



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ
ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΓΝΘ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ**

της

ΓΚΕΣΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Δρ. Ουρανία Γκούνα

Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στη
Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας

Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος 2020



Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων Creative Commons:

Αναφορά Δημιουργού – Μη Εμπορική Χρήση – Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- Μοιραστείτε: αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο.
- Προσαρμόστε: αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό.

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- Αναφορά Δημιουργού: Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- Μη Εμπορική Χρήση: Δεν μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- Παρόμοια Διανομή: Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια Creative Commons όπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Υπεύθυνη δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, 05 Σεπτεμβρίου 2020

Η δηλούσα: Βασιλική Γκέσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μητρότητα παίζει αναμφισβήτητα αξιοσημείωτο ρόλο στη ζωή μιας γυναίκας και συνεχώς τα νέα ζευγάρια επιζητούν να προετοιμαστούν κατάλληλα για την άφιξη του νέου μέλους της οικογένειάς τους. Στο γεγονός αυτό συντέλεσε η επαγγελματική χειραφέτηση των γυναικών, η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου τους (προσδοκίες, κρίση, ανάγκες) και οι επιρροές από τα διεθνή πρότυπα. Τα τελευταία χρόνια η ιατρικοποίηση του τοκετού, οι φαρμακευτικές και χειρουργικές παρεμβάσεις ώθησαν τις γυναίκες να επιθυμούν όλο και πιο πολύ το φυσιολογικό τοκετό με όλα τα επακόλουθα που προσφέρει η φυσιολογικότητα της διαδικασίας.

Μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση ανευρέθηκαν διάφορες μελέτες και έρευνες σχετικά με την προετοιμασία των νέων ζευγαριών στη γονεϊκότητα, οι οποίες τείνουν στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των γυναικών από τον τοκετό τους, τη λοχεία, το θηλασμό ή το βαθμό επιρροής στην ψυχολογία τους κατά την περιγεννητική περίοδο. Η έλλειψη ερευνών σχετικά με την αξιολόγηση της ικανοποίησης των εγκύων γυναικών από τα προγράμματα Προγεννητικής Αγωγής, αναφορικά με την οργάνωση και λειτουργικότητά τους, ήταν το κίνητρο για την μελέτη αυτή.

Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε η εκπόνηση μελέτης στην οποία διερευνήθηκε η οργάνωση, δομή και λειτουργία ενός τμήματος Προγεννητικής Αγωγής σε ένα δημόσιο νοσοκομείο (Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο) και η βελτίωση των υπηρεσιών αυτού, προκειμένου να ενισχυθεί οργανωτικά το τμήμα, να επωφεληθούν περισσότερες έγκυες γυναίκες και να δημιουργηθούν μελλοντικά ανάλογα τμήματα σε Μονάδες Υγείας στην Ελλάδα.

Τα συμπεράσματα υποδεικνύουν την ανάγκη και την χρησιμότητα για πληροφόρηση στην Προγεννητική Αγωγή από τις επίτοκες από τέτοιου είδους προγράμματα. Αναγνωρίζεται η επάρκεια του συγκεκριμένου προγράμματος στις γνώσεις που παρείχε και στην κάλυψη των προσδοκιών των εγκύων από αυτό. Για τις επίτοκες, οι εκπαιδευτριες καθίστανται εξαιρετικά δεκτικές σε ερωτήσεις, υποστηρικτικές και πρόθυμες κατέχοντας υψηλό βαθμό μεταδοτικότητας. Επίσης, διαπιστώθηκε αυξημένος βαθμός ικανοποίησης από την ευκολία πρόσβασης στο κτίριο όπου διεκπεραιώνονται τα μαθήματα ενώ η διαδικτυακή σελίδα του προγράμματος αποτελεί πηγή ενημέρωσης και πληροφόρησης. Η ευκολία προσανατολισμού του κτηρίου εντός του χώρου του νοσοκομείου, το περιβάλλον και ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός, όπως και η συμβουλευτική μέσω κινητής τηλεφωνίας, αξιολογήθηκε σε χαμηλό βαθμό από τις συμμετέχουσες στην έρευνα.

Επιπλέον εύρημα αποτελεί ότι στην Ελλάδα η πλειονότητα των επιτόκων εμπιστεύεται τους ιατρούς Μαιευτήρες και όχι τις Μαίες για πληροφόρηση και τοκετό. Επίσης, υπήρξε αυξημένο ποσοστό συμμετοχής στο Πρόγραμμα, εγκύων γυναικών ηλικίας 39-45 ετών, υποδεικνύοντας την αύξηση του ορίου ηλικίας για τεκνοποίηση και την επιθυμία των γυναικών για εγκυμοσύνη στις ηλικίες αυτές. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται δεδομένα για έγκυες γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών που παρακολούθησαν το Πρόγραμμα και προσθέτουν στοιχεία σε αυτή τη δημογραφική ομάδα που υπάρχει έλλειψη μελετών. Τέλος, παρουσιάζεται η σημαντικότητα αντίστοιχων προγραμμάτων που καλύπτουν επιπλέον ανάγκες.

Λέξεις κλειδιά: *Οργάνωση Μονάδων Υγείας, Προγεννητική Εκπαίδευση, Προαγωγή υγείας*

ABSTRACT

Motherhood undoubtedly plays a significant role in a woman's life and constantly new couples seek to prepare properly for the arrival of the new family member. The professional emancipation of women, the increase of their educational level (expectations, crisis, needs) and the influences from the international standards contributed to this fact. In recent years, the medicalization of childbirth, medications and surgeries have pushed women to desire a normal birth with all the consequences that the normalcy of the procedure offers.

After literature review, various studies and researches were found on the preparation of young couples in parenthood, which tend to evaluate women's satisfaction with their childbirth, breastfeeding or the degree of influence of their psychology during the perinatal period. The lack of research on the evaluation of pregnant women's satisfaction with Prenatal Education Programs, regarding their organization and functionality, was the motivation for this study. More specifically, a study was carried out in which the organization, structure and operation of a Department of Prenatal Education in a public hospital (General Hospital of Thessaloniki Ippokrateio) was investigated and the improvement of its services, in order to strengthen the department organizationally, to benefit more pregnant women and to create future similar departments in Health Units in Greece.

The conclusions indicate the need and usefulness for information on Prenatal Education from the woman near childbirth of such programs. The adequacy of this Program is recognized in the knowledge it provided and in meeting the expectations of pregnant women from it. For them, educators become extremely receptive to questions, supportive and willing with a high degree of contagion. Also, there was an increased degree of satisfaction with the ease of access to the building where the lessons are conducted, while the website of the Program is a source of information. The ease of orientation of the building within the hospital, the environment and the equipment, as well as the counseling via mobile telephony, were evaluated to a low degree by the research participants. An additional finding is that in Greece the majority of pregnant women trust obstetricians and not midwives for information and childbirth. There was also an increased participation rate in the Program for pregnant women aged 39-45, indicating an increase the age and desire of women for pregnancy. The present study presents data on pregnant women under the age of 18, who attended the Program and adds data to this demographic-deficient demographic. Finally, the importance of corresponding programs that cover additional needs is presented.

Keywords: *Organization of Health Units, Prenatal Education Programs, Health Promotion*

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

| | |
|---------------|--|
| EQUIHP | European Quality Instrument for Health Promotion |
| FIGO | International Federation of Gynecology and Obstetrics |
| ICM | International Confederation of Midwives |
| NCT | National Childbirth Trust |
| NHS | National Health System |
| RCOM | Royal College of Midwives |
| UNESCO | United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization |
| WHO | World Health Organization |
| ΓΝ | Γενικό Νοσοκομείο |
| ΓΝΘ | Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης |
| ΕΣΥ | Εθνικό Σύστημα Υγείας |
| ΕΥ | Επαγγελματίας Υγείας |
| Η/Υ | Ηλεκτρονικός Υπολογιστής |
| ΗΠΑ | Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής |
| MME | Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας |
| ΟΗΕ | Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών |
| ΠΕ | Προγεννητική Εκπαίδευση |
| ΠΗΤ | Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού |
| ΠΟΥ | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας |
| ΠΦ | Προγεννητική Φροντίδα |
| ΣΔΚ | Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να αποτείνω θερμές ευχαριστίες,

Στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Δρ. Γκούνα Ουρανία για την συμπαράσταση, την ηθική στήριξη, καθοδήγηση και την αμέριστη, αδιάλειπτη και ουσιαστική βοήθεια που μου παρείχε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διπλωματικής εργασίας. Ήταν τιμή μου που υπήρξα φοιτήριά της και αργότερα συνεργάστηκα μαζί της για την συγγραφή της παρούσας διπλωματικής.

Επίσης είμαι ευγνώμων στις συναδέλφους μου στην Αίθουσα Τοκετών στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο για την υπομονή και υποστήριξή τους. Περισσότερο θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα. Φετεινίδου Μαρία που ως φίλη, συνάδελφος και συμφοιτήτρια υπήρξε άξια συνοδοιπόρος σε όλο το ταξίδι της μεταπτυχιακής μου πορείας.

Τέλος, θα ήθελα να αναφερθώ στην οικογένεια μου που ακούραστα ήταν δίπλα μου σε κάθε μου σκέψη και ανησυχία. Τους ευχαριστώ από καρδιάς για την συμπαράσταση και την αγάπη που μου πρόσφεραν αλλά και την υπομονή που υπέδειξαν όλο αυτό το διάστημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ | 13 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 13 |
| 1.1 Η έννοια της Διοίκησης | 13 |
| 1.2 Ιστορική αναδρομή σε Διοικητικές Θεωρίες | 15 |
| 1.2.1 Κλασσική Σχολή..... | 15 |
| 1.2.2 Νεοκλασσική Σχολή | 15 |
| 1.2.3 Σύγχρονη Σχολή (1960-)..... | 16 |
| 1.2.4 Προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης και Διοικητικές Θεωρίες..... | 16 |
| 1.3 Οι Βασικές Λειτουργίες της Διοίκησης..... | 17 |
| 1.3.1 Γενικές Αρχές-Λειτουργίες της Διοίκησης στο χώρο της Υγείας..... | 17 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ | 19 |
| 2.1 Η Οργάνωση ως λειτουργία σε έναν οργανισμό | 19 |
| 2.1.1 Βασικές Οργανωτικές Αρχές..... | 19 |
| 2.2 Η Οργανωτική δομή μιας Νοσοκομειακής Μονάδας..... | 20 |
| 2.2.1 Η διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας | 21 |
| 2.3 Η Οργάνωση και Διοίκηση Προγεννητικών Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων σε Μονάδες Υγείας | 22 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ..... | 25 |
| 3.1 Η εννοιολογική προσέγγιση και οι στόχοι των Συστημάτων Υγείας..... | 25 |
| 3.2 Οι Λειτουργίες των Συστημάτων Υγείας..... | 26 |
| 3.3 Η Διαχείριση της Τεχνολογίας της Υγείας (Health Technology Management) | 27 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ | 29 |
| 4.1 Ορισμός των Υπηρεσιών Υγείας..... | 29 |
| 4.2 Η ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας και οι παράμετροι που την επηρεάζουν | 30 |
| 4.3 Η Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας (Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών) | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4 Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες των Υπηρεσιών Υγείας | 32 |
| 4.4.1 Διαφοροποίηση Υπηρεσιών από προϊόντα | 33 |
| 4.5 Πως ορίζεται η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας..... | 34 |
| 4.6 Παράγοντες που βελτιώνουν την επιτυχία ενός Προγράμματος Υγείας | 35 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΜΕΛΗΜΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ | |
| ΥΓΕΙΑΣ | 37 |
| 5.1 Η ικανοποίηση πελατών και η διαφοροποίησή της στον τομέα της Υγείας..... | 37 |
| 5.2 Ορισμοί για την ικανοποίηση των πελατών..... | 37 |
| 5.3 Ορισμοί για την ικανοποίηση των ασθενών | 38 |
| 5.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών | 39 |
| 5.5 Η σημαντικότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών στις Υγειονομικές υπηρεσίες | 40 |
| 5.6 Συστηματικές μελέτες σχετικά με την ικανοποίηση | 41 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ | 43 |
| 6.1 Η Προαγωγή Υγείας ως αναπόσπαστο κομμάτι της Αγωγής Υγείας..... | 43 |
| 6.2 Η Προαγωγή Υγείας ως ορισμός..... | 43 |
| 6.2.1 Οι Φορείς Προαγωγής της Υγείας..... | 45 |
| 6.2.2 Αρχές για την Προαγωγή της Υγείας | 46 |
| 6.2.3 Δράσεις της Προαγωγής της Υγείας..... | 47 |
| 6.2.4 Η σπουδαιότητα της βασικής εκπαίδευσης για την Υγεία..... | 48 |
| 6.3 Προσεγγίζοντας θεωρητικά την Αγωγή της Υγείας..... | 49 |
| 6.3.1 Οι στόχοι της Αγωγής Υγείας | 51 |
| 6.3.2 Η συμβουλευτική στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας | 52 |
| 6.4 Προγράμματα Προαγωγής και Αγωγής υγείας | 52 |
| 6.4.1 Αρχές των Προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας | 53 |
| 6.4.2 Ο Σχεδιασμός Προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας | 53 |
| 6.4.3 Μεθοδολογία Προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας | 57 |
| 6.4.3.1 Μέθοδοι επικοινωνίας..... | 58 |

| | |
|---|----|
| 6.4.3.2 Μέθοδοι τροποποίησης συμπεριφοράς και αντιλήψεων | 59 |
| 6.5 Αξιολόγηση των Προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας | 59 |
| 6.6 Οι βέλτιστες πρακτικές Οργάνωσης και Διοίκησης Προγραμμάτων Προγεννητικής Αγωγής στα πλαίσια της συνεχιζόμενης φροντίδας..... | 61 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Η ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ..... | 63 |
| 7.1 Ορίζοντας την Προγεννητική Εκπαίδευση | 63 |
| 7.2 Ιστορική αναδρομή της Προγεννητικής Εκπαίδευσης | 64 |
| 7.3 Η Προγεννητική Εκπαίδευση στο εξωτερικό | 66 |
| 7.3.1 Καναδάς | 66 |
| 7.3.2 Μ. Βρετανία | 66 |
| 7.3.3 Ηνωμένες Πολιτείες..... | 67 |
| 7.3.4 Αυστραλία | 68 |
| 7.4 Η Προγεννητική Εκπαίδευση και Αγωγή μέρος της Προγεννητικής Φροντίδας | 69 |
| 7.4.1 Μελέτες που παρουσιάζουν τους παράγοντες/εμπόδια, οι οποίοι επηρεάζουν τη χρήση της Προγεννητικής Φροντίδας (ΠΦ)..... | 70 |
| 7.5 Centering Pregnancy και Προγεννητική Εκπαίδευση | 72 |
| 7.6 Η Αποτελεσματικότητα της Προγεννητικής Εκπαίδευσης..... | 73 |
| 7.7 Παράγοντες που σχετίζονται με την Προγεννητική Εκπαίδευση | 78 |
| 7.8 Ο ρόλος του εκπαιδευτή στην Προγεννητική Εκπαίδευση..... | 78 |
| 7.9 Συστηματικές μελέτες..... | 80 |
| 7.9.1 Συστάσεις για τα Προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης | 84 |
| 7.10 Προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα | 85 |
| 7.10.1 Λίγα λόγια για τον φορέα που διεξάγεται η έρευνα | 87 |
| 7.10.2 Το Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής και Προετοιμασίας Νέων Γονέων στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο..... | 88 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ..... | 92 |
| Α. Μεθοδολογικό πλαίσιο | 92 |
| Β. Στατιστικά Αποτελέσματα | 96 |

| | |
|--|-----|
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 109 |
| Συγκριτική Ανασκόπηση άλλων μελετών | 114 |
| ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 118 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 121 |
| Ερωτηματολόγιο για την Προγεννητική Αγωγή..... | 147 |
| Έντυπο Συναίνεσης | 155 |

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ, ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΩΝ

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

| | |
|-----------|---|
| Γράφημα 1 | Στοιχεία βελτιώσεων του χώρου του προγράμματος |
| Γράφημα 2 | Στοιχεία διεκπεραίωσης του ραντεβού |
| Γράφημα 3 | Επαγγελματίας υγείας που απευθύνθηκαν αρχικά οι συμμετέχουσες στην έρευνα μετά την αναγνώριση της εγκυμοσύνης |
| Γράφημα 4 | Εβδομάδα κύησης που εκκίνησαν τα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής |
| Γράφημα 5 | Αριθμός εμβρύων που κυοφορούν οι γυναίκες του δείγματος |

ΠΙΝΑΚΕΣ

| | |
|------------|--|
| Πίνακας 1 | Table of Studies on Factors Affecting Utilization on Prenatal Care |
| Πίνακας 2 | Table 1. Overview of Childbirth Education Evaluation Studies |
| Πίνακας 3 | Δημογραφικά Στοιχεία |
| Πίνακας 4 | Πληροφορίες σχετικά με το Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής |
| Πίνακας 5 | Βαθμός ικανοποίησης από το περιβάλλον του χώρου του προγράμματος |
| Πίνακας 6 | Στοιχεία συνοδείας στο μάθημα Προγεννητικής Αγωγής |
| Πίνακας 7 | Βαθμός ικανοποίησης από την επικοινωνία με το Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής |
| Πίνακας 8 | Προτιμήσεις τρόπου διδασκαλίας των μαθημάτων |
| Πίνακας 9 | Στοιχεία παρουσίας στα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής |
| Πίνακας 10 | Στοιχεία γλωσσικής επάρκειας των μαθημάτων Προγεννητικής Αγωγής |
| Πίνακας 11 | Βαθμός ικανοποίησης από τη διαδικασία μάθησης στο Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής |
| Πίνακας 12 | Βαθμός ικανοποίησης από τις πληροφορίες για την κύηση από το Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής |
| Πίνακας 13 | Ανάγκη προγραμμάτων προς δημιουργία |
| Πίνακας 14 | Μήτρα συσχετίσεων των διαστάσεων ικανοποίησης |
| Πίνακας 15 | Έλεγχος ANOVA των μέσων βαθμολογιών των διαστάσεων ικανοποίησης με βάση την ηλικία |
| Πίνακας 16 | Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα των μέσων βαθμολογιών των διαστάσεων ικανοποίησης με βάση την οικογενειακή κατάσταση |
| Πίνακας 17 | Έλεγχος ANOVA των μέσων βαθμολογιών των διαστάσεων ικανοποίησης με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης |
| Πίνακας 18 | Συγκριτική ανασκόπηση παλαιότερων και σύγχρονων μελετών με τη παρούσα έρευνα |

ΕΙΚΟΝΕΣ

| | |
|----------|---------------------------------------|
| Εικόνα 1 | The WHO Health Systems Framework |
| Εικόνα 2 | A planning model for health promotion |

ΣΧΗΜΑΤΑ

| | |
|---------|---|
| Σχήμα 1 | Διοικητική κατηγοριοποίηση μιας Νοσοκομειακής Μονάδας |
| Σχήμα 2 | Model of Health Promotion |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την υγεία «ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 1946, σελ.100).

Ωστόσο, η υγεία δεν καθορίζεται αποκλειστικά από την Ιατρική Επιστήμη, αλλά οφείλεται και σε άλλους παράγοντες (μορφωτικό επίπεδο, εργασιακό προφίλ, οικονομία, περιβαλλοντικοί συντελεστές). Οι κοινωνικές αντιλήψεις των πολιτών, οι στάσεις και οι ιδέες τους για την ανθρώπινη υπόσταση, οι πολιτιστικές διαφορές, το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο, η θρησκεία και η κουλτούρα τους, διαφοροποιεί τον ορισμό της υγείας ανά χώρα. Περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράμετροι και παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες ζωής των ατόμων, το σύστημα υγείας και τις υγειονομικές υπηρεσίες φαίνεται να επιδρούν στην υγεία. Γενικότερα, η υγεία προσδιορίζεται ως αγαθό, ανάγκη αλλά και κοινωνικό και ατομικό δικαίωμα, το οποίο χρήζει προτεραιότητας της Δημόσιας Υγείας κάθε χώρας (Παπαγεωργίου και Μπίζας, 2013, σελ.14).

1.1 Η έννοια της Διοίκησης

Η σημαντικότητα της διοίκησης γνωστοποιείται από την αρχαιότητα. Η δημιουργία του συντονισμού των ατομικών προσπαθειών που διασφαλίζεται από την διοικητική επιστήμη κρίθηκε απαραίτητη τη στιγμή που τα άτομα συνέθεσαν ομάδες και έθεσαν συγκεκριμένους σκοπούς και στόχους. Η ύπαρξη και αποτελεσματική εφαρμογή της λειτουργίας της διοίκησης χρονολογείται από την Αρχαία Κίνα, την Αίγυπτο και την Ελλάδα. Συγκεκριμένα, ο Σωκράτης περιγράφει την διοίκηση ως επιδεξιότητα, η οποία διαφοροποιείται από την εμπειρία και την τεχνογνωσία (Θανασάς και Χαραλάμπους, 2016b).

Στην ξένη και Ελληνική βιβλιογραφία διάφοροι ορισμοί αναδεικνύουν τον όρο της διοίκησης ή management, ένας πιο επικρατέστερος όρος στη σύγχρονη εποχή. Η λέξη management, σύμφωνα με την Αγγλοσαξωνική ορολογία, πηγάζει από το ρήμα manage με ερμηνείες όπως 1) ενεργώ κατά έναν προκαθορισμένο τρόπο, 2) διαχειρίζομαι κατάλληλα, 3) οδηγώ, διευθύνω, κυβερνώ, καθοδηγώ και 4) καταφέρνω συγκεκριμένα αποτελέσματα, ενώ στη Γαλλική γλώσσα κατάγεται από τη λέξη ménage που σημαίνει βάζω σε τάξη, υποδηλώνοντας τη μη ακριβή μετάφραση του στα ελληνικά. Management ορίζεται από τη βιβλιογραφία ως διαχείριση, διεύθυνση, επιμέλεια υποθέσεων και αποτελεί συνώνυμο της διοίκησης. Η

διενέργεια διοίκησης με σκοπό την εκπλήρωση ιδιωτικών υποθέσεων αφορά τη διοίκηση ιδίων υποθέσεων, ενώ όταν αυτή διενεργείται για λογαριασμό άλλων, επιτελείται διοίκηση αλλότριων υποθέσεων. Η διοίκηση που αναφέρεται στην κοινωνική και οικονομική κατάσταση των πολιτών προσδιορίζεται ως Δημόσια Διοίκηση (Μπουρής, 2008, σελ.4).

Ο Richard Daft (1988) προσδιορίζει τη διοίκηση/management ως *«την εκπλήρωση των σκοπών ενός οργανισμού μέσω προγραμματισμού, οργάνωσης, διεύθυνσης και ελέγχου των πηγών του οργανισμού»* ενώ σύμφωνα με τους Hersey και Blanchard (1988) ορίζεται ως *«μια εργασία που πραγματοποιείται με άτομα και δια μέσου ατόμων και ομάδων εκπληρώνονται οι σκοποί ενός οργανισμού»* (Ζαβλανός, 2002, σελ.23).

Η διοίκηση/management ως κύρια λειτουργία ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης αφορά τη χάραξη κατευθυντήριων οδηγιών και καθορισμένης πολιτικής και έχει στόχο τον συντονισμό ορισμένων ενεργειών (συλλογικών και ατομικών), για την εκπλήρωση στόχων (Μερκούρης, 2008, σελ.20). Ως εκ τούτου, πρόκειται για μια δραστηριότητα ή διαδικασία συντονισμού των δυνατοτήτων και των πόρων ενός οργανισμού, η οποία στοχεύει στη μέγιστη δυνατή παραγωγικότητα, μέσω επίτευξης συγκεκριμένων σκοπών (Σαρμανιώτης, 2012, σελ.3). Ο όρος «οργανισμός ανευρίσκεται συχνά στους ορισμούς της διοίκησης, διότι αφορά μια ομάδα ατόμων, οι οποίοι μέσω της συνεργασίας τους, δύνανται να επιτύχουν έναν κοινό σκοπό (Πολύζος, 2014).

Το άτομο που ασκεί διοίκηση είναι απαραίτητο να λάβει υπόψη του εργαλεία, όπως τα συστήματα προγραμματισμού ελέγχου, τα συστήματα πληροφοριών και τα συστήματα αμοιβών, προκειμένου να ανταπεξέλθει σε απρόβλεπτους παράγοντες (Μπουραντάς, 1992, σελ.15).

Το management δεν απευθύνεται μόνο σε άτομα με θέση ισχύος (διευθυντές, managers) αλλά αποτελεί τη γνώση, με την οποία ο κάθε εργαζόμενος πρέπει να διοικείται και να ασκεί διοίκηση με τον βέλτιστο τρόπο. Επιπλέον, επικεντρώνεται στη λήψη αποφάσεων για την υλοποίηση στόχων, με τη βέλτιστη χρήση πόρων. Η πολυθεματικότητα πεδίων στη διοίκηση (κοινωνιολογία, ψυχολογία, μαθηματικά, οικονομολογία, μηχανική) οδήγησε στη δημιουργία διάφορων σχολών (Μπουρής, 2008, σελ.5-7).

1.2 Ιστορική αναδρομή σε Διοικητικές Θεωρίες

Η διοικητική επιστήμη διαμορφώθηκε τον 20^ο αιώνα και οι αναδύμενες θεωρίες της διοίκησης, όπως εξελίχθηκαν, κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 σχολές: στη κλασσική, στη νεοκλασσική και στη σύγχρονη.

1.2.1 Κλασσική Σχολή

Στη Κλασσική σχολή εμφανίζεται: η Επιστημονική προσέγγιση της Διοίκησης (Frederick Taylor 1856-1915), η Διοικητική θεώρηση της Διοίκησης (Henri Fayol 1841-1925) και τέλος η Γραφειοκρατική προσέγγιση της Διοίκησης (Max Weber 1864-1920). Τα βασικά σημεία των Θεωριών τους παρατίθενται παρακάτω: Ο Frederick Taylor υποστηρίζει ότι η οικονομική άνοδος και το κέρδος των επιχειρήσεων βασίζεται στην παραγωγικότητα και αποδοτικότητα. Κύρια σημεία της θεωρητικής προσέγγισης είναι η συστηματική καταγραφή έργου, ο προγραμματισμός βάσει χρονομετρημένων προτύπων εργασίας, ο περιορισμός άστοχων ενεργειών και η αμοιβή βάσει απόδοσης. Στην συνέχεια ο Henry Gant ενέταξε στην παραπάνω φιλοσοφία το διάγραμμα έργου, μέσα στην έννοια του χρονοπρογραμματισμού. Ο Henry Fayol ερεύνησε την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα ενός οργανισμού με έμφαση στην οργάνωση της ανώτατης διοικητικής πυραμίδας. Επίσης, όρισε 5 σημαντικές διοικητικές λειτουργίες σε μια επιχείρηση. Αυτές ήταν, η πρόβλεψη (η επιχείρηση προβλέπει βάσει έρευνας, λαμβάνει μέτρα και δρα), η οργάνωση (η επιχείρηση για την εύρυθμη λειτουργία της εφοδιάζεται με κεφάλαια, πρώτες ύλες, εργαλεία και προσωπικό), η διοίκηση-διεύθυνση: (κατευθύνει τις ενέργειες των εργαζομένων), ο συντονισμός (λειτουργικότητα και αποδοτικότητα, περιορισμός εμποδίων) και ο έλεγχος (των διαδικασιών στα τμήματα της επιχείρησης). Τέλος ο Max Weber υποστήριξε την διοίκηση και τον ορθολογισμό της επιχείρησης στην γραφειοκρατική οργάνωση (Μερκούρης, 2008; Λαλούμης, 2015, Ferdous, 2016).

1.2.2 Νεοκλασσική Σχολή

Στη σχολή αυτή εντάσσονται διαφορετικές επιστήμες και θεωρίες όπως κοινωνιολογία, ψυχολογία, πολιτικές επιστήμες κα. υποστηρίζοντας την επίτευξη της ικανοποίησης των εργαζομένων που επιτυγχάνεται με τις αποφάσεις των ανώτερων στελεχών, υπό το πρίσμα της συμμετοχικής διοίκησης και λήψης αποφάσεων. Κύριοι εκφραστές των Θεωριών αυτών είναι ο Douglas Mc Gregor (1906-1964), ο Elton Mayo (1880-1949) και ο Chris Argyris (1923-2013). Ο Douglas Mc Gregor υποστήριξε την αξιοποίηση του προσωπικού ανάλογα με τις ικανότητες του, (θεωρία Ψ (θετική) και Χ (αρνητική), η οποία μπορεί να επιφέρει

επιτυχία. Ο Elton Mayo επικεντρώθηκε στις διαπροσωπικές σχέσεις και στον εργασιακό χώρο (εξάλειψη συγκρούσεων, ικανοποίηση αναγκών), ενώ ο Chris Argyris επικεντρώθηκε στον εργαζόμενο ανθρωποκεντρικά, στις ανάγκες του στον εργασιακό χώρο και στην μείωση της απόλυτης εξειδίκευσης προτείνοντας τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων των εργαζομένων (Μερκούρης, 2008, Kwok 2014, Λαλούμης, 2015).

1.2.3 Σύγχρονη Σχολή (1960-)

Η Σύγχρονη σχολή αντιμετώπισε τον οργανισμό ως ανοιχτό οργανισμό και διατύπωσε τις εξής προσεγγίσεις: τη Μαθηματική προσέγγιση (Mathematics perspective), τη Συστημική προσέγγιση (Systems perspective), την Προσέγγιση (μοντέλο) του κύκλου ζωής (Life circle perspective) και την Λειτουργική Ενδεχομενική προσέγγιση (Contingency approach) (Μερκούρης, 2008, σελ.29).

1.2.4 Προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης και Διοικητικές Θεωρίες

Τα προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης, τα οποία μελετώνται στην παρούσα έρευνα, βασίζονται στη μεθοδολογία των Προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας (Τούντας 2002), στα οποία ανευρίσκονται κοινά σημεία των θεωριών του Fayol. Συγκεκριμένα, ο σχεδιασμός των Προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας που βασίζονται στα προγράμματα εκπαίδευσης ενηλίκων, περιλαμβάνει ενότητες και λειτουργίες που συνάδουν με τις 5 διοικητικές λειτουργίες του Fayol (Queensland Health, 2018).

Λαμβάνοντας υπόψη την **πρόβλεψη**, ως πρώτη διοικητική λειτουργία στη θεωρία του Fayol, το πρόγραμμα οριοθετεί το κοινό/πληθυσμό στο οποίο απευθύνεται και εντοπίζει τις ανάγκες και προσδοκίες του, προσδιορίζοντας τους στόχους του. Με την **οργάνωση**, το πρόγραμμα εκτιμά τους διαθέσιμους και απαραίτητους πόρους (υλικούς, ανθρώπινους) και εφοδιάζεται κατάλληλα ενώ με την **διοίκηση-διεύθυνση**, επιτελείται ο σχεδιασμός της μεθοδολογίας, δηλαδή επιλέγονται οι μέθοδοι και οι τρόποι εφαρμογής αυτών από την αρμόδια ομάδα. Με τον **συντονισμό** διασφαλίζεται η λειτουργική αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Τέλος, ο **έλεγχος** παραπέμπει στην αξιολόγηση του, δηλαδή εκτιμάται ο βαθμός ανταπόκρισης του προγράμματος στους επιδιωκόμενους στόχους και στις επιθυμίες του πληθυσμού. Στο τελευταίο στάδιο, επιτελούνται οι τροποποιήσεις και βελτιωτικές ενέργειες.

Είναι εμφανές ότι η θεωρία του Fayol, η οποία αναπτύχθηκε χρόνια πριν, βρίσκει απήχηση στη σύγχρονη εποχή στο σχεδιασμό και τη μεθοδολογία των προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας και των προγραμμάτων Προγεννητικής Εκπαίδευσης.

1.3 Οι Βασικές Λειτουργίες της Διοίκησης

Η διοίκηση περιλαμβάνει 4 κύριες λειτουργίες, οι οποίες παρατίθενται παρακάτω:

- 1) **Σχεδιασμός-προγραμματισμός (Planning)**. Στο πρώτο και κύριο διοικητικό στάδιο, θέτονται οι στόχοι, οι σκοποί του οργανισμού και η στρατηγική οργάνωσης. Συσχετίζεται με την ανταγωνιστικότητα, την αποτελεσματικότητα και την ευόδωση των προκαθορισμένων στόχων.
- 2) **Οργάνωση (Organizing)**. Συμπεριλαμβάνει τον προσδιορισμό και την κατανομή καθηκόντων στο εργατικό δυναμικό και τη δημιουργία συντονισμένων εργασιών για την εκτέλεση των στόχων.
- 3) **Διεύθυνση (Leading)**. Αφορά την καθοδήγηση των μελών του οργανισμού, την κινητοποίηση αυτών και την επίλυση πιθανών προβλημάτων. Διαφορετικά, ορίζεται ως η εποπτεία επιτυχίας των στόχων.
- 4) **Έλεγχος (Controlling)**. Επιτελείται η μέτρηση της απόδοσης και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και αν κριθεί απαραίτητο τροποποιούνται διαδικασίες και πραγματοποιούνται κατάλληλες δραστηριότητες (Μερκούρης, 2008, σελ.15-16).

Στον τομέα της υγείας, η διοίκηση διαφέρει σε σχέση με άλλους οργανισμούς. Οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας παρέχουν το ύψιστο κοινωνικό αγαθό, την υγεία, η οποία κατέχει τη πρώτη θέση μεταξύ των αναγκών της ανθρώπινης υπόστασης. Η νοσηλευτική διοίκηση είναι απαραίτητο να δραστηριοποιείται με τέτοιο τρόπο, ώστε να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε ένα ασφαλές περιβάλλον, προσαρμοσμένη στις ισχύουσες συνθήκες (Γούλα και συν., 2014).

1.3.1 Γενικές Αρχές-Λειτουργίες της Διοίκησης στο χώρο της Υγείας

Στην διοίκηση της νοσηλευτικής επιστήμης διακρίνονται οι εξής αρχές-λειτουργίες, οι οποίες λειτουργούν αλληλεξάρτητα και ανεξάρτητα:

Σχεδιασμός: Περικλείει 1) την αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης μιας υγειονομικής Μονάδας, 2) τη συλλογή και επεξεργασία στοιχείων από το αρμόδιο τμήμα, 3) την τεχνοοικονομική μελέτη, η εκπόνηση της οποίας σχετίζεται με τους πόρους και τις υποδομές της Μονάδας Υγείας, 4) την εφαρμογή ενός σχεδίου δράσης και 5) την αξιολόγησή του. Το στάδιο αυτό σε ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι μεγίστης σημασίας για τη μελλοντική εξέλιξη και πορεία του. Κατά την αξιολόγηση της ισχύουσας κατάστασης μιας δημόσιας Μονάδας Υγείας, προσδιορίζονται οι αδυναμίες και οι φραγμοί κατά την παροχή υπηρεσιών, όπως

προκύπτουν από στοιχεία που αφορούν τη ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών, τους περιορισμούς στη προσφορά συγκεκριμένων υπηρεσιών ή στη ποιότητα των υπηρεσιών (Θανασάς και Χαραλάμπους, 2016a). Στο στάδιο αυτό προσδιορίζεται η πολιτική και η στρατηγική της διοίκησης (Μπουρής, 2008, σελ.21).

Οργάνωση: Περικλείει την αλλαγή και την οργανωσιακή κουλτούρα, η οποία επιδρά στους παρόχους και αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, επηρεάζοντας την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του υγειονομικού προσωπικού, την οργανωσιακή δέσμευση, την ενδυνάμωση, την εργασιακή ικανοποίηση και την κινητικότητα του προσωπικού. Αντανακλά τις αξίες και πεποιθήσεις μιας Μονάδας Υγείας και σχετίζεται με τις δράσεις και την αποτελεσματικότητα αυτής, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της (Κουράκος και Καυκιά, 2019).

Διεύθυνση: Αφορά δράσεις της Μονάδας Υγείας με σκοπό την εξέλιξη της (πχ ανάθεση αρμοδιοτήτων, προσφορά κινήτρων, αποτελεσματική επικοινωνία, αναβάθμιση ποιότητας έργου, δημιουργία κοινού οράματος).

Έλεγχος: Αφορά την αξιολόγηση της εφαρμογής του σχεδίου δράσης, των αρχών και εντολών που υιοθετήθηκαν βάσει προτύπων αναφοράς και την τροποποίηση διαδικασιών με τη διόρθωση λαθών.

Οι διευθυντές/managers απαιτείται να φέρουν κατάλληλα προσόντα (δεξιότητες, ικανότητες), να έχουν όραμα, να επιτελούν διάφορους ρόλους και να ανταποκρίνονται σε ποικίλες καταστάσεις με μέλημά τους, την ανθρώπινη υπόσταση. Το δυσχερές έργο τους, δεν περιορίζεται μόνο εντός των δομών υγείας, αλλά επεκτείνεται και στο εξωτερικό περιβάλλον αυτών (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000). Η διοίκηση μιας νοσοκομειακής μονάδας πρέπει να είναι αποτελεσματική και οργανωμένη, έχοντας ως στρατηγική τη χρήση νέων τεχνικών του management και τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου σχεδίου δράσης (Δικαίος και συν., 1999; Swansburg and Swansburg, 1999, σελ.41).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ

2.1 Η Οργάνωση ως λειτουργία σε έναν οργανισμό

Εννοιολογικά, η οργάνωση αποτελεί την ουσιαστική δομή ορισμένων συντελεστών (υπαλλήλων, προϊστάμενων, τμημάτων, τομέων) και τη σωστή διασύνδεσή τους με κύριο σκοπό τη μέγιστη και βέλτιστη εκπλήρωση ενός αντικειμενικού στόχου (Μπουρής, 2008, σελ.9). Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2002), η οργάνωση περιλαμβάνει τις απαιτούμενες, ομαδοποιημένες δραστηριότητες και την ανάθεση καθηκόντων στα αρμόδια άτομα, σκοπεύοντας στην εκπλήρωση των στόχων που τέθηκαν. Πιο συγκεκριμένα, η οργάνωση επιφέρει τη διαίρεση του συνολικού έργου σε επιμέρους εργασίες, ανατίθενται συγκεκριμένες δραστηριότητες σε συγκεκριμένα άτομα, χωρίς να αποκλείεται η διαμόρφωση των σχέσεων μεταξύ τους. Η σωστή οργάνωση έγκειται στην ύπαρξη ενός κατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος, με στόχο τη μέγιστη αποδοτικότητα και ικανοποίηση των εργαζομένων. Θεωρείται το **μέσο για την επιτυχία των στόχων και όχι ο σκοπός** (Πετρίδου, 2001).

Στη Διοικητική Επιστήμη ο όρος «οργάνωση» δύναται να αφορά μια οντότητα (πχ ένα νοσοκομείο), η οποία είναι εφάμιλλη με την έννοια του «οργανισμού» ή να προσδιορίζει ορισμένες ενέργειες (Μπουρσανίδης, 1993). Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν οργανισμούς, επομένως διοικητικά και οργανωσιακά το ισχύον καθεστώς για τους οργανισμούς, ισχύει με ελάχιστες διαφορές και στις υγειονομικές Μονάδες. Τα κοινά σημεία της οργάνωσης και διοίκησης είναι ο προκαθορισμένος αντικειμενικός στόχος, ο οποίος τίθεται με συγκεκριμένους παραγωγικούς συντελεστές. Η βασική διαφορά τους έγκειται στο ότι η οργάνωση **προβλέπει τον τρόπο ενεργοποίησης** του κάθε συντελεστή και ποια θα είναι η αποστολή του, ενώ πρωταρχικό αντικείμενο της διοίκησης αποτελεί η **δραστηριοποίηση** των συντελεστών και η ενεργοποίηση ενός οργανογράμματος (Μπουρής, 2008, σελ.9-10).

2.1.1 Βασικές Οργανωτικές Αρχές

Η οργάνωση σε έναν Οργανισμό/Μονάδα Υγείας αποτελεί το κλειδί για τη συνεργασία μεταξύ εργαζομένων, επιλύει συγκρούσεις και καθιστά δυνατή την εύρυθμη λειτουργία, με την προϋπόθεση της τήρησης **κύριων οργανωτικών αρχών**:

Ενότητα εντολής: Ο κάθε υπάλληλος δέχεται εντολές από έναν μόνο προϊστάμενο.

Όριο διεύθυνσης ή εποπτείας: Το εργατικό δυναμικό που θα απασχοληθεί σε μια θέση εργασίας, εξαρτάται από το αντικείμενο της εργασίας, το επίπεδο δυσκολίας και ευθύνης αυτού.

Εναρμόνιση ευθύνης και εξουσίας: Αφορά την εξουσία που δίδεται σε έναν προϊστάμενο και την ολοκλήρωση του παραγόμενου έργου, με βάση τους διαθέσιμους πόρους.

Τμηματοποίηση: Προσδιορίζεται η κατηγοριοποίηση των διαδικασιών, για την περάτωση της εύρυθμης λειτουργίας της υγειονομικής Μονάδας.

Συντονισμός: Περικλείει τους κωδικούς επικοινωνίας των υπαλλήλων.

Οργανόγραμμα: Επιδιώκει την κάλυψη των αναγκών και τη βέλτιστη λειτουργία των τμημάτων σε μια Μονάδα Υγείας με τη καταγραφή της σχηματικής δομής του οργανισμού και αναλυτικής περιγραφής των δραστηριοτήτων που έχουν ανατεθεί σε κάθε τομέα, τμήμα και υπάλληλο (Πετρίδου, 2001; Μπουρής, 2008, σελ.21-22).

2.2 Η Οργανωτική δομή μιας Νοσοκομειακής Μονάδας

Η δομή μιας νοσοκομειακής μονάδας έχει τη μορφή πυραμίδας και είναι πολυεπίπεδη, με αλληλένδετα πεδία ενώ ο οργανωτικός αυτός σχηματισμός διευκολύνει τα τμήματα και τις αναδυόμενες λειτουργίες. Στα ανώτερα στρώματα της πυραμίδας υφίστανται τα άτομα με τον ανώτερο βαθμό εξουσίας, η οποία μεταβιβάζεται μέσω εντολών και κανόνων στα κατώτερα στρώματα (σχήμα 1). Η επέκταση της εξουσίας μεταφέρεται σε όλους τους υπαλλήλους (Wolper, 2001).

Ουσιώδης λειτουργία της νοσοκομειακής οργάνωσης αποτελεί η **στελέχωση**, σύμφωνα με την οποία επιτελείται η τοποθέτηση ικανών στελεχών σε ανάλογες θέσεις. Αντίστοιχα, διεκπεραιώνονται οι τοποθετήσεις ατόμων στις μεσαίες και κατώτερες βαθμίδες. Εν ολίγοις, μέσα από τη στελέχωση, το οργανόγραμμα γίνεται πράξη και οι εντολές/οδηγίες αποτελούν τεχνικές διαδικασίες καθορισμού απαιτήσεων και αρμοδιοτήτων (Μπουρής, 2008, σελ.22).



Σχήμα 1: Διοικητική κατηγοριοποίηση μιας Νοσοκομειακής Μονάδας (πηγή: Λιαρόπουλος, 2007).

Παράγοντες που επηρεάζουν την διοίκηση και οργάνωση των Μονάδων Υγείας αποτελούν η ανεπάρκεια του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων για την υγεία του, η κρατική παρεμβολή, η εργασιακή ένταση και η σύνθετη δομή αυτών των οργανισμών. Με τη σύσταση μιας Μονάδας Υγείας ορίζονται:

- Το όνομα της.
- Ο αριθμός των κλινών και ο τρόπος κατανομής τους.
- Ο αριθμός του εργατικού δυναμικού και οι ειδικότητες που το απαρτίζουν.
- Οι κλάδοι των υπαλλήλων.
- Τα τμήματα και οι τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- Η δομή της Νοσηλευτικής, Διοικητικής-Οικονομικής και Τεχνικής υπηρεσίας (Δικαίος και συν., 1999).

Η παρούσα διπλωματική εργασία μελετά την περίπτωση του Τμήματος Προγεννητικής Αγωγής στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο, το οποίο ανήκει στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του νοσοκομείου.

2.2.1 Η διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Επιτροπή αποτελεί όργανο, το οποίο γνωμοδοτεί και συμβουλεύει σχετικά με κάθε θέμα που αφορά τη λειτουργία και οργάνωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελείται από νοσηλευτικούς τομείς, όπου ο κάθε ένας περιλαμβάνει αυτοδύναμες μονάδες και νοσηλευτικά τμήματα για τα οποία είναι υπεύθυνη. Λογοδοτεί στον διοικητή του νοσοκομείου και απαρτίζεται από την διευθύνουσα/διευθυντή

της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και από τις Τομεάρχισσες/Τομεάρχες. Ο κάθε Τομεάρχης εποπτεύει έναν αριθμό τμημάτων και απευθύνονται σε αυτόν οι προϊστάμενοι. Τα καθήκοντα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας έγκεινται στα εξής:

- Η προσφορά νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- Η οργάνωση και ολοκλήρωση ιατρικών πράξεων.
- Η δημιουργία αρχείου και η φύλαξη των φακέλων νοσηλείας.
- Η επικοινωνία και συνεργασία με τις υπόλοιπες υπηρεσίες και τμήματα του νοσοκομείου.
- Ο έλεγχος και η αξιολόγηση των υπαλλήλων του νοσοκομείου.
- Ο έλεγχος και η διαχείριση των νοσηλευτικών τμημάτων.
- Ο έλεγχος των εισροών, η κατανομή αυτών και ο περιορισμός των δαπανών.
- Η βελτίωση της Νοσηλευτικής Επιστήμης, της επιμόρφωσης, της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και της εξέλιξης του ερευνητικού πεδίου στον τομέα της Νοσηλευτικής (Δικαίος και συν., 1999).

2.3 Η Οργάνωση και Διοίκηση Προγεννητικών Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων σε Μονάδες Υγείας

Ο WHO (2016) αναγνώρισε ως στόχο της Προγεννητικής Φροντίδας την Προαγωγή Υγείας, την εφαρμογή της Προγεννητικής Εκπαίδευσης και την δημιουργία θετικών συνθηκών υγιεινής για τη μητέρα και το νεογνό. Υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της Προγεννητικής Εκπαίδευσης και Αγωγής Υγείας, χωρίς τη θέσπιση συγκεκριμένων οδηγιών ενώ εντάσσει τα μαθήματα αυτών στις κατευθυντήριες οδηγίες για την Προγεννητική Φροντίδα (WHO, 2016, σελ. ix). **Σχετικά με τη θεματολογία καλύπτεται από τις οδηγίες/πρωτόκολλα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Προαγωγής Υγείας ενώ για την οργανωτική διάρθρωση των τμημάτων Προγεννητικής Εκπαίδευσης δανείζεται στοιχεία από τα εκπαιδευτικά προγράμματα (εκπαίδευσης) ενηλίκων (Queensland Health, 2018, σελ. 2).**

Η οργάνωση και διοίκηση (management) των προγραμμάτων εκπαίδευσης και ανάπτυξης ανθρωπίνων πόρων παρουσιάζουν ποικιλομορφία (Αν οι εκπαιδευόμενοι είναι ανήλικοι απαιτείται ο σχεδιασμός ανάλογων προγραμμάτων και η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας). Η διαχείριση αυτή περιλαμβάνει την αναζήτηση και πρόσληψη εκπαιδευτών, τη χρήση marketing και σχεδίων στρατηγικής ενώ απαιτείται οι εκπαιδευτές ή οι υπεύθυνοι σχεδιασμού, να είναι γνώστες των αρχών οργάνωσης και διοίκησης

προκειμένου να επιτευχθεί η αναβάθμιση των προγραμμάτων και η οργανωτική αναδομή των ήδη υπαρχόντων, στοχεύοντας στην εξέλιξη του οργανισμού σε υψηλότερο επίπεδο.

Αναφορικά με τα προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης ακολουθούνται οι αρχές οργάνωσης και διοίκησης των προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας (παχυσαρκία, αυτοφροντίδα, σακχαρώδης διαβήτης), παράλληλα με τις λειτουργίες του Management των προγραμμάτων εκπαίδευσης, για την αναβάθμιση της υγείας και ενίσχυση των υγειονομικών δομών. Η απόκτηση και διαχείριση των πόρων και η μείωση των δαπανών αποτελούν καίρια ζητήματα. Ένας program manager συνήθως είναι και εκπαιδευτής.

Οι λειτουργίες του Management των Προγραμμάτων Εκπαίδευσης συνάδουν με τις αρχές οργάνωσης του Fayol, περιλαμβάνουν πολλούς τύπους καθηκόντων και ευθυνών και διαφέρουν από την παραδοσιακή μορφή του management (περιεχόμενο, υλικό, εκπαιδευόμενους, στόχους, ανάγκες) (Schmidt and Yelich Biniecki, 2016).

Σχεδιασμός: Οι managers σχεδιάζουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα με βάση τις ανάγκες των εκπαιδευόμενων. Τίθενται οι στόχοι και ανευρίσκονται οι στρατηγικές/τακτικές, οι οποίες θα επιφέρουν την ανάταξη του οργανισμού ενώ συχνά οι επαγγελματίες εκπαιδευτές βασίζονται σε ολοκληρωμένα και πολυμορφικά μοντέλα σχεδιασμού. Παρομοίως για την Προγεννητική Εκπαίδευση, ο εκπαιδευτής-επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι επαρκώς προετοιμασμένος για την αποτελεσματική ανταπόκρισή του, σε διαφορετικά οργανωτικά περιβάλλοντα (αξίες, πεποιθήσεις, προσδοκίες) (Kowalski, 1998, σελ.6-7).

Οργάνωση: Η οργάνωση προϋποθέτει τη διαδικασία τακτοποίησης (ανθρώπινου δυναμικού, αρμοδιοτήτων, υλικών), για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του οργανισμού. Λαμβάνονται υπόψη ο περιορισμός των πόρων, οι ανάγκες των εκπαιδευόμενων και οι εξειδικευμένες καταστάσεις αυτών. Τα προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης οργανώνονται με την ανάθεση αρμοδιοτήτων σε κατάλληλους εκπαιδευτές, χρήση υλικοτεχνικού εξοπλισμού και οργάνωση δομής μαθημάτων.

Διεύθυνση: Η διοίκηση των Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων περιλαμβάνει την επίβλεψη της εργασίας από τον διοργανωτή του προγράμματος ή τον υπεύθυνο εκπαιδευτή. Ο manager ευθύνεται για την επίτευξη των προκαθορισμένων οργανωσιακών στόχων, προσδοκιών, πολιτικών και επικοινωνιακών σχέσεων με τους εκπαιδευτές και τους εκπαιδευόμενους. Λειτουργεί ηθικά και με κανονισμούς, σχεδιάζοντας και εφαρμόζοντας τη μεθοδολογία επιλογής.

Συντονισμός: Οι managers (συντονιστές των προγραμμάτων Προγεννητικής Εκπαίδευσης) βεβαιώνονται για την ύπαρξη σωστής οργανωτικής δομής για τους εκπαιδευτές-εκπαιδευόμενους. Περιλαμβάνει την αναγνώριση των εργασιακών καθηκόντων, τη διαπροσωπική επικοινωνία, τη λήψη αποφάσεων κα., ενισχύοντας την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας.

Έλεγχος: Οι managers ιχνηλατούν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, επιθεωρούν το βαθμό επίτευξης των στόχων και τη κάλυψη των αναγκών με τους λιγότερους πόρους. Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα στάδια της διαδικασίας, το πρόγραμμα αξιολογείται και γίνονται οι σχετικές βελτιώσεις.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη της αποτελεσματικότητας των 5 λειτουργιών της οργάνωσης και διοίκησης είναι τα εξής:

- Μέθοδοι Οργάνωσης Προγραμμάτων.
- Διοίκηση και ο ρόλος του Leader (Leadership and Administration).
- Προϋπολογισμός.
- Χρηματοδότηση και οικονομική ενίσχυση.
- Marketing και προώθηση προϊόντων/υπηρεσιών.
- Ανθρώπινοι πόροι.
- Στρατηγικός σχεδιασμός.
- Εξέλιξη του προγράμματος.
- Νομικά θέματα και ηθικές εκτιμήσεις.
- Δραστηριότητες, Role plays, Scenarios (Schmidt and Yelich Biniecki, 2016, σελ.2-9).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Η εννοιολογική προσέγγιση και οι στόχοι των Συστημάτων Υγείας

Ως σύστημα προσδιορίζεται ένας οργανισμός, ο οποίος δομείται κατάλληλα και λαμβάνει πόρους από το περιβάλλον του ενώ με την επεξεργασία αυτών παράγονται υπηρεσίες και αγαθά. Εν τούτοις, η αποτελεσματικότητα της διοίκησης επηρεάζεται από αλληλοεξαρτώμενους παράγοντες, οι οποίοι μεταβάλλονται στο χρόνο και τόπο, συνθέτοντας με αυτόν τον τρόπο, το εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του συστήματος (Μπουρής, 2011, σελ.13).

Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν συστήματα, τα οποία έχουν στόχους, σκοπούς, συγκεκριμένες λειτουργίες και κατηγοριοποιούνται σε υποσυστήματα. Για παράδειγμα, οι Μονάδες Υγείας των νοσοκομείων συνίστανται ως υποσύστημα μιας υγειονομικής περιφέρειας και ευρύτερα του Υπουργείου Υγείας, ενώ οι ίδιες απαρτίζονται από υποσυστήματα (τομείς, τμήματα) (Μερκούρης, 2008, σελ.29,37).

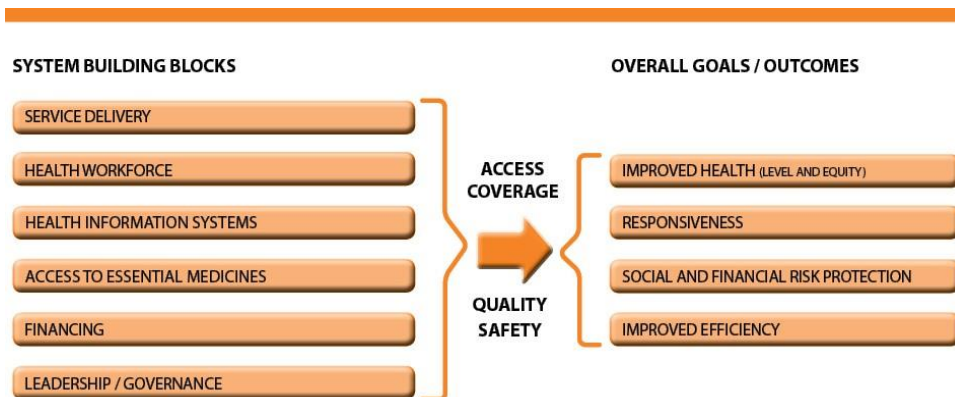
Ως έννοια, το σύστημα υγείας ορίζεται σύμφωνα με τον WHO (2000) ως το σύνολο των υλικών, ανθρώπινων και οικονομικών πόρων αλλά και των ιδρυμάτων, οργανισμών και φορέων με απώτερο σκοπό τη διατήρηση ή την προαγωγή της υγείας, μέσω της χρηματοδότησης, διευθέτησης και εκτέλεσης δραστηριοτήτων (Οικονόμου, 2012, σελ.96). Λόγω του ιδιαίτερου χαρακτήρα της υγείας, τα υγειονομικά συστήματα, ιδιωτικά ή δημόσια διαφοροποιούνται από άλλα κοινωνικοοικονομικά (Θανασιάς και Χαραλάμπους, 2016α).

Οι στόχοι των συστημάτων υγείας αναγνωρίζονται ως εξής:

- Η αναβάθμιση της υγείας των ατόμων σε μια κοινωνία.
- Η ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού.
- Η ανταποκρισιμότητα του υγειονομικού συστήματος στις απαιτήσεις και επιθυμίες του πληθυσμού.
- Η δίκαια κατανομή των εσόδων και σωστή διαχείριση των εξόδων.

Η αξιολόγηση των υγειονομικών συστημάτων αποτελεί τη βάση για έναν σωστό σχεδιασμό και τη δημιουργία απαραίτητων και ορθολογικών πολιτικών στην υγεία. Τα κριτήρια με τα οποία αξιολογείται το σύστημα υγείας είναι η **αποδοτικότητα**, η **αποτελεσματικότητα**, οι **ποιοτικές υπηρεσίες υγείας** και η **ισότητα** στην υγειονομική φροντίδα, δηλαδή ίση χρησιμοποίηση για ίσες απαιτήσεις και ίση ποιότητα σε υγειονομικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες. Όσον αφορά την ποιότητα, αφορά 1) την πληρότητα σε υπηρεσίες (πρόληψης,

διάγνωσης, θεραπείας), 2) τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και 3) το περιβάλλον της υγειονομικής μονάδας (Οικονόμου, 2012, σελ.97-98).



Εικόνα 1: The WHO Health Systems Framework, 2007. In: WHO (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva (πηγή: Lazarus and France, 2014).

Σύμφωνα με τον WHO (2010), όπως φαίνεται στην εικόνα 1, στοιχεία αποδεικνύουν ότι τα συστήματα υγείας που προσφέρουν αποτελεσματικά και δίκαια υπηρεσίες επιτυγχάνουν την αναβάθμιση της υγείας. Το πλαίσιο του συστήματος υγείας του WHO αναγνωρίζει έξι σημαντικά στοιχεία: 1) προσφορά υπηρεσιών, 2) εργατικό δυναμικό, 3) πληροφοριακά συστήματα για την υγεία, 4) πρόσβαση σε βασικά φαρμακευτικά σκευάσματα, 5) χρηματική βοήθεια και 6) ηγεσία/διακυβέρνηση, σύμφωνα με τα οποία ακολουθείται μια στρατηγική που επιτρέπει στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων την παρακολούθηση απόδοσης του συστήματος και της προαγωγής της υγείας (Lazarus and France, 2014).

Αντιστοίχως με τα συστήματα, το σύστημα υγείας προσδιορίζεται από **εισροές**, (υλικοί και ανθρώπινοι πόροι), **διαδικασίες/επεξεργασίες** κατά τις οποίες μετασχηματίζονται οι εισροές σε εκροές και τις **εκροές**, τα αγαθά ή υπηρεσίες που παράγει το σύστημα (Μερκούρης, 2008, σελ.29-31).

3.2 Οι Λειτουργίες των Συστημάτων Υγείας

Κάθε σύστημα υγείας είναι αναγκαίο να εκτελεί τις παρακάτω λειτουργίες, για να δημιουργεί προοπτικές εξέλιξης και βιωσιμότητας:

- **Διαχείριση:** Περικλείει 3 διαστάσεις: 1) τον καθορισμό στρατηγικών σχεδίων δράσης στο υγειονομικό σύστημα, προς όλες τις κατευθύνσεις, 2) τα όρια στις σχέσεις

ασθενών, προμηθευτών και αγοραστών και 3) τον προσδιορισμό, την εκτέλεση και επιτήρηση στους κανόνες λειτουργίας του συστήματος.

- **Χρηματοδότηση:** Αποτελεί την κύρια πηγή εσόδων και αφορά τις διαδικασίες απόκτησης εσόδων, συγκέντρωσης και χρησιμοποίησης αυτών ανάλογα.
- **Δημιουργίας πόρων:** Αναφέρονται στις δραστηριότητες που είναι συνώνυμες με τη δημιουργία των απαιτούμενων πόρων, προκειμένου να διεκπεραιωθεί η παραγωγή των υγειονομικών υπηρεσιών. Η αναφορά στους πόρους έγκειται κυρίως στους ανθρώπινους (εκπαίδευση), στους υλικούς (κτιριακές εγκαταστάσεις, υλικοτεχνικός εξοπλισμός) και στην οικοδόμηση της γνώσης (έρευνα).
- **Παροχής:** Διακρίνεται σε 2 κατηγορίες: 1) τις προσωπικές (άμεση λήψη υπηρεσιών από τον προμηθευτή και 2) τις μη προσωπικές (ευρύτερες διαδικασίες πρόληψης και βελτίωσης της υγείας πχ τα προγράμματα προαγωγής υγειονομικών υπηρεσιών). Οι μη προσωπικές υπηρεσίες υγείας ταξινομούνται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη και φροντίδα (Οικονόμου, 2012, σελ.98-108).

Τα τελευταία χρόνια, λόγω της οικονομικής κρίσης η ζήτηση των υπηρεσιών στα νοσοκομεία έναντι των ιδιωτικών Μονάδων παροχής υπηρεσιών, συνεχώς αυξάνεται λόγω του ελάχιστου κόστους που επιβαρύνεται ο πελάτης κατά την χρήση αυτών, με αποτέλεσμα ο υπέρογκος φόρτος των πολιτών που προσέρχονται σε αυτά, να τα καθιστούν δυσλειτουργικά. Κύριος σκοπός των δημόσιων συστημάτων υγείας δεν είναι η μεγιστοποίηση της κερδοφορίας και εντούτοις δικαιολογούνται τα μεγάλα ελλείμματα, αλλά η εξασφάλιση και αναβάθμιση της υγείας και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Το management στο δημόσιο νοσοκομείο αποβλέπει στη συγκράτηση των δαπανών και στη προσφορά ποιότητας στις υπηρεσίες του. Στη σύγχρονη εποχή απαιτείται η διευθέτηση και πραγμάτωση οργανωτικών αλλαγών στις δομές των οργανισμών και ειδικά των δημόσιων νοσοκομείων, ώστε να επιτευχθεί η ανεύρεση νέων μεθόδων και τεχνικών διαχείρισης των πόρων. Κρίνεται επίσης αναγκαία η αναδιοργάνωση του διοικητικού συστήματος των υγειονομικών υπηρεσιών με την υλοποίηση ενός νέου διοικητικού μοντέλου απόδοσης βέλτιστων αποτελεσμάτων (Θανασάς και Χαραλάμπους, 2016a).

3.3 Η Διαχείριση της Τεχνολογίας της Υγείας (Health Technology Management)

Τα υγειονομικά συστήματα παγκοσμίως δοκιμάζουν το ακρωνύμιο STEEP σύμφωνα με το οποίο αναλύονται σε:

Safe (ασφαλή)

Timely (έγκαιρα)

Effective, Efficient (αποτελεσματικά)

Equitable (δίκαια)

Patient-centered (επικεντρωμένα στον ασθενή)

Η προαγωγή της μορφής και της παραχώρησης των υπηρεσιών υγείας σε καινοτόμες τεχνολογίες είναι απαραίτητη, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες των πολιτών με το χαμηλότερο κόστος. Για το λόγο αυτό, δημιουργήθηκαν δράσεις διαχείρισης τεχνολογιών σχετικά με τη πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία αλλά και την ανάλογη διάθεση και κατανομή των πόρων. Το «Ινστιτούτο Ιατρικής» των ΗΠΑ (2001), αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας τον 21^ο αιώνα στις ΗΠΑ, θέτει ότι το υψηλότερο επίπεδο φροντίδας θα επέλθει όταν:

- Όλες οι υπηρεσίες υγείας (προληπτικές, χρόνιες και οξείας περίθαλψης) προσφέρονται με ορθότητα και ακρίβεια.
- Οι υπηρεσίες προσφέρονται τη σωστή στιγμή.
- Οι υπηρεσίες, οι οποίες δεν είναι βοηθητικές για το άτομο και οικονομικά αποδεκτές αποφεύγονται.
- Τα λάθη και η αβεβαιότητα σχετικά με την ασφάλεια, για τους εργαζόμενους και ασθενείς αποφεύγονται.
- Είναι σεβαστές οι επιθυμίες και οι ανάγκες των ασθενών.

Η διαχείριση της τεχνολογίας της υγείας (Health Technology Management) αφορά διαδικασίες στις οποίες άρτια καταρτισμένοι και εξειδικευμένοι επαγγελματίες σε συνδυασμό με managers άλλων υπηρεσιών υγείας, σχεδιάζουν και διαχειρίζονται τους πόρους της τεχνολογίας υγείας, για την παροχή ποιοτικής φροντίδας με μειωμένο κόστος. Η ύπαρξη της αξιολόγησης της τεχνολογίας (συσκευές, αναλώσιμα), του στρατηγικού σχεδιασμού και του προγραμματισμού κτιριακών εγκαταστάσεων είναι απαραίτητα στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (Judd, 2004, σελ.99).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Ορισμός των Υπηρεσιών Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας, ως όρος, περικλείει το σύνολο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ορισμένων ιατρικών διαδικασιών, στα πλαίσια της πρόληψης και θεραπείας. Προσδιορίζονται ως το σύνολο των δομών, σύμφωνα με τις οποίες ρυθμίζεται η προσφορά και η διανομή των υπηρεσιών καθώς και η κάλυψη των ιατρικών αναγκών (Κυριόπουλος και συν., 1999). Ο όρος των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τη σημασία της φροντίδας υγείας και της περίθαλψης (Μπουρσανίδης, 1993). Η φροντίδα σχετίζεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε άτομα υγιή, ενώ η περίθαλψη σε άτομα, τα οποία χρήζουν διάγνωσης και θεραπείας (Καριώτης, 1992).

Η υγειονομική περίθαλψη αφορά τεχνικές, διαδικασίες και πράξεις (νοσηλευτικές, ιατρικές) προκειμένου το άτομο να καταστεί από ασθενής σε υγιής. Η φροντίδα υγείας και περίθαλψη διαχωρίζεται σε **Πρωτοβάθμια**, όταν απαιτείται η αγωγή υγείας και η πρόληψη (ήπιες διαγνωστικές και θεραπευτικές δράσεις, αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, πρόληψη με προγράμματα Προαγωγής και Αγωγής Υγείας) (Λιονής και Μερκούρης, 2000, σελ.7-9), σε **Δευτεροβάθμια**, όταν αφορά οποιοδήποτε είδος νοσηλείας στα υγειονομικά ιδρύματα (διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία, επεμβάσεις) και σε **Τριτοβάθμια**, όταν η διάγνωση και θεραπεία αναφέρεται σε καινοτόμες εξειδικευμένες δράσεις και στην υψηλή τεχνογνωσία που διαθέτουν πανεπιστημιακά νοσοκομεία και νοσοκομειακοί οργανισμοί, σε Εθνικό ή Ευρωπαϊκό επίπεδο. Στις τελευταίες δύο βαθμίδες, η υγειονομική περίθαλψη παίζει κυρίαρχο ρόλο για την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων. Σε όλες τις βαθμίδες της περίθαλψης, οι χρήστες των υπηρεσιών δύνανται να προσέλθουν στα υγειονομικά ιδρύματα μετά από παραπομπή τους από τον οικογενειακό ιατρό (Κυριόπουλος και συν., 2000, σελ. 171-181; Οικονόμου, 2012, σελ.108-109).

Οι υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητο να συνθέτουν τρεις κύριες διαστάσεις προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες. Είναι επιβεβλημένο να εμφανίζουν α) πλήρη διαθεσιμότητα στους κατοίκους, κατά την ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης, β) να είναι επαρκώς οργανωμένες και γ) με δεδομένη την παράμετρο της οργάνωσης των υπηρεσιών, κρίνεται απαραίτητη η δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης αυτών, από άτομα που έχουν ανάγκη. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι αποδεκτές από τον πληθυσμό ως προς 1) την ποιοτική προσφορά τους, 2) την πληρότητα των εγκαταστάσεων και υποδομών και 3) το

επαγγελματικό και επιστημονικό επίπεδο των μισθωτών (Παπαγεωργίου και Μπίζας, 2013, σελ.18; Καριώτης, 1992).

Σύμφωνα με τον Mooney (1983) κύρια σημεία στο στρατηγικό σχεδιασμό και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας είναι η προσφορά και η ζήτηση.

4.2 Η ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας και οι παράμετροι που την επηρεάζουν

Η ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας αναφέρεται περισσότερο στην κάλυψη ιατρικής φροντίδας, παρά στην ανάγκη για χρήση υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Folland, Goodman and Stano, 2007, σελ.247-248). Καθορίζεται από τις ανάγκες που προκύπτουν σε ένα πληθυσμό, ενώ πλήθος παραγόντων κοινωνιολογικών, επιδημιολογικών και οικονομικών την διαμορφώνουν. Οι παράγοντες αυτοί (φύλο, ηλικία, επαγγελματική κατάσταση, εισόδημα, ασφάλιση, τόπος κατοικίας, μορφωτικό επίπεδο, προσδόκιμο επιβίωσης, ο πληθυσμός που γηράσκει, η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας κα) δύνανται να επηρεαστούν ανάλογα με τις πεποιθήσεις των ατόμων και τις δεδομένες συνθήκες. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που προσδιορίζουν τη ζήτηση υπηρεσιών για φροντίδα υγείας είναι:

- Η εκτιμώμενη κατάσταση της υγείας του ατόμου.
- Η σχετιζόμενη τιμή με την φροντίδα υγείας.
- Οι φραγμοί που προκύπτουν ανάλογα με το εισόδημα.
- Οι επιθυμίες του ατόμου για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας.
- Γενικοί επιδημιολογικοί, δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες.

Ειδικοί παράγοντες αναφέρονται ως η ανεργία, η οικονομική κρίση με τις συνέπειές της (χρηματοδότηση, δαπάνες κα), η ασύμμετρη πληροφόρηση των ατόμων σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης κα (Λιαρόπουλος, 2010; Παπαγεωργίου και Μπίζας, 2013, σελ.12,13,16-17).

4.3 Η Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας (Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών)

Οι υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες παρέχονται σε Μονάδες Υγείας, οι οποίες συγκροτούνται σε Οργανισμούς, αφού ομάδα ατόμων, συμβάλλει στη διεκπεραίωση ενός κοινού στόχου (Μπουρσανίδης, 1993; Τσακλάγκανος, 2005, σελ.23).

Στην σημερινή εποχή, οι κυριότεροι παράμετροι, οι οποίοι συντελούν στην εύρυθμη λειτουργία των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας θεωρούνται η συνεργασία μεταξύ των

εργαζομένων και η επαγγελματική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας. Βασική προϋπόθεση για την ενδυνάμωση και την ομαλή λειτουργία των Μονάδων και οργανισμών υγείας, είναι η αποτελεσματική ενδό-επιχειρησιακή επικοινωνία, βάσει της οποίας, οι συγκρούσεις θα εξαλειφθούν με τη σωστή διαχείριση αυτών, θα υιοθετηθούν κατάλληλα πρότυπα ηγεσίας και θα ληφθούν ποιοτικές αποφάσεις. Επομένως, στρατηγική της διοίκησης τίθεται η βελτίωση της διαπροσωπικής επικοινωνίας, προκειμένου να υφίσταται αποτελεσματικότητα, στους τομείς των νέων Μονάδων Υγείας (Θανασάς και Χαραλάμπους, 2016b).

Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών, ανάλογα με τις νομικές ιδιαιτερότητες των λειτουργιών τους, ορίζονται σε ιδιωτικές και δημόσιες ενώ ανάλογα με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών χαρακτηρίζονται σε Μονάδες ανοιχτής (εξωνοσοκομειακής) περίθαλψης και σε Μονάδες κλειστής (νοσοκομειακής) περίθαλψης (Μπουρσανίδης, 1993).

Ανάλογα με τις νομικές ιδιαιτερότητες των λειτουργιών τους, οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας διαχωρίζονται πιο συγκεκριμένα σε:

- Ιδιωτικές Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών. Ανήκουν σε φορείς φυσικών ή νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου και η λειτουργία τους βασίζεται στις αρχές του ιδιωτικού δικαίου. Οι χρηματοδοτούμενοι φορείς είναι φυσικά πρόσωπα, τα οποία δεσμεύονται με υποχρεώσεις και νομικά πρόσωπα, τα οποία προκύπτουν από τη σύμπραξη φυσικών προσώπων ή περιουσιακών στοιχείων, αποβλέποντας στην εφαρμογή επιχειρησιακής δράσης (ιδιωτικά εργαστήρια, ιατρεία).
- Δημόσιες Μονάδες παροχής υπηρεσιών. Ανάγονται σε φορείς Δημοσίου ή σε Οργανισμούς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (κέντρα υγείας, στρατιωτικά νοσοκομεία) επιδιώκοντας την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών, βελτίωση της δημόσιας παιδείας, περιφρούρηση της δημόσιας υγείας και απολαβές πόρων.
- Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) (ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα).
- Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) (δημόσια νοσοκομεία).
- Υπουργείο Υγείας, προσφέροντας υπηρεσίες κεντρικές και περιφερειακές (Μπουρσανίδης, 1993; Τσακλάγκανος, 2005, σελ.23).

Ανάλογα με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών οι Μονάδες υπηρεσιών υγείας οργανώνονται σε:

- Μονάδες ανοιχτής περίθαλψης, στις οποίες προσφέρεται πρωτοβάθμια περίθαλψη (αγροτικά ιατρεία, ιδιωτικά ιατρεία, κέντρα υγείας, πολύ-ιατρεία ασφαλιστικών κέντρων, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα κα).
- Μονάδες κλειστής περίθαλψης, όπου παρέχεται πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη (ιδιωτικές κλινικές, δημόσια νοσοκομεία (Μπουρσανίδης, 1993; Δικαίος και συν., 1999, σελ.63).

Η κοινωνική ευμάρεια σχετίζεται με την **ποσότητα** και **ποιότητα** των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με την δυνατότητα **διάθεσης** των υπηρεσιών στον πληθυσμό και με το **κόστος** που θα πρέπει να επωμιστεί ο κάθε πολίτης και το κράτος (Λιαρόπουλος, 2007, σελ.50-52).

4.4 Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες των Υπηρεσιών Υγείας

Τα κύρια χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας είναι 1) η δυνατότητα διάθεσης και πρόσβασης αυτών, 2) η συνέχεια της προσφοράς, 3) η καταλληλότητα και 4) αποδοτικότητα τους. Εκτιμάται ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας πρέπει να εκχωρούνται στους πολίτες μιας χώρας, χωρίς δεσμεύσεις, χρονικούς φραγμούς και κοινωνικοοικονομικές διακρίσεις. Οι υπηρεσίες οφείλουν να προσφέρονται στον πληθυσμό σε περιπτώσεις ασθένειας και μη, και να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του πληθυσμού επιδιώκοντας την ανάταξη της υγείας του (Μπουρσανίδης, 1991). Τα Προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης απευθύνονται σε έγκυες γυναίκες, οι οποίες δεν αποτελούν ασθενείς, προσέρχονται δε, σε Μονάδες Υγείας για παρακολούθηση, πληροφόρηση και προαγωγή της υγείας τους.

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας σχετίζονται:

- με τον βαθμό ισοτιμίας του συστήματος.
- με τον βαθμό κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού.
- με τη μορφή των υπηρεσιών υγείας.
- με τη σύνδεση μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών.
- με την έκταση των επιλογών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, η ισοτιμία προσδιορίζει 1) την ισότητα στους πόρους κατά κεφαλή και στα ποσά που δαπανώνται, 2) την ισότητα στους πόρους και την ίση πρόσβαση σε ανάγκες, 3) την ισότητα στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας για ίσες απαιτήσεις μεταξύ πληθυσμιακών ομάδων, 4) την ισότητα σε οριακές ανάγκες για υγεία και 5) την ισότητα στην

κατάσταση υγείας των ατόμων (Mooney, 1984). Η άνιση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας οφείλεται 1) στο χρόνο των ατόμων (πχ συνταξιούχοι-εργαζόμενοι), 2) στο μορφωτικό και επαγγελματικό επίπεδο των πολιτών, 3) στη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας (πχ αστικές-αγροτικές περιοχές) και 4) στο ασφαλιστικό σύστημα της χώρας, το οποίο θέτει οικονομικούς περιορισμούς στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Ο βαθμός κάλυψης των αναγκών καθορίζεται από 1) την επιστημονική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας, 2) τον τρόπο κατανομής των πόρων και των υπηρεσιών ανά περιφέρεια και 3) την ικανότητα διάθεσης των υπηρεσιών και των πόρων στη διαδικασία παραγωγής. Οι μορφές των υπηρεσιών υγείας ποικίλλουν ανάλογα με τις πληθυσμιακές ανάγκες και μεταβάλλονται ανά χώρα. Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών ασκεί συμπληρωματικό ρόλο στη λειτουργία αναβαθμισμένων Μονάδων του δημοσίου τομέα ενώ αναδεικνύεται με την άνοδο της ζήτησης εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, την άνιση κατανομή της δημόσιας υποδομής και σε μεγάλη γραφειοκρατία. Τέλος, οι επιλογές των καταναλωτών σε υπηρεσίες υγείας είναι μειωμένες, καθώς υπόκεινται σε περιορισμένη πληροφόρηση επιλογής της σωστής θεραπείας ή του κατάλληλου επαγγελματία υγείας (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

4.4.1 Διαφοροποίηση Υπηρεσιών από προϊόντα

Προκειμένου να γίνει αντιληπτή η σημαντικότητα των υπηρεσιών υγείας, είναι απαραίτητο να παρατεθούν τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών, τα οποία τις ξεχωρίζουν από τα προϊόντα.

Πιο αναλυτικά:

- Οι υπηρεσίες δεν είναι χειροπιαστές ή ξεκάθαρες και είναι αδύνατη η αποθήκευση ή μεταφορά αυτών.
- Ο καταναλωτής συμβάλλει άμεσα στην παραγωγή μιας υπηρεσίας με την συμμετοχή του.
- Ο χρήστης των υπηρεσιών δεν γίνεται ιδιοκτήτης αυτών, ακόμα και αν καταβάλλει αντίτιμο για συγκεκριμένη υπηρεσία.
- Οι υπηρεσίες είναι διαδικασίες και μη ελέγξιμες από τον χρήστη πριν τις καταναλώσει.
- Οι υπηρεσίες διαχωρίζονται σε υπό-υπηρεσίες, όμως ο χρήστης τις αποτιμά και συνειδητοποιεί την αξία αυτών από την εμπειρία του συνολικά (Παπανικολάου, 2007, σελ.121-125).

4.5 Πως ορίζεται η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, είναι πιο σύνθετη σε σχέση με άλλους τομείς παροχής υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, το Department of Health της Μεγάλης Βρετανίας οριοθέτησε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ως *«την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιεί αυτό που χρειάζεται στο κατάλληλο χρόνο, με τον σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη εξασφαλίζοντας το μέγιστο αποτέλεσμα»* (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Οι Kibbe, Kaluzny και McLaughlin (1994) προσδιορίζουν την ποιότητα ως το κοινό σημείο επαφής των κατευθυντήριων οδηγιών, που σχετίζονται με τη βέλτιστη φροντίδα και των μηχανισμών υλοποίησης των οδηγιών αυτών ενώ το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ως τον βαθμό με τον οποίο, οι υγειονομικές υπηρεσίες ανατάσσουν την πιθανότητα των αναμενόμενων αποτελεσμάτων και συγχρόνως παρέχονται με επαγγελματική γνώση και τεκμηριωμένη πληροφόρηση (Nelson, 1996). Επίσης, ο Thompson (1980) όρισε για την ποιότητα στην υγεία, ως το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή, το οποίο περικλείει την αφύπνιση του ιατρού στις απαιτήσεις του ασθενή, στον έλεγχο του κόστους και στην αποτελεσματικότητα.

Ακολούθως, ο Donabedian (1980, 1988) καινοτόμος σε θεωρίες για την ποιότητα στην υγεία, αναφέρθηκε σε αυτήν ως το είδος φροντίδας για την βελτίωση του ασθενούς (το “καλώς έχειν”), με όσο το δυνατόν λιγότερους κινδύνους και απώλειες κατά την διαδικασία περίθαλψής του και επισήμανε τρεις διαστάσεις ποιότητας, αναφορικά με την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών:

- **Το τεχνικό μέρος:** συμπεριλαμβάνει τις επιστημονικές γνώσεις και εφαρμογές της τεχνολογίας, για την εξάλειψη των προβλημάτων στην υγεία των ασθενών.
- **Το διαπροσωπικό μέρος:** αφορά την ανθρώπινη διάσταση και πιο συγκεκριμένα τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας.
- **Η ξενοδοχειακή υποδομή:** παραπέμπει στη χωροταξική υποδομή, στις εγκαταστάσεις και στο περιβάλλον, στο οποίο ο χρήστης κατανάλωσε ή εξακολουθεί να καταναλώνει υπηρεσίες υγείας (Lohr, 1990).

Άλλοι ερευνητές έχουν κατά καιρούς διατυπώσει για την ποιότητα στο χώρο της υγείας, πέντε διαστάσεις, οι οποίες εκτός από τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και τις σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ επαγγελματιών υγείας-ασθενών, περιλαμβάνουν και την ανταπόκριση

των επαγγελματιών υγείας στις διαμαρτυρίες των καταναλωτών, την αξιοπιστία, την ευαισθησία και την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας. Ανεξάρτητα με την ποσότητα των διαστάσεων, οι μελετητές διαμορφώνουν την άποψη, ότι ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας δύναται να ικανοποιηθεί από την υπηρεσία, χωρίς να την θεωρεί ποιοτικά αναβαθμισμένη (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1988).

Η έννοια της ποιότητας είναι ευρεία και παρόλο που συνδέεται με τεχνικά θέματα, συμπεριλαμβάνει τη λειτουργία ενός συστήματος συνολικά. Η λειτουργία αυτή εκκινείται από τη διοίκηση και καταλήγει στην κλινική πρακτική, έχοντας ως γνώμονα και οδηγό σημείο, τις ανάγκες του χρήστη των υπηρεσιών υγείας (Γείτονα και συν., 2004).

Στη σημερινή εποχή, οι δείκτες ποιότητας χαρακτηρίζονται ως χρήσιμα εργαλεία, προσδιορίζοντας τη λειτουργία ενός τμήματος ή χρησιμοποιούνται για συγκρίσεις μεταξύ τμημάτων, σε σχέση με συγκεκριμένα πρότυπα αναφοράς. Όλες οι μετρήσεις και τα αποτελέσματα αυτών, αποβλέπουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

4.6 Παράγοντες που βελτιώνουν την επιτυχία ενός Προγράμματος Υγείας

Ένα πρόγραμμα υγείας δύναται να είναι επιτυχής και να παρέχει στους καταναλωτές του ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, σε επίπεδο πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και συμβουλευτικής. Προκειμένου να είναι εφικτοί οι στόχοι ποιότητας και να μπορέσει το πρόγραμμα να συνεχίσει με αποτελεσματικότητα, απαιτείται η ύπαρξη σημαντικών παραγόντων:

Ηγεσία: Η ύπαρξη ενός χαρισματικού ηγέτη επιφέρει τον επιτυχημένο συντονισμό διαδικασιών, επιδιώκοντας τη συνεχή βελτίωση και ακολουθώντας το συμμετοχικό πρότυπο διοίκησης.

Δέσμευση στο στόχο: Κατά τη δημιουργία ενός προγράμματος συμμετέχουν ενεργά ο υπεύθυνος και η αρμόδια ομάδα για την εκπλήρωση των προκαθορισμένων στόχων ενώ η λήψη αποφάσεων πραγματοποιείται ομαδικά και τεκμηριωμένα με κατάλληλη διαχείριση της γνώσης, προς αποφυγή λαθών. Επίσης, με τη στοχοθεσία επιτελείται η κατανομή αρμοδιοτήτων, με τον υπεύθυνο να ασκεί υποστηρικτική δράση.

Εστιασμός στους πελάτες: Όπου απαιτείται η επισταμένη ανάγνωση και ουσιαστική καταγραφή των απαιτήσεων των χρηστών/πελατών, προς ικανοποίηση των προσδοκιών τους.

Διαρκείς βελτιώσεις των διεργασιών: Με οδηγό σημείο αναφοράς τα διεθνή επιστημονικά πρότυπα, τίθενται σχέδια δράσης για την επίτευξη των στόχων. Η συνεχιζόμενη ανέλιξη των διεργασιών θα επιφέρει τις βέλτιστες επιδόσεις.

Ενδυνάμωση των εργαζομένων και συνεχιζόμενη εκπαίδευση: Προκειμένου να επέλθει η βέλτιστη ποιοτική παροχή υπηρεσιών σε ένα πρόγραμμα υγείας, η διοίκηση χρειάζεται να επενδύσει στο ανθρώπινο δυναμικό, αναφορικά με την εκπαίδευση, την ικανοποίηση, την επιβράβευσή του, ώστε να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις που θα επιφέρουν αύξηση στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του προγράμματος (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Καταγράφεται ότι οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την τεχνική πληρότητα, την προσπελασιμότητα, την ασφάλεια και την ανάταση των υπηρεσιών υγείας με κέντρο τον ασθενή, στα πλαίσια μιας διαρκούς φροντίδας. Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να εσωκλείονται σε ένα πρόγραμμα υγείας και να ληφθούν υπόψη κατά τον σχεδιασμό του προγράμματος, προκειμένου να ανακάμψει ποιότητα, επομένως ικανοποίηση (Donabedian, 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΜΕΛΗΜΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Η ικανοποίηση πελατών και η διαφοροποίησή της στον τομέα της Υγείας

Στη σύγχρονη εποχή, οι επιχειρήσεις δίνουν έμφαση στην ικανοποίηση των καταναλωτών. Έτσι τείνουν στην επεξεργασία δεδομένων (πχ διαχείριση παραπόνων) για την δημιουργία υπηρεσιών υποστήριξης και παροχής κινήτρων. Ο καταναλωτής ορίζεται το κεντρικό πρόσωπο στην επιχείρηση (Harris and Goode, 2004).

Στον τομέα της υγείας, η ικανοποίηση των καταναλωτών αποτελεί σημαντικό μέσο αξιολόγησης των πολιτικών υγείας (Sitzia and Wood, 1997). Οι απόψεις των ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας συνδυαστικά με μελέτες και κλινικές πρακτικές παρέχει αξιόπιστα αποτελέσματα για την οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (Williams, 1994; Anderson, Fornell and Lehmann, 1994).

Η ανθρωποκεντρική προοπτική των υπηρεσιών υγείας και το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που διαθέτουν, διαμορφώνουν τα βέλτιστα αποτελέσματα για τους πελάτες (εσωτερικούς-εξωτερικούς) και το κέρδος της υπηρεσίας, καθώς οι συλλεγόμενες πληροφορίες από τις απαιτήσεις των ασθενών και η σωστή διαχείριση αυτών, εμπίπτουν στη μέγιστη ικανοποίησή τους (Κοσμάτος, 2004, σελ.25).

5.2 Ορισμοί για την ικανοποίηση των πελατών

Η έννοια της ικανοποίησης του καταναλωτή (consumer or customer satisfaction) ορίζεται, σύμφωνα με τον Howard (1969), ως την αντίληψη του πελάτη σχετικά με τις προσπάθειες που έχει καταβάλει και την ανταμοιβή που εισέπραξε (Alok Kumar, 2012, σελ.103).

Μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οι Giese και Cote (2000) καταλήγουν ότι η ικανοποίηση των πελατών είναι μια αντίδραση σε μια διαδικασία αξιολόγησης ή αφορά μια γνωσιακή ή συναισθηματική αντίδραση, που διαφοροποιείται σε ένταση ανάλογα με το άτομο, τις πεποιθήσεις του και τις συνθήκες. Ακόμη, οι Westbrook και Oliver (1991) θεωρούν ότι η ικανοποίηση πελατών αποτελεί την αξιολόγηση μιας απόφασης για ένα προϊόν, μετά από συγκεκριμένη αγορά. Παράλληλα, ο Oliver (1997, σελ.13) διατύπωσε ως ικανοποίηση το συναίσθημα της πληρότητας/επιτυχίας που βιώνει ο καταναλωτής μετά την αγορά του προϊόντος ενώ οι Tse και Wilton (1988) αξιολογούν την αντίδραση του

καταναλωτή πριν και μετά την αγορά. Τέλος, οι Westbrook και Reilly (1983) αναφέρουν ως ικανοποίηση, την συναισθηματική αντίδραση του καταναλωτή που σχετίζεται με την εμπειρία του από την αγορά (προϊόν, υπηρεσίες κατά την πώληση)(Giese and Cote, 2000, σελ.1-7). Γενικότερα, οι πελάτες εμφανίζουν ποικίλες αντιδράσεις που καθορίζονται από τις εμπειρίες ή επιθυμίες τους, λόγω υιοθέτησης κάποιων κριτηρίων (προϊόν, απόφαση αγοράς, κατανάλωση, κατάσταση, πωλητής, κόστος κα.) (Cronin, Brady and Hult, 2000).

Σύμφωνα με τον Jones (1995) η ικανοποίηση των πελατών αφορά αντιδράσεις που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας, υπηρεσίες που προσφέρονται μετά την αγορά και μηχανισμούς αλλαγής απόψεων πχ η εναλλαγή μιας δυσάρεστης εμπειρίας σε μια εξαιρετικά θετική απολαβή. Ιδιαίτερα αναγνωρίζεται, ότι η ικανοποίηση στον πελάτη βελτιώνεται, όταν κατά τη χρήση ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, διαπιστωθούν οι ιδιαιτερότητές τους (Mittal, Kumer and Tsiros, 1999).

5.3 Ορισμοί για την ικανοποίηση των ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών, ως έννοια, γίνεται αντιληπτή αλλά δεν δύναται να υιοθετηθεί αποκλειστικά ένας απλός και αντικειμενικά σαφής ορισμός. Κατά την Linder-Pelz (1982), η ικανοποίηση των ασθενών προσδιορίζεται ως στάση και αφορά την συναισθηματική αντίδραση αυτών, έπειτα από τη λήψη πληροφοριών και αξιολόγηση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Ο Donabedian (1990), ο πρωτεργάτης για την ικανοποίηση των ασθενών και «πατέρας της ποιότητας στο χώρο της υγείας» καθορίζει την ικανοποίηση των ασθενών ως το αποτέλεσμα αναφερόμενο από τον ασθενή (Al-Abri and Al-Balushi, 2014) ενώ οι Jenkinson et al., (2002) και Ahmed et al., (2011) ως τις στάσεις των ασθενών, ανάλογα με τη φροντίδα που λαμβάνουν. Οι Mohan et al., (2011) αναφέρουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών πηγάζει από τα συναισθήματα που δημιουργούνται, κατά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Ωστόσο, η ολοκληρωτική εμπειρία του ασθενούς και η πρωτοβουλία για μελλοντική χρήση υπηρεσιών προσδιορίζεται από τη λήψη αποτελεσματικής ή μη, θεραπείας και τη συσχέτιση της παρεχόμενης φροντίδας, με την φροντίδα που λαμβάνει. Γενικότερα, αποτελεί μια ακαθόριστη αντίδραση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας που μεταβάλλεται, ανάλογα με τη συμπεριφορά τους (Sitzia and Wood, 1997; Al-Abri and Al-Balushi, 2014).

Σύμφωνα με τους Karydis et al., (2001), η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υγειονομικές υπηρεσίες είναι πολύπλευρη και πιο σύνθετη συγκριτικά με άλλες, διότι η κατανάλωση αυτών είναι μη επιθυμητή, προκαλεί αγχώδεις καταστάσεις, είναι μη

αξιολογήσιμη ως προς την κλινική πρακτική και προσδιορίζεται από αβεβαιότητα. Υποστηρίζεται, ότι ο ασθενής διατηρεί συνολικά θετική θέση για τον φορέα υγείας, ακόμη και σε μη ικανοποίηση αυτού από την κλινική φροντίδα, δικαιολογώντας τις συνθήκες ή τις αδυναμίες των επαγγελματιών υγείας (Ραφτόπουλος, 2002, σελ.21).

Συμπερασματικά, η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας, αξιολογείται και συντελεί, στην ποιοτική προσφορά φροντίδας, σε διοικητικό επίπεδο και στην αλλαγή του ανθρώπινου δυναμικού (Narula, 2014).

5.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Σε συνδυασμό με τον ορισμό του ΠΟΥ (1946) για την υγεία, μια γενικότερη αναθεώρηση της εκτίμησης αυτού, έκρινε αναγκαία, την ανάπτυξη των φορέων υγείας και τον προσανατολισμό στις απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με τη σωστή αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Αξιοσημείωτος παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, είναι τα δημογραφικά στοιχεία (πχ φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση κα) και ειδικότερα σημειώνεται ότι η άνοδος του επιπέδου μόρφωσης των χρηστών, συνεπάγεται αυξημένη κριτική ικανότητα και λήψη πρωτοβουλιών στην εξέλιξη της ασθένειάς τους ενώ άλλοι ουσιώδεις παράμετροι αποτελούν, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, η καταλληλότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων, η σωστή χρήση της βιοιατρικής τεχνολογίας και των βελτιωμένων πληροφοριακών συστημάτων. Απαιτείται η συμβολή της διοίκησης με τη λήψη σωστών και έγκαιρων αποφάσεων (Khayat and Salter, 1994; Πολυκανδριώτη, 2001; Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Σύμφωνα με τους Kotler και Clarke (1987), η συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η ανταπόκρισή τους στις απαιτούμενες ανάγκες, ο τρόπος αντιμετώπισης των παραπόνων/διαμαρτυριών και η υποδομή και λειτουργία μιας Μονάδας Υγείας συνολικά, αποτελούν παράγοντες που δύνανται να διαμορφώσουν τη θέση τους (Ραφτόπουλος, 2002, σελ.33,51).

Άλλες έρευνες υποδεικνύουν ότι η αναβάθμιση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων συμβάλλει στη διαμόρφωση και ενίσχυση της θετικής εικόνας των ασθενών στις υγειονομικές υπηρεσίες (Πετσετάκη, 2000, σελ.13-25). Με την εκπαίδευση των εργαζομένων σε τεχνικές επικοινωνίας και την ύπαρξη αρετών (ευγένεια, σεβασμός, ενσυναίσθηση) καταβάλλεται

προσπάθεια καλλιέργειας ομαλών διαπροσωπικών σχέσεων και μεθόδων πρόληψης και αντιμετώπισης συγκρούσεων (Norton et al., 2003; Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Συμπερασματικά, η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας εκτιμάται και ανάγεται σε στάδια, κατά την παροχή φροντίδας ή περίθαλψης και επηρεάζεται από τρεις βασικούς παράγοντες: 1) τις προοπτικές και επιθυμίες των χρηστών από την υπηρεσία, 2) την επήρεια ψυχοκοινωνικών παραμέτρων και 3) τα οικονομικά και κοινωνικά γνωρίσματα του χρήστη. Σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, έχουν επίπτωση στο χρήστη, κατά την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλοιώνοντας το βαθμό ικανοποίησής του (Ross et al., 1994).

Τέλος, διαπιστώνεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών μεγιστοποιείται, με τη συνύπαρξη ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, γεγονός που αποδεικνύει τη σημαντικότητα της μέτρησης της ικανοποίησης στις υγειονομικές υπηρεσίες (Mead and Bower, 2000).

5.5 Η σημαντικότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών στις Υγειονομικές υπηρεσίες

Η σημαντικότητα της μέτρησης αποτελεί αξιόπιστο μέσο ανατροφοδότησης ενός οργανισμού υγείας καθιστώντας τον ικανό να αναγνωρίζει αν πλεονεκτεί ή υπολείπεται συγκριτικά με άλλους οργανισμούς ενώ προσδιορίζει έναν δείκτη βελτίωσης των στρατηγικών στόχων και υπηρεσιών για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, συμβάλλοντας στη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών και στην ανέλιξη του συστήματος υγείας (WHO, 2000, σελ.23,24; Al-Abri and Al-Balushi, 2014).

Ακολούθως, έχει σημαντικό αντίκτυπο στους επαγγελματίες υγείας διότι αναγνωρίζοντας τις προσδοκίες και απαιτήσεις των ασθενών, αυξάνεται η υπευθυνότητα και αποδοτικότητά τους. Τουναντίον, οι Moher και Sullivan (1992) υποστηρίζουν ότι το προσωπικό θεωρεί άωφελη τη μέτρηση της ικανοποίησης, αποτελώντας θέμα της διοίκησης. Παρόλο αυτά, ανευρίσκεται ότι η συμπεριφορά των ικανοποιημένων και μη, ασθενών διαφέρει.

Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς που ικανοποιούνται διατηρούν καλύτερη συνεργασία με το προσωπικό, εξακολουθούν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, έχουν ενεργό ρόλο στην αποκατάστασή τους και καλύτερη έκβαση στις θεραπείες τους (Aharony and Strasser, 1993; Carr Hill, 1992). Αντίθετα, οι δυσαρεστημένοι ασθενείς παραμένουν αδρανείς στην αναζήτηση περίθαλψης, παρουσιάζοντας μια αρνητική στάση στις ιατρονοσηλευτικές οδηγίες (Rivkin and Bush, 1974). Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας υποδεικνύει ότι η

δυσaréσκεια που βιώνει ο ασθενής, αντισταθμίζεται με τρόπους καλής συμπεριφοράς στον ασθενή (πχ ενδιαφέρον, σεβασμό, ειλικρίνεια, καλοσύνη) (Crow et al., 2002, σελ.3).

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών και γενικά των χρηστών ενός οργανισμού υγείας αποτελεί κεφαλαιώδες ζήτημα για την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας διότι:

- Επιτρέπει την αντικειμενική ανάπτυξη των ποιοτικών υπηρεσιών του συστήματος σε διοικητικές, ιατρονοσηλευτικές και άλλες επικουρικές δραστηριότητες.
- Αναπτρώνει το ηθικό του προσωπικού.
- Αποτελεί ένα αξιολογικό εργαλείο οργανωσιακής ανάπτυξης και στρατηγικής διοίκησης.
- Συντελεί στην επίτευξη καινοτόμων πρωτοποριακών δραστηριοτήτων, ενδυναμώνοντας τον οργανισμό.
- Προσδιορίζει τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις αντιλήψεις των χρηστών των υπηρεσιών.

Ωστόσο ένας φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας δεν δύναται πρακτικά να βασιστεί σε μια έννοια ακαθόριστη και αφηρημένη. Η έλλειψη σαφήνειας στον ορισμό της ικανοποίησης και η περίπλοκη φύση των μέτρων ικανοποίησης των ασθενών, αποτελεί αδυναμία στον ερευνητικό τομέα (Williams, 1998). Επομένως, θεωρείται ότι η ικανοποίηση είναι χρήσιμο να προσδιορίζεται από μετρήσιμους παράγοντες οι οποίοι συνδέονται άμεσα με την παροχή υπηρεσιών σε έναν οργανισμό, στοιχεία που οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διακρίνουν και να βελτιώσουν (Deschamps and Nayak, 1995).

5.6 Συστηματικές μελέτες σχετικά με την ικανοποίηση

Σύμφωνα με τους Al-Bashir και Armstrong (1991) παρατηρείται ότι η ικανοποίηση που εκφράζουν τα άτομα, ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία. Σε μελέτη (58 ερευνών) των Crown et al., (2002) υποδεικνύεται η ύπαρξη υψηλής συσχέτισης μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης. Μελέτες των Baker (1996) και Bryston (1996) εμφανίζουν ότι τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε αντίθεση με την έρευνα του Pilpel (1996) που παρουσιάζει ότι τα μεγαλύτερα ηλικιακά άτομα εκφράζουν λιγότερη ικανοποίηση. Ποικίλες ερμηνεύσεις εξηγούν το γεγονός της υψηλής ικανοποίησης των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων (στωικότητα, σοφία, αποδοχή καταστάσεων, χαμηλές προσδοκίες) ενώ θεωρείται ότι οι εργαζόμενοι υποδεικνύουν περισσότερο σεβασμό και φροντίδα.

Εναλλακτικά, κατά τους Bruster et al.,(1994) τα νεαρά άτομα δημιουργούν περισσότερα προβλήματα.

Αναφορικά με την **εκπαίδευση**, οι Anderson και Zimmerman (1993) σε έρευνα που διεξήχθη μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων αναφέρουν, ότι σε χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, διακρίνεται υψηλό το επίπεδο της ικανοποίησης. Αντιστοίχως, έρευνες των Bartlett et al., (1984) και των Hall και Dorman (1990) αναφέρουν, ότι άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης εκφράζουν χαμηλή ικανοποίηση. Τουναντίον, οι Hulka et al., (1991) επισημαίνουν σε μελέτη τους ότι άτομα με ανώτερη εκπαίδευση αντανακλούν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης.

Επιπρόσθετα, οι Rogut et al., (1996) διέκριναν σε έρευνά τους σχετικά με τη συσχέτιση της **οικονομικής κατάστασης** και της ικανοποίησης, ότι τα άτομα με χαμηλό οικονομικό προφίλ αντιμετωπίζουν προβλήματα και βιώνουν δυσαρέσκεια ενώ σύμφωνα με τους Bertakis, Roter και Putnam (1991) άτομα με μεγάλη οικονομική επιφάνεια απολαμβάνουν υψηλού βαθμού ικανοποίηση. Αναντίρρητα, ανευρίσκονται έρευνες, όπως του Treadway (1983), σύμφωνα με την οποία το **κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο** δεν έχει καμιά στατιστική σημαντικότητα ενώ στην έρευνα του Weis (1988) παρατηρείται ότι το **μορφωτικό και οικονομικό** προφίλ των ατόμων δεν είναι στατιστικά σημαντικό (Crow et al., 2002, σελ.46-51).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 Η Προαγωγή Υγείας ως αναπόσπαστο κομμάτι της Αγωγής Υγείας

Η κάλυψη των αναγκών υγείας παλαιότερα πραγματοποιούνταν από τις υγειονομικές υπηρεσίες και την ιατρική παροχή φροντίδας. Αργότερα, με τη διαφοροποίηση των κοινωνιών τροποποιήθηκαν οι ανάγκες υγείας και οι απαιτήσεις των πολιτών (Τούντας και Φρισήρας, 1998). Υποστηρίζεται ότι οι υπεύθυνοι φορείς για την υγεία αδυνατούσαν να ενσωματώσουν στη Δημόσια υγεία παραμέτρους που δύνανται να την επηρεάσουν (πχ οικονομικό επίπεδο, περιβάλλον, ιατρονοσηλευτικό δυναμικό κα) (Marmor and Mashaw, 1994).

Η Δημόσια υγεία, τον τελευταίο αιώνα, έχει επέλθει σε μια τμηματική σταδιοποίηση και έχει προσανατολιστεί από την πρακτική ιατρική και βιοιατρική εφαρμογή, στην ολιστική προσέγγιση της υγείας του ανθρώπου. Παράλληλα με την έννοια της δημόσιας υγείας, ανέκαμψε η έννοια της αγωγής υγείας, η οποία μετέπειτα βελτιώθηκε σταδιακά και αποδόθηκε με τον όρο της προαγωγής υγείας. Ως όρος η προαγωγή της υγείας προσδιορίζει τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των κοινοτήτων και των ατόμων. Στο ίδιο περίπου πλαίσιο θα μπορούσε να οριστεί και η έννοια της αγωγής υγείας, ως η διαδικασία εκείνη που στηρίζει τα άτομα στη λήψη αποφάσεων και στην υιοθέτηση συμπεριφορών και δράσεων, λαμβάνοντας υπόψη των αναγκών που επιτάσσει η προαγωγή και προάσπιση της υγείας τους (Τούντας και συν., 2007). Γίνεται αντιληπτό, ότι η αγωγή υγείας θεωρείται ουσιώδης και αδιαίρετο κομμάτι της προαγωγής υγείας ενώ οι δύο διαδικασίες δεν υφίστανται μόνο σε πληθυσμιακές ομάδες με ιδιαίτερες απαιτήσεις για φροντίδα, αλλά αποβλέπουν στην πρόοδο της υγείας του πληθυσμού, ενεργοποιώντας τα άτομα σε παραγωγική δράση. Η εκπαίδευση, η ισχύουσα νομοθεσία, η επικοινωνία, η λήψη μέτρων κατά των κινδύνων της υγείας αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες, που έχουν αντίκτυπο στην ανάληψη της συγκεκριμένης δράσης (Naidoo and Willis, 2009; Τούντας, 2002).

6.2 Η Προαγωγή Υγείας ως ορισμός

Η προαγωγή υγείας καταγράφηκε (1970) σε διάφορους τομείς ως κίνημα, έννοια, επιστήμη και επάγγελμα (Green and Jones, 2010, σελ.16) με πρωτοπόρο της δημιουργίας της τον La Londe (1974, σελ.5). Μετέπειτα υιοθέτησαν τον όρο αυτό πολλά κράτη, οργανισμοί και επιστήμονες.

Η θεωρητική προσέγγιση της προαγωγής υγείας αναζητείται σε κλάδους των επιστημών υγείας (πχ *εταιρική διαχείριση/corporate management, κοινωνική ψυχολογία/social psychology*) με επίκεντρο τον εντοπισμό προβλημάτων και το σχεδιασμό μεθόδων για την επίλυση προβλημάτων και την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων (Lucas and Lloyd, 2005, σελ.13-14). Ως έννοια, εστιάζει σε μια διαδικασία, η οποία επιτρέπει την ανάταση του ελέγχου της κατάστασης της υγείας των ατόμων, αποδίδοντας σημασία σε κοινωνικοοικονομικά στοιχεία (Ewles and Simnett, 2011, σελ.55; Ifanti, Argyriou and Kalofonos, 2011, σελ.671; Scriven, 2010, σελ.17).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1986) στη πρώτη Διεθνής Διάσκεψη στην Οττάβα του Καναδά, παρουσίασε τον «Χάρτη της Οττάβας», όπου θα επιδιωκόταν Υγεία για όλους (Health for All) από το 2000 και έπειτα αναφέροντας ότι «*Η προαγωγή της υγείας είναι η διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να την βελτιώσουν*» (WHO, 1986, σελ.1).

Διαδεδομένος ορισμός, ο οποίος δημοσιεύτηκε στο «*American Journal of Health Promotion*» είναι αυτός του O' Donnell (2009, σελ.iv) και επισημαίνει ότι «*Η προαγωγή υγείας είναι η τέχνη και η επιστήμη που βοηθά τα άτομα να ανακαλύψουν τις συνέργειες μεταξύ των εσωτερικών παθών και της βέλτιστης υγείας, ενισχύοντας τα κίνητρά τους, προκειμένου να αγωνιστούν για την άριστη υγεία και την υποστήριξή τους στην αλλαγή του τρόπου ζωής τους, ώστε να οδηγηθούν προς μια κατάσταση απόλυτης υγείας. Η βέλτιστη υγεία είναι μια δυναμική ισορροπία της φυσικής, συναισθηματικής, κοινωνικής, πνευματικής και διανοητικής υγείας. Η αλλαγή του τρόπου ζωής μπορεί να διευκολυνθεί μέσω του συνδυασμού μαθησιακών εμπειριών που ενισχύουν την ενημέρωση, αυξάνουν τα κίνητρα, οικοδομούν τις δεξιότητες και το σημαντικότερο, μέσω της δημιουργίας ευκαιριών, ανοίγουν την πρόσβαση σε περιβάλλοντα που κάνουν τις θετικές για την υγεία πρακτικές ευκολότερη επιλογή*».

Στο έργο «*Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*» έχουν καταγραφεί πλήθος ορισμών για την προαγωγή της υγείας, κάνοντας εμφανές την πολυδιάστατη έννοια της, αφού ο κάθε μελετητής τείνει σε διαφορετικές διαδικασίες, δράσεις, αντικείμενα και στόχους. Επίσης, οι Perry και Jessor (1985) προσδιόρισαν την προαγωγή υγείας, ως τις προσπάθειες που καταβάλλει το άτομο, προκειμένου να βελτιώσει τη κατάσταση της υγείας του στις τέσσερις διαστάσεις (κοινωνικά, ψυχολογικά, σωματικά και ατομικά) ενώ ο Kar (1989) υποστήριξε ότι για την ελάττωση των κινδύνων και προάσπιση της υγείας είναι απαραίτητη η υιοθέτηση παραγόντων κοινωνικών, βιοϊατρικών και συμπεριφορικών (WHO,

2001, σελ.13). Ο Nutbeam (1986, σελ.351) διεύρυνε τον ορισμό της προαγωγής υγείας υποστηρίζοντας την αύξηση του ελέγχου και τη βελτίωση σημαντικών παραγόντων για την υγεία από τα άτομα και τις κοινότητες. Ακολούθως, οι Hamilton και Bhatti (1996) κατέγραψαν ένα μοντέλο ολιστικής προσέγγισης προώθησης της υγείας, ενσωματώνοντας το ερευνητικό πλαίσιο σε πληθυσμιακές ομάδες.

Καίρια σημεία για την προάσπιση της υγείας αποτελούν η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, η σύμπραξη μεταξύ ομοειδών ομάδων και η αποδοχή της σημαντικότητας των σοβαρών παραγόντων που επιδρούν στη υγεία (πχ εισόδημα, εκπαίδευση, κοινωνικό επίπεδο, ομάδες κοινωνικής στήριξης, εργασιακές συνθήκες, πρακτικές προσωπικής υγιεινής, κληρονομικότητα, ικανότητες προσαρμογής, ποιοτικές υπηρεσίες υγείας) (Yassi, 2005).

Συνοπτικά αναφέρονται οι τρεις βασικές προσεγγίσεις για την προαγωγή της υγείας οι οποίες αλληλοσυμπληρώνονται, προκειμένου να διασφαλιστεί η βελτίωση της υγείας και εστιάζουν σε συμπεριφορικές αλλαγές: 1) η αλλαγή συμπεριφοράς μέσω της ιατρικής (ιατρικό μοντέλο), 2) η αλλαγή συμπεριφοράς μέσω της εκπαίδευσης (εκπαιδευτικό μοντέλο) και 3) η κοινωνική αλλαγή (κοινωνικό μοντέλο). Πιο συγκεκριμένα, το ιατρικό μοντέλο επικεντρώνεται στην πρόληψη και θεραπεία, ενώ το εκπαιδευτικό μοντέλο βασίζεται στη λήψη σωστών αποφάσεων για την υγεία, μετά από εκπαίδευση και σωστή πληροφόρηση. Τέλος το κοινωνικό μοντέλο αποβλέπει στην βελτίωση της υγείας των ατόμων, με την υιοθέτηση πολιτικών υγείας από τους κρατικούς φορείς (προστασία από παράγοντες κινδύνου) (Davies and Macdowall, 2006, σελ.34-36).

6.2.1 Οι Φορείς Προαγωγής της Υγείας

Επιγραμματικά, οι φορείς που ερευνούν και προωθούν την βελτίωση της υγείας είναι οι παρακάτω:

- Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization) τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο.¹
- Η Διεθνής Ένωση για την Προαγωγή Υγείας και Εκπαίδευσης (International Union for Health Promotion and Education).²
- Η Ευρωπαϊκή Ένωση (European Union).³

¹Περισσότερες πληροφορίες σε: <http://www.who.int>

²Περισσότερες πληροφορίες σε: <http://www.iuhpe.org/>

³Περισσότερες πληροφορίες σε: <http://europa.eu>

- Η Ευρωπαϊκή Συμμαχία για τη Δημόσια Υγεία (European Public Health Alliance).⁴

Αποτελούν μη κυβερνητικούς οργανισμούς και μέσω της συνεργασίας επιτυγχάνεται η προώθηση και προστασία της υγείας όλων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στην Ελλάδα, φορείς προαγωγής και βελτίωσης της υγείας αποτελούν ιδιωτικές και κρατικές δομές (Μονάδες Εκπαίδευσης και Υγείας, δίκτυα μη κυβερνητικών οργανισμών, σύλλογοι, οργανώσεις εθελοντισμού, τοπικές αρχές) με χαρακτηριστικό παράδειγμα την Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγής υγείας, η οποία στοχεύει στην αναβάθμιση της πληροφόρησης και διάχυση αυτής σε άτομα που έχουν ανάγκη ή σε πληθυσμιακές ομάδες⁵ (Ewles and Simnett, 2011, σελ.105-121; Scriven, 2010, σελ.48-56). Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν τους πρώτους φορείς προαγωγής της υγείας εφόσον εκκινούν και κρατούν ανοιχτούς τους διαύλους επικοινωνίας με τα άτομα που χρήζουν ανάγκης.

Στις Μονάδες υγείας ανάλογα με την βαθμίδα, η προώθηση της υγείας διανέμεται διαφορετικά. Στην **Πρωτοβάθμια** φροντίδα υγείας παρέχονται υπηρεσίες από τα Κέντρα Υγείας, ενώ οι γενικοί ιατροί και τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων αναλαμβάνουν δράση στις αστικές περιοχές (Ifanti, Argyriou and Kalofonos, 2011, σελ.674). Στην **Δευτεροβάθμια** φροντίδα, η προαγωγή υγείας προσφέρεται 1) από δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ, όπου την κύρια επιστασία έχει το κράτος, 2) από δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά νοσοκομεία) και 3) από ιδιωτικές κλινικές. Στην **Τριτοβάθμια** φροντίδα υγείας η προαγωγή υγείας επιτυγχάνεται από Μονάδες Υγείας με υψηλή τεχνογνωσία, εξειδικευμένο εξοπλισμό και έμπειρο προσωπικό και προσφέρεται από πανεπιστημιακές κλινικές (Οικονόμου, 2005, σελ.235-236).

6.2.2 Αρχές για την Προαγωγή της Υγείας

Η προαγωγή της υγείας είναι *«μια ενοποιητική έννοια για αυτούς που αναγνωρίζουν την ανάγκη για αλλαγή στον τρόπο ζωής, προκειμένου να προάγουν την υγεία»* (WHO, 1984, σελ.29).

Οι αρχές που πλαισιώνουν την προαγωγή υγείας είναι οι ακόλουθες:

- Η προαγωγή υγείας αναφέρεται στην καθημερινή ζωή του συνολικού πληθυσμού, παρά σε μεμονωμένα νοσούντα άτομα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ατόμων ικανών

⁴Περισσότερες πληροφορίες σε: <http://www.epha.org>

⁵Περισσότερες πληροφορίες σε: <http://www.neaygeia.gr/foris/elliniki-eteria-proagogy-agogyis-ygias>

στην ανάληψη δράσης και απόκτησης ελέγχου για την υγεία του, μέσω της σωστής, ακριβής και συνεχούς πρόσβασης στη πληροφόρηση.

- Στοχεύει στην επισταμένη και επιτυχή συμμετοχή όλων των πολιτών, προκειμένου να αναπτυχθούν ικανότητες και δεξιότητες συλλογικά και ατομικά, για τη λήψη σωστών αποφάσεων και την επίλυση προβλημάτων.
- Δεν έγκειται σε μια ιατρική υπηρεσία, αλλά σε μια έννοια ευρεία και πολυδιάστατη. Το ανθρώπινο δυναμικό, στο χώρο της υγείας και της εκπαίδευσης, μπορεί να συνδράμει θετικά στην προώθηση της υγείας.
- Η δράση της προαγωγής υγείας έγκειται στην αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία, μέσω της συνεργασίας των υγειονομικών υπηρεσιών με διάφορους τομείς σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.
- Για την προαγωγή υγείας συνυπάρχουν μέθοδοι και προσεγγίσεις αλληλοσυμπληρούμενες, που περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, νομοθεσία, επικοινωνία, κοινοτική ανέλιξη, αλλαγές οργάνωσης, τα οικονομικά μέτρα και δράσεις κατά των κινδύνων υγείας (WHO, 1984, σελ.29-30).

6.2.3 Δράσεις της Προαγωγής της Υγείας

Στον «Χάρτη της Οττάβας» (1986) διακρίνονται δραστηριότητες που εστιάζουν στην προάσπιση της υγείας.

Το **Building Healthy Public Policy** (Χτίζοντας Υγιή Δημόσια Πολιτική) είναι ο τομέας δράσης ο οποίος επικεντρώνεται στην ισότητα για την υγεία. Η πολιτική αυτή αποβλέπει στην ίση πρόσβαση όλων των πολιτών στην υγεία, στη μείωση ανισοτήτων και στην αναζήτηση και αντιμετώπιση των φραγμών, προκειμένου να τεθούν σε ισχύ υγιείς δημόσιες πολιτικές, σε τομείς με προβλήματα.

Με το **Creative Supportive Environments** (Δημιουργώντας Περιβάλλοντα Υποστήριξης) τονίζεται, ότι η προάσπιση της υγείας εξαρτάται από ευνοϊκές συνθήκες εργασίας και διαβίωσης, δημιουργώντας ένα κατάλληλο και υγιές περιβάλλον ενώ το αντίθετο επηρεάζει αρνητικά την υγεία των πολιτών. Επιβάλλεται η εκτίμηση των επιπτώσεων για την υγεία σε ένα δυναμικό περιβάλλον, το οποίο συνεχώς μεταβάλλεται πολιτιστικά, τεχνολογικά και οικονομικά.

Με το **Strengthen Community Actions** (Ενδυναμώνοντας τις Δράσεις της Κοινότητας) διακρίνεται η αναβάθμιση της κοινότητας με υλικούς και ανθρώπινους πόρους, μέσα από

στοχευμένες και ουσιαστικές κοινοτικές δράσεις για να επιτευχθεί η μέγιστη υγεία. Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύσσονται προγράμματα κοινωνικής στήριξης και αυτοφροντίδας και αναδομούνται συστήματα για την αύξηση της συμμετοχής των ατόμων, όπου μέσω της συλλογικής δράσης και κοινοτικής τους ενδυνάμωσης, παρουσιάζουν μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα (Labonte, 1990).

Επίσης, το **Develop Personal Skills** (Αναπτύσσοντας Προσωπικές Δεξιότητες) είναι τομέας δράσης, μέσα στον οποίο το άτομο λαμβάνει πληροφορίες, εκπαιδεύεται, υιοθετεί στάσεις και συμπεριφορές ευνοϊκές για την υγεία ενώ καθίσταται έτοιμο και ευπροσάρμοστο σε υγιείς συμπεριφορές, προσωπικές δεξιότητες και κατάλληλους μηχανισμούς για καλύτερη διαβίωση.

Σχετικά με το **Reorient Health Services** (Αναπροσανατολισμός των Υπηρεσιών Υγείας) προωθείται η έρευνα και η επαγγελματική κατάρτιση. Η συλλογική δράση (πολίτες, ΕΥ, κοινότητα, Μονάδες Υγείας, κράτος) θα επιφέρει ένα αξιόλογο σύστημα, όπου θα προάγεται η υγεία.

Τέλος, στο **Moving In to the Future** (Προχωρώντας στο Μέλλον) αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι για να είναι δυνατή 1) η προάσπιση της υγείας, μέσω της αυτοφροντίδας του ατόμου και της φροντίδας των ατόμων συλλογικά, 2) η σωστή λήψη αποφάσεων και ο εποικοδομητικός έλεγχος της ζωής των πολιτών και 3) η εξασφάλιση της υγείας από κοινωνικές παροχές, είναι απαραίτητο να σχεδιάζονται, να εφαρμόζονται και να αξιολογούνται προγράμματα προαγωγής υγείας από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς (WHO, 1986, σελ.2-4; Τούντας, 2002).

6.2.4 Η σπουδαιότητα της βασικής εκπαίδευσης για την Υγεία

Η βασική εκπαίδευση, ως όρος, επικεντρώνεται στις βασικές προϋποθέσεις και ικανότητες ενός ατόμου, προκειμένου να γίνει αποδεκτό στην κοινωνία. Από την άλλη, η βασική εκπαίδευση για την υγεία δημιουργεί άτομα ικανά και επαρκή σε γνώσεις να διερευνήσουν, να εκτιμήσουν και να αξιοποιήσουν τις γνώσεις αυτές ενώ παράλληλα συντελεί στην υιοθέτηση ωφέλιμων τρόπων συμπεριφοράς. Αρχή της αποτελεί, ότι η υγεία και η παιδεία διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στην καθημερινή ζωή των ατόμων και συμβάλουν στη καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες, σχετικές με την υγεία (Kickbusch, 2001).

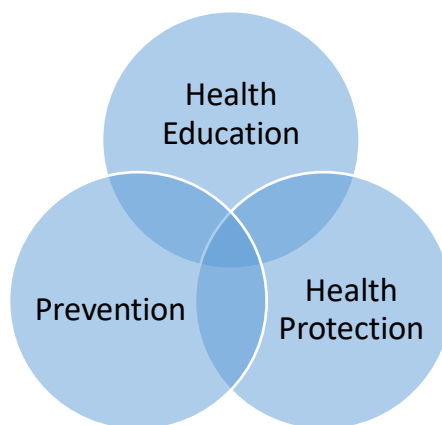
Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρουσιάζει ότι η υγεία και η βασική εκπαίδευση για την υγεία είναι έννοιες που περιπλέκονται. Ο Nutbeam (2000, σελ.260) αναφέρει, ότι άτομα με

χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, υποδεικνύουν ελαττωμένα επίπεδα υγείας. Επίσης, σύμφωνα με τον Ratzan (2001), η μείωση και εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία ανευρίσκεται σε άτομα που λαμβάνουν ικανοποιητικό βαθμό εκπαίδευσης ενώ υποστηρίζει ότι οι ανεπαρκείς γνώσεις επιδρούν αρνητικά στην υγεία και δεν επιτρέπουν τη βελτίωση, σε όλα τα επίπεδα της ζωής τους. Η βασική εκπαίδευση για την υγεία επιδρά θετικά στις εκπαιδευτικές μεθόδους και συντελεί στην δημιουργία καλών επικοινωνιακών σχέσεων.

Τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, ως μικρές κοινότητες, αποβλέπουν στην ολιστική αναβάθμιση κάθε μαθητή σωματικά και πνευματικά και προϋποθέτουν χώρους προαγωγής υγείας. Απαιτείται να μην αποτελούν μόνο χώροι μετάδοσης γνώσεων αλλά να προορίζονται ως οδηγοί εκπαίδευσης (Parsons, Stears and Thomas, 2000). Γενικότερα, θεωρούνται οι κατάλληλοι χώροι για την μετάδοση γνώσεων και υιοθέτηση συνηθειών στην υγεία, ξεκινώντας από τα παιδικά και εφηβικά χρόνια, αναγνωρίζοντας ότι η αγωγή υγείας δεν αναφέρεται σε μια σχολική βαθμίδα, αλλά σε ολόκληρο το σύστημα εκπαίδευσης. Διεθνείς οργανισμοί, ο ΟΗΕ, η UNESCO, το Συμβούλιο της Ευρώπης αναδιοργανώνουν τα προγράμματα εκπαίδευσης και προωθούν σε αυτά, προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας (Lobstein and Frelut, 2003).

6.3 Προσεγγίζοντας θεωρητικά την Αγωγή της Υγείας

Για την αναβάθμιση της πνευματικής, φυσικής και κοινωνικής ευημερίας ενός ατόμου και πρόληψη της κακής υγείας, υιοθετείται η προαγωγή υγείας. Σύμφωνα με τους Downie et al., (1996) η αγωγή υγείας αφορά τον τρόπο διαμόρφωσης της επικοινωνίας, σκοπεύοντας στη βελτίωση της θετικής υγείας και στην πρόληψη της κακής, ατομικά και συλλογικά, μέσω ποικίλων επιρροών, αντιλήψεων και συμπεριφορών.



Σχήμα 2: Model of Health Promotion (πηγή: Davies and Macdowall, 2006, Health Promotion Theory: Understanding Public Health. London: Open University Press, σελ.17).

Οι 3 επικαλυπτόμενοι κύκλοι (σχήμα 2) απεικονίζουν ευδιάκριτα την αλληλουχία και συνάρτηση της εκπαίδευσης στην υγεία, την προστασία της υγείας και της πρόληψης. Ως εκ τούτου, συνεπάγεται η προσπάθεια που επιτελείται για αναβάθμιση της θετικής υγείας, πρόληψη της κακής και αποφυγή των βλαβερών κινδύνων για την υγεία. Η πρόληψη πραγματοποιείται μέσω της προαγωγής υγείας, ενώ ένα από τα εργαλεία παρέμβασης της προαγωγής υγείας είναι η αγωγή υγείας (Ιωαννίδη, Λοπατατζίδης και Μάντη, 1999, σελ.67-71,77).

Ο WHO (1972) ορίζει την αγωγή υγείας ως τον μηχανισμό ο οποίος συνδυάζει τις πληροφορίες που αποκομίζει ένα άτομο για την υγεία με τις πρακτικές που ακολουθεί (Περάκη, 1994, σελ.24). Αργότερα, ο WHO (1979) και το Συμβούλιο της Ευρώπης, αναφέρουν ότι η αγωγή υγείας στηρίζεται σε πληθώρα παραμέτρους και αποτελεί μια πολυδιάστατη εκπαιδευτική διαδικασία, κατά την οποία το άτομο καθίσταται ικανό στην πλήρη κατανόηση των προβλημάτων της υγείας του και υπεισέρχεται στην ορθή λήψη αποφάσεων, προκειμένου να επέλθει η προσωπική και κοινωνική ευημερία (Γκούβρα, Κυρίδης και Μαυρικάκη, 2005, σελ.30). Το 1984 ο WHO αποσαφηνίζει περαιτέρω τον ορισμό και διακηρύττει την αναδιαμόρφωση και υιοθέτηση κατάλληλων προτύπων συμπεριφοράς, μέσω της εκπαιδευτικής διαδικασίας, για την ανάταση και προάσπιση της υγείας του, αναγνωρίζοντας το άτομο ως οντότητα και αποσκοπώντας στην ανάταση της κριτικής ικανότητάς του, μέσα από κατάλληλες επιλογές. Γενικότερα, δραστηριοποιεί τα άτομα να επιθυμούν την υγεία τους, να αναζητούν τρόπους διατήρησης αυτής και όταν έγκειται ανάγκη ή πρόβλημα να επιζητούν βοήθεια (Αθανασίου, 1995, σελ.16-17).

Η αγωγή υγείας, γενικότερα βασίζεται στην ενδυνάμωση του κάθε ατόμου με την εκπαίδευση και την παροχή κατάλληλων γνώσεων, ώστε το άτομο να υιοθετήσει σωστές συμπεριφορές και να μεταβεί σε διαφορετικό τρόπο ζωής (Δαρβίρη, 2007, σελ.54; Nutbeam, 2000, σελ.265).

Ο όρος «Αγωγή Υγείας» στο παρελθόν αναφέρονταν ως «Εκπαίδευση Υγείας» και «Υγειονομική Διαφώτιση». Εντούτοις, οι έννοιες αυτές, δεν μπορούσαν να αποδώσουν ορθά το περιεχόμενο της αγωγής υγείας, οπότε μετέπειτα προσδιορίστηκε και παρέμεινε ο όρος Αγωγή Υγείας. Σύμφωνα με τον Τούντα (2002), η αγωγή υγείας σχετίζεται με τις εμπειρίες ενός ατόμου ή των πολιτών, οι οποίες δύνανται να επιδράσουν σε συμπεριφορές, αντιλήψεις και στάσεις σχετικές με την υγεία. Στον ακαδημαϊκό χώρο, θεωρείται αναφαίρετο κομμάτι

της προαγωγής υγείας και παράμετρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Σε αυτό το σημείο έγκειται η αξιοποίηση και η ποιοτική χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η αγωγή υγείας αξιοποιεί πλήθος πρακτικών και θεωρητικών εργαλείων από διάφορους επιστημονικούς κλάδους (Παιδαγωγική, Εκπαίδευση, Κοινωνιολογία, Κοινωνική Ιατρική, Επιδημιολογία, Ψυχολογία και Δημόσια Υγεία) ενώ αποτελεί έναν ιδιαίτερο κλάδο μόνη της (Ζυμβρακάκη, 1996, σελ.30-34). Είναι σημαντικό, οι εκπαιδευτές στην υγεία να κατέχουν γνώσεις εκπαίδευσης αλλά να είναι και επαγγελματίες υγείας (Green, 1987).

6.3.1 Οι στόχοι της Αγωγής Υγείας

Η αγωγή υγείας στην προσπάθεια της να επιλύσει προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία (σωματικά, ψυχικά, κοινωνικά και συναισθηματικά), οικοδομεί και χρησιμοποιεί ως στόχους της τους παρακάτω:

- 1) **Ενημέρωση:** Ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας θέτει ως πρωταρχικό στόχο, την κοινοποίηση ενός υπαρκτού προβλήματος/κατάστασης, στο κοινό ή στον εκπαιδευόμενο. Είναι απαραίτητη η συνειδητοποίηση του μεγέθους και της σημασίας του προβλήματος, ώστε να δίδονται σημαντικές πληροφορίες σχετικά.
- 2) **Προσφορά πληροφοριών και γνώσεων:** Διενεργείται μετά τη συνειδητοποίηση μιας κατάστασης, διότι η γνώση ότι μια συνήθεια δεν είναι ωφέλιμη, δεν συνεπάγεται την εξάλειψη της. Το άτομο ενισχύεται με γνώσεις για μέγιστη δραστηριοποίηση.
- 3) **Εκτίμηση αξιών:** Αποβλέπει στην αντιμετώπιση της ασάφειας, στην αναδιάρθρωση και αλλαγή των αξιών, αναφορικά με την υγεία. Συχνά τα άτομα αδιαφορούν ή παραβλέπουν τα στοιχεία που συνιστούν την υγεία τους ως ένα θεμελιώδες αγαθό.
- 4) **Διαμόρφωση στάσεων:** Αφορά την διαμόρφωση κύριων αντιλήψεων και πεποιθήσεων. Η νοοτροπία ή ιδεολογία ενός ατόμου και ο τρόπος που βιώνει συναισθηματικά μια κατάσταση, μπορούν να επηρεάσουν τις απόψεις του.
- 5) **Υιοθέτηση και λήψη αποφάσεων:** Για την ανάκαμψη ενός προβλήματος απαιτείται η ορθή και υπεύθυνη λήψη αποφάσεων (Nutbeam, 2000, σελ.264). Η διαδικασία αυτή βασίζεται στην αποκόμιση κατάλληλων πληροφοριών και τροποποίηση στάσεων και πεποιθήσεων.

6) **Διαμόρφωση συμπεριφοράς:** Έγκειται στην αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου ή των πολιτών. Η αγωγή υγείας θα συνδράμει στο άτομο, για την εκτέλεση μιας απόφασης και ενεργοποίηση της συμμετοχής του στην πρόληψη παραμέτρων, σχετικών με την υγεία.

7) **Διαμόρφωση περιβάλλοντος:** Στοχεύει στην πληροφόρηση του ατόμου σχετικά με τους περιβαλλοντικούς κινδύνους και την αποφυγή αυτών (Nutbeam, 1986, σελ.353). Επίσης, αποβλέπει στη βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου και στην υιοθέτηση ωφέλιμων για την υγεία του συμπεριφορών (Τούντας, 2002).

6.3.2 Η συμβουλευτική στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας

Η συμβουλευτική στα πλαίσια της αγωγής υγείας θεωρείται καινοτόμος παρέμβαση και ο ρόλος της χαρακτηρίζεται ως απαραίτητος και σημαντικός. Η συμβουλευτική σε προγράμματα αγωγής υγείας επικεντρώνεται στην αναβάθμιση, προάσπιση και βελτίωση της ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής ευημερίας των ατόμων, με την ανάπτυξη του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντός τους και την προαγωγή των ικανοτήτων και της κριτικής τους στάσης. Στοχεύει στην ολιστική, ακριβή και ουσιαστική πληροφόρηση σχετικά με κινδύνους που δύνανται να προσβάλλουν την σωματική και ψυχική υγεία, προωθώντας την ενδυνάμωση τους, με την αύξηση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης (Μαρνέρας και Αλμπάνη, 2010, σελ.77-78).

Η συμβουλευτική βασιζόμενη σε επιστημονικά δεδομένα και αρχές, μπορεί να απευθύνεται σε νοσούντα άτομα (κυστίτις υψηλού κινδύνου, καρκινοπαθείς κα) ή σε υγιή (προγεννητικά ενημερωτικά μαθήματα). Γενικότερα, η συμβουλευτική στα πλαίσια της αγωγής υγείας έχει απήχηση στο χώρο της υγείας (κλινικό έργο) και στην εκπαίδευση για την υγεία (Kok, 2001).

6.4 Προγράμματα Προαγωγής και Αγωγής υγείας

Τα προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας απευθύνονται σε όλο τον πληθυσμό μιας χώρας, στα πλαίσια της συνολικής ευημερίας του (πχ προώθηση υγιεινού τρόπου ζωής) ή περιορίζονται σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες με ιδιαίτερες ανάγκες (πχ μητρική ή νεογνική υγεία). Ακόμη, η σύστασή τους υποστηρίζει μεμονωμένα άτομα λόγω συγκεκριμένων προβλημάτων (Nutbeam, 2000, σελ.259-260). Αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της πολιτικής ενός συστήματος υγείας, αποβλέποντας στην προάσπιση της, η οποία επιτυγχάνεται με την αναδιάρθρωση των οργανωτικών δομών, τη διαφοροποίηση των συμπεριφορών και αξιών των ατόμων και την τροποποίηση πολιτισμικών και νομοθετικών αρχών (Τούντας, 2002).

6.4.1 Αρχές των Προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας

Σύμφωνα με τον «Χάρτη της Οπτάβας» καθιερώνονται τρεις κύριες αρχές που είναι απαραίτητο να ακολουθούνται από τα προγράμματα προαγωγής υγείας, προκειμένου να καλύπτονται οι ανάγκες, έχοντας πάντα ως γνώμονα την διαφορετικότητα των πολιτισμικών, οικονομικών και κοινωνικών συστημάτων.

1) **Υπεράσπιση (Advocate)**. Η καλή υγεία είναι κύρια προϋπόθεση για την οικονομική, κοινωνική και ατομική βελτίωση αλλά και μια σημαντική άποψη της ποιοτικής διαβίωσης. Πληθώρα παραγόντων δύνανται να έχουν θετική ή αρνητική επήρεια στην υγεία. Η προαγωγή της υγείας έχει στόχο να εντοπιστούν και να ενεργοποιηθούν ευνοϊκές καταστάσεις, μέσω της ανάπτυξης της υγείας.

2) **Δυνατότητα - Ευκολία (Enable)**. Η προαγωγή της υγείας εστιάζει στην επιδίωξη ισότητας στην υγεία, αποβλέπει στη μείωση ανισοτήτων και διασφαλίζει την δυνατότητα διάθεσης των ίσων ευκαιριών και πόρων, προκειμένου όλοι οι πολίτες να αποκτήσουν το μέγιστο δυνατό επίπεδο της υγείας τους. Έτσι, κρίνεται απαραίτητη η ρύθμιση των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία. Οι κοινωνικές ανισότητες μπορεί να αφορούν όχι μόνο την κοινωνία, αλλά το κάθε μέλος της μεμονωμένα, ανάλογα με τη θέση που έχει σε αυτήν.

3) **Μεσολάβηση (Mediate)**. Η προώθηση της υγείας επιτελείται με την πλήρη και συντονισμένη δράση όλων των ενδιαφερόμενων τομέων (κυβερνήσεις, φορείς της υγείας, κοινωνικοί και οικονομικοί τομείς, μη κυβερνητικές/εθελοντικές οργανώσεις, τοπικές αρχές, βιομηχανία, MME) (WHO, 1986, σελ.1-2; Τούντας, 2000).

Οποιοσδήποτε και αν είναι ο στόχος του προγράμματος, πρέπει να λάβει υποστήριξη και αποδοχή σε όλα τα στάδια της υλοποίησής του. Απαιτείται να τεθεί σε ισχύ μια στρατηγική για τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση του προγράμματος. Συνοπτικά, θα πρέπει να περικλείει τα στάδια του προσδιορισμού των αναγκών, του σκοπού και των στόχων, της εκτέλεσης της μεθοδολογίας, της αποτίμησης των πόρων και του εντοπισμού των σημείων αξιολόγησης (Vezina et al., 2004).

6.4.2 Ο Σχεδιασμός Προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας

Επισημαίνονται έξι σημεία για βέλτιστες πρακτικές σε προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας όπως 1) η δέσμευση στους οργανωτικούς στόχους, 2) η κινητοποίηση των εκπαιδευόμενων, βάσει παροχής κινήτρων, 3) ο προσεκτικός έλεγχος της λειτουργίας του

προγράμματος και οι περιστασιακές εκτιμήσεις, 4) οι τεκμηριωμένες παρεμβολές, βάσει προτύπων αναφοράς, 5) η επικοινωνιακή εφαρμογή και 6) η συνεχιζόμενη αξιολόγηση του προγράμματος (Heaney and Goetzel, 1997).

Κατά τους O' Donnell, Bishop και Kaplan (1997) ορίζονται ως χαρακτηριστικά προγραμμάτων προαγωγής υγείας 1) η σύνδεση του προγράμματος με τους στόχους που είχαν τεθεί στην οργάνωση, 2) η αποδοχή και διοικητική στήριξη, 3) ο ακριβής σχεδιασμός, 4) η συμβολή των εκπαιδευτών κατά την ανάλυση των στόχων, 5) η δυνατότητα πρόσβασης στο πρόγραμμα, 6) η αποτελεσματική και αποδοτική επικοινωνία, 7) η αύξηση των πόρων, 8) η αξιολόγηση του προγράμματος και η προσφορά κινήτρων για επέκταση της συμμετοχής των εκπαιδευόμενων.

Πληθώρα προγραμμάτων περιέχουν υπηρεσίες 1) εκπαίδευσης για την υγεία (πχ εκπαίδευση σε διατροφικές συνήθειες), 2) αναγνώρισης και αποφυγής βλαπτικών παραγόντων στην ατομική υγιεινή, 3) συμβουλευτικής και συνεργασίας με ομάδες στήριξης, 4) πρόληψης, 5) σχετικές με τη θεραπεία νόσων/παθήσεων και 6) θέσπισης ειδικών κανονισμών για την υγεία (πχ ιατρείο πόνου) (Berry and Mirabito, 2011).

Για τη δημιουργία και διεξαγωγή ενός προγράμματος προαγωγής και αγωγής υγείας, κρίνεται απαραίτητη η σύσταση μιας διεπιστημονικής επιτροπής, η οποία περιλαμβάνει τον συντονιστή του προγράμματος και την αρμόδια ομάδα. Τα μέλη της ομάδας είναι χρήσιμο να αποβλέπουν στη **διενέργεια έρευνας** και στην **εκτίμηση μιας ανάγκης** που έχει παρουσιαστεί, στην **ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης**, στην **διοργάνωση του προγράμματος** και τελικά στην **προώθηση, εφαρμογή και αξιολόγησή του** (Hien et al., 2008).

Κατά τον Τούντα (2002) ο σχεδιασμός των προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας περιλαμβάνει τις παρακάτω σημαντικές ενότητες.⁶

- A. Προσδιορισμός της κοινότητας/κοινού που απευθύνεται το πρόγραμμα.**
- B. Εντοπισμός των απαιτήσεων του πληθυσμού.**
- C. Προσδιορισμός των στόχων του προγράμματος.**
- D. Εκτίμηση των πόρων.**
- E. Σχεδιασμός του μεθοδολογικού πλαισίου.**
- F. Αξιολόγηση.**

⁶Για περισσότερες πληροφορίες δείτε την εικόνα 2.

A. Προσδιορισμός της κοινότητας/κοινού. Η κοινότητα περιλαμβάνει πληθυσμιακές ομάδες που δεν προσδιορίζονται μόνο γεωγραφικά, μα και από άλλες παραμέτρους (επαγγελματική κατάσταση, κοινές ανάγκες/ενδιαφέροντα, θρησκεία κα). Η πληθυσμιακή περιγραφή της κοινότητας είναι απαραίτητο να περικλείει:

- 1) Ποσοτικά χαρακτηριστικά: Καταγράφεται ο ακριβής πληθυσμός και ο σαφής αριθμός αυτού.
- 2) Το φύλλο και την ηλικία του πληθυσμού για την επίτευξη συγκεκριμένων απαιτήσεων.
- 3) Πολιτισμικά και γλωσσολογικά στοιχεία: Για την πλήρη κατανόηση του περιεχομένου του προγράμματος, απαιτείται να ληφθούν υπόψη τα αποκλίνοντα πολιτιστικά γνωρίσματα, οι γλωσσολογικές ιδιομορφίες και τα κύρια έθιμα και ήθη του πληθυσμού-στόχου.
- 4) Κοινωνικοοικονομικά στοιχεία (επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, τόπος κατοικίας κα).
- 5) Πληροφόρηση και εμπειρία του πληθυσμού σε ανάλογα προγράμματα. Εκτιμώνται η πείρα και οι γνώσεις των ατόμων σε παρόμοια προγράμματα, προκειμένου να εκλείπουν η παραπληροφόρηση και οι προκαταλήψεις, στοιχεία τα οποία δυσχεραίνουν την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος.
- 6) Εγκατεστημένες αντιλήψεις και συμπεριφορές: Για τον προσεκτικό σχεδιασμό του προγράμματος πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ήδη υπάρχουσες αντιλήψεις, οι συμπεριφορές και οι στάσεις των ατόμων που μελετώνται.
- 7) Στάσεις σε εκπαιδευτικές μεθόδους: Μελετώνται οι ιδιαιτερότητες των εκπαιδευόμενων αναφορικά με τις μεθόδους εκπαίδευσης. Διακρίνεται η προτίμηση των ατόμων σε ομαδικές δραστηριότητες, διαλέξεις, ατομικές παρουσιάσεις και μεθόδους που δεν περιλαμβάνεται η ανάμειξή τους.
- 8) Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού: Λαμβάνονται υπόψη τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού ή χαρακτηριστικά που δυσχεραίνουν την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα (δυσκολία στη μετακίνηση, αναπηρία κα).

B. Εντοπισμός των απαιτήσεων του πληθυσμού. Για να διεκπεραιωθεί μια πλήρης αντίληψη των αναγκών, κρίνεται απαραίτητο να δοθούν απαντήσεις στα εξής ερωτήματα:

- Ποια ανάγκη δημιουργήθηκε;
- Ποιος καθορίζει την ύπαρξη της ανάγκης;

- Πού βασίζεται αυτό το εγχείρημα;
- Το πρόγραμμα δύναται να καλύψει την ανάγκη που δημιουργήθηκε;

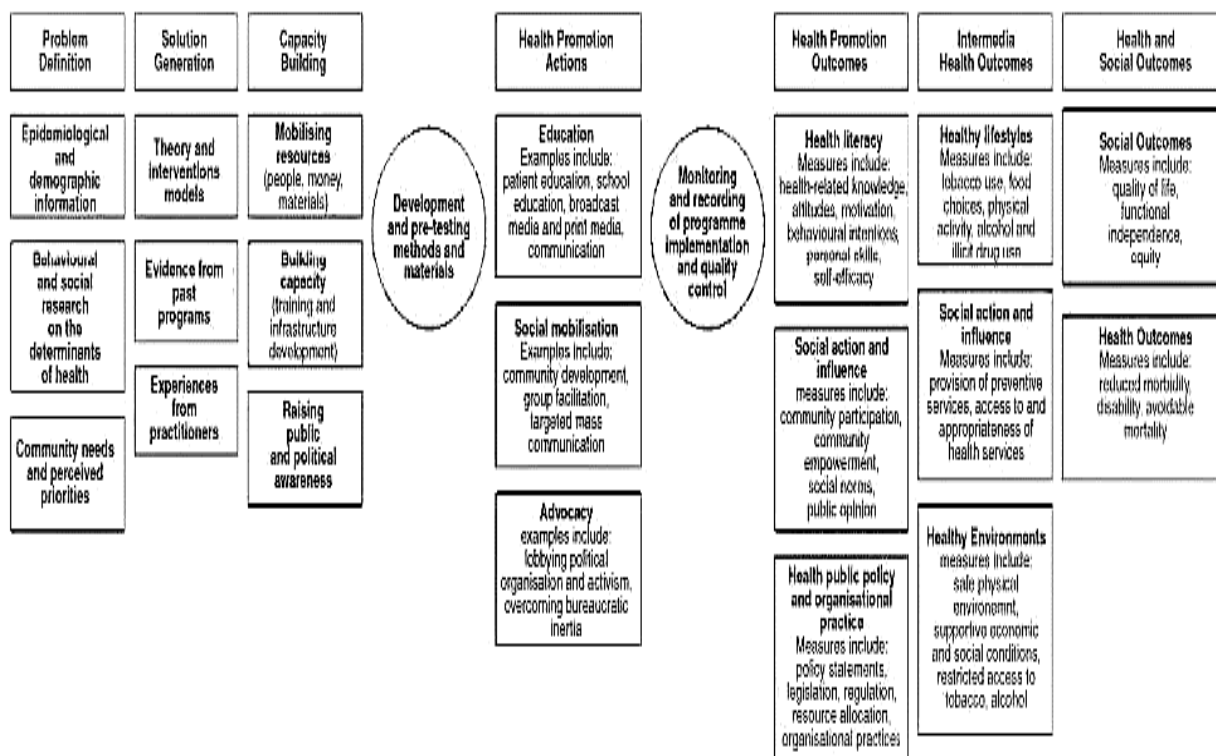
C. Προσδιορισμός των στόχων του προγράμματος. Στο στάδιο αυτό περιγράφεται σχολαστικά τι θα πρέπει να βιώσει, να γνωρίζει και να επιτελέσει ο πληθυσμός-στόχος.

D. Εκτίμηση των πόρων. Διενεργείται η αποτίμηση των πόρων του πληθυσμού-στόχου και των πόρων που πηγάζουν από εξωτερικές πηγές. Στους υλικούς πόρους συγκαταλέγονται ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός, η κτιριακή υποδομή και οι εγκαταστάσεις, τα χρήματα κα. Στους ανθρώπινους πόρους περιλαμβάνονται 1) οι εκπαιδευτές υγείας (αριθμός, γνώσεις, εμπειρία, δεξιότητες), 2) τα στελέχη άλλων ειδικοτήτων (ιατρικό, διοικητικό, γραμματειακό, τεχνικό ανθρώπινο δυναμικό, 3) η συμμετοχή του κοινού, εθελοντικά ή με αμοιβή αποτελεί χρήσιμο εργαλείο σε διαρθρωτικές και οργανωσιακές διαδικασίες και 4) τα άτομα που επιδρούν στον πληθυσμό-στόχο (πχ. ένα επιτυχημένο πρόγραμμα εκπαίδευσης για τον σακχαρώδη διαβήτη σε παιδιά, συμπεριλαμβάνονται και οι γονείς στην εκπαίδευση).

E. Σχεδιασμός του μεθοδολογικού πλαισίου. Η επιλογή των μεθόδων και ο τρόπος εφαρμογής τους, αποτελεί κρίσιμο σημείο για την υλοποίηση του προγράμματος. Για την διάκριση της μεθοδολογίας, οι υπεύθυνοι επικεντρώνονται σε 3 ερωτήματα.

- Ποια μέσα απαιτούνται;
- Ποια τα αποδεδειγμένα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν;
- Ποια μέσα θεωρούνται τα πιο φιλικά προς συμμετοχή;

F. Αξιολόγηση. Στο τελευταίο κεφάλαιο του σχεδιασμού διεκπεραιώνεται ο εντοπισμός προβλημάτων, ελλείψεων ή λαθών, υλοποιούνται οι απαιτούμενες τροποποιήσεις και βελτιωτικές ενέργειες και εκτιμάται το πρόγραμμα. Επίσης, αξιολογείται ο βαθμός ανταπόκρισης αυτού στις προσδοκώμενες ανάγκες και στους επιδιωκόμενους στόχους.



Εικόνα 2: A planning model for health promotion (πηγή: Nutbeam, D., 2001. In: Davies and Macdowall, 2006, 'Health Promotion Theory: Understanding Public Health'. London: Open University Press, σελ.27).

6.4.3 Μεθοδολογία Προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας

Σε ένα πρόγραμμα προαγωγής και αγωγής υγείας γίνεται χρήση ποικίλων μεθόδων και τεχνικών. Στο χώρο των εκπαιδευτικών, η εφαρμογή περισσότερων της μιας εκπαιδευτικής μεθόδου ή τεχνικής, δύναται να αποφέρει τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα. Οι εκπαιδευτές των προγραμμάτων υγείας απαιτείται να είναι γνώστες των μεθόδων αυτών και να εμπλουτίζουν τις τεχνικές που ακολουθούν, με άλλες μεθόδους εκπαίδευσης. Πολύ σημαντικό επίσης είναι, οι εκπαιδευτές να είναι επαγγελματίες υγείας με βασικές γνώσεις στην εκπαίδευση.

Τα προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας περιλαμβάνουν μεθόδους και τεχνικές, οι οποίες εντυπώνονται σε 2 κατηγορίες. Στην **πρώτη**, διακρίνονται οι μέθοδοι επικοινωνίας (ατομική διδασκαλία, διαλέξεις, διδασκαλία σε μικρές ομάδες, οπτικοακουστικά μέσα, προπλάσματα, MME, τεχνικές στοχευμένης και οργανωμένης εκπαίδευσης). Οι μέθοδοι αυτές, εστιάζουν στην ενημέρωση του κοινού για ένα αναδυόμενο θέμα ή πρόβλημα και στην προσφορά πληροφοριών και γνώσεων για το θέμα αυτό. Η **δεύτερη** κατηγορία συμπεριλαμβάνει μεθόδους τροποποίησης της συμπεριφοράς και των αντιλήψεων του

πληθυσμού. Ανάμεσά τους, υφίστανται η βελτίωση των δεξιοτήτων, η μάθηση με την διερεύνηση και την παρατήρηση, η εφαρμογή προτύπων συμπεριφοράς, η ομαδική εργασία και άλλες τεχνικές παρακολούθησης των τρόπων συμπεριφοράς (Τούντας, 1988; 2002).

6.4.3.1 Μέθοδοι επικοινωνίας

Η διάλεξη: Δημοφιλής μέθοδος εκπαίδευσης (απλή, πρακτική, οικονομική) για την εισήγηση ευρύτερων προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Χρησιμεύει στην παροχή καλών πρακτικών και στην ενημέρωση μεγάλου πληθυσμιακού όγκου. Δεν αποτελεί διαδραστική μέθοδο, αφού ο εκπαιδευόμενος γίνεται παθητικός δέκτης της διαδικασίας εκμάθησης. Απαιτείται η προσθήκη άλλων μεθόδων διδασκαλίας.

Η διδασκαλία σε μεμονωμένα άτομα (individual instruction): Ουσιαστική και αποτελεσματική μέθοδος σε περιπτώσεις αποφυγής των ατόμων σε ομαδικές συνενυρέσεις (διαφορετικότητα, γλωσσικές ιδιαιτερότητες, κοινωνικές, μορφωτικές και οικονομικές ανισότητες, στιγματισμός, κοινωνικός αποκλεισμός, ψυχογενείς καταστάσεις). Παρέχεται συνδυαστικά με τη συμβουλευτική και της προσωπικής επαφής με έναν εκπαιδευόμενο τη φορά. Με τεχνολογικά μέσα επιτυγχάνεται η διαπροσωπική εκπαίδευση, ειδικά όταν υπάρχουν περιορισμοί. Σύγχρονη εναλλακτική της μεθόδου αποτελεί η εφαρμογή 24ωρης τηλεφωνικής υποστήριξης από εκπαιδευτές υγείας, για την αποκόμιση πληροφοριών/συμβουλών τηλεφωνικά.

Οπτικοακουστικά Μέσα: Αποτείνονται σε μικρές πληθυσμιακές ομάδες, συνδυαστικά με κύριες μεθόδους, περιέχοντας ένα εκτεταμένο φάσμα μεθόδων διδασκαλίας και επικοινωνίας. Ταξινομούνται στα οπτικά μέσα (αφίσες, φυλλάδια, συγγράμματα), στα ακουστικά μέσα (δίσκοι, κασέτες) και στο συνδυασμό ακουστικού-οπτικού περιεχομένου (βίντεο, οπτικοί δίσκοι, συνύπαρξη διαφανειών με ήχο). Εφαρμόζονται στο χώρο της εκπαίδευσης και της υγείας. Στη σημερινή εποχή, η χρήση οπτικοακουστικών πολυμέσων (multimedia) με τη βοήθεια Η/Υ, δίνει τη δυνατότητα στον εκπαιδευόμενο να παρακολουθεί (διαφάνειες, βίντεο, φωτογραφίες) και παράλληλα να ακούει τον εκπαιδευτή. Οι μη αναβαθμισμένοι λογισμικά Η/Υ στις Μονάδες υγείας, λόγω έλλειψης πόρων, αποτελεί το μόνο μειονέκτημα της μεθόδου.

Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (MME): Απευθύνονται σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες, πληροφορούν, αναβαθμίζουν τις γνώσεις σε υγειονομικά θέματα αλλά δεν έχουν επήρεια στη διαμόρφωση συμπεριφορών και αντιλήψεων. Η διάδοση μηνυμάτων μέσω τηλεόρασης

επιφέρει, ειδικά σε θέματα υγείας, δυσμενείς αποτελέσματα. Τα υπόλοιπα ΜΜΕ αποτελούν μέσα επιλογής και είναι λιγότερο διαδεδομένα.

Προγραμματισμένη διδασκαλία: Αποτελεσματική, αυτόνομη και διαδραστική μέθοδος εκμάθησης, όπου ο εκπαιδευτής παρουσιάζεται μόνο για να απαντήσει σε ερωτήσεις διευκρίνησης των εκπαιδευόμενων. Εμπεριέχει ειδικά εργαλεία εκπαίδευσης και συγκεκριμένα προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών. Το εκπαιδευτικό υλικό, προσαρμόζεται σε ένα σύστημα διδασκαλίας και απαιτείται να είναι ορθά σχεδιασμένο και διαρθρωμένο. Στη σημερινή εποχή, έχουν διαμορφωθεί πλατφόρμες ειδικά για εκπαιδευτικούς σκοπούς και εφαρμόζονται επιτυχώς σε πολλές Μονάδες Υγείας. Η επανάληψη του αποθηκευμένου εκπαιδευτικού περιεχομένου συντελεί στην καλύτερη κατανόηση του. Η σπουδαιότητα της μεθόδου θα πρέπει να γίνει αντιληπτή από τις διοικητικές αρχές των δομών υγείας, προκειμένου να επιτραπεί και να εφαρμοστεί η λειτουργία της. Μειονέκτημα αποτελεί η μη ύπαρξη προσωπικής επαφής (Τούντας, 2002).

6.4.3.2 Μέθοδοι τροποποίησης συμπεριφοράς και αντιλήψεων

Οι μέθοδοι αυτοί αποτελούν τους πιο περίπλοκους και απαιτητικούς στόχους της προαγωγής υγείας. Απαιτείται η διακοπή κεκτημένων συνηθειών/πεποιθήσεων και η αλλαγή αυτών. Η επιβολή απόψεων βρίσκει αντιμέτωπο τον εκπαιδευόμενο, ο οποίος αντιλαμβάνεται την μέθοδο ως μη αποδεκτή ενώ η επίδραση των καθοριστικών παραγόντων στις συμπεριφορές/στάσεις των ατόμων, είναι σημαντική. Προϋπόθεση επιτυχίας αποτελεί το εξειδικευμένο προσωπικό, η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων και η συμβολή των εκπαιδευόμενων. Η εφαρμογή της μεθόδου στους χώρους εκπαίδευσης και υγείας, ιδιαίτερα σε περιστατικά με συναισθηματικές, ψυχολογικές, και ψυχιατρικές διαταραχές, υπήρξε ικανοποιητική. Συμπερασματικά, οι μέθοδοι αυτοί αποτελούν μια μακροχρόνια διαδικασία εκπαίδευσης και απαιτούν θέληση, ψυχική δύναμη και επιμονή των εκπαιδευόμενων και εκπαιδευτών (Τούντας, 1987; 2002).

6.5 Αξιολόγηση των Προγραμμάτων Προαγωγής και Αγωγής Υγείας

Η αξιολόγηση ενός προγράμματος αποτελεί κομβικό σημείο για την επιτυχία ενός προγράμματος, λαμβάνοντας υπόψη τον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την εφαρμογή του. Σχετικά με τον τρόπο αξιολόγησης, εκτιμάται η διαδικασία και το αποτέλεσμα του προγράμματος. **Η αξιολόγηση της διαδικασίας** αφορά τους πόρους (υλικούς, ανθρώπινους) και τις διαδικασίες εφαρμογής του προγράμματος (επάρκεια εποπτικών μέσων, παρουσία ομιλητών/εκπαιδευτών, χορήγηση έντυπου ευδιάκριτου υλικού κα). **Η αξιολόγηση του**

αποτελέσματα μετρά την ελάττωση ενός προβλήματος και την αναβάθμιση της υγείας του πληθυσμού που μελετάται. Η επιτυχία ενός προγράμματος δεν έγκειται στην ύπαρξη ή όχι της μείωσης του προβλήματος, αλλά αν η μείωση που επήλθε συμβάδιζε με τους προκαθορισμένους στόχους. Ακόμη η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αφορά και των βαθμό εκπλήρωσης των ενδιάμεσων στόχων του προγράμματος. Η αξιολόγηση της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων δύναται να επιτευχθεί από 1) τους εκπαιδευτές υγείας κατ' ιδίαν (αυτό αξιολόγηση), 2) το εξειδικευμένο προσωπικό σχετικό με το θέμα του προγράμματος και 3) τις στάσεις, αντιδράσεις και απόψεις του κοινού που μελετάται (αξιολόγηση κοινού).

Ο τρόπος εκτίμησης ενός προγράμματος αφορά τον συνδυασμό 2 περιπτώσεων:

- Τη σύγκριση μετρήσεων πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος.
- Τη σύγκριση μετρήσεων σε έναν τόπο ή πληθυσμιακή ομάδα που εφαρμόζεται το πρόγραμμα, με έναν τόπο ή πληθυσμιακή ομάδα που δεν εφαρμόζεται το πρόγραμμα.

Ο τρόπος με τον οποίο επιτυγχάνονται οι μετρήσεις και στις δύο προσεγγίσεις είναι:

- Η άμεση παρατήρηση.
- Τα ειδικά ερωτηματολόγια.
- Οι συνεντεύξεις.
- Ειδικές δοκιμασίες (τεστ).
- Οι τακτικοί δείκτες.
- Οι έρευνες από επιδημιολογικές μελέτες.
- Οι εξετάσεις σε κλινικό και εργαστηριακό επίπεδο (Τούντας, 2002).

Στο χώρο της υγείας, διεθνώς, χρησιμοποιείται κατόπιν συναίνεσης όλων των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, το EQUIHP (European Quality Instrument for Health Promotion) ως το πρότιστο εργαλείο ελέγχου της αξιολόγησης προγραμμάτων και της αναβάθμισης της ποιότητας στην προαγωγή και αγωγή υγείας. Το EQUIHP εφαρμόζεται στην αυτοαξιολόγηση των εκπαιδευτών, με την προσδοκία να επέλθουν βελτιωτικές ενέργειες αλλά και των διοικητικών στελεχών, ώστε να ληφθούν έγκαιρα σωστές διοικητικές αποφάσεις. Επίσης αποτελεί το θεμέλιο της επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων της ομάδας που σχεδιάζει και εφαρμόζει το πρόγραμμα (Τούντας και συν., 2007).

6.6 Οι βέλτιστες πρακτικές Οργάνωσης και Διοίκησης Προγραμμάτων Προγεννητικής Αγωγής στα πλαίσια της συνεχιζόμενης φροντίδας

Τα προγράμματα Προγεννητικής Αγωγής στα πλαίσια της συνεχιζόμενης φροντίδας, είτε αυτή παρέχεται από τον ίδιο επαγγελματία υγείας είτε προσφέρονται υπηρεσίες πριν, κατά και μετά την κύηση, απαιτείται να ακολουθούν πρακτικές οργάνωσης συστημάτων συνεχούς φροντίδας στην κοινότητα ή σε Μονάδες Υγείας. Σε πολλές χώρες η φροντίδα επεκτείνεται στην οικογένεια και στο παιδί, μέχρι τα πρώτα 5 έτη του. Στο πρόγραμμα που δημιουργήθηκε στον Καναδά (2008) για την μελέτη συστημάτων παροχής φροντίδας για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (άτομα με χρόνιες ψυχικές παθήσεις, αναπηρίες και παιδιά με ειδικές ανάγκες) διατυπώθηκαν πρακτικές διοίκησης και οργάνωσης σε συστήματα συνεχούς φροντίδας.

Οι βέλτιστες πρακτικές διαχείρισης αποτυπώνονται παρακάτω:

- Οι διευθυντές ή υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων των Μονάδων Υγείας απαιτείται να ακολουθούν σαφής φιλοσοφία και πολιτική, στοχεύοντας στην προαγωγής υγείας του ατόμου/εγκύου.
- Η λειτουργία συντονισμένης διοικητικής διάρθρωσης υπό τον διοικητικό και οικονομικό έλεγχο μιας διοικητικής οντότητας για τη σωστή κατανομή πόρων, ανάπτυξη στρατηγικών σχεδίων, οργάνωση ανθρώπινου δυναμικού και εφαρμογή εξειδικευμένων πληροφοριακών συστημάτων. Η συνεχής ενασχόληση με συγκεκριμένα θέματα μιας πληθυσμιακής ομάδας επιφέρει ευρύτερη γνώση των αναγκών, τον τρόπο κάλυψης αυτών, τις διαθέσιμες υπηρεσίες και την προσβασιμότητά τους. Το ρόλο αυτό επιτελεί ο υπεύθυνος της ομάδας εκπαιδευτών, ο οποίος λογοδοτεί στον διευθυντή της Νοσηλευτικής υπηρεσίας.
- Παροχή επαρκούς και βιώσιμης χρηματοδότησης για την αύξηση της αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ποιοτικής φροντίδας.
- Χρήση ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων, με τα οποία περιορίζεται η γραφειοκρατία ενώ τα δεδομένα μπορεί να αποτελούν στοιχεία για μελλοντική έρευνα.
- Παροχή ανταμοιβών και κινήτρων των υπεύθυνων λήψης αποφάσεων για ουσιαστική και αποδεδειγμένη διαχείριση, βάσει προτύπων αναφοράς και τεκμηριωμένων στοιχείων. Η διοίκηση των Μονάδων Υγείας κρίνεται αναγκαίο να προσφέρει κίνητρα

στους εκπαιδευτές για περαιτέρω εξέλιξη και ανταμοιβές (Hollander and Prince, 2008).

Εν κατακλείδι, κάθε πρόγραμμα προαγωγής και αγωγής υγείας είναι διαφορετικό και μοναδικό. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να επιλέγεται ο τρόπος αξιολόγησης που ανταπεξέρχεται στους επιδιωκόμενους στόχους, ανάλογα με τις δεδομένες παροχές (Schmidt and Yelich Biniecki, 2016, σελ.23).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Η ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

7.1 Ορίζοντας την Προγεννητική Εκπαίδευση

Σύμφωνα με την Ιατρική Επιστήμη, προγεννητική θεωρείται η περίοδος από τη σύλληψη του εμβρύου μέχρι τη γέννηση του νεογνού (Dean and Grizzle, 2011). Η εκπαίδευση ορίζεται, σύμφωνα με τον Ν. 3879/1 (ΦΕΚ 163/Α/21-9-2010), ως οι οργανωμένες μαθησιακές δραστηριότητες, οι οποίες εστιάζουν στην ενίσχυση και βελτίωση των ικανοτήτων ενός ατόμου, στον εμπλουτισμό των πληροφοριών και γνώσεων, στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του και στην εξομάλυνση των κοινωνικών και μορφωτικών ανισοτήτων (Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, 2010).

Καθώς δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος ορισμός που να περιλαμβάνει πλήρως, όλες τις δράσεις της προγεννητικής εκπαίδευσης, θα μπορούσε η προγεννητική εκπαίδευση να προσδιοριστεί ως την εκπαίδευση των εγκύων γυναικών και των συντρόφων/συζύγων αυτών στη προγεννητική περίοδο. Βασίζεται στην προετοιμασία αυτών, σχετικά με θέματα που επικεντρώνονται στην περίοδο προ, κατά και μετά τοκετού (Childbirth Education, n.d).⁷ Στη ξένη βιβλιογραφία, η προγεννητική εκπαίδευση ανευρίσκεται με όρους όπως Prenatal/Antenatal/Childbirth Education, Antenatal/Prenatal/Childbirth Classes, Preparation for Parenthood ή Birth Preparation Classes (Queensland Health, 2018, σελ.5).

Η προγεννητική εκπαίδευση αποτελεί μια διαδοδομένη και αποδεκτή μέθοδος εκπαίδευσης των νέων γονέων, αναφορικά με τη γέννηση και τη μετάβασή τους στη γονεϊκότητα. Στόχος της τίθεται η προετοιμασία των εγκύων κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, η προσαρμογής τους μετά τον τοκετό και η εκμάθηση της νεογνικής φροντίδας (Public Health Agency of Canada, 2009, σελ.47).

Τα Προγράμματα Προγεννητικής Αγωγής αποτελούν απόρροια των φιλοσοφικών θεωριών που πρεσβεύουν τη διδασχή της γονεϊκότητας (Gagnon and Sandall, 2007; Nolan, 1998). Βασίζονται στην ενημέρωση των ενδιαφερομένων σχετικά με τις αλλαγές τις οποίες θα βιώσουν στο προγεννητικό στάδιο, στους τρόπους υποστήριξης της εγκύου από τον σύντροφο/σύζυγο αλλά και μεταγεννητικά στην ενδυνάμωση του ζευγαριού, για την άριστη παροχή φροντίδας στο νέο μέλος. Διακρίνονται σε προγράμματα που εστιάζουν στην εξέλιξη του τοκετού, σε αυτά που επισημαίνουν πρακτικές υιοθέτησης υγιεινής στα 3 τρίμηνα της εγκυμοσύνης και σε άλλα που αποβλέπουν στην επίλυση αποριών. Ακόμη έχουν υιοθετηθεί

⁷Περισσότερες πληροφορίες σε: <https://www.encyclopedia.com/medicine/encyclopedia-almanacs-transcripts-and-maps/children-education>

προγράμματα, διεθνώς, με συμβουλευτική και υποστηρικτική δράση σε γυναίκες όπου η κύησή τους συνοδεύεται από προβλήματα (σακχαρώδης διαβήτης κύησης, καρκίνος, ή σε γυναίκες που κυοφορούν έμβρυο με ανατομική ανωμαλία (Childbirth Education, n.d). Τα μαθήματα που διδάσκονται αποτελούν μια μακροχρόνια, θετική παρέμβαση, η οποία καθορίζεται από την προσδοκία των εγκύων, ως μέρος της μετάβασής τους στη μητρική μέριμνα (Ahlden, Ahlehagen, Dahlgren and Josefsson, 2012). Η αλλαγή αυτή οριοθετείται από την εγκυμοσύνη και συνεχίζει στη μεταγεννητική περίοδο, με τη μετάβαση στη μητρότητα, από την ολοκλήρωση όλων των σταδίων της κύησης (Mercer, 2004). Κατά τον Koehn (2008) τα μαθήματα προγεννητικής εκπαίδευσης αποτελούν σημαντική πτυχή στην εγκυμοσύνη μιας γυναίκας, η οποία όσο πλησιάζει στον τοκετό, καλείται επίτοκος (Koehn, 2008).

Γενικότερα, η θεματολογία των περισσότερων Προγραμμάτων Προγεννητικής Εκπαίδευσης διεθνώς, αφορά τα παρακάτω:

- Ενημέρωση των εγκύων σχετικά με τις φυσιολογικές αλλαγές του γυναικείου οργανισμού.
- Πληροφόρηση αναφορικά με την ανάπτυξη του εμβρύου.
- Συμβουλευτική για την διατροφή, υγιεινή, εργασία, φροντίδα του σώματος και την άσκηση στην κύηση.
- Συμβουλευτική σχετικά με την αποφυγή βλαπτικών παραγόντων για την ανάπτυξη του εμβρύου.
- Επίδειξη σωματικών ασκήσεων και εκπαίδευση για χαλάρωση κατά τον τοκετό.
- Σεξουαλικότητα και εγκυμοσύνη.
- Αναγνώριση συμπτωμάτων που σχετίζονται με παθολογία στην κύηση, έναρξη τοκετού και πρόωρου τοκετού (Jordan, Farley and Grace, 2019, σελ.369-372).

7.2 Ιστορική αναδρομή της Προγεννητικής Εκπαίδευσης

Η απαρχή της προγεννητικής εκπαίδευσης χρονολογείται από τον 17^ο αιώνα με διαφορετική μορφή από τη σημερινή ενώ από τον 20^ο αιώνα και έπειτα, υπήρξε πρόοδος σε πολλούς τομείς της. Σύμφωνα με τον Ateah (2013) και Smith (2005) η συμβουλευτική και πληροφόρηση νεαρών εγκύων γυναικών για την κύηση, τον τοκετό και τις πρακτικές μητρότητας πραγματοποιούνταν από γυναίκες που είχαν ήδη γεννήσει. Η επίσημη διαδικασία της προγεννητικής εκπαίδευσης θεωρούνταν περιττή, αφού οι νεαρές γυναίκες εκπαιδεύονταν άτυπα, παρακολουθώντας τους τοκετούς άλλων γυναικών ή υποστηρίζοντας αυτές σε όλη τη

πορεία της κύησης και του τοκετού. Η μεταβίβαση των γνώσεων αποτελούσε μέρος της κοινωνικοποίησης τους (Lothian, 2006; Nolan, 1998; Walker, Visger and Rossie, 2009; Zwelling, 1996).

Η αρχέγονη μορφή της προγεννητικής εκπαίδευσης δημιουργήθηκε τον 20^ο αιώνα ως ένα μέτρο της δημόσιας υγείας, με στόχο τον περιορισμό των λοιμώξεων και την ενθάρρυνση των γυναικών και των νεογνών τους σε πρακτικές υγιεινής ενώ αργότερα (1950) αναπτύσσεται ταχύτατα (Καναδά, Αυστραλία, Ν. Αφρική, Ευρώπη, ΗΠΑ) και αφορά τοκετούς μη παρεμβατικούς. Σταδιακά, οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ιδρύουν ειδικά τμήματα για την εκπαίδευση εγκύων και οι μαίες αναλαμβάνουν εκπαιδευτικό ρόλο παρέχοντας υπηρεσίες και τεκμηριωμένες γνώσεις (Polomeno, 2009). Επίσης, οι γυναίκες επιλέγουν να παρακολουθούνται από ιατρό και οι τοκετοί τους να διεκπεραιώνονται σε νοσοκομείο (Zwelling, 1996).

Σύμφωνα με τον Haire (1999), διαπιστώνεται ότι στο διάστημα 1940-60, οι περισσότεροι τοκετοί περιλάμβαναν φάρμακα και παρεμβάσεις ενώ στην ιατρικοποίηση του τοκετού (αναλγησία, καισαρική τομή, επεμβατικές μέθοδοι τοκετού) οι ιατροί έπαιξαν καθοριστικό ρόλο και θεωρήθηκαν οι πλέον εξειδικευμένοι στον τομέα της Ιατρικής (Ernst, 1994; Lee and Kirkman, 2008; Lothian, 2008; Walker, Visger and Rossie, 2009). Αργότερα υποστηρικτές του φυσιολογικού τοκετού (Lamaze, Montague and Brandley, Dick-Read) με τη συγγραφή βιβλίων και τη διατύπωση απόψεων προέβησαν στην ίδρυση της «Διεθνούς Ένωσης Εκπαίδευσης για τον Τοκετό» (International Childbirth Education Association, n.d; Haire, 1999).

Το μαιευτικό μοντέλο φροντίδας επικεντρώνεται στη γυναίκα και στη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας, θέτοντας ως βάση 3 αρχές: 1) τις ενημερωμένες επιλογές, 2) τη συνέχιση της φροντίδας και 3) τη διάθεση της επιλογής του τόπου τοκετού (Association of Nova Scotia Midwives, 2018). Οι έρευνες παρουσιάζουν τις μαίες να συνεργάζονται με τις επίτοκες για έναν κοινό στόχο, ικανοποιώντας τις προσδοκίες τους, ενώ υποδεικνύονται πολύ χαμηλά ποσοστά παρεμβατικών διαδικασιών (Nicholls and Webb, 2006; Waldenstrom, et al., 2000; Johnson and Daviss, 2006).

Καταλήγοντας, θεωρείται ότι η αναγκαιότητα της προγεννητικής εκπαίδευσης προέκυψε για να συμπληρώσει τα κενά της ιατρικοποίησης του τοκετού με τη δημιουργία των προγεννητικών μαθημάτων, τα οποία υποστηρίχθηκαν από τους κυβερνητικούς φορείς των εκάστοτε χωρών (Wickham and Davies, 2005, σελ.75). Στη σημερινή εποχή, η προγεννητική

εκπαίδευση προωθεί την εκπαίδευση στο γενικό πληθυσμό των νέων γονέων, και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (Best Start by Health Nexus, 2019).

7.3 Η Προγεννητική Εκπαίδευση στο εξωτερικό

7.3.1 Καναδάς

Στον Καναδά, τα Προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης οργανώνονται σε μαθήματα (κύηση, τοκετό, διαχείριση πόνου, νεογνική φροντίδα, μεταγεννητική οικογενειακή προσαρμογή) και διδάσκονται από πιστοποιημένους και πλήρως καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας (Public Health Agency of Canada, 2009, σελ.47).

Στην πλειονότητά τους, δημόσια νοσοκομεία, μαιευτικές κλινικές ή κοινοτικά κέντρα παρέχουν προγράμματα προγεννητικής αγωγής, άλλοτε δωρεάν, χρηματοδοτούμενα από την κυβέρνηση του Καναδά ενώ λιγότερο συχνά ιδιωτικές εταιρίες αναλαμβάνουν το ρόλο αυτό. Τα μαθήματα καλύπτουν τις απαιτήσεις του γενικού πληθυσμού ή ειδικές ομάδες γυναικών (εφήβων μητέρων, πολύδυμων κυήσεων, γυναικών με γλωσσικές ιδιαιτερότητες, πολυτόκες) (Best Start by Health Nexus, 2019) και παρέχονται κατά τη διάρκεια της εβδομάδας ή το σαββατοκύριακο, ανάλογα με τις υποχρεώσεις των ενδιαφερομένων (American Pregnancy Association, n.d)

Η χρήση του διαδικτύου και της κινητής τηλεφωνίας ειδικά σε έγκυες κάτω των 45 ετών με εισόδημα άνω των 98.000\$, για λήψη πληροφοριών και υποστήριξη της υγείας τους, αποτελεί διαδεδομένη μέθοδος ενημέρωσης. Εντούτοις, οι εκπαιδευτές πρέπει να αναλογιστούν την επίδραση της εύκολης πρόσβασης στη διαδικτυακή τεχνολογία, στις αποφάσεις τους για την υγεία και στη συμμετοχή σε προσωπικά διαδικτυακά μαθήματα προγεννητικής αγωγής. (Statistics Canada, 2013; 2017). Παρόμοια δημοφιλή δωρεάν μαθήματα παραδίδονται στο Οντάριο και τη Nova Scotia (Government of Nova Scotia, n.d; Canadian Broadcasting Corporation News, 2014).

7.3.2 Μ. Βρετανία

Στη Μ. Βρετανία, οι έγκυες γυναίκες και οι σύντροφοι/σύζυγοι τους, δύνανται να παρακολουθήσουν ανάλογα μαθήματα σε δομές υγείας όλης της χώρας, μέσω του συστήματος NHS (National Health System) δωρεάν ή με μικρό κόστος μέσω του NCT (National Childbirth Trust).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας (NHS) διαθέτει προγράμματα που λαμβάνουν χώρα στα νοσοκομεία της χώρας ή σε κοινοτικά κέντρα υγείας, με ποικίλη θεματολογία (κύηση, τοκετό, νεογνική μέριμνα, θηλασμό, βρεφική διατροφή). Ακόμη, προσφέρονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε κυοφορούσες που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα. Οι ενδιαφερόμενοι έχουν επιλογή παρακολούθησης των μαθημάτων που παρουσιάζουν ενδιαφέρον. Έμπειρες μαίες και πιστοποιημένοι εκπαιδευτές υγείας διδάσκουν 1 φορά την εβδομάδα, ανάλογα με τις επιθυμίες του ζευγαριού και τυπικά η εκπαίδευση οριοθετείται μετά την 30^η της κύησης (3^ο τρίμηνο) ενώ σε πολύδυμη κύηση τα μαθήματα ξεκινούν νωρίτερα. Η μαία-εκπαιδύτρια δύναται να παρέχει συμβουλευτική και στην περίοδο της λοχείας, με επισκέψεις κατ'οίκον (NHS, 2015; 2018; NCT, 2017).

Το NCT, μη κερδοσκοπικός οργανισμός παρέχει μαθήματα με θεματολογία ανάλογη με αυτή του NHS, με τη διαφορά ότι οι μελλοντικοί γονείς επιβαρύνονται με μικρό κόστος και η διδασκαλία υλοποιείται σε μικρότερες ομάδες. Τα μαθήματα οργανώνονται περίπου στο 3^ο τρίμηνο και διαχωρίζονται σε υποχρεωτικής παρακολούθησης (6 συνεδριών) συνολικής διάρκειας 12 ωρών και επιλογής, διάρκειας περισσότερης σε εβδομάδες και ώρες. Η οργάνωση των μικρών ομάδων ατόμων και η μεγάλη χρονική διάρκεια του προγράμματος συνεπάγεται την ανάπτυξη μακροχρόνιων δεσμών μεταξύ των εκπαιδευόμενων. Και στα δύο συστήματα υγείας παρέχονται μαθήματα για δίδυμη ή πολύδυμη κύηση. Τέλος, υφίστανται και τα ιδιωτικά προγράμματα προγεννητικής αγωγής, τα οποία λαμβάνουν χώρα σε ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές ή ιατρεία, όμως είναι κοστοβόρα (NHS, 2018).

7.3.3 Ηνωμένες Πολιτείες

Τα προγράμματα προγεννητικής αγωγής στις Ηνωμένες Πολιτείες παρέχονται δημόσια και ιδιωτικά και παραπέμπουν σε μαθήματα σχετικά με τον τοκετό, την προετοιμασία στη γονεϊκότητα και τον θηλασμό (Office on Women's Health US Department of Health and Human Services, 2017). Τα δημόσια προγράμματα προσφέρουν βασικές πληροφορίες για τον τοκετό σε συγκεκριμένα νοσοκομεία, ενώ τα ιδιωτικά δίνουν έμφαση στη προετοιμασία της εγκύου, προκειμένου να ανταπεξέλθει γνωσιακά και ψυχολογικά σε όλα τα στάδια (American Pregnancy Association, n.d).

Σε πολλές Πολιτείες της χώρας λειτουργούν δημόσια νοσοκομεία και κέντρα μητρότητας, παράδειγμα των οποίων αποτελεί το Dignity Health Central California, (n.d). Πρόκειται για οργανισμό στον οποίο συμπεριλαμβάνονται νοσοκομεία (Memorial Hospital, Mercy Hospital Southwest, Mercy Medical Center Merced, St. Joseph's Medical Center κα) που εστιάζουν,

εκτός των άλλων, στη γονεϊκή προετοιμασία για τη φροντίδα του νεογνού και στην εκπαίδευσή τους στις Α' βοήθειες για τα νεογνά, με ενεργό ρόλο σε πρακτική άσκηση και βιωματικές εργασίες (Dignity Health Central California, n.d).⁸

Παράλληλα υφίστανται κέντρα, τα οποία οργανώνουν δωρεάν μαθήματα γονεϊκής εκπαίδευσης και παρέχουν συμβουλευτική μόνον διαδικτυακά (online). Συγκεκριμένα, το Southwestern Medical Center of Texas, (n.d) παραδίδει μαθήματα σε έγκυες:

- Με προτίμηση την online εκπαίδευση.
- Με συστάσεις για αποφυγή μετακινήσεων.
- Δευτερότοκες, στις οποίες δεν υπάρχει η δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στην παρακολούθηση των μαθημάτων.
- Και ζευγάρια που κωλύονται να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα μέσω της παραδοσιακής προγεννητικής εκπαίδευσης (Southwestern Medical Center of Texas, n.d).⁹

Γενικότερα, κάθε περιοχή τείνει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες και απαιτήσεις των πολιτών της.

7.3.4 Αυστραλία

Στην Αυστραλία η διδασκαλία των μαθημάτων διαμορφώνεται ανάλογα με τις προτιμήσεις και το οικονομικό επίπεδο των ενδιαφερομένων. Τα μαθήματα αφορούν τον τοκετό, τη γονεϊκότητα, τη νεογνική φροντίδα, την πρόωρη γέννηση, τη γέννηση με καισαρική τομή, το θηλασμό και την πολυτοκία. Επιπλέον, παρέχονται διαδικτυακά μαθήματα που αφορούν μόνο τον σύντροφο/σύζυγο και άλλα που αφορούν γυναίκες πολιτισμικά διαφορετικές. Η παροχή των μαθημάτων πραγματοποιείται στον δημόσιο (δωρεάν) και στον ιδιωτικό τομέα (χρηματική επιβάρυνση) ενώ ένα τυπικό πρόγραμμα βασικής εκπαίδευσης διάρκειας 12 ωρών αφορά 1 συνεδρία την εβδομάδα ή το Σαββατοκύριακο. Στις περισσότερες δομές υγείας προσφέρονται δωρεάν υπηρεσίες φροντίδας και μαθήματα σχετικά με την κύηση, τοκετό, λοχεία, θηλασμό σε έφηβες μητέρες και σε συντρόφους/συζύγους (Australian Government, 2020).

Εν κατακλείδι, τα μαθήματα προγεννητικής εκπαίδευσης αποτελούν συμβατική διαδικασία υποστηρικτικής δράσης σε νέες οικογένειες για την κατάλληλη προετοιμασία τους στη

⁸Περισσότερες πληροφορίες σε: <https://www.dignityhealth.org/central-california/services/maternity/pregnancy/childbirth-classes>

⁹Περισσότερες πληροφορίες σε: <https://utswmed.org/conditions-treatments/planning-for-a-baby-obstetrics/prenatal-classes/online-prenatal-education/>

γονεϊκότητα. Τα προγράμματα, οι ώρες λειτουργίας και το περιεχόμενο των μαθημάτων διαφοροποιούνται ανά χώρα και εξαρτώνται από τις προτιμήσεις και το οικονομικό επίπεδο των εκπαιδευόμενων.

7.4 Η Προγεννητική Εκπαίδευση και Αγωγή μέρος της Προγεννητικής Φροντίδας

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, οι εξελίξεις που διαδραματίστηκαν στους τομείς της Μαιευτικής, Γυναικολογίας και Παιδιατρικής επέφεραν θετικές αλλαγές και ανέδειξαν μείωση των ποσοστών μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Το χρονικό αυτό σημείο, «σταθμός» για την προγεννητική φροντίδα, αναγνωρίζεται ως κομβικό σημείο για την επιβίωση της μητέρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Πιο εμπεριστατωμένα, ο WHO (1992) αναφέρει, ότι στα πλαίσια οργάνωσης της προγεννητικής φροντίδας, είναι απαραίτητη η εξέταση υγιών εγκύων, προκειμένου να ανιχνευθούν πρώιμα σημεία επικινδυνότητας και μη φυσιολογικές καταστάσεις ή ασθένειες, ώστε να υπάρξει μετέπειτα αποτελεσματική παρέμβαση. Ακόμη καθιερώνει τη συστηματική παρακολούθηση της εγκύου από έμπειρους και εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας από τον έλεγχο ρουτίνας μέχρι την εντατική υποστήριξη της ζωής της (Carroli, Roney and Villar, 2001).

Αργότερα, το περιεχόμενο της προγεννητικής φροντίδας υπέστη αλλαγές, περικλείοντας φυσικές, δημογραφικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, με στόχο τον εντοπισμό των σημείων ανεπάρκειας στη φροντίδα, την ενδυνάμωση των ισχυρών σημείων αυτής, τη μέτρηση των επιπτώσεων και τη συνεχή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (χαμηλό βάρος γέννησης, μείωση και εξάλειψη των εμβρυικών ανωμαλιών, πρόωρος τοκετός, μητρική και νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα) (Alexander and Kotelchuck, 2001).

Η προγεννητική φροντίδα κατά τον Stout (1997) προσδιορίστηκε ως οποιαδήποτε υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη σε έγκυο γυναίκα, αρχίζοντας από τη σύλληψη του εμβρύου έως και πριν τη γέννηση, ενώ ο WHO (2003) διεύρυνε το χρονικό πλαίσιο στον ορισμό, θέτοντας την απαρχή της φροντίδας από την σύλληψη ως την πρώιμη νεογνική περίοδο (Stout, 1997; WHO, 2003, σελ.5). Επιπρόσθετα ο Klerman (1990) καθορίζει την προγεννητική φροντίδα, όχι ως μεμονωμένη παρέμβαση αλλά ως την ενσωμάτωση διαφόρων παραγόντων συμπεριλαμβανομένων τη πρώιμη, συνεχή εκτίμηση των σημείων κινδύνου στην κύηση, την προαγωγή υγείας, την παρακολούθηση της εγκύου και του εμβρύου με κλινικές και διαγνωστικές πρακτικές και τέλος με τις κατάλληλες ιατρικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Παράλληλα, ο WHO (2003, σελ.4-5) καθορίζει στα πλαίσια της προγεννητικής φροντίδας 12-16 επισκέψεις σε υγειονομικές υπηρεσίες για τη διενέργεια εξετάσεων ή παρακολούθηση ενώ η σύγχρονη προγεννητική φροντίδα περιλαμβάνει έναν αυξημένο αριθμό (150) πολύπλοκων εξετάσεων και δαπανηρών παρεμβάσεων. Απόρροια της προγεννητικής εκπαίδευσης, η οποία λειτουργεί ως πρόκληση, αποτελούν η γνώση, η διαχείριση πληροφορημένων επιλογών και η αύξηση της κριτικής ικανότητας, αποτρέποντας την έγκυο (low risk pregnancy) να υποβληθεί σε περιττές εξετάσεις και ενισχύοντας την οικονομία της χώρας σε πολλούς τομείς.

Όλες οι απόψεις καταλήγουν ότι η προγεννητική φροντίδα θεωρείται η συστηματική, ολιστική και τεκμηριωμένη προσέγγιση για την φροντίδα στην κύηση, στοχεύοντας την εξασφάλιση της μητρικής και εμβρυικής ευεξίας, την ενίσχυση της θετικής άποψης των εγκύων για τον τοκετό και την προετοιμασία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τη νεογνική ζωή. **Τέλος, η εκπαίδευση στην υγεία, η προγεννητική εκπαίδευση και η συμβουλευτική αποτελούν υπηρεσίες αναπόσπαστες της προγεννητικής φροντίδας** ενώ έχει διαπιστωθεί ότι η ύπαρξη σωστού συντονισμού των τομέων της προγεννητικής φροντίδας, θα αποφέρει θετικά αποτελέσματα στη μητρική και νεογνική υγεία αλλά και στα πρότυπα συμπεριφοράς των επιτόκων (Dragonas and Christodoulou, 1998; WHO, 2020).

7.4.1 Μελέτες που παρουσιάζουν τους παράγοντες/εμπόδια, οι οποίοι επηρεάζουν τη χρήση της Προγεννητικής Φροντίδας (ΠΦ)

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται αναλυτικά επιλεγμένες μελέτες που παρουσιάζουν τις κατηγορίες παραγόντων τους τύπους εμποδίων και τις εκβάσεις-επιδράσεις τους στη χρήση της προγεννητικής φροντίδας (Πίνακας 1).

| Κατηγορίες παραγόντων/εμποδίων | Τύποι εμποδίων | Μελέτες | Εκβάσεις/Επιδράσεις |
|--------------------------------|--|---|---|
| Δομής | Έλλειψη πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη. Μη διαθεσιμότητα φροντίδας. Έλλειψη χρόνου. Υψηλά κόστη. Φτωχή οργάνωση υπηρεσιών. Έλλειψη συγκοινωνιών. Έλλειψη οικονομικής πρόσβασης. Προσωπικές υποχρεώσεις | Miller et al. (1989, USA); Buekens et al., (1993, USA & Europe); Delgado-Rodriguez et al., (1997, Spain); Conrad et al., (1998, USA); Delvaux et al., (2001, France, Denmark, Belgium); Myer & Harrison (2003, S. Africa); Behice, (2003, Turkey) | Ανεπαρκής χρήση ΠΦ ¹⁰ . Έλλειψη κινήτρων & ασφάλειας υγείας. Μη σταθερό εισόδημα. Πολιτιστικοί παράγοντες. Μεγάλες αποστάσεις από τα προγεννητικά κέντρα. Μη ευελιξία προγραμμάτων. Ανάδειξη μελετών εγκύων χαμηλού εισοδήματος σε αγροτικές/αστικές περιοχές. |

¹⁰ Προγεννητική Φροντίδα

| | | | |
|-------------------------------|--|--|--|
| Ψυχοκοινωνικοί | Άγνοια συμπτωμάτων κύησης. Αμάθεια στην ανάγκη για φροντίδα. Συναισθήματα αμφιθυμίας/φόβου για την κύηση. Σκέψεις για διακοπή εγκυμοσύνης. Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Πεποιθήσεις μη αναγκαιότητας ΠΦ. Προ-υπάρχουσα κατάθλιψη. Μη στήριξη συζύγου/ οικογενειακού περιβάλλοντος | Harvey & Faber (1993, USA); Mayer, (1997, USA); Kost et al, (2000, USA); Klitsch, (2000, USA); Myer & Harisson (2003, S. Africa); Behice, (2003, Turkey) | Αμέλεια ή καθυστέρηση κρατήσεων σε υπηρεσίες για ΠΦ ή ανεπαρκής φροντίδα. Καθυστέρηση σε προγραμματισμένα ραντεβού. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αποτελεί το σημαντικότερο εμπόδιο για την επαρκή χρήση της ΠΦ |
| Κοινωνικο-δημογραφικοί | <ul style="list-style-type: none"> • Ισοτιμία • Εκπαιδευτικό επίπεδο γυναικών • Οικογενειακή κατάσταση • Ηλικία μητέρων • Απόσταση από δομές ΠΦ | Lia-Hoagberg et al., (1990, USA); Elo, (1992, Peru); Faber, (1993, USA); Ragupathy, (1996, Thailand); Celik & Hotchkiss, (2000, Turkey); Delvaux et al, (2001, Austria, Denmark, Greece, Germany, Hungary, Ireland, Italy, Portugal, Spain, Sweeden) | Η εκπαίδευση των εγκύων παίζει σημαντικό ρόλο στη χρήση της ΠΦ. Συσχέτιση υψηλού επιπέδου μόρφωσης-αποτελεσματικής χρήσης υπηρεσιών. Υψηλός βαθμός ενδιαφέροντος για τα προνόμια της ΠΦ. Αίσθηση αυτονομίας και αυξημένη χρήση προληπτικών μέτρων στην κύηση. Η ισοτιμία παρουσιάζεται αντιστρόφως ανάλογη στη χρήση της ΠΦ. |

Πίνακας 1: Table of Studies on Factors Affecting Utilization on Prenatal Care (πηγή: Nwaru, 2007. 'Impact of prenatal care on postpartum child care'. The University of Tampere: Tampere School of Public Health, σελ.16.

Συνοπτικά θα αναφερθούν οι κατηγορίες παραγόντων και εμποδίων (όπως Δομή, Ψυχοκοινωνικοί και Κοινωνικο-δημογραφικοί). Στη δομή εμπεριέχονται λόγοι όπως η έλλειψη πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη, μη διαθεσιμότητα φροντίδας, έλλειψη χρόνου, υψηλά κόστη, φτωχή οργάνωση υπηρεσιών, έλλειψη συγκοινωνιών κα. Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η άγνοια συμπτωμάτων κύησης, η αμέλεια ή καθυστέρηση κρατήσεων σε υπηρεσίες για ΠΦ ή ανεπαρκής φροντίδα και η καθυστέρηση σε προγραμματισμένα ραντεβού. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αποτελεί το σημαντικότερο εμπόδιο για την επαρκή χρήση της ΠΦ. Τέλος στους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες αναφέρονται λόγοι όπως η εκπαίδευση των εγκύων που έχει σημαντικό ρόλο στη χρήση της ΠΦ, η συσχέτιση υψηλού επιπέδου μόρφωσης-αποτελεσματικής χρήσης υπηρεσιών κα.

7.5 Centering Pregnancy και Προγεννητική Εκπαίδευση

Το 1990 στα πλαίσια της παροχής αποτελεσματικής προγεννητικής φροντίδας και εκπαίδευσης δημιουργήθηκε ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός, με επίκεντρο την εγκυμοσύνη. Το Centering Health Care Institute (n.d) σε συνεργασία με επαγγελματίες υγείας, αποβλέπει στην αλλαγή της υγειονομικής περίθαλψης, προωθώντας το Centering Pregnancy, μια ενθαρρυντική πρακτική, η οποία εφαρμόζεται σε Μονάδες Υγείας των ΗΠΑ και του Καναδά. Στοχεύει στην ενδυνάμωση των εγκύων και στην ενίσχυση των σχέσεων μεταξύ τους, μέσα από τη λειτουργία ομαδικών συναντήσεων και τη δημιουργία μικρών κοινοτήτων. Παράλληλα με τον έλεγχο και την παρακολούθηση της κύησης, παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι ομοιότητες του με την προγεννητική εκπαίδευση συγκλίνουν στους κοινούς στόχους, το ομαδικό πνεύμα και εν μέρει στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης ενώ αναφορικά με τις διαφορές που παρουσιάζονται, αναγνωρίζεται ότι στο Centering Pregnancy οι γυναίκες λαμβάνουν εκπαίδευση και φροντίδα ταυτόχρονα στο ίδιο ίδρυμα ή κέντρο, οι συνεδρίες αρχίζουν στο 1^ο ή νωρίς στο 2^ο τρίμηνο της κύησης και οι συζητήσεις κατευθύνονται από τις έγκυες. Τουναντίον, τα μαθήματα προγεννητικής εκπαίδευσης πραγματοποιούνται ξεχωριστά από την παρακολούθηση, ξεκινούν συνήθως στο τέλος του 2^{ου} ή αρχές του 3^{ου} τριμήνου και κατευθύνονται από τους επαγγελματίες υγείας-εκπαιδευτές.¹¹

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το Centering Pregnancy οριοθετείται σε δημογραφικά ευπαθείς ομάδες εγκύων, με χαμηλό οικονομικό επίπεδο, πλήθος ψυχολογικών προβλημάτων και γλωσσολογικών φραγμών. Η μελέτη του χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, αν και συγκαταλέγεται, ως μια στρατηγική φροντίδας σε κοινότητες με ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, η οποία δύναται να συμβάλει στην αναβάθμιση της ενημέρωσης, της εκπαίδευσης, στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των εγκύων και στην αλλαγή των συμπεριφορικών προτύπων, προκειμένου να βελτιστοποιηθούν τα αποτελέσματα για τις ίδιες και τα παιδιά αυτών (Benediktsson et al., 2013). Παρουσιάζεται σε μελέτες (2011) η υψηλή ικανοποίηση εγκύων γυναικών, μείωση του αριθμού πρόωρων τοκετών και ικανοποιητικό βάρος σώματος νεογνών, σε δομές υγείας που χρησιμοποίησαν το πρόγραμμα Centering Pregnancy (Waddell, Belal, Alam and Wilson, 2019, σελ.24).

¹¹Περισσότερες πληροφορίες σε: www.centeringhealthcare.org

7.6 Η Αποτελεσματικότητα της Προγεννητικής Εκπαίδευσης

Ο WHO (2016) αναγνώρισε ως στόχο της προγεννητικής φροντίδας την προαγωγή της υγείας, της προγεννητικής εκπαίδευσης και την δημιουργία θετικών συνθηκών υγιεινής για τη μητέρα και το νεογνό. Μέσω της εκπαίδευσης, επιτελείται η αναγνώριση των σημείων κινδύνου και η διαχείριση ή εξάλειψη αυτών. Ωστόσο, ειδικές κατευθυντήριες γραμμές έχουν δημοσιευτεί για θέματα σχετικά με τη μητρική ψυχική υγεία και το μητρικό θηλασμό. Πιο αναλυτικά, συστήνεται η πρόληψη και θεραπεία σε θέματα μητρικής ψυχικής υγείας περιγεννητικά ενώ σημαντική θεωρείται η προγεννητική εκπαίδευση των εγκύων και των οικογενειών τους στη διαχείριση θεμάτων που αφορούν το μητρικό θηλασμό (WHO, 2008, σελ.3; 2018a, σελ.4). Ταυτόχρονα, υπογραμμίζεται η αποτελεσματικότητα της προγεννητικής εκπαίδευσης στην αναγνώριση των φραγμών και εμποδίων, σχετικά με την υγεία τους και στην επίλυση προβλημάτων για την κάλυψη αναγκών (WHO, 2016, σελ.ix,1). Διάφορες μελέτες και άρθρα υποδεικνύουν τη σημαντικότητα και την αποτελεσματικότητα της προγεννητικής εκπαίδευσης, τα οποία αναφέρονται περαιτέρω.

Μείωση του φόβου στον τοκετό-θετική εμπειρία τοκετού

Σε μελέτη που δημοσιεύθηκε στην «Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology» (2019), υποστηρίζεται η αναγκαιότητα της προγεννητικής εκπαίδευσης των εγκύων, ειδικά των πρωτοτόκων, λόγω της μείωσης των επιπέδων του φόβου στην κύηση και στον τοκετό, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να βιώνουν μια θετική εμπειρία, ουσιαστικό στοιχείο για μελλοντική εγκυμοσύνη (Kasperczyk-Bartnik et al., 2019; Shorey, Yang and Ang, 2018). Ο WHO (2016, σελ.2) ορίζει τη θετική εμπειρία από τον τοκετό, ως το σεβασμό στους φυσικούς και κοινωνικο-πολιτιστικούς κανόνες, διασφαλίζοντας μια υγιή κύηση και μια θετική έκβαση τοκετού, μέσα στην οποία η γυναίκα βιώνει αυτονομία, ηρεμία και αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, σε έρευνα που διεξήχθη σχετικά με την επιρροή μιας αρνητικής εμπειρίας τοκετού σε μελλοντικές αποφάσεις για εγκυμοσύνη, παρουσιάζονται δυσμενείς τα αποτελέσματα. Διαπιστώθηκε η επιθυμία τους να μην βιώσουν την εγκυμοσύνη ποτέ ξανά, προτίμησαν να υποβληθούν σε καισαρική τομή σε μελλοντική κύηση ή προσπάθησαν να καθυστερήσουν μια επικείμενη κύηση (Shorey, Yang and Ang, 2018).

Η εκπαίδευση των γυναικών στην γονεϊκότητα ενισχύει την ικανοποίησή τους από τον τοκετό ενώ πρόσφατη έρευνα στην Ιταλία αναφέρει ότι επίτοκες οι οποίες έλαβαν προγεννητική εκπαίδευση, υπήρξαν πιο εξοικειωμένες με τον τοκετό (αίσθηση αυτοπεποίθησης/εμπιστοσύνης, επιλογή ασκήσεων/στάσεων/τεχνικών αναπνοών) και οδηγήθηκαν σε μια

θετική εμπειρία αυτού (Mueller, Webb and Morgan, 2016; Ricchi et al., 2020). Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Βασιλικού Κολλεγίου των Μαιών (RCOM) για τα προγεννητικά μαθήματα και τον τοκετό, γίνεται αναφορά σχετικά με την εφαρμογή των πρακτικών ενδυνάμωσης, ενίσχυσης και ανάμειξης των εγκύων στη σωστή λήψη αποφάσεων ενώ παρουσιάζεται το πλάνο τοκετού, ως δικαίωμα κάθε επιτόκου το οποίο πρέπει να αναλύεται διεξοδικά, αποβλέποντας στην κάλυψη των επιλογών της (RCOM, 2012, σελ.2-4).

Παροχή γνώσεων - Βελτίωση της μητρικής και νεογνικής υγείας

Η στρατηγική των προγραμμάτων προγεννητικής αγωγής αποβλέπει στη πληροφόρηση, ενημέρωση και επικαιροποίηση γνώσεων για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία ενώ η επίτοκος μετά τη λήξη των μαθημάτων νιώθει πιο ικανή να προβεί σε πληροφορημένες επιλογές (Lothian, 2016). Η σημαντικότητα της γνώσης και ο ρόλος της για μια θετική έκβαση τοκετού, βασίζεται σε μαρτυρίες γονέων, τα τελευταία 40 χρόνια (Dolan, 2016).

Τα μαθήματα προγεννητικής αγωγής στοχεύουν στην αύξηση των γνώσεων των εγκύων (κύηση, τοκετός, θηλασμός, γονεϊκότητα, νεογνική φροντίδα) ειδικά πρωτοτόκων, με εντυπωσιακά αποτελέσματα στη δική τους υγεία και των νεογνών τους (Blachnio, Dmoch-Gajzlerska and Bednarszyk, 2019; Ricchi et al., 2020).

Μείωση της συμπτωματολογίας της επιλόχειας κατάθλιψης

Η επιλόχεια κατάθλιψη παρουσιάζεται στη περίοδο μετά τον τοκετό (λοχεία) και αφορά γυναίκες που είτε παρουσίασαν συμπτώματα κατάθλιψης προ κύησης ή είχαν μηδαμινή συμπτωματολογία. Έρευνες υποδεικνύουν ότι οι συμπεριφορές κατάθλιψης και οι αγχώδεις καταστάσεις αναζωπυρώνονται στην εγκυμοσύνη και διαρκούν όλο το διάστημα της λοχείας, ενώ η προγεννητική εκπαίδευση, η συμβουλευτική και το υποστηρικτικό περιβάλλον υπολογίζονται ως ουσιώδεις προστατευτικοί παράγοντες (Grussu and Quatraro, 2009).

Η κατάλληλη ψυχολογική και σωματική προετοιμασία της εγκύου συμβάλλει στη μείωση των στρεσογόνων καταστάσεων στη κύηση και τον τοκετό ενώ σύμφωνα με τις Ηλιάδου και Μαρόκα (2014) είναι μεγίστης σημασίας για το έμβρυο η ψυχοσωματική ισορροπία της επιτόκου, διότι κάθε ενόχληση ή βλάβη δική της προγεννητικά, έχει σοβαρό αντίκτυπο στην υγεία του εμβρύου αλλά και του νεογνού μετέπειτα (Bhadran, Prabhu and Juliet, 2019; Ηλιάδου και Μαρόκα, 2014).

Παράλληλα, μελέτες αναφέρουν ότι η προγεννητική εκπαίδευση μειώνει τα επίπεδα του άγχους με άμεσο θετικό αντίκτυπο στη μητρική υγεία και στην ποιότητα ζωής μεταγεννητικά (Bahrami, Simbar and Bahrami, 2013).

Μείωση των παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού

Οι παρεμβάσεις αφορούν τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται και προσβάλλουν τη φυσιολογικότητα του τοκετού. Με την προγεννητική εκπαίδευση επισημαίνεται η μείωση των προκλήσεων τοκετού, των ποσοστών των καισαρικών τομών, των επεμβατικών τοκετών και της χρήσης αναλγητικών μεθόδων. Οι παραπάνω παρεμβάσεις, έμμεσα, έχουν υψηλό κόστος και επιβαρύνουν τις Μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, οπότε η μείωση της χρήση τους δύναται να επιφέρει πτώση των δαπανών, στον τομέα της υγείας. Είναι αποδεκτό ότι, η εξοικονόμηση χρημάτων που αποδίδεται στην προγεννητική εκπαίδευση και φροντίδα είναι θεμελιώδης σημασίας για την οικονομία της εκάστοτε χώρας (Gorsky and Colby, 1989). Πρόσφατες έρευνες παρουσιάζουν το υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών σε δομές υγείας, στις οποίες δεν υποστηρίζονται προγράμματα προγεννητικής εκπαίδευσης (Gao et al., 2019).

Μείωση των ποσοστών πρόωρου τοκετού

Η διδασκαλία σε πρακτικές υγιεινής, η αποφυγή λοιμώξεων, η διακοπή καπνίσματος και η ελάττωση κατάχρησης αλκοολούχων ποτών, μέσω της προγεννητικής εκπαίδευσης, μπορεί να αναστείλει καταστάσεις που είναι επιζήμιες για την ίδια και το έμβρυο. Είναι γεγονός, ότι η φτωχή μητρική υγεία δύναται να οδηγήσει σε γεννήσεις νεογνών πρόωρων, χαμηλού βάρους γέννησης και υπολειπόμενης ανάπτυξης (Pillay, 2019).

Μείωση της μητρικής και νεογνικής/βρεφικής θνησιμότητας

Η μητρική και νεογνική/βρεφική θνησιμότητα, δύναται να λάβει διαφορετικές μορφές σε μη συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο. Αφορά κυοφορούσες με προ υπάρχοντα νοσήματα ή έγκυες οι οποίες προσπίπτουν σε επικίνδυνες για την υγεία τους καταστάσεις (κατάχρηση αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών ουσιών, κακοποίηση κα). Είναι εξακριβωμένο, ότι η χρήση οπιοειδών στην εγκυμοσύνη, είναι συνυφασμένη με δυσμενείς καταστάσεις (επαπειλούμενος πρόωρος τοκετός, πρόωμη έναρξη τοκετού, υπολειπόμενη ανάπτυξη εμβρύου, εμβρυικό/νεογνικό θάνατο). Έρευνα που διενεργήθηκε, αναδεικνύει ότι οι χρήστριες έγκυες είχαν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν μια παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο σε σχέση με μη χρήστριες, κινδυνεύοντας να μην επιβιώσουν (Whiteman et al., 2014). Μελέτες παρουσιάζουν τον σημαντικό ρόλο της προγεννητικής εκπαίδευσης σε χρήστριες έγκυες

ιδιαίτερα μέσω τηλεκπαίδευσης (online lessons), ως ένα αποτελεσματικό μοντέλο σχεδιασμού εκπαίδευσης ενώ επιβεβαιώνεται η σημαντική αλλαγή της συμπεριφοράς αυτών απέναντι στη χρήση ουσιών, πριν και μετά την εκπαιδευτική διαδικασία. Άλλος τρόπος αποτελεσματικής εκμάθησης σε παρόμοιες ομάδες πληθυσμού, αποτελεί αρχικά το “one to one” εκπαίδευση, για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ εκπαιδευόμενου-εκπαιδευτή και έπειτα η συμμετοχή σε ομαδικές συναντήσεις (Hooks, 2019).

Παράλληλα, η σημασία της προγεννητικής εκπαίδευσης στις κακοποιημένες έγκυες γυναίκες είναι καίρια και συμβάλλει στην επίλυση δυσοίωνων καταστάσεων για τις ίδιες, των μελλοντικών παιδιών τους (αποβολή, ενδομήτρια λοίμωξη, πρόωρου τοκετού, εμβρυικού θανάτου) και κάθε άλλου παιδιού στην οικογένεια, διότι η προετοιμασία στη γονεϊκότητα αφήνει περιθώρια για προβληματισμό, ενίσχυση της κρίσης και λήψη σωστών αποφάσεων. Διάφορα κέντρα της δημόσιας υγείας και κοινότητες, διεθνώς, οργανώνονται κατάλληλα και διαθέτουν μαθήματα δωρεάν, άλλοτε σε δυαδική μορφή (μόνο το ζευγάρι) ή “one to one” εκπαίδευση για να αποφευχθεί η στιγματοποίηση και να επιτευχθεί η εξωτερίκευση των συναισθημάτων. Είναι συχνή η συνεργασία των εκπαιδευτών με ψυχολόγους ή ψυχιάτρους. Στις παραπάνω ομάδες ανευρίσκονται συνήθως νεαρές κάτω των 25 ετών, γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ, με κινητικά προβλήματα και αναπηρίες, πρόσφατα διαζευγμένες κα (Hooks, 2019; Best Start Resource Centre, 2015; McFarlane, 1989; Johnson, 2019).

Σύμφωνα με τους Τερζόπουλο και Σαράφη (2012), ο δείκτης νεογνικής/βρεφικής θνησιμότητας θα βελτιωνόταν περισσότερο, μέσω παροχής προγραμμάτων εκπαίδευσης και φροντίδας σε έγκυες γυναίκες, ιδιαίτερα συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων (δύσκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, πληθυσμιακές μειονότητες) (Τερζόπουλος και Σαράφης, 2012).

Γενικά, η αποτελεσματικότητα κοινωνικής στήριξης σε υψηλού κινδύνου κυήσεις συντελεί στη μείωση του αριθμού χαμηλού βάρους νεογνών, πρόωρων γεννήσεων και καισαρικών τομών (Waddell, Belal, Alam and Wilson, 2019, σελ.5).

Προετοιμασία συζύγου/συντρόφου στη γονεϊκότητα

Τα προγράμματα προγεννητικής εκπαίδευσης συμβάλλουν στην πληροφόρηση των συζύγων/συντρόφων για τις αναμενόμενες αλλαγές της εγκύου (ψυχοσωματικές-ορμονικές μεταβολές) και στην προετοιμασία τους για την πατρότητα. Επιπλέον, βοηθούν στην ψυχική ενδυνάμωση του συζύγου/συντρόφου, στην ενίσχυση του δεσμού του ζευγαριού και στην πιο

εύκολη προσαρμογή του μελλοντικού πατέρα στη φροντίδα του νέου μέλους. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι γυναίκες απολαμβάνουν την παρουσία και υποστήριξη του συζύγου/συντρόφου στον τοκετό τους, με ευεργετικά αποτελέσματα για την ίδια, το σύζυγο/σύντροφο, τη μεταξύ τους σχέση και αργότερα για το νεογνό (WHO, 2018b, σελ.4; Lau and Hutchinson, 2020; Takeishi et al.,2019; Yikar and Nazik, 2019).

Εν τούτοις, υπάρχουν πρόσφατες μελέτες που αναφέρουν ότι ορισμένοι άνδρες μπορεί να βιώσουν κατάθλιψη στη μεταγεννητική περίοδο (από την 22^ηw-7 μέρες μετά τη γέννηση του νεογνού) ενώ υποστηρίζεται ότι η προγεννητική εκπαίδευση παραπέμπει στην αναγνώριση των πρώιμων σημείων αυτής (Matthey and Della Vedona, 2020).

Άλλα αποτελέσματα

Δεν θα πρέπει να παραληφθεί η ύπαρξη μελετών, οι οποίες προβάλλουν ως αποτελέσματα της προγεννητικής εκπαίδευσης τη μείωση των παραπόνων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τη συνεργασία της επιτόκου με τη μαία, την αυτοενδυνάμωση και αυτοφροντίδα της εγκύου, την αύξηση της ποιότητας ζωής της και τη δημιουργία μιας δυναμικής σχέσης μεταξύ του ζευγαριού (Yikar and Nazik, 2019).

Μέσα από τα μαθήματα προγεννητικής εκπαίδευσης, η έγκυος συνάπτει φιλίες ζωής συνεργαζόμενη με τη μαία/εκπαιδευτρια, η οποία μπορεί να την υποστηρίξει την ημέρα του τοκετού της (Harahap and Afiyanti, 2019).

Παρόλο αυτά, σύμφωνα με τους Gagnon και Sandall (2007) έπειτα από συστηματική ανασκόπηση 9 δημοσιευμένων άρθρων, για την ομαδική και ατομική προγεννητική εκπαίδευση, καταλήγουν στο συμπέρασμα της ασάφειας των αποτελεσμάτων και στις 2 περιπτώσεις, διότι μπορεί τα προγράμματα να ξεκινούν με τις καλύτερες προοπτικές, ορισμένα όμως δεν δύνανται να εκπληρώσουν τις ανάγκες των εκπαιδευόμενων (O' Sullivan, O' Connell and Devane, 2014, σελ.33).

Τέλος, άλλες μελέτες υποδεικνύουν τη μη σωστή ενημέρωση των μελλοντικών γονέων, σχετικά με τις συνεχείς απαιτήσεις της νεογνικής φροντίδας (McVeigh, 2000), την αίσθηση κόπωσης και εξάντλησης αυτών μετά τη γέννηση του νεογνού, με δυσάρεστα αποτελέσματα και για τους δύο (McQueen and Mander, 2003; McVeigh, 2000; Rogan et al., 1997).

7.7 Παράγοντες που σχετίζονται με την Προγεννητική Εκπαίδευση

Περίληπτικά αναφέρονται οι παράγοντες εκείνοι που σχετίζονται με την προγεννητική εκπαίδευση.

- Η ηλικία.
- Ο τόκος.
- Η ηλικία κύησης (gestational age).
- Το μορφωτικό επίπεδο.
- Το οικονομικό επίπεδο.
- Ο τόπος διαμονής.
- Η οικογενειακή κατάσταση.

Έχει διαπιστωθεί ότι η βελτίωση της εκπαίδευσης στις γυναίκες (έφηβες και νεαρές), θα επιφέρει την αποκόμιση γνώσεων και την απόκτηση συμπεριφορών καλών πρακτικών σε θέματα πρόληψης, αγωγής και θεραπείας, με συνέπειες τη δημιουργία ενός νέου κόσμου υψηλής γονιμότητας, τη μείωση των επιπλοκών της εγκυμοσύνης και την εξάλειψη της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας (Barman, Saha and Chouhan, 2020).

7.8 Ο ρόλος του εκπαιδευτή στην Προγεννητική Εκπαίδευση

Ο εκπαιδευτής ως μέλος μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας αποτελεί υπερασπιστής των οικογενειών, με τη συμβολή του στην αύξηση της οικογενειακής δομής και των δικαιωμάτων της γυναίκας, προάγοντας την υγεία, την αυτονομία, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά της. Αν το πρόγραμμα αναγνωρίζεται από το κράτος, μόνο η μαία είναι αυτή που θα πρέπει να ασχοληθεί με τα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής. Η νομοθεσία υποστηρίζει την ολοκληρωτική διεξαγωγή των μαιευτικών καθηκόντων και δεξιοτήτων όπως αυτά προσδιορίζονται στον ορισμό της μαίας, σύμφωνα με τους ICM, FIGO και WHO (WHO, 2002, σελ.11).

Οι μαίες, οι οποίες είναι εγγεγραμμένες στο σύστημα υγείας της εκάστοτε χώρας, προσφέρουν υπηρεσίες υποστήριξης στις μέλλουσες μητέρες και εξειδικευμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα σε έγκυες γυναίκες και υγιή νεογνά, κατά τη διάρκεια της κύησης και της γέννησης μέχρι τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό ενώ σε ορισμένα κράτη οι υπηρεσίες τους καλύπτουν μέχρι και τα 5 πρώτα έτη του παιδιού. Έρευνες αναφέρουν ότι οι μητέρες που αναζητούν και απολαμβάνουν τις υπηρεσίες των μαιών, βιώνουν θετικά συναισθήματα και εμπειρίες στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία και διακατέχονται από το αίσθημα της

εμπιστοσύνης για τη μετάβασή τους στη γονεϊκότητα. Η αίσθηση ασφάλειας και βεβαιότητας, αντικατοπτρίζουν τη πολύτιμη προσφορά των μαιών (Association of Nova Scotia Midwives, 2018).

Ο οργανισμός «International Childbirth Education of Association» (2015a, σελ.2-3; 2015b, σελ.12,28) θεωρεί ότι οι εκπαιδευτές δύνανται να επηρεάσουν θετικά τις εκβάσεις των γεννήσεων και την γονεϊκή ικανοποίηση. Ακόμη υποστηρίζει ότι ο ρόλος του εκπαιδευτή είναι να ενεργεί:

Ως δάσκαλος, 1) παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τις σωματικές, φυσιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές της εγκυμοσύνης, του τοκετού, της λοχείας και της πρώιμης γονεϊκότητας, 2) προσφέροντας αμέριστη και κατάλληλη αρωγή στις επίτοκες και στα άτομα που τις υποστηρίζουν με τις δεξιότητες και ικανότητες τους, 3) ενδυναμώνοντας την επικοινωνία με το περιβάλλον της γυναίκας είτε πρόκειται για επαγγελματία υγείας (τον ιατρό, τον ψυχολόγο, τη σύμβουλο μητρικού θηλασμού, τη μαία) ή για την οικογένεια.

Ως διαμεσολαβητής, ο οποίος ενισχύει τις οικογένειες να κατανοήσουν καλύτερα την αξία της εμπειρίας για την μετάβαση στη γονεϊκή φροντίδα.

Ως συνήγορος για την έγκυο γυναίκα, του νεογνού, του συζύγου/συντρόφου και των οικογενειών.

Ως εκπρόσωπος στο σύστημα υγείας για την αναβάθμιση της υγείας, μητρικής και νεογνικής, προωθώντας την πρόσβαση για τους γονείς σε ένα ασφαλές, χαμηλού κόστους περιβάλλον και θέτοντας στο κέντρο της οικογένειας τη μητρική φροντίδα σε δομές, εκτός και εντός νοσοκομείου.

Τονίζεται, ότι ο εκπαιδευτής είναι απαραίτητο να έχει την ικανότητα να αφογκράζεται τις ανησυχίες των εκπαιδευόμενων, να απαντά με ειλικρίνεια, να τροποποιεί, να προσαρμόζει, να αλλάζει, να επαναλαμβάνει το περιεχόμενο του μαθήματος, ανάλογα με τις ανάγκες που εμφανίζονται σε κάθε συνεδρία, δείχνοντας ευαισθησία και ενσυναίσθηση στους προβληματισμούς τους. Ακολούθως, απαιτείται να παραπέμπει τη μέλλουσα μητέρα στη κατανόηση του πλήθους των πληροφοριών στο διαδίκτυο, προερχόμενες από μη έγκριτες και τεκμηριωμένες επιστημονικές πηγές. Συστήνεται να έχει γνώσεις τεχνολογίας και να επίσταται τεχνικές και μεθόδους εκπαίδευσης.

Συνοπτικά, η θεματολογία που περιλαμβάνουν σφαιρικά τα μαθήματα προγεννητικής εκπαίδευσης στο εξωτερικό είναι τα παρακάτω:

1. Προγεννητική Φροντίδα

- Ενοχλήσεις στην εγκυμοσύνη.
- Διαιτολόγιο στην κύηση και λοχεία.
- Προετοιμασία για το θηλασμό.
- Ψυχολογικές αλλαγές στην κύηση.
- Προγεννητικές σωματικές ασκήσεις.

2. Τοκετός

- Εξέλιξη του τοκετού και της γέννησης.
- Ανακούφιση του πόνου κατά την διάρκεια του τοκετού.
- Υποστήριξη κατά τον τοκετό.
- Παρεμβάσεις στον τοκετό.
- Καισαρική τομή.
- Ψυχολογικές προσαρμογές στον τοκετό και τη γέννηση.
- Επαφή με το νεογνό “skin to skin” και θηλασμός.

3. Λοχεία

- Θηλασμός.
- Σωματικές ασκήσεις κατά τη λοχεία.
- Προσαρμογή στη ζωή με ένα βρέφος.
- Σεξουαλικότητα κατά την κύηση και τη λοχεία.
- Επιστροφή στην εργασία μετά τον τοκετό.

4. Περιποίηση νεογνού

- Νεογνική φροντίδα.
- Ανάπτυξη βρέφους.
- Εμβολιασμός βρέφους.

5. Ο ρόλος του πατέρα

- Η μετάβαση στην πατρότητα.
- Οι ανησυχίες του πατέρα.

Τα παραπάνω δεν έγκειται στην ακριβή λίστα, αλλά καλύπτουν μεγάλο μέρος των θεμάτων που αναλύονται στα μαθήματα (WHO, 2002, σελ.2,11,82).

7.9 Συστηματικές μελέτες

Έχουν διεκπεραιωθεί μελέτες που στοχεύουν στην καλύτερη κατανόηση της αντίληψης των μελλοντικών γονέων, ως προς το αντικείμενο που θεωρούν πιο σημαντικό σχετικά με την Προγεννητική Εκπαίδευση και το είδος των πληροφοριών που επιθυμούν να αποκομίσουν

περαιτέρω, αναφορικά με τις προτεινόμενες μεθόδους τοκετού. Παρόλο το γεγονός, ότι οι ανάγκες των μελλοντικών γονέων από τα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής και ο τρόπος διεξαγωγής των μαθημάτων διαφέρουν, κοινός στόχος αποτελεί η προετοιμασία τους στη γονεϊκή μέριμνα. Τονίζεται ότι τα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής είναι απαραίτητο να οργανώνονται σύμφωνα με τις ανάγκες των εκπαιδευομένων και όχι με τη ‘γραμμή’ διδασκαλίας των επαγγελματιών υγείας (Ateah, 2013).

Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι παρόλο τη δυνατότητα οργάνωσης μαθημάτων προγεννητικής εκπαίδευσης παρουσιάζεται αυξημένη χρήση του διαδικτύου για πληροφόρηση των εγκύων, ειδικά σε ηλικίες 18-33 ετών. Η χρήση τηλεεκπαίδευσης (online lessons) θεωρείται αποτελεσματική στη διαχείριση κατάθλιψης περισσότερο παρά στη μείωση του άγχους προγεννητικά και μεταγεννητικά (Waddell, Belal, Alam and Wilson, 2019, σελ.10).

Ακολούθως, η προγεννητική συμβουλευτική μέσω μηνυμάτων γραπτού κειμένου είναι αποδεκτή στους τελικούς χρήστες και αποτελεσματική, αναφορικά με δράσεις (μείωση καπνίσματος, διαχείριση ΣΔΚ, έλεγχος σωματικού βάρους, έλεγχος αγωγής φαρμάκων κα). Πρόκειται για σύντομης διάρκειας επικοινωνία (μηνύματα) μεταξύ ατόμου ή ομάδων ατόμων και του εκπαιδευτή. Στον Καναδά είναι ευρέως διαδεδομένη η εφαρμογή “SmartMom” στην κινητή τηλεφωνία και προωθείται από την «Γυναικολογική και Μαιευτική Εταιρία» της χώρας με εξαιρετικά αποτελέσματα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει εφαρμοστεί (2010) το πρόγραμμα “Text4baby”, για την προώθηση προγεννητικής συμβουλευτικής μέσω μηνυμάτων γραπτού κειμένου και τη μείωση πρόωγων τοκετών και νεογνικών θανάτων (Munro et al., 2017). Οι εφαρμογές μηνυμάτων μέσω γραπτού κειμένου (text message) θεωρούνται σημαντικά εργαλεία επικοινωνίας και πληροφόρησης για την ενδυνάμωση της ψυχικής υγείας και αυτοπεποίθησης των συζύγων/συντρόφων (May and Fletcher, 2017; Poorman et al., 2015).

Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επεσήμανε σε μελέτη 13 ποιοτικών ερευνών (1996-2006), την προτίμηση των μελλοντικών γονέων για εκπαίδευση σε μικρές ομάδες ατόμων (Fox, 2011, σελ.20).

Σε άλλες έρευνες διαπιστώθηκε ότι οι μελλοντικοί γονείς προτιμούν την πρόσωπο με πρόσωπο εκπαίδευση σε μικρές ομάδες 6-8 ατόμων, παρά την διαδικτυακή διδασκαλία βασισμένη σε ειδικά διαδικτυακά προγράμματα (Kovalala, Cramp and Xia, 2016; Ateah, 2013; Best Start by Health Nexus, 2014; Gagnon and Sandall, 2007).

Εν συνεχεία, μελέτες υποδεικνύουν την υψηλή προτίμηση των γονέων για πληροφόρηση σε θέματα που αφορούν καθημερινές διαδικασίες και ψυχοσωματικές αλλαγές της πρώιμης μητρότητας αλλά και την ανάγκη για παροχή γνώσης Α' Βοηθειών στο νεογνό, περισσότερο από κάθε άλλη θεματική ενότητα. Η έκθεση των αποτελεσμάτων παρουσίασε ως προτεραιότητά τους, τη νεογνική φροντίδα και ασφάλεια.

Σχετικά με τον εκπαιδευτή, καταγράφηκε η προτίμηση των συμμετεχόντων για τον ίδιο εκπαιδευτή για κάθε μάθημα και όχι εναλλαγή αυτών, σημειώνοντας την ανάγκη για τη δημιουργία οικειότητας και άνεσης μεταξύ τους ενώ αναφορικά με το κόστος διακρίνεται το ενδιαφέρον των μελλοντικών γονέων για οικονομικά προγράμματα.

Αναφορικά με την ηλικία, οι περισσότερες μελέτες περιορίζονται σε γυναίκες άνω των 20 ετών, λευκές, παντρεμένες, με υψηλό μορφωτικό προφίλ (Kovala, Cramp and Xia, 2016). **Περιορισμένες μελέτες υπάρχουν σχετικά με έφηβες έγκυες**, ενώ σε κάποιες πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών έχουν γίνει προσπάθειες να ενταχθούν προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης στα σχολεία (Podgurski, 1993).

Ακόμη, ελάχιστος είναι ο αριθμός των μελετών για έφηβες έγκυες, οι οποίες είναι μέλη κοινοτήτων και διαβιούν σε απομακρυσμένες περιοχές. Αποτελέσματα ερευνών στον Καναδά υπέδειξαν υψηλό βαθμό επικινδυνότητας σε 3 πληθυσμιακές ομάδες (έφηβες, χαμηλού πολιτιστικού και οικονομικού επιπέδου), κατά την προγεννητική περίοδο. Έτσι δημιουργήθηκε το ενδιαφέρον για το σχεδιασμό ενός μοντέλου ανάπτυξης προγραμμάτων Προγεννητικής Εκπαίδευσης με σκοπό την προαγωγή υγείας, μέσω μακροπρόθεσμων συμπεριφορών. Θεωρήθηκε ότι το μοντέλο αυτό θα ήταν δυνατό να προσαρμοστεί σε οποιαδήποτε κοινότητα και να προβλέψει μελλοντικά προβλήματα (Loos and Morton, 1996). Χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής του μοντέλου με αρκετές πρακτικές δυσκολίες, αποτελεί η κοινότητα των Αβοριγινών (Loos, Morton and Meekis, 1999).

Επιπρόσθετα, η διενέργεια μελετών για την προώθηση της τηλεφωνικής υποστήριξης στην περίοδο της λοχείας στις έφηβες μητέρες παρουσιάζει ικανοποιητικά αποτελέσματα (Stokes, 2019).

Παρακάτω παρατίθεται συλλογικός βιβλιογραφικός πίνακας (Πίνακας 2) που αφορά μελέτες στην Προγεννητική Εκπαίδευση.

Διάφορες μελέτες για την Προγεννητική Εκπαίδευση

| Μελέτη | Μέθοδος | Αποτελέσματα |
|----------------------------|---|---|
| Bechelmayer, (1995) | Pre-post quasi-experimental (Dick-Read, Lamaze, Bradley) | Μείωση του άγχους. |
| Hallgren et al., (1995) | Qualitative | Προσέγγιση του τοκετού πριν και μετά τα μαθήματα. Θετική αντίληψη για την προγεννητική εκπαίδευση. Όχι ικανοποίηση όλων των γυναικών. Ο φόβος αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την αποκόμιση νέων πληροφοριών. |
| Handfield and Bell, (1995) | Descriptive | Επίδραση στη λήψη αποφάσεων (ανακούφιση πόνου, θηλασμός, διάρκεια της παραμονής κα). |
| Hart, (1995) | Descriptive (Hospital-based programs) | Προσδιορίζονται οι αντιλήψεις των ζευγαριών για τον τοκετό. Χαμηλή αντίληψη εγκύων. |
| Jackson, (1995) | Ex-post-facto Pender's Health Promotion Model (Hospital-based programs) | Ενδυναμώνονται οι συμπεριφορές προαγωγής υγείας. Στατιστική σημαντική διαφορά σε πεποιθήσεις, αντιλήψεις. Υπευθυνότητα και πληροφόρηση σε γυναίκες πριν και μετά την παρακολούθηση. Όχι στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με το νεογνικό βάρος. |
| Beger and Beaman, (1996) | Descriptive (Hospital-based programs) | Οι εκπαιδευτικές ανάγκες των γονέων έγκειται στη πληροφόρηση (εγκυμοσύνη, έμβρυο, διατροφή, νεογνική φροντίδα). Προτίμηση στις διαλέξεις. Υπογραμμίζεται η διαφορετική οπτική γονέων-εκπαιδευτών σχετικά με το περιεχόμενο/μέθοδο των μαθημάτων. |
| Jonston-Robledo, (1998) | Descriptive (Community-based programs) | Έγκυες χαμηλού εισοδήματος δεν παρακολουθούν μαθήματα. Η προετοιμασία δεν σχετίζεται με αποτελέσματα. |
| Sims-Jones et al., (1998) | Descriptive (Community-based programs) | Οι μελλοντικοί γονείς παρουσιάζουν ενδιαφέρον για όλα τα θέματα, ενώ στο 75% των γυναικών ενισχύεται η αυτοπεποίθηση. Μικρή στατιστική διαφορά σε συμπεριφορές. Σημαντική στατιστική διαφορά ως προς την αντίληψη των μαθημάτων μεταξύ των γυναικών και των συντρόφων τους. |
| Stamler, (1998) | Qualitative (Community-based programs) | Καλή προετοιμασία και ενημέρωση για τον φυσιολογικό τοκετό με συμμετοχή του συζύγου/συντρόφου. Μη καλή προετοιμασία για απρόσμενες καταστάσεις. |
| Smedley, (1999) | Descriptive | Ανάγκη για περισσότερες γνώσεις/συμβουλευτική. Οι γυναίκες βιώνουν θετική εμπειρία στον τοκετό και νιώθουν προετοιμασμένες για τη περίοδο της λοχείας. |
| Spiby et al., (1999) | Exploratory/Convenience (Hospital-based programs) | Εφαρμογή τεχνικών αναπνοών/μεθόδων ανακούφισης του πόνου (αυτοελέγχου). Το 46% δηλώνει μη αποτελεσματική πρακτική στα μαθήματα. |
| Thassri et al., (2000) | Qualitative Action Research (Hospital-based programs) | Η προγεννητική εκπαίδευση εμποδίζει πιθανές επιπλοκές. Σημαντική αλλαγή σε: <ul style="list-style-type: none"> • Συμπεριφορές προ τοκετού. • Μέτρια ως υψηλή ικανοποίηση σε προετοιμασία για εγκυμοσύνη, θηλασμό, διατροφή και τοκετό. • Χαμηλή ικανοποίηση σχετικά με θέματα μετά τον τοκετό. |
| Nelson, (2003) | A meta-synthesis of qualitative studies | Μη καλή προετοιμασία γυναικών στη μητρότητα. Ύπαρξη συναισθημάτων καταπίεσης. |

Πίνακας 2: Table 1. Overview of Childbirth Education Evaluation Studies (πηγή: Koehn, 2002. Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature, σελ.12-13).

Εν κατακλείδι, βάση των παραπάνω, διαπιστώνεται ότι απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση σε διάφορες πτυχές των μαθημάτων κατά την προγεννητική περίοδο και σε αυτό στοχεύει η παρούσα διπλωματική εργασία.

7.9.1 Συστάσεις για τα Προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης

Έπειτα από συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών (2007-2017) του University of Technology στο Sydney προτάθηκαν συστάσεις, αναφορικά με την Προγεννητική Εκπαίδευση και τις δράσεις αυτής (Smith and Homer, 2017, σελ.1-5). Πιο συγκεκριμένα συστήνεται:

- **Η ένταξή τους στα Προγράμματα Εκπαίδευσης Ενηλίκων χρησιμοποιώντας την οργάνωση, αρχές, φιλοσοφία και τις μεθόδους εκπαίδευσης ενηλίκων.** Όταν απευθύνονται σε ανήλικες, διαφοροποιείται, μόνο σε κάποιες πτυχές, το περιεχόμενο των μαθημάτων ενώ οι εκπαιδευτές συμπεριφέρονται ανάλογα.
- Να απαρτίζονται από διδάσκοντες καλά εκπαιδευμένους και έμπειρους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι συντονισμένοι σε οργανωμένη ομάδα δράσης και δύνανται να προετοιμάσουν τους εκπαιδευόμενους για απροσδόκητες καταστάσεις (παρεμβάσεις, επιπλοκές στην κύηση κα).
- Να παρέχονται σε μικρές ομάδες ατόμων, ενισχύοντας την εισφορά και ομαδική αλληλεπίδραση (επαρκής χρόνος συζήτησης).
- Να αξιολογούνται τακτικώς, λεπτομερώς και με ακρίβεια, βασισμένα στα πρότυπα διεθνών οδηγιών (guidelines).
- Κατά το σχεδιασμό ή επανέλεγχο υφιστάμενων προγραμμάτων, να αξιολογούνται οι απαιτήσεις της κοινότητας και ο βαθμός ικανοποίησης των εκπαιδευόμενων.
- Η αναγνώριση της ποικιλομορφίας της κοινότητας/ομάδας πληθυσμού που απευθύνονται, ο σεβασμός της πολιτισμικής ιδιαιτερότητας των μελών και η προσαρμογή του περιεχομένου και υλικού των μαθημάτων.
- Η λήψη κατάλληλων μέτρων για την διεκπεραίωση των προγραμμάτων σε ομάδες πληθυσμού απομακρυσμένων περιοχών, ακόμα και αν αυτά παρέχονται εκτός Μονάδων Υγείας (πχ Αβοριγίνες, Νήσοι Torres Strait Islander).
- Να υποστηρίζουν τον απαιτούμενο αριθμό συνεδριών, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες των ομάδων πληθυσμού ενώ η ευελιξία του προγράμματος και οι τρόποι μετακίνησης των συμμετεχόντων αποτελεί σημαντικό κριτήριο ευόδωσης.
- Η υιοθέτηση στρατηγικών και οργανωμένων σχεδίων δράσης για την υλοποίηση των προγραμμάτων (τεχνικές, μέθοδοι εκπαίδευσης).
- Η παροχή πληροφοριών για την περίοδο προ, κατά και μετά τοκετού, ενδυναμώνοντας τους συμμετέχοντες. Ιδιαιτερότητα πρέπει να δοθεί, στη συναισθηματική μετάβαση στην πατρότητα και περιγεννητική ψυχική υγεία.

- Η παροχή των μαθημάτων στη περίοδο προ-εγκυμοσύνης ή πρόωρης κύησης για την προετοιμασία πρόωρης γονεϊκότητας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η πλειοψηφία των ερευνητών υποστηρίζουν την υιοθέτηση μιας συμμετοχικής και όχι καθαρά διδακτικής προσέγγισης για την προαγωγή των προγραμμάτων. Αναφορικά με τη δομή και λειτουργία των μαθημάτων εξαρτάται από τους εκπαιδευόμενους (αριθμός, ιδιαιτερότητες, ανάγκες) και τη Μονάδα Υγείας που διεκπεραιώνονται τα μαθήματα (Κέντρο Υγείας, Νοσοκομείο, επαρχία κα). Γενικότερα, συστήνεται ο σχεδιασμός των προγραμμάτων ή επανασχεδιασμός αυτών, προκειμένου να οργανωθούν διαδραστικά, ευέλικτα, ποιοτικά και προσβάσιμα προγράμματα επικεντρωμένα στην έγκυο γυναίκα που επιθυμεί τη γνώση (Queensland Health, 2018, σελ.2-7; Smith and Homer, 2017, σελ.15-18).

Σχετικά με τον χώρο διεξαγωγής των μαθημάτων στις Μονάδες Υγείας, τα τμήματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης οργανώνονται άλλοτε εντός των χώρων των κλινικών ή σε εξωτερικές εγκαταστάσεις για γυναίκες προ ή μετά τοκετού. Σε όλες τις περιπτώσεις είναι αναγκαίο η εκπαιδευτική αίθουσα να είναι προσβάσιμη, φωτεινή, κατασκευασμένη από υλικά εύκολα για καθαρισμό, να ανταποκρίνεται στις δομικές ανάγκες υγιεινής, να διαθέτει μέσα επικοινωνίας με τα υπόλοιπα τμήματα και όλες τις προδιαγραφές ασφάλειας, θέρμανση, τον κατάλληλο εξοπλισμό ενώ αναφορικά με το περιβάλλον της εκπαιδευτικής αίθουσας θα πρέπει να είναι κατάλληλο και φιλικό στις έγκυες (μη νοσοκομειακό). Ακόμη είναι σημαντική η πλήρης οπτική επαφή των εκπαιδευτών με τους εκπαιδευόμενους ενώ η ύπαρξη ενός μικρότερου χώρου (γραφείο) θα αποβεί χρήσιμη για ιδιωτικές συζητήσεις και φύλαξη του εξοπλισμού (International Health Facility Guidelines, 2017, σελ.7,13-17). Γενικότερα θα πρέπει **οι αίθουσες των Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων Προγεννητικής Αγωγής να προσαρμόζονται στις ανάγκες και τον αριθμό των εκπαιδευομένων, για τους οποίους έχουν οργανωθεί.**

7.10 Προγράμματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα λειτουργούν ιδιωτικές και δημόσιες δομές υγείας, οι οποίες προωθούν την Προγεννητική Εκπαίδευση. Σύμφωνα με το Ν. 4486/2017 (άρθρο 12), το Υπουργείο Υγείας, στα πλαίσια της αναβάθμισης της μαιευτικής φροντίδας, συγκροτεί ένα δίκτυο Μαιών-Μαιευτών, σκοπεύοντας την παροχή ενημέρωσης και συμβουλευτικής (κύηση, λοχεία), την πρόληψη και προαγωγή υγείας και την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και Οικογενειακού Προγραμματισμού (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών Προγεννητικής Εκπαίδευσης εγκύων γυναικών έγκειται σε δημόσια νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας. Στα Κέντρα Υγείας τα μαθήματα οργανώνονται και διεκπεραιώνονται, μέσω του τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού που παρέχουν (πχ Κέντρο Υγείας Λάρισας)¹² ενώ στα νοσοκομεία της χώρας λειτουργούν πιο οργανωμένες δομές. Στο ΓΝ Τρικάλων (2018) παρέχονται δωρεάν μαθήματα προετοιμασίας σε κύκλους 7 μαθημάτων. Το πρώτο μάθημα επιτελείται την 15^η της κύησης, ενώ τα υπόλοιπα έξι μετά την 28^η-30^ηw. Τα μαθήματα πραγματοποιούνται 1 φορά την εβδομάδα.¹³

Στο ΓΝ Έλενα Βενιζέλου λειτουργεί Τμήμα Προετοιμασίας Εγκύων/Ζευγαριών για την κύηση, τη λοχεία, τον τοκετό και αποτείνεται σε έγκυες και στους συζύγους/συντρόφους αυτών, ανεξάρτητα με την επιλογή τους για τον τόπο γέννησης του παιδιού τους. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει 5 συναντήσεις. Οι 4 πρώτες αφορούν τη προετοιμασία για την περίοδο της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας ενώ η τελευταία την περίοδο μετά τον τοκετό. Οι συναντήσεις πραγματοποιούνται σε ομάδες, είναι προγραμματισμένες μετά από συνεννόηση και δωρεάν. Είναι σημαντικό ότι σκοπός του τμήματος είναι, όχι μόνο η ενημέρωση, ενίσχυση και προετοιμασία της μελλοντικής μητέρας, αλλά και η υποστήριξη και ανάπτυξη του γονεϊκού ρόλου του συζύγου/συντρόφου.¹⁴

Ακόμη, στο ΓΝ Ιεράπετρας, προσφέρονται δωρεάν μαθήματα προγεννητικής αγωγής και το αξιόλογο είναι η λειτουργία τηλεφωνικής υποστήριξης σε θέματα σχετικά με το θηλασμό, ενώ όπου απαιτείται, πραγματοποιούνται κατ'οίκον επισκέψεις.¹⁵

Επίσης, στο Κέντρο Υγείας Ρόδου, λειτουργεί (2019) Τμήμα Προετοιμασίας Νέων Γονέων σε έναν αξιόλογο χώρο, φιλικό στη μητρότητα και με επαρκή υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Τα μαθήματα ξεκινούν μετά από τηλεφωνική συνεννόηση περίπου στον 6^ο μήνα της κύησης, αποτελούνται από 5 συνεδρίες, διάρκειας 2 ωρών η καθεμιά και είναι δωρεάν. Πραγματοποιούνται 2 φορές την εβδομάδα σε μικρά γκρουπ των 3-4 ατόμων.¹⁶

Επιπρόσθετα, στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο λειτουργεί (2007) με την υποστήριξη του Διοικητή, της Διευθύνουσας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, της Τομεάρχισσας και των Διευθυντών της Β' και Γ' Μαιευτικής-

¹²Περισσότερες πληροφορίες σε: www.dypethessaly.gr/primarycare/ky-larissas

¹³Περισσότερες πληροφορίες σε: www.trikalahospital.gr

¹⁴Περισσότερες πληροφορίες σε: www.hospital-elena.gr/medical-services/eidikes-ypiresies/proetoimasia-goneikotitas-psyxoprofylaktiki

¹⁵Περισσότερες πληροφορίες σε: <https://radiolasithi.gr/mathimata-proetoimasias-gia-egkyoys-kai-manoyles-stin-maieytiki-toy-nosokomeioy-ierapetras/>

¹⁶Περισσότερες πληροφορίες σε: <https://www.rodiaki.gr/article/421175/tmhma-proetoimasias-gia-neoys-goneiston-efka-rodoy>

Γυναικολογικής Κλινικής, Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής και Προετοιμασίας Νέων Γονέων, όπου και αποτελεί τον φορέα έρευνας της παρούσας διπλωματικής εργασίας.¹⁷

7.10.1 Λίγα λόγια για τον φορέα που διεξάγεται η έρευνα

Το ΓΝΘ Ιπποκράτειο αποτελεί σήμερα μία από τις μεγαλύτερες Μονάδες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών της Ελλάδας και των Βαλκανίων. Το 1983 η ενοποίηση 2 νοσοκομείων, του τέως «Ιπποκρατείου» με 233 δύναμη κλινών και του τέως «Αγία Σοφία» με 390 δύναμη κλινών, επέφερε τη δημιουργία ενός μεγάλου νοσοκομείου που απαρτίζεται με 910 κλίνες από το 1985 και έπειτα. Αποτελείται από 5 μεμονωμένα κτήρια (Α,Β,Γ,Δ και Ε) σε συνάρτηση με μικρές βοηθητικές εγκαταστάσεις και εντάσσεται στο ΕΣΥ υπό την εποπτεία της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας-Θράκης. Επίσης, παρέχει Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη σε όλα τα άτομα που χρήζουν ανάγκης, ισότιμα και αδιακρίτως.

Η οργανωτική δομή του νοσοκομείου έγκειται στα διοικητικά όργανα, τα οποία απαρτίζονται από 1) το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης, το οποίο λειτουργεί με βάση τις διατάξεις του Ν.3984/2011 (άρθρο 66 παρ. 2,11) τον Διοικητή του νοσοκομείου και 3) τον Αναπληρωτή Διοικητή.

Στο νοσοκομείο υπάρχουν υπηρεσίες, οι οποίες απαρτίζουν τις Διευθύνσεις και κατηγοριοποιούνται σε επιμέρους Υποδιευθύνσεις και Τμήματα. Συγκεκριμένα υφίστανται:

- Η Ιατρική Υπηρεσία.
- Η Νοσηλευτική Υπηρεσία.
- Η Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία.
- Η Τεχνική Υπηρεσία.

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 3485Β (31/12/2012), άρθρο 5 του Οργανισμού του Νοσοκομείου στα Τμήματα του Νοσοκομείου περιλαμβάνονται το Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης¹⁸, το οποίο έχει δική του σύσταση και ιεραρχική δομή και κατατάσσεται στον Διοικητή του Νοσοκομείου και το Αυτοτελές Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο αποτελεί οργανική μονάδα και λογοδοτεί στον Αναπληρωτή Διοικητή.¹⁹ Το Τμήμα Προετοιμασίας Νέων Γονέων, υπάγεται στη Νοσηλευτική Υπηρεσία.

¹⁷Περισσότερες πληροφορίες σε: www.ippokratio.gr

¹⁸Περισσότερες πληροφορίες σε: www.ippokratio.gr

¹⁹Περισσότερες πληροφορίες σε: http://www.ippokratio.gr/?page_id=33298).

7.10.2 Το Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής και Προετοιμασίας Νέων Γονέων στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Το ΓΝΘ Ιπποκράτειο και η διοίκηση του νοσοκομείου, στα πλαίσια παροχής ποιοτικής φροντίδας, διασφάλισης ολικής ποιότητας, πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας δημιούργησε το 2007 το τμήμα Προγεννητικής Αγωγής και Προετοιμασίας Νέων Γονέων. Το τμήμα αυτό λειτουργεί αδιαλείπτως μέχρι σήμερα ακόμα και σε ημέρες απεργιών, προσφέροντας δωρεάν μαθήματα Προγεννητικής Εκπαίδευσης. Διακόπτεται η λειτουργία του μόνο σε ακραίες καιρικές συνθήκες.

Στο τμήμα Προγεννητικής Αγωγής προσέρχονται ετησίως περίπου 400 έγκυες γυναίκες, πρωτότοκες και πολυτόκες. Η μεγάλη προσέλευση των εγκύων για παρακολούθηση του προγράμματος δεν περιορίζεται στη Θεσσαλονίκη αλλά διευρύνεται στη Β. Ελλάδα, Δ. Ελλάδα και τα γύρω νησιά. Επίσης, πολλές έγκυες γυναίκες έχοντας ήδη ενημερωθεί από παρόμοια προγράμματα στον ιδιωτικό τομέα, εκφράζουν την επιθυμία για παρακολούθηση του προγράμματος στο Ιπποκράτειο, κάνοντας συγκρίσεις.

Το τμήμα στεγάζεται στο Κέντρο Αναπτυξιολογικής Παιδιατρικής «ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΦΩΚΑΣ», το οποίο είναι απομακρυσμένο από τις κλινικές και τα εργαστήρια και υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών σε πρωινό ωράριο, αναφορικά με την παρακολούθηση παιδιών με δυσκολίες προσαρμογής, ανάπτυξης, λόγου κα. Πρόκειται για ένα διώροφο, βοηθητικό κτήριο με όλες τις προδιαγραφές ασφάλειας, σε ένα περιβάλλον μη νοσοκομειακό, φιλικό προς τους πολίτες και κατάλληλο για την Προγεννητική Εκπαίδευση νέων ζευγαριών. Η αίσθηση ασφάλειας, η άμεση πρόσβαση σε φροντίδα και περίθαλψη κατά τη διάρκεια των μαθημάτων, καταστέλλει τις ανασφάλειες και το άγχος των επιτόκων. Η αίθουσα όπου διεκπεραιώνονται τα μαθήματα, εκτός από τις προγραμματισμένες μέρες και ώρες για την διεξαγωγή του προγράμματος Προγεννητικής Αγωγής, χρησιμοποιείται για τη διδασκαλία μαθημάτων που αφορούν το αντικείμενο της παιδιατρικής σε φοιτητές Ιατρικής, από καθηγητές-Ιατρούς του Κέντρου.

Το Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο αποτελείται από έναν κύκλο 8 μαθημάτων, τα οποία διεκπεραιώνονται απογευματινές ώρες σε 2 γκρουπ (15:30-18:30 και 18:45-21:45), 2-3 φορές την εβδομάδα. Η διάρκεια του κάθε μαθήματος αναλογεί σε 3-4 ώρες περίπου, παρουσιάζοντας ευελιξία στο χρονικό πλαίσιο, ανάλογα με τις ανάγκες των εγκύων.

Η συμμετοχή των μαθημάτων προϋποθέτει τη συμπλήρωση ηλεκτρονικής φόρμας στην ιστοσελίδα του νοσοκομείου με τα στοιχεία που απαιτούνται, από την 20^η κήσης και

έπειτα. Με την αποστολή των ηλεκτρονικών μηνυμάτων στην ιστοσελίδα του Ιπποκρατείου, διεκπεραιώνεται η προώθηση αυτών από τη γραμματεία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε μια μαία-εκπαιδύτρια, η οποία ομαδοποιώντας τις γυναίκες, ανάλογα με τις ΠΗΤ (Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού) τις ειδοποιεί τηλεφωνικά περίπου στην 24^η για την προσέλευσή τους στο τμήμα.

Το πρόγραμμα που ακολουθεί το τμήμα προσφέρει πληροφόρηση σε θέματα σχετικά με την εγκυμοσύνη, τον φυσιολογικό τοκετό, τη λοχεία και το θηλασμό. Στον χώρο των συναντήσεων πραγματοποιείται και η προετοιμασία της εγκύου που συμπεριλαμβάνει ειδικά προσαρμοσμένες σωματικές ασκήσεις στη διάρκεια της κύησης. Πιο αναλυτικά το πρόγραμμα προσφέρει:

- Πληροφόρηση σχετικά με τις φυσιολογικές μεταβολές του οργανισμού της γυναίκας κατά την κύηση και εμβρυική ανάπτυξη.
- Συμβουλευτική για την υγιεινή, άσκηση, σωματική φροντίδα, διατροφή και εργασία της εγκύου.
- Επίδειξη και εκμάθηση σωματικών ασκήσεων σε κατάλληλα στρώματα άθλησης και εξάσκηση σε τεχνικές αναπνοής. Επίσης, εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης.
- Πληροφόρηση σχετικά με τα στάδια του φυσιολογικού τοκετού και την εξέλιξή του.
- Συμβουλευτική για τεχνικές/μεθόδους ανακούφισης του «πόνου» κατά τη διάρκεια του τοκετού.
- Επίδειξη του τοκετού σε διαφάνειες συμπληρωματικά με τη χρήση προπλάσματος.
- Ενημέρωση για την περίοδο της λοχείας και της νεογνικής φροντίδας.
- Συμβουλευτική για τον μητρικό θηλασμό και εκπαίδευση για την διαχείριση προβλημάτων.
- Δυνατότητα επίσκεψης στους χώρους πραγμάτωσης των τοκετών (Αίθουσες Τοκετών) για τις επίτοκες που εκφράζουν την επιθυμία, όταν είναι εφικτό.

Η παροχή γνώσεων πραγματοποιείται με τη χρήση διαλέξεων και οπτικοακουστικών μέσων. Ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται στα μαθήματα είναι ένας ηλεκτρονικός υπολογιστής, ένα σύστημα προβολής παρουσιάσεων (projector), στρώματα και μαξιλάρια για τις ασκήσεις και τη χαλάρωση και ένα πρόπλασμα νεογνού για τα μαθήματα του τοκετού, της λοχείας και του θηλασμού. Ακόμη το τμήμα είναι υπεύθυνο για τη διανομή έντυπου υλικού και αφορά τη μέγιστη κατανόηση και εμπέδωση των σωματικών ασκήσεων μετά από επίδειξή τους.

Εξειδικευμένες, άρτια καταρτισμένες και έμπειρες μαιές, αποτελώντας προσωπικό του νοσοκομείου, οι οποίες εργάζονται σε διαφορετικές θέσεις και τμήματα, απαρτίζουν την ομάδα συγκρότησης του τμήματος παρέχοντας πληροφόρηση από σύγχρονες, έγκριτες πηγές και επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες, έχοντας παράλληλα εκπαιδευθεί στις τεχνικές διδασκαλίας ενηλίκων. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους πραγματοποιείται μία φορά το χρόνο σε ανάλογα εκπαιδευτικά σεμινάρια. Για πρώτη φορά στα πλαίσια Νοσηλευτικού Συνεδρίου (Δεκέμβριος 2019), πραγματοποιήθηκε κλινικό φροντιστήριο, κατά το οποίο μαιές εκπαιδεύτηκαν από μαιές, προκειμένου να αναπτύξουν δεξιότητες στην εκπαίδευση εγκύων και ικανότητες προαγωγής οργανωμένων παρόμοιων προγραμμάτων στις Μονάδες Υγείας, όπου εργάζονται.

Λαμβάνοντας υπόψη των τηλεφωνικών αναφορών και ευχαριστήριων επιστολών των εγκύων, γίνεται αντιληπτό ότι τα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής και η συμβουλευτική που παρέχουν, συμβάλλουν στην επίλυση απλών προβλημάτων, κάλυψη μη ουσιαστικών αποριών και αποφυγή προσέλευσης αυτών στα επείγοντα μαιευτικά ή σε ιδιώτη ιατρό. Συνοπτικά,

- Αποφεύγεται η ταλαιπωρία των επιτόκων.
- Μειώνεται ο χρόνος αναμονής στα επείγοντα (αναγνώριση ψευδών σημείων έναρξης τοκετού).
- Υπάρχει ποιοτική παροχή φροντίδας.
- Μειώνεται ο φόρτος εργασίας του προσωπικού.
- Μειώνονται οι δαπάνες του νοσοκομείου από το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων.
- Ελαττώνεται η απασχόληση των ιατρών για ερωτήσεις απλές και συγκεκριμένες.

Στις περιπτώσεις που διαπιστωθεί ότι η γυναίκα χρήζει ιατρικής οδηγίας ή περίθαλψης, παραπέμπεται στο νοσοκομείο. Οι προτάσεις καλύτερευσης του προγράμματος και της λειτουργικής δομής του χώρου του τμήματος, οι οποίες αναφέρονταν στις ευχαριστήριες επιστολές και οι συζητήσεις της ερευνήτριας/εκπαιδευτριας με τις επίτοκες, αποτέλεσαν το ερέθισμα για την συγγραφή της παρούσας διπλωματικής.

Είναι άξιο προσοχής της εναλλαγής των συναισθημάτων των εγκύων, πριν και μετά την εκπαιδευτική διαδικασία. Η έκφραση ανάγκης για προσωπική συζήτηση, επίλυση αποριών, εξωτερίκευση ανησυχιών αρχικά και η εκδήλωση της αίσθησης πληρότητας και εσωτερικής ηρεμίας, στο τέλος των συναντήσεων είναι άξιο προσοχής.

Επιπρόσθετα, με την εξέλιξη της τεχνολογίας και την διαδικτυακή ενημέρωση από μη έγκριτες επιστημονικές πηγές (βίντεο τοκετών, μαρτυρίες γυναικών) μεγιστοποιείται ο φόβος που βιώνουν οι επίτοκες για το «άγνωστο» στην κύηση, καταλήγοντας στην αίσθηση τρόμου για το προσδοκώμενο γεγονός, καθώς υποβάλλονται σε στρεσογόνες καταστάσεις.

Κρίνοντας από τα παραπάνω, θεωρείται επιτακτική ανάγκη οι μαίες/εκπαιδευτριες, μέσα από τη διεξαγωγή προγραμμάτων, σε έναν οργανωμένο, καλά δομημένο και λειτουργικό χώρο με τα απαραίτητα μέσα, να προστατεύσουν, ενημερώσουν, συμπαρασταθούν, υποστηρίξουν και τέλος να συνδράμουν κατάλληλα για την πραγματοποίηση της ικανοποίησης των προσδοκιών κάθε επιτόκου και μιας θετικής έκβασης τοκετού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A. Μεθοδολογικό πλαίσιο

Ερευνητική στρατηγική και τύπος ερευνητικού σχεδίου

Για την υλοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης επιλέγεται να χρησιμοποιηθεί η ποσοτική ερευνητική στρατηγική. Η συγκεκριμένη στρατηγική παρέχει τη δυνατότητα στην ερευνήτρια για ποσοτικοποίηση των δεδομένων και συνακολούθως των αποτελεσμάτων που προκύπτουν, γεγονός που αποτελεί και το κυριότερο της πλεονέκτημα (Drew et al, 2008). Για τη διενέργεια αντίστοιχων μελετών, απαιτείται η εφαρμογή στατιστικών μεθόδων και μαθηματικών μοντέλων. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω προκύπτει η δυνατότητα της συστηματικής διερεύνησης φαινομένων, ενώ παράλληλα, η συγκεκριμένη ερευνητική στρατηγική επιτρέπει την μελέτη της παρουσίας ή μη σχέσεων ανάμεσα σε στοιχεία και χαρακτηριστικά (Stead, 2001, σελ.42-43). Τα παραπάνω, καθιστούν την εν λόγω ερευνητική στρατηγική ιδιαίτερα δημοφιλή.

Σε ότι αφορά το ερευνητικό σχέδιο βάσει του οποίου θα πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη μελέτη, αυτό συγκαταλέγεται στη σφαίρα της συγχρονικής έρευνας επισκόπησης με τη χρήση ερωτηματολογίου (Bryman, 2016, σελ.30-31). Ο συγκεκριμένος τύπος ερευνητικού σχεδίου, προϋποθέτει τη συμμετοχή υποκειμένων τα οποία επιλέγονται βάσει ενός κοινού χαρακτηριστικού και τις αντίστοιχες μεταβλητές ενδιαφέροντος. Οι συγχρονικές έρευνες επισκόπησης, συνήθως έχουν περιγραφικό χαρακτήρα, και δεν δύνανται να χρησιμοποιηθούν για την αποτύπωση των αιτιών που επηρέασαν την διαμόρφωση των παρατηρηθέντων στάσεων και αντιλήψεων.

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας έγκειται στην ανάδειξη της οργάνωσης, δομής και λειτουργίας του προγράμματος Προγεννητικής Αγωγής σε ένα δημόσιο νοσοκομείο (ΓΝΘ Ιπποκράτειο) και παράλληλα παρουσίασης του τρόπου βελτίωσης των υπηρεσιών του.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία τέθηκαν από την ερευνήτρια αναφέρονται παρακάτω:

- Ποιος ο βαθμός ικανοποίησης των επιτόκων από το περιβάλλον και την οργάνωση του χώρου του Τμήματος Προγεννητικής Αγωγής και σε ποιες αλλαγές θα πρέπει να υπεισέλθει;
- Ποιος ο βαθμός ικανοποίησης των εγκύων από την επικοινωνία τους με το Τμήμα και ποιες οι βέλτιστες λύσεις που δύνανται να δημιουργηθούν;
- Κατά πόσο είναι αποτελεσματικό το Πρόγραμμα, αναφορικά με τη διαδικασία της μάθησης των εγκύων και των πληροφοριών που λαμβάνουν;
- Ποια η συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων με τις έγκυες γυναίκες που προσέρχονται στο Πρόγραμμα και ποια η επίδραση αυτών στην κάλυψη των προσδοκιών και αναγκών τους;
- Ποια είναι τα δυνατά και αδύναμα σημεία του Προγράμματος;
- Ποια προγράμματα θα μπορούσαν να δημιουργηθούν προκειμένου να βοηθηθούν περισσότερες πληθυσμιακές ομάδες εγκύων;

Στόχοι

Οι στόχοι της παρούσας εργασίας επικεντρώνονται στα εξής:

- Η διερεύνηση των παροχών του Προγράμματος και η αποτελεσματικότητά του.
- Η διερεύνηση της ικανοποίησης των εγκύων από την οργάνωση του Τμήματος.
- Η διερεύνηση των τρόπων βελτίωσης της οργάνωσης, δομής και λειτουργίας του Τμήματος.
- Η διερεύνηση των τρόπων βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρει.
- Ο εντοπισμός ομάδων εγκύων γυναικών που αδυνατούν να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα και η ανεύρεση λύσεων.
- Η ενσωμάτωση του Προγράμματος στα οργανωτικά πλάνα και άλλων Μονάδων Υγείας.

Πληθυσμός και δείγμα

Ο πληθυσμός της έρευνας αφορά το σύνολο των εγκύων γυναικών που παρακολούθησαν προγράμματα Προγεννητικής Αγωγής. Η μέθοδος δειγματοληψίας η οποία χρησιμοποιείται, είναι αυτή της δειγματοληψίας ευκολίας ή ευχέρειας, η οποία είναι μη πιθανοτική. Βάσει της συγκεκριμένης μεθόδου, το δείγμα αποτελείται από υποκείμενα, τα οποία είναι πρόθυμα και εύκαιρα συμμετοχής σε αυτή, χωρίς να απαιτείται η κατανομή του υποσυνόλου του πληθυσμού σε κατάλογο. Επομένως, το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 186 γυναίκες οι οποίες παρακολούθησαν το πρόγραμμα ενημέρωσης στο Τμήμα Προγεννητικής

Αγωγής του ΓΝΘ Ιπποκράτειο από τον Μάρτιο έως τον Αύγουστο 2020. Κατά τη διαδικασία σταχυολόγησης των δεδομένων παρατηρήθηκε ότι 6 άτομα δεν είχαν προχωρήσει σε πλήρη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και ως εκ τούτου αποκλείστηκαν από την έρευνα. Κατά συνέπεια το τελικό μέγεθος του δείγματος ανήλθε στις 180 παρατηρήσεις.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Όπως προαναφέρθηκε, για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στις γυναίκες του δείγματος, ήταν αποτέλεσμα ενοποίησης 2 σταθμισμένων ερωτηματολογίων, από το γαλλικό ερωτηματολόγιο PSQ των Monnin and Perneger (Πρέκας, Σαράφης και Μαλλιαρού, 2019, σελ. 96-98) και από το ερωτηματολόγιο Patient Survey Programme (2020) του NHS. Το πλήρες κείμενο του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 8 ενότητες. Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου, αποτελείται από 7 ερωτήσεις αποσαφήνισης των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Το σύνολο των μεταβλητών που προκύπτουν είναι ονομαστικές και αφορούν την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, την εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τον αριθμό παιδιών και το εισοδηματικό επίπεδο των ερωτηθέντων.

Στη δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου συμπεριλαμβάνονται τρεις ερωτήσεις, οι οποίες παρέχουν γενικές πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής, ενώ εν συνεχεία η τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά την ικανοποίηση των γυναικών του δείγματος, από το περιβάλλον του Τμήματος Προγεννητικής Αγωγής. Στην τέταρτη ενότητα του ερωτηματολογίου, αποτυπώνεται ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχουσών στην έρευνα από την επικοινωνία με το Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής του ΓΝΘ Ιπποκράτειο και στην πέμπτη διερευνώνται στοιχεία που αφορούν τη διδασκαλία των μαθημάτων. Στην έκτη ενότητα του ερευνητικού εργαλείου, αξιολογείται το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων από την ίδια τη διαδικασία της μάθησης, ενώ στην έβδομη εκτιμάται ο βαθμός ικανοποίησης των εγκύων από τις ληφθείσες πληροφορίες για την κύηση. Τέλος, η όγδοη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 11 προτάσεις που αφορούν τις αντιλήψεις των εγκύων, σχετικά με την ανάγκη δημιουργίας άλλων προγραμμάτων Προγεννητικής Αγωγής.

Ερευνητική διαδικασία

Μετά τον προσδιορισμό του πληθυσμού της έρευνας και του δείγματος, το ερωτηματολόγιο διαμοιράσθηκε στο δείγμα των ατόμων που συμμετείχαν σε αυτή. Από τα 186

ερωτηματολόγια, τα 40 διαμοιράστηκαν στο τμήμα Προγεννητικής Αγωγής, το οποίο έπρεπε να παύσει να λειτουργεί μέχρι την αποδρομή του ιού COVID-19 ενώ τα υπόλοιπα 146 απαντήθηκαν από γυναίκες, οι οποίες έχοντας παρακολουθήσει τα μαθήματα προετοιμασίας στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο, γέννησαν στην Αίθουσα Τοκετών του νοσοκομείου, τμήμα στο οποίο εργάζεται η ερευνήτρια. Ακολούθησε η συμπλήρωση και συλλογή των δεδομένων, τα οποία με τη σειρά τους καταχωρήθηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS 20.0. Η εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου εξασφαλίστηκε μέσω της διενέργειας πιλοτικής έρευνας. Επίσης, η εσωτερική συνέπεια των δεδομένων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Alpha κατά Cronbach, ο οποίος κρίθηκε ικανοποιητικός καθώς ήταν ίσος με 0,727. Ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, με τη χρήση των αντίστοιχων μεθόδων και η παρουσίαση των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Εγκυρότητα – Αξιοπιστία

Στα πλαίσια, της διαδικασίας σχεδιασμού της έρευνας κατασκευής του ερευνητικού εργαλείου και συλλογής των δεδομένων καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε η συγκεκριμένη μελέτη να καταστεί έγκυρη και αξιόπιστη. Αρχικά, εφαρμόστηκε πιλοτική έρευνα κατά την οποία, το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε σε τυχαίο δείγμα δεκαπέντε εγκύων γυναικών και συμπληρώθηκε από αυτές. Βάσει των παρατηρήσεων τους, έγιναν οι απαιτούμενες αλλαγές στο ερωτηματολόγιο. Επιπρόσθετα, το ερωτηματολόγιο συμπεριέλαβε ειδικό έντυπο συναίνεσης, το οποίο κλήθηκαν να αναγνώσουν και να υπογράψουν όλες οι συμμετέχουσες στην έρευνα. Στο συγκεκριμένο έντυπο αποτυπώθηκαν ο σκοπός της έρευνας, ενώ παράλληλα αποσαφηνίστηκε ρητά, ότι η έρευνα είναι πλήρως ανώνυμη, οι απαντήσεις εμπιστευτικές και ότι τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η υπογραφή του συγκεκριμένου εντύπου ισοδυναμούσε με την εθελοντική συμμετοχή των ατόμων στην έρευνα. Παρόλα αυτά γνωστοποιήθηκε ότι παρέχεται η δυνατότητα απόσυρσης των ερωτηθέντων από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή. Τέλος, στις ερωτηθείσες χορηγήθηκε εισαγωγικό σημείωμα, με τα προσωπικά στοιχεία επικοινωνίας της ερευνήτριας, ώστε οι συμμετέχουσες να έχουν τη δυνατότητα να επικοινωνήσουν μαζί της για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Μεθοδολογικό πλαίσιο ανάλυσης δεδομένων

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας, πραγματοποιείται με τη χρήση μεθόδων τόσο της περιγραφικής όσο και της επαγωγικής στατιστικής. Πιο συγκεκριμένα, για την παράθεση των αποτελεσμάτων που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος,

παρατίθεται πίνακας των αντίστοιχων απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων. Παράλληλα, στα αποτελέσματα που αφορούν τα στοιχεία, οι απαντήσεις των οποίων προσδιορίζονται μέσω 5βάθμιας αύξουσας κλίμακας Likert, χρησιμοποιούνται μέτρα θέσης και διασποράς και πιο συγκεκριμένα ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση. Παράλληλα, διεξάγονται έλεγχοι στατιστικών υποθέσεων με τη χρήση παραμετρικών εργαλείων και πιο συγκεκριμένα του συντελεστή συσχέτισης r του Pearson, του ελέγχου t για ανεξάρτητα δείγματα και της Ανάλυσης Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης, με μέγιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha=0,05$.

Περιορισμοί της έρευνας

Οι περιορισμοί στην παρούσα διπλωματική εργασία έγκειται στο γεγονός ότι η έρευνα απευθύνθηκε αποκλειστικά και μόνο, σε έγκυες που παρακολούθησαν το πρόγραμμα στο Κέντρο Προγεννητικής Αγωγής και Προετοιμασίας Νέων Γονέων του ΓΝΘ Ιπποκράτειο, προκειμένου να πραγματοποιηθεί ο διαμοιρασμός των ερωτηματολογίων, η συλλογή των δεδομένων και η εξαγωγή των συμπερασμάτων. Η βιβλιογραφία αναφέρει έρευνες που μελετούν τη μετάβαση νέων ζευγαριών στη γονεϊκότητα ή έρευνες στις οποίες αναλύονται συγκεκριμένα, οι στάσεις και οι απόψεις των μελλοντικών συζύγων/συντρόφων. Η παρούσα έρευνα απευθύνεται **μόνο** σε έγκυες γυναίκες, οι οποίες παρακολούθησαν το **συγκεκριμένο** Πρόγραμμα. Εν συνεχεία, η παρούσα έρευνα περιορίζεται στο Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο, το μεγαλύτερο δημόσιο νοσοκομείο στη Β. Ελλάδα για μαιευτικά/γυναικολογικά περιστατικά και όχι σε άλλα ιδιωτικά ή δημόσια στη Θεσσαλονίκη. Ακόμη, θεωρητικά και πρακτικά το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας, θα μπορούσε να είναι μεγαλύτερο, αν δεν παρουσιάζονταν ανάγκη διακοπής της λειτουργίας του Τμήματος Προγεννητικής Αγωγής, λόγω της έξαρσης του ιού COVID-19. Τέλος, μετά από βιβλιογραφική έρευνα, διαπιστώθηκε η μη ύπαρξη στοιχείων αναφορικά με τη συσχέτιση της Προγεννητικής Εκπαίδευσης και της οργάνωσης και διοίκησης των προγραμμάτων αυτής.

Β. Στατιστικά Αποτελέσματα

Ξεκινώντας την παράθεση των αποτελεσμάτων της μελέτης και εστιάζοντας αρχικά στα **δημογραφικά χαρακτηριστικά** του δείγματος (Πίνακας 3), προκύπτει μεγάλο εύρος ηλικιών που συμμετείχαν στην έρευνα, με κυρίαρχη την ομάδα 32-38 ετών.²⁰ Στην πλειονότητά τους,

²⁰(11,7% <18έτη, 12,2% 18-24έτη, 20,6% 25-31έτη, 30,6% 32-38έτη, 23,3% 39-45έτη, 1,7% > 46έτη)

οι έγκυες γυναίκες που παρακολούθησαν το πρόγραμμα και υπήρξαν το δείγμα της μελέτης, ήταν άτοκες (66,7%), έγγαμες (76,1%), ηλικίας 32-38 ετών (30,6%), Ελληνικής εθνικότητας (66,7%), χαμηλού εισοδήματος (56,7%), απόφοιτες Λυκείου (41,1%) και διαμένουν εντός Θεσσαλονίκης (53,9%).

Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία

| | | N | % |
|------------------------|---------------|-----|-------|
| Ηλικία | <18 | 21 | 11,7% |
| | 18-24 | 22 | 12,2% |
| | 25-31 | 37 | 20,6% |
| | 32-38 | 55 | 30,6% |
| | 39-45 | 42 | 23,3% |
| | 46-52 | 3 | 1,7% |
| | 53+ | 0 | 0,0% |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμη | 43 | 23,9% |
| | Έγγαμη | 137 | 76,1% |
| Τόπος μόνιμης διαμονής | Θεσσαλονίκη | 97 | 53,9% |
| | Σε άλλη πόλη | 60 | 33,3% |
| | Στο εξωτερικό | 23 | 12,8% |
| Εθνικότητα | Ελληνική | 120 | 66,7% |
| | Άλλο | 60 | 33,3% |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | Δημοτικού | 3 | 1,7% |
| | Γυμνασίου | 12 | 6,7% |
| | Λυκείου | 74 | 41,1% |
| | ΤΕΙ | 30 | 16,7% |
| | ΑΕΙ | 31 | 17,2% |
| | Μεταπτυχιακού | 30 | 16,7% |
| Αριθμός παιδιών | 0 | 120 | 66,7% |
| | 1 | 48 | 26,7% |
| | 2 | 9 | 5,0% |
| | 3 | 3 | 1,7% |
| | 4 | 0 | 0,0% |
| | 5 | 0 | 0,0% |
| | >5 | 0 | 0,0% |
| Εισόδημα | <9.000€ | 102 | 56,7% |
| | 9.000-20.000€ | 39 | 21,7% |
| | >20.000€ | 39 | 21,7% |

Αναλύοντας την παράθεση των αποτελεσμάτων που αφορούν **πληροφορίες σχετικά με το Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής** (Πίνακας 4), αρχικά προκύπτει ότι το μεγαλύτερο

ποσοστό των ερωτηθέντων (31,7%) ενημερώθηκαν για το Πρόγραμμα από το διαδίκτυο, ενώ ο λόγος παρακολούθησης του Προγράμματος υπήρξε για το 55,6% των συμμετεχουσών στην έρευνα, η λήψη πληροφόρησης για την Προγεννητική Αγωγή που δεν είχε πριν. Επιπλέον, διακρίνεται ότι το 53,9% των ερωτηθέντων παρακολούθησε το συγκεκριμένο Πρόγραμμα λόγω ενημέρωσης που είχε για την υψηλή ποιότητα του.

Πίνακας 4: Πληροφορίες σχετικά με το Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής

| | | N | % |
|--|---|-----|-------|
| Πως ενημερωθήκατε για το Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής στο συγκριμένο δημόσιο νοσοκομείο; | Από συγγενή | 41 | 22,8% |
| | Από φίλο/η | 45 | 25,0% |
| | Από το διαδίκτυο | 57 | 31,7% |
| | Από τον/την μαιευτήρα μου | 37 | 20,6% |
| | Άλλο | 0 | 0,0% |
| Ποιος είναι ο λόγος που παρακολουθείτε τα μαθήματα; | Πληροφόρηση για την Προγεννητική Αγωγή που δεν είχα πριν | 100 | 55,6% |
| | Επικαιροποίηση πληροφοριών για την προγεννητική Αγωγή | 80 | 44,4% |
| Ποιος είναι ο λόγος που παρακολουθείτε το συγκεκριμένο πρόγραμμα; | Λόγω της ενημέρωσης μου για την ποιότητα του προγράμματος | 97 | 53,9% |
| | Ήθελα να παρακολουθήσω και αυτό το Πρόγραμμα | 83 | 46,1% |

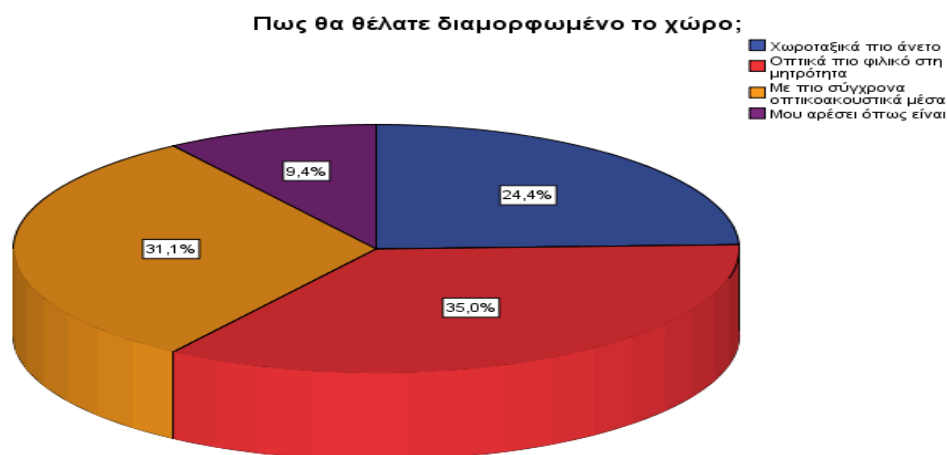
Σχετικά με την ικανοποίηση των συμμετεχουσών (Πίνακας 5) στην έρευνα από την οργάνωση του Προγράμματος Προγεννητικής Αγωγής **σε όρους περιβάλλοντος**, προκύπτει ότι αυτή είναι **ανώτερη του μετρίου** με τη μέση βαθμολογία της αντίστοιχης διάστασης να είναι ίση με 3,24 (T.A.=0,79). Πιο συγκεκριμένα, προκύπτει αυξημένος βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχουσών από την ευκολία πρόσβασης στο κτίριο όπου διεκπεραιώνονται τα μαθήματα, με τον βαθμό ικανοποίησης από την ευκολία προσανατολισμού του κτηρίου εντός του χώρου του νοσοκομείου, το μέγεθος της αίθουσας και την καθαριότητα του χώρου, να είναι χαμηλότερος. Παράλληλα, η ικανοποίηση των επιτόκων από τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό φαίνεται να είναι χαμηλή, αφού τα υλικοτεχνικά μέσα που χρησιμοποιούνται κρίνονται σχετικά ελλιπή (M.O 2,88) ενώ εκφράζεται η επιθυμία διεξαγωγής των μαθημάτων σε μικρότερες ομάδες ατόμων.

Πίνακας 5: Βαθμός ικανοποίησης από το περιβάλλον του χώρου του προγράμματος

| | M.O. | T.A. |
|---|-------------|-------------|
| Ευκολία πρόσβασης στο κτίριο όπου γίνονται τα μαθήματα | 3,44 | 1,31 |
| Ευκολία προσανατολισμού του κτιρίου μέσα στο νοσοκομείο | 3,19 | 1,31 |
| Είστε ικανοποιημένη από το μέγεθος της αίθουσας; | 3,14 | 1,23 |
| Θα θέλατε τα μαθήματα να διεξάγονταν σε μικρότερες ομάδες ατόμων (groups); | 3,54 | 1,25 |
| Είστε ικανοποιημένη από τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό (στρώματα, προπλάσματα, οπτικοακουστικά μέσα); | 2,88 | 1,44 |
| Είστε ικανοποιημένη από την καθαριότητα του χώρου; | 3,25 | 1,15 |
| Περιβάλλον | 3,24 | 0,79 |

Εν συνεχεία και αναφορικά με τα στοιχεία βελτιώσεων του χώρου του Προγράμματος (Γράφημα 1) προκύπτει ότι το 35,0% των ερωτηθέντων θα προτιμούσε να είναι οπτικά περισσότερο φιλικός στη μητρότητα.

Γράφημα 1: Στοιχεία βελτιώσεων του χώρου του προγράμματος



Ακολούθως, (Πίνακας 6) το 32,2% των γυναικών του δείγματος, συνοδευόταν στα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής από το σύζυγο/σύντροφο τους ενώ μεγάλο ποσοστό αυτών (41,1%) δεν συνοδευόταν, με το 74,0% των συνοδευόμενων γυναικών να απαντούν ότι ο συνοδός τους, τις περίμενε να τελειώσουν το μάθημα. Επιπλέον το 44,4% των εγκύων, οι

οποίες συνοδεύονταν και ο συνοδός τους δεν περίμενε έως ότου τελειώσουν το μάθημα, απαντούν ότι αυτό θα συνέβαινε, εφόσον υπήρχε ειδικά διαμορφωμένος χώρος αναμονής.

Πίνακας 6: Στοιχεία συνοδείας στο μάθημα Προγεννητικής Αγωγής

| | | N | % |
|--|---------------------------|----|-------|
| Ποιος σας συνόδευσε στα μαθήματα; | Ο σύζυγος/σύντροφος | 58 | 32,2% |
| | Φίλη/ος | 28 | 15,6% |
| | Άλλο οικογενειακό πρόσωπο | 20 | 11,1% |
| | Κανένας | 74 | 41,1% |
| Αν σας συνόδευσε κάποιος, σας περίμενε να τελειώσετε το μάθημα σας; | Ναι | 77 | 74,0% |
| | Όχι | 27 | 26,0% |
| Θα σας περίμενε αν υπήρχε ειδικά διαμορφωμένος χώρος αναμονής προγεννητικού ελέγχου; | Ναι | 12 | 44,4% |
| | Όχι | 15 | 55,6% |

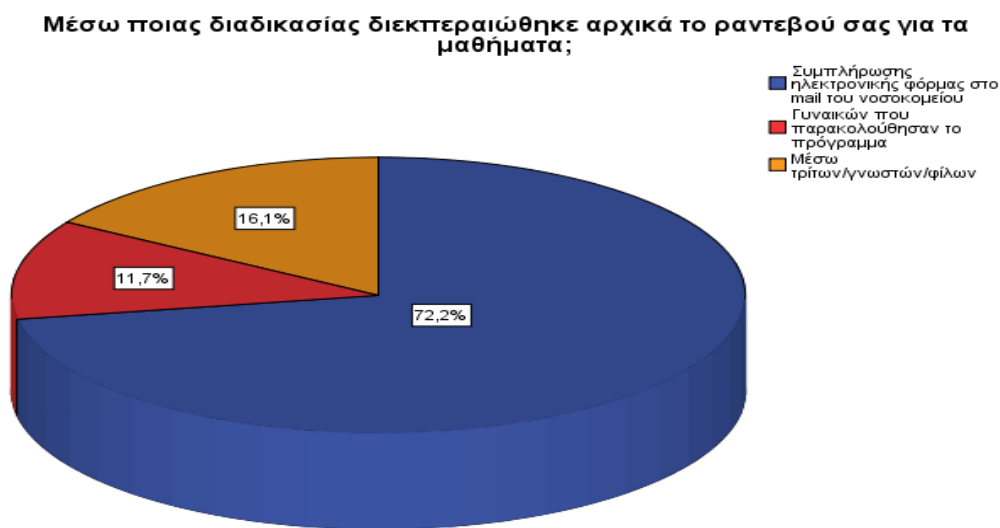
Αναφορικά με την επικοινωνία των ερωτηθέντων με το τμήμα Προγεννητικής Αγωγής (Πίνακας 7), κρίνεται ότι αυτή είναι ικανοποιητική (Μ.Ο.=3,48, Τ.Α.=0,94). Παρόλα αυτά οι ερωτηθείσες, θεωρούν σε υψηλό βαθμό, ότι θα τις διευκόλυνε η παρουσία γραμματείας για την επικοινωνία τους με το Τμήμα και υποστηρίζουν ότι η 24ωρη τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης από ΕΥ του Τμήματος είναι χρήσιμη. Η διαδικασία διαπεραίωσης του ραντεβού ήταν σχετικά εύκολη, όμως ο βαθμός αμεσότητας της υπήρξε αρκετά μέτριος.

Πίνακας 7: Βαθμός ικανοποίησης από την επικοινωνία με το Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής

| | M.O. | T.A. |
|---|-------------|-------------|
| Θα σας διευκόλυνε η παρουσία γραμματείας για την επικοινωνία σας με το Τμήμα; | 3,88 | 1,22 |
| Είναι χρήσιμη η 24ωρη τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης από επαγγελματία υγείας του τμήματος; | 3,81 | 1,32 |
| Υπήρχε ευκολία στην διαδικασία διεκπεραίωσης του ραντεβού σας; | 3,21 | 1,32 |
| Διεκπεραιώθηκε άμεσα το ραντεβού σας για τα μαθήματα; | 3,02 | 1,29 |
| Επικοινωνία | 3,48 | 0,94 |

Σχετικά με τη διαδικασία αρχικής διεκπεραίωσης του ραντεβού για την παρακολούθηση μαθημάτων προγεννητικής αγωγής (Γράφημα 2), προκύπτει ότι το 72,2% των ερωτηθέντων προχώρησε σε συμπλήρωση ηλεκτρονικής φόρμας στο mail του νοσοκομείου ενώ μικρότερος αριθμός αυτών διεκπεραίωσε το ραντεβού μέσω τρίτων ή εγκύων που παρακολούθησαν το πρόγραμμα.

Γράφημα 2 : Στοιχεία διεκπεραίωσης του ραντεβού



Σχετικά με τον τρόπο διδασκαλίας των μαθημάτων (Πίνακας 8), οι συμμετέχουσες στην έρευνα φαίνεται να προτιμούν σε εξαιρετικά υψηλό βαθμό τη διαδικτυακή διδασκαλία, την ασύγχρονη εκπαίδευση και τα δια ζώσης ομαδικά μαθήματα. Χαμηλότερος είναι ο βαθμός προτίμησης των ερωτηθέντων για τα δια ζώσης ατομικά μαθήματα και τις διαλέξεις.

Πίνακας 8: Προτιμήσεις τρόπου διδασκαλίας των μαθημάτων

| | M.O. | T.A. |
|------------------------------------|------|------|
| Δια ζώσης-ατομικά | 3,19 | 1,41 |
| Δια ζώσης- Ομάδες ατόμων | 3,94 | 1,08 |
| Διαλέξεις | 3,03 | 1,36 |
| Διαδικτυακά (Ζωντανά-live) | 4,15 | 1,27 |
| Αποθηκευμένο οπτικοακουστικό υλικό | 4,01 | 1,39 |

Παράλληλα, παρατηρείται ότι ο βαθμός ενδιαφέροντος των γυναικών του δείγματος στα μαθήματα (Πίνακας 9) είναι ιδιαίτερα υψηλός, με το βαθμό απουσίας από αυτά να είναι εξαιρετικά χαμηλός. Είναι αξιοσημείωτο ότι το 50,9% των ερωτηθέντων που παρέλειψαν μαθήματα, φρόντισαν να τα επανά-προγραμματίσουν, πράγμα το οποίο αποδεικνύει την ανάγκη αυτών για μάθηση. Εν τούτοις, το ποσοστό των εγκύων (49,1%) που δεν μπόρεσαν να παρακολουθήσουν ορισμένα μαθήματα και υπήρξε αδύνατος ο προγραμματισμός αυτών εκ νέου, είναι εξίσου μεγάλο.

Πίνακας 9: Στοιχεία παρουσίας στα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής

| | M.O. | T.A. | N | % |
|--|------|------|----|-------|
| Τα μαθήματα που διδαχθήκατε σας κρατούσαν το ενδιαφέρον σας ζωνρό; | 3,97 | 1,28 | | |
| Παραλείψατε μαθήματα; | 1,84 | 0,86 | | |
| Αν παραλείψατε μαθήματα, τα επανά-προγραμματίσατε; | Ναι | | 54 | 50,9% |
| | Όχι | | 52 | 49,1% |

Εν συνεχεία, (Πίνακας 10) παρατηρείται ότι για το 31,6% των εγκύων, η ελληνική δεν είναι η μητρική τους γλώσσα και ως εκ τούτου ο βαθμός της ανάγκης παροχής μαθημάτων σε αυτή, είναι αυξημένος.

Πίνακας 10: Στοιχεία γλωσσικής επάρκειας των μαθημάτων Προγεννητικής Αγωγής

| | | N | % | M.O. | T.A. |
|--|-----|-----|-------|------|------|
| Είναι η Ελληνική η μητρική σας γλώσσα; | Ναι | 121 | 68,4% | | |
| | Όχι | 56 | 31,6% | | |
| Αν δεν είναι, κατά πόσο θα θέλατε τα μαθήματα να παρέχονται και στην μητρική σας γλώσσα; | | | | 3,46 | 1,22 |

Σχετικά με την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τη διαδικασία της μάθησης (Πίνακας 11) προκύπτει ότι αυτή είναι ιδιαίτερα υψηλή καθώς η αντίστοιχη μέση βαθμολογία της συγκεκριμένης διάστασης είναι ίσης με 3,83. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται ότι οι εκπαιδευτριες ήταν εξαιρετικά ενθαρρυντικές στο να δεχθούν ερωτήσεις, ήταν πρόθυμες να απαντήσουν σε αυτές, ενώ διακρίνεται ότι κατέχουν υψηλό βαθμό μεταδοτικότητας.

Ακόμη, παρουσιάζεται υψηλός βαθμός ικανοποίησης των εγκύων από το πρόγραμμα ενώ οι συμμετέχουσες στην έρευνα θα πρότειναν το πρόγραμμα και σε άλλες εγκύους. Εν τούτοις, κρίνουν ότι είναι αναγκαία η ύπαρξη περισσότερου διαθέσιμου χρόνου για την υποβολή ερωτήσεων, παρά την αναγνώριση της επάρκειας του προγράμματος, όσον αφορά τη παροχή γνώσεων. Επίσης, διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες του δείγματος εκφράζουν χαμηλή προτίμηση για συμβουλευτική μέσω κινητής τηλεφωνίας, ενώ αναδεικνύεται η σημαντικότητα της ελεύθερης πρόσβασης για την παρακολούθηση των μαθημάτων.

Πίνακας 11: Βαθμός ικανοποίησης από τη διαδικασία μάθησης στο Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής

| | M.O. | T.A. |
|---|-------------|-------------|
| Κατά τη διάρκεια του μαθήματος είχατε αρκετό χρόνο, ώστε να κάνετε ερωτήσεις; | 3,22 | 1,29 |
| Σας ενθάρρυνε η μαία/εκπαιδύτρια να κάνετε ερωτήσεις; | 4,49 | 0,97 |
| Η μαία/εκπαιδύτρια απάντησε πρόθυμα στις ερωτήσεις σας; | 4,54 | 0,74 |
| Μείνατε ικανοποιημένη από τις απαντήσεις που λάβατε; | 4,34 | 0,96 |
| Η μαία/εκπαιδύτρια μιλούσε με τρόπο απλό και κατανοητό; | 4,29 | 1,01 |
| Μείνατε ικανοποιημένη από τον τρόπο διδασκαλίας της μαίας/εκπαιδύτριας; | 4,32 | 0,95 |
| Η μαία/εκπαιδύτρια ήταν επαρκώς ενημερωμένη στις παρουσιάσεις της; | 4,53 | 0,78 |
| Το Πρόγραμμα ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες σας; | 4,29 | 1,02 |
| Θα προτείνατε το Πρόγραμμα σε άλλες εγκύους; | 4,22 | 1,14 |
| Θα θέλατε περαιτέρω γνώσεις από το πρόγραμμα; | 1,70 | 1,17 |
| Κατά πόσο θα επισκεπτόσασταν το Πρόγραμμα σε επόμενη κύηση; | 3,66 | 1,47 |
| Θα ακολουθούσατε οδηγίες από μήνυμα γραπτού κειμένου μέσω κινητής τηλεφωνίας (text message) | 2,56 | 1,65 |
| Κατά πόσο θα παρακολουθούσατε το πρόγραμμα αν δεν ήταν δωρεάν; | 3,59 | 1,58 |
| Διαδικασία μάθησης | 3,83 | 0,54 |

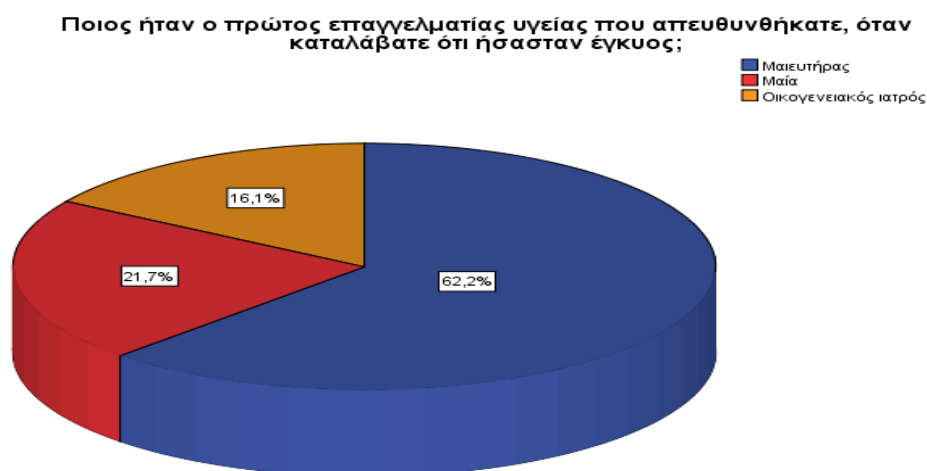
Στη συνέχεια της ανάλυσης (Πίνακας 12) παρατηρείται ότι η συμμετοχή στα μαθήματα προγεννητικής αγωγής, τις βοήθησε σημαντικά στην πρόληψη και αποφυγή μη επιθυμητών καταστάσεων για την εγκυμοσύνη τους, με το βαθμό ανταπόκρισης αυτών στον τοκετό τους, μετά το πέρας των μαθημάτων, να είναι ελαφρώς χαμηλότερος. Συνολικά, διαπιστώνεται υψηλό το επίπεδο χρησιμότητας των πληροφοριών στις έγκυες, μέσω των μαθημάτων Προγεννητικής Αγωγής.

Πίνακας 12: Βαθμός ικανοποίησης από τις πληροφορίες για την κύηση από το Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής

| | M.O. | T.A. |
|---|-------------|-------------|
| Η συμμετοχή στα μαθήματα, σας βοήθησε στην πρόληψη και αποφυγή μη επιθυμητών καταστάσεων για την εγκυμοσύνη σας | 3,92 | 1,29 |
| Νιώθετε έτοιμες να ανταποκριθείτε στον τοκετό σας μετά τα μαθήματα; | 3,44 | 1,29 |
| Πληροφορίες για την κύηση | 3,68 | 1,16 |

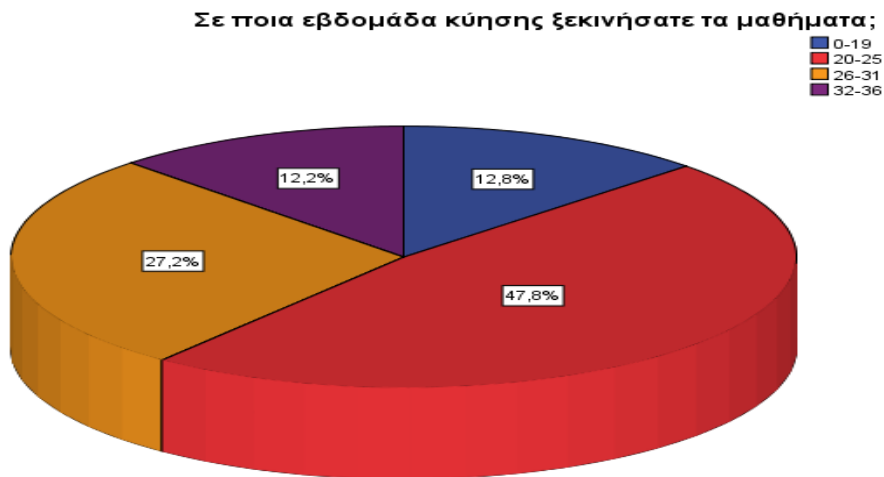
Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι οι ερωτηθείσες (62,2%), μετά την αναγνώριση της ύπαρξης εγκυμοσύνης (Γράφημα 3), απευθύνθηκαν αρχικά στον μαιευτήρα τους, ενώ μικρότερο ποσοστό αυτών (16,1%) σε οικογενειακούς γιατρούς.

Γράφημα 3: Επαγγελματίας υγείας που απευθύνθηκαν αρχικά οι συμμετέχουσες στην έρευνα μετά την αναγνώριση της εγκυμοσύνης

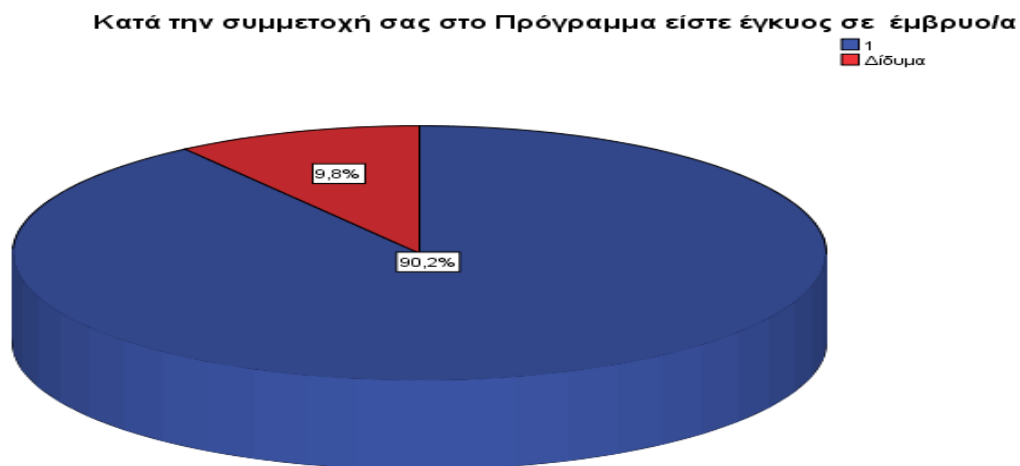


Παράλληλα, διαπιστώνεται μεγάλο εύρος σχετικά με την ηλικία κύησης που εκκίνησαν τα μαθήματα (Γράφημα 4 και 5), με το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών του δείγματος (47,8%) να ξεκινούν την 20-25^ηw της κύησης ενώ το 90,2% αυτών κατά τη συμμετοχή τους στο Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής κυοφορούσαν ένα έμβρυο. Στο 9,8% διαπιστώθηκε δίδυμος κύηση και για το λόγο αυτό, οι συμμετέχουσες στην έρευνα προσήλθαν στα μαθήματα νωρίτερα από τις υπόλοιπες (>19w).

Γράφημα 4: Εβδομάδα κύησης που εκκίνησαν τα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής



Γράφημα 5: Αριθμός εμβρύων που κυοφορούν οι γυναίκες του δείγματος



Επίσης οι συμμετέχουσες στην έρευνα θεωρούν εξαιρετικά σημαντική τη δημιουργία αντίστοιχων προγραμμάτων (Πίνακας 13) για επίτοκες που έχουν υποστεί κακοποίηση ή έχουν διαγνωστεί με ψυχολογικά προβλήματα και για γονείς που βίωσαν την εμπειρία απώλειας εμβρύου ή επιθυμούν την υιοθεσία νεογνών ή βρεφών. Ελαφρώς χαμηλότερη παρουσιάζουν την ανάγκη δημιουργίας Προγραμμάτων Προγεννητικής Αγωγής για πρώην εξαρτημένες έγκυες, για γυναίκες με παθολογική κύηση, για δίδυμες ή πολύδυμες κυήσεις και για μη ελληνόγλωσσες εγκύους. Αντίθετα, μικρότερη αναγνωρίζουν την ανάγκη δημιουργίας αντίστοιχων προγραμμάτων για άτομα με κινητικά προβλήματα και με διαφοροποιημένη σεξουαλική ταυτότητα.

Πίνακας 13: Ανάγκη προγραμμάτων προς δημιουργία

| | M.O. | T.A. |
|---|------|------|
| Για γονείς που υιοθετούν νεογνά ή βρέφη | 3,90 | 1,33 |
| Για γονείς που βίωσαν εμπειρία απώλειας εμβρύου | 4,22 | 1,17 |
| Με κινητικά προβλήματα (αναπηρίες) | 3,01 | 1,39 |
| Με δίδυμη ή πολύδυμη κύηση | 3,58 | 1,27 |
| Με παθολογική κύηση | 3,71 | 1,20 |
| Μη ελληνόγλωσσες | 3,48 | 1,35 |
| Που βίωσαν προηγούμενες καταστάσεις εθισμού (χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών) | 3,81 | 1,19 |
| Με διαγνωσμένα ψυχολογικά προβλήματα | 3,97 | 1,25 |
| Μετά από κακοποίηση | 4,39 | 1,12 |
| Με διαφορετικότητα στη σεξουαλική ταυτότητα | 2,94 | 1,70 |

Στη συνέχεια της μελέτης και με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης r του Pearson, διερευνάται η ύπαρξη ή μη στατιστικά σημαντικής γραμμικής σχέσης μεταξύ των διαστάσεων της ικανοποίησης των γυναικών του δείγματος από το περιβάλλον του χώρου στο οποίο έλαβαν χώρα τα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής (Πίνακας 14), από την επικοινωνία με το Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής, από την ίδια τη διαδικασία της μάθησης και από τις πληροφορίες που έλαβαν οι συμμετέχουσες στα μαθήματα για την κύηση.

Από τα αποτελέσματα, προκύπτει ότι η υψηλή ικανοποίηση από το περιβάλλον συνοδεύεται και από υψηλή ικανοποίηση από τις ληφθείσες πληροφορίες ($r=0,413$, $p<0,001$). Ακόμη, οι συμμετέχουσες στην έρευνα που παρουσίασαν υψηλή ικανοποίηση από την επικοινωνία με το τμήμα Προγεννητικής Αγωγής, παρουσίασαν υψηλή ικανοποίηση από τη διαδικασία της μάθησης ($r=0,413$, $p<0,001$) και από τις πληροφορίες που έλαβαν για την κύηση ($r=0,248$, $p=0,001$). Επιπλέον, ο συντελεστής συσχέτισης των διαστάσεων της ικανοποίησης από τη διαδικασία της μάθησης και από τις ληφθείσες πληροφορίες είναι επίσης θετικός και στατιστικά σημαντικός ($r=0,589$, $p<0,001$).

Πίνακας 14: Μήτρα συσχετίσεων των διαστάσεων ικανοποίησης

| | | Περιβάλλον | Επικοινωνία | Διαδικασία μάθησης | Πληροφορίες για την κύηση |
|---------------------------|---|------------|-------------|--------------------|---------------------------|
| Περιβάλλον | r | 1 | | | |
| | p | | | | |
| Επικοινωνία | r | 0,413 | 1 | | |
| | p | 0,000 | | | |
| Διαδικασία μάθησης | r | 0,135 | 0,469 | 1 | |
| | p | 0,071 | 0,000 | | |
| Πληροφορίες για την κύηση | r | 0,183 | 0,248 | 0,589 | 1 |
| | p | 0,014 | 0,001 | 0,000 | |

Εν συνεχεία, και μέσω του αντίστοιχου ελέγχου Ανάλυσης Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης (Πίνακας 15), προκύπτει ότι οι ερωτηθείσες ηλικίας 25-31 ετών παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από το περιβάλλον του Τμήματος Προγεννητικής Αγωγής, ενώ αντίθετα οι γυναίκες του δείγματος κάτω των 18 ετών ιδιαίτερα χαμηλή ($p < 0,001$). Ακόμη, οι συμμετέχουσες στην έρευνα άνω των 39 ετών είναι σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένες από την επικοινωνία με το Τμήμα Προγεννητικής αγωγής, ενώ υψηλός είναι ο βαθμός ικανοποίησης και των εγκύων ηλικίας 18-24 ετών ($p < 0,001$). Αντίθετα οι γυναίκες του δείγματος ηλικίας κάτω των 18 ετών εμφανίζουν χαμηλή ικανοποίηση από την επικοινωνία. Οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (46-52ετών) και ηλικίας 25-31 ετών, παρουσιάζουν επίσης υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τη διαδικασία της μάθησης ($p = 0,006$) και από τις πληροφορίες που έλαβαν.

Πίνακας 15: Έλεγχος ANOVA των μέσων βαθμολογιών των διαστάσεων ικανοποίησης με βάση την ηλικία

| | Ηλικία | | | | | | | | | | | | p |
|---------------------------|--------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
| | <18 | | 18-24 | | 25-31 | | 32-38 | | 39-45 | | 46-52 | | |
| | M.O | T.A. | M.O | T.A. | M.O | T.A. | M.O | T.A. | M.O | T.A. | M.O | T.A. | |
| Περιβάλλον | 2,79 | 0,37 | 3,01 | 0,46 | 3,78 | 0,84 | 3,28 | 0,61 | 3,10 | 1,01 | 3,00 | 0,55 | 0,000 |
| Επικοινωνία | 2,43 | 0,38 | 3,58 | 0,31 | 3,61 | 1,32 | 3,38 | 0,73 | 3,95 | 0,85 | 3,75 | 0,60 | 0,000 |
| Διαδικασία μάθησης | 3,42 | 0,65 | 3,80 | 0,44 | 3,94 | 0,40 | 3,86 | 0,53 | 3,87 | 0,59 | 4,23 | 0,29 | 0,006 |
| Πληροφορίες για την κύηση | 3,29 | 1,06 | 3,52 | 1,01 | 4,20 | 0,74 | 3,55 | 1,25 | 3,57 | 1,32 | 5,00 | 0,00 | 0,008 |

Επιπρόσθετα, βάσει του αντίστοιχου ελέγχου t για ανεξάρτητα δείγματα, προκύπτει ότι οι άγαμες γυναίκες της έρευνας (Πίνακας 16) παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης, όσον αφορά το περιβάλλον του τμήματος ($p=0,007$) και τις ληφθείσες πληροφορίες, σε σχέση με τις έγγαμες. Αντίθετα, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις των μέσων βαθμολογιών των λοιπών διαστάσεων ικανοποίησης των ερωτηθέντων με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση.

Πίνακας 16: Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα των μέσων βαθμολογιών των διαστάσεων ικανοποίησης με βάση την οικογενειακή κατάσταση

| | Οικογενειακή κατάσταση | | | | P |
|---------------------------|------------------------|------|--------|------|-------|
| | Άγαμη | | Έγγαμη | | |
| | M.O. | T.A. | M.O. | T.A. | |
| Περιβάλλον | 3,52 | 0,68 | 3,15 | 0,80 | 0,007 |
| Επικοινωνία | 3,44 | 1,05 | 3,49 | 0,91 | 0,741 |
| Διαδικασία μάθησης | 3,81 | 0,52 | 3,83 | 0,55 | 0,843 |
| Πληροφορίες για την κύηση | 3,71 | 1,14 | 3,67 | 1,17 | 0,852 |

Παράλληλα, προκύπτει από τις συμμετέχουσες στην έρευνα ότι οι έγκυες, απόφοιτες σχολών της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 17) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από το περιβάλλον του χώρου του Τμήματος Προγεννητικής Αγωγής ($p=0,001$), ενώ αντίθετα αυτές με μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών εμφανίζουν χαμηλή ικανοποίηση, καθώς έχουν περισσότερες απαιτήσεις. Επίσης, οι απόφοιτες της Τριτοβάθμιας και Ανώτερης Εκπαίδευσης επιδεικνύουν αυξημένου βαθμού ικανοποίηση σε σχέση με τις ερωτηθείσες των υπολοίπων μορφωτικών κατηγοριών, όσον αφορά την επικοινωνία τους με το συγκεκριμένο τμήμα ($p<0,001$). Είναι σημαντικό, ότι οι απόφοιτες Γυμνασίου και οι συμμετέχουσες με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από την διαδικασία της μάθησης σε σχέση με τα άτομα του υπόλοιπου δείγματος. Τέλος, αναγνωρίζεται η μέτρια ικανοποίηση στις έγκυες με τίτλους μεταπτυχιακών σπουδών, σχετικά με την αποκόμιση πληροφοριών για την κύηση, ενώ αντίθετα οι απόφοιτες Γυμνασίου, θεωρούν τις πληροφορίες για την κύηση επαρκείς και εκφράζουν υψηλό ποσοστό ικανοποίησης.

Πίνακας 17: Έλεγχος ANOVA των μέσων βαθμολογιών των διαστάσεων ικανοποίησης με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης

| | Επίπεδο εκπαίδευσης | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------|------|-----------|------|---------|------|------|------|------|------|---------------|------|-------|
| | Δημοτικού | | Γυμνασίου | | Λυκείου | | ΤΕΙ | | ΑΕΙ | | Μεταπτυχιακού | | |
| | M.O. | T.A. | M.O. | T.A. | M.O. | T.A. | M.O. | T.A. | M.O. | T.A. | M.O. | T.A. | |
| Περιβάλλον | 3,33 | 0,25 | 3,58 | 0,19 | 3,20 | 0,70 | 3,51 | 0,79 | 3,45 | 0,92 | 2,72 | 0,80 | 0,001 |
| Επικοινωνία | 2,00 | 0,13 | 3,25 | 0,49 | 3,10 | 0,86 | 3,78 | 0,77 | 4,26 | 1,04 | 3,52 | 0,70 | 0,000 |
| Διαδικασία μάθησης | 3,69 | 0,37 | 4,21 | 0,24 | 3,69 | 0,61 | 3,77 | 0,54 | 3,93 | 0,36 | 3,98 | 0,51 | 0,008 |
| Πληροφορίες για την κύηση | 5,00 | 0,27 | 4,00 | 0,74 | 3,61 | 1,24 | 3,63 | 0,99 | 3,85 | 1,04 | 3,45 | 1,32 | 0,220 |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι σημαντικά και κρίνεται απαραίτητο να ληφθούν υπόψη από τους υπεύθυνους του φορέα που διεξήχθη η έρευνα και από τους φορείς της Δημόσιας Υγείας. Σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, συμπεραίνεται ότι οι έγκυες, οι οποίες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για γνώση και πληροφόρηση είναι αυτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 32-38 ετών και 39-45 ετών, ενώ ανευρίσκεται ότι οι έγκυες ηλικίας άνω των 46 ετών δεν εκδηλώνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Παρατηρείται ότι το 33,3% των γυναικών του δείγματος είναι αλλοδαπής καταγωγής ενώ το 50,6% των συμμετεχόντων έχει λάβει ανώτερη εκπαίδευση, έτσι ώστε διαφαίνεται η επιθυμία διεύρυνσης των γνώσεων τους, αναφορικά με την Προγεννητική Εκπαίδευση. Σχετικά με το οικονομικό προφίλ των ερωτηθέντων, εμφανίζεται ότι το 56,7% αυτών που προσέρχεται στο Τμήμα, δηλώνει εισόδημα χαμηλό.

Οι συμμετέχουσες στην έρευνα εκδηλώνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το Πρόγραμμα στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο, αφού παρουσιάζεται ότι το 33,3% των εγκύων που διαμένουν εκτός πόλης, μη υπολογίζοντας την απόσταση, τις καιρικές συνθήκες και το κόστος μετακίνησης προσέρχονται στο νοσοκομείο για να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα, πράγμα το οποίο καταγράφηκε κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, αφού οι ίδιες προέβησαν σε περαιτέρω σχόλια, πέραν της συγκεκριμένης απάντησης που απαιτούσαν οι ερωτήσεις.

Ένα σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας είναι ότι στο 12,8% των γυναικών του δείγματος που διαβιούν στο εξωτερικό, εμφανίζεται η προτίμηση και εμπιστοσύνη για την ελληνική επικράτεια, αναφορικά με τα μαθήματα προγεννητικής αγωγής και τον τοκετό τους.

Υποστηρίζεται από τις ίδιες κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, η σημαντικότητα της αίσθησης ασφάλειας και σιγουριάς την οποία βιώνουν, στη χώρα που γεννήθηκαν.

Επιπρόσθετα, είναι αξιοσημείωτο ότι πολυτόκες γυναίκες, που έχουν ήδη βιώσει την κύηση, τον τοκετό, τη λοχεία και όλη τη μεταγεννητική περίοδο, προσέρχονται στο πρόγραμμα και παρακολουθούν τα μαθήματα με αμείωτο ενδιαφέρον και ζήλο, εξιστορούν τις δικές τους εμπειρίες και εντυπώσεις από προηγούμενους τοκετούς, με αποτέλεσμα τη δημιουργία συνεκτικότητας στην ομάδα αλλά και την ενθάρρυνση των πρωτοτόκων. Αυτό, επιτυγχάνεται μετά από δική τους επιθυμία, συναίνεση και συνεννόηση με την εκπαιδεύτρια.

Ακολούθως, διακρίνεται η μεγάλη απήχηση της ιστοσελίδας του Ιπποκρατείου στις έγκυες γυναίκες, αφού το 31,7% αυτών ενημερώθηκε για το πρόγραμμα από το διαδίκτυο ενώ παράλληλα παρατηρείται η εμπιστοσύνη που υποδεικνύουν οι μαιευτήρες και προωθούν τις έγκυες γυναίκες στη παρακολούθηση μαθημάτων στο Ιπποκράτειο νοσοκομείο, αναγνωρίζοντας την αξιόλογη επίδραση των μαθημάτων σε ποικίλες πτυχές της ζωής τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 55,6% των ερωτηθέντων δεν είχε σχετική πληροφόρηση για την προγεννητική αγωγή ενώ το υπόλοιπο 44,4% επιθυμούσε επικαιροποίηση αυτών, υποδηλώνοντας την αναγκαιότητα για τη δημιουργία παρόμοιων προγραμμάτων. Παράλληλα, κατά την διεξαγωγή της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι το 46,1% των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο, παρίσταται και σε άλλα προγράμματα προγεννητικής αγωγής, επιδιώκοντας να συγκρίνει τα προγράμματα, να διασταυρώσει πληροφορίες και τέλος να κατασταλάξει στις απόψεις του.

Όσον αφορά το **περιβάλλον** στο οποίο διεκπεραιώνονται τα μαθήματα εμφανίζεται αυξημένος ο βαθμός ικανοποίησης των εγκύων από την ευκολία πρόσβασης στο κτίριο, ενώ χαμηλότερη είναι η ικανοποίησή τους από την ευκολία προσανατολισμού του κτηρίου εντός του χώρου του νοσοκομείου, από το μέγεθος της αίθουσας και από την καθαριότητα του χώρου. Εντούτοις, κρίνεται απαραίτητη η οργάνωση του Τμήματος με κατάλληλο και σύγχρονο υλικοτεχνικό εξοπλισμό και η διεξαγωγή των συνεδριών σε μικρότερες ομάδες ατόμων. Ακολούθως, δεν θα πρέπει να παραληφθεί από την υπεύθυνη ομάδα του προγράμματος, η επιθυμία των γυναικών του δείγματος για οργάνωση του χώρου, ως πιο φιλικό στη μητρότητα, αποτελώντας το πρώτο βήμα εξοικείωσης με το αντικείμενο των μαθημάτων.

Διακρίνεται ταυτόχρονα, ότι στο 74,0% των συνοδευόμενων εγκύων, ο συνοδός τους τις περίμενε και έτσι εκφράζεται η συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη του

οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Επιπλέον το 44,4% των συνοδευόμενων γυναικών του δείγματος αναφέρει ότι ο συνοδός τους θα τις περίμενε, αν υπήρχε ειδικά διαμορφωμένος χώρος αναμονής ενώ το 41,1% αυτών που δεν συνοδεύονταν, εξέφρασαν γραπτώς τους λόγους μη συμμετοχής του συνοδού, (πχ εργασιακή απασχόληση, διαμονή εκτός Ελλάδας, χηρείας κα).

Αναφορικά με την **επικοινωνία** των γυναικών του δείγματος με το Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής, θεωρείται ικανοποιητική ενώ κρίνεται αναγκαία η παρουσία γραμματείας και η 24ωρη τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης από ΕΥ του Τμήματος. Η διαδικασία διεκπεραίωσης των ραντεβού παρουσιάζεται σχετικά εύκολη, όμως ο βαθμός αμεσότητας αυτών, υπήρξε αρκετά μέτριος.

Σχετικά με τον τρόπο **διδασκαλίας** των μαθημάτων, συγκριτικά, αναγνωρίζονται ως οι πιο προτιμητέοι σε εξαιρετικά υψηλό βαθμό, η διαδικτυακή διδασκαλία, η διδασκαλία με γενικής φύσεως ηλεκτρονικά μέσα και τα δια ζώσης ομαδικά μαθήματα. Χαμηλότερος είναι ο βαθμός προτίμησης για τα δια ζώσης ατομικά μαθήματα και ακόμα πιο χαμηλός για τις διαλέξεις.

Παράλληλα, παρατηρείται ότι ο βαθμός ενδιαφέροντος των γυναικών του δείγματος στα μαθήματα είναι ιδιαίτερα υψηλός ενώ οι έγκυες που παρέλειψαν μαθήματα, φρόντισαν να τα επανα-προγραμματίσουν, προκειμένου να ικανοποιηθεί η ανάγκη αυτών για μάθηση και πληροφόρηση. Εντούτοις, προσωπικοί λόγοι παρεμπόδισαν ορισμένες, για τον μη επανά-προγραμματισμό. Εν συνεχεία, παρατηρείται ότι για το 31,6% των γυναικών η ελληνική δεν είναι η μητρική τους γλώσσα και ως εκ τούτου ο βαθμός της ανάγκης παροχής μαθημάτων σε αυτή είναι αυξημένος.

Σχετικά με την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τη **διαδικασία** της μάθησης προκύπτει ότι είναι ιδιαίτερα υψηλή. Πιο συγκεκριμένα, διαφαίνεται ότι οι εκπαιδευτριες ήταν εξαιρετικά ενθαρρυντικές στο να δεχθούν ερωτήσεις και πρόθυμες να απαντήσουν σε αυτές, ενώ διακρίνεται ότι κατέχουν υψηλό βαθμό μεταδοτικότητας και είναι πλήρως ενημερωμένες των κατευθυντήριων οδηγιών της Ιατρικής Επιστήμης. Επιπλέον, παρατηρείται ότι οι ερωτηθείσες εξέφρασαν υψηλή ικανοποίηση από τις ληφθείσες απαντήσεις.

Αναμφισβήτητα, οι συμμετέχουσες στην έρευνα παρουσιάζουν υψηλή πρόθεση πρότασης του προγράμματος σε άλλες εγκύους, ενώ ο βαθμός ανταπόκρισης αυτού στις προσδοκίες τους είναι ιδιαίτερα υψηλός, με το βαθμό πιστότητας (loyalty) τους στο πρόγραμμα να είναι αντίστοιχος. Παρόλα αυτά, κρίνεται απαραίτητος ο περισσότερος διαθέσιμος χρόνος για υποβολή ερωτήσεων, παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζεται η επάρκεια του προγράμματος στις

γνώσεις που παρείχε. Επίσης, διαπιστώνεται ότι οι ερωτηθείσες **δεν εκφράζουν υψηλή προτίμηση και επιθυμία για συμβουλευτική μέσω κινητής τηλεφωνίας** σε αντίθεση με έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας ενώ παρατηρείται ότι η δωρεάν και ελεύθερη πρόσβαση στο πρόγραμμα αποτελεί αναμφισβήτητα ένα κίνητρο για την παρακολούθηση των μαθημάτων.

Εν συνεχεία, παρατηρείται ότι το πρόγραμμα βοήθησε σημαντικά τις έγκυες στην πρόληψη και αποφυγή μη επιθυμητών καταστάσεων κατά την κύηση, ενώ κρίνεται υψηλός ο βαθμός χρησιμότητας των πληροφοριών.

Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι το 62,2% των εγκύων, μετά την αναγνώριση της ύπαρξης εγκυμοσύνης, απευθύνθηκαν αρχικά στον μαιευτήρα τους και έτσι αναγνωρίζεται η ύπαρξη εμπιστοσύνης των επιτόκων στους ιατρούς-μαιευτήρες στην ελληνική επικράτεια, σε αντίθεση με άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (πχ UK). Σε μελέτη του NHS (2019) σε 17.151 εγκύους, παρουσιάζεται ότι το 51% των ερωτηθέντων αναφέρθηκαν σε μαία, το 42% στον οικογενειακό γιατρό και το 7% σε άλλους ΕΥ (NHS Patient Survey Programme, 2020, σελ.16). Αποδεικνύεται με αυτό, ότι οι μαίες στις οποίες αποτείνονται οι γυναίκες για θέματα μαιευτικών ή άλλων υπηρεσιών κατέχουν την πρώτη θέση στο National Health System του Ηνωμένου Βασιλείου. Οι μαίες θεωρούνται οι εξειδικευμένοι ΕΥ, οι οποίες πρωτοπορούν σε θέματα που αφορούν καταστάσεις και διαδικασίες πριν, κατά και μετά τον τοκετό και αποπνέουν ένα αίσθημα σιγουριάς και αξιοπιστίας στις κυοφορούσες. Εντούτοις, είναι ενθαρρυντικό στην παρούσα έρευνα ότι το 21,7% των εγκύων ένιωσαν ασφαλείς να εμπιστευτούν τις μαίες, από την απαρχή της εγκυμοσύνης τους, για καθοδήγηση και συμβουλευτική ενώ διακρίνεται η είσοδος του οικογενειακού ιατρού στη ζωή τους. Η προαγωγή του οικογενειακού ιατρού στο ΕΣΥ τα τελευταία χρόνια, διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο διότι εξασφαλίζεται η πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία παρέχοντας υπηρεσίες επικεντρωμένες στον πολίτη και όχι στην ασθένεια. Παράλληλα, επιτυγχάνεται η ταχεία πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και διασφαλίζεται η συγκράτηση των δαπανών από την ορθολογική χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κυριόπουλος και συν, 2000).

Σημαντικό εύρημα επίσης αποτελεί ότι η πλειονότητα των γυναικών που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ανήκουν στην κατηγορία 20^η-25^η και 26^η-31^η ηλικιακής εβδομάδας κύησης, πράγμα το οποίο υποδηλώνει τη μεγάλη συμμετοχή των εγκύων όσο πιο νωρίς γίνεται, σε αντίθεση με την ισχύουσα λειτουργία των προγραμμάτων στο εξωτερικό (>30w). Στην κατηγορία ηλικιακής εβδομάδας κύησης 32^η-36^η προσέρχονται συνήθως γυναίκες, οι οποίες

λόγω μη έγκαιρης δήλωσης ενδιαφέροντος για τα μαθήματα ή λόγω πληρότητας των ατόμων, μετατίθενται σε άλλες ομάδες. Επιπλέον, στο 9,8% διαπιστώθηκε δίδυμος κύηση και για το λόγο αυτό, οι συμμετέχουσες στην έρευνα προσήλθαν στα μαθήματα νωρίτερα από τις υπόλοιπες (>19w).

Αξιοπρόσεκτο θεωρείται, ότι παρόμοια προγράμματα είναι εξαιρετικά αναγκαίο να δημιουργηθούν (πχ για επίτοκες που έχουν υποστεί κακοποίηση, για γονείς που βίωσαν εμπειρία απώλειας εμβρύου, για έγκυες με διαγνωσμένα ψυχολογικά προβλήματα και για γονείς που υιοθετούν νεογνά ή βρέφη). Ελαφρώς χαμηλότερη παρουσιάζουν την ανάγκη δημιουργίας προγραμμάτων Προγεννητικής Αγωγής για πρώην εξαρτημένες έγκυες, για επίτοκες με παθολογική κύηση, για δίδυμες ή πολύδυμες κήσεις και για μη ελληνόγλωσσες εγκύους ενώ αντίθετα, μικρότερη αναγνωρίζουν την ανάγκη δημιουργίας αντίστοιχων προγραμμάτων για άτομα με κινητικά προβλήματα και με διαφοροποιημένη σεξουαλική ταυτότητα.

Γενικότερα, με τη συσχέτιση των διαστάσεων της ικανοποίησης, προκύπτει ότι η υψηλή ικανοποίηση από το **περιβάλλον** συνεπάγεται και υψηλή ικανοποίηση από τις ληφθείσες πληροφορίες που αποκομίζουν από το πρόγραμμα. Ακόμη, οι γυναίκες του δείγματος που παρουσίασαν υψηλή ικανοποίηση από την **επικοινωνία** με το Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής, εμφάνισαν υψηλή ικανοποίηση από τη διαδικασία της μάθησης και από τις πληροφορίες που έλαβαν για την κύηση. Επιπλέον, ο συντελεστής συσχέτισης των διαστάσεων της ικανοποίησης από τη **διαδικασία της μάθησης** και από τις **ληφθείσες πληροφορίες** είναι επίσης θετικός και στατιστικά σημαντικός.

Εν συνεχεία και αναφορικά με την ηλικία των γυναικών του δείγματος, διαπιστώνεται ότι οι έγκυες ηλικίας 25-31 ετών παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από το **περιβάλλον** του τμήματος, ενώ αντίθετα οι επίτοκες κάτω των 18 ετών ιδιαίτερα χαμηλή. Ακόμη, οι συμμετέχουσες στην έρευνα άνω των 39 ετών είναι σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένες από την **επικοινωνία** με τη Τμήμα Προγεννητικής αγωγής, ενώ υψηλός είναι ο βαθμός ικανοποίησης και των ερωτηθέντων ηλικίας 18-24 ετών. Επίσης, οι έγκυες μεγαλύτερης ηλικίας (46-52ετών), αλλά και ηλικίας 25-31 ετών, παρουσιάζουν επίσης υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τη **διαδικασία της μάθησης**, αλλά και από τις **πληροφορίες που έλαβαν** από τη συμμετοχή τους στα μαθήματα Προγεννητικής Αγωγής.

Ακολούθως και όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, αναγνωρίζεται ότι οι άγαμες γυναίκες του δείγματος παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο βαθμό

ικανοποίησης, όσον αφορά το **περιβάλλον** του τμήματος Προγεννητικής Αγωγής, σε σχέση με τις έγγαμες ενώ αντίθετα δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις των μέσων βαθμολογιών των λοιπών διαστάσεων ικανοποίησης των ερωτηθέντων με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση.

Σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, προκύπτει ότι οι συμμετέχουσες, οι οποίες είναι απόφοιτες σχολών της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από το **περιβάλλον** του χώρου, ενώ αντίθετα αυτές οι οποίες κατέχουν μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών εμφανίζουν χαμηλή ικανοποίηση. Επίσης, οι απόφοιτες της Τριτοβάθμιας και Ανώτερης Εκπαίδευσης επιδεικνύουν αυξημένου βαθμού ικανοποίηση σε σχέση με τις επίτοκες των υπολοίπων μορφωτικών κατηγοριών, όσον αφορά την **επικοινωνία** τους με το συγκεκριμένο Τμήμα. Είναι σημαντικό, ότι οι απόφοιτες Γυμνασίου, αλλά και οι έγκυες οι οποίες κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από την **διαδικασία της μάθησης** σε σχέση με τα άτομα του υπόλοιπου δείγματος. Τέλος, αναγνωρίζεται η μέτρια ικανοποίηση στις συμμετέχουσες με τίτλους μεταπτυχιακών σπουδών, σχετικά με την αποκόμιση **πληροφοριών** για την κύηση, ενώ αντίθετα οι ερωτηθείσες, οι οποίες είναι απόφοιτες Γυμνασίου, θεωρούν τις πληροφορίες για την κύηση επαρκείς και εκφράζουν υψηλό ποσοστό ικανοποίησης.

Σημαντικό εύρημα στην παρούσα έρευνα αποτελεί ότι στην Ελλάδα η πλειονότητα των επιτόκων (62,2%) εμπιστεύεται τους ιατρούς Μαιευτήρες για παρακολούθηση της κύησης και τον τοκετό και όχι τις Μαιέες ενώ η συμβουλευτική μέσω κινητής τηλεφωνίας θεωρείται ανεπαρκής μέσο πληροφόρησης. Επίσης, διαπιστώθηκε αυξημένο ποσοστό συμμετοχής στο πρόγραμμα, της 2^{ης} ηλικιακής ομάδας (39-45 ετών), υποδεικνύοντας την αύξηση του ορίου ηλικίας για τεκνοποίηση και την επιθυμία των γυναικών για εγκυμοσύνη. Επιπλέον, η παρούσα έρευνα εξάγει αποτελέσματα για έγκυες που παρακολούθησαν το πρόγραμμα, ηλικίας κάτω των 18 ετών, αφού το 11,7% αυτών ανήκει σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, προσθέτοντας στοιχεία στις ελάχιστες μελέτες, που αναφέρονται σε αυτές τις ηλικίες εγκύων.

Συγκριτική Ανασκόπηση άλλων μελετών

Παρακάτω παρατίθεται πίνακας στον οποίο παρουσιάζονται τα κύρια σημεία παλαιότερων και σύγχρονων μελετών και καταγράφονται ομοιότητες και διαφορές με την παρούσα έρευνα (βασισμένες θεματολογικά ανά ομοιότητες και διαφορές) (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Συγκριτική ανασκόπηση παλαιότερων και σύγχρονων μελετών με τη παρούσα έρευνα

| Μελέτη | Δείγμα | Μέθοδος | Αποτελέσματα | Ομοιότητες με την παρούσα έρευνα | Διαφορές με την παρούσα έρευνα |
|-----------------------------------|--------|-------------------|---|---|---|
| Hulka et al., (1971) | 254 | EOI ²¹ | Υψηλό μορφωτικό επίπεδο & ικανοποίηση | Υψηλό μορφωτικό επίπεδο & ικανοποίηση (επικοινωνία, διαδικασία μάθησης) | Υψηλό μορφωτικό επίπεδο-χαμηλή ικανοποίηση (περιβάλλον), μέτρια ικανοποίηση (ληφθείσες πληροφορίες) |
| Bertakis, Roter, & Putnam, (1991) | 550 | EOQ | Υψηλή ικανοποίηση σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με υψηλό οικονομικό επίπεδο | | Υψηλή ικανοποίηση σε μεγαλύτερης ηλικίας έγκυες (διαδικασία μάθησης, ληφθείσες πληροφορίες) |
| Ware et al., (1975) | 903 | EOI | Σημαντική διάσταση η συμπεριφορά του ΕΥ (υπομονή, ανθρωπιά) | Οι εκπαιδευτριες: ενθαρρυντικές/ πρόθυμες στην ικανοποίηση αναγκών | |
| Steven & Douglas, (1988) | 2822 | EOQ | Χαμηλή ικανοποίηση (πρόσβαση, επικοινωνία) | | Υψηλή ικανοποίηση (επικοινωνία) Μέτρια ικανοποίηση (πρόσβαση) |
| Williams & Calnan, (1991) | 357 | EOM | Η ικανοποίηση σχετίζεται περισσότερο με την επικοινωνία και πληροφόρηση παρά με τη πρόσβαση και διαθεσιμότητα. Υψηλά επίπεδα αυτοφροντίδας. | Αυξημένη ικανοποίηση (πληροφόρηση) | Αυξημένη ικανοποίηση (πρόσβαση στο νοσοκομείο) Χαμηλή ικανοποίηση (επικοινωνία, πρόσβαση στο κτίριο) |
| Jackson, (1995) | 60 | EPP | Προώθηση συμπεριφορών προαγωγής υγείας | Υψηλή ικανοποίηση (πληροφόρηση-περιεχόμενο μαθημάτων) | |
| Anderson & Zimmerman, (1993) | 134 | EOT | Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο-υψηλή ικανοποίηση | Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο-υψηλή ικανοποίηση (διαδικασία μάθησης,ληφθείσες πληροφορίες) | Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο & ικανοποίηση (περιβάλλον, επικοινωνία) |
| Joos, Hickam & Borders, (1993) | 243 | EOQ | Η ικανοποίηση σχετίζεται με τις προσδοκίες του ατόμου | Υψηλή ανταποκρισιμότητα του προγράμματος στις προσδοκίες των γυναικών του δείγματος | |
| Campbell, (1994) | 5310 | EOQ | Χαμηλή ικανοποίηση/ μειωμένη διαθεσιμότητα συναντήσεων | | Μέτρια/χαμηλή ικανοποίηση (ευκολία/αμεσότητα διεκπεραίωσης των συναντήσεων) |
| Esteban de la Rosa, (1994) | 2483 | EOI | Χαμηλή ικανοποίηση (νεαρές). Υψηλό μορφωτικό επίπεδο-Λιγότερη ικανοποίηση | Χαμηλή ικανοποίηση νεαρών εγκύων (περιβάλλον,επικοινωνία) Υψηλό μορφωτικό επίπεδο-χαμηλή ικανοποίηση(περιβάλλον) μέτρια ικανοποίηση (ληφθείσες πληροφορίες) | |
| Zapka et al., (1995) | 3151 | POM | Η ικανοποίηση σχετίζεται με την πρόσβαση, συνέχιση της φροντίδας, επικοινωνία, συντονισμό | Η ικανοποίηση σχετίζεται με την πρόσβαση και την επικοινωνία | |
| Beger & Beaman, (1996) | 134 | DLTS | Προτίμηση σε διαλέξεις. Εκπαιδευτικές ανάγκες σε: κύηση, έμβρυο, διατροφή, νεογνική φροντίδα | | Χαμηλή προτίμηση σε διαλέξεις |
| Baker, (1996) | 19.450 | EOQ | Οι μεγαλύτερες ηλικίες αναφέρουν υψηλή ικανοποίηση σχετικά με τη συμβουλευτική | Οι μεγαλύτερες ηλικίες εγκύων-υψηλή ικανοποίηση (ληφθείσες πληροφορίες-συμβουλευτική) | |
| Kane, Maciejewski & Finch, (1997) | 2116 | TOM | Υψηλή ικανοποίηση νεαρών ατόμων Υψηλό μορφωτικό επίπεδο & ικανοποίηση | Υψηλή ικανοποίηση νεαρών (διαδικασία μάθησης, ληφθείσες πληροφορίες) | |
| Jonston-Robledo, (1998) | 45 | DS | Έγκυες χαμηλού εισοδήματος-λίγες πιθανότητες για παρακολούθηση. Η προετοιμασία δεν σχετίζεται με αποτελέσματα | | Το 56,7% των ερωτηθέντων δήλωσαν χαμηλό εισόδημα |

²¹Empirical Observational Interview=EOI, Empirical Observational Questionnaire=EOQ, Empirical Observational Mail=EOM, Empirical Observational Telephone=EOT, Pragmatic Observational Mail=POM, Ex-post facto Penders=EPP, Pre-post Quasi-experimental=PPQE, Descriptive Likert type scale=DLTS, Theoretical Observational Mail=TOM, Descriptive=D, Qualitative semi-structured interviews=QSSI, Descriptive Questionnaire=DQ, Multisite randomized controlled trial=MRCT, Randomized controlled trials=RCT, Qualitative interviews=QI, Systematic review=SR, qualitative studies=QS, A meta-analysis=MA, cross sectional quantitative on line survey=CSQS, Cross sectional study (Questionnaires)=CSS,A qualitative focus group study=QFGS ,Questionnaires pre-post test by Paired T-Test=PTT, Discussion Paper=DP, Observational Study=OS, Quazi-Experimental=QE, Critical Review=CR

| | | | | | |
|--|-----------|-----------|---|---|--|
| Stamler, (1998) | 7 | QSSI | Συμμετοχή του συζύγου. Μη προετοιμασία απρόσμενων καταστάσεων | Συμμετοχή συντρόφου/συζύγου (στο 74% των εγκύων) | Το πρόγραμμα βοήθησε στην αποφυγή μη επιθυμητών/απρόσμενων καταστάσεων |
| Duncan et al., (2017) | | RCT | Ενίσχυση μητρικής ψυχικής υγείας, μείωση κατάθλιψης μεταγεννητικά | Υποστήριξη συζύγου, ενίσχυση δεσμού του ζευγαριού, αύξηση αυτοφροντίδας | |
| Smedley, (1999) | 127 | DQ | Ανάγκη για γνώση και συμβουλευτική (γονεϊκότητα) | | Ανάγκη διαθέσιμου χρόνου υποβολής ερωτήσεων |
| Hanson et al., (2009) | | CR | Μη επαρκής μελέτη της ΠΕ. Έμφαση στις φυσικές ανάγκες και στους κινδύνους. Οι ΕΥ αναγνωρίζουν τις επιθυμίες των εγκύων | | Οι εκπαιδευμένοι ΕΥ αναγνωρίζουν τις ανάγκες των εγκύων, προσαρμόζουν το περιεχόμενο (guidelines, κοινό, αριθμό). Ανάγκη των ΕΥ για επιπλέον κατάρτιση/εμπειρία/τεχνικές διδασκαλίας |
| Thassri et al., (2000); Setyaningsih and Zakiyah, (2019) | 214 20 | QI PTT | Η ΠΕ ²² αποτρέπει ανεπιθύμητες επιπλοκές. Διαφορά στη γνώση πριν/μετά. Προτίμηση μικρών ομάδων. 82,35% μη παρακολούθηση, 17,65% ναι. | Η ΠΕ βοήθησε στην αποφυγή μη επιθυμητών καταστάσεων. Το 55,6% των εγκύων μη παρακολούθησε ΠΕ ποτέ | |
| Fox, (2011) | | SR (13) | Προτίμηση μικρών ομάδων/Τηλεκπαίδευσης. | Προτίμηση μικρών ομάδων/Τηλεκπαίδευσης | |
| Brixval et al., (2014) | | MA | Αποτελεσματικότητα ΠΕ σε μικρές ομάδες υπό διερεύνηση. | | |
| Ickovics et al., (2007) | 1047 | MRCT | Ομαδικές συνεδρίες-Θετικά περιγεννητικά αποτελέσματα | Προτίμηση ομαδικών συνεδριών | |
| Martinez & Delgado, (2013) | | OS | Περαιτέρω γνώση στη νεογνική φροντίδα | Δεν βρέθηκαν ομοιότητες | Δεν βρέθηκαν διαφορές |
| Pilcher & Hughes, (2014) | | QFGS | Επιθυμία για ευέλικτα προγράμματα. Συνέχιση από ίδιο εκπαιδευτή. | Ανάγκη γραμματειακής υποστήριξης, 24ωρης τηλεφωνικής συμβουλευτικής | |
| Frazer et al., (2015); Ledford et al., (2016) | | DP RCT | Χρήση τηλεκπαίδευσης/εφαρμογών text message. Επάρκεια ΕΥ σε τεχνικές γνώσεις | Υψηλή προτίμηση διαδικτυακής διδασκαλίας | Χαμηλή προτίμηση εφαρμογών κινητής τηλεφωνίας (text message) |
| Kovala, Cramp and Xia, (2016) | 204 | DS | Διδασκαλία κατά πρόσωπο (47,5%), διαδικτυακή (6,6%), συνδυασμό(37%). Επιθυμία για ίδιο εκπαιδευτή. | | Υψηλή προτίμηση διαδικτυακής διδασκαλίας |
| Entsieh & Hallstrom, (2016) | | SR | Αναζήτηση ακρόασης εμπειριών (πρωτοτόκες) | Έκφραση εμπειριών (πολυτόκες) | |
| Sercekus & Bakale, (2016) | | QE | Μείωση του φόβου, αύξηση αυτό-ενδυνάμωσης. Ενίσχυση του περιεχομένου της ΠΕ. | Μείωση του στρες, ετοιμότητα ανταπόκρισης στο ρόλο τους | Υψηλή ικανοποίηση από τις εκπαιδευτριες/επάρκεια σε γνώσεις από το πρόγραμμα. |
| Kacperczyk-Bartnik et al., (2019) | 147 | CSS | Ανταποκρισιμότητα στον τοκετό | Μείωση του άγχους, ετοιμότητα ανταπόκρισης στο ρόλο τους | |
| Bechelmayer, (1995) | 35 | PPQE | Σημαντική στατιστική διαφορά στη μείωση του άγχους | | |
| Fisher et al., (2012) | | QFGS | Ενίσχυση λήψης αποφάσεων | Γνώση, ενδυνάμωση | |
| Munro et al., (2017) | 40 | QFGS | Χαμηλό εισόδημα-λίγες πιθανότητες παρακολούθησης. Δίδεται σημασία στην (πρόσβαση-συγκοινωνία) (μετακίνηση σε άλλες κοινότητες) | Αυξημένη ικανοποίηση (πρόσβαση στο νοσοκομείο) | Χαμηλή ικανοποίηση (πρόσβαση, υποδομή κτηρίου) |

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ομοιότητες και διαφορές από άλλες, υποδηλώνοντας ότι στο πέρασμα του χρόνου οι ανάγκες και οι προτιμήσεις των γυναικών διαφοροποιούνται.

²²Προγεννητική Εκπαίδευση

Συνοπτικά, αναφορικά με ομοιότητες της παρούσας έρευνας με άλλες, αποτελεί η προτίμηση των εγκύων για Προγεννητική Εκπαίδευση σε μικρές ομάδες ατόμων και ομαδικές συνεδρίες ενώ διακρίνεται εξαιρετικά υψηλός ο βαθμός προτίμησης τηλεεκπαίδευσης (online lessons) (Fox, 2011; Ickovics et al., 2007; Frazer et al., 2015; Ledford et al., 2016). Επιπλέον, οι ερωτηθείσες με υψηλό και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν υψηλή ικανοποίηση από την διαδικασία της μάθησης, με τη διαφορά ότι οι έγκυες με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο υποδεικνύουν ικανοποίηση από την επικοινωνία με το Τμήμα ενώ αυτές με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, με τις ληφθείσες πληροφορίες (Hulka et al., 1971; Kane, Maciejewski and Finch, 1997; Anderson and Zimmerman, 1993). Ακόμη, τα νεαρά άτομα εκφράζουν υψηλή ικανοποίηση για τη διαδικασία μάθησης και τις πληροφορίες που έλαβαν (Kane, Maciejewski and Finch, 1997) και χαμηλή ικανοποίηση, ιδιαίτερα για το περιβάλλον και την επικοινωνία (Esteban de la Rosa, 1994) ενώ οι μεγαλύτερες ηλικίες γυναικών αναφέρουν υψηλή ικανοποίηση σχετικά με τις ληφθείσες πληροφορίες (συμβουλευτική) (Baker, 1996).

Επίσης, στο 74% των εγκύων διαπιστώθηκε η συμμετοχή συντρόφου/συζύγου στα μαθήματα (Stamler, 1998; Duncan et al., 2017) ενώ η πλειονότητα των επιτόκων αναφέρει τη μη συμμετοχή τους σε παρόμοια προγράμματα (Setyaningsih and Zakiyah, 2019). Αναγνωρίζεται η ανάγκη γραμματειακής υποστήριξης και 24ωρης συμβουλευτικής (Pilcher and Hughes, 2014). Στην παρούσα έρευνα η πλειονότητα των συμμετεχουσών εξέφρασε μείωση του άγχους, αίσθηση ετοιμότητας να ανταποκριθούν στο ρόλο τους (Bechelmayer, 1995; Kasperczyk-Bartnik et al., 2019; Sercekus and Bakale, 2016; Fisher et al., 2012) και αποφυγή μη επιθυμητών καταστάσεων (Thassri et al., 2000; Setyaningsih and Zakiyah, 2019), κατά την παρακολούθηση του Προγράμματος. Τέλος, παρουσιάζεται ότι οι εκπαιδευτρίες κρίνονται ενθαρρυντικές και πρόθυμες να ικανοποιήσουν τις ανάγκες και προσδοκίες των εγκύων (Ware et al., 1975).

Οι διαφορές με ανάλογες έρευνες έγκειται στο ότι στην παρούσα έρευνα διακρίνεται υψηλός ο βαθμός προτίμησης στην τηλεεκπαίδευση και λιγότερο σε διδασκαλία κατά πρόσωπο ή διαλέξεις (Kovalá, Cramp and Xia, 2016; Begeer and Beaman, 1996). Αναγνωρίζεται η μέτρια ικανοποίηση σχετικά με την ευκολία και αμεσότητα διεκπεραίωσης των συναντήσεων (Campbell, 1994), με την πρόσβαση (Steven and Douglas, 1988) και η ανάγκη όχι για περισσότερη γνώση αλλά διαθέσιμου χρόνου υποβολής ερωτήσεων (Smedley, 1999). Επίσης, διαπιστώνεται ότι οι ερωτηθείσες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν χαμηλή ικανοποίηση αναφορικά με το περιβάλλον και την επικοινωνία με το Τμήμα (Anderson and Zimmerman, 1993) ενώ αυτές με υψηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν χαμηλή

ικανοποίηση από το περιβάλλον του χώρου και μέτρια ικανοποίηση από τις ληφθείσες πληροφορίες (Hulka et al., 1971; Esteban de la Rosa, 1994). Ακόμη, παρουσιάζεται ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας έγκυες εκφράζουν υψηλή ικανοποίηση σχετικά με τη διαδικασία της μάθησης και τις ληφθείσες πληροφορίες (Bertakis, Roter and Putnam, 1991). Τέλος, προσδιορίζεται η μεγάλη συμμετοχή παρακολούθησης των εγκύων στο Πρόγραμμα παρόλο το χαμηλό οικονομικό επίπεδο (Jonston-Robledo, 1998).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η διερεύνηση της επίδρασης των προγεννητικών μαθημάτων στον τοκετό και την μεταγεννητική περίοδο υπήρξε πάντα στη σφαίρα του ενδιαφέροντος των μαιών, οι οποίες εργάζονται στην Αίθουσα Τοκετών. Εντούτοις διαπιστώθηκε, έπειτα από βιβλιογραφική ανασκόπηση, η ύπαρξη αρκετών μελετών με παρόμοια θεματολογία.

Η γυναίκα που κυοφορεί δεν έγκειται μόνο σε μια οντότητα που ανυπομονεί για τη μετάβασή της στη μητρότητα. Είναι παράλληλα μια ανθρώπινη ύπαρξη με συγκεκριμένες αντιλήψεις, πεποιθήσεις, ιδεολογικό υπόβαθρο και κουλτούρα. Επιπλέον, η κάθε γυναίκα έχει διαμορφώσει τη προσωπική της υπόσταση αναφορικά με τη μόρφωση, την ηλικία, τον τόπο διαμονής, το οικονομικό της προφίλ και τα κατάλοιπα από τα χρόνια εμπειριών της. Στην παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρείται η αξιολόγηση ενός προγράμματος Προγεννητικής Αγωγής οργανωσιακά και λειτουργικά σε ένα δημόσιο νοσοκομείο και ο βαθμός ικανοποίησης των εγκύων γυναικών από το πρόγραμμα αυτό.

Από την παρούσα έρευνα διαπιστώνεται ότι το Πρόγραμμα Προετοιμασίας Νέων Γονέων στο δημόσιο νοσοκομείο ΓΝΘ Ιπποκράτειο αναδεικνύει την παροχή ποιοτικής πληροφόρησης και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των εγκύων που το παρακολουθούν. Εντούτοις, δύνανται να υπάρξουν βελτιωτικές ενέργειες για υψηλότερη αποτελεσματικότητα. Παράλληλα η μέτρια ικανοποίηση των συμμετεχουσών στην έρευνα, από το Τμήμα και το περιβάλλον του, προβάλλει την αναγκαιότητα τροποποίησης αυτών. Κρίνεται απαραίτητη η οργάνωση και στελέχωση παρόμοιων προγραμμάτων από φορείς της Δημόσιας Υγείας σε νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα.

Εν συνεχεία, σύμφωνα με την επιθυμία των συμμετεχουσών στην έρευνα για τηλεκπαίδευση (online lessons) και αναγνωρίζοντας την, ως ένα σύγχρονο εργαλείο μάθησης, προτείνεται η λειτουργία προγεννητικών διαδικτυακών μαθημάτων στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο. Παράλληλα απαιτείται η αναβάθμιση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού, στην οποία θα συνδράμουν η διοίκηση του νοσοκομείου και το Τμήμα Πληροφορικής.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί, η αναγκαιότητα δημιουργίας γραμματειακής υποστήριξης του τμήματος Προγεννητικής Αγωγής προκειμένου να διεκπεραιώνεται η βέλτιστη επικοινωνία εκπαιδευτών-εκπαιδευόμενων. Ταυτόχρονα αναγνωρίζεται η χρησιμότητα 24ωρης τηλεφωνικής υποστήριξης από ΕΥ, ώστε να πραγματοποιείται η επίλυση απλών ερωτήσεων και αποριών, αποφεύγοντας τον συνωστισμό στα επείγοντα των νοσοκομείων.

Η κατάλληλη διαμόρφωση του χώρου των μαθημάτων ως πιο φιλική στη μητρότητα, κρίνεται επιβεβλημένη προκειμένου να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον ήρεμο, προσιτό και ταιριαστό σε μελλοντικούς γονείς.

Η ύπαρξη σεβασμού σε έγκυες γυναίκες με διαφορετικότητα (πχ με ψυχολογικά προβλήματα, ογκολογικές ασθένειες, αναπηρίες, χρήστριες ναρκωτικών ουσιών, άγαμες, ανήλικες, με βίωμα απώλειας εμβρύου ή νεογνού, μετά από υιοθεσία νεογνού, κακοποίηση, με διάγνωση διαφορετικότητας στη σεξουαλική ταυτότητα), οι οποίες επιθυμούν ένα παιδί, αναγνωρίζει την ανάγκη δημιουργίας προγραμμάτων προγεννητικής εκπαίδευσης διαφορετικών από τα συνηθισμένα, όπως είθισται στο εξωτερικό. Εν τούτοις, απαιτείται η δημιουργία προϋποθέσεων για την εκπλήρωση των προσδοκιών τους και την παροχή ποιότητας ζωής.

Εν συνεχεία, αναγνωρίζεται η ύπαρξη αναγκαιότητας ξεχωριστών μαθημάτων πριν την σύλληψη, ειδικά για νέα ζευγάρια, ως στρατηγική αποτελεσματικής προγεννητικής εκπαίδευσης (Svensson, Barclay and Cooke, 2008). Η χρησιμότητα της ύπαρξης προγραμμάτων για γυναίκες και η ενημέρωση αυτών που επιθυμούν μια μελλοντική εγκυμοσύνη (προγεννητικό έλεγχο, σύλληψη), θεωρείται αναγκαία. Ως αποτέλεσμα έγκειται ο περιορισμός ενδεχόμενων επιπλοκών κατά τη διάρκεια του 1^{ου} τριμήνου (πχ αποβολές) και η αύξηση γεννήσεων.

Επιπλέον, οι ερευνητές και οι υπεύθυνοι χάραξης της πολιτικής υγείας είναι απαραίτητο να αναλογιστούν τη δομή των μαθημάτων προγεννητικής αγωγής, ώστε αυτή να αρχίζει κατά την κύηση όπως υφίσταται, με τη διαφορά να συνεχίζει και στη περίοδο της λοχείας με κατ'οίκον επισκέψεις και την παροχή οργανωμένων υπηρεσιών υποστήριξης στη λεχωίδα και το νεογνό. Η επιτυχία της οργάνωσης ενός προγράμματος Προγεννητικής Εκπαίδευσης δεν υφίσταται μόνο στην πληροφόρηση και ενημέρωση, αλλά και στην ενίσχυση, τόσο κατά την διάρκεια του προγράμματος όσο και μετέπειτα, στην περίοδο της λοχείας με συνέχεια της φροντίδας.

Τέλος, η θέρμη για την έγκυο γυναίκα, τη Μαιευτική, το λειτούργημα της Μαίας και το βέλτιστο προς αυτές είναι το κίνητρο αυτής της μελέτης. Η μαία, η οποία παλαιόθεν υπήρξε

υποστηρικτής, συνοδοιπόρος και οδηγός της εγκύου, οφείλει να σταθεί για ακόμα μια φορά πλάι της και να της προσφέρει ένα οργανωμένο πρόγραμμα μαθημάτων Προγεννητικής Εκπαίδευσης σε ένα κατάλληλο λειτουργικά και σωστό δομικά διαμορφωμένο περιβάλλον σε οργανωμένες δομές υγείας, διασφαλίζοντας την ποιότητα σε όλους τους τομείς της Προγεννητικής Εκπαίδευσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασίου, Κ., (1995). Αγωγή Υγείας. *Η Λέσχη των Εκπαιδευτικών*. Τεύχος 9, σελ.15-18.
- Αντεριώτη, Π. και Αντωνίου, Α., (2014). Ικανοποίηση ασθενών από την φροντίδα υγείας. *Περιεχειριτική Νοσηλευτική*, 1(1), σελ.62-68.
- Γείτονα, Μ., Καρόκης, Α., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σισσούρας, Α. και Υφαντόπουλος, Γ., (2004). *Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και την φροντίδα υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Γκούβρα, Κ., Κυρίδης, Α. και Μαυρικάκη, Ε., (2005). *Αγωγή Υγείας και σχολείο: Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Γούλα, Α., Κέφης, Β., Δημάκου, Σ., Πιερράκος, Γ. και Σαρρής, Μ., (2014). Οργανωσιακή Αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο. Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 3(5), σελ.583-590.
- Δαρβίρη, Χ., (2007). *Προαγωγή της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. και Χλέτσος, Μ., (1999). *Βασικές αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Ζαβλανός, Μ., (2002). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη.
- Ζυμβρακάκη, Ε., (1996). Ζητήματα θεωρίας και μεθόδου στην επιστήμη της Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, Τεύχος 89, σελ.30-34.
- Ηλιάδου, Μ. και Μαρόκα, Ε., (2014). Η επιρροή της ψυχοσωματικής κατάστασης της εγκύου στην ψυχολογία του εμβρύου. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(3), σελ.225-234.
- Θανασάς, Ι. και Χαραλάμπους, Μ., (2016α). Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Επιστημονικά Χρονικά*, 21(2), σελ.158-170.
- Θανασάς, Ι. και Χαραλάμπους, Μ., (2016β). Η Επικοινωνία στις μονάδες/οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. *Επιστημονικά χρονικά*, 21(3), σελ.256-267.
- Θεοδοσοπούλου, Ε. και Ραφτόπουλος, Β., (2002). Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. *Περιεχειριτική Νοσηλευτική*, Τόμος 41, Τεύχος 1, Αθήνα.
- Ιωαννίδη, Β., (2003). *Η Αγωγή Υγείας ως μέσο γνώσεων, αξιών και δεξιοτήτων στη σύγχρονη εκπαιδευτική πραγματικότητα*. Πρακτικά 2^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης. Αθήνα, σελ.490-496.

- Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α. και Μάντη, Π., (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιωτικές και προκλήσεις-Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές*. Τόμος Α. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Καλογεροπούλου, Μ. και Μουρδουκούτας, Π., (2007). *Υπηρεσίες Υγείας, Συστήματα, Χρηματοδότηση, Αγορά*. Τόμος Α. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Καριώτης, Π., (1992). *Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας και Βιοιατρική Τεχνολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Euroclinica.
- Κοσμάτος, Δ., (2004). *Διαχείριση πελατειακών σχέσεων*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Κοτσαγιώργη, Ι. και Γκέκα, Κ., (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(4), σελ.398-408.
- Κουράκος, Μ. και Κανκιά, Θ., (2019). Οργανωσιακή κουλτούρα: Η σημασία της για τους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(3), σελ.312-319.
- Κουρέα-Κρεμαστινού, Τ., (2007). *Δημόσια Υγεία (Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές)*. Αθήνα: Εκδόσεις Τεχνόγραμμα.
- Κυριόπουλος, Γ., (2003). *Εισαγωγή στα Οικονομικά της Υγείας*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις ΕΠΕ.
- Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Δημολιάτης, Γ., Μερκούρης, Μ., Οικονόμου Χ., Τσάκος, Γ., Φιλαλήθης, Α. και ομάδα εργασίας, (2000). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(4), σελ.169-188 διαθέσιμο σε: www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias (ανακτήθηκε 29-02-2020).
- Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε. και Γείτονα, Μ., (1999), *Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω*. Αθήνα: Εκδόσεις Εξάντας.
- Λαλούμης, Δ., (2015). *Θεωρητική Προσέγγιση της οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων* [Κεφάλαιο Συγγράμματος στο: Λαλούμης, Δ., (2015). *Διοίκηση Τουριστικών Επιχειρήσεων* [ηλεκτρ. βιβλίο] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Εκδόσεις Κάλλιπος. Κεφ.3. σελ.47-56. διαθέσιμο σε: <http://hdl.handle.net/11419/5286> (ανακτήθηκε 12/12/19).
- Λιαρόπουλος, Λ., (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Τόμος Α. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Λιαρόπουλος, Λ., (2010). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Διεθνή Συστήματα Υγείας*. Τόμος Β. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Λιονής, Χ. και Μερκούρης, Μ., (2000). Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Κεφ.12, σελ.7-9.

- Μαρνέρας, Χ. και Αλμπάνη, Ε., (2010). Συμβουλευτική και Σχεδιασμός Προγράμματος Αγωγής Υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης: Ο Ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 2(3), σελ.76-80.
- Μερκούρης, Α., (2008). *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Εκδόσεις Έλλην.
- Μπουραντάς, Δ., (1992). *Μάνατζμεντ. Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά: Η επιστημονική βάση του Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Team.
- Μπουραντάς, Δ., (2002). *Μάνατζμεντ. Θεωρητικό Υπόβαθρο, Σύγχρονες Πρακτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
- Μπουρής, Ι., (2008). *Γενικές Αρχές της Οργάνωσης και Διοίκησης της Εκπαίδευσης*. Υπόεργο 3: Προγράμματα Επιμόρφωσης Στελεχών Διοίκησης της Εκπαίδευσης. Αθήνα διαθέσιμο σε: <http://repository.edull.gr/1297> (ανακτήθηκε 12/10/19).
- Μπουρσανίδης, Χ., (1991). *Συστήματα Υγείας*. Σημειώσεις ΤΕΙ. Αθήνα.
- Μπουρσανίδης, Χ., (1993). *Ανάλυση Συστημάτων και Πολιτική Υγείας*. Διδακτικές Σημειώσεις. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Οικονόμου, Χ., (2005). *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος, σελ.235-236.
- Οικονόμου, Χ., (2012). *Βασικές αντιλήψεις, μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας*. Δεύτερο μέρος. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας/ΓΣΕΕ διαθέσιμο σε: <https://www.inegsee.gr/ekdosi/vasikew-antilipsis-montela-ke-metaschimatismi-tou-kratous-pronias-me-emfasi-sta-sistimata-igias/?hide-hf=true%5C> (ανακτήθηκε 12/03/20).
- Παπαγεωργίου, Γ. και Μπίζας, Λ., (2013). Αλληλεξάρτηση υγείας και κοινωνίας. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), σελ.12-20.
- Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν., (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), σελ.480-488.
- Παπανικολάου, Β., (2007). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές-Μέθοδοι και Εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Περάκη, Β., (1994). Αγωγή Υγείας, ένα όπλο στη μάχη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου: Ο ρόλος του σχολείου. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, Τεύχος 76, σελ.23-28.
- Πετρίδου, Ε., (2001). *Διοίκηση-Μάνατζμεντ: Μια Εισαγωγική Προσέγγιση*. 2^η Επιμέλεια. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζυγός.

Πετσετάκη, Ε., (2000). Εξασφάλιση Ποιότητας Φροντίδας στις Υπηρεσίες. *Κοινωνία, οικονομία και Υγεία*, 2(4), σελ.13-25.

Πολύζος, Ν. και Υφαντόπουλος, Ι., (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6), σελ.627-639.

Πολύζος, Ν., (2014). *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Πολυκανδριώτη, Μ., (2011). Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(4), σελ.439-440.

Πρέκας, Ε., Σαράφης, Π. και Μαλλιάρου Μ., (2019). Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών φυσιοθεραπείας στο τμήμα Φυσικής Ιατρικής του γενικού νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 18(1), σελ.76-98.

Ραφτόπουλος, Β., (2002). *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: ΕΚΠΑ.

Σαρμανιώτης, Χ., (2012). *Μάνατζμεντ: Μια ολοκληρωμένη Προσέγγιση*. Εκδόσεις Μάρκου και Σία Ε.Ε.

Σιγάλας, Ι. και Κουτούζης, Μ., (1999). *Ο σχεδιασμός- προγραμματισμός σε έναν οργανισμό*, Στο: Δικαίος, Κ. και συν., (1999). *Βασικές αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ.113-140.

Τερζόπουλος, Β. και Σαράφης, Π., (2012). Η γενική κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σήμερα. Δείκτες και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η συμβολή της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και της αγωγής υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5(2), σελ.15-25.

Τούντας, Γ., (1987). Μεθοδολογία Αγωγής Υγείας. Μέθοδοι αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς. *Materia Medica Greca*, 15(3), σελ.197-201.

Τούντας, Γ., (1988). Μεθοδολογία Αγωγής Υγείας. Μέθοδοι Επικοινωνίας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 5(2), σελ.166-170.

Τούντας, Γ., (2000). Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(4), σελ.351-354.

Τούντας, Γ., (2002). Αγωγή και Προαγωγή Υγείας: Προαγωγή Υγείας. *Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών*. [ηλεκτρ.σελ.] διαθέσιμο σε: http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubASPIS/Αγωγή_και_Προαγωγή.htm (ανακτήθηκε 03-01-20).

Τούντας, Γ., Δημητρακάκης, Χ., Bollars, C., Van de Broucke, S., Kok, H. και Molleman, G., (2007). Αξιολόγηση της ποιότητας των προγραμμάτων προαγωγής υγείας: Το Ευρωπαϊκό εργαλείο EQUIHP. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), σελ.79-88.

Τούντας, Γ. και Φρισήρας, Σ., (1998). Κοινωνία και Υγεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 15(6), σελ.593-599.

Τσακλάγκανος, Α., (1999). *Εισαγωγή στην Οικονομική των Επιχειρήσεων*. Εκδόσεις Αφοί Κυριακίδη ΑΕ.

Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων (2010). Ν. 3879/2010, ΦΕΚ 163/Α/21-9-2010. Ανάπτυξη της Δια Βίου Μάθησης και Λοιπές Διατάξεις. [ηλεκτρ.σελ.] διαθέσιμο σε: www.e-nomothesia.gr/kat-ekpraideuse/n-3879-2010.html (ανακτήθηκε 12-12-19).

Υπουργείο Υγείας (2017). Ν. 4486/2017-ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017 (Κωδικοποιημένος), Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Άρθρο 12. *Αναβάθμιση της Μαιευτικής Φροντίδας στην Π.Φ.Υ.* [ηλεκτρ.σελ.] διαθέσιμο σε: www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4486-2017-fek-115a-7-8-2017.html (ανακτήθηκε 12-11-19).

Υπουργείο Υγείας (2019). *Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019-2022*. [pdf] ΕΣΔΥ σελ.5-9 διαθέσιμο σε: www.moh.gov.gr/6237-ethniko-sxedio-drashs-gia-thn-dhmosia-ygeia (ανακτήθηκε 15-07-20).

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aharony, L. and Strasser, S., (1993). Patient Satisfaction: What we Know about What we Still Need to Explore. *Medical Care Review*, [e-journal] 50(1), pp.49-79 διαθέσιμο σε: <https://doi.org/10.1177/002570879305000104> (ανακτήθηκε 20-02-20).

Ahldén, I., Ahlehagen, S., Dahlgren, L. and Josefsson, A., (2012). Parents' expectations about participating in prenatal parenthood education classes. *The Journal of Perinatal Education*, [e-journal] 21(1), pp.12-17 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1891/1058-1243.21.1.11> (ανακτήθηκε 12-12-19).

Al-Abri, R. and Al- Balushi, A., (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), pp.3-7.

Alexander, G. and Kotelchuck, M., (2001). Assessing the Role and Effectiveness of Prenatal Care: History, Challenges and Directions for Future Research. *Public Health Reports*, 116(4), pp.306-316.

Alok Kumar, R., (2012). *Customer Relationship Management: Concepts and Cases*. 2nd ed. PHI.

American Pregnancy Association (n.d.). *Childbirth education classes*. [pdf] διαθέσιμο σε: <http://americanpregnancy.org/labor-and-birth/childbirth-education-classes/> (ανακτήθηκε 27-02-20).

Anderson, E., Fornell, C. and Lehmann, D., (1994). Customer Satisfaction, market share and profitability: findings from Sweden. *The Journal of Marketing*, 58(3), pp.53-66.

Anderson, L. and Zimmerman, M., (1993). Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management. *Patient Educ Counsel*, Vol.20, pp.27–36. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Association of Nova Scotia Midwives. (2018). About Midwifery. [online] διαθέσιμο σε: <http://www.novascotiamidwives.ca/about-midwifery/> (ανακτήθηκε 13-10-19).

Ateah, C., (2013). Prenatal parent education for first-time expectant parents: “Making it through labor is just the beginning...”. *Journal of Pediatric Health Care*, [e-journal] 27(2), pp.91-97 διαθέσιμο σε: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.06.019> (ανακτήθηκε 12-02-20).

Australian Government (2020). Maternity Services and Stillbirth Prevention. [online] διαθέσιμο σε: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/pacd-pdb-maternity> (ανακτήθηκε 05-03-20).

Bahrami, N., Simbar, M. and Bahrami, S. (2013). The effect of prenatal education on mother’s quality of life during first year postpartum among Iranian women: A randomized controlled trial. *International Journal of Fertility & Sterility*, 7(3), pp.169-174 διαθέσιμο σε: <http://www.ijfs.ir/> (ανακτήθηκε 21-11-19).

Baker, R., (1996). Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients’ satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract*, Vol.46, pp.601-615. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Barman, B., Saha, J. and Chouhan, P., (2020). Impact of education on the utilization of maternal health care services: An investigation from National Family Health Survey (2015-2016) in India. *Children and Youth Services Review*, [e-journal] Vol.108 διαθέσιμο σε: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104642> (ανακτήθηκε 12-11-19).

Bechelmayer, P., (1995). The effect of Lamaze childbirth preparation on anxiety. *The Journal of Perinatal Education*, [e-journal] 4(2), pp.15–19. In: Koehn, M., (2002). Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11(3), pp.10-19.

Beger, D. and Beaman, M. (1996). Childbirth education curriculum: An analysis of parent and educator choices. *The Journal of Perinatal Education*, [e-journal] 5(4), 29–35. In: Koehn, M., (2002). Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11(3), pp.10-19.

Benediktsson, I., McDonald, S., Vekved, M., McNeil, D., Dolan, S. and Tough, S., (2013). Comparing Centering Pregnancy to Standard Prenatal Care Plus Prenatal Education. *Pregnancy and Childbirth. BioMed Centrals Journals*, [e-journal] 13(1), article number S5 διαθέσιμο σε: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S5> (ανακτήθηκε 13-02-20).

Berry, L. and Mirabito, A., (2011). Partnering Prevention with Workplace Health Promotion Programs. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), pp.335-337.

Bertakis, K., Roter, D. and Putnam, S., (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract*, Vol.32, pp.175–181. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Best Start by Health Nexus. (2014). *The delivery of prenatal education in Ontario: A summary of research findings*. [pdf] Toronto, Ontario: Canada διαθέσιμο σε: http://www.beststart.org/resources/rep_health/BSRC_Prenatal_Summary_fnl.pdf (ανακτήθηκε 11-10-19).

Best Start by Health Nexus. (2019). (Updated) *The delivery of prenatal education in Ontario: A summary of research findings (2017-2018)*. [pdf] Toronto, Ontario: Canada διαθέσιμο σε: <https://resources.beststart.org/wp-content/uploads/2015/01/F15-E.pdf> (ανακτήθηκε 28-07-20).

Best Start Resource Centre. (2015). *Abuse in Pregnancy: Information and Strategies for Prenatal Education*. [pdf] Toronto, Ontario: Canada διαθέσιμο σε: <https://resources.beststart.org/product/h04e-abuse-in-pregnancy-prenatal-educator-booklet/> (ανακτήθηκε 19-11-19).

Bhadran, D., Prabhu A. and Juliet, A., (2019). Effectiveness of Prenatal Classes During Third Trimester to Reduce Anxiety Level and to Improve Birth-Preparedness among Primigravid Women. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(9), pp.414-418.

Blachnio, M., Dmoch-Gajzlerska, E. and Bednarczyk, M., (2019). The Influence of Structured Prenatal Education on the use of Specialist Lactation Counseling in Case of Difficulties. *Developmental Period Medicine*, 23(4), pp.216-226.

Brixval, C., Axelsen, S., Andersen, S., Due, P. and Koushede, V., (2014). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes: a systematic review and meta-

analysis protocol. *Systematic reviews*, [e-journal] 3(12) διαθέσιμο σε: <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-12> (ανακτήθηκε 13-11-19).

Bryman, A., (2016). *Social research methods*. Oxford: University press.

Campbell, J., (1994). General practitioner appointment systems, patient satisfaction, and use of accident and emergency services: a study in one geographical area. *Fam Pract*, Vol.11, pp.438–445. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Canadian Broadcasting Corporation News, (2014). *Prenatal classes in Nova Scotia replaced by website*. [online] διαθέσιμο σε: <http://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/prenatal-classes-in-nova-scotia-replaced-by-website> (ανακτήθηκε 12-10-19).

Carr Hill, R., (1992). The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), pp.236-249 διαθέσιμο σε: www.ncbi.nlm.nih.gov (ανακτήθηκε 22-03-20).

Carroli, G., Roney, C. and Villar, J., (2001). How Effective Is Antenatal Care in Preventing Maternal Mortality and Serious Morbidity. An Overview of the Evidence. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(1), pp.1-42.

Centering Pregnancy (n.d) διαθέσιμο σε: www.centeringhealthcare.org (ανακτήθηκε 12-02-20).

Childbirth and Parenting Educators of Australia. (2017). Expectant and new parents. [online] (CAPEA) Victoria διαθέσιμο σε: <https://www.ca pea.org.au/Resources/Expectant-Mothers> (ανακτήθηκε 05-03-20).

Childbirth Education (n.d) διαθέσιμο σε <https://www.encyclopedia.com/medicine/encyclopedia-almanacs-transcripts-and-maps/children-education> (ανακτήθηκε 15-03-20).

Cronin, J., Brady, M. and Hult, G., (2000). Assessing the effects of quality, value and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), pp.193-218.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Davies, M. and Macdowall, W., (2006). *Health Promotion Theory: Understanding Public Health*. [e-book] London: Open University Press διαθέσιμο σε: Google Books <http://booksgoogle.com> (ανακτήθηκε 14-04-20).

Dean, R. and Grizzle, R. (2011). *Prenatal Development Encyclopedia of Child Behavior and Development*, [e-journal] διαθέσιμο σε: https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9_2222 (ανακτήθηκε 21-02-20).

Deschamps, J. and Nayak, P., (1995). *Product juggernauts: How companies mobilize to generate astream of market winners*. London: Harvard School Press.

Dignity Health Central California (n.d). [online] διαθέσιμο σε: <https://www.dignityhealth.org/central-california/services/maternity/pregnancy/childbirth-classes> (ανακτήθηκε 18-02-20).

Dolan, T., (2016). Our three children. *The Journal of Perinatal Education*, 25(3), p.1.

Donabedian, A., (1980). Quality assessment and assurance: Unit of propose diversity of means. *Inquiry*, 25(11), pp.173-192.

Donabedian, A., (1988). The Quality of Care: How can it be assessed? *The Journal of American Medical Association*, 260(12), pp.1743-1748.

Donabedian, A., (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114(11), pp.1115-1118.

Downie, R., Fyfe, C. and Tannahill, A., (1990). *Health Promotion Models and Values*. Oxford: Oxford Medical Publications.

Dragonas, T. and Christodoulou, G., (1998). Prenatal Care. *Clinical Psychology Review*, 18(2), pp.127-142.

Drew, C., Hardman, M. and Hosp, J., (2008). Quantitative research methodologies. *Simulation*, 6(1).

Duncan, L., Cohn, M., Chao, M., Cook, J., Riccobono, J. and Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy & Childbirth*, [e-journal] Vol.17, pp.1-11 διαθέσιμο σε: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1319-3>. In: Queensland Health, (2018). *Recommendations for antenatal education: Content, development and delivery: Clinical Excellence Division*. [pdf] Queensland: State of Queensland διαθέσιμο σε: <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/maternity-service-improvement/recommendations-antenatal-education.pdf>(ανακτήθηκε24-08-20).

Entsieh, A. and Hallstrom, I. (2016). First time parents' prenatal needs for early parenthood preparation: A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, [e-journal] Vol.39, pp.1-11 διαθέσιμο σε: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27321714/>. In: Queensland Health,

(2018). *Recommendations for antenatal education: Content, development and delivery: Clinical Excellence Division*. [pdf] Queensland: State of Queensland διαθέσιμο σε: <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/maternity-service-improvement/recommendations-antenatal-education.pdf>(ανακτήθηκε24-08-20).

Ernst, E., (1994). Health care reform as an ongoing process. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 23(2), pp.129-138.

Esteban de la Rosa, M., Esther Ruiz Ruiz, M., Garcia Calvo, I., Torres Garcia, L. and Fernandez Cuesta, E., (1994). Patient satisfaction conditioning factors. *Rev Enferm*, Vol.17, pp.32–39. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Ewles, L. and Simnett, I., (2011). *Προάγοντας την υγεία: Ένας πρακτικός οδηγός*. (Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Μεράκου, Α., Μπαρμπούνη, Κ. και Κουρέα-Κρεμαστινού, Τ.,) Αθήνα, Πασχαλίδης ΑΕ.

Fedant (Federation of Antenatal Educators) Parents Survey. (2011). [online] διαθέσιμο σε: www.fedant.org/survey/survey.php (ανακτήθηκε 22-10-19).

Ferdous, J., (2016). Organization theories: From Classical Perspective. *International Journal of Business, Economics and Law*. [pdf] 9(2), pp.1-6 διαθέσιμο σε: http://ijbel.com/wp-content/uploads/2016/05/K9_11.pdf (ανακτήθηκε 24-08-20).

Fisher, C., Hauck, Y., Bayes, S. and Byme, J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12(1), pp. 126-135. In: Queensland Health, (2018). *Recommendations for antenatal education: Content, development and delivery: Clinical Excellence Division*. [pdf] Queensland: State of Queensland διαθέσιμο σε: <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/maternity-service-improvement/recommendations-antenatal-education.pdf>(ανακτήθηκε 24-08-20).

Folland, S., Goodman, A. and Stano, M., (2007). *The economics of Health and Health Care*. 7th ed. [e-book] New Jersey: Pearson Prentice Hall διαθέσιμο σε: www.ssu.ac.ir (ανακτήθηκε 12-03-20).

Fox, S., (2011). *Health Topics: 80% of Internet users look for health information on line*. [pdf] Pew Research Center's Internet and American Life Project: Washington DC. pp.1-33 διαθέσιμο σε: <http://issuelab.org/resources/9648/9648.pdf> (ανακτήθηκε 12-10-19).

- Frazer, C., Hussey, L., Bosch, E. and Squire, M. (2015). Pregnancy Apps: A Closer Look at the implications for Childbirth Educators. *International Journal of Childbirth Education*, 30(3), pp.12-16. In: Queensland Health, (2018). *Recommendations for antenatal education: Content, development and delivery: Clinical Excellence Division*. [pdf] Queensland: State of Queensland διαθέσιμο σε: <https://clinicaexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/maternity-service-improvement/recommendations-antenatal-education.pdf>(ανακτήθηκε24-08-20).
- Gagnon, A. and Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [e-journal] 18(3), pp.1-8 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1002/14651858.CD002869.pub2> (ανακτήθηκε 19-11-19).
- Gao, Y., Tang, Y., Tong, M., Du, Y. and Chen, Q., (2019). Does Attendance of a Prenatal Education course reduce rates of caesarean section on maternal request? A questionnaire study in a tertiary women hospital in Shanghai, China. *British Medical Journal*. [pdf] 9(6): e029437 διαθέσιμο σε: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/6/e029437.full.pdf> (ανακτήθηκε 12-11-19).
- Giese, J. and Cote, J., (2000). Defining Consumer Satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, pp.1-22.
- Gorsky, R. and Colby, J., (1989). The cost effectiveness of prenatal care in reducing low birth weight in New Hampshire. *Health Services Research*, 24(5), pp.583-598.
- Government of Nova Scotia (n.d.). *Healthy Development*. [online] διαθέσιμο σε: <https://novascotia.ca/dhw/healthy-development/pregnancy.asp> (ανακτήθηκε 13-03-20).
- Green, C., (1987). What can Patient Education Coordinators learn from 10 years of Compliance research? *Patient Education and Counselling*,10(2), pp. 167-174.ok
- Green, J. and Jones, K., (2010). *Health Promotion: Planning and Strategies*. 2nd ed. London: Sage Publications Ltd.
- Grussu, P. and Quatraro, R., (2009). Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: A sample drawn from ante-natal classes. *European Psychiatry*, 24(5), pp.327-333.
- Haire, D., (1999). Focal point on childbirth education: A history of childbirth education. *International Journal of Childbirth Education*, 14(4), pp.26-28.
- Hamilton, T. and Bhatti, T., (1996). *Population Health Promotion: An integrated model of population health and health promotion*. Health Canada: Health Promotion Division.

Hanson, L., VandeVusse, L., Roberts, J. and Forristal, A., (2009). A Critical Appraisal of Guidelines for Antenatal Care: Components of Care and Priorities in Prenatal Education. *J Midwifery Women's Health*, 54(6), pp.458-468. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Harahap, D. and Afiyanti, Y., (2019). Women's experiences of the prenatal group class in Indonesia. *Enfermeria Clinica*, [e-journal] 29(S2), pp.151-158 διαθέσιμο σε: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.023> (ανακτήθηκε 28-07-20).

Harris, L. and Goode, M., (2004). The four Levels of Loyalty and the Pivotal role of Trust: A study of online service dynamics. *Journal of retailing*, 80(2) pp.139-158.

Heaney, C. and Goetzl, R., (1997). A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 11(4), pp.290-307.

Hien, L., Takano, T., Seino, K., Omnishr, M., and Nakamura, K., (2008). Effectiveness of a capacity-building program for community leaders in a healthy living environment: a randomized community-based intervention in rural Vietnam. *Health Promotion International*, 23(4), pp.354-364.

Hollander, M. and Prince, M., (2008). Organizing Healthcare Delivery Systems for persons with ongoing Care Needs and their Families. A best Practices Framework. *Healthcare Quarterly*, 11(1), pp.44-54.

Hooks, C., (2019). Attitudes toward substance misusing pregnant women following a specialist education programme: An exploratory case study. *Midwifery*, [e-journal] Vol.76, pp.45-53 διαθέσιμο σε: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31163295/> (ανακτήθηκε 19-11-19).

Hulka, B., Zyzanski, S., Cassel, J. and Thompson, S., (1971). Satisfaction with medical care in a low-income population. *J Chronic Dis*, Vol.24, pp.661-673. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Ickovics, J., Kershaw, T., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H. and Rising, S., (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, [e-journal] 110 (2 Pt 1), pp.330-339 διαθέσιμο σε: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000275284.24298.23> (ανακτήθηκε 16-04-20).

Ifanti, A., Argyriou, A. and Kalofonos, P., (2011). Health Promotion Education Politics and Schooling: The Greek case. *Educational Research and Review*, 6(10), pp.671-678.

International Childbirth Association Education (ICEA) (2015a). *Role Scope of the Childbirth Educator*. [pdf] διαθέσιμο σε: <https://icea.org/wp-content/uploads/2015/12/Role-Scope-of-CBE-PP-2017.pdf> (ανακτήθηκε 30-12-19).

International Childbirth Association Education (ICEA) (2015b). Information Technology and Childbirth Education. *International Journal of Childbirth Education*. [pdf] 30(3), pp.1-48 διαθέσιμο σε: <https://icea.org/wp-content/uploads/2016/01/07-15.pdf> (ανακτήθηκε 19-10-19).

International Health Facility Guidelines, (2017). *Health Facility Briefing and Design-Part B*. [pdf] Version 5 διαθέσιμο σε: http://healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG_part_b_complete (ανακτήθηκε 17-07-20).

Jackson, C., (1995). The association between childbirth education, infant birth weight, and health promotion behaviors. *The Journal of Perinatal Education*, [e-journal] 4(1), pp.27–33. In: Koehn, M., (2002). Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11(3), pp.10-19.

Johnson, E., (2019). Models of care for opioid dependent pregnant women. *Seminars in Perinatology*, 43(3), pp.132-140.

Johnson, K. and Daviss, B., (2006). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: Large Prospective study in North America. *British Medical Journal*, 330(7505), pp.1416-1419.

Johnston-Robledo, I., (1998). Beyond Lamaze: Socioeconomic status and women's experiences with childbirth preparation. *Journal of Gender, Culture, and Health*, Vol.3, pp.159–169. In: Koehn, M., (2002). Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11(3), pp.10-19.

Jones, T., (1995), Why Satisfied Customers Defect, *Harvard Business Review*, 73(6) p.88-99.

Joos, S., Hickam, D. and Borders, L., (1993). Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. *Public Health Rep*, Vol.108, pp.751–759. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Jordan, R., Farley, C. and Grace, K., (2019). *Prenatal and Postnatal Care: A Woman-Centered Approach*. 2nd ed. [e-book] USA: John Willey & Sons Inc. pp.369-372 διαθέσιμο σε: <http://booksgoogle.com> (ανακτήθηκε 24-06-20).

- Judd, T., (2004). *Introduction to Health Technology Management*. [e-book] In: Dyro, J., (2004). *Clinical Engineering Handbook: Academic Press Series in Biomedical Engineering*. NY: Elsevier Academic Press διαθέσιμο σε: www.books.google.com (ανακτήθηκε 12-03-20).
- Kacperczyk-Bartnik, J., Bartnik, P., Symonides, A., Sroka-Ostrowska, N., Dobrowolska-Redo, A. and Romejko-Wolniewicz, E., (2019). Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, [e-journal] 58(4), pp.492-496 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1016/j.tjog.2019.05.011> (ανακτήθηκε 17-02-20).
- Kane, R., Maciejewski, M. and Finch, M., (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care*, Vol.35, pp.714–730. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.
- Karydis, A., Hatzigeorgiou, D., Komboli-Kodovazeniti, M. and Panis, V., (2001). Expectation and perception of Greek patients regarding the quality of dental health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(5), pp.405-416.
- Khayat, K. and Salter, B., (1994). Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *British Journal of General Practice*, 44(382), pp.215-219.
- Kibbe, D., Kaluzny, A. and McLaughlin, C., (1994). Integrating guidelines with continuous quality improvement: doing the right thing the right way to achieve the right goals. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 20(4), pp.181-191.
- Kickbusch, I., (2001). Health Literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), pp.289-297.
- Klerman, L., (1990). *The Need for a New Perspective on Prenatal Care*. In: Merkatz, I., Thompson, J., Mullen, P. and Goldenbert, R., (eds) (1990). *New Perspectives on Prenatal Care*. New York: Elsevier Ltd.
- Koehn, M. (2008). Contemporary women's perceptions of childbirth education. *The Journal of Perinatal Education*, 17(1), pp.11-18.
- Koehn, M., (2002). Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11(3), pp.10-19.
- Kok, G., (2001). Health Education and Health Promotion. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. [online] διαθέσιμο σε: www.sciencedirect.com/topics/computer-science/health-promotion-program (ανακτήθηκε 02-03-20).

Kovala, S., Cramp, A. and Xia, L., (2016). Prenatal Education: Program Content and Preferred Delivery Method from the Perspective of the Expectant Parents. *The Journal of Perinatal Education*, 25(4), pp.232-241.

Kowalski, T., (1998). *The Organization and Planning of Adult Education*. [pdf] Educational Leadership Faculty Publications. Paper 61 διαθέσιμο σε: http://ecommons.udayton.edu/eda_fac_pub/61 (ανακτήθηκε 23-06-20).

Kwok, A., (2014). The Evolution of Management Theories: A Literature Review. *Nang Yang Business Journal*. [pdf] 3(1), pp.28-39 διαθέσιμο σε: https://www.researchgate.net/publication/307760441_The_Evolution_of_Management_Theories_A_Literature_Review (ανακτήθηκε 24-08-20).

Labonte, R., (1990). Empowerment: notes on Professional and Community Dimensions. *Canadian Review of Social Policy*, Vol.26, pp.64-75.

LaLonde, M., (1974). *A new Perspective on the Health of Canadians (The LaLonde Report)*. Ottawa, Ontario: Minister of Supply and Services.

Lau, R. and Hutchinson, A., (2020). A narrative review of parental education in preparing expectant and new fathers for early parental skills. *Midwifery*, [e-journal] Vol. 84, διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1016/j.midw.2020.102644> (ανακτήθηκε 23-11-19).

Lazarus, J. and France, T., (2014). A new era for the WHO Health System Building Blocks, News & Commentary. *Health Systems Global*, [e-journal] διαθέσιμο σε: www.healthsystemsglobal.org/blog/9/A-new-era-for-the-WHO-health-system-building-blocks-.html (ανακτήθηκε 20-04-20).

Ledford, C.J., Canzona, M., Cafferty, L. and Hodge, J. (2016). Mobile application as a prenatal education and engagement tool: A randomized controlled pilot. *Patient education and Counseling*, 99(4), pp.578-582. In: Queensland Health, (2018). *Recommendations for antenatal education: Content, development and delivery: Clinical Excellence Division*. [pdf] Queensland: State of Queensland διαθέσιμο σε: <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/maternity-service-improvement/recommendations-antenatal-education.pdf> (ανακτήθηκε 24-08-20).

Lee, A. and Kirkman, M. (2008). Disciplinary discourses: Rates of cesarean section explained by medicine, midwifery and feminism. *HealthCare for Women International*, 29(5), pp.448-467.

Linder-Pelz, S., (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16(5), pp.577-582.

Lobstein, T., and Frelut, M., (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Review*, 4(4), pp.195-200.

Lohr, K., (1990). Medicare: A strategy for quality Assurance: Volume 1. [pdf] Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare: Washington (DC): National Academies Press (US) διαθέσιμο σε: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235461/> (ανακτήθηκε 24-08-20).

Loos, C. and Morton, A., (1996). Addressing the needs of pregnant adolescents: Conceptualizing prenatal education in the context of research and practice. *The Journal of Perinatal Education*, 5(1), pp.31-37.

Loos, C., Morton, A. and Meekis, M., (1999). The Value of Using a Prenatal Education Planning Model: Application to an Aboriginal Community. *The Journal of Perinatal Education*, 8(1), pp.1-9.

Lothian, J., (2006). Birth plans: The good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, [e-journal] 35(2), pp.295-303 διαθέσιμο σε: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x> (ανακτήθηκε 20-02-20).

Lothian, J., (2008). Childbirth education at the crossroads. *The Journal of Perinatal Education*, [e-journal] 17(2), pp.45-49 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1080/13698575.2011.624179> (ανακτήθηκε 12-10-19).

Lothian, J., (2016). Does Childbirth Education Make a Difference? *The Journal of Perinatal Education*, 25(3), pp.139-141.

Lucas, K. and Lloyd, B., (2005). *Health Promotion: Evidence and Experience*. London: Sage Publications Ltd.

Marmor, T. and Mashaw, J., (1994). Strategy for survival: change and stability in the management of Health-Care institutions. *Health Management Quarterly*, 16(4), pp.5-8.

Martinez, J. and Delgado, M. (2013). Women's expectations and evaluation of a maternal educational program. *Demandas y valoración que hacen las mujeres del programa de educación maternal*, 44(3), pp.134-138. In: Queensland Health, (2018). *Recommendations for antenatal education: Content, development and delivery: Clinical Excellence Division*. [pdf] Queensland: State of Queensland διαθέσιμο σε: <https://clinicaexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/maternity-service-improvement/recommendations-antenatal-education.pdf> (ανακτήθηκε 24-08-20).

Matthey, S. and Della Vedona, A., (2020). Screening for difficulties in men in Italy and Australia using the Edinburg Postnatal Depression Scale and the Matthey Generic Mood Questionnaire.

Psychology of Men & Masculinities, [e-journal] 21(2), pp.278-287 διαθέσιμο σε: <https://doi.org/10.1037/men0000227> (ανακτήθηκε 11-11-19).

May, C. and Fletcher, R., (2017). The Development and Application of a protocol for the writing, assessing and validating of a corpus of relationship-focused text messages for new and expecting fathers. *Health Informatics Journal*, 25(2), pp.240-246.

McFarlane, J., (1989). Battering during pregnancy: a tip of an iceberg revealed. *Women Health*, 15(3), pp.69-84.

McQueen, A. and Mander, R. (2003). Tiredness and fatigue in the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing*, [e-journal] 42(5), pp.463-469 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02645.x> (ανακτήθηκε 12-03-20).

McVeigh, C. (2000). Investigating the relationship between satisfaction with social support and functional status about childbirth. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 25(1), pp.25-30.

Mead, N. and Bower, P., (2000). Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), pp.1087-1110.

Mercer, R., (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, [e-journal] 36(3), pp.226-232 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x> (ανακτήθηκε 17-02-20).

Mittal, V., Kumer, P. and Tsiros, M., (1999). Attribute Level Performance, Satisfaction and Behavioral Intentions over time: A Consumption System approach. *Journal of Marketing*, 63(2), pp.88-101.

Moher, D. and Sullivan, K., (1992). A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. *Canadian Medical Association Journal*, 147(7), pp.989-990 διαθέσιμο σε: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1336276/ (ανακτήθηκε 18-03-20).

Monnin D, Perneger TV. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy* 2002; 82(7):682-691. In: Πρέκας, Ε., Σαράφης, Π. και Μαλλιαρού Μ., (2019). Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών φυσιοθεραπείας στο τμήμα Φυσικής Ιατρικής του γενικού νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 18(1), σελ.76-98.

Mooney, G., (1983). Equity in Health: confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1(4), pp.179-185.

Morton, C. and Hsu, C., (2007). Contemporary dilemmas in American childbirth education: Findings from a comparative ethnographic study. *The Journal of Perinatal Education*, [e-journal] 16(4), pp.25-37 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1624/105812407X245614> (ανακτήθηκε 12-02-20).

- Mueller, C., Webb, P. and Morgan, S., (2016). The Effects of Childbirth Education on Maternity Outcomes and Maternal Satisfaction. *The Journal of Perinatal Education*, 29(1), pp.16-22.
- Munro, S., Hui, A., Salmons, V., Solomon, C., Gemmell, E., Torabi, N. and Janssen, P., (2017). SmartMom Text Messaging for Prenatal Education: A quantitative focus group study to explore Canadian Women's Perceptions. *Journal of Medical Internet Research (JMIR) of Public Health*, 3(1), pp.1-12.
- Naidoo, J., and Willis, J., (2009). *Foundations for Health Promotion*. 3rd ed. Edinburgh: Bailliere Tindall.
- Narula, A., (2014). Service Management, Operations, Strategy, Information Technology. *Abhigyan* 32(3), pp.80-82.
- Nation Health Service (NHS) (2015). *Antenatal Classes*. [online] διαθέσιμο σε: <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/antenatal-classes-pregnant.aspx> (ανακτήθηκε 12-11-19).
- Nation Health Service (NHS) (2018). *NHS vs NCT antenatal classes*. [online] διαθέσιμο σε: <https://www.which.co.uk/reviews/scans-appointments-and-classes/article/nhs-vs-nct-antenatal-classes> (ανακτήθηκε 12-11-19).
- National Childbirth Trust (NCT) (2017). *Antenatal Courses*. [online] διαθέσιμο σε: <https://www.nct.org.uk/courses/antenatal> (ανακτήθηκε 12-11-19).
- National Health Service (NHS) Patient Survey Programme (2020). *2019 survey of women's experiences of maternity care: Statistical release*. [pdf] Care Quality Commission διαθέσιμο σε: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20200128_mat19_statisticalrelease.pdf (ανακτήθηκε 12-03-20).
- Nelson, A., (1996). *Measuring Performance and Improving Quality*. Sterling: London.
- Nicholls, L. and Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), pp.414-429.
- Nolan, M. (1998). *Antenatal education: A dynamic approach*. London, UK: Bailliere Tindall.
- Norton, S., Tilden, V., Tolle, W. and Nelson, C., (2003). Life support withdraw: communication and conflict. *American Journal of Critical Care*, 12(6), pp.548-555.
- Nutbeam, D., (1986). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), pp.349-364.

Nutbeam, D., (2000). Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), pp.259-267.

Nwaru, B., (2007). *Impact of prenatal care on postpartum child care*. [pdf] PhD. The University of Tampere: Tampere School of Public Health.

O' Donnell, M., (2009). Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 24(1), p.iv.

O' Donnell, M., Bishop, C., and Kaplan, K., (1997). Benchmarking best practices in workplace health promotion. *Art of Health Promotion*, 1(1), pp.1-8.

O'Sullivan, C., O'Connell, R., and Devane, D. (2014). A descriptive survey of the educational preparation and practices of antenatal educators in Ireland. *The Journal of Perinatal Education*, [e-journal] 23(1), pp.33-40 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1891/1058-1243.23.1.33> (ανακτήθηκε 12-11-19).

Office on Women's Health US Department of Health and Human Services (2017). *Birthing, breastfeeding, and parenting classes*. [online] διαθέσιμο σε: <https://www.womenshealth.gov/pregnancy/getting-ready-baby/birthing-breastfeedingand-parenting-classes> (ανακτήθηκε 02-20-20).

Oliver, R., (1988). Response Determinants in Satisfaction Judgements. *The Journal of Consumer Research*, 14(4), pp.495-507.

Oliver, R., (1997). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. New York: The McGraw Hill Companies Inc.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. and Berry, L., (1988). Servqual: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *The Journal of Retailing*, 64(1), pp.12-40.

Parsons, C., Stears, D. and Thomas, C., (2000). The Health Promoting School in Europe: conceptualizing and evaluation the change. *Health Education Journal*, 55(3), pp.311-321.

Pilcher, H. and Hughes, A., (2014). Parents perceptions of antenatal groups in supporting them through the transition to parenthood. *MIDIRS Midwifery Digest*, 24(1), pp.45-51. In: Queensland Health, (2018). *Recommendations for antenatal education: Content, development and delivery: Clinical Excellence Division*. [pdf] Queensland: State of Queensland διαθέσιμο σε: <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/maternity-service-improvement/recommendations-antenatal-education.pdf> (ανακτήθηκε 24-08-20).

- Pillay, T., (2019). Parent Carer Education: Reducing the Risks for Neonatal and Infant Mortality. [online] IntechOpen. Ch.2 διαθέσιμο σε: <https://www.intechopen.com/books/neonatal-medicine/parent-carer-education-reducing-the-risks-for-neonatal-and-infant-mortality> (ανακτήθηκε 12-11-19).
- Podgurski, M., (1993). School-based adolescent pregnancy classes. *AWHONNS Clinical Issues Perinatal Women's Health Nursing*. 4(1), pp.80-94.
- Polomeno, V., (2009). Advanced practice in perinatal education. *International Journal of Childbirth Education*, 24(1), pp.16-25.
- Poorman, E., Gazmararian, J., Parker, R., Yang, B. and Elon, L., (2015). Use of text messaging for maternal and infant health: a systematic review of the literature. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), pp.969-89.
- Public Health Action Support Team (PHAST) (2020). *Management models and theories associated with motivation, leadership and change management, and their application to practical situations and problems*. [online] Health knowledge: Management and change διαθέσιμο σε: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5c-management-change/basic-management-models> (ανακτήθηκε 24-08-20).
- Public Health Agency of Canada (2009). *What mothers say: The Canadian maternity experiences survey*. [pdf] Ottawa διαθέσιμο σε: <https://www.canada.ca/content/dam/phacaspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-eng.pdf>(ανακτήθηκε 12-03-20).
- Queensland Health, 2018. *Recommendations for antenatal education: Content, development and delivery: Clinical Excellence Division*. [pdf] Queensland: State of Queensland διαθέσιμο σε: <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/maternity-service-improvement/recommendations-antenatal-education.pdf>(ανακτήθηκε 07-07-20).
- Ratzan, S., (2001). Health Literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), pp.207-214.
- Ricchi, A., La Corte, S., Molinazzi, M., Messina, M., Banchelli, F. and Neri, I., (2020). Study of Childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. *La Clinica Terapeutica*, [e-journal] 170(1), pp.78-86 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.7417/CT.2020.2193> (ανακτήθηκε 23-01-20).
- Rivkin, M. and Bush, P., (1974). *The satisfaction continuum in healthcare: Consumer and provider preferences*. In: Mushkin, S., (ed) (1974). *Consumer Incentives for Health Care*. New York: Prodist. pp. 304-332.

Rogan, F., Shmied, V., Barclay, L., Everitt, L. and Wyllie, A., (1997). 'Becoming a mother': Developing a new theory of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), pp.877-885.

Ross, C., Frommelt, G., Hazelwood, L., and Chang, R., (1994). *The role of expectations in patient satisfaction with medical care*. In: Cooper, P., (ed) (1994). *Health Care Marketing: A Foundation for managed quality*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers. pp.55-69.

Royal College of Midwives (RCOM), (2017). *Evidenced Based Guidelines for Midwifery Led-Care in Labour, Birth Environment*. [online] διαθέσιμο σε: www.rcm.org.uk (ανακτήθηκε 22-01-20).

Schmidt, S. and Yelich Biniecki, S., (2016). *Organization and Administration of Adult Education Programs: A Guide for Practitioners*. [e-book] Charlotte, NC: Information Age Publishing Inc. διαθέσιμο σε: <http://booksgoogle.com> (ανακτήθηκε 6-6-20).

Scriven, A., (2010). *Promoting Health: A Practical Guide*. 6th ed. Elsevier Ltd.

Sercekus, P. and Bakale, H., (2016). Effects of Antenatal Education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, [e-journal] Vol.34, pp.166-172 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1016/j.midw.2015.11.016> In: Queensland Health, (2018). *Recommendations for antenatal education: Content, development and delivery: Clinical Excellence Division*. [pdf] Queensland: State of Queensland διαθέσιμο σε: <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/maternity-service-improvement/recommendations-antenatal-education.pdf>(ανακτήθηκε 24-08-20).

Setyaningsih, D. and Zakiyah, Z., (2019). The Implementation of Antenatal Classes to Improve Mother's Knowledge of Pregnancy. In: 1st International Respati Health Conference. *Healthy and Active Ageing*. [pdf] Yogyakarta.759-764 διαθέσιμο σε: <http://prosiding.respati.ac.id/index.php/PIC/article/view/151> (ανακτήθηκε 12-03-20).

Shorey, S., Yang, Y. and Ang, E., (2018). The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: A quantitative systematic review. [online] Willey Library διαθέσιμο σε: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13534>

Sitzia, J. and Wood, N., (1997). Patient Satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), pp.1829-1843.

Smedley, A., (1999). Do childbirth and early parenting programs meet the needs of the client? *International Journal of Childbirth Education*, 14(1), pp.18-21. In: Koehn, M., (2002). Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11(3), pp.10-19.

Smith, A., (2005). *Why education for birth is important*. In: Nolan, M. and Foster, J. (eds.) (2004), *Birth and parenting skills. New Directions in antenatal education*. [e-book] London. UK: Elsevier Ltd. pp.33-49.

Smith, R. and Homer, C., (2017). *Literature Review on Antenatal Education-Content and Delivery: Appendix B*. [pdf] Centre for Midwifery, Child and Family Health. Faculty of Health, University of Technology: Sydney. In: Queensland Health, (2018). *Recommendations for antenatal education: Content, development and delivery: Clinical Excellence Division*. [pdf] Queensland: State of Queensland διαθέσιμο σε: <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/maternity-service-improvement/recommendations-antenatal-education.pdf> (ανακτήθηκε 17-05-20).

Southwestern Medical Center of Texas (n.d). [online] διαθέσιμο στο: <https://utswmed.org/conditions-treatments/planning-for-a-baby-obstetrics/prenatal-classes/online-prenatal-education/> (ανακτήθηκε 18-03-20).

Stamler, L., (1998). The participants' views of childbirth education: Is there congruency with an enablement framework for patient education? *Journal of Advanced Nursing*, Vol.28, pp.939–947. In: Koehn, M., (2002). Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11(3), pp.10-19.

Statistics Canada (2013). *Canadian internet use survey (2012)*. [pdf] διαθέσιμο σε: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/131126/dq131126d-eng.pdf?st=HnY5DWz> (ανακτήθηκε 21-02-20).

Statistics Canada (2017). *Life in the fast lane: How are Canadians managing?*(2016). [pdf] διαθέσιμο σε: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/171114/dq171114aeng.pdf?st=K7x8EUDR> (ανακτήθηκε 17-02-20).

Stead, G., (2001). *Planning, designing and reporting research*. Pearson: South Africa.

Steven, I. and Douglas, R., (1988). Dissatisfaction in general practice: what do patients really want? *Med J Aust*, Vol.148, pp.280–282. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Stokes, L., (2019). *Prenatal Education and Postpartum Support: Influence on Maternal self-efficacy and Breastfeeding Rates*. [pdf] D.N.P. The University of Arizona διαθέσιμο σε: <https://repository.arizona.edu/handle/10150/636584> (ανακτήθηκε 12-10-19).

Stout, A., (1997). Prenatal Care for Low-Income Women and the Health Belief Model: A New Beginning. *Journal of Community Health Nursing*, 14(3), pp.169-180.

Svensson, J., Barclay, L. and Cooke, M., (2008). Effective Antenatal Education: Strategies Recommended by Expectant and New Parents. *The Journal of Perinatal Education*, 17(4), pp.33-42.

Swansburg, R. and Swansburg, R., (1999). *Εισαγωγή στην νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία*. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2^η Έκδοση, Κεφ. 3, σελ.41-42.

Takeishi, Y., Nakamura, Y., Kawajiri, M., Atogami, F. And Yoshizawa, T., (2019). Developing a Prenatal Couple Education Program Focusing on Coparenting for Japanese Couples: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Experimental Medicine*, 249(1), pp.9-17.

Thassri, J., Napaporn, K., Chusintong, L., Phongthanasarn, J., Boonsriat, S. and Jirojwong, S., (2000). The development and evaluation of a health education programme for pregnant women in a regional hospital, southern Thailand. *Journal of Advanced Nursing*, Vol.32, pp.1450–1458. In: Koehn, M., (2002). Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11(3), pp.10-19.

The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2008). A National birthing initiative for Canada. [pdf] Canada διαθέσιμο σε: <https://sogc.org/wp-content/uploads/2012/09/BirthingStrategyVersioncJn2008.pdf> (ανακτήθηκε 12-10-19).

Thompson, R., (1980). *Next steps in Implementing Quality Appraisal/ Action Plans in Hospitals*. [e-book] Thompson: Mohr and Associates Inc.

Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C. and Trudel, L., 2004. Workplace Prevention and Promotion Strategies. *Healthcare Papers*, 5(2), pp.32-44.

Waddell, K., Belal, A., Alam, S. and Wilson, M., (2019). *Rapid Synthesis: Examining the effects of prenatal education*. [pdf] Hamilton Canada: Mc Master Health Forum διαθέσιμο σε: <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/examining-the-effects-of-prenatal-education.pdf?sfvrsn=2> (ανακτήθηκε 15-07-20).

Waldenström, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D. and Brennecke, S. (2000). Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A Randomized controlled trial. *BIRTH ISSUES IN PERINATAL CARE*, 27(3), pp.156-167.

Walker, D., Visger, J. and Rossie, D. (2009). Contemporary childbirth education models. *Journal of Midwifery & Women's Health*, [e-journal] 54(6), pp.469-476 διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1016/j.jmwh.2009.02.013> (ανακτήθηκε 12-10-19).

- Ware, J., Wright, W., Snyder, M. and Chu, G., (1975). Consumer perceptions of health care services: implications for academic medicine. *J Med Educ*, Vol.50, pp.839–848. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.
- Westbrook, R. and Oliver, R., (1991). The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 18(1), pp.84-91.
- Whiteman, V., Salemi, J., Mogos, M., Cain, M., Aliyu, M. and Salihu, H., (2014). Maternal opioid drug use during pregnancy and its impact on perinatal morbidity, mortality and the costs of medical care in the United States. *Journal of Pregnancy*. [pdf] Hindawi Publishing Corporation διαθέσιμο σε: <https://doi:10.1155/2014/906723> (ανακτήθηκε 21-11-19).
- Wickham, S. and Davies, L., (2005). *Are midwives empowered enough to offer empowering education?* In: Nolan, M. and Foster, J., (eds) (2004). *Birth and Parenting Skills. New Directions in Antenatal Education*. [e-book] London, UK: Elsevier Ltd. pp.69-84.
- Williams, B., (1994). Patient Satisfaction a valid concept? *Social Science Medicine*, 38(4) pp.509-516.
- Williams, B., (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science Medicine*, 47(9) pp.1351-1359.
- Williams, S. and Calnan, M., (1991). Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc Sci Med*, Vol.33, pp.707–716. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.
- Wolper, L., (2001). *Health Care Administration/Planning, implementing and Managing Organized Delivery Systems* (Μετάφραση από Καραμάλη, Μ., ως *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός συστήματος οργανωμένης παροχής φροντίδας*. Τόμος Β'. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce.
- World Health Organization (1946). *Official records of the World Health Organization*. No.2. [pdf] διαθέσιμο σε www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/official_record2_eng.pdf (ανακτήθηκε 18-02-20).
- World Health Organization (1984). *Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles*. [e-book] Copenhagen pp.29-30.

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. [pdf] Geneva διαθέσιμο σε: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf (ανακτήθηκε 02-03-20).

World Health Organization (1992). *Antenatal Care and Maternal Health: How Effective is it? A Review of the Evidence*. [online] διαθέσιμο σε: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59954> (ανακτήθηκε 13-10-19).

World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. [e-book] Ch. 2. WHO pp. 27-40, διαθέσιμο σε: www.who.int/whr/2000/en/ (ανακτήθηκε 27-02-20).

World Health Organization (2001). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. [e-book] Denmark: WHO Regional Publications.

World Health Organization (2002). *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care: Training Modules, Promoting Effective Perinatal Care*. [pdf] διαθέσιμο σε: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf (ανακτήθηκε 12-11-19).

World Health Organization (2003). *What is the Efficacy/Effectiveness of Antenatal Care and the Financial and Organizational Implications? Introduction*. [pdf] διαθέσιμο σε: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74662/E82996.pdf (ανακτήθηκε 12-04-20).

World Health Organization (2008). *Improving maternal mental health*. [pdf] διαθέσιμο σε: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf (ανακτήθηκε 20-02-20).

World Health Organization (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. [pdf] Geneva διαθέσιμο σε: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf, (ανακτήθηκε 13-02-20).

World Health Organization (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. [pdf] διαθέσιμο σε: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1> (ανακτήθηκε 13-10-19).

World Health Organization (2018a). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, Executive Summary*. [pdf] διαθέσιμο σε: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?> (ανακτήθηκε 11-11-19).

World Health Organization (2018b). *Ten steps to successful breastfeeding* (Revised 2018). [online] διαθέσιμο σε: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding> (20-01-20).

World Health Organization (2020). *Sexual and Reproductive Health: Antenatal Care*. [online] διαθέσιμο σε: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/ANC_infographics/en/ (ανακτήθηκε 12-03-20).

Yassi, A., (2005). Health Promotion in the Workplace- The Merging of the Paradigms. *Methods of Information in Medicine*, 44(2), pp.278-284.

Yikar, S. and Nazik, E., (2019). Effects of prenatal education on complaints during pregnancy and on quality of life. *Patient Education and Counseling*, 102(1), pp.119-125.

Zapka, J., Palmer, R., Hargraves, J., Nerenz, D., Frazier, H. and Warner, C., (1995). Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status. *J Ambulatory Care Manage*, Vol.18, pp.73–83. In: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, S., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H., (2002). The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for practice for a systematic review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), pp.1-245.

Zwelling, E., (1996). Childbirth Education in the 1990s and Beyond. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(5), 425-432.

Ερωτηματολόγιο για την Προγεννητική Αγωγή

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί χρησιμοποιείται ως ερευνητικό εργαλείο διπλωματικής εργασίας στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος (ΔΙΠΑΕ). Ο σκοπός του είναι να μελετήσει τις ανάγκες των επιτόκων και την βέλτιστη οργάνωση των υπηρεσιών του τμήματος Προγεννητικής Αγωγής. Θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις που ακολουθούν, θα τηρηθεί ανωνυμία κι απόλυτη εχεμύθεια.

Με εκτίμηση Βασιλική Γκέσου vasogkesou@gmail.com

| Δημογραφικά στοιχεία | |
|--------------------------------|--|
| Η ηλικία σας: | <input type="checkbox"/> <18 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-31 <input type="checkbox"/> 32-38 <input type="checkbox"/> 39-45 <input type="checkbox"/> 46-52 <input type="checkbox"/> 53+ |
| Η οικογενειακή σας κατάσταση: | <input type="checkbox"/> Άγαμη <input type="checkbox"/> Έγγαμη |
| Τόπος μόνιμης διαμονής: | <input type="checkbox"/> Θεσσαλονίκη <input type="checkbox"/> σε άλλη πόλη <input type="checkbox"/> στο εξωτερικό |
| Εθνικότητα : | <input type="checkbox"/> Ελληνική <input type="checkbox"/> άλλο |
| Είστε απόφοιτος : | <input type="checkbox"/> Δημοτικού <input type="checkbox"/> Γυμνασίου <input type="checkbox"/> Λυκείου <input type="checkbox"/> ΤΕΙ <input type="checkbox"/> ΑΕΙ <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακού |
| Αριθμός παιδιών που έχετε ήδη: | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> >5 |
| Εισόδημα: | <input type="checkbox"/> <9.000€ <input type="checkbox"/> 9.000-20.000€ <input type="checkbox"/> >20.000€ |

Πληροφορίες σχετικά με το Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής

Παρακαλώ –ΜΙΑ- απάντηση στις παρακάτω ερωτήσεις

Πως ενημερωθήκατε για το Πρόγραμμα Προγεννητικής Αγωγής στο συγκριμένο δημόσιο νοσοκομείο; από συγγενή από φίλο/η από το διαδίκτυο από τον/την μαιευτήρα μου
 Άλλο τι;

Ποιος είναι ο λόγος που παρακολουθείτε τα μαθήματα;

- Πληροφόρηση για την Προγεννητική Αγωγή που δεν είχα πριν
- Επικαιροποίηση πληροφοριών για την προγεννητική Αγωγή

Ποιος είναι ο λόγος που παρακολουθείτε το συγκεκριμένο πρόγραμμα;

- Λόγω της ενημέρωσης μου για την ποιότητα του προγράμματος
- Ήθελα να παρακολουθήσω **και** αυτό το Πρόγραμμα

Πληροφορίες για την οργάνωση του Προγράμματος-(περιβάλλον)

(Παρακαλώ, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις)

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ευκολία πρόσβασης στο κτίριο όπου γίνονται τα μαθήματα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ευκολία προσανατολισμού του κτιρίου μέσα στο νοσοκομείο; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Είστε ικανοποιημένη από το μέγεθος της αίθουσας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Θα θέλατε τα μαθήματα να διεξάγονταν σε μικρότερες ομάδες ατόμων (groups); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Είστε ικανοποιημένη από τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό (στρώματα, προπλάσματα, οπτικοακουστικά μέσα); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Είστε ικανοποιημένη από την καθαριότητα του χώρου; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Πως θα θέλατε διαμορφωμένο το χώρο;*(Παρακαλώ μια απάντηση)*

- χωροταξικά πιο άνετο
- οπτικά πιο φιλικό στη μητρότητα
- με πιο σύγχρονα οπτικοακουστικά μέσα
- μου αρέσει όπως είναι

Ποιος σας συνόδευσε στα μαθήματα;*(Παρακαλώ μια απάντηση)*

- ο σύζυγος/σύντροφος φίλη/ος άλλο οικογενειακό πρόσωπο κανένας

Αν σας συνόδευσε κάποιος, σας περίμενε να τελειώσετε το μάθημα σας ;

- Ναι Όχι (Αν απαντήσατε Όχι, Θα σας περίμενε αν υπήρχε ειδικά διαμορφωμένος χώρος αναμονής προγεννητικού ελέγχου; Ναι Όχι)

Επικοινωνία με το Τμήμα Προγεννητικής Αγωγής

(Παρακαλώ, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις)

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Θα σας διευκόλυνε η παρουσία γραμματείας για την επικοινωνία σας με το Τμήμα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Είναι χρήσιμη η 24ωρη τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης από επαγγελματία υγείας του τμήματος; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Υπήρχε ευκολία στην διαδικασία διεκπεραίωσης του ραντεβού σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Διεκπεραιώθηκε άμεσα το ραντεβού σας για τα μαθήματα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |

Μέσω ποιας διαδικασίας διεκπεραιώθηκε αρχικά το ραντεβού σας για τα μαθήματα; *(Παρακαλώ μια απάντηση)*

- συμπλήρωσης ηλεκτρονικής φόρμας στο mail του νοσοκομείου
- γυναικών που παρακολούθησαν το πρόγραμμα
- μέσω τρίτων/γνωστών/φίλων

Διδασκαλία μαθημάτων

(Παρακαλώ, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις)

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ποιος θα προτιμούσατε να είναι ο τρόπος διδασκαλίας των μαθημάτων; Δείτε παρακάτω | | | | | |
| Διαζώσης-ατομικά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Διαζώσης- Ομάδες ατόμων | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Διαλέξεις | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Διαδικτυακά (Ζωντανά-live) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Αποθηκευμένο οπτικοακουστικό υλικό | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Τα μαθήματα που διδαχτήκατε σας κρατούσαν το ενδιαφέρον σας ζωνρό; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Παραλείψατε μαθήματα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Αν παραλείψατε μαθήματα, τα επανα-προγραμματίσατε; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι | | | | | |
| Είναι η Ελληνική η μητρική σας γλώσσα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι | | | | | |
| <u>Αν δεν είναι</u> , κατά πόσο θα θέλατε τα μαθήματα να παρέχονται και στην μητρική σας γλώσσα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Διαδικασία μάθησης

(Παρακαλώ, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις)

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Κατά τη διάρκεια του μαθήματος είχατε αρκετό χρόνο, ώστε να κάνετε ερωτήσεις; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Σας ενθάρρυνε η μαία/εκπαιδύτρια να κάνετε ερωτήσεις; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η μαία/εκπαιδύτρια απάντησε πρόθυμα στις ρωτήσεις σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Μείνατε ικανοποιημένη από τις απαντήσεις που λάβατε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η μαία/εκπαιδύτρια μιλούσε με τρόπο απλό και κατανοητό; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Μείνατε ικανοποιημένη από τον τρόπο διδασκαλίας της μαίας/εκπαιδύτριας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η μαία/εκπαιδύτρια ήταν επαρκώς ενημερωμένη στις παρουσιάσεις της; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το Πρόγραμμα ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες σας; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Θα προτείνατε το Πρόγραμμα σε άλλες εγκύους; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Θα θέλατε περαιτέρω γνώσεις από το πρόγραμμα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Κατά πόσο θα επισκεπτόσασταν το Πρόγραμμα σε επόμενη κύηση; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Θα ακολουθούσατε οδηγίες από μήνυμα γραπτού κειμένου μέσω κινητής τηλεφωνίας (text message) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Κατά πόσο θα παρακολουθούσατε το πρόγραμμα αν δεν ήταν δωρεάν; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Πληροφορίες για την κύηση

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Η συμμετοχή στα μαθήματα, σας βοήθησε στην πρόληψη και αποφυγή μη επιθυμητών καταστάσεων για την εγκυμοσύνη σας | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθετε έτοιμες να ανταποκριθείτε στον τοκετό σας μετά τα μαθήματα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ποιος ήταν ο πρώτος επαγγελματίας υγείας που απευθυνθήκατε, όταν καταλάβατε ότι ήσασταν έγκυος; | <input type="checkbox"/> Μαιευτήρας <input type="checkbox"/> Μαία <input type="checkbox"/> Οικογενειακός Ιατρός | | | | |
| Σε ποια εβδομάδα κύησης ξεκινήσατε τα μαθήματα; <input type="checkbox"/> 0-19 <input type="checkbox"/> 20-25 <input type="checkbox"/> 26-31 <input type="checkbox"/> 32-36 <input type="checkbox"/> 37-42 | | | | | |
| Κατά την συμμετοχή σας στο Πρόγραμμα είστε έγκυος σε έμβρυο/α <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> δίδυμα <input type="checkbox"/> τρίδυμα | | | | | |

Προγράμματα που θα είχε ενδιαφέρον να δημιουργηθούν

(Παρακαλώ, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις)

| | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Για γονείς που υιοθετούν νεογνά ή βρέφη | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Για γονείς που βίωσαν εμπειρία απώλειας εμβρύου | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Για επίτοκους | | | | | |
| με κινητικά προβλήματα (αναπηρίες) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| με δίδυμη ή πολύδυμη κύηση | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| με παθολογική κύηση | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| μη ελληνόγλωσσες | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| που βίωσαν προηγούμενες καταστάσεις εθισμού(χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| με διαγνωσμένα ψυχολογικά προβλήματα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| μετά από κακοποίηση | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| με διαφορετικότητα στη σεξουαλική ταυτότητα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| συμβουλευτική υποστήριξη από τις μαίες-εκπαιδευτριες και μετά το πέρας των μαθημάτων | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ημερομηνία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου

Έτος | _ | _ | _ | **Μήνας** | _ | _ | **Ημέρα** | _ | _ |

Σας ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας,

Βασιλική Γκέσου

Έντυπο Συναίνεσης

Ερωτηματολόγιο με θέμα: *Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας και η Βελτίωση των Υπηρεσιών τους. Η περίπτωση του Τμήματος Προγεννητικής Αγωγής στο ΓΝΘ Ιπποκράτειο*

Συναίνεση συμμετέχοντος σε ερευνητική εργασία

Το ερωτηματολόγιο που παρατίθεται χρησιμοποιείται ως ερευνητικό εργαλείο διπλωματικής εργασίας στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος. Ο σκοπός του είναι να μελετήσει την οργάνωση, δομή και λειτουργία ενός Προγράμματος Προγεννητικής Αγωγής σε ένα δημόσιο νοσοκομείο και παράλληλα να προτείνει βελτιώσεις των υπηρεσιών αυτού.

Η παρούσα μελέτη βασίζεται στη διερεύνηση των αναγκών και προσδοκιών των επιτόκων, βάσει των οποίων θα διεκπεραιωθεί η βέλτιστη οργάνωση των υπηρεσιών του Τμήματος. Επίσης, στοχεύει στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των παροχών του Προγράμματος αλλά και στη διαμόρφωση προτάσεων για τη δημιουργία επιπλέον προγραμμάτων. Τέλος, η μελέτη στοχεύει να συσταθούν Τμήματα Προγεννητικής Αγωγής, τα οποία θα είναι δυνατό να υιοθετήσουν και άλλοι φορείς Δημόσιας Υγείας.

Σας διαβεβαιώνω ότι θα τηρηθεί ανωνυμία και απόλυτη εχεμύθεια. Θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε με ειλικρίνεια στις ακόλουθες ερωτήσεις. Η αποτίμηση θα γίνει με τη συλλογή ανώνυμων ερωτηματολογίων, τα οποία θα αποτελέσουν τα δεδομένα της έρευνας. Θα χρειαστεί να απαντήσετε **στην κάθε ερώτηση μία φορά** εγγράφως και ανώνυμα.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με τη δημοσίευση των δεδομένων και αποτελεσμάτων της έρευνας, με την προϋπόθεση της ανωνυμίας των πληροφοριών. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν, θα επεξεργαστούν και θα αναλυθούν ηλεκτρονικά, ακολουθώντας νόμιμες και ορθές στατιστικές πρακτικές.

Η συμμετοχή σας στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική και είστε ελεύθεροι να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποτε επιθυμείτε. Αν έχετε αμφιβολίες ή ερωτήσεις, παρακαλώ ζητήστε επιπρόσθετες εξηγήσεις.

Διάβασα το έντυπο και κατανοώ τις διαδικασίες NAI OXI

Συναινώ να συμμετέχω στην ερευνητική διαδικασία NAI OXI

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας.

Με εκτίμηση Γκέσου Βασιλική vasogkesou@gmail.com

ΤΕ Μαία, Αίθουσας Τοκετών ΓΝΘ Ιπποκράτειο