδου εκπαίδευσης και εμπειρίας τοκετού και εκληφθείσας ποιότητας

Ερώτηση		N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Από 0 (πολύ δύσκολη) έως 10 (πολύ εύκολη) πώς θα περιγράφατε την εμπειρία του τοκετού σας	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	9	2,78	2,728
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	23	6,13	3,209
	ΛΥΚΕΙΟ	150	6,23	2,864
	ΚΟΛΛΕΓΙΟ	201	4,57	3,567
	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	191	5,95	2,806
	ΜΑΣΤΕΡ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	53	5,66	2,457
	Σύνολο	627	5,51	3,155
Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	12	3,33	3,229
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	23	7,65	3,039
	ΛΥΚΕΙΟ	152	8,24	1,881
	ΚΟΛΛΕΓΙΟ	274	4,90	3,825
	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	192	8,43	2,167
	ΜΑΣΤΕΡ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	53	8,85	1,026
	Σύνολο	706	6,94	3,365

Από τον πίνακα 6 προκύπτει πως οι γυναίκες με 4 τοκετούς ανέφεραν την δυσκολότερη εμπειρία τοκετού και βαθμολόγησαν χειρότερα την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ικανοποίηση ($p=0,868$) και στη μέση εμπειρία από τον τοκετό ($p=0,136$).

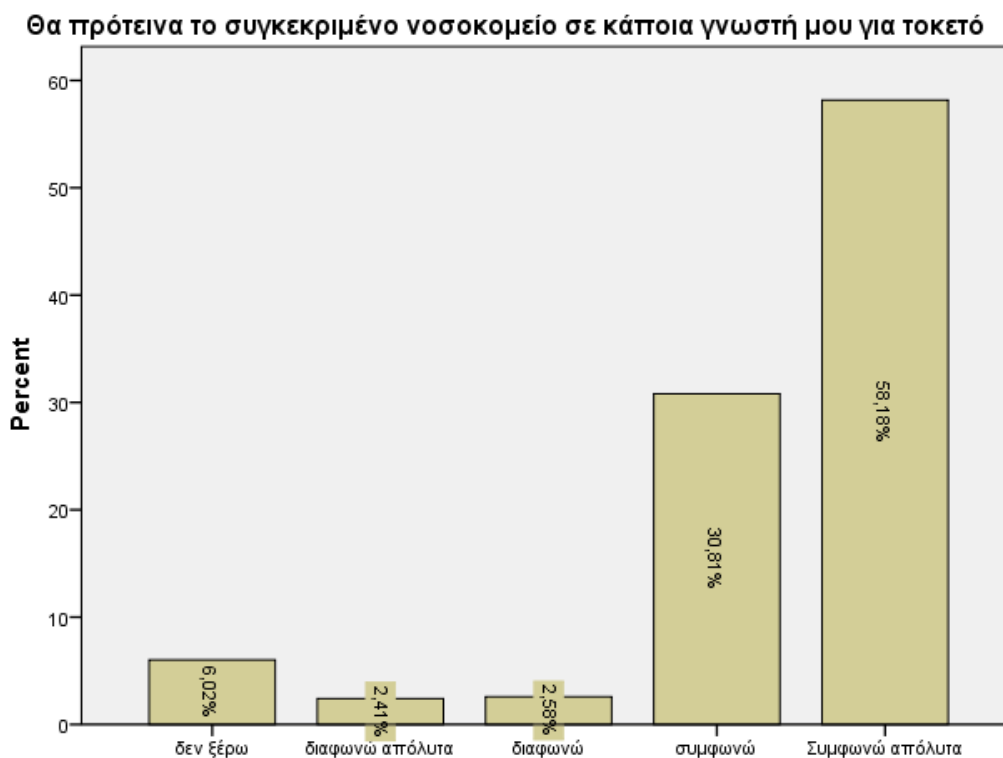
Πίνακας 6: Δοκιμασία ANOVA αριθμός τοκετού και εμπειρίας τοκετού και εκληφθείσας ποιότητας

Τοκετός		N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Από 0 (πολύ δύσκολη) έως 10 (πολύ εύκολη) πώς θα περιγράφατε την εμπειρία του τοκετού σας	1	280	5,65	2,985
	2	240	5,13	3,326
	3	71	6,56	2,724
	4	35	4,74	3,559
	Σύνολο	626	5,50	3,155
Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο	1	297	7,70	2,848
	2	296	5,98	3,692
	3	72	8,50	2,000
	4	40	5,48	3,809
	Σύνολο	705	6,93	3,365

Το t-test δεν έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση εμπειρία τοκετού ($p=0,458$) μεταξύ των γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ($5,64\pm 3,09$) και όσων με καισαρική τομή ($5,82\pm 3,04$). Δεν υπήρξε διαφορά ($p=0,915$) ούτε και ως προς τη μέση ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο ($7,36\pm 3,06$ vs $7,39\pm 3,14$).

Στη δήλωση «θα πρότεινα το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποια γνωστή μου για τοκετό» η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσαν συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (Διάγραμμα 16).

Διάγραμμα 16: Πρόθεση πρότασης του νοσοκομείου σε άλλους



Η δοκιμασία ANOVA δεν έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση εμπειρία τοκετού μεταξύ αυτών που θα πρότειναν το νοσοκομείο και όσων δεν θα το πρότειναν ($p=0,252$). Υπήρξε όμως διαφορά ($p<0,001$) αναφορικά με τη μέση ικανοποίηση από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, όσες απάντησαν ότι θα πρότειναν το νοσοκομείο ήταν και οι πιο ικανοποιημένες (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Δοκιμασία ANOVA αριθμός «Θα πρότεινα το νοσοκομείο» και εμπειρίας τοκετού και εκληφθείσας ποιότητας

το νοσ/μείο	Θα πρότεινα	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Από 0 (πολύ δύσκολη) έως 10 (πολύ εύκολη) πώς θα περιγράφατε την εμπειρία του τοκετού σας	δεν ξέρω	32	5,44	3,464
	διαφωνώ απόλυτα	12	1,67	2,995
	Διαφωνώ	9	2,33	3,240
	Συμφωνώ	173	5,83	2,696
	συμφωνώ απόλυτα	333	6,41	2,749
	Σύνολο	559	6,01	2,911
Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο	δεν ξέρω	35	6,40	3,117
	διαφωνώ απόλυτα	14	3,71	3,221
	Διαφωνώ	12	2,42	2,644
	Συμφωνώ	179	7,63	1,974
	συμφωνώ απόλυτα	338	8,92	1,855
	Σύνολο	578	8,11	2,435

Γενική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες

Στην γενική ερώτηση από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν $8,52 \pm 1,68$ η διάμεση ήταν 9 και το εύρος των απαντήσεων από 0 έως 10.

Αναφορικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν από τις μαίες, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν $9,03 \pm 1,45$ η διάμεση ήταν 10 και το εύρος των απαντήσεων από 0 έως 10.

Αναφορικά με την αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών που προσφέρθηκαν από τις μαίες, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν $7,69 \pm 2,23$ η διάμεση ήταν 8 και το εύρος των απαντήσεων από 0 έως 10.

Σχετικά με το πόσο ασφαλείς αισθάνθηκαν μέσα στο νοσοκομείο, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν $8,66 \pm 1,86$ η διάμεση ήταν 9 και το εύρος των απαντήσεων από 0 έως 10.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 8, δεν υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση αξιολόγηση των υπηρεσιών μεταξύ των νέων (<29 ετών που είναι η διάμεση ηλικία) και των λιγότερο νέων γυναικών (>29 ετών).

Πίνακας 8: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των νέων και των λιγότερο νέων γυναικών

Αξιολόγηση	Ηλικιακή ομάδα	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	p
Ιατρικών υπηρεσιών	Νέες	373	8,50	1,626	0,682
	Λιγότερο νέες	321	8,55	1,735	
Υπηρεσίες Μαιών	Νέες	374	9,00	1,416	0,519
	Λιγότερο νέες	322	9,07	1,499	
Διοικητικών υπηρεσιών	Νέες	368	7,78	2,172	0,269
	Λιγότερο νέες	319	7,59	2,277	
Ασφάλεια	Νέες	373	8,68	1,904	0,750
	Λιγότερο νέες	321	8,64	1,831	

Για λόγους σύγκρισης έγινε ομαδοποίηση των επιπέδων εκπαίδευσης σε τέσσερις κατηγορίες: Δημοτικό, Β/βάθμια εκπαίδευση, Γ/βάθμια και Μάστερ/PhD. Η δοκιμασία ANOVA (πίνακα 9), έδειξε πως δεν υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση αξιολόγηση των υπηρεσιών μεταξύ των γυναικών διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης. Εντούτοις, οι πιο υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης γυναίκες αξιολογούν καλύτερα τις ιατρικές και διοικητικές υπηρεσίες, ενώ οι χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης γυναίκες, αξιολογούν καλύτερα τις υπηρεσίες των μαιών και την αίσθηση ασφάλειας που είχαν.

Πίνακας 9: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης

Αξιολόγηση		N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Ιατρικών υπηρεσιών	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	11	8,27	1,849
	B/BAΘΜΙΑ	172	8,34	1,768
	Γ/BAΘΜΙΑ	461	8,55	1,694
	ΜΑΣΤΕΡ/PhD	53	8,87	1,075
	Σύνολο	697	8,52	1,679
Υπηρεσίες Μαιών	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	11	9,55	0,820
	B/BAΘΜΙΑ	172	8,97	1,502
	Γ/BAΘΜΙΑ	463	9,03	1,490
	ΜΑΣΤΕΡ/PhD	53	9,11	1,068
	Σύνολο	699	9,03	1,457
Διοικητικών υπηρεσιών	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	10	7,30	2,908
	B/BAΘΜΙΑ	168	7,89	2,283
	Γ/BAΘΜΙΑ	459	7,63	2,184
	ΜΑΣΤΕΡ/PhD	53	7,53	2,342
	Σύνολο	690	7,68	2,230
Ασφάλεια	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	11	9,18	0,751
	B/BAΘΜΙΑ	173	8,54	1,665
	Γ/BAΘΜΙΑ	460	8,69	1,986
	ΜΑΣΤΕΡ/PhD	53	8,68	1,554
	Σύνολο	697	8,66	1,866

Η δοκιμασία t-test έδειξε πως ενώ το είδος του τελευταίου τοκετού (φυσιολογικός ή καισαρική τομή) δεν επηρέασε την συνολική ικανοποίηση των γυναικών από τις ιατρικές υπηρεσίες, τις μαιευτικές και το αίσθημα ασφάλειάς τους στο νοσοκομείο, επηρέασε την συνολική ικανοποίηση από τις διοικητικές υπηρεσίες (πίνακας 10).

Πίνακας 10: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των γυναικών που είχαν φυσιολογικό τοκετό και καισαρική

Αξιολόγηση	Τελευταίος τοκετός	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	P value
Ιατρικών υπηρεσιών	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	362	8,49	1,593	0,426
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	280	8,59	1,794	
Υπηρεσίες μαιών	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	364	9,07	1,441	0,350
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	280	8,96	1,444	
Διοικητικών υπηρεσιών	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	360	7,54	2,347	0,027
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	277	7,94	2,070	
Ασφάλεια	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	364	8,64	1,860	0,369
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	278	8,77	1,745	

Όπως φαίνεται στον πίνακα 11, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ικανοποίηση από τις ιατρικές και μαιευτικές υπηρεσίες μεταξύ των γυναικών που γέννησαν 1, 2, 3 ή >3 φορές και ήταν υψηλή. Αντίθετα, οι γυναίκες που είχαν τον πρώτο τους τοκετό ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τις διοικητικές υπηρεσίες σε σχέση με αυτές που γέννησαν 2 φορές και >3 φορές και ανέφεραν ότι αισθάνονταν ασφαλείς κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο.

Πίνακας 11: Διαφορές στις μέσες τιμές αξιολόγησης των υπηρεσιών μεταξύ των γυναικών ως προς τον αριθμό παιδιών

Αξιολόγηση	τοκετός	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	P value
Ιατρικών υπηρεσιών	1	296	8,64	1,720	0,373
	2	289	8,40	1,628	
	3	71	8,54	1,663	
	>3	40	8,38	1,779	
Υπηρεσίες Μαιών	1	296	8,97	1,601	0,316
	2	292	9,09	1,378	
	3	70	9,19	1,120	
	>3	40	8,73	1,414	
Διοικητικών υπηρεσιών	1	290	7,99	2,098	0,013
	2	290	7,50	2,265	
	3	70	7,46	2,518	
	>3	39	7,13	2,191	
Ασφάλεια	1	296	8,83	1,858	0,036
	2	289	8,51	1,946	
	3	70	8,89	1,210	
	>3	41	8,15	2,140	

Αξιολόγηση της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και με τη μαία

Προκειμένου να αξιολογηθεί η συνεργασία των γυναικών με τον γυναικολόγο, οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 10 ερωτήσεις. Στον πίνακα 12α φαίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά απαντήσεων σε καθεμιά ερώτηση. Όπως διαπιστώνεται, ο γυναικολόγος επαρκώς (απολύτως και σχεδόν) σεβάστηκε το σώμα τους στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες, τους εξήγησε τους λόγους για τους οποίους ακολουθήθηκαν οι διάφορες διαδικασίες και τους πληροφορούσε για την πορεία της γέννας.

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

Αντίστοιχα για να αξιολογηθεί η συνεργασία των γυναικών με τη μαία, οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 14 ερωτήσεις. Στον πίνακα 12β φαίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά απαντήσεων σε καθεμιά ερώτηση. Όπως διαπιστώνεται, η μαία επαρκώς (απολύτως και σχεδόν) σεβάστηκε το σώμα τους στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες, τους ενημέρωσε για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο (π.χ. κίνηση, αναπνοές), και μπορούσαν να εκφράσουν ελεύθερα τα δικά τους συναισθήματα για τη γέννα.

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

Πίνακας 12α: Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο

Ερώτηση	Απόλυτα επαρκώς		Σχεδόν επαρκώς		Σχεδόν ανεπαρκώς		Απόλυτα ανεπαρκώς		Δε θυμάμαι	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	237	33,1	167	23,4	62	8,7	45	6,3	87	12,2
Σε περιπτώσεις που έπρεπε να πάρω απόφαση, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	255	35,7	168	23,5	61	8,5	46	6,4	74	10,3
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	364	50,9	140	19,6	42	5,9	55	7,7	30	4,2
Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	208	29,1	122	17,1	72	10,1	116	16,2	83	11,6
Ένιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου	239	33,4	177	24,8	94	13,1	64	9,0	40	5,6
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	303	42,4	149	20,8	66	9,2	50	7,0	42	5,9
Η ιατρική αγωγή που έλαβα ήταν σύμφωνη με τις προσδοκίες μου	333	46,6	166	23,2	60	8,4	29	4,1	28	3,9
Σεβάστηκε το σώμα μου στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες	414	57,9	133	18,6	35	4,9	17	2,4	28	3,9
Μου εξήγησε τους λόγους για τους οποίους ακολουθήθηκαν οι διάφορες διαδικασίες	360	50,3	140	19,6	56	7,8	38	5,3	31	4,3
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την αγωγή	281	39,3	169	23,6	62	8,7	58	8,1	48	6,7

Πίνακας 12β: Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τη μαία

Ερώτηση	Απόλυτα επαρκώς		Σχεδόν επαρκώς		Σχεδόν ανεπαρκώς		Απόλυτα ανεπαρκώς		Δε θυμάμαι	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Μπόρεσα να σχεδιάσω τη γέννα μου μαζί με τη μαία	217	30,3	192	26,9	41	5,7	91	12,7	66	9,2
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	261	36,5	194	27,1	54	7,6	54	7,6	51	7,1
Σε περιπτώσεις που αφορούσαν επιλογή, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	272	38,0	163	22,8	59	8,3	55	7,7	48	6,7
Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	268	37,5	123	17,2	59	8,3	82	11,5	65	9,1
Μου επέτρεπε να ενεργώ κατά τη γέννα μου βάσει των δικών μου αισθήσεων	293	41,0	161	22,5	51	7,1	48	6,7	52	7,3
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	399	55,8	123	17,2	30	4,2	35	4,9	28	3,9
Αισθάνθηκα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα	307	42,9	155	21,7	67	9,4	45	6,3	40	5,6
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	401	56,1	106	14,8	43	6,0	31	4,3	31	4,3
Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές στάσεις που μπορούσα να πάρω κατά τη διάρκεια της γέννας	361	50,5	114	15,9	39	5,5	48	6,7	47	6,6
Μπορούσα να εκφράσω ελεύθερα τα δικά μου συναισθήματα για τη γέννα	387	54,1	140	19,6	38	5,3	28	3,9	23	3,2
Οι οδηγίες που έλαβα ήταν σύμφωνες με τις προσδοκίες μου	333	46,6	180	25,2	42	5,9	24	3,4	30	4,2
Σεβάστηκε το σώμα μου κατά τις εξετάσεις και τις διαδικασίες στις οποίες υποβλήθηκα	459	64,2	108	15,1	20	2,8	16	2,2	19	2,7
Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο (π.χ. κίνηση, αναπνοές)	449	62,8	95	13,3	26	3,6	26	3,6	25	3,5
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή	321	44,9	119	16,6	55	7,7	52	7,3	65	9,1

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

Όπως φαίνεται στον πίνακα 13, η δοκιμασία t-test δεν έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία των γυναικών στην κλίμακα συνεργασίας με τον γυναικολόγο μεταξύ όσων γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και με καισαρική τομή, μεταξύ των νέων και των λιγότερο νέων γυναικών και μεταξύ όσων απάντησαν ότι εάν μπορούσαν να διαλέξουν θα προτιμούσαν να γεννήσουν με φυσιολογικό και όσων απάντησαν με καισαρική τομή.

Από την άλλη μεριά, στον ίδιο πίνακα, οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν στατιστικά σημαντικά ($p < 0.001$) καλύτερη συνεργασία με τη μαία έναντι εκείνων που γέννησαν με καισαρική τομή. Το ίδιο συμβαίνει και με τις λιγότερο νέες γυναίκες.

Υπήρξε μια οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη συνεργασία με τη μαία όσων απάντησαν ότι εάν μπορούσαν να διαλέξουν θα επέλεγαν τον φυσιολογικό τοκετό έναντι εκείνων που θα επέλεγαν την καισαρική τομή. Η δοκιμασία ANOVA δεν έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία των γυναικών στις κλίμακες συνεργασίας με τον γυναικολόγο και με τη μαία ως προς τον αριθμό των τοκετών.

Πίνακας 13: Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και τη μαία

Συνεργασία με	Μεταβλητή	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	P value
	Είδος τελευταίου τοκετού				
Γυναικολόγο	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	279	19,57	8,06	0,111
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	203	20,89	10,11	
Μαία	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	304	24,39	11,12	<0,001
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	180	29,06	14,64	
Γυναικολόγο	Νέες (<29)	291	20,85	9,10	0,139
	Λιγότερο νέες (>29)	234	19,65	9,38	
Μαία	Νέες (<29)	292	27,31	13,181	0,022
	Λιγότερο νέες (>29)	237	24,76	12,10	
Αριθμός τοκετών					
Γυναικολόγο	ΠΡΩΤΟΣ	230	20,96	10,12	0,349
	ΔΕΥΤΕΡΟΣ	216	19,81	8,25	
	ΤΡΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΝΩ	80	19,70	9,11	
Μαία	ΠΡΩΤΟΣ	233	27,39	14,08	0,140
	ΔΕΥΤΕΡΟΣ	222	25,17	11,34	
	ΤΡΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΝΩ	75	25,21	12,15	
Εάν μπορούσα να διαλέξω θα προτιμούσα να γεννήσω					
Γυναικολόγο	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	345	19,8406	8,77500	0,171
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	61	21,5738	10,76794	
Μαία	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	359	25,4234	12,71449	0,054
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ	55	29,0182	13,54210	

Κάποιες από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο ήταν κοινές με το ερωτηματολόγιο συνεργασίας με τη μαία. Στον πίνακα 14 φαίνονται οι διαφορές στις μέσες τιμές των ερωτήσεων αυτών για το γυναικολόγο και τη μαία. Διαπιστώνεται ότι με τις μαίες συζητήθηκαν στατιστικά σημαντικά επαρκέστερα τα κάτωθι:

1. Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας

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

Φαίνεται λοιπόν ότι οι γυναίκες θεώρησαν ότι συζητήσαν επαρκέστερα αυτά τα θέματα με τις μαίες παρά με τους γυναικολόγους.

Πίνακας 14: Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία κοινών ερωτήσεων της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και τη μαία

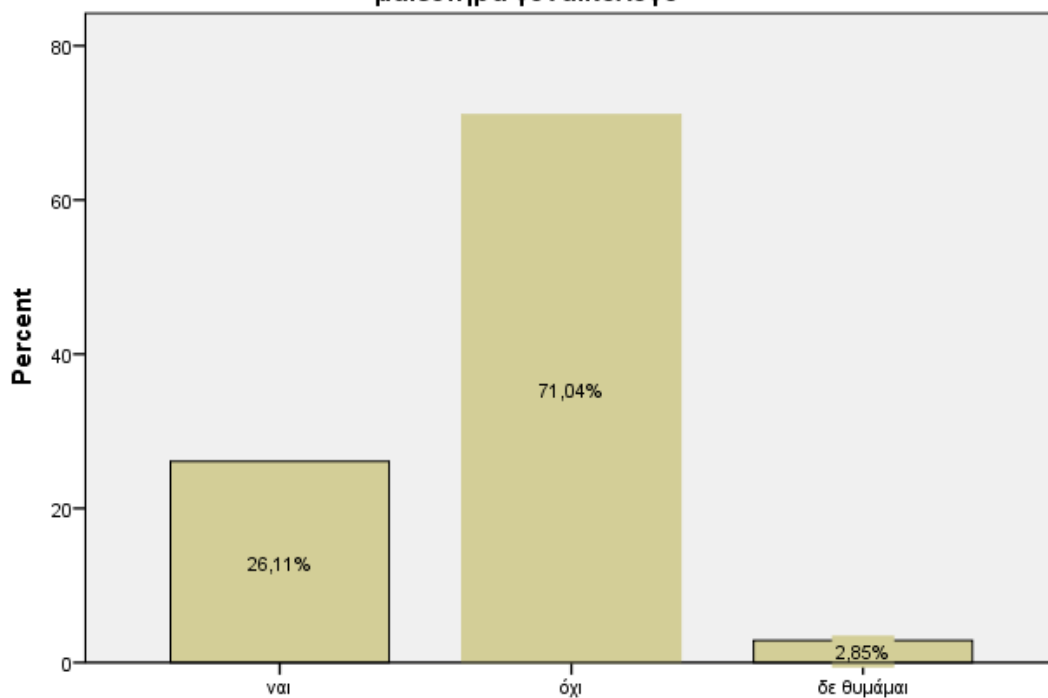
Ερώτηση	Γιατρός	Μαία	P
	Μέση (sd)	Μέση (sd)	
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	2,28 (1,42)	2,11 (1,22)	0,001
Σε περιπτώσεις που έπρεπε να πάρω απόφαση, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	2,21 (1,27)	2,05 (1,27)	0,006
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	1,80 (1,16)	1,65 (1,09)	0,002
Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	2,57 (1,47)	2,26 (1,42)	<0,001
Ένιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου	2,17 (1,22)	1,97 (1,22)	<0,001
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	1,97 (1,25)	1,67 (1,31)	<0,001
Σεβάστηκε το σώμα μου στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες	1,57 (0,99)	1,45 (0,93)	0,003
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την αγωγή	2,06 (1,26)	2,06 (1,38)	0,974

Μαθήματα περί του τοκετού

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 17, οι 7 στις 10 γυναίκες δεν έχουν παρακολουθήσει κάποια μαθήματα για τον τοκετό τους, το ίδιο επιβεβαιώνεται και στην έκθεση του Υπουργείου Υγείας. Στον Πίνακα 17, φαίνεται πως η παρακολούθηση μαθημάτων, δεν συμβάλλει στην ποιότητα των υπηρεσιών, αλλά ούτε και στη συνεργασία των γυναικών με τη μαία και τον γυναικολόγο.

Διάγραμμα 17: Παρακολούθηση μαθημάτων προετοιμασίας για τον τοκετό

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



Πίνακας 15: Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τον γυναικολόγο και τη μαία και στη μέση αξιολόγηση της ποιότητας συνεργασίας με το γιατρό και μαία ως προς την παρακολούθηση μαθημάτων

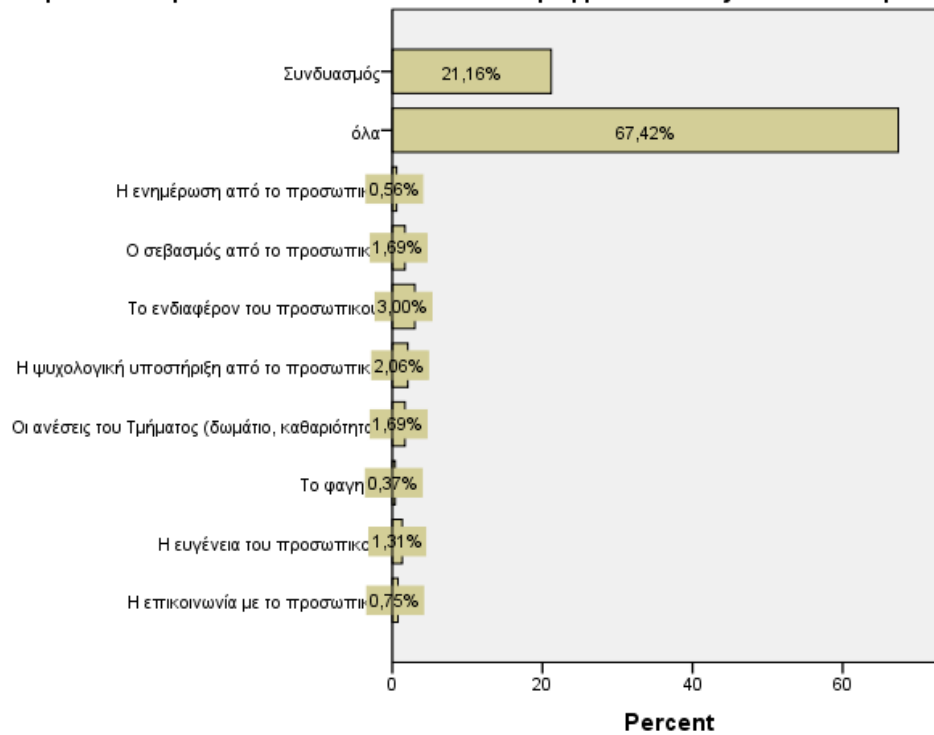
	Μαθήματα	N	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	P
Αξιολόγηση ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών	NAI	181	8,18	1,910	0,002
	OXI	494	8,64	1,579	
Αξιολόγηση ποιότητας συνεργασίας με μαία	NAI	183	8,86	1,637	0,030
	OXI	494	9,13	1,340	
Συνεργασία με τον γιατρό (κλίμακα 10 ερωτήσεων)	NAI	144	20,46	9,61	0,748
	OXI	366	20,17	9,11	
Συνεργασία με τις μαίες (κλίμακα 14 ερωτήσεων)	NAI	148	25,08	12,37	0,242
	OXI	362	26,54	12,90	
Αίσθημα ασφάλειας	NAI	182	8,32	2,149	0,003
	OXI	490	8,86	2,060	

Στην ερώτηση ποιο ή ποια θεωρείτε το/τα πιο σπουδαίο/α στην φροντίδα σας στο νοσοκομείο η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε όλα και ένα ποσοστό επέλεξε συνδυασμό των επιλογών.

Οι πιο πολλές επέλεξαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο διότι είχαν γνωστό γιατρό και γιατί είναι δημόσιο (Διάγραμμα 18).

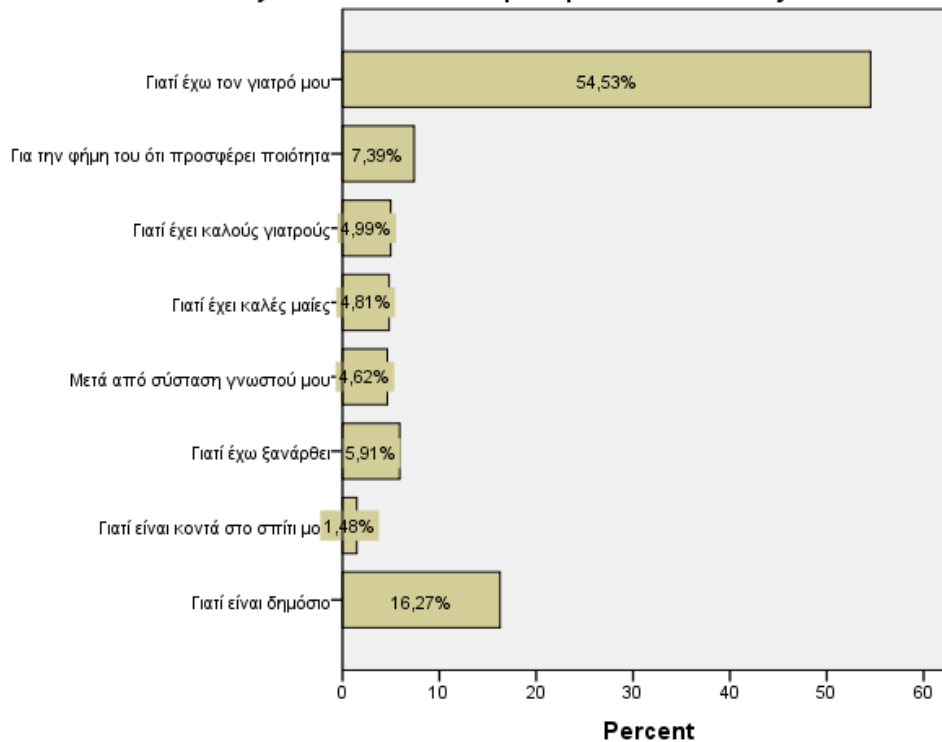
Διάγραμμα 18: Τι θεωρούν σημαντικό οι γυναίκες από τη φροντίδα στο νοσοκομείο

Ποιο ή ποια θεωρείτε το/τα πιο σπουδαίο/α στην φροντίδα σας στο νοσοκομείο



Διάγραμμα 19: Λόγοι επιλογής του νοσοκομείου από τις γυναίκες

Γιατί επιλέξετε αυτό το Νοσοκομείο για τον τοκετό σας



Επιλόχεια κατάθλιψη

Συντελεστής Cronbach's alpha

Ο συντελεστής Cronbach's alpha της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale ήταν **0,82 (95%CI: 0,79-0,84, p<0,001)** που θεωρείται και αυτός πολύ ικανοποιητικός. Καμιά ερώτηση αν αφαιρούνταν δεν θα βελτίωνε τον συντελεστή Cronbach's alpha. Όπως βλέπουμε στον Πίν. 18 οι συνάφειες κυμαίνονται από 0,31 μέχρι 0,69 και θεωρούνται πολύ ικανοποιητικές.

Πίνακας 16: Μέσες τιμές ερωτήσεων της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale και τιμή του α αν παραληφθεί η ερώτηση

	<i>Μέση τιμή αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διασπορά αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων	7,59	20,986	0,373	0,813
Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα	7,64	21,302	0,379	0,813
Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς αιτία, όταν κάτι πήγαινε στραβά	6,80	19,465	0,458	0,807
Ήμουν αγχωμένη ή στενοχωρημένη χωρίς σοβαρό λόγο	6,61	18,862	0,531	0,798
Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο	6,72	18,419	0,562	0,795
Πνιγόμουν από τις καταστάσεις	6,87	19,284	0,552	0,796
Ήμουν τόσο λυπημένη, που είχα δυσκολία να κοιμηθώ	7,10	18,831	0,537	0,797
Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη	7,29	18,709	0,691	0,781
Ήμουν τόσο λυπημένη που έκλαιγα	7,12	18,945	0,594	0,791
Είχε περάσει από την σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου	7,83	22,398	0,311	0,818

Παραγοντική ανάλυση

Προκειμένου να προβούμε στην παραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήσαμε τα κριτήρια «ποιότητα των δεδομένων» και «μέγεθος του δείγματος». Αναλυτικότερα, με την φράση *ποιότητα δεδομένων* εννοούμε δεδομένα που έχουν τα χαρακτηριστικά της κλίμακας των ίσων διαστημάτων ή της οιονεί κλίμακας ίσων διαστημάτων. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήσαμε μια κλίμακα Likert 4 σημείων που θεωρείται κλίμακα ίσων διαστημάτων ή οιονεί ίσων διαστημάτων και είναι κατάλληλη για την παραγοντική ανάλυση. Ένας άλλος τρόπος για τη διασφάλιση της *ποιότητας των δεδομένων* είναι η αναζήτηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των ερωτήσεων των κλιμάκων, δηλαδή της συσχέτισης των ερωτήσεων μεταξύ τους και με την συνολική βαθμολογία της κλίμακας. Έτσι, οι ερωτήσεις που δεν σχετίζονται μεταξύ τους δεν συμβάλλουν στην παραγοντική ανάλυση. Όπως βλέπουμε στον Πίν. 19 οι ερωτήσεις σχετίζονται μεταξύ τους και είναι κατάλληλες για παραγοντική ανάλυση.

Πίνακας 17: Συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών

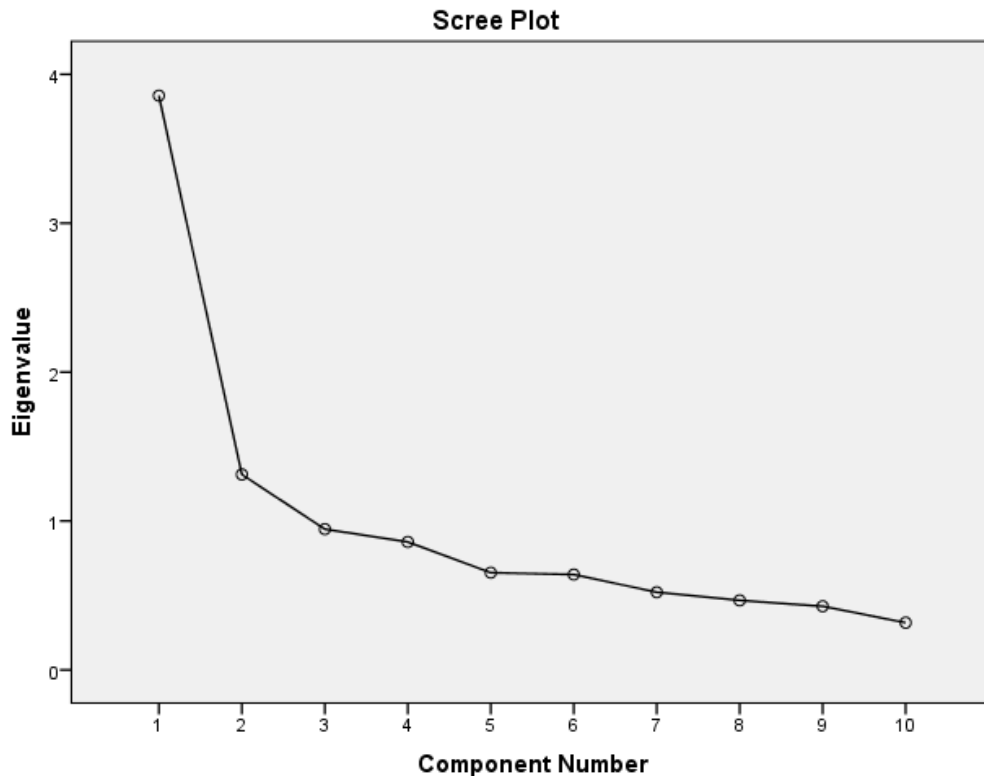
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1,000	0,548	0,186	0,185	0,143	0,200	0,183	0,385	0,262	0,150
2	0,548	1,000	0,160	0,197	0,142	0,247	0,194	0,362	0,225	0,174
3	0,186	0,160	1,000	0,405	0,436	0,290	0,287	0,304	0,258	0,172
4	0,185	0,197	0,405	1,000	0,470	0,329	0,305	0,370	0,411	0,202
5	0,143	0,142	0,436	0,470	1,000	0,452	0,398	0,376	0,414	0,125
6	0,200	0,247	0,290	0,329	0,452	1,000	0,387	0,480	0,411	0,209
7	0,183	0,194	0,287	0,305	0,398	0,387	1,000	0,581	0,412	0,182
8	0,385	0,362	0,304	0,370	0,376	0,480	0,581	1,000	0,581	0,326
9	0,262	0,225	0,258	0,411	0,414	0,411	0,412	0,581	1,000	0,271
10	0,150	0,174	0,172	0,202	0,125	0,209	0,182	0,326	0,271	1,000

Η δεύτερη προϋπόθεση για την εκτέλεση της παραγοντικής ανάλυσης είναι η διασφάλιση του *μεγέθους του δείγματος*. Στις 10 ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 528 γυναίκες, δηλαδή μια αναλογία **53** άτομα προς **1** ερώτηση. Είναι ένα νούμερο απόλυτα ικανοποιητικό σύμφωνα και με τους Gorsuch & Streiner (1983), ενώ εκπληρώνει όλα τα κριτήρια. Η καταλληλότητα του δείγματος επιβεβαιώνεται και με τον δείκτη Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ο οποίος βρέθηκε **0,836**. Το κριτήριο της σφαιρικότητας του Bartlett's είναι 1499.989 (df= 45) και είναι στατιστικά σημαντικό, $p < 0,0001$ κάτι που επιβεβαιώνει ότι τα δεδομένα είναι κατάλληλα για να προβούμε σε παραγοντική ανάλυση.

Η κοινότητα διακύμανσης των παραγόντων ισούται με το άθροισμα όλων των τετραγώνων των παραγοντικών φορτίσεων και δείχνει τη διακύμανση που εμφανίζει κάθε μεταβλητή από κοινού με τις άλλες μεταβλητές. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι ΚΠΔ κυμαίνονται από 0,495 μέχρι 0,844. Οι τιμές αυτές θεωρούνται μεγάλες αφού παρακάτω θα διαπιστώσουμε ότι οι παράγοντες στους οποίους φορτίζουν οι μεταβλητές ερμηνεύονται.

Για να μπορούμε να διεξάγουμε μια παραγοντική ανάλυση χρειάζεται να έχουμε έναν πίνακα συναφειών (correlation matrix), δηλαδή έναν πλήρη πίνακα διασυναφειών (intercorrelations matrix) που είναι συνάφειες ανάμεσα στις μεταβλητές. Στην εικόνα 1, φαίνεται το διάγραμμα των ιδιοτιμών (scree test). Οι ιδιοτιμές είναι το άθροισμα των τετραγώνων των φορτίσεων σε κάθε παράγοντα και αποτελεί ένα μέτρο της διακύμανσης που ερμηνεύει τον παράγοντα. Παρατηρούμε την γραφική παράσταση και προσπαθούμε να βρούμε πότε κάμπτεται η κατεύθυνση της γραμμής μετά τον πρώτο παράγοντα. Επειδή χρησιμοποιούμε το κριτήριο Kaiser που προτείνει την απόρριψη των παραγόντων με ιδιοτιμή μικρότερη ή ίση του 1, αγνοούμε την κάμψη στον πρώτο παράγοντα και αποδεχόμαστε 2 παράγοντες.

Εικόνα 1: Πίνακας ιδιοτιμών



Όπως φαίνεται στον πίνακα 20, (μη περιστροφόμενος πίνακας των παραγόντων, unrotated factor matrix) δεν υπάρχουν ανάλογες ερωτήσεις, συνεπώς δεν απορρίπτουμε καμιά. Έτσι, έχουμε να κάνουμε γενικά με ερωτήσεις που έχουν υψηλές φορτίσεις στον πρώτο παράγοντα και καλές έως πολύ καλές στους άλλους. Εξάλλου αν ανατρέξουμε στον υπολογισμό της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής της κλίμακας, επιβεβαιώνουμε τον αρχικό ισχυρισμό περί διατήρησης όλων των ερωτήσεων.

Στην διερευνητική παραγοντική ανάλυση, παραγοντικές φορτίσεις πάνω από .30 ή .40 γενικά θεωρούνται ικανοποιητικές. Σύμφωνα με τους Norman & Streiner, η ελάχιστη αποδεκτή φόρτιση των ερωτήσεων σε κάθε παράγοντα στο δείγμα μας, θα έπρεπε να είναι 0,266. Επειδή όμως μια τέτοια φόρτιση κρίνεται «ασθενής» επιλέξαμε ως τιμή κατώφλι (cut-off value) φορτίσεις άνω του 0,50. Η ανάλυση κυρίων συνιστωσών, χωρίς στρέψη των αξόνων, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα μας δίνει έναν κύριο παράγοντα.

Πίνακας 18: Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες χωρίς στρέψη τους

Ερώτηση	Παράγοντας	
	1	2
Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων	0,489	0,684
Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα	0,488	0,683
Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς αιτία, όταν κάτι πήγαινε στραβά	0,561	-0,268
Ήμουν αγχωμένη ή στενοχωρημένη χωρίς σοβαρό λόγο	0,638	-0,262
Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο	0,665	-0,406
Πνιγόμουν από τις καταστάσεις	0,670	-0,129
Ήμουν τόσο λυπημένη, που είχα δυσκολία να κοιμηθώ	0,665	-0,144
Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη	0,799	0,120
Ήμουν τόσο λυπημένη που έκλαιγα	0,717	-0,065
Είχε περάσει από την σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου	0,414	0,127

Προκειμένου να διερευνήσουμε τους παράγοντες της κλίμακας χρησιμοποιήσαμε την ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (varimax) με την οποία κάθε παράγοντας δεν έχει κοινή διακύμανση, δηλαδή είναι ανεξάρτητος από τους άλλους. Στον πίνακα 21, φαίνεται ο περιστρεφόμενος πίνακας των παραγόντων (rotated factor matrix).

Με την παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών, εξήχθησαν **2** παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το **51,69%** της συνολικής διακύμανσης των τιμών της κλίμακας. Αξίζει να τονίσουμε ότι ένα άλλο κριτήριο για την εκτέλεση παραγοντικής ανάλυσης είναι ότι οι παράγοντες πρέπει να ερμηνεύουν ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των μεταβλητών/ερωτήσεων, συνήθως το 50% της συνολικής διακύμανσης.

Πίνακας 19: Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες μετά από varimax στρέψη των αξόνων τους

Ερώτηση	Παράγοντας	
	1	2
1. Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων	0,081	0,837
2. Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα	0,080	0,836
3. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς αιτία, όταν κάτι πήγαινε στραβά	0,620	0,049
4. Ήμουν αγχωμένη ή στενοχωρημένη χωρίς σοβαρό λόγο	0,684	0,093
5. Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο	0,779	-0,019
6. Πνιγόμουν από τις καταστάσεις	0,645	0,224
7. Ήμουν τόσο λυπημένη, που είχα δυσκολία να κοιμηθώ	0,648	0,208
8. Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη	0,631	0,504
9. Ήμουν τόσο λυπημένη που έκλαιγα	0,653	0,303
10. Είχε περάσει από την σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου	0,295	0,317

Ρίχνοντας μια ματιά στον πίνακα 21, διαπιστώνουμε ότι οι φορτίσεις των ερωτήσεων στους αντίστοιχους παράγοντες είναι πολύ ικανοποιητικές αφού είναι υψηλότερες από 0,50. την ίδια στιγμή διαπιστώνουμε ότι κάποιες από τις μεταβλητές είναι *περίπλοκες από παραγοντικής πλευράς* (factorially complex), αφού μόνο μια ερώτηση παρουσιάζει υψηλές φορτίσεις σε δυο παράγοντες, ενώ η τελευταία ερώτηση έχει ασθενή φόρτιση. Ασφαλώς από στατιστικής πλευράς αυτό το φαινόμενο δεν αποτελεί ένδειξη σφάλματος.

Οι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση είναι οι ακόλουθοι:

Παράγοντας 1: Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 7 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 38,56% της διακύμανσης της κλίμακας.

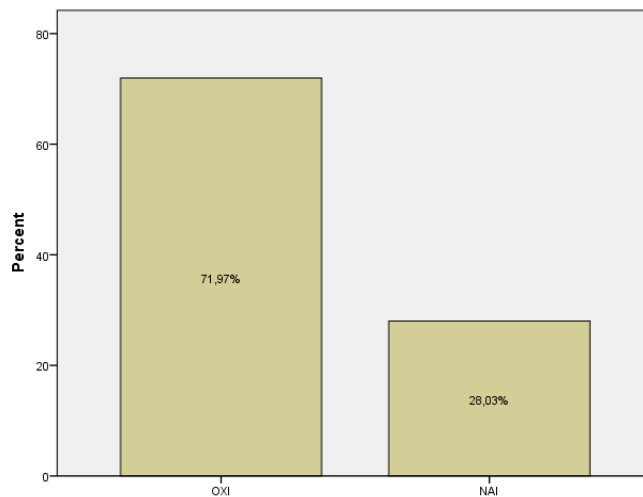
Παράγοντας 2: Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 3 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 13,12% της διακύμανσης της κλίμακας.

Επιπολασμός και χαρακτηριστικά της επιλόχειας κατάθλιψης

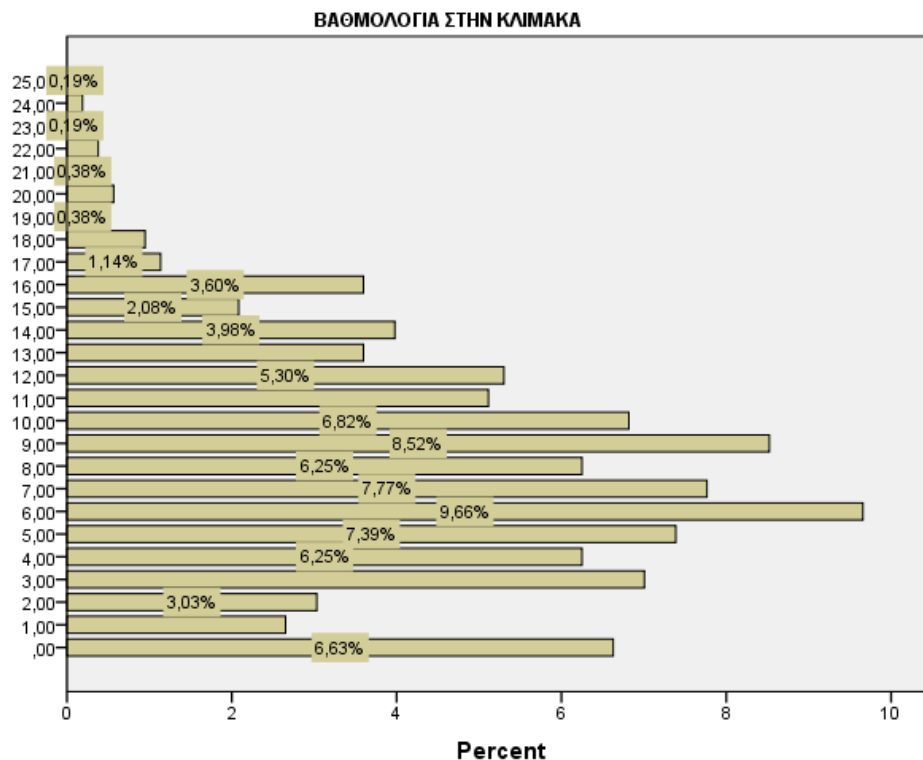
Σύμφωνα με τη στάθμιση της κλίμακας σε αντίστοιχο ελληνικό πληθυσμό η τιμή κατώφλι για επιλόχεια κατάθλιψη είναι το 11/12. Σύμφωνα με αυτό, ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης στο δείγμα μας ήταν 28% (Διάγραμμα 20). Στο διάγραμμα 21

φαίνεται η κατανομή της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale. Να σημειωθεί ότι από το δείγμα των 715 γυναικών, όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale απάντησαν οι 528 (ποσοστό ανταπόκρισης 73,84%). Από την στατιστική ανάλυση των δημογραφικών και άλλων δεδομένων δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στο προφίλ των γυναικών που απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις και σε αυτές που δεν απάντησαν σε όλες.

Διάγραμμα 20: Επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης



Διάγραμμα 21: Κατανομή βαθμολογίας στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale



Πίνακας 20: Διαφορές στις μέσες τιμές στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression

Μεταβλητή	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	P value
Ηλικιακή ομάδα				
<29 ετών	287	7,81	4,57	0,505
>29 ετών	241	8,10	5,23	
Τοκετός				
Φυσιολογικός	299	7,50	4,78	0,015
Καισαρική	226	8,54	4,97	
Πόλη				
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	226	8,51	4,87	0,001
ΛΕΜΕΣΟΣ	97	8,39	4,42	
ΛΑΡΝΑΚΑ	65	5,75	4,95	
ΠΑΦΟΣ	72	7,18	5,13	
ΠΑΡΑΛΙΜΝΙ	68	8,35	4,65	
Οικογενειακή κατάσταση				
ΣΥΜΒΙΩΣΗ	65	9,21	4,72	0,058
ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ	6	7,83	7,19	
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ	387	7,61	4,86	
ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΣ	70	8,61	4,77	
Εκπαίδευση				
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	3	8,00	7,00	0,176
Β/ΒΑΘΜΙΑ	170	8,62	4,81	
Γ/ΒΑΘΜΙΑ	302	7,64	4,81	
ΜΑΣΤΕΡ/PhD	53	7,47	5,32	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΟΚΕΤΩΝ				
1	251	7,8526	5,02456	0,161
2	182	8,40	4,73	
>3	94	7,24	4,71	

Η δοκιμασία ANOVA και πιο συγκεκριμένα η ανάλυση LSD έδειξε ότι οι γυναίκες του νοσοκομείου της Λάρνακας είχαν στατιστικά σημαντικά την χαμηλότερη μέση βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες από τις άλλες πόλεις πλην της Πάφου, αλλά και αυτές που είχαν φυσιολογικό τοκετό.

Πίνακας 21: Διαφορές στις μέσες τιμές μεταξύ των γυναικών με συμπτώματα κατάθλιψης και αυτών χωρίς

Μεταβλητή	Κατάθλιψη		p-value
	ΝΑΙ (N-μέση τιμή)	ΟΧΙ (N-μέση τιμή)	
Ηλικία	148 (28,88±5,19)	380 (29,21±5,36)	0,512
Εμπειρία τοκετού	147 (5,73±2,79)	375 (6,46±2,67)	0,006
Ικανοποίηση από ιατρικές υπηρεσίες	145 (8,34±1,89)	377 (8,68±1,54)	0,036
Ικανοποίηση από μαίες	146 (8,68±1,54)	376 (9,21±1,13)	0,031
Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	145 (7,69±2,29)	373 (7,86±2,16)	0,447
Ασφάλεια	146 (8,50±2,90)	373 (8,97±1,43)	0,015
Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συνεργασία με τον γιατρό (10 ερωτήσεων)	109 (21,5±9,66)	271 (19,74±9,75)	0,192
Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συνεργασία με τη μαία (14 ερωτήσεων)	109 (25,95±13,05)	280 (25,72±13,03)	0,876
Ικανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με ιατρούς	146 (8,32±2,09)	375 (8,56±1,74)	0,170
Ικανοποίηση από ποιότητα συνεργασίας με μαίες	145 (8,76±1,69)	375 (9,11±1,39)	0,025
Βαθμολογία του συγκεκριμένου νοσοκομείου με άλλα	146 (8,07±1,89)	368 (8,39±1,62)	0,060
WLEIS	133 (83.70±16.14)	349 (93.58±13.44)	<0.001
SEA	140 (21.77±4.76)	371 (24.11±3.89)	<0.001
OAE	140 (21.70±4.33)	371 (23.22±3.87)	<0.001
UOE	144 (20.56±4.78)	366 (23.31±4.06)	<0.001
ROE	140 (19.88±4.20)	369 (22.64±4.38)	<0.001

SEA: Self Emotional Appraisal, OAE: Other Emotion Appraisal, UOE: Use of Emotion,

ROE: Regulation of Emotion

Στον Πίνακα 23, αναδεικνύεται η επίδραση που έχει η επιλόχεια κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη είχαν χειρότερη εμπειρία τοκετού, χαμηλότερη

ικανοποίηση από τις μαιευτικές υπηρεσίες και από τη συνεργασία τους με τις μαίες, ένιωσαν λιγότερο ασφαλείς και κατέγραψαν χαμηλότερους δείκτες συναισθηματικής νοημοσύνης.

Η δοκιμασία χ^2 test έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,009$) στον επιπολασμό της κατάθλιψης και στην απάντηση στην δήλωση: θα πρότεινα το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποια γνωστή μου για τοκετό. Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των καταθλιπτικών γυναικών το 91,6% απάντησαν συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα έναντι του 86,8% όσων δεν είχαν κατάθλιψη. Η ίδια δοκιμασία δεν έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,276$) στον επιπολασμό της κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών των οποίων η γέννα ήταν η 1^η, 2^η ή >3^η.

Η δοκιμασία χ^2 test έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,048$) στα ποσοστά απαντήσεων των γυναικών στη δήλωση θα πρότεινα το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποια γνωστή μου για τοκετό μεταξύ αυτών που είχαν κατάθλιψη (το 91,6% απάντησαν συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα) και αυτών που δεν είχαν (86,8% απάντησαν συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα).

Η δοκιμασία χ^2 test έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,042$) στα ποσοστά απαντήσεων των καταθλιπτικών και μη γυναικών στη δήλωση: οι ιατροί και οι μαίες εδώ εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα.

Συναισθηματική νοημοσύνη

Συντελεστής Cronbach's alpha

Ο συντελεστής Cronbach's alpha της κλίμακας Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) ήταν **0,80 (95%CI: 0,76-0,82, $p<0,001$)** που θεωρείται και αυτός πολύ καλός. Η αφαίρεση της ερώτησης 1 θα βελτίωνε ελαφρώς τον συντελεστή Cronbach's alpha. Ωστόσο είναι τόσο μικρή η διαφορά που δεν συστήνεται η αφαίρεσή της. Όπως βλέπουμε στον Πίν. 25 οι συνάφειες κυμαίνονται από 0,28 μέχρι 0,67 και θεωρούνται πολύ ικανοποιητικές. Στον Πίν. 24 φαίνονται τα χαρακτηριστικά των υποκλιμάκων και η συνολική βαθμολογία της κλίμακας WLEIS.

Πίνακας 22: Μέσες τιμές υποκλιμάκων WLEIS

		ΣΥΝΟΛΙΚΗ	SEA	ΟΑΕ	UOE	ROE
N	Valid	497	526	526	525	524
	Ελλείπουσα	218	189	189	190	191
Μέση τιμή		90,68	23,41	22,78	22,51	21,84
Διάμεση		94,00	24,00	23,00	23,00	22,00
Τυπ. Απόκλιση		14,87	4,27	4,04	4,42	4,48
Διακύμανση		221,16	18,31	16,40	19,54	20,15
Min		16,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Max		112,00	28,00	28,00	28,00	28,00

SEA: Self Emotional Appraisal

OAE: Other Emotion Appraisal

UOE: Use of Emotion

ROE: Regulation of Emotion

Πίνακας 23: Μέσες τιμές ερωτήσεων της κλίμακας WLEIS και τιμή του Cronbach's α αν παραληφθεί η ερώτηση

Ερώτηση	<i>Μέση τιμή αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διασπορά αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
Τις περισσότερες φορές καταλαβαίνω (έχω μια καλή αίσθηση) το γιατί αισθάνομαι τα συναισθήματα που νιώθω (έτσι όπως αισθάνομαι).	85,45	234,438	0,281	0,810
Πάντα μπορώ να καταλάβω πως αισθάνονται οι φίλοι μου με βάση την συμπεριφορά τους	86,00	257,048	0,599	0,775
Πάντα θέτω στόχους για τον εαυτό μου και μετά βάζω τα δυνατά μου για να τους πετύχω	85,62	256,197	0,599	0,774
Μπορώ με την λογική να ελέγξω τον θυμό μου και να αντεπεξέλθω τις δυσκολίες.	85,78	242,735	0,269	0,803
Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων μου	85,54	255,451	0,720	0,772
Είμαι καλός παρατηρητής των συναισθημάτων των άλλων	85,65	254,818	0,221	0,801
Πάντα 'λέω στον εαυτό μου' ότι είμαι ένα άξιο και ικανό άτομο.	86,01	256,994	0,574	0,775
Είμαι απόλυτα ικανός να ελέγξω τα συναισθήματά μου	86,00	254,617	0,640	0,772
Πάντα καταλαβαίνω πώς αισθάνομαι πραγματικά	85,62	239,252	0,305	0,799
Είμαι ευαίσθητος στα συναισθήματα και την συγκινησιακή κατάσταση των άλλων ανθρώπων	85,37	261,318	0,556	0,778
Είμαι ένα άτομο με ισχυρά κίνητρα	86,07	256,411	0,613	0,774
Όταν θυμώνω, πάντα μπορώ να ηρεμήσω γρήγορα	86,26	258,341	0,459	0,779
Πάντα γνωρίζω αν είμαι χαρούμενος ή όχι	85,28	258,794	0,622	0,775
Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων των ανθρώπων γύρω μου	85,69	258,992	0,628	0,776
Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο	85,41	257,205	0,678	0,773
Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου	85,57	247,456	0,400	0,781

Στον πίνακα 26, φαίνονται οι απαντήσεις των γυναικών στις ερωτήσεις της κλίμακας WLEIS. Διαπιστώνουμε πως οι γυναίκες του δείγματός μας πάντα γνωρίζουν αν είναι χαρούμενες ή όχι, είναι ευαίσθητες στα συναισθήματα και την συγκινησιακή κατάσταση των άλλων ανθρώπων, ενώ πάντα παρακινούν τον εαυτό τους να καταφέρει το καλύτερο.

Πίνακας 24: Μέσες τιμές απαντήσεων στην κλίμακα WLEIS

	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Τις περισσότερες φορές καταλαβαίνω (έχω μια καλή αίσθηση) το γιατί αισθάνομαι τα συναισθήματα που νοιώθω (έτσι όπως αισθάνομαι)	5,75	1,427
Πάντα μπορώ να καταλάβω πως αισθάνονται οι φίλοι μου με βάση την συμπεριφορά τους	5,42	1,317
Πάντα θέτω στόχους για τον εαυτό μου και μετά βάζω τα δυνατά μου για να τους πετύχω	5,80	1,358
Μπορώ με τη λογική να ελέγξω τον θυμό μου και να αντεπεξέλθω τις δυσκολίες	5,50	1,365
Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων μου	5,88	1,183
Είμαι καλός παρατηρητής των συναισθημάτων των άλλων	5,64	1,219
Πάντα λέω στον εαυτό μου' ότι είμαι ένα άξιο και ικανό άτομο	5,41	1,371
Είμαι απόλυτα ικανός να ελέγξω τα συναισθήματά μου	5,42	1,353
Πάντα καταλαβαίνω πώς αισθάνομαι πραγματικά	5,66	1,359
Είμαι ευαίσθητος στα συναισθήματα και την συγκινησιακή κατάσταση των άλλων ανθρώπων	6,05	1,189
Είμαι ένα άτομο με ισχυρά κίνητρα	5,35	1,321
Όταν θυμώνω, πάντα μπορώ να ηρεμήσω γρήγορα	5,16	1,576
Πάντα γνωρίζω αν είμαι χαρούμενος ή όχι	6,14	1,192
Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων των ανθρώπων γύρω μου	5,73	1,173
Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο	6,01	1,173
Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου	5,76	1,279

Παραγοντική ανάλυση

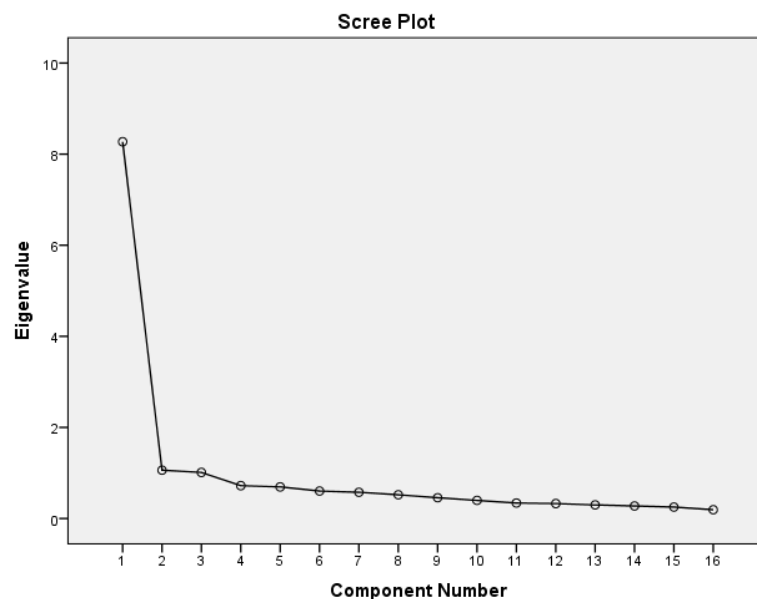
Στις 16 ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 497 γυναίκες, δηλαδή μια αναλογία 31 άτομα προς 1 ερώτηση. Είναι ένα νούμερο απόλυτα ικανοποιητικό σύμφωνα και με τους Gorsuch & Streiner (1983), ενώ εκπληρώνει όλα τα κριτήρια. Η καταλληλότητα του δείγματος επιβεβαιώνεται και με τον δείκτη Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ο οποίος βρέθηκε **0,941**. Το κριτήριο της σφαιρικότητας του Bartlett's είναι 4723,452 (df= 120) και είναι

στατιστικά σημαντικό, $p < .0001$ κάτι που επιβεβαιώνει ότι τα δεδομένα είναι κατάλληλα για να προβούμε σε παραγοντική ανάλυση.

Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι ΚΠΑ κυμαίνονται από 0,540 μέχρι 0,750. Οι τιμές αυτές θεωρούνται μεγάλες αφού παρακάτω θα διαπιστώσουμε ότι οι παράγοντες στους οποίους φορτίζουν οι μεταβλητές ερμηνεύονται.

Στην εικόνα 2, φαίνεται το διάγραμμα των ιδιοτιμών (scree test). Επειδή χρησιμοποιούμε το κριτήριο Kaiser που προτείνει την απόρριψη των παραγόντων με ιδιοτιμή μικρότερη ή ίση του 1, αγνοούμε την κάμψη στον πρώτο παράγοντα και αποδεχόμαστε 4 παράγοντες.

Εικόνα 2: Πίνακας ιδιοτιμών



Με την παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών, εξήχθησαν 4 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το **69,16%** της συνολικής διακύμανσης των τιμών της κλίμακας. Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε τους 4 παράγοντες της κλίμακας που είναι οι ακόλουθοι:

Παράγοντας 1: Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 4 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 51,69% της διακύμανσης της κλίμακας. Ο παράγοντας αυτός είναι ο SEA: Self Emotional Appraisal

Παράγοντας 2: Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 4 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 6,63% της διακύμανσης της κλίμακας. Ο παράγοντας αυτός είναι ο OAE: Other Emotion Appraisal

Παράγοντας 3: Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 4 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 6,63% της διακύμανσης της κλίμακας. Ο παράγοντας αυτός είναι ο UOE: Use of Emotion

Παράγοντας 4: Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 4 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 4,50% της διακύμανσης της κλίμακας. Ο παράγοντας αυτός είναι ο ROE: Regulation of Emotion

Στον πίνακα 27 παρατηρούμε πως δεν υπάρχει καμιά στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS καθώς και στις υποκλίμακες μεταξύ των γυναικών <29 ετών και >29 ετών καθώς και μεταξύ γυναικών που γέννησαν με φυσιολογική τοκετό ή καισαρική τομή.

Πίνακας 25: Διαφορές στις μέσες τιμές στην κλίμακα WLEIS

Μεταβλητή	N	WLEIS	SEA	OAE	UOE	ROE
Ηλικιακή ομάδα						
<29 ετών	288	89,53±15,34	23,11±4,56	22,59±4,17	22,29±4,44	21,58±4,45
>29 ετών	241	92,04±41,21	23,78±3,88	23,00±3,89	22,76±4,39	22,15±4,52
Τοκετός						
Φυσιολογικός	295	91,53±14,18	23,55±4,17	23,06±3,70	22,64±4,26	22,08±4,31
Καισαρική	228	89,47±15,67	23,22±4,43	22,39±4,44	22,28±4,62	21,48±4,69

SEA: Self Emotional Appraisal

OAE: Other Emotion Appraisal

UOE: Use of Emotion

ROE: Regulation of Emotion

Στον πίνακα 28, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει κάποια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην βαθμολογία της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale και στη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS καθώς και στις υποκλίμακες της WLEIS. Αναφορικά με τη συνεργασία με τον ιατρό και τη μαία ήταν ασθενής η και αρνητική η συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS καθώς και με τις υποκλίμακές της. Ασθενής ήταν και η συσχέτιση με την ηλικία, την εμπειρία του τοκετού και τη γενική ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών, των ιατρικών υπηρεσιών, των μαιών και των διοικητικών υπηρεσιών καθώς και του γενικού αισθήματος ασφάλειας από τη νοσηλεία στο νοσοκομείο.

Πίνακας 26: Συσχετίσεις με την κλίμακα WLEIS και τις υποκλίμακες

Κλίμακες	WLEIS	SEA	OAE	UOE	ROE
Συνολική βαθμολογία Edinburgh Postnatal Depression Scale	-0,348 (<0,001)	-0,318 (<0,001)	-0,212 (<0,001)	-0,304 (<0,001)	-0,342 (<0,001)
Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συνεργασία με τον γιατρό (10 ερωτ)	-0,221 (<0,001)	-0,160 (0,002)	-0,199 (<0,001)	-0,188 (<0,001)	-0,191 (<0,001)
Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συνεργασία με μαία (14 ερωτ)	-0,164 (0,001)	-0,154 (0,002)	-0,132 (0,009)	-0,114 (0,024)	-0,146 (0,004)
Ηλικία	0,123 (0,006)	0,102 (<0,019)	NS	0,107 (0,014)	NS
Εμπειρία τοκετού	0,110 (0,015)	0,097 (0,027)	NS	NS	0,107 (0,015)
Ικανοποίηση από ποιότητα υπηρεσιών	NS	0,086 (0,049)	NS	NS	NS
Ικανοποίηση από ιατρικές υπηρεσίες	0,169 (<0,001)	0,174 (<0,001)	0,088 (0,043)	0,136 (0,002)	0,152 (0,002)
Ικανοποίηση από μαιές	0,103 (0,003)	0,145 (0,001)	NS	NS	NS
Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	0,134 (0,003)	0,142 (0,001)	NS	0,099 (0,024)	0,124 (0,005)
Ασφάλεια	0,184 (<0,001)	0,178 (<0,001)	0,124 (0,005)	0,144 (<0,001)	0,161 (<0,001)

Περαιτέρω ανάλυση t-test έδειξε ότι οι γυναίκες με κατάθλιψη είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS καθώς και στις υποκλίμακες της WLEIS που σημαίνει πως οι γυναίκες με κατάθλιψη φαίνεται να έχουν χαμηλότερη συναισθηματική νοημοσύνη, κάνουν μικρότερη χρήση του συναισθήματός τους, και φαίνεται

ότι δεν διαχειρίζονται αποτελεσματικά το συναίσθημά τους αλλά και το συναίσθημα των άλλων.

Πίνακας 27: Συσχετίσεις με την κλίμακα WLEIS και τις υποκλίμακες

Κλίμακα	Κατάθλιψη	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	p-value
WLEIS	NAI	233	86,53	14,74	<0,001
	OXI	264	94,34	14,01	
SEA	NAI	250	22,26	4,39	<0,001
	OXI	276	24,46	3,89	
OAE	NAI	250	22,11	4,19	<0,001
	OXI	276	23,38	3,82	
UOE	NAI	254	21,43	4,62	<0,001
	OXI	271	23,51	3,97	
ROE	NAI	246	20,54	4,34	<0,001
	OXI	278	23,00	4,30	

Είναι η συναισθηματική νοημοσύνη και η επιλόχεια κατάθλιψη προβλεπτικοί δείκτες της γενικής ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τον ιατρό και τη μαία;

Δεδομένου ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος δεν φάνηκε να σχετίζονται με την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση, δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση παλινδρόμησης. Συνεπώς η εν λόγω ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για να απαντήσει το έτερο ερευνητικό ερώτημα (ως άνω).

A. Ιατρικές υπηρεσίες

Συνολικό δείγμα

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS ανέδειξε ως προβλεπτικό παράγοντα τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS ($\beta=0,159$, $p=0,001$). Το μοντέλο ερμηνεύει το 3,6% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στους επιμέρους παράγοντες της κλίμακας WLEIS ανέδειξε ως προβλεπτικό παράγοντα τη συνολική βαθμολογία στον παράγοντα ROE (Regulation of Emotion) ($\beta=0,150$, $p=0,029$). Το μοντέλο ερμηνεύει το 4,6% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Δείγμα γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS, στο δείγμα των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή, ανέδειξε ως προβλεπτικό παράγοντα τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS ($\beta=0,179$, $p=0,011$). Οριακός ήταν ο παράγοντας βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης

(beta=-0,124, p=0,076). Το μοντέλο ερμηνεύει το 5,8% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στους επιμέρους παράγοντες της κλίμακας WLEIS δεν ανέδειξε κάποιον προβλεπτικό παράγοντα. Το μοντέλο ερμηνεύει το 7% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Δείγμα γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS, στο δείγμα των γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, δεν ανέδειξαν τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS (beta=0,087, p=0,197) και στην κλίμακα κατάθλιψης (beta=-0,082, p=0,223) ως προβλεπτικούς δείκτες. Το μοντέλο ερμηνεύει το 2% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στους επιμέρους παράγοντες της κλίμακας WLEIS ανέδειξε ως προβλεπτικό παράγοντα τη συνολική βαθμολογία στον παράγοντα OAE (Other Emotional Appraisal)

(beta=-0,178, p=0,048). Το μοντέλο ερμηνεύει το 4,3% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

B. Υπηρεσίες μαιών

Συνολικό δείγμα

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις μαιευτικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS ανέδειξε ως προβλεπτικό παράγοντα τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale (beta=-0,130, p=0,007), Το μοντέλο ερμηνεύει το 2,8% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις μαιευτικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στους επιμέρους παράγοντες της κλίμακας WLEIS ανέδειξε ως προβλεπτικό παράγοντα τη συνολική βαθμολογία στον παράγοντα τον SEA (Self Emotional Appraisal) (beta=0,282, p=0,001) και η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale (beta=-0,127, p=0,009). Το μοντέλο ερμηνεύει το 5% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Δείγμα γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις μαιευτικές

υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS ανέδειξε ως προβλεπτικό παράγοντα τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale ($\beta = -0,165$, $p = 0,020$). Το μοντέλο ερμηνεύει το 3,6% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις μειωτικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στους επιμέρους παράγοντες της κλίμακας WLEIS ανέδειξε ως προβλεπτικό παράγοντα τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale ($\beta = -0,167$, $p = 0,019$). Το μοντέλο ερμηνεύει το 5% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Δείγμα γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις μειωτικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα WLEIS, στο δείγμα των γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, δεν ανέδειξαν κανέναν από τους παράγοντες ως προβλεπτικούς δείκτες. Το μοντέλο ερμηνεύει το 2,2% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία στην ερώτηση «από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις μειωτικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο;» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική

βαθμολογία στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale και τη συνολική βαθμολογία στους επιμέρους παράγοντες της κλίμακας WLEIS ανέδειξε ως προβλεπτικό παράγοντα τη συνολική βαθμολογία στον παράγοντα OAE (Other Emotional Appraisal) ($\beta=0,364$, $p=0,001$) και τον ROE (Regulation of Emotion) ($\beta=-0,171$, $p=0,050$). Το μοντέλο ερμηνεύει το 4,3% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στην ερώτηση αξιολόγησης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Οι συντελεστές VIF, Tolerance και Condition Index δεν έδειξαν πρόβλημα συγγραμμικότητας.

Πίνακας 28: Ανάλυση παλινδρόμησης

	Edinburgh Postnatal Depression Scale	WLEIS	SEA	OAE	UOE	ROE
Συνολικό δείγμα						
Ιατρικές υπηρεσίες		$\beta=0,159$, $p=0,001$				$\beta=0,150$, $p=0,029$
Μαία	$\beta=-0,130$, $p=0,007$					
Καισαρική τομή						
Ιατρικές υπηρεσίες	$\beta=-0,124$, $p=0,076$	$\beta=0,179$, $p=0,011$				
Φυσιολογικός τοκετός						
Ιατρικές υπηρεσίες						
Μαία				$\beta=0,364$, $p=0,001$		$\beta=-0,171$, $p=0,050$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρά το μεγάλο ενδιαφέρον που παρουσιάζεται διεθνώς και τις δημοσιεύσεις στο χώρο της ποιότητας και της ικανοποίησης των γυναικών από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες, η παρούσα εργασία αποτελεί την πρώτη για τη διερεύνηση της επίδρασης που ενδεχομένως να έχει ο δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης και η επιλόχεια κατάθλιψη στους τομείς αυτούς. Ιδιαίτερα, αναφορικά με την επίδρασή τους στη συνεργασία που έχουν οι γυναίκες με τους μαιευτήρες και τις μαίες, κατά την κύηση και τον τοκετό, οι οποίοι αποτελούν και σημαντικές παραμέτρους της εκληφθείσας ποιότητας και ικανοποίησης από τις παρεχόμενες μαιευτικών υπηρεσιών (Teijlingen et al, 2003, Vanagiene et al, 2009, Ραφτόπουλος, 2009).

Εκληφθείσα ποιότητα παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών, εμπειρία τοκετού

Εντύπωση προκαλεί η διαφορά που παρατηρείται μεταξύ της αξιολόγησης της εκληφθείσας ποιότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, σε σχέση με την εμπειρία του τοκετού που είναι χαμηλότερη. Αυτό ίσως να απορρέει από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας των δημόσιων μαιευτικών υπηρεσιών, που παρόλο που έχουν την τεχνογνωσία για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, κάτι το οποίο εκλαμβάνουν οι γυναίκες-χρήστες των υπηρεσιών, εντούτοις ο φόρτος εργασίας δεν επιτρέπει στο υπάρχον προσωπικό να στηρίξει - στον βαθμό που επιβάλλεται- τις γυναίκες κατά τη διαδικασία του τοκετού (>1 μαία/επίτοκο) (Gagandeep et al, 2010) και άρα η εμπειρία του τοκετού τυγχάνει χαμηλότερης αξιολόγησης.

Αναμενόμενα είναι και τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη δοκιμασία ANOVA, αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, την εμπειρία του τοκετού και την εκληφθείσα ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι παντρεμένες γυναίκες δηλώνουν πως είχαν την καλύτερη εμπειρία τοκετού και εκλαμβάνουν πιο ποιοτικές τις παρεχόμενες υπηρεσίες, σε σύγκριση με τις χήρες που είχαν τη χειρότερη εμπειρία και αξιολογούν πιο χαμηλά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η έλλειψη στήριξης από τον σύντροφο κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού, αναπόφευκτα επηρεάζει την εμπειρία του τοκετού και ίσως να αποτελεί έναν από τους κυριότερους επιδραστικούς παράγοντες για τις γυναίκες (Johansson and Hildingsson, 2013).

Το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών, επίσης επηρεάζει την εμπειρία του τοκετού και την εκληφθείσα ποιότητα, με υψηλότερες αξιολογήσεις να αναφέρονται από τις απόφοιτες

λυκείου, σε σύγκριση με τις γυναίκες που ήταν απλά απόφοιτες δημοτικού. Στη βιβλιογραφία προκύπτουν αντιφατικά δεδομένα αναφορικά με την εμπειρία των γυναικών και την εκληφθείσα ποιότητα, σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσής τους. Σε κάποιες έρευνες, υπάρχει πλήρης ταύτιση με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας (Hildingsson and Radestat, 2005, Novick, 2009), αποδίδοντάς το στην καλύτερη πρόσβαση σε πηγές πληροφόρησης π.χ. διαδίκτυο και καλύτερη κατανόηση που μπορεί να έχουν οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και άρα καλύτερη εμπειρία τοκετού. Από την άλλη, όμως, υπάρχουν και έρευνες οι οποίες βρίσκονται σε πλήρη διάσταση με τα ευρήματα αυτά (Sitzia and Wood, 1997).

Οι πρωτοτόκες γυναίκες ή αυτές που δεν έχουν αποκτήσει περισσότερα από δύο παιδιά, αξιολογούν την εμπειρία του τοκετού τους και την ποιότητα των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών χαμηλότερα, σε σύγκριση με αυτές που έχουν τρία παιδιά. Αυτά τα δεδομένα πιθανόν να προκύπτουν και από το γεγονός ότι οι πολύτοκες γυναίκες, λόγω των εμπειριών που αποκομίζουν κατά τους προηγούμενους τοκετούς, αποκτούν περισσότερες γνώσεις περί των θεμάτων του τοκετού και έτσι, πιο εύκολα κατανοούν τις οδηγίες του προσωπικού κατά τη διάρκεια του τοκετού και συνεργάζονται μαζί τους καλύτερα. Επιτυγχάνεται έτσι, καλύτερη αξιολόγηση τόσο της εμπειρίας που είχαν οι γυναίκες αυτές από τον τοκετό τους, όσο και της ποιότητας των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών.

Ικανοποίηση λεχωϊδων από τις ιατρικές, διοικητικές και τις υπηρεσίες μαιών

Όσον αφορά στην ικανοποίηση των γυναικών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καταγράφεται μεγαλύτερη ικανοποίηση των γυναικών από τις υπηρεσίες των μαιών έναντι των ιατρικών ή διοικητικών υπηρεσιών. Επίσης, οι χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης γυναίκες αξιολογούν υψηλότερα τις υπηρεσίες των μαιών, παρά το γεγονός ότι αυτό το αποτέλεσμα δεν έχει στατιστική ισχύ. Ίσως αυτό να προκύπτει από το γεγονός ότι οι γυναίκες αυτές, εκλαμβάνουν τις μαιές να είναι πιο προσιτές σε αυτές, παρά τους γιατρούς.

Πιο ικανοποιημένες δηλώνουν οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό παρά αυτές με καισαρική τομή σε σχέση με τις υπηρεσίες των μαιών, τις ιατρικές υπηρεσίες και την ασφάλεια που αισθάνθηκαν στο νοσοκομείο όπου γέννησαν, παρά το ότι δεν ήταν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Το ίδιο διαπιστώνεται από την αναζήτηση στη βιβλιογραφία και σε άλλες έρευνες (Sapountzi et al, 2008).

Αντιθέτως, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή δήλωσαν πιο ικανοποιημένες από τις διοικητικές υπηρεσίες. Ίσως αυτό να προκύπτει από την παρατεταμένη νοσηλεία των

γυναικών που γέννησαν με καισαρική έναντι αυτών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, κάτι που μπορεί να δημιουργήσει προϋποθέσεις μεγαλύτερης τριβής των γυναικών με τις διοικητικές υπηρεσίες και άρα την μεγαλύτερη ικανοποίησή τους από αυτές.

Η ικανοποίηση των γυναικών γενικότερα στην παρούσα έρευνα, συνάδει με τα δεδομένα που προκύπτουν από τη διεθνή βιβλιογραφία (Ministry of Health New Zealand, 2002, EURO-PERISTAT, 2008, WHO, 2011) και είναι υψηλή. Η ικανοποίηση από μια υπηρεσία αποτελεί μια μόνο διάσταση της ποιότητάς της και πιο συγκεκριμένα έναν δείκτη έκβασης της φροντίδας (Raftopoulos, 2005). Έτσι, το επίπεδο των μαιευτικών υπηρεσιών - όπως το εκλαμβάνουν οι γυναίκες- μπορεί να είναι υψηλό σε πολλές χώρες όπως και στην Κύπρο.

Ίσως όμως να υπάρχουν και άλλοι δευτερογενείς παράγοντες που να επηρεάζουν την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως είναι ο φόβος μήπως αρθεί η λειτουργία αυτών των υπηρεσιών που δεν αξιολογούνται ως ικανοποιητικές και που βρίσκονται σε επαρχιακές γεωγραφικές περιοχές, το αίσθημα ευγνωμοσύνης για τις παρεχόμενες κρατικές υπηρεσίες (Teijlingen et al., 2003) και η διανομή των ερωτηματολογίων από επαγγελματίες υγείας που πιθανόν έμμεσα να επηρεάζει τις απαντήσεις των γυναικών, αποτελούν κάποια από αυτά (Ραφτόπουλος, 2009).

Συνεργασία λεχοϊδων με το γυναικολόγο και τη μαία

Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό έναντι αυτών που γέννησαν με καισαρική και οι λιγότερο νέες γυναίκες ηλικίας άνω των 29 ετών, έχουν καλύτερη συνεργασία με την μαία, παρά με τον γυναικολόγο (συνολική βαθμολογία: 10-απολύτως επαρκώς, 50-ανεπαρκώς).

Ο φυσιολογικός τοκετός, λόγω του ότι διαρκεί πολύ περισσότερο χρόνο από την καισαρική και επειδή κατά την διάρκεια της εξέλιξής του υπάρχει η διαρκής παρουσία μίας μαίας ανά επίτοκο, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις καλύτερης διασύνδεσης με την μαία παρά με τον γυναικολόγο και συνεπώς καλύτερης συνεργασίας. Έτσι, η επίτοκος γυναίκα συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία του τοκετού και λαμβάνει αποφάσεις που την αφορούν π.χ. επιλογή μεθόδου ανακούφισης από τον πόνο, σε αντίθεση με την παθητική στάση κατά την καισαρική τομή (Bondas, 2002). Άλλωστε, η καισαρική τομή αποτελεί από μόνη της μια δυσάρεστη εμπειρία, καθότι είναι χειρουργική επέμβαση και συνεπώς με αυτή σχετίζονται αρνητικές εμπειρίες (Sapountzi et al, 2008).

Οι πιο νέες σε ηλικία επίτοκες, έχουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης από τις λιγότερο νέες και αυτό ίσως να τους δημιουργεί περισσότερες απαιτήσεις τόσο από το γυναικολόγο, όσο και από τη μαία. Φαίνεται ότι οι μαίες ανταποκρίνονται περισσότερο στις απαιτήσεις αυτές σε σύγκριση με τους γυναικολόγους και για τον λόγο αυτό η συνεργασία των γυναικών αυτών με τις μαίες φαίνεται να είναι καλύτερη παρά με τους γυναικολόγους.

Το ίδιο προκύπτει και από τη σύγκριση που γίνεται μεταξύ των κοινών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου KIM, αναφορικά με την αξιολόγηση της συνεργασίας των γυναικών με την μαία και το γυναικολόγο. Συγκριτικά όμως, επαρκέστερη πληροφόρηση παρασχέθηκε από τις μαίες για ένα ευρύ πεδίο θεμάτων που αφορούν στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό και διάφορες εναλλακτικές επιλογές (Sapountzi et al., 2008). Το γεγονός αυτό, συντείνει στη διασφάλιση της ενεργούς συμμετοχής της γυναίκας σε αποφάσεις που την αφορούν (Luyben and Valerie, 2005) καθώς και εξασφάλιση του αυτοελέγχου της (Grady and Bloom, 1999).

Ως εκ τούτου, οι γυναίκες συχνά βρίσκουν πιο διαθέσιμη τη μαία παρά τον γιατρό να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους αυτές (Teijlingen et al, 2003). Σε μερικές έρευνες βέβαια, σε χώρους όπου επικρατεί η ιατρικοποίηση του τοκετού και το «πελατειακό» σύστημα, υπάρχει καλύτερη σχέση μεταξύ γυναικών και ιατρού παρά με τη μαία. Στις περιπτώσεις αυτές, η αυτονομία της μαίας περιορίζεται σκοπίμως σε μεγάλο βαθμό και τον πλήρη έλεγχο αποκτούν οι μαιευτήρες (Sapountzi et al., 2008).

Ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών του δείγματος της έρευνας (71%), δεν παρακολούθησε μαθήματα τοκετού, κάτι που συνάδει απόλυτα με άλλες παγκύπριες έρευνες που έγιναν (Ερευνητικό Πρόγραμμα BrEaST start in life, 2015). Το όφελος από την παρακολούθηση τέτοιων μαθημάτων είναι αδιαμφισβήτητο (Nolan, 2009). Από την άλλη, φαίνεται ότι η παρακολούθηση των μαθημάτων τοκετού στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, δεν βοήθησε καθόλου και δεν εξυπηρέτησε ούτε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά ούτε και τη συνεργασία με τον γυναικολόγο και τη μαία. Κάτι που συνάδει με άλλα ευρήματα στην βιβλιογραφία, όπου διαπιστώνεται ότι τα μαθήματα τοκετού δεν έχουν καταφέρει να ανταποκριθούν στις ιδιαίτερες ανάγκες και απαιτήσεις των γυναικών (Nolan, 2009).

Δεδομένου του οφέλους που προκύπτει από την καλύτερη εκπαίδευση των γυναικών για θέματα που άπτονται της κύησης, του τοκετού και της λοχείας (Matejic et al, 2014), τότε ίσως να πρέπει να γίνει μια πλήρης αναδιοργάνωση και αναπροσαρμογή του τρόπου διενέργειας μαθημάτων τοκετού. Με πιο διαδραστικές και εξελιγμένες μεθόδους, σε πιο

μικρές ομάδες ατόμων και με έμπειρους εκπαιδευτές που παρέχουν ευκαιρίες πρακτικής και όχι μόνο θεωρητικής εκπαίδευσης (Nolan, 2009).

Επιλόχεια κατάθλιψη

Το ποσοστό των γυναικών του δείγματος της έρευνας που πιθανόν να υποφέρουν από επιλόχεια κατάθλιψη (έχουν συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής), έτσι όπως προκύπτει από τη χρησιμοποίηση του εργαλείου EPDS, ανέρχεται στο 28%. Ένα ποσοστό, που είναι στα πλαίσια αυτών που παρατηρούνται διεθνώς, με ένα μεγάλο όμως εύρος τιμών (11%-53%, Moraitou, 2011). Οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή (μ-καιραρική=8,54, μ-φυσιολογικός τοκετός=7,50, $p=0,015$) και οι γυναίκες που γέννησαν στη Λευκωσία (μ-Λευκωσία=8,51, μ-Λάρνακα=5,75, $p=0,001$) είναι εκείνες που είχαν μια σημαντικά υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα EPDS και άρα τη μεγαλύτερη προδιάθεση ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης.

Αναφορικά με την καισαρική τομή, φαίνεται πως η αρνητική της διάσταση, ως δυσάρεστη εμπειρία, αφού πρόκειται για χειρουργική επέμβαση (Bondas, 2002), επηρεάζει και την τάση ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης. Από την άλλη, το φαινόμενο αυτό για τις γυναίκες που γέννησαν στη Λευκωσία σε σύγκριση με τη Λάρνακα, μπορεί να απορρέει από το ότι στη Λευκωσία η μονάδα της τριτοβάθμιας μονάδας μαιευτικής φροντίδας δέχεται μεγαλύτερο φόρτο και κυήσεις υψηλού κινδύνου σε σύγκριση με τη Λάρνακα και αυτό κάνει και τις υπηρεσίες πιο απρόσωπες και μαζικές, αποτυγχάνοντας τη διατήρηση πιο προσωπικών επαφών και την ανάπτυξη σχέσεων ανάμεσα στις γυναίκες και τους επαγγελματίες υγείας. Άλλωστε σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η εδραίωση μιας λιγότερο απρόσωπης φροντίδας είναι προσδιοριστικός παράγοντας της εκληφθείσας ποιότητας και της ικανοποίησης (Ραφτόπουλος, 2009).

Η παρουσία συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης -όπως προκύπτει από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά: την εμπειρία του τοκετού, την ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες των μαιών, την αίσθηση ασφάλειας από την μαιευτική μονάδα, την ικανοποίηση των γυναικών από τη συνεργασία τους με τις μαιές καθώς και το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης των γυναικών. Τα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης αναμένεται να επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση και την εκληφθείσα ποιότητα των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών (Rudman & Waldenstrom, 2007).

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται περίπου σε ένα χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων από τον τοκετό (Stamouli, 2000) και συνεπώς μπορεί να μην εμφανίζεται κατά την περίοδο της κύησης ή κατά τη φάση που η γυναίκα είναι σε διαδικασία τοκετού. Ως εκ τούτου, η εμπειρία του τοκετού των γυναικών μπορεί να είναι καλή και έτσι να καταγράφεται. Μετά τον τοκετό όμως, κατά την περίοδο της λοχείας, το επιπλέον άγχος και η ανησυχία των γυναικών που προκύπτει από τη φροντίδα του νεογνού, ενδεχομένως να πυροδοτεί την ανάπτυξη συμπτωμάτων και εκδηλώσεων επιλόχειας κατάθλιψης, με όλα τα συνεπακόλουθα αρνητικά συναισθήματα. Άλλωστε, γίνεται εκτενής αναφορά στη βιβλιογραφία για την ελλιπή έμφαση που δίνεται από τις μαιευτικές υπηρεσίες για την πολύ σημαντική περίοδο της λοχείας και τις αυξημένες απαιτήσεις της, επικεντρώνοντας στην περίοδο της κύησης και του τοκετού (Rudman & Waldenstrom, 2007).

Αυτό είναι κάτι που πρέπει να αλλάξει και πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από τους αρμόδιους που επιλαμβάνονται των μεταρρυθμίσεων στις υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα στις μαιευτικές υπηρεσίες. Η ανάπτυξη υπηρεσιών κοινοτικής μαιευτικής όπου οι μαιές θα επισκέπτονται τις λεχωίδες στο σπίτι τους, προσφέροντάς τους: βοήθεια και συμβουλευτική για τον μητρικό θηλασμό, φροντίδα της επισιοτομής, φροντίδα του νεογνού κ.τ.λ, αλλά και ψυχοκοινωνική στήριξη, ενδεχομένως να βοηθήσει στην αποτελεσματική διαχείριση αυτού του φαινομένου.

Η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται αρνητικά με το δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης και στην έρευνα αυτή, κάτι που έχει ήδη τεκμηριωθεί στη βιβλιογραφία (Ebrahimi et al, 2014). Άρα, κάποια γυναίκα-λεχωίδα με συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης, τείνει να έχει και χαμηλό δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης, δυσκολεύοντάς την έτσι, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και προσαρμογής στο νέο περιβάλλον. Υπό αυτό το πρίσμα, η έννοια του δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους επαγγελματίες υγείας σαν εργαλείο αναγνώρισης και εντοπισμού των μελλοντικών νέων μητέρων, που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης. Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν στην ερμηνεία διαφόρων δοκιμασιών αξιολόγησης του δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης που μπορεί να εφαρμοστούν στις έγκυες, έτσι ώστε, έγκαιρα να αναγνωρίζονται αυτές που τείνουν να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη και να τους παρέχεται εξατομικευμένη φροντίδα.

Θα είναι χρήσιμο επίσης, να εκπαιδευτούν οι επαγγελματίες υγείας και οι έγκυες γυναίκες να χρησιμοποιούν μηχανισμούς διαχείρισης του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, ιδιαίτερα μετά από τόσο στρεσογόνα ερεθίσματα όπως είναι η εγκυμοσύνη

και ο τοκετός. Έτσι, από τη μια, οι γυναίκες αναπτύσσουν ικανότητες διαχείρισης και εξουδετέρωσης στρεσογόνων καταστάσεων που παρουσιάζονται κατά την περίοδο της λοχείας (Rode, 2015), όπως είναι η φροντίδα του νεογνού και από την άλλη, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αναπτύξουν την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, στοχεύοντας στη μείωση του επιπολασμού των συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης. Ο τομέας αυτός, χρήζει περαιτέρω έρευνας και ενδεχομένως η εργασία αυτή να αποτελέσει το έναυσμα για αυτό.

Συναισθηματική νοημοσύνη

Ο δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας της ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες τόσο στο συνολικό δείγμα των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ($\beta=0,159$, $p=0,001$), όσο και στις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή ($\beta=0,179$, $p=0,011$). Αναφορικά με την ικανοποίηση των γυναικών από τις υπηρεσίες των μαιών, μόνο μία διάσταση του δείκτη αυτού τεκμηριώνεται να λειτουργεί προβλεπτικά και αυτή είναι η OAE (OAE: Other Emotion Appraisal) ($\beta=0,364$, $p=0,001$). Τα ευρήματα αυτά, ίσως προκύπτουν από το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας με υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής νοημοσύνης μπορεί πιο επιτυχώς να παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα, επικεντρωμένη στις εξατομικευμένες ανάγκες και ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή (Birks & Watt, 2007), αλλά και από το γεγονός ότι άτομα με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης κατέχουν καλύτερες και πιο αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας με άλλους ανθρώπους (Mayer et al., 2004). Σε μια μελλοντική έρευνα ίσως θα είχε αξία η διερεύνηση της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης των επαγγελματιών μαιών και γυναικολόγων στην ικανοποίηση των γυναικών από τον τοκετό και την κύηση.

Η παρουσία συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίηση των γυναικών συνολικά από τη συνεργασία τους με τις μαιές ($\beta=0,130$, $p=0,007$), αλλά και από τη συνεργασία τους με τους γιατρούς ($\beta=0,124$, $p=0,076$).

Υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών

Στο δείγμα της παρούσας έρευνας, το 56,5% των γυναικών έτεκαν με φυσιολογικό κοιλιακό τοκετό, έναντι 43,5% που έτεκαν με καισαρική τομή. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι τα δεδομένα μας αφορούν όλες τις δημόσιες μαιευτικές υπηρεσίες παγκυπρώς

και δεν ταυτίζονται πλήρως με τα δημοσιευμένα για την Κύπρο δεδομένα (καισαρική τομή 52,2%, EURO-PERISTAT Project, 2010), έμμεσα υποδεικνύεται, ότι τα ποσοστά καισαρικών τομών είναι πολύ πιο ψηλά στον ιδιωτικό σε σχέση με το δημόσιο τομέα. Το ίδιο επιβεβαιώνεται και στην έκθεση του Υπουργείου Υγείας (67,7% στον ιδιωτικό τομέα και 32,3% στο δημόσιο, Έκθεση Υπουργείου Υγείας-Περιγεννητικοί Δείκτες Υγείας για το 2007-2013, 2015, www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/4C6E956BEF3F6B3AC22579C600279631?). Στις αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα τα ποσοστά του φυσιολογικού τοκετού ήταν 66,3% (Sapountzi et al, 2010) και 56,8% (Tsetsila et al, 2010) αντίστοιχα.

Τα αίτια των υψηλών ποσοστών καισαρικής τομής, πέραν από των αντικειμενικών μαιευτικών ενδείξεων, διαφέρουν ανάμεσα στις διαφορετικές χώρες και κουλτούρες. Γενικά, η καισαρική τομή προτιμάται από τις γυναίκες που φοβούνται τον πόνο κατά τη διαδικασία του τοκετού λόγω των ωδίνων που απορρέουν από τις συσπάσεις της μήτρας ή ακόμα και από εκείνες που εκλεκτικά την επιλέγουν γιατί με τον τρόπο αυτό μπορούν να προγραμματίσουν τον τοκετό τους στο χρόνο που οι ίδιες επιθυμούν και βολεύει περισσότερο αυτές και τον μαιευτήρα τους. Ακόμα, μπορεί να επιλέγουν την καισαρική τομή γιατί έτσι θεωρούν ότι μειώνεται η πιθανότητα ακράτειας ούρων μετά τον τοκετό, αλλά και γιατί έτσι επιστρέφουν πιο νωρίς στην ενεργή σεξουαλική ζωή (WHO, 2015). Η καισαρική τομή θεωρείται πολύ ασφαλής μέθοδος, χωρίς ιδιαίτερες επιπλοκές και ως εκ τούτου, οι μαιευτήρες την προτιμούν προσπαθώντας να αποφύγουν το κίνδυνο αγωγών (Coulm et al., 2012), αλλά και γιατί έτσι αυξάνουν τα οικονομικά οφέλη εφόσον η αμοιβή της καισαρικής τομής είναι περισσότερη από αυτή του φυσιολογικού τοκετού (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010).

Στην Κύπρο, ο κυριότερος λόγος αυτού του υψηλού ποσοστού καισαρικών τομών προκύπτει λόγω του ανεπαρκούς αριθμού μαιών και άρα της υποστελέχωσης των μαιευτικών τμημάτων, ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα. Έτσι, οι γυναίκες δεν έχουν κατ'ανάγκη και συνεχώς στο πλάι τους κάποια μαία, η οποία να τις ενδυναμώνει κατά την πολύωρη και επίπονη διαδικασία του τοκετού. Οι μαιευτήρες, δεδομένου και του πολυάσχολου προγράμματός τους τείνουν πιο εύκολα να καταφεύγουν στη καισαρική τομή (Wang et al, 2012).

Όλη αυτή η κινητοποίηση και δραστηριότητα των μαιών, φαίνεται να έχει ενισχύσει τις γυναίκες ως προς την επιλογή του φυσιολογικού τοκετού, σε περίπτωση που τους δινόταν η επιλογή. Το 85,5% των γυναικών θα προτιμούσαν να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό αν

μπορούσαν να διαλέξουν, ενώ το 35% των γυναικών που γέννησαν με καισαρική, θα επέλεγαν εάν μπορούσαν, να γεννήσουν φυσιολογικά. Στις αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα το 78,8% θα προτιμούσαν τον φυσιολογικό τοκετό (Tsetsila et al, 2010) και σε άλλη έρευνα το 81,5% (Sapountzi et al, 2010).

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στο μεγάλο αυτό δείγμα των γυναικών που συμμετέχουν στην έρευνα (n=715) από όλα τα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, επιτυγχάνεται η σκιαγράφηση του δημογραφικού προφίλ των γυναικών-χρηστών των μαιευτικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα. Η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών, επισκέφτηκαν το δημόσιο μαιευτικό νοσοκομείο της επαρχίας Λευκωσίας (48%), όπου υπάρχει τριτοβάθμιο κέντρο μαιευτικών υπηρεσιών, μαζί με τη μοναδική τριτοβάθμια Μονάδα Εντατικής Νεογνών (MENN) παγκυπρίως. Αναπόφευκτα, εδώ καταλήγουν και τα πιο δύσκολα και επιπλεγμένα μαιευτικά περιστατικά, υψηλού ρίσκου κύσεις με μεγάλο και αυξημένο κίνδυνο πρόωρων τοκετών.

Η πλειοψηφία των γυναικών που χρησιμοποιούν τις μαιευτικές υπηρεσίες του δημοσίου είναι είτε ιδιωτικοί υπάλληλοι (28,2%), είτε άνεργες (25,2%), αντανακλώντας το σχετικά χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των γυναικών αυτών, δεδομένου και της οικονομικής κρίσης και των υψηλών επιπέδων ανεργίας (για το έτος 2014 – 15,44%-16,6%) που επικρατούν στην Κύπρο το τελευταίο διάστημα (European Central Bank, 2015). Οι γυναίκες που ανήκουν σε υψηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, προτιμούν την επιλογή του δικού τους ιδιώτη μαιευτήρα και καταφεύγουν σε μικρές ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες. Τις δημόσιες μαιευτικές υπηρεσίες επιλέγουν αναγκαστικά, γυναίκες χαμηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου αφού δεν έχουν τους πόρους για τον ιδιωτικό τομέα, αλλά και αρκετοί δημόσιοι υπάλληλοι (16,7%), καθότι είναι δικαιούχοι δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στο δημόσιο τομέα.

Η οικονομική κρίση επιδρά αρνητικά και στην απόκτηση πολλών παιδιών. Μόλις το 10% του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα είχε αποκτήσει τρία παιδιά. Η ελλιπής κοινωνική ασφάλιση (επίδομα μητρότητας, άδεια απουσίας από την εργασία λόγω μητρότητας) που παρέχεται από το κράτος αλλά και από διάφορα άλλα ασφαλιστικά ταμεία, συγκεράζεται αποτρεπτικά μαζί με την οικονομική κρίση, στο θέμα της μητρότητας και πολυτοκίας (Sapountzi, 2006). Στον τομέα αυτό είναι που πρέπει, επίσης, να ενσχύσουν οι φορείς που καλούνται να διαμορφώσουν πολιτικές υγείας στα πλαίσια ενός κράτους πρόνοιας, ενισχύοντας τα κίνητρα απόκτησης παιδιού, τη στιγμή μάλιστα που αυξάνονται τα

ποσοστά ηλικιωμένων διεθνώς και άνισα μειώνονται τα ποσοστά των γεννήσεων (United Nations, 2013), σε ένα πληθυσμό που γηράσκει.

Περισσότερες από τις μισές λεχωίδες είναι παντρεμένες, ενώ μόνο 10,3% δήλωσαν ανύπαντρες και μονογονιοί, αντανακλώντας τον συντηρητισμό που χαρακτηρίζει την κυπριακή κοινωνία σε σχέση με άλλες, μεγαλύτερες ευρωπαϊκές χώρες στον τομέα των μονογονεϊκών οικογενειών. Εντούτοις, τα επίπεδα εκπαίδευσης των γυναικών είναι πολύ υψηλά (τριτοβάθμια εκπαίδευση για το 73,7% των γυναικών), κάτι που δεν συνάδει με αυτό το επίπεδο συντηρητισμού που χαρακτηρίζει την κυπριακή κοινωνία.

Εντυπωσιακά υψηλό, σημειώνεται να είναι το ποσοστό των λεχωίδων που είναι διαζευγμένες (11,3%). Η μέση ηλικία του δείγματος όμως (29,22±5,29), είναι σε πλήρη συνάφεια με τα δεδομένα των πλείστων ευρωπαϊκών χωρών, καταδεικνύοντας την αύξηση της ηλικίας τεκνοποίησης των γυναικών, στις μέρες μας διεθνώς (EURO-PERISTAT Project, 2010). Στις αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα, όπου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο KIM, η μέση ηλικία των γυναικών ήταν αντίστοιχα 33,1±5,8 έτη (Sapountzi et al, 2010) και σε άλλη διακυμαίνονταν από 28-30 έτη (Tsetsila et al, 2010).

Το τελευταίο χρονικό διάστημα, συνέπεια της θλιβερής πρωτιάς που κατέχει η Κύπρος στα ποσοστά καισαρικών τομών διεθνώς (52,2%) (EURO-PERISTAT Project, 2010), υπήρξε μια πρωτοβουλία και κινητοποίηση από την Παγκύπρια Επιτροπή Μαιών, για την ενημέρωση των γυναικών ως προς τα οφέλη του φυσιολογικού τοκετού, τόσο για το νεογνό, όσο και για τις μητέρες. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται η ενδυνάμωση των γυναικών και η προτροπή τους για την επιλογή του φυσιολογικού τοκετού, αντί της καισαρικής τομής. Παρά το γεγονός αυτό, όμως, τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχουν πολλά ακόμα που πρέπει να γίνουν για να ανατραπούν τα δεδομένα στον τομέα αυτό. Βασικοί τομείς στους οποίους παρατηρείται διεθνώς διαφωνία ως προς τον τρόπο διεκπαιρέωσης του τοκετού (κολπικός ή καισαρική τομή), αποτελούν οι περιπτώσεις προηγούμενης καισαρικής τομής, πολύδυμων κήσεων και ισχιακών προβολών (EURO-PERISTAT Project, 2010). Στην περίπτωση που γίνει προσπάθεια προώθησης από τους επαγγελματίες υγείας, του φυσιολογικού-κολπικού τοκετού στις περιπτώσεις αυτές, ενδεχομένως να υπάρξει αξιοσημείωτη αλλαγή στα στατιστικά δεδομένα.

Από τη βιβλιογραφία έκδηλα προκύπτει, ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις εμπειρίες των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες, την ικανοποίησή τους, την εκληφθείσα ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τις σχέσεις μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας, είναι πολυδιάστατοι και όχι απόλυτα ευδιάκριτοι. Έτσι, απαιτείται

συστηματική αξιολόγηση της ικανοποίησης των γυναικών από τις υπηρεσίες, για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τον ανασχεδιασμό των πολιτικών υγείας. Πιθανώς, ένα εθνικό σχέδιο διασφάλισης της ποιότητας των μαιευτικών υπηρεσιών στην Κύπρο που θα ενσωμάτωνε τη διαχρονική αξιολόγηση της ικανοποίησης των γυναικών είναι απαραίτητο στην βάση της φροντίδας που έχει ως επίκεντρο τη γυναίκα.

Η στρατηγική των υπηρεσιών υγείας της Κύπρου να θέτουν ως επίκεντρο τη γυναίκα, παραμένει προτεραιότητα. Στην εισαγωγή μεταρρυθμίσεων όμως, οι προκλήσεις που κυριαρχούν περιλαμβάνουν τη σημαντικότητα της εξασφάλισης των καλύτερων δυνατών εμπειριών από τις μαιευτικές υπηρεσίες και της βελτίωσής τους και τη στενότητα των πόρων για την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας. Άλλωστε, χωρίς τη μητρική φροντίδα καθίσταται προβληματική η ανάπτυξη του παιδιού.

5.1 Περιορισμοί

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έχουν συγκεκριμένους περιορισμούς. Αρχικά στην έρευνα συμμετείχαν στη συντριπτική τους πλειοψηφία Ελληνοκύπριες που μπορούσαν να διαβάσουν ελληνικά, καθώς το ερωτηματολόγιο ήταν στην ελληνική γλώσσα χωρίς τη δυνατότητα μετάφρασής του. Το γεγονός αυτό από μόνο του λειτουργεί περιοριστικά στην αποτύπωση των απόψεων της μεγαλύτερης μάζας γυναικών που χρησιμοποιούν τις μαιευτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου στο οποίο έγινε η έρευνα, οι οποίες είναι διαφορετικής εθνικότητας. Ακόμα, το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν από λειτουργούς υγείας (μαίες), πιθανότατα να επηρέαζαν τις γυναίκες σε μια πιο θετική αποτύπωση θέσεων. Τέλος, οι απόψεις των γυναικών που είχαν ενδομήτριο θάνατο ή που το νεογνό τους κατέληξε μετά τον τοκετό δεν αποτυπώνονται καθότι αποκλείονται από την έρευνα. Τα αποτελέσματα πιθανόν να ήταν διαφορετικά σε αντίθετη περίπτωση.

Θετικά στοιχεία της έρευνας αποτελούν το μεγάλο μέγεθος του δείγματος και το μεγάλο χρονικό διάστημα που διήρκησε η έρευνα. Δύο στοιχεία, που ενισχύουν την αξιοπιστία της έρευνας. Επίσης, ο χρόνος που έγινε η έρευνα (6 εβδομάδες μετά τον τοκετό), είναι ένα ασφαλές παράθυρο χρόνου όπου οι συμμετέχουσες γυναίκες έχουν πιο ξεκάθαρη άποψη των πραγμάτων γιατί ούτε είναι συναισθηματικά φορτισμένες από την αμεσότητα της

μεγάλης εξέλιξης στη ζωή τους, δηλαδή την απόκτηση παιδιού, αλλά ούτε και εξαρτώνται ιδιαίτερα από τους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να επηρεάζονται στο να δίνουν πιο υψηλούς δείκτες αξιολόγησης από αυτούς που πραγματικά νιώθουν.

Εξάλλου, από έρευνες προκύπτει ότι χρειάζεται χρόνος προσαρμογής στη νέα οικογενειακή κατάσταση για τις γυναίκες και πιθανές αρνητικές εμπειρίες και συναισθήματα περιγράφονται αρνητικά μετά την παρέλευση χρονικού διαστήματος 7-12 μηνών.

5.2 Συμπεράσματα

Παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία του τοκετού των γυναικών, καθώς και την εκληφθείσα ποιότητα αποτελούν: η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και ο τόκος. Οι παντρεμένες γυναίκες, αυτές που είναι απόφοιτες λυκείου ή πανεπιστημίου και οι τριτοτόκες, καταγράφουν καλύτερες αξιολογήσεις.

Σε γενικές γραμμές επίσης, η συνεργασία των γυναικών είναι καλύτερη με τις μαιές παρά με τους γυναικολόγους. Ιδιαίτερα στις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και στις λιγότερο νέες.

Η επιλόχεια κατάθλιψη και ο δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης επηρεάζουν την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση των επίτοκων γυναικών από την παρεχόμενη φροντίδα. Η παρουσία συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης επηρεάζει αρνητικά: την εμπειρία του τοκετού, την ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες των μαιών, την αίσθηση ασφάλειας από την μαιευτική μονάδα, την ικανοποίηση των γυναικών από τη συνεργασία τους με τις μαιές καθώς και τον δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης των γυναικών. Παράλληλα, η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται αρνητικά με το δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης.

Ο δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης αποδεικνύεται ότι μπορεί να λειτουργήσει ως προβλεπτικός παράγοντας της ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες τόσο στο συνολικό δείγμα των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, όσο και στις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή. Αναφορικά με την ικανοποίηση των γυναικών από τις υπηρεσίες των μαιών, μόνο μία διάσταση του δείκτη αυτού τεκμηριώνεται να λειτουργεί προβλεπτικά και αυτή είναι η ΟΑΕ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alevizos, B. (1999) Depression Therapy. *Medicine Today* 26, 11-19
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2010) Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 116(2 pt 1):450-463.
- Andersson, E., Christensson, K., Hildingsson, I. (2011) Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery* doi:10.1016/j.midw.2011.07.006
- Anwar, S., Jan, R., Qureshi, R., Rattani, S. (2014) Perinatal women's perceptions about midwifery led model of care in secondary care hospitals in Karachi, Pakistan. *Midwifery* 30, e79-e90
- Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996). Correlates of postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry* 169, 36-41
- Bebbington, PR. (1998) Age and sex influence on depression symptoms frequency: Results from a national study. *Psychological Medicine* 28, 9-19
- Beck, A.T., Ward, Ch., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh (1961) An inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatry* 4, 561-571
- Birks, Y., Watt, I. (2007) Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100, 8, 368-374
- Biro, MA., Waldenstrom, U., Brown, S., Pannifex, JH. (2001) Satisfaction with team midwifery care for low and high risk women: A randomized control trial, *Health* 46, 60-67
- Bondas, T. (2002) Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery* 18, 61-71
- Bramadat, IJ., Driedger, M. (1993) Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth* 20, 22-29
- Bucher, L., Williams, S., Hayes, E., Morin, K., Sylvia, B. (1997) First time mothers' perceptions of prenatal care services. *Applied Nurse Res* 10, 64-71
- Carr-Hill, RA. (1992) The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14, 236-249

- Cheng, CY., Pickler, RH. (2009) Effects of stress and social support on postpartum health of Chinese mothers in the United States. *Research in Nursing and Health* 32, 6, 582-591
- Ciarrochi, J., Deane, FP., Anderson, S. (2002) Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences* 32, 197-209
- Coulm, B., Le Ray, C., Lelong, N., Drewniak, N., Zeitlin, J. (2012) Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? *Birth* 39, 3: 183-191
- Cox J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150, 782-786
- Davis, S., Humphrey, N. (2012) Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences* 52, 144-149.
- Doering, ER. (1983) Factors influencing inpatient satisfaction with care. *Quality Review Bulletin* 9, 10, 291-299
- Drago-Carabotta, D., Panagopoulos, P., Laganara, R., Maggino, T., Alessi, C. (1997) Representations and notions of women during pregnancy. *Greek Midwifery and Gynecology* 9, 2, 155-162
- Dye, DT., Wojtowycz, MA. (1999) Organisational variation, satisfaction and women's time investment in prenatal care. *Pediatric Perinatal Epidemiology* 13, 158-169
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S.O., Opjordsmoen, S. (2002) Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr. Scand.* 106 (6), 426-433
- Ebrahimi, M., Esmaili, AA., Ghanifar, MH. (2014) Comparison of Emotional Intelligence and Postpartum Depression Between Mothers With Natural Vaginal Delivery and Caesarean Delivery. *Modern Care* 11, 1:55-62
- EURO-PERISTAT Project. European Perinatal Health Report (2008)
- EURO-PERISTAT Project. European Perinatal Health Report (2010)

- Feng, X., Xu, L., Guo, Y., Ronsmans, C. (2012) Factors influencing rising caesarian section rates in China between 1988 and 2008. *Bulletin of the World Health Organization* 90, 30-39
- Fraser, D. (1999) Women's Perceptions of Midwifery Care: A Longitudinal Study to Shape Curriculum Development. *BIRTH* 26, 99-107
- Gagandeep, K., Baljit, K., Seema, C. (2010) An exploratory study on 'Nurse Midwife Manpower' requirement in labour room. *Nursing and Midwifery Research Journal* 6, 1:24-36
- Gagnon, AJ. (2000) Individual or group antenatal educational for childbirth/parenthood. *Cochrane Database Syst Rev* 4, CD002869
- Gorsuch, Richard L. (1983) *Factor Analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Grady, MA., Bloom, KC. (1999) Clients' perceptions of the value of prenatal psychosocial services. *Social Work Health Care* 29,12-20
- Greenley, JR., Schoenherr, RA. (1981) Organization effects on client satisfaction with humanness of service. *Journal of Health Society Behaviour* 22, 18-34
- Gress-Smith J., Luecken L., Lemery-Chalfant K., Rose H. (2012) Postpartum Depression Prevalence and Impact on Infant Health, Weight Gain and Sleep in Low-Income and Ethnic Minority Women and Infants, *Matern Child Health J* 16:887-893
- Haines, H.M., Hildingsson, I., Pallant, J.F., Rubertsson, C. (2013) The role of Women's Attitudinal Profiles in Satisfaction with the Quality of their Antenatal and Intrapartum Care. *JOGNN* 42, 428-441
- Halbreich, U., Karkun, S. (2006) Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 91, 2-3, 97-111
- Hall, JA., Irish, JT., Roter, DL., Ehrilch, CM., Miller, LH. (1994) Satisfaction, gender and communication in medical visits. *Medical Care* 32, 12, 1216-1231
- Halldorsdottir, S., Karlsdottir, SI. (1996) Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care Women Int* 17, 361-379

- Handler, A., Raube, K., Kelley, MA., Giachello, A. (1996) Women's satisfaction with prenatal care settings: A focus group study. *Birth* 1996, 23, 31-37
- Handler, A., Rosenberg, D., Raube, K., Lyons, S. (2003) Prenatal care characteristics and African-American women's satisfaction with care in a managed care organization. *Women's Health Issues* 13, 93-103
- Harris, ND., Deaty, IJ., Harris, MB., Lees, MM., Wilson, JA. (1997) Peripartal cognitive impairment: Secondary to depression? *British Journal of Health Psychology* 1, 127-136
- Hatamleh, R., Shaban, I., Homer, C. (2013) Evaluating the Experience of Jordanian Women With Maternity Care Services. *Health Care for Women International* 34, 499-512
- Healthcare Commission of NHS trusts (2007) Women's experiences of maternity care in the NHS in England.
- Hemminki E, Blondel B. (2001) Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 94, 145-148
- Hildingsson, I., Cederlo, L., Wilden, S. (2011) Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and Birth* 24, 3, 129-136
- Hildingsson, I., Radestad, I. (2005) Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing* 52, 3, 239-249
- Hildingsson, I., Radestad, I., Waldenstrom, U. (2005) Number of antenatal visits and women's opinion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 84, 248-254
- Hildingsson, I., Waldenstrom, U., Radestad, I. (2002) Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstet Gynecol Scand* 81, 118-125
- Hopton J.L., Howie J.G.R., Porter M.D. (1993) The need for another look at the patient in General practice satisfaction surveys. *Journal of Family Practice* 10, 82-87
- Horowitz JA, Damato EG. (1999) Mother's perceptions of postpartum stress and satisfaction. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 28, 595-605
- <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/causes-of-newborn-mortality-and-morbidity-in-the-european-region>

- Hulka, BS., Kupper, LL., Cassel, JC., Babineau, RA. (1975) Practice characteristics and quality of primary medical care: the doctor-patient relationship. *Medical Care* 13, 808-812
- Hulton, LA., Mathews, Z., Stones, RW. (2007) Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India. *Social Science and Medicine* 64, 2083-2095
- Hundley V, Rennie A, Fitzmaurice A, Graham W, Teijlingen E, Penney G. (2000) A national survey of women's views of their maternity care in Scotland, *Midwifery* 16, 303-313.
- Janssen, B., Wiegers, T. (2006) Strengths and weaknesses of midwifery care from the perspective of women. *Evidence Based Midwifery* 4, 2, 53-59
- Jewell, D., Sharp, D., Sanders, J., Peters, T. (2000) A randomized controlled trial of flexibility in routine antenatal care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107, 1241-1247
- Johansson, M., Hildingsson, I. (2013) Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: Mode of birth matters for satisfaction. *Women and Birth* 26, 195-201
- Johansson, M., Rubertsson, C., Radestad, I., Hildingsson, I. (2012) Childbirth – an emotionally demanding experience for fathers. *Sexual & Reproductive Healthcare* 3(1), 11-20
- Johnson, M., Langdon., R., Yong, L., Stewart, H., Kelly, P. (2002) Comprehensive measurement of maternal satisfaction: The modified Mason Survey. *Int J Nurs Pract* 8, 127-136
- Kafetsios, K., Zampetakis, L. (2008) Emotional Intelligence and job satisfaction: Testing the mediatory role of positive and negative affect at work. *Personality and Individual Differences* 44, 712-722
- Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, third edition, Sadock B., J., Sadock, V., A. 2001 (Book)
- Kirkham, C., Harris, S., Grzybowski, S. (2005) Evidence-Based Prenatal Care: Part I. General Prenatal Care and Counseling Issues. *American Family Physician* 71, 5, 1307-1316
- Kleftaras, G. (1998) *Depression Today: Description, Diagnosis, Theories and Research data.* Athens. Ellinika Grammata

- Kumbani, L., Chirwa, E., Malata, A., Odland, J., Bjune, G. (2012) Do Malawian women critically assess the quality of care? A qualitative study on women's perceptions of perinatal care at a district hospital in Malawi. *Reproductive Health* 9, 30-34
- Lagan, BM., Sinclair, M., Kernohan, WH. (2011) What is the impact of the internet on decision making in pregnancy. A global study. *Birth* 38, 336-345
- Libbrecht, N., Lievens, F., Schollaert, E. (2010) Measurement Equivalence of the Wong and Law Emotional Intelligence Scale Across Self and Other Ratings. *Educational and Psychological Measurement* 70, 1007
- Lledo, R., Rodriguez, T., Trilla, A., Cararach, V., Restuccia, J., Asenjo, M. (2000) Perceived quality of care in pregnancy. Assessment before and after delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 88, 35-42
- Lomoro, OA., Ehir, JE., Qian, X., Tang, SL. (2002) Mothers' perspectives on the quality of postpartum care in Central Shanghai, China. *International Journal for Quality in Health Care* 14, 393-402
- Lopes, PN., Salovey, P., Straus, R. (2003) Emotional intelligence, personality and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences* 35, 641-658
- Luyben A, Valerie, E. (2005) Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery* 21, 212-223
- MacIntyre, S. (1982) Communications between pregnant women and their medical and midwifery attendant. *Midwives Chron* 95, 387-394
- Matejic, B., Milicevik, MS, Vasic, V., Djikanovic, B. (2014) Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14, 14-22
- Mathole, T., Lindmark, G., Majoko, F., Ahlberg, BM. (2004) A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery* 20, 122-132
- Matthews, G, Emo A, Funke, G, Zeidner, M, Roberts, R, Costa Jr., P, Schulze, R. (2006) Emotional intelligence, personality, and task-induced stress. *Journal of Experimental Psychology* 12, 2, 96-107

- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. (2004) Emotional Intelligence: Theory, Findings and Implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215
- McDonald, R. P. (1999) Test theory: A unified treatment. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Meriam-Webster Online Dictionary, Available from: www.merriam-webster.com/dictionary/experience [Accessed November 16, 2013]
- Milligan, R., Wingrove, BK., Richards, L., Rodan, M., Monroe-Lord, L., Jackson, V. (2002) Perceptions about prenatal care: Views of urban vulnerable groups. *BMC Public Health* 2, 25
- Ministry of Health, New Zealand (2002) Maternity services consumer satisfaction survey. Ministry of Health
- Moraitou, M. (2002) Research on postnatal depression in Greece. *Eleutho* 7, 1, 34-36
- Moraitou, M., Chatzitheodorou, M., Markou, A., Galanakis, M. (2009) Research on postnatal depression and its relation to the pre labour depression in first time Greek mothers. *Eleutho* 2, 55-65
- Moraitou, M., Galanakis, M. (2006) Comparative assessment of the Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) and the Beck Depression Inventory (BDI) in a sample of Greek new mothers. *Greek Journal of Gynaecology and Obstetrics* 4, 4251-4253
- Moraitou, M., Galanakis, M., Lamai, E., Garivaldis, F., Kalogianni, V. (2010) Postpartum depression in Cypriot New Mothers. *International Journal of Caring Sciences* 3, 2, 63-70
- Moraitou, M., Galanakis, M., Stalikas, A., Garivaldis, F. (2011) The relation of positive emotions to post partum depression. *Europe's Journal of Psychology* 1, 112-142
- Moraitou, M., Lykeridou, A. (2007) The value of childbirth for the development of positive emotions. *Nursing* 46, 4, 453-459
- Moraitou, M., Stalikas, A. (2004) Positive emotions during the transition to motherhood. *To Bima tou Asklypiou* 2, 4, 207-211
- Morgan, M., Fenwick, N., McKenzie, C., Wolfe, C. (1998) Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction. *Quality in Health Care* 7, 77-82

- Mpergiannaki, ID. (2000) Psychological and psychiatric disorders related to pregnancy. In Christodoulou, G. N. *Psychiatry*. Athens, Greece. Vita Medical Publications
- Mueller, J., Rubenstein, Long, D., Odio, M., Buckman, B., Zhang, Y., Halvorsen-Ganepola, M. (2013) A Meta-Analytic Structural Model of Dispositional Affectivity and Emotional Labor. *Personnel Psychology* 66, 1, 47-90
- Nielsen Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby Salvig, J., Secher, NJ. (2000) Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107, 1210-1217
- Nilsson, C., Lundgren, I. (2009) Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 25, 2
- Nolan, M. (2009) Information Giving and Education in Pregnancy: A Review of Qualitative Studies. *The Journal of Perinatal Education* 18, 4: 21-30
- Nonkonzo, M., Jantes, L. (2007) Women's perceptions and experiences of antenatal care rendered by midwives. Faculty of Health Sciences. Nelson Mandela Metropolitan University.
- Norman G.R. & Streiner L. (1994) *Biostatistics: the bare essentials*. St. Louis. MO: Mosby.
- Novick, G. (2009) Women's Experience of Prenatal Care: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health* 54, 3, 226-237
- O' Hara, M., Stuart, S., Gorman, L., Wenzel, A. (2000) Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Archives of General Psychiatry* 57, 1039-1045
- Oladapo O, Osiberu M. (2009) Do Sociodemographic Characteristics of Pregnant Women Determine their Perception of Antenatal Care Quality. *Maternal Child Health Journal* 13, 505-511
- Oropessa, RS., Landale, NS., Kenkre, TS. (2002) Structure, process and satisfaction with obstetricians: An analysis of mainland Puerto Ricans. *Med Care Res Rev* 59, 412-439
- Palmer, B., Donaldson, C., Stough, C. (2002) Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences* 33, 1091-1100
- Papastylianou, A., Polychronopoulos, M. (2007) Burnout, depression, role conflict and ambiguity in teachers. *Psychology* 14, 367-391
- Parker, J., Summerfeldt, L., Hogan, M.

- (2004) Emotional intelligence and academic success: examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences* 36, 1, 163-172
- Pecci-Chang, C., Santiago-Mottl, J., Culpepper, L., Heffner, L, McMahan, T, Lee-Parritz, A. (2010) The Birth of a Collaborative Model : Obstetricians, Midwives, and Family Physicians. *Journal of Midwifery & Women's Health* 55, 3, 216-225
- Picker's Institute (2009) Women's experiences of maternity care: towards the key indicators of quality, Picker's Institute, Europe.
- Proctor, S. (1998) What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth* 25, 85-93
- Raftopoulos, V. (2005) A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *ICU Nursing Web Journal* 22, April-June
- Rahmani, Z., Brekke, M. (2013) Antenatal and obstetric care in Afghanistan – a qualitative study among health care receivers and health care providers. *BMC Health Services Research* 13, 166-174
- Redshaw, M., Heikkila, K. (2010) *Delivered with care: a national Epidemiology Unit*, Oxford, University of Oxford
- Renkert, S., Nutbeam, D. (2001) Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int.* 16, 381-388
- Rising, S. (1998) Centering Pregnancy: An interdisciplinary model of empowerment. *Journal Nurse Midwifery* 43, 46-54
- Rivers, S., Brackett, M., Reyes, M., Mayer, J., Caruso, D., Salovey, P. (2012) Measuring Emotional Intelligence in Early Adolescence With the MSCEIT-YV: Psychometric Properties and Relationship With Academic Performance and Psychosocial Functioning. *Journal of Psychoeducational Assessment* 30, 4, 344-366
- Rode, J. (2015) The Role of Emotional Intelligence in Predicting Postpartum Depression. *Western Journal of Nursing Research*, 1-14
- Rooy, DL., Viswesvaran, C. (2004) Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior* 65, 1, 71-95

- Royal College of Midwives (2008) Meeting Women's Expectations. Royal College of Obstetricians, 12th November.
- Rudman, A., Waldenstrom, U & BE. (2007) Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing* 59, 5, 474-487
- Rudman, A., Waldenstrom, U. (2007) Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research* 7, 178-191
- Ruiz-Aranda, D., Extremera, N., Pineda- Galán, C. (2014) Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student healthy professionals: the mediating effect of perceived stress. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21, 2, 106-113
- Sapountzi-Krepia D, Raftopoulos V., Lavdaniti M., Psychogiou M., Tsiligiri M., Vehviläinen-Julkunen, K. (2010) The discrepancy between perceived importance and adequacy in discussing topics related to pregnancy and birthing in maternity services: the views of mothers giving birth in Northern Greece. *International Journal of Caring Sciences* Jan-April 3, 1, 40-48
- Sapountzi-Krepia D., Raftopoulos V., Psychogiou M. (2009) Mother's experiences of maternity services: internal consistency and test – retest reliability of the Greek translation of the Kuopio Instrument for Mothers. *Midwifery* 25, 691-700
- Sapountzi-Krepia, D., Lavdaniti, M., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Hong-Gu, H., Tortumluoglu, G., Vehviläinen-Julkunen, K. (2008) Greek mothers' perceptions of their co-operation with the obstetrician and the midwife in the delivery room. *International Journal of Caring Sciences* 1, 3, 124-131
- Sapountzi-Krepia, D., Vehviläinen-Julkunen, K. (2006) Maternity Care in Greece. *Nosileftiki* 45, 2, 160-168
- Schmied, V., Cooke, M., Gutwein, R., Steinlein, E., Horner, C. (2008) An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital-based postnatal care in a metropolitan Australian hospital. *Journal of Clinical Nursing* 18, 1850-1861
- Segre L., O'Hara M., Arndt S., Stuart S. (2007) The prevalence of postpartum depression. The relative significance of three social status indices, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42:316-321

- Shields, N., Turnbull, D., Reid, M., Holmes, A., McGinley, M., Smith, L.N. (1998) Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: A randomized controlled trial of 1299 women. *Midwifery* 14, 85-93
- Sitzia, J., Wood, N. (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine* 45, 1829-1843
- Smith, LFP. (2001) Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity and internal reliability. *Quality in Health Care* 10, 17-22
- Spurgeon, P., Hicks, C., Barwell, F. (2001) Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery* 17, 23-132
- Stamouli, SS. (2000) Postpartum Depression. In Christodoulou, G. N., Kontaksakis, V., & Oikonomou, M. *Preventive Psychiatry*. Athens, Greece, Vita Medical Publications
- Stylianides, C., Raftopoulos, V. (2014) Post-partum evaluation of women's satisfaction from the cooperation with the gynecologists and midwives in Cyprus: A pilot study. *Archives of Hellenic Medicine* 31, 3: 327-335
- Tandon, SD., Parillo, KM., Keefer, M. (2005) Hispanic women's perceptions of patient-centeredness during prenatal care: A mixed method study. *Birth* 32, 312-317
- Teate, A., Leap, N., Rising, S., Homer, C. (2011) Women's experiences of group antenatal care in Australia – the Centering Pregnancy Pilot Study. *Midwifery* 27, 138-145
- Teijlingen E, Hundley V, Rennie A, Graham W, Fitzmaurice A. (2003) Maternity Satisfaction Studies and Their Limitations: What is, Must Still Be Best. *BIRTH* 30, 75-82
- Thomas, T., Callister, L. (2013) *Becoming Mothers and Fathers: The Perspectives of New Parents*. Intermountain Healthcare/Brigham Young University College of Nursing Research Conference
- Tsetsila E., Lavdaniti M., Psychogiou M., Fountoukis S., Tsiligiri M., Sapountzi-Krepia D. (2010) New mothers' perceptions regarding maternity care services provided in a prefecture of Northern Greece. *International Journal of Caring Sciences* Sep-Dec 3, 3
- United Nations, World Population Ageing (2013)
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf> (16/12/2015)

- Vanagiene V, Zilaitiene B, Vanagas T. (2009) Do the quality of health care services provided at personal health care institutions of Kaunas city and access to it meet expectations of pregnant women. *Medicina* 45, 8, 652-654
- Vigod, SN., Villegas, L., Dennis, C-L., Ross, LE. (2010) Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG* 117, 5, 540-550
- Vivilaki, V., Dafermos, V., Kogevinas, M., Bitsios, P., Lionis, C. (2009) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. *BMC* 9:329, 1-11
- Wagner, P., Ginger MC, Grant, MM, Gore, JR, Owens, C. (2002) Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Family Medicine* 34, 750-754
- 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* 85, 551-560
- Wang, Z., Wenchao, S., Zhou, H. (2012) Midwife-led care model for reducing caesarean rate: A novel concept for worldwide birth units where standard obstetric care still dominate. *Journal of Medical Hypotheses and Ideal* 6, 1:28-31
- Ware, JE., Berwick, DM. (1990) Conclusions and recommendations. *Medical Care* 28, 9: 39-40
- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., Faragher, B. (1996) Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *The British Journal of Psychiatry* 168, 607-611
- WHO (2015) www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/
- WHO (2011) *World Health Statistics 2011*. Geneva
- Wiegers, T. (2009) The quality of maternity of care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth* 9,18
- Williamson, S., Thomson, A. (1996) Women's satisfaction with antenatal care in a changing maternity service. *Midwifery* 12, 198-204
- Wisner, KL., Gelenberg, AJ., Leonard, H., Zarin, D., Frank, E. (1999) Pharmacologic Treatment of Depression During Pregnancy. *Journal of American Medical Association* 283, 13, 1264-1269

- Wong, C., Law, K. (2002) The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13, 243-274
- World Health Organisation (WHO) (2004) Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant: A Joint Statement by WHO, ICM, FIGO, Geneva, Switzerland
- Xie, RH., HE, G., Koszycki, D., Walker, M., Wen, SW. (2009) Prenatal social support, postnatal social support and postpartum depression. *Annals of Epidemiology* 19, 9, 637-643
- Yim, IS., Tanner Stapleton, LR., Guardino, CM., Hahn-Holbrook, J., Dunkel Schetter, C. (2015) Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology* 11, 99-137
- Zeidner, M., Shani-Zinovich, I., Gerals, M., Roberts, R. (2005) Assessing emotional intelligence in gifted and non-gifted high school students: Outcomes depend on the measure. *Intelligence* 33, 369-391
- Έκθεση Υπουργείου Υγείας-Περιγεννητικοί Δείκτες Υγείας για το 2007-2013, 2015, www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/4C6E956BEF3F6B3AC22579C600279631?
- Ραφτόπουλος, Β. (2009) Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Λευκωσία.
- Ραφτόπουλος Β. (2011) Συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha: χρήσιμος ή καταχρηστικός δείκτης; Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής, Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Φροντίδας, Λευκωσία.
- Στυλιανίδης Κ. (2016) Αξιολόγηση των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών στην Κύπρο κατά την κύηση και τον τοκετό. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας».
- Ερευνητικό Πρόγραμμα BrEaST start in life: *Addressing social inequalities and supporting breastfeeding through inclusion activities*. Τελική Έκθεση Αποτελεσμάτων (2015): (http://www.breastfeeding-cyprus.org/sites/default/files/reports/BrEaST_WP3report.pdf)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητή

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

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

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

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

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε διευκρίνιση παρακαλώ μην διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον Δρα Στυλιανίδη στο τηλέφωνο **99458566**

1. ΗΛΙΚΙΑ: _____ (χρόνια)

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρη 5

Παντρεμένη 4

Χωρισμένη 3

Χήρα 2

Συμβίωση 1

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

ΔΗΜΟΤΙΚΟ 1

ΓΥΜΝΑΣΙΟ 2

ΛΥΚΕΙΟ 3

ΚΟΛΛΕΓΙΟ 4

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ 5

ΜΑΣΤΕΡ 6

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ 7

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ 1

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ 2

ΑΝΕΡΓΗ 3

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ 4

ΕΡΓΑΤΡΙΑ 5

ΟΙΚΙΑΚΑ 6

Άλλο _____

5. Ποιος τοκετός είναι αυτός;

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

6. Αριθμός τοκετών

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

7. Ο τελευταίος σας τοκετός ήταν:

φυσιολογικός τοκετός

καισαρική τομή

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

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

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

10. Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς θα αξιολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο; _____

11. ΕΑΝ μπορούσατε να επιλέξετε, πού θα προτιμούσατε να γεννήσετε;

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

12. Θα πρότεινα το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποια γνωστή μου για τοκετό

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω
4	3	2	1	0

Τις τελευταίες 7 ημέρες:

13. Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων:

0	1	2	3
Όπως πάντα	Όχι τόσο πολύ, πλέον	Σίγουρα όχι τόσο τώρα	Καθόλου

14. Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα:

0	1	2	3
Όπως πάντα	Όχι τόσο τώρα, όπως παλιότερα	Σίγουρα λιγότερο τώρα, από ότι συνήθιζα	Καθόλου

15. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς αιτία, όταν κάτι πήγαινε στραβά:

3	2	1	0
Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	Όχι, ποτέ

16. Ήμουν αγχωμένη ή στενοχωρημένη χωρίς σοβαρό λόγο:

0	1	2	3
Όχι, καθόλου	Πολύ σπάνια	Ναι, μερικές φορές	Ναι, πολύ συχνά

17. Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο:

3	2	1	0
Ναι, αρκετά συχνά	Ναι, μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	Όχι, ποτέ

18. Πνιγόμουν από τις καταστάσεις:

3	2	1	0
Ναι, τις περισσότερες φορές δεν είμαι καθόλου σε θέση να ανταπεξέλθω	Ναι, μερικές φορές δεν μπορούσα να ανταπεξέλθω όπως συνήθως	Όχι, τις περισσότερες φορές ανταπεξέρχομαι αρκετά καλά	Όχι, ανταπεξέρχομαι το ίδιο καλά όπως πάντα

19. Ήμουν τόσο λυπημένη, που είχα δυσκολία να κοιμηθώ:

3	2	1	0
Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	Όχι, καθόλου

20. Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη:

3	2	1	0
Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, αρκετά συχνά	Όχι τόσο συχνά	Όχι, καθόλου

21. Ήμουν τόσο λυπημένη που έκλαιγα:

3	2	1	0
Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, αρκετά συχνά	Μόνο περιστασιακά	Όχι, καθόλου

22. Είχε περάσει από την σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου:

3	2	1	0
Ναι, αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σχεδόν ποτέ	Ποτέ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το πώς διαχειρίζεστε/αντιμετωπίζετε τα συναισθήματά σας γενικά. Κυκλώστε το βαθμό που εκφράζει το πώς αισθάνεστε από 1 (διαφωνώ απόλυτα) ως 7 (συμφωνώ απόλυτα).

		Διαφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ Απόλυτα
23	Τις περισσότερες φορές καταλαβαίνω (έχω μια καλή αίσθηση) το γιατί αισθάνομαι τα συναισθήματα που νοιώθω (έτσι όπως αισθάνομαι).	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
24	Πάντα μπορώ να καταλάβω πώς αισθάνονται οι φίλοι μου με βάση την συμπεριφορά τους	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
25	Πάντα θέτω στόχους για τον εαυτό μου και μετά βάζω τα δυνατά μου για να τους πετύχω	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
26	Μπορώ με τη λογική να ελέγξω τον θυμό μου και να αντεπεξέλθω τις δυσκολίες.	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
27	Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
28	Είμαι καλός παρατηρητής των συναισθημάτων των άλλων	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
29	Πάντα λέω στον εαυτό μου' ότι είμαι ένα άξιο και ικανό άτομο.	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
30	Είμαι απόλυτα ικανός να ελέγξω τα συναισθήματά μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
31	Πάντα καταλαβαίνω πώς αισθάνομαι πραγματικά	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
32	Είμαι ευαίσθητος στα συναισθήματα και την συγκινησιακή κατάσταση των άλλων ανθρώπων	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
33	Είμαι ένα άτομο με ισχυρά κίνητρα	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
34	Όταν θυμώνω, πάντα μπορώ να ηρεμήσω γρήγορα	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
35	Πάντα γνωρίζω αν είμαι χαρούμενος ή όχι	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
36	Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων των ανθρώπων γύρω μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
37	Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
38	Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	

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

1 Ναι 2 Όχι 3 Δεν θυμάμαι

40. Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο νοσοκομείο; _____

41. Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν οι μαιείς; _____

42. Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις διοικητικές υπηρεσίες; _____

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

44. Ποιο ή ποια θεωρείτε το/τα πιο σπουδαίο/α στην φροντίδα σας στο νοσοκομείο;

Όλα	<input type="checkbox"/>	8
Η ενημέρωση από το προσωπικό	<input type="checkbox"/>	7
Ο σεβασμός από το προσωπικό	<input type="checkbox"/>	6
Το ενδιαφέρον του προσωπικού	<input type="checkbox"/>	5
Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό	<input type="checkbox"/>	4
Οι ανέσεις του Τμήματος (δωμάτιο, καθαριότητα)	<input type="checkbox"/>	3
Το φαγητό	<input type="checkbox"/>	2
Η ευγένεια του προσωπικού	<input type="checkbox"/>	1
Η επικοινωνία με το προσωπικό	<input type="checkbox"/>	0

45. Γιατί επιλέξετε αυτό το Νοσοκομείο για τον τοκετό σας;

Γιατί έχω τον γιατρό μου	<input type="checkbox"/>	9
Για την φήμη του ότι προσφέρει ποιότητα	<input type="checkbox"/>	8
Γιατί έχει καλούς γιατρούς	<input type="checkbox"/>	7
Γιατί έχει καλές μαιίες	<input type="checkbox"/>	6
Μετά από σύσταση γνωστού μου	<input type="checkbox"/>	5
Γιατί έχω ξανάρθει	<input type="checkbox"/>	4
Γιατί είναι κοντά στο σπίτι μου	<input type="checkbox"/>	2
Γιατί είναι δημόσιο	<input type="checkbox"/>	1

Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν στην συνεργασία με τον **ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ** στην **ΑΙΘΟΥΣΑ ΤΟΚΕΤΟΥ**.

Αξιολογήστε, βάσει των εμπειριών σας από την γέννα σας, πόσο καλά αντιμετωπίστηκαν τα παρακάτω θέματα

	Απόλυτα επαρκώς	Σχεδόν επαρκώς	Σχεδόν ανεπαρκώς	Απόλυτα ανεπαρκώς	Δε θυμάμαι
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	1	2	3	4	5
Σε περιπτώσεις που έπρεπε να πάρω απόφαση, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν	1	2	3	4	5
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	1	2	3	4	5
Μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου	1	2	3	4	5

κάποιες συσκευές και εργαλεία					
Ένοιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου	1	2	3	4	5
Υποστήριζε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	1	2	3	4	5
Η ιατρική αγωγή που έλαβα ήταν σύμφωνη με τις προσδοκίες μου	1	2	3	4	5
Σεβάστηκε το σώμα μου στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες	1	2	3	4	5
Μου εξήγησε τους λόγους για τους οποίους ακολουθήθηκαν οι διάφορες διαδικασίες	1	2	3	4	5
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την αγωγή	1	2	3	4	5

Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν στην συνεργασία με τη **ΜΑΙΑ** στην **ΑΙΘΟΥΣΑ ΤΟΚΕΤΟΥ**. Αξιολογήστε, βάσει των εμπειριών σας από την πιο πρόσφατη γέννα σας, πόσο καλά αντιμετωπίστηκαν τα παρακάτω θέματα.

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

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

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

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

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

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

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

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!

Άδεια Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2013.01.80

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

12 Ιουλίου 2013

Δρ. Κωνσταντίνο Στυλιανίδη
Ελευθερίας 13
2640 Ανάγυια
Λευκωσία

Θέμα: «Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών σε νοσοκομεία της Κύπρου κατά την διάρκεια της κύησης και του τοκετού»

Αναφέρομαι στην επιστολή σας που καταθέσατε στις 09 Ιουλίου 2013 για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, πρωτόκολλο, έντυπο ενημέρωσης/συγκατάθεσης, και ερωτηματολόγιο), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω αντιληφθεί ότι:

1. Η έρευνα που θα διεξάγετε στα πλαίσια της διατριβής σας στηρίζεται στη διανομή και συλλογή ανώνυμου ερωτηματολογίου σε λεχωίδες που έχουν γεννήσει σε μαιευτικές κλινικές της Κύπρου
2. Δεν θα υπάρξει από δικής σας πλευράς οποιαδήποτε επέμβαση στις συμμετέχουσες για τη λήψη οποιασδήποτε βιολογικής ουσίας για οποιοσδήποτε εξετάσεις και
3. Δεν τίθεται θέμα παροχής οποιασδήποτε ιατρικής φροντίδας προς τις συμμετέχουσες.

Σύμφωνα με όλα τα πιο πάνω, έχω την άποψη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν χρήζει οποιασδήποτε βιοηθικής αξιολόγησης από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στην διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Μιχάλης Βωνιάτης

Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.158

Αρ. Τηλ.: 22818303

12 Σεπτεμβρίου 2013

Κύριο Κωνσταντίνο Στυλιανίδη

Ελευθερίας 13

2640 Ανάγκια

Λευκωσία

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας Δεδομένων σχετικά με έρευνα του Δρ Κωνσταντίνου Στυλιανίδη, ιατρού-μαιευτήρα/χειρουργού γυναικολόγου, στα πλαίσια διατριβής στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου με θέμα: «Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών σε νοσοκομεία της Κύπρου κατά την διάρκεια της κύησης και του τοκετού» με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου

Αναφέρομαι στην επιστολή σας προς τον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 6.9.2013, με την οποία υποβάλατε το πιο πάνω έντυπο Γνωστοποίησης, καθώς και στο ηλεκτρονικό μήνυμα σας ημερομηνίας 11.9.2013 με το οποίο διευκρινίσατε/συμπληρώσατε/διορθώσατε τα σημεία «Γ», «Ε» και «Η» (σκοπός της επεξεργασίας, είδος δεδομένων, αποδέκτες) και σας πληροφορώ ότι η εν λόγω Γνωστοποίηση φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012), στο εξής «ο Νόμος», και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

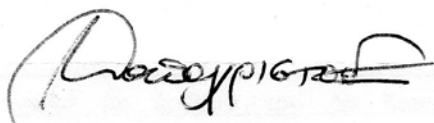
Σας υπενθυμίζω ότι όσον αφορά τα μέτρα ασφάλειας και προστασίας των δεδομένων σε χάρτινη/έντυπη μορφή (σημείο «Θ» της Γνωστοποίησης) θα πρέπει να τηρήσετε τη δέσμευσή σας που αναφέρατε στη τηλεφωνική συνομιλία μας ημερομηνίας 11.9.2013 και τα απαντημένα ερωτηματολόγια σε χάρτινη μορφή να βρίσκονται κλειδωμένα σε κάποιο χώρο μέχρι την ημερομηνία καταστροφής τους (σε ένα χρόνο από σήμερα), όπως έχετε υποχρέωση εκ των άρθρων 10(3) και 4(1)(ε) του Νόμου, αντίστοιχα:

«(3) Ο υπεύθυνος επεξεργασίας οφείλει να λαμβάνει τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας. Αυτά τα μέτρα πρέπει να εξασφαλίζουν επίπεδο ασφάλειας ανάλογο προς τους κινδύνους που

συνεπάγεται η επεξεργασία και η φύση των δεδομένων που είναι αντικείμενο της επεξεργασίας.».

«4.-(1) Ο υπεύθυνος επεξεργασίας διασφαλίζει ότι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα-

.....
(ε) διατηρούνται σε μορφή που να επιτρέπει τον προσδιορισμό της ταυτότητας των υποκειμένων τους μόνο κατά τη διάρκεια της περιόδου που απαιτείται για την πραγματοποίηση των σκοπών της συλλογής τους και της επεξεργασίας τους. ... ».



(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαπ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.3Ε
Αρ. τηλ:22605738
Email:igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου:0137/2013

5 Νοεμβρίου 2013

Δρ. Κωνσταντίνος Στυλιανίδης
Ελευθερίας 13, 2640
Ανάγυια , Λευκωσία

Θέμα: Αίτημα για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων μαιευτικών υπηρεσιών σε νοσοκομεία της Κύπρου κατά την διάρκεια της κύησης και του τοκετού» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 17/9/2013 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας εγκρίνει το αίτημα σας.

Νοείται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασία σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

(Ειρήνη Γεωργίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν: ΠΛΥ
Αν. Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ORIGINAL PAPER

Αξιολόγηση της ικανοποίησης των λεχιδών από τη συνεργασία με το γυναικολόγο και τη μαία στην Κύπρο Πιλοτική έρευνα

ΣΚΟΠΟΣ Η αξιολόγηση της συνεργασίας των λεχιδών με τη μαία και τον ιατρό κατά την κύηση και τον τοκετό. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 167 λεχίδες. Χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε την κλίμακα KIM (Kuorio Instrument for Mothers), που είναι μεταφρασμένη και σταθμισμένη σε ελληνικό πληθυσμό. Για τη διασφάλιση της εγκυρότητας δομής και περιεχομένου του ερωτηματολογίου ανασκοπήθηκε η σχετική βιβλιογραφία. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος ήταν δημόσιες και ιδιωτικές υπάλληλοι, παντρεμένες και απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ο γυναικολόγος επαρκώς (απολύτως και σχεδόν) σεβάστηκε το σώμα τους στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες, τους εξήγησε τους λόγους για τους οποίους ακολουθήθηκαν οι διάφορες διαδικασίες και τους πληροφορούσε για την πορεία του τοκετού. Αυτά που φαίνεται να μην αναπτύχθηκαν επαρκώς είναι τα ακόλουθα: (α) Δεν εξηγήθηκε γιατί απαιτούνταν στη γέννα κάποιες συσκευές και εργαλεία και (β) οι γυναίκες δεν ένοιωθαν ότι μπορούσαν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα. Η μαία επαρκώς (απολύτως και σχεδόν) σεβάστηκε το σώμα τους στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες, τις ενημέρωσε για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από το άλγος (π.χ. κίνηση, αναπνοές) και οι γυναίκες μπορούσαν να εκφράσουν ελεύθερα τα δικά τους συναισθήματα για τον τοκετό. Αυτά που φαίνεται να μην αναπτύχθηκαν επαρκώς είναι: (α) Ο σχεδιασμός της γέννας μαζί με τη μαία και (β) η εξήγηση γιατί απαιτούνταν στη γέννα κάποιες συσκευές και εργαλεία. Η δοκιμασία t-test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία των γυναικών στην κλίμακα συνεργασίας με το γυναικολόγο μεταξύ όσων γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και με καισαρική τομή, μεταξύ των νέων και των λιγότερο νέων γυναικών και μεταξύ όσων απάντησαν ότι εάν μπορούσαν να επιλέξουν θα προτιμούσαν να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό και όσων απάντησαν ότι θα επέλεγαν την καισαρική τομή. Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν στατιστικώς σημαντικά ($p=0,021$) καλύτερη συνεργασία με τη μαία έναντι εκείνων που γέννησαν με καισαρική τομή. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι γυναίκες χρήστες των μαιευτικών υπηρεσιών του δημόσιου τομέα στην Κύπρο δήλωσαν ικανοποιημένες από τη συνεργασία που είχαν τόσο με τη μαία όσο και με το γυναικολόγο κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά και του τοκετού, με μικρή υπεροχή των μαιών έναντι των γυναικολόγων. Το είδος του τοκετού αποτελεί ίσως τον πλέον καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει αυτή τη συνεργασία, με τις γυναίκες που προχώρησαν σε φυσιολογικό τοκετό να αναφέρουν πιο ισχυρή συνεργασία με τη μαία παρά με το γυναικολόγο.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), των εγκύων γυναικών και των επαγγελματιών υγείας για είναι σημαντική η οικοδόμηση μιας καλής σχέσης μεταξύ τη συμμόρφωση των γυναικών με τις οδηγίες τους.¹ Η συ-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(3):327-335
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(3):327-335

Κ. Στυλιανίδης,
Β. Ραφτόπουλος

Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Φροντίδας, Λεμεσός, Κύπρος

Post-partum evaluation of women's satisfaction from the cooperation with the gynecologists and midwives in Cyprus: A pilot study

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Ικανοποίηση
Κύηση
Περιγεννητική φροντίδα
Ποιότητα φροντίδας

Υποβλήθηκε 9.9.2013
Εγκρίθηκε 24.9.2013

νεργασία αυτή βασίζεται στους εξής πέντε άξονες: Γλώσσα, σεβασμός, εξατομίκευση της φροντίδας, υποστήριξη και παροχή πληροφοριών.² Η ιατρική ορολογία πολλές φορές είναι άγνωστη και δυσνόητη για τη μέση επίτοκο, δυσχεραίνοντας έτσι την επικοινωνία και τη συνεργασία των δύο πλευρών. Αυτό επιτείνεται σε περιπτώσεις όπου είτε ο επαγγελματίας υγείας είτε η επίτοκος είναι διαφορετικής εθνικότητας.

Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι γυναίκες αισθάνονται ότι τυγχάνουν σεβασμού και διαφυλάττεται η αξιοπρέπειά τους με τον τρόπο που αντιμετωπίζονται από το προσωπικό, η συνεργασία είναι αποτελεσματική, οι γυναίκες δηλώνουν ικανοποιημένες και συμμετέχουν περισσότερο ενεργά στη φροντίδα τους. Αντίθετα, η συνεργασία καθίσταται δυσχερής στις περιπτώσεις όπου στις σχέσεις των δύο πλευρών κυριαρχεί η προκατάληψη και η διάκριση, κατακερματίζοντας κάθε έννοια σεβασμού (αλλοεθνείς, χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, ανασφάλιστες, έγκυες γυναίκες χωρίς σύντροφο, γυναίκες υπό την επίβλεψη των κρατικών κοινωνικών υπηρεσιών και άστεγες).^{3,4} Σε αυτές τις περιπτώσεις οι γυναίκες αναζητούν λιγότερο συχνά μαιευτικές υπηρεσίες.⁵

Η εξατομίκευση της φροντίδας για την κάθε επίτοκο αποτελεί επίσης σημαντική πτυχή για την επίτευξη μιας καλής συνεργασίας με το προσωπικό. Σημαντικό για τις γυναίκες είναι να μπορεί ο κάθε επαγγελματίας να τις ακούει, να σχεδιάζει ένα πρόγραμμα εποπτείας και θεραπείας που να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους, αλλά και να λαμβάνει υπ' όψη τις ιδιαίτερες ψυχικές και κοινωνικές τους ανάγκες,⁶ σεβόμενος τις θρησκευτικές και τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της κάθε γυναίκας.⁷ Σε αντίθετη περίπτωση, δηλαδή εκεί όπου οι γυναίκες αισθάνονται ότι η εξέταση δεν ήταν καν ατομοκεντρική αλλά μηχανιστική και απρόσωπη και τύγχαναν αντιμετώπισης ως εάν ήταν ένας απλός αριθμός ή φάκελος, οι σχέσεις τους με το προσωπικό παρέμεναν τυπικές και αδιάφορες, δημιουργώντας την αίσθηση δυσaráεσκιας και μειώνοντας την επιθυμία προσέλευσης στις επόμενες επισκέψεις.⁸

Οι γυναίκες επιζητούν από το προσωπικό να δείχνει έμπρακτο ενδιαφέρον,⁹ να παρέχει συναισθηματική στήριξη¹⁰ και να δείχνει ενσυναίσθηση για τις ανησυχίες και τα προβλήματά τους.¹¹ Αυτό δημιουργεί απόλυτες συνθήκες εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο πλευρών. Μεγαλύτερη άνεση υπάρχει όταν το προσωπικό διαθέτει χιούμορ⁹ και χρησιμοποιεί τις γνώσεις που έχουν αποκτηθεί από την εμπειρία του.¹¹

Ουσιώδης είναι η ανάπτυξη φιλικών σχέσεων ανάμεσα στις γυναίκες και το προσωπικό,¹² στοιχείο το οποίο από κοινού με την καλή επικοινωνία βελτιώνει την ικανοποίηση.¹³ Οι γυναίκες οι οποίες στο μαιευτικό τους ιστορικό

παρουσιάζουν πολλαπλές αποβολές, επιπλοκές κατά την αρχή της κύησης και επεμβατικούς τοκετούς απαιτείται να έχουν μια πιο στενή σχέση με τις μαιές.¹⁴

Όταν το προσωπικό διαθέτει επαγγελματικές δεξιότητες¹⁵ χρόνο για να παρέχει πληροφορίες¹⁶ και επεξηγήσεις στις γυναίκες αναφορικά με τις διάφορες μαιευτικές πράξεις ή διαδικασίες³ και δίνει την ευκαιρία να ερωτηθεί και να απαντήσει στις απορίες των επιτόκων,⁸ δημιουργούνται αυτόματα συνθήκες άριστων σχέσεων και εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο πλευρών και αναπόφευκτα καλές σχέσεις συνεργασίας. Το αντίθετο συμβαίνει όταν το προσωπικό δεν ακούει τις γυναίκες,¹¹ αντιμετωπίζει τις ερωτήσεις τους ως μη σημαντικές¹⁷ ή δεν παρέχει ικανοποιητικές εξηγήσεις και απαντήσεις.⁸

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η αξιολόγηση της συνεργασίας των γυναικών τόσο με τη μαιά όσο και με τον ιατρό κατά την κύηση και τον τοκετό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε την κλίμακα KIM (Kuorio Instrument for Mothers), που είναι μεταφρασμένη και σταθμισμένη σε ελληνικό πληθυσμό.¹⁸ Οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου ήταν: Η ύπαρξη του ερωτηματολογίου σε ελληνική μορφή, η αξιολόγηση που προσφέρει ως προς τις εμπειρίες των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του (δοκιμασίας και επαναδοκιμασίας), καθώς και η πολιτισμική του προσαρμογή σε ελληνικό πληθυσμό.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα προσώπου του ερωτηματολογίου δόθηκε σε μια ομάδα 5 ατόμων (ερευνητές, μαιές και ιατρούς), οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν πόσο κατάλληλες ήταν οι ερωτήσεις για το σκοπό της έρευνας και να προτείνουν πιθανές γλωσσικές αλλαγές. Τα σχόλιά τους ελήφθησαν υπ' όψη για τη διαμόρφωση της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου. Για τη διασφάλιση της εγκυρότητας δομής και περιεχομένου του ερωτηματολογίου ανασκοπήθηκε η αντίστοιχη βιβλιογραφία και καταλήξαμε στη χρησιμοποίηση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Για τη χρήση της ελληνικής έκδοσης ελήφθη άδεια από τους δημιουργούς της.

Ακολούθησε πιλοτική μελέτη του ερωτηματολογίου σε δείγμα 5 γυναικών με τη χρήση συμπληρωματικής συνέντευξης για περαιτέρω σχόλια και για την αξιολόγηση του βαθμού κατανόησης των ερωτήσεων. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στις λεχωίδες που νοσηλεύονταν στο θάλαμο νοσηλείας τη δεύτερη ημέρα μετά από φυσιολογικό τοκετό και την τρίτη ημέρα μετά από καισαρική τομή. Μετά από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, επιστρεφόνταν σε κλειστό φάκελο και τοποθετείτο σε κάλη, σε μια προσπάθεια διασφάλισης της μέγιστης δυνατής ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας. Εξηγήθηκε στις γυναίκες ο σκοπός της έρευνας και ότι θα μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωσή

του ερωτηματολογίου εάν το επιθυμούσαν χωρίς να έχουν κάποια επίπτωση στη φροντίδα τους.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν (α) η επιθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα, (β) η ηλικία >18 ετών, (γ) η γνώση της ελληνικής γλώσσας και (δ) ο τοκετός να έχει πραγματοποιηθεί στο νοσοκομείο.

Εξασφαλίτηκαν οι σχετικές άδειες από τις αρμόδιες αρχές ύστερα από κατάθεση του πρωτοκόλλου της έρευνας.

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες IBM-SPSS 19 (Statistical Package for Social Sciences). Οι στατιστικές δοκιμασίες που επιλέχθηκαν για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των μεταβλητών της έρευνας ήταν οι ακόλουθες: (α) Η δοκιμασία χ^2 , που χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί αν δύο κατηγορικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες και αν οι κατανομές των μεταβλητών είναι ίδιες, (β) η δοκιμασία Student's t-test, που εφαρμόστηκε για την εκτίμηση της διαφοράς των μεταβλητών στις μέσες τιμές τους (γ) η δοκιμασία ANOVA, η οποία επιχείρησε να αναδείξει την επίδραση των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών σε μια διαστημική εξαρτημένη μεταβλητή, (δ) η ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ δύο μεταβλητών και (ε) ο συντελεστής εσωτερικής συνέφειας Cronbach's alpha.

Περιορισμοί

Τα ευρήματα της εργασίας έχουν συγκεκριμένους περιορισμούς. Αρχικά, στην έρευνα συμμετείχαν στη συντριπτική τους πλειοψηφία Ελληνοκύπριες που μπορούσαν να διαβάσουν Ελληνικά, καθώς το ερωτηματολόγιο ήταν διατυπωμένο στην ελληνική γλώσσα. Το γεγονός αυτό από μόνο του λειτουργεί περιοριστικά στην αποτύπωση των απόψεων της μεγαλύτερης μάζας γυναικών που χρησιμοποιούν τις μαιευτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου στο οποίο διεξήχθη η έρευνα, οι οποίες είναι διαφορετικής εθνικότητας. Ακόμη, το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια διανέμονταν από λειτουργούς υγείας (ιατρούς, μαίες), συνυπολογίζοντας ότι η χρονική στιγμή που πραγματοποιείτο αυτό ήταν κατά τη νοσηλεία τους και όχι αργότερα στο σπίτι χωρίς να εξαρτώνται από τον ιατρό ή τη μαία, πιθανότατα να επηρέαζε τις γυναίκες σε μια πιο θετική αποτύπωση θέσεων. Εξάλλου, από έρευνες προκύπτει ότι απαιτείται χρόνος προσαρμογής στη νέα οικογενειακή κατάσταση για τις γυναίκες και ότι πιθανές αρνητικές εμπειρίες και συναισθήματα περιγράφονται αρνητικά μετά από την παρέλευση χρονικού διαστήματος 7–12 μηνών. Τέλος, οι απόψεις των γυναικών που είχαν ενδομήτριο θάνατο ή που το νεογνό τους κατέληξε μετά τον τοκετό δεν αποτυπώθηκαν, καθ' όσον αποκλείστηκαν από την έρευνα. Τα αποτελέσματα ενδεχομένως να ήταν διαφορετικά σε αντίθετη περίπτωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 167

λεχίδες. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 1, η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος ήταν δημόσιες και ιδιωτικές υπάλληλοι, παντρεμένες και απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 30,58±0,70 έτη, με ελάχιστη τιμή τα 18 και μέγιστη τα 46 έτη. Η διάμεση ηλικία ήταν τα 29 έτη. Ο τοκετός αυτός για το 40,9% των γυναικών ήταν ο πρώτος, για το 32,3% ο δεύτερος και για το 22,98% ο τρίτος. Οι μισές γυναίκες δεν δήλωσαν κάποιον πρόωρο τοκετό, ενώ το 42% δήλωσαν από έναν έως δύο πρόωρους τοκετούς. Μόλις το 38% των γυναικών δεν ανέφερε κάποια αποβολή ή άμβλωση. Ο τελευταίος τοκετός, για το 60% των γυναικών έγινε με φυσιολογικό τρόπο και για το 40% με καισαρική τομή. Το 88% των γυναικών δήλωσε ότι, εάν μπορούσαν να επιλέξουν το είδος του τοκετού, θα προτιμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά. Η δοκιμασία χ^2 έδειξε ότι μεταξύ των γυναικών που γέννησαν με καισαρική, το 74,5% θα επιθυμούσε να γεννήσει φυσιολογικά εάν μπορούσαν να επιλέξουν το είδος τοκετού, σε αντίθεση με όσες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, που απάντησαν

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος.

Μεταβλητή	n	%
<i>Επάγγελμα</i>		
Δημόσια υπάλληλος	64	38,8
Ιδιωτική υπάλληλος	53	32,1
Άνεργη	14	8,5
Φοιτήτρια	4	2,4
Εργάτρια	3	1,8
Οικιακά	18	10,9
Άλλο	9	5,5
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>		
Συμβίωση	8	4,8
Διαζευγμένη	1	0,6
Παντρεμένη	146	88,5
Ανύπανδρη	10	6,1
<i>Εκπαίδευση</i>		
Δημοτικό	2	1,2
Γυμνάσιο	8	4,8
Λύκειο	29	17,6
Κολέγιο	34	20,6
Πανεπιστήμιο	74	44,8
Master	16	9,7
Διδακτορικό	2	1,2
Χρήση διαδικτύου για αναζήτηση πληροφοριών για τον τοκετό	131	78,4

όλες ότι επιθυμούσαν το φυσιολογικό τοκετό ($p < 0,001$).

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος μόνο το επίπεδο εκπαίδευσης φάνηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά ($p = 0,003$) με την επιλογή του τοκετού. Πιο συγκεκριμένα, το 96% των αποφοίτων Κολεγίου, το 95,5% των αποφοίτων Πανεπιστημίου, το 87,5% των αποφοίτων Γυμνασίου, το 78,6% των αποφοίτων Λυκείου και το 64,7% των κατόχων Master ή διδακτορικού δήλωσαν ότι, εάν μπορούσαν να επιλέξουν το είδος του τοκετού, θα προτιμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά. Στην ερώτηση «εάν μπορούσατε να επιλέξετε, πού θα προτιμούσατε να γεννήσετε για την πρώτη γέννα;», οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν σε μαιευτήριο με κάποιες ημέρες νοσηλείας μετά τον τοκετό, ενώ μόλις το 1,81% απάντησαν στο σπίτι παρουσία μαιάς ή ιατρού. Παρόμοιες ήταν και οι απαντήσεις για το δεύτερο τοκετό, με τη γέννα στο σπίτι παρουσία μαιάς ή ιατρού να ανέρχεται στο 2,46%.

Στην ερώτηση από 0 (πολύ δύσκολη) έως 10 (πολύ εύκολη) «πώς θα περιγράφατε την εμπειρία της γέννας σας», η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν $5,80 \pm 2,60$, η διάμεση ήταν 6,5 και οι απαντήσεις κυμάνθηκαν από 0–10. Η δοκιμασία t-test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,650$) στην εμπειρία του τοκετού μεταξύ των νέων ($5,92 \pm 2,75$) και των λιγότερο νέων γυναικών ($5,72 \pm 2,45$), ούτε ($p = 0,437$) και μεταξύ όσων γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ($5,97 \pm 2,92$) ή με καισαρική τομή ($5,62 \pm 2,68$). Δεν υπήρξε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,070$) ανάμεσα στην εμπειρία του τοκετού και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρασχέθηκαν στο νοσοκομείο.

Αξιολόγηση της συνεργασίας με το γυναικολόγο και με τη μαιά

Προκειμένου να αξιολογηθεί η συνεργασία των γυναικών με το(τη) γυναικολόγο, οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 10 ερωτήσεις (1: απόλυτα επαρκώς, 2: σχεδόν επαρκώς, 3: σχεδόν ανεπαρκώς, 4: απόλυτα ανεπαρκώς, 5: δεν θυμάμαι). Στον πίνακα 2 φαίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά απαντήσεων σε καθεμιά ερώτηση. Όπως διαπιστώνεται, ο γυναικολόγος επαρκώς (απολύτως και σχεδόν) σεβάστηκε το σώμα τους στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες, εξήγησε στις γυναίκες τους λόγους για τους οποίους ακολουθήθηκαν οι διάφορες διαδικασίες και τις πληροφορούσε για την πορεία του τοκετού. Αυτά που φάνηκε να μην αναπτύχθηκαν επαρκώς ήταν τα θέματα των απαντήσεων: (α) Δεν μου εξήγησε γιατί χρειαζόνταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία και (β) δεν ένιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τον τοκετό μου.

Αντίστοιχα, για να αξιολογηθεί η συνεργασία των γυναικών με τη μαιά, οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 14 ερωτήσεις (1: απόλυτα επαρκώς, 2: σχεδόν επαρκώς, 3: σχεδόν ανεπαρκώς, 4: απόλυτα ανεπαρκώς, 5: δεν θυμάμαι). Στον πίνακα 3 φαίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά απαντήσεων σε καθεμιά ερώτηση. Όπως διαπιστώνεται, η μαιά επαρκώς (απολύτως και σχεδόν) σεβάστηκε το σώμα τους στις διάφορες εξετάσεις και διαδικασίες, τις ενημέρωσε για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από το άλγος (π.χ. κίνηση, αναπνοές) και μπορούσαν να εκφράσουν ελεύθερα τα δικά τους συναισθήματα για τον

Πίνακας 2. Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με το γυναικολόγο.

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

Πίνακας 3. Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τη μαία.

Ερώτηση	Απόλυτα επαρκώς		Σχεδόν επαρκώς		Σχεδόν ανεπαρκώς		Απόλυτα ανεπαρκώς		Δεν θυμάμαι	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Μπόρεσα να σχεδιάσω τη γέννα μου μαζί με τη μαία	42	27,6	53	34,9	11	7,2	29	19,1	17	11,2
Μου επέτρεπε να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας	58	38,7	55	36,7	10	6,7	12	8,0	15	10,0
Σε περιπτώσεις που αφορούσαν σε επιλογή, συζητήθηκαν οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους	61	41,2	39	26,4	20	13,5	14	9,5	14	9,5
Μου εξήγησε γιατί χρειάζονταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία	50	34,0	40	27,2	18	12,2	20	13,6	19	12,9
Μου επέτρεπε να ενεργώ κατά τη γέννα μου βάσει των δικών μου αισθήσεων	66	44,9	43	29,3	13	8,8	11	7,5	14	9,5
Με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας	94	62,7	33	22,0	12	8,0	3	2,0	8	5,3
Αισθάνθηκα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα	79	52,0	37	24,3	13	8,6	13	8,6	10	6,6
Υποστήριξε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα	101	66,9	27	17,9	9	6,0	7	4,6	7	4,6
Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές στάσεις που μπορούσα να πάρω κατά τη διάρκεια της γέννας	88	57,9	31	20,4	8	5,3	11	7,2	14	9,2
Μπορούσα να εκφράσω ελεύθερα τα δικά μου συναισθήματα για τη γέννα	96	63,2	37	24,3	10	6,6	5	3,3	4	2,6
Οι οδηγίες που έλαβα ήταν σύμφωνες με τις προσδοκίες μου	80	51,9	55	35,7	10	6,5	3	1,9	6	3,9
Σεβάστηκε το σώμα μου κατά τις εξετάσεις και τις διαδικασίες στις οποίες υποβλήθηκα	116	74,8	28	18,1	5	3,2	2	1,3	4	2,6
Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο (π.χ. κίνηση, αναπνοές)	116	75,3	26	16,9	4	2,6	3	1,9	5	3,2
Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή	77	51,7	23	15,4	14	9,4	12	8,1	23	15,4

τοκετό. Αυτά που φάνηκε να μην αναπτύχθηκαν επαρκώς ήταν τα θέματα των απαντήσεων: (α) Μπόρεσα να σχεδιάσω τη γέννα μου μαζί με τη μαία και (β) μου εξήγησε γιατί χρειάζονταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία.

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

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, η δοκιμασία t-test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία των γυναικών στην κλίμακα συνεργασίας με το γυναικολόγο μεταξύ όσων γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και με καισαρική τομή, μεταξύ των νέων και των λιγότερο νέων γυναικών και μεταξύ όσων απάντησαν ότι εάν μπορούσαν να επιλέξουν θα προτιμούσαν να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό και όσων απάντησαν ότι θα επέλεγαν την καισαρική τομή. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν στα-

τιστικώς σημαντικά ($p=0,021$) καλύτερη συνεργασία με τη μαία έναντι εκείνων που γέννησαν με καισαρική τομή. Το ίδιο παρατηρήθηκε και μεταξύ όσων απάντησαν ότι εάν μπορούσαν να διαλέξουν θα επέλεγαν το φυσιολογικό τοκετό έναντι εκείνων που θα επέλεγαν την καισαρική τομή. Η δοκιμασία ANOVA δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία των γυναικών στις κλίμακες συνεργασίας με το γυναικολόγο και τη μαία ως προς τον αριθμό των τοκετών.

Κάποιες από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της συνεργασίας με το γυναικολόγο ήταν κοινές με το ερωτηματολόγιο συνεργασίας με τη μαία. Διαπιστώνεται ότι με τις μαίες συζητήθηκαν στατιστικώς σημαντικά πιο επαρκώς τα ακόλουθα: (α) Σε περιπτώσεις που έπρεπε να λάβω απόφαση, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν ($p<0,001$), (β) με πληροφορούσε για την πορεία της γέννας ($p=0,003$), (γ) μου εξήγησε γιατί χρειάζονταν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία ($p=0,026$), (δ) ένοιωθα ότι μπορούσα να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα μου ($p=0,001$) και (ε) υποστήριξε την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα ($p<0,001$). Φαίνεται λοιπόν ότι οι γυναίκες θεώρησαν

Πίνακας 4. Διαφορές στη μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με το γυναικολόγο και τη μαία.

Συνεργασία με	Μεταβλητή	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
<i>Είδος τελευταίου τοκετού</i>					
Γυναικολόγο	Φυσιολογικός	82	20,55	8,263	0,673
	Καίσαρική	50	21,28	10,343	
Μαία	Φυσιολογικός	85	25,33	10,092	0,021
	Καίσαρική	39	30,54	14,190	
Γυναικολόγο	Νέες	73	20,08	7,851	0,380
	Λιγότερο νέες	62	21,45	10,210	
Μαία	Νέες	67	27,66	11,627	0,543
	Λιγότερο νέες	61	26,39	11,769	
<i>Αριθμός τοκετών</i>					
Γυναικολόγο	Πρώτος*	57	19,96	8,801	0,111
	Δεύτερος	44	19,77	7,300	
	≥3	32	23,72	11,058	
Μαία	Πρώτος*	52	26,15	11,389	0,670
	Δεύτερος	40	26,85	9,189	
	≥3	34	28,44	14,275	
<i>Εάν μπορούσα να διαλέξω θα προτιμούσα να γεννήσω με</i>					
Γυναικολόγο	Φυσιολογικό τοκετό	108	20,05	8,850	0,075
	Καίσαρική τομή	13	25,46	9,718	
Μαία	Φυσιολογικό τοκετό	102	26,03	11,744	0,047
	Καίσαρική τομή	10	33,80	10,401	

*Δοκιμασία ANOVA

ότι συζητήσαν επαρκέστερα αυτά τα θέματα με τις μαίες παρά με τους γυναικολόγους.

Στη γενική ερώτηση από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη), «πώς θα αξιολογούσατε τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν», η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν 8,40±1,61, η διάμεση ήταν 9 και το εύρος των απαντήσεων κυμαινόταν από 1–10. Αναφορικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν από τις μαίες, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν 8,90±1,58, η διάμεση ήταν 10 και το εύρος των απαντήσεων κυμαινόταν από 0–10.

Αναφορικά με την αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών που προσφέρθηκαν, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν 7,35±2,25, η διάμεση ήταν 8 και το εύρος των απαντήσεων κυμαινόταν από 0–10. Σχετικά με το πόσο ασφαλείς αισθάνθηκαν μέσα στο νοσοκομείο, η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν 8,33±2,38, η διάμεση ήταν 9 και το εύρος των απαντήσεων κυμαινόταν από 1–10. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση αξιολόγηση των υπηρεσιών μεταξύ των νέων και των λιγότερο νέων γυναικών.

Πα λόγους σύγκρισης έγινε ομαδοποίηση των επιπέδων εκπαίδευσης σε τρεις κατηγορίες: Δευτεροβάθμια εκπαί-

δευση, τριτοβάθμια και Master/PhD. Η δοκιμασία ANOVA έδειξε ότι υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση αξιολόγηση των υπηρεσιών μεταξύ των γυναικών διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, όσο υψηλότερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο μικρότερη ήταν η ικανοποίηση από τις ιατρικές και από τις διοικητικές υπηρεσίες και τόσο λιγότερο ασφαλείς αισθάνονταν οι γυναίκες στο νοσοκομείο. Η δοκιμασία t-test έδειξε ότι, ενώ το είδος του τελευταίου τοκετού (φυσιολογικός ή με καισαρική τομή) δεν επηρέασε τη συνολική ικανοποίηση των γυναικών από τις ιατρικές υπηρεσίες, από τις διοικητικές υπηρεσίες, καθώς και το αίσθημα ασφαλείας τους στο νοσοκομείο, επηρέασε τη συνολική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των μαιών. Πιο ειδικά, οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ήταν στατιστικά σημαντικά (p=0,020) πιο ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες που παρείχαν οι μαίες έναντι όσων γέννησαν με καισαρική τομή.

Συντελεστής εσωτερικής συνέφειας Cronbach's alpha

Ο συντελεστής Cronbach's alpha της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με το γυναικολόγο ήταν 0,91, που θεωρείται πολύ ικανοποιητικός. Καμιά ερώτηση, αν αφαιρεθεί, δεν θα βελτιώνει το συντελεστή Cronbach's alpha. Οι συνέφεις κυμαίνονταν από 0,44–0,73 και θεωρούνταν πολύ ικανοποιητικές. Υποδείκνυαν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και έδειχναν ότι οι ερωτήσεις ήταν πολύ κατάλληλες. Ο συντελεστής Cronbach's alpha της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τη μαία ήταν 0,90, που θεωρήθηκε και αυτός πολύ ικανοποιητικός. Καμιά ερώτηση, αν αφαιρεθεί, δεν θα βελτιώνει το συντελεστή Cronbach's alpha. Οι συνέφεις κυμαίνονταν από 0,41–0,76 και θεωρούνταν πολύ ικανοποιητικές.¹⁹

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα αποτελεί την πρώτη που αναφέρεται στις σχέσεις μεταξύ των γυναικών-χρηστών των μαιευτικών υπηρεσιών στην Κύπρο τόσο με τους ιατρούς όσο και με τις μαίες. Τα αποτελέσματα τα οποία προέκυψαν από την παρούσα έρευνα είναι συμβατά με τα ευρήματα άλλων διεθνών ερευνών, έτσι όπως διαφαίνεται από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο το οποίο βρέθηκε να έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες στον κυπριακό πληθυσμό.

Η παρούσα έρευνα αποτέλεσε μια πιλοτική μελέτη η οποία διενεργήθηκε σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα δεν μπορούσαν να γενικευτούν. Η μέση ηλικία του δείγματος των συμμετεχουσών στην έρευνα ήταν 30,58±0,70, συμβαδίζοντας

με τα δεδομένα του ΠΟΥ, τα οποία καταδεικνύουν την αύξηση της μέσης ηλικίας τεκνοποίησης. Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχουσες γυναίκες του δείγματος ήταν παντρεμένες, απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και δημόσιες ή ιδιωτικές υπάλληλοι. Άλλωστε, η κυπριακή κοινωνία εξακολουθεί εν μέρει να είναι συντηρητική και οι ανύπαντρες μητέρες αποτελούν ελάχιστες εξαιρέσεις.

Ένα από τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας αφορούσε στο ποσοστό ικανοποίησης των γυναικών από τις παρεχόμενες μαιευτικές υπηρεσίες κατά την κύηση και τον τοκετό. Στην παρούσα έρευνα, η μέση συνολική ικανοποίηση ήταν $8,40 \pm 1,61$, που θεωρείται υψηλή και επιβεβαιώνει τα ευρήματα της σχετικής βιβλιογραφίας, ότι δηλαδή η ικανοποίηση των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες είναι υψηλή διεθνώς.^{18,20-22} Η ικανοποίηση από μια υπηρεσία αποτελεί μία μόνο διάσταση της ποιότητάς της και πιο συγκεκριμένα ένα δείκτη έκβασης της φροντίδας.²³ Έτσι, το επίπεδο των μαιευτικών υπηρεσιών –όπως το εκλαμβάνουν οι γυναίκες– μπορεί να είναι υψηλό σε πολλές χώρες όπως και στην Κύπρο, ενδεχομένως όμως να υπάρχουν και άλλοι δευτερογενείς παράγοντες που να επηρεάζουν την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών, όπως είναι ο φόβος μήπως αρθεί η λειτουργία των συγκεκριμένων υπηρεσιών που δεν αξιολογούνται ως ικανοποιητικές και που βρίσκονται σε επαρχιακές γεωγραφικές περιοχές, το αίσθημα ευγνωμοσύνης για τις παρεχόμενες κρατικές υπηρεσίες¹⁷ και η διανομή των ερωτηματολογίων από επαγγελματίες υγείας που πιθανόν έμμεσα να επηρεάζει τις απαντήσεις των γυναικών.²⁴

Από την έρευνα δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση της ικανοποίησης με την ηλικία των γυναικών, στοιχείο που συμφωνεί και με τα ευρήματα άλλης διεθνούς έρευνας.²⁵ Πιο ικανοποιημένες, όμως, προκύπτει να είναι οι χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης γυναίκες, αυτές που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και εκείνες με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής τους. Στη βιβλιογραφία προκύπτουν αντιφατικά δεδομένα αναφορικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες και το επίπεδο εκπαίδευσης. Σε κάποιες υπάρχει πλήρης ταύτιση με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας,²⁶ ενώ σε άλλες το αντίθετο, γεγονός που αποδίδεται στην καλύτερη πρόσβαση σε πηγές πληροφόρησης και σε καλύτερη κατανόηση που μπορεί να έχουν οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και συνεπώς μεγαλύτερη ικανοποίηση.²⁷ Στη βιβλιογραφία επιβεβαιώνεται επίσης η μεγαλύτερη ικανοποίηση των γυναικών που είχαν φυσιολογικό τοκετό συγκριτικά με αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή.¹⁸

Διεθνώς, τα τελευταία έτη, τα ποσοστά καισαρικών τομών έχουν αυξηθεί κατά πολύ. Τα πολύ υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών στην Κύπρο (50,9%) της δίνουν την

πρώτη θέση σε αυτόν τον τομέα.²⁷ Στην παρούσα έρευνα, αν και μικρού δείγματος, το 40% των γυναικών γέννησαν με καισαρική τομή, αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι το εν λόγω ποσοστό αφορούσε σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Παρά το γεγονός αυτό, το 88% των γυναικών δήλωσε προτίμηση για φυσιολογικό τοκετό σε περίπτωση δυνατότητας επιλογής. Ποσοστό 74,5% των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή θα προτιμούσαν να είχαν φυσιολογικό τοκετό, ενώ από όλες εκείνες που είχαν φυσιολογικό τοκετό θα διατηρούσαν αυτή την επιλογή αν τους δινόταν η ευκαιρία, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Το μεγάλο ποσοστό των καισαρικών τομών δημιουργεί πολλά ερωτηματικά για τα πιθανά κίνητρα που μπορεί να αποκρύπτονται (οικονομικά οφέλη, προγραμματισμός τοκετού σε εύλογο χρόνο, ταχύτερη διαδικασία από το φυσιολογικό τοκετό και συνακόλουθη εξοικονόμηση χρόνου για τον επαγγελματία υγείας, αυξημένος φόβος για νομικές διαδικασίες εναντίον των επαγγελματιών υγείας σε περίπτωση επιπλοκών κατά το φυσιολογικό τοκετό, εκλεκτική επιλογή επιτόκου κ.λπ.) εκτός από τις πραγματικές μαιευτικές ενδείξεις διενέργειας καισαρικής τομής.²⁸

Οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης δήλωσαν σαφή προτίμηση για το φυσιολογικό τοκετό (96% αποφοίτων Κολεγίου, 95,5% αποφοίτων Πανεπιστημίου). Ενδεχομένως η συγκεκριμένη προτίμηση να πηγάζει από τη μεγαλύτερη και πιο ενεργή συμμετοχή των γυναικών αυτού του επιπέδου στα μαθήματα τοκετού και σε άλλες πηγές επιμόρφωσης και ενημέρωσης επί των σχετικών θεμάτων, όπως είναι το διαδίκτυο.¹³ Στο διαδίκτυο οι γυναίκες αναζητούν τεκμηριωμένες από έρευνες πληροφορίες σε θέματα εγκυμοσύνης και τοκετού που τις αφορούν, οι οποίες τις βοηθούν να κάνουν πιο ορθολογικές επιλογές, αλλά και ενδυναμώνουν περαιτέρω την αυτονομία τους μέσα από την ανταλλαγή εμπειριών.²⁹

Ποσοστό 78,4% των γυναικών έχουν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες στο διαδίκτυο για αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την κύηση και τον τοκετό, ενώ οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ανέφεραν ότι συζητήθηκαν πιο εκτενώς θέματα που τις αφορούσαν συγκριτικά με αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή. Ίσως αυτό να προκύπτει από την παρουσία της μαίας δίπλα στην επίτοκο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και από την πιο ενεργή συμμετοχή της γυναίκας στην όλη διαδικασία, σε αντίθεση με την παθητική τους στάση κατά την καισαρική τομή.¹⁴ Η καισαρική τομή αποτελεί από μόνη της μια δυσάρεστη εμπειρία, καθ' όσον είναι χειρουργική επέμβαση και συνεπώς με αυτή σχετίζονται αρνητικές εμπειρίες.¹⁸

Η επιλογή του τοκετού στο σπίτι δεν ήταν ιδιαίτερα δημοφιλής ανάμεσα στις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα (<2% θα επέλεγαν τον τοκετό τους στο σπίτι),

στοιχείο που βρίσκεται σε πλήρη αντιστοιχία με τα διεθνή δεδομένα.²⁰

Αναφορικά με τη σχέση που πρέπει να οικοδομείται ανάμεσα στις γυναίκες και το προσωπικό, έχουν ήδη αναφερθεί όλοι οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Από την έρευνα προέκυψαν θετικές σχέσεις συνεργασίας των γυναικών τόσο με το ιατρικό όσο και με το μαιευτικό προσωπικό. Συγκριτικά, επαρκέστερη πληροφόρηση παρασχέθηκε από τις μαιές για ένα ευρύ πεδίο θεμάτων που αφορούσαν στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό, καθώς και σε διάφορες εναλλακτικές επιλογές.¹⁸ Το γεγονός αυτό συντείνει στη διασφάλιση της ενεργούς συμμετοχής της γυναίκας σε αποφάσεις που την αφορούν,²⁰ καθώς και στην εξασφάλιση του αυτοελέγχου της.¹⁷ Ως εκ τούτου, συχνά οι γυναίκες βρίσκουν πιο διαθέσιμη τη μαία έναντι του ιατρού για να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους αυτές.¹⁷ Στις έρευνες βέβαια, σε χώρους όπου επικρατεί η ιατροποίηση του τοκετού, διαφαίνεται να υπάρχει καλύτερη σχέση μεταξύ γυναικών και ιατρού παρά με τη μαία. Στις περιπτώσεις αυτές, η αυτοδυναμία της μαίας υποσκάπτεται σκόπιμα και τον πλήρη έλεγχο αποκτούν οι μαιευτήρες.¹⁸

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει σαφώς ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις εμπειρίες των γυναικών από τις μαιευτικές υπηρεσίες, την ικανοποίησή τους, την εκληφθείσα ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και τις σχέσεις

μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας είναι πολυδιάστατοι και όχι απόλυτα ευδιάκριτοι. Έτσι, απαιτείται συστηματική αξιολόγηση της ικανοποίησης των γυναικών από τις υπηρεσίες, για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τον ανασχεδιασμό των πολιτικών υγείας. Ενδεχομένως, ένα εθνικό σχέδιο διασφάλισης της ποιότητας των μαιευτικών υπηρεσιών στην Κύπρο που θα ενσωμάτωνε τη διαχρονική αξιολόγηση της ικανοποίησης των γυναικών είναι απαραίτητο στη βάση της φροντίδας που έχει ως επίκεντρο τη γυναίκα. Η επιμονή σε υπηρεσίες που θα έχουν επίκεντρο τη γυναίκα παραμένει επιβεβλημένη. Στην εισαγωγή μεταρρυθμίσεων, όμως, οι προκλήσεις που κυριαρχούν περιλαμβάνουν τη σημαντικότητα της εξασφάλισης των καλύτερων δυνατών εμπειριών από τις μαιευτικές υπηρεσίες και της βελτίωσής τους, καθώς και τη στενότητα των πόρων για την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας. Άλλωστε, χωρίς τη μητρική φροντίδα δεν υπάρχει παιδί.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι συγγραφείς θα ήθελαν να εκφράσουν τις θερμότερες ευχαριστίες τους στις λεχώιδες που συμμετείχαν στην έρευνα, στο Διευθυντή της Κλινικής και στην καθηγήτρια Δέσποινα Σαουντζή-Κρέπια για την παραχώρηση της άδειας χρήσης της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας KIM.

ABSTRACT

Post-partum evaluation of women's satisfaction from the cooperation with the gynecologists and midwives in Cyprus: A pilot study

C. STYLIANIDES, V. RAFTOPOULOS

Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Mediterranean Research Centre for Public Health and Quality of Care, Limassol, Cyprus

Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(3):327-335

OBJECTIVE Assessment of the cooperation between women who have given birth and their midwives and gynecologists during pregnancy and delivery. **METHOD** The study participants were 167 women who had recently given birth in the public perinatal health facilities in Cyprus. They completed an anonymous questionnaire that was based on bibliographical evidence and included a Greek version of the Kuopio Instrument for Mothers (KIM) scale. **RESULTS** The majority of the participants were public or private employees, married and graduates of tertiary level education. They reported that the gynecologists had adequately respected the women's body during the examinations and procedures, explained the reasons for the procedures and informed them about the progress of the delivery. The elements that were not extensively discussed included: (a) The need for using certain instruments during the delivery, and (b) the feeling that women could not take part in the decisions taken during the delivery. The midwives were reported to have adequately respected the women's bodies during the examinations and procedures, informed them about the alternative methods of pain relief (e.g. mobilisation, breathing techniques) and enabled them to express freely their feelings about the delivery. What was not adequately discussed included: (a) Planning the delivery with the midwife, and (b) explanation of the need for using certain instruments. No significant difference was demonstrated in their co-operation with the gynecologist between women who had a vaginal delivery or cesarian section (CS), between younger and older women or between those that would choose to have a vaginal delivery or CS if given the option. The women who had a vaginal delivery reported statistically significant better cooperation with the

midwives than those who had a CS ($p=0.021$). **CONCLUSIONS** The women who use the public perinatal healthcare services in Cyprus reported satisfaction with their cooperation with the midwives and gynecologists, during both their pregnancy and their delivery, with the midwives evoking a higher level of satisfaction. The mode of delivery appeared to be the determinant factor in this cooperation, with the women who had a vaginal delivery reported higher satisfaction rates in the cooperation they had with the midwives than with the gynecologists.

Key words: Perinatal care, Pregnancy, Quality of care, Satisfaction

Βιβλιογραφία

1. MXOLIW N, JANTES L. *Women's perceptions and experiences of antenatal care rendered by midwives*. Faculty of Health Sciences, Nelson Mandela Metropolitan University, Port Elizabeth, 2007
2. NOVICK G. Women's experience of prenatal care: An integrative review. *J Midwifery Womens Health* 2009, 54:226–237
3. MILLIGAN R, WINGROVE BK, RICHARDS L, RODAN M, MONROE-LORD L, JACKSON V ET AL. Perceptions about prenatal care: Views of urban vulnerable groups. *BMC Public Health* 2002, 2:25
4. OLADAPO OT, OSIBERU MO. Do sociodemographic characteristics of pregnant women determine their perception of antenatal care quality? *Matern Child Health J* 2009, 13:505–511
5. MATHOLE T, LINDMARK G, MAJOKO F, AHLBERG BM. A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery* 2004, 20:122–132
6. MACINTYRE S. Communications between pregnant women and their medical and midwifery attendants. *Midwives Chron* 1982, 95:387–394
7. HUGHES B. *Meeting women's expectations*. Royal College of Midwives, November 2008
8. TANDON SD, PARILLO KM, KEEFER M. Hispanic women's perceptions of patient-centeredness during prenatal care: A mixed method study. *Birth* 2005, 32:312–317
9. HANDLER A, RAUBE K, KELLEY MA, GIACHELLO A. Women's satisfaction with prenatal care settings: A focus group study. *Birth* 1996, 23:31–37
10. BRAMADAT IJ, DRIEDGER M. Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth* 1993, 20:22–29
11. GRADY MA, BLOOM KC. Clients' perceptions of the value of prenatal psychosocial services. *Soc Work Health Care* 1999, 29:12–20
12. SHIELDS N, TURNBULL D, REID M, HOLMES A, MCGINLEY M, SMITH LN. Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: A randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery* 1998, 14:85–93
13. BUCHER L, WILLIAMS S, HAYES E, MORIN K, SYLVIA B. First-time mothers' perceptions of prenatal care services. *Appl Nurse Res* 1997, 10:64–71
14. BONDAS T. Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery* 2002, 18:61–71
15. VANAGIENEV, ZILAITIENE B, VANAGAST. Do the quality of health care services provided at personal health care institutions of Kaunas city and access to it meet expectations of pregnant women. *Medicina (Kaunas)* 2009, 45:652–659
16. PROCTOR S. What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth* 1998, 25:85–93
17. VANTEJLINGEN ER, HUNDLEY V, RENNIE AM, GRAHAM W, FITZMAURICE A. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth* 2003, 30:75–82
18. SAPOUNTZI-KREPIA D, LAVDANITI M, RAFTOPOULOS V, PSYCHOGIU M, HONG-GU H, TORTUMLUOGLU G ET AL. Greek mothers' perceptions of their co-operation with the obstetrician and the midwife in the delivery room. *International Journal of Caring Sciences* 2008, 1:124–131
19. ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Β. *Συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha: Χρήσιμος ή καταχρηστικός δείκτης*; Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Φροντίδας, Λευκωσία, 2011
20. EURO-PERISTAT project. *European perinatal health report*. 2008
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health Statistics* 2011. WHO, Geneva, 2011
22. MINISTRY OF HEALTH. *Maternity services consumer. Satisfaction survey*. Ministry of Health, New Zealand, 2002
23. RAFTOPOULOS V. A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *ICU Nursing Web Journal* 2005, 22:1–15
24. ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Β. *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*. Αυτοέκδοση, Λευκωσία, 2009
25. GREENLEY JR, SCHOENHERR RA. Organization effects on client satisfaction with humaneness of service. *J Health Soc Behav* 1981, 22:2–18
26. SITZIA J, WOOD N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997, 45:1829–1843
27. HILDINGSSON I, RÅDESTAD I. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *J Adv Nurs* 2005, 52:239–249
28. FENG XL, XU L, GUO Y, RONSMANS C. Factors influencing rising caesarian section rates in China between 1988 and 2008. *Bull World Health Organ* 2012, 90:30–39
29. LAGAN BM, SINCLAIR M, KERNOHAN WG. What is the impact of the internet on decision-making in pregnancy? A global study. *Birth* 2011, 38:336–345
30. LUYBEN AG, VALERIE VE. Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery* 2005, 21:212–223

Corresponding author:

C. Stylianides, 13 Eleftherias street, CY-2640 Anagytia, Nicosia, Cyprus
 e-mail: drstylianides@hotmail.com

SCOPE & PURPOSE	PROGRAMME	PARTNERS	PROCEEDINGS	ABSTRACT SUBMISSION	REGISTRATION	HPH CONFERENCES
SCOPE & PURPOSE	CALL FOR PAPERS					



SCOPE AND PURPOSE

The HPH conference 2014 is the first such event on the Iberian Peninsula. The HPH network in Catalonia that will host the conference was only founded in 2008 but has quickly developed into a HPH stronghold in South-Western Europe. It has recently focused on innovative and timely topics such as health literacy or workplace health promotion. Upon the proposal of the local hosts, the Scientific Committee decided to dedicate this conference to "Changing hospital & health service culture to better promote health". By focusing on this general theme, the conference program acknowledges the need for organization-wide reform and development to support a more health promoting culture in health care, following the demand of WHO's Ottawa Charter for a re-orientation of healthcare services, and concepts of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH). The conference will also address the feasibility of cultural change in healthcare in times of economic crisis. There will be three sub-themes:

Health literacy - an emerging concept for more patient-oriented healthcare

Health literacy is increasingly recognized as a social determinant of health and as such an important foundation of population health which can and should be enhanced by the healthcare sector. Traditional strategies to improve patient health literacy have focused on teaching and training interventions. But there is also an emerging trend to reduce the demands for health literacy that healthcare organizations present to their clients by organizational strategies such as the health-literate healthcare organizations (Brach et al. 2012). The conference will make the case for integrating these and related strategies under the umbrella of Health Promoting Hospitals. Hospitals as the core organizations of modern healthcare systems and as consumers of huge amounts of healthcare expenditure need to be strongly involved in improving health literacy both for the sake of improved short-term clinical outcomes and for better long-term population health.

PROGRAMME DETAILS

MINI ORAL SESSIONS 1

FROM PAPERS RECEIVED THURSDAY, APRIL 24, 2014 15:15-15:45

M1.1 HEALTH PROMOTION IN PREGNANCY AND EARLY CHILDHOOD

Venue: Tenerife

ASSESSMENT OF INFORMATION GIVEN TO WOMEN DURING PREGNANCY IN CYPRUS: IS IT ENOUGH FOR ACHIEVING MATERNAL HEALTH LITERACY?

Constantinos STYLIANIDES, Christalla PITHARA, Vasilios RAFTOPOULOS

BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE ACCREDITATION IN A TAIWAN MEDICAL CENTER: IMPORTANCE OF ROOMING-IN AND SKIN-TO-SKIN PRACTICES

Chun-Yan YEUNG, Chia-Hsun WU, Jung-Mei TSAI, Ta-Chuan HUNG, Shu-Ling WANG, Li-Li LIN, Wai-Tim JIM

MOTHER'S MILK AND BABY READMISSION RATE

Yen ANG, Kwai Meng PONG, Pai Lim TAY, Keat Hui CH'NG, Yong Chek CHOO

Session M1.1: Health promotion in pregnancy and early childhood

**Assessment of information given to
women during pregnancy in Cyprus: Is
it enough for achieving maternal
health literacy?**

**STYLIANIDES Constantinos, PITHARA
Christalla, RAFTOPOULOS Vasilios**

Introduction

Prenatal education is standard practice in developed countries and mainly consists of the exchange of information concerning pregnancy and labor. However, prenatal education provides an opportunity for increasing women's health literacy and empowerment in terms of successful parenthood, especially in the context of promoting child as well as maternal health.

Purpose/Methods

Findings from a study evaluating the level and type of information provided to pregnant women in a tertiary public hospital in Cyprus and women's satisfaction with the services provided will be presented. These will be discussed in the context of maternal health literacy.

Results

Forty percent of participants had a cesarean delivery, more than double the recommended rate by WHO: Only 57% of the women reported that relevant information was satisfactorily covered before birth. Women reported that more issues relevant to pregnancy and fetus monitoring, birth and breastfeeding were covered satisfactorily, whereas pain management techniques, health behaviors and issues pertaining to parenthood among others were less satisfactorily covered.

Conclusions

More issues relevant to the pregnancy and labor were reported as being covered more successfully than issues pertaining to parenthood, health behaviors or well-being. Yet these are important for promoting the health of the child as well as the mother right after birth but also for later years. Maternal health literacy is important for the promotion and maintenance of the health of both mother and child and empowering women for successful parenting.

Original Article

The Role of Emotional Intelligence and Postpartum Depression in Predicting Mothers' Satisfaction with Quality of Co-Operation with Obstetricians and Midwives

Constantinos Stylianides, MD, PhD Candidate

Obstetrician-Surgeon Gynaecologist, Cyprus University of Technology, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Limassol, Cyprus

Nicos Middleton, PhD

Associate Professor, Cyprus University of Technology, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Limassol, Cyprus

Christiana Kouta, PhD

Assistant Professor, Cyprus University of Technology, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Limassol, Cyprus

Vasilios Raftopoulos, PhD

Associate Professor, Cyprus University of Technology, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Limassol, Cyprus

Correspondence: Vasilios Raftopoulos Cyprus University of Technology, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Limassol, Cyprus E-mail: vasilios.raftopoulos@cut.ac.cy

Abstract

Background: pregnancy is associated with numerous physical, physiological and endocrinological changes, with an immediate impact on the psychological status of women, during pregnancy and postpartum period. Postpartum depression is the most common psychological disorder that negatively affects any activity that a pregnant woman has to deal with, possibly the perceived quality of the perinatal healthcare services provided as well. The association of emotional intelligence with satisfaction and perceived quality of perinatal healthcare services is an area in which great interest has been attributed internationally.

Aim: The aim of this study was to explore the impact of postpartum depression and emotional intelligence on women's satisfaction with perinatal healthcare services and perceived quality of the cooperation between women and obstetrician/midwife.

Sample and methods: An anonymous and self-administered questionnaire that included the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) has been distributed to a sample of 543 women while they were at the outpatient waiting room to have their regular postpartum assessment, six weeks following their delivery.

Results: postpartum depression's prevalence in our sample reaches 28%. Women's labour experience is perceived to be worse in women with postpartum depression, as well as perceived quality of co-operation with the obstetricians and midwives. Furthermore, women with post-partum depression, record lower levels of emotional intelligence. It was found that EPDS score predicts satisfaction with quality of midwives' services in the sample of women who have delivered (either by caesarean section or normally), while WLEIS and ROE scores predict satisfaction with quality of obstetricians' services. In the sample of women who delivered their child by caesarean section EPDS and WLEIS score predict satisfaction with quality of obstetricians' services.

Conclusion: Post-partum depression and emotional intelligence are major components of mothers' satisfaction with the quality of co-operation with obstetricians and midwives.

Keywords: Emotional Intelligence, Post-partum Depression, Perceived Quality, Perceived Satisfaction, Perinatal Healthcare Services, Obstetricians, Midwives

Background

Pregnancy is associated with numerous physical, physiological and endocrinological changes, with an immediate impact on the psychological status of women, during pregnancy and postpartum period (Areias et al., 1996). Postpartum depression is the most common psychological disorder and negatively affects any activity that a pregnant woman has to deal with, possibly the perceived quality of the perinatal healthcare services provided as well (Smith, 2001).

The clinical onset of postpartum depression is rapid while the majority of episodes are developing within the first two weeks after delivery. The symptomatology is similar to that observed in adults with major depressive disorders (Stamouli, 2001). The most prominent characteristics of postpartum depression include: major depressive mood, decreased cognitive and motor functions, increased concern and anxiety even about insignificant matters, difficulty in commanding everyday duties, hyperarousal, feeling of guilt and suicidal tendencies (Sadock BJ & Sadock V, 2001).

Postpartum depression is a common and severe disorder that can endanger mothers' and neonates' lives. The prevalence of postpartum depression in Cyprus ranges between 13.7%-21.3%, varying according to the diagnostic tool used for its assessment (Moraitou et al., 2010). The prevalence is usually underestimated, since women with postpartum depression, instead of seeking for social and psychological support, tend to get isolated. Consequently, it is precious for the healthcare providers (midwives, obstetricians, paediatricians), who come across and work together with the new mothers, to be able to detect these signs early in an effort to prevent and early diagnose and treat this disorder (Stamouli, 2001).

Psychosocial factors that exist during pregnancy and postpartum, like depression and decreased social support, may lead to decreased perceived satisfaction with the care provided. In addition, labour's anxiety in association with an anxious personality of the mother, contribute to a negative labour

experience and dissatisfaction with the emotional aspects of the care provided (Britton, 2006; Haines et al., 2013). It is also evident that, women with postpartum depression report lower levels of satisfaction with perinatal healthcare services provided (Smith, 2001).

The association of emotional intelligence with satisfaction and perceived quality of perinatal healthcare services is an area in which great interest has been attributed internationally. Emotional intelligence is a chain of capabilities (verbal or not) that enable a person to override, recognise, express, understand and evaluate his own and other people's feelings, in an effort to direct his thoughts and responses in a successful direction of adjustment to the requirements and pressures exerted by the environment (Van Rooy & Viswesvaran, 2004; Kafetsios & Zampetakis, 2008). It is the ability to rationalise feelings, facilitating thought, promoting the emotional and cognitive maturation (Mayer et al., 2004). It consists of four dimensions: self-emotion appraisal (SEA), other's emotional appraisal (OEA), regulation of emotion (ROE), use of emotion (UOE) (Wong et al., 2002).

People with higher levels of emotional intelligence, monitor better their own and other people's feelings, use them to capitalize their thoughts and deal with them in a more effective way. They possess better social skills and interactions, while usually they deviate away from problematic behaviours (aggressive, drug abuse etc.). They more easily achieve aims and goals set, especially if they are strongly motivated (Mayer, 2004).

The levels of emotional intelligence obviously vary among different people and among different healthcare settings. In the literature, it was found that healthcare providers' individual emotional intelligence is relating to the provision of individualised care, based on the individual needs and particularities of each patient (Wong & Law, 2002) and with higher scores of patients' satisfaction and perceived quality of healthcare services provided.

The role of emotional intelligence as a factor that influences success in life events was established in 1990. It may have a major impact in the field of healthcare, influencing the individual health care provider's characteristics or level of intelligence (Birks & Watt, 2007). There is definitely a great prospect of research in this area. It is evident from the literature review, that women's low satisfaction scores with healthcare services, is due to inadequate psychosocial (23%), rather than medical services (18%) (Hildingsson & Rådestad, 2005). Healthcare providers with higher levels of emotional intelligence, are able to comprehend the emotion language of their patients, thus facilitating history taking, setting the correct diagnosis and providing early the most appropriate treatment.

The patients' compliance to the suggested treatment is expected to be higher in this way, as this will be more individualized, fitting patient's own personality characteristics (Birks & Watt, 2007).

The ability of healthcare providers to regulate emotions in both themselves and in others to understand and manage patients' emotions is a vital skill. It reinforces individualized care, which is client-centered and upgrades the relationship between the patient/user and provider of healthcare services (Wagner et al., 2002; Birks & Watt, 2007).

The aim of this study was to explore the impact of postpartum depression and emotional intelligence on women's satisfaction with perinatal healthcare services and perceived quality of the cooperation between women and obstetrician/midwife.

Methods

Study design

This is a descriptive correlational study. An anonymous and self-administered questionnaire has been used, which was distributed to the women while they were at the outpatient waiting room to have their regular postpartum assessment and was returned anonymously in the provided boxes allocated at the midwives' working station to assure anonymity of the participants.

Ethics

The Cyprus National Bioethics Committee granted ethical approval for this study (EEBK/EP/2013/01/08). Women were approached by the researchers and were given a brief explanation for the purpose and the aim of the study. A written informed consent has been provided.

Setting and sample

A convenience sample was used in this study. Mothers who met the following inclusion criteria were selected to participate in this study: (1) willingness to participate; (2) age \geq 18 years old; (3) ability to speak and read Greek; and (4) gave birth in a public hospital in any of the five districts of Cyprus Democracy (Nicosia, Limassol, Lamaca, Paphos and Famagusta). The participants' informed consent was obtained by signing a covering letter that explained the purpose of this research. Data collection was conducted between January-December 2014).

Procedure

An anonymous and self-administered questionnaire was used, which was distributed to the women while they were at the outpatient waiting room to have their regular postpartum assessment. The face and content validity of the questionnaire were explicitly assessed through feedback from a panel of experts (researchers, health-care professionals, and academics) who reviewed the questionnaire and confirmed its final version with minor wording changes. A pilot test of the questionnaire was carried out before its implementation in our study. The questionnaires collected for the pilot study were not used in the present paper.

Measures

The first part of the questionnaire included questions about the sociodemographic characteristics of the sample such as age, gender, education, marital status (Sapountzi et al., 2009) and the second part included the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) that have been provided six weeks following delivery. Since 1980, while research in the field of

postpartum depression began, a number of reliable and valid tools were used for its assessment. The more frequently used questionnaires were the Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987). The latter tool, is used to assess the risk of a woman in developing postpartum depression, while the use of different tools in combination, increases the accuracy of the results (Moraitou & Galanakis, 2006).

The Edinburgh Postpartum Depression Scale, EPDS, is self-completed by the women and evaluates depressive symptoms in women during postpartum period. It consists of 10 statements that describe symptoms relevant to postpartum depression by using a four-point scale for each statement. Each statement is graded between 0-3, with the final total score ranging from 0-30. Scores ≥ 12 , indicate high risk for developing postpartum depression (Cox et al., 1987). Leonardou et al. in their validation study in a Greek speaking population found 11/12 as the optimal cut-off point for the use of the scale by primary care physicians, in order to detect postpartum depression (Leonardou et al., 2009). On the contrary in another research (Vivilaki et al., 2009), the authors have proposed a cut-off value 8/9 that is considered to be low enough and may include a lot of false positive cases (Leonardou et al., 2009).

For the assessment of the emotional intelligence, the Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) was used. It evaluates the four different factors that evaluate emotional intelligence. The participants are called to rate each item by using a Likert that ranges from 1-7 (1=completely disagree and 7=completely agree). The higher the score, the higher is the level of emotional intelligence [20, 21]. Cronbach's alpha coefficient for the EPDS was 0.82 (95%CI: 0.79-0.84, $p < 0.001$) while for the WLEIS was 0.80 (95%CI: 0.76-0.82, $p < 0.001$).

Women were also asked to answer to the following questions: "from 0 (very difficult) to 10 (very easy) how do you rate the experience of labour?", "from 0 (very

dissatisfied) to 10 (very satisfied) how do you rate quality of maternity services provided to you?", "from 0 (very dissatisfied) to 10 (very satisfied) how do you rate quality of obstetrician services provided to you?", "from 0 (very dissatisfied) to 10 (very satisfied) how do you rate quality of midwifery services provided to you?" and "from 0 (very dissatisfied) to 10 (very satisfied) how do you rate quality of administrative services provided to you?"

Statistical analysis

All items were coded and scored, and the completed questionnaires were included in the data analysis set. Individual unanswered items were excluded from the analysis. IBM-SPSS Statistics 22 was used to analyze the data. The chi-square test was used to explore the existence of a statistically significant relationship between the categorical variables. The t-test was used to assess whether the means of two groups were statistically different from each other. Values < 0.05 were considered to be statistically significant, unless otherwise stated. A series of linear regression analyses were undertaken.

Results

Participants

A total of 543 women participated in this study, six weeks after their delivery. As it can be seen in Table 1, the majority of the women were Cypriots, employees in the private sector, married and of high education level. The mean age of the sample was 28.94 ± 5.21 and the median was 29 years old. Half of the participants ($n=260$, 48%) had given birth for the first time while 34.7% for the second time, and 17.3% over the third. One in three women (35%) has reported a premature delivery. For 306 (56.7%) mothers, their last childbearing was a vaginal birth and 234 (43.3%) delivered their child by caesarean section (CS).

In total the mean experience of women from the labour was 6.25 ± 2.73 , while the mean satisfaction from the obstetrician and midwifery services was high (8.55 ± 1.69 vs 9.08 ± 1.40) as opposed to satisfaction with administrative services (7.79 ± 2.12).

Emotional intelligence

The mean score in WLEIS scale is 90.68 ± 14.87 (Min: 16 and Max: 112). According to Table 2, women with a depressive symptomatology had statistically significant lower emotional intelligence (83.70, 93.58; $p < 0.001$), self-emotional appraisal, other emotion appraisal, use of emotion and regulation of emotion. Their labour's experience was worse (5.73, 6.46; $p = 0.006$), as well as their satisfaction with the quality of obstetricians' (8.45, 8.68; $p = 0.036$) and midwives (8.86, 9.21, $p = 0.031$) services.

Prevalence of postpartum depression and its relation with emotional intelligence

Based on the validation of EPDS Scale to a Greek population the cut-off score for postpartum depression is 11/12 (Leonardou et al., 2009). According to this, postpartum depression's prevalence in our sample reaches 28%. On Table 3, a negative correlation is noted between the scores of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the total score in WLEIS scale and its subscales. The correlation of the WLEIS scale with the cooperation with the obstetric and midwife was slightly positive, as well as with WLEIS' subscales. The correlation of WLEIS scale was also weak with age, labour's experience.

Table 3 shows that there is a negative correlation between the total score of Edinburgh Postnatal Depression Scale and the total scores of WLEIS factors, while the age of women is not correlated with OAE and ROE. Women's satisfaction with quality of obstetricians' care correlates positively with WLEIS score and total scores of WLEIS factors. On the contrary women's satisfaction with quality of midwifery care correlates positively only with WLEIS and SEA.

In Table 4, it was found that EPD score predicts satisfaction with quality of midwives' services in the sample of women who have delivered (either by caesarean section or normally), while WLEIS and ROE scores predict satisfaction with quality of obstetricians' services. In the sample of women who delivered their child by

caesarean section EPD and WLEIS score predict satisfaction with quality of obstetricians' services. Additionally in the sample of women who had a vaginal birth OAE and ROE score predict satisfaction with quality of midwives' services.

Table 1: Sample's demographic characteristics

Variable	N	%
Hospital		
Nicosia	343	48.0
Limassol	166	23.2
Larnaca	65	9.1
Paphos	72	10.1
Famagusta	69	9.7
Profession		
Civil Servant	119	16.7
Private Servant	201	28.2
Unemployed	180	25.2
University student	52	7.3
Worker	88	12.3
Housewife	45	6.3
Other	28	3.9
Marital status		
Cohabiting	148	20.8
Widowed	80	11.3
Divorced/separated	6	0.8
Married	403	56.8
Unmarried	73	10.3
Education		
Elementary	12	1.7
Secondary (gymnasium)	23	3.2
Secondary (lyceum)	153	21.5
College	278	39.0
University	194	27.2
Master degree	49	6.9
PhD degree	4	0.6

ROE: Regulation of Emotion

Table 2: differences in mean scores between women with and without postpartum depression

Parameter	Depression		p-value
	YES (n-mean value)	NO (n-mean value)	
Age	148 (29.21±5.31)	380 (28.88±5.19)	0,512
Labour's experience	144 (5.73±2.79)	375 (6.46±2.67)	0.006
Satisfaction with quality of Obstetrics' services	145 (8.45±1.82)	377 (8.68±1.54)	0.036
Satisfaction with quality of Midwives' services	146 (8.86±1.79)	376 (9.21±1.13)	0.031
WLEIS	133 (83.70±16.14)	349 (93.58±13.44)	<0.001
SEA	140 (21.77±4.76)	371 (24.11±3.89)	<0.001
OAE	140 (21.70±4.33)	371 (23.22±3.87)	<0.001
UOE	144 (20.56±4.78)	366 (23.31±4.06)	<0.001
ROE	140 (19.88±4.20)	369 (22.64±4.38)	<0.001

SEA: Self Emotional Appraisal

OAE: Other Emotion Appraisal

UOE: Use of Emotion

Table 3: correlations with WLEIS scale and its subscales

Scales	WLEIS	SEA	OAE	UOE	ROE
Total Score in Edinburgh Postnatal Depression Scale	-0.348 (<0.001)	-0.318 (<0.001)	-0.212 (<0.001)	-0.304 (<0.001)	-0.342 (<0.001)
Age	0.123 (0.006)	0.102 (<0.019)	NS	0.107 (0.014)	NS
Childbirth's experience	0.110 (0.015)	0.097 (0.027)	NS	NS	0.107 (0.015)
Satisfaction with quality of perinatal healthcare services	NS	0.086 (0.049)	NS	NS	NS
Satisfaction with obstetrics' services	0.169 (<0.001)	0.174 (<0.001)	0.088 (0.043)	0.136 (0.002)	0.152 (0.002)
Satisfaction with midwives' services	0.103 (0.003)	0.145 (0.001)	NS	NS	NS

SEA: Self Emotional Appraisal
 OAE: Other Emotion Appraisal
 UOE: Use of Emotion
 ROE: Regulation of Emotion

Table 4: EPD, WLEIS and WLEIS factors as predictors of women’s satisfaction with quality of obstetrics and midwifery care

	EPD	WLEIS	OAE	ROE
Total sample				
Satisfaction with obstetrics’ services		beta=0.159, p=0.001		beta=0.150, p=0.029
Satisfaction with midwives’ services	beta=-0.130, p=0.007			
Caesarean section delivery				
Satisfaction with obstetrics’ services	beta=-0.124, p=0.076	beta=0.179, p=0.011		
Normal delivery				
Satisfaction with obstetrics’ services				
Satisfaction with midwives’ services			beta=0.364, p=0.001	beta=-0.171, p=0.050

EPD: Edinburgh Postnatal Depression Scale, SEA: Self Emotional Appraisal, OAE: Other Emotion Appraisal, UOE: Use of Emotion, ROE: Regulation of Emotion

Discussion

Despite the great interest and research that has taken place in the field of quality and women's perceived satisfaction by the perinatal healthcare services worldwide, to our knowledge, this is the first study to explore the role that emotional intelligence and postpartum depression play in this field. The role of emotional intelligence and postpartum depression in predicting mothers' satisfaction with quality of co-operation with her obstetrician and her midwife, arise from this work, which is of global interest.

In this quite large and representative sample of women from all the public hospitals of Cyprus, the demographic profile of the women-consumers of the perinatal healthcare services is assigned. The vast majority were from Nicosia, where a tertiary perinatal healthcare unit exists and coexists at the same hospital with the only tertiary Neonatal Intensive Care Unit in Cyprus, where all the complicated obstetrical cases with high risk of premature delivery, are referred.

Most of the women were employed in the private sector (28.2%), while a significant percentage of them were unemployed (25.2%), reflecting the social status of women in Cyprus who use the public healthcare services, following the financial crisis, combined with the percentage of unemployment in Cyprus for 2014 varied from 15.44% to 16.6% (European Central Bank, 2015). This finding was expected since in Cyprus, women of higher socioeconomic status tend to deliver at the private sector with their private obstetrician, while the public sector is mainly used by the unemployed, the women with a lower socioeconomic status or even by public employees who have free of charge access to the healthcare services.

Almost half the women were married, with only 10.3% being single, indirectly suggesting that Cyprus, due to its smaller scale as a country compared to other European countries, is more conservative. A very high proportion though (73.7%), have tertiary education. During the last year, following Cyprus' unfortunate first place in caesarean section deliveries in the global ranks (WHO, 2011), there has been a great

initiative by the Cyprus Midwives Association, towards to informing women about the benefits of vaginal delivery and thus, empowering them in seeking for vaginal delivery instead of caesarean section. Despite the fact that this initiative has contributed to changing women's views about vaginal delivery and thus becoming more supportive for this mode of delivery, statistics suggest there is still a long way to go. It is generally accepted, that the percentage of caesarean sections in the private sector is much higher than that in the public sector (43.53%), which is the main factor that raises our national percentage range in caesarean sections to 50.9% (WHO, 2011, Tsetsila et al, 2010).

The aetiology for the high prevalence in caesarean sections could vary among different countries and cultures. Generally, caesarean is widely preferred by pregnant women who may be afraid of pain during birth due to uterine contractions, or because they can arrange it at their or their obstetrician's more convenient time, or because they decrease in this way the risk of developing urinary incontinence problems due to prolapse and can also earlier return to sexual life. It is also considered a very safe procedure without any specific unpredictable complications and because of the high incidence of law suits; obstetricians tend to prefer it (Sapountzi-Krepia et al., 2011, WHO, 2015).

In Cyprus, the main reason for so high prevalence in caesarean sections is the shortage of midwives and thus the failure to staff the private perinatal healthcare units with adequate number of midwives, to support women during the time consuming procedure of vaginal delivery. As a result, the obstetricians, due to their busy schedule, more easily tend to take women to a caesarean section (Wang et al., 2012, Sapountzi-Krepia & Vehviläinen-Julkunen, 2006).

Post-partum depression is expected to negatively affect certain different parameters in the field of perceived satisfaction and quality of perinatal healthcare services (Rudman & Waldenstrom, 2007). This is obviously seen in this work. The satisfaction

from the obstetrician is significantly lower among women with post-partum depression, compared to those without (8.45 vs 8.68; $p < 0.036$). Lower satisfaction from the midwives' services is observed (8.86 vs 9.21; $p = 0.031$) and the general labour's experience is lower in women with postpartum depression, compared to those without (5.73, vs 6.46; $p = 0.006$).

Postpartum depression is a condition that appears within two weeks following delivery (Stamouli, 2000) and thus may not be present at the period of pregnancy and especially when a woman is in labor. Thus, her labour's experience was good and as such is graded. It is after the delivery, that the stress due to all the increased duties in bringing up a newborn arises, that may stimulate the appearance of postpartum depression, with all the associated negative feelings. After all, the fact that all the emphasis of the perinatal healthcare services is based on the period of pregnancy and the experience of labour, leaving completely behind the postpartum period, is widely discussed in the literature (Rudman & Waldenstrom, 2007, Sapountzi-Krepia et al., 2010). This is something that needs to be changed and should be seriously taken into account by people responsible for implementing changes in the healthcare system that afford the perinatal services. Midwives can visit new mothers at their houses, as part of community service, offering to them both practical (breastfeeding assistance and guidance, episiotomy care, care of the newborn etc.) and psychosocial support.

Despite the weak but statistically significant correlation between emotional intelligence scores and the satisfaction with the obstetricians and midwives' services ($r = 0.169$, $p < 0.001$; $r = 0.103$, $p = 0.003$), this can be used only for women who delivered by a caesarean section ($b = 0.179$, $p = 0.011$). This could probably arise from the fact that healthcare providers with higher levels of emotional intelligence may more effectively offer individualised care, based on the individual needs and particularities of each patient (Birks & Watt, 2007), but also from the fact that higher scores of emotional intelligence are positively related to the

quality of interactions with other people (Mayer et al., 2004).

The negative relation that holds between the emotional intelligence levels and postpartum depression ($r = -0.348$, $p < 0.001$), has already been verified in the literature (Ebrahimi et al., 2014). Nevertheless, this may have an important practical implication. Emotional Intelligence can be used by healthcare workers as a screening tool, to identify expectant mothers who are in high risk for developing postpartum depression. Thus, healthcare workers should be trained to interpret emotional intelligence tests that may be carried out to pregnant women, in order to early detect women at high risk for developing postpartum depression, and provide appropriate individualized care.

It may be useful to train healthcare workers and pregnant women to use emotional information to guide thinking and behavior especially after such a stressful event as pregnancy and delivery. This may help to reduce the prevalence of postpartum depression, by developing skills in handling stressor stimuli like infant care, that usually appear in the postpartum period and to buffer the effects of stressful events (Ebrahimi et al., 2014), in the case of pregnant women. On the other hand, healthcare workers may develop skills to offer more individualized care to women. Further research is needed in this area in order to verify its effectiveness.

Strengths and Limitations

Strength of this study is its large sample size as well as the long duration for which the research was held. Furthermore, the sample lacks racial diversity as the questionnaires were in Greek and were not translated in English. Thus, only Greek-Cypriot women could respond and not foreign women, which is a significant portion (almost 50%) of the women who use the public perinatal healthcare services. Moreover, women who suffered from an intrauterine embryo death, or those whose newborn died in the neonatal intensive unit, were excluded from the research. If they were not, the results could be different in all dimensions: perceived satisfaction from the perinatal healthcare services, postpartum depression and emotional intelligence levels.

Conclusions

Emotional intelligence and post-partum depression are predictors of women's satisfaction with the quality of co-operation with the obstetricians and midwives. Women's labour experience is perceived to be worse in women with postpartum depression, as well as their co-operation with the obstetricians and midwives. Furthermore, women with post-partum depression, record lower levels of emotional intelligence. Emotional Intelligence is positively correlated with the labour's experience and the satisfaction with the obstetricians' and midwives' services.

References

Areias MEG, Kumar R., Barros H. & Figueiredo E. (1996). Correlates of postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 36-41

Beck AT., Ward Ch., Mendelson M., Mock J., Erbaugh. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatry*, 4, 561-571

Birks Y., Watt I. (2007). Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(8):368-374

Britton JR. (2006). Global Satisfaction with perinatal hospital care: Stability and relationship to anxiety, depression and stressful medical events. *American Journal of Medical Quality*, 21, 200-205

Cox JL., Holden JM., Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786

Ebrahimi M., Esmaili AA., Ghanifar MH (2014). Comparison of Emotional Intelligence and Postpartum Depression Between Mothers With Natural Vaginal Delivery and Caesarean Delivery. *Modern Care*, 11(1):53-62

European Central Bank 2015. ec.europa/health/ph_projects/.../2003_1_32_inter_en.pdf

Haines HM., Hildingsson I., Pallant JF., Rubertsson C. (2013). The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *JOGNN*, 42, 428-441

Hildingsson I., Rådestad I. (2005). Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3): 239-249

Kafetsios K., Zampetakis L. (2008). Emotional Intelligence and job satisfaction: Testing the mediatory role of positive and negative affect at work. *Personality and Individual Differences*, 44, 712-722

Leonardou AA., Zervas YM., Papageorgiou CC., Marks MN., Tsartsara EC., Antsaklis A., Christodoulou GN., Soldatos CR. (2009). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27 (1), 28-39

Mayer JD., Salovey P., Caruso DR. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings and Implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215

Moraitou M., Galanakis M. (2006). Comparative assessment of the Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) and the Beck Depression Inventory (BDI) in a sample of Greek new mothers. *Greek Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 4, 4231-4253

Moraitou M., Galanakis M., Lamai E., Garivaldis F., Kalogianni V. (2010). Postpartum depression in Cypriot New Mothers. *International Journal of Caring Sciences*, 3, (2), 63-70

Rudman A., Waldenstrom U & BE. (2007). Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5):474-487

Sadock BJ, SadockV. (2001). Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, third edition, A.

Sapountzi-Krepia D., Vehviläinen-Julkunen K. (2006). Maternity Care in Greece. *Nosileftiki* 45(2):160-168

Sapountzi-Krepia D, Raftopoulos V, Lavdaniti M., Psychogiou M., Tsiligiri M., Vehviläinen-Julkunen K. (2010). The discrepancy between perceived importance and adequacy in discussing topics related to pregnancy and birthing in maternity services: the views of mothers giving birth in Northern Greece. *International Journal of Caring Sciences Jan-April* (3):1, 40-47

Sapountzi-Krepia D., Raftopoulos V., Tzavelas G., Psychogiou M., Callister LC., Vehviläinen-Julkunen K. (2009). Mothers' experiences of maternity services: internal consistency and test-retest reliability of the Greek translation of the Kuopio Instrument for Mothers. *Midwifery* Dec; 25(6):691-700

Sapountzi-Krepia D., Tsaloglidou A., Psychogiou M., Lazaridou C., Vehviläinen-Julkunen K. (2011). Mothers' experiences of pregnancy, labour and childbirth: A qualitative study in

- Northern Greece. *International Journal of Nursing Practice* 17, 583-590
- Smith LFP. (2001). Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity and internal reliability. *Quality in Health Care*, 10, 17-22
- Stamouli SS. (2000). Postpartum Depression. In Christodoulou, G. N., Kontakakis, V., & Oikonomou, M. *Preventive Psychiatry, Athens, Greece, Vita Medical Publications*
- Tsetsila E, Lavdaniti M, Psychogiou M, Fountoukis S, Tsiligiri M, Sapountzi-Krepia D. (2010) New mothers' perceptions regarding maternity care services provided in a prefecture of Northern Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 3(3): 129-135
- Van Rooy DL., Viswesvaran C. (2004). Emotional Intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal Vocational Behavior*, 65, 71-95
- Vivilaki VG., Dafermos V., Kogevas M., Bitsios P., Lionis C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health*, Sep 9:329,
- Wagner P., Ginger MC., Grant MM., Gore JR. (2002). Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Family Medicine*, 34, 750-754
- Wang Z., Wenchao S., Zhou H. (2012). Midwife-led care model for reducing caesarean rate: A novel concept for worldwide birth units where standard obstetric care still dominate. *Journal of Medical Hypotheses and Ideal*, 6(1):28-31
- WHO, 2015. www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/
- WHO. World Health Statistics 2011. Geneva, 2011.
- Wong C., Law K. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13, 243-274