

Διερεύνηση των Απόψεων Κυπρίων Γυναικών για το Δικαίωμα Επιλογής του Τόπου Τοκετού. Μια Φαινομενολογική Μελέτη

Ελένη Χατζηγεωργίου,¹ Χριστιάνα Κούτα,²
Ευρυδίκη Παπασταύρου,² Irena Papadopoulos³

The Choice of Birthplace

Abstract at the end of the article

¹CNM, PhD(c), Ειδικό Εκπαιδευτικό
Προσωπικό, Μαιευτική Εκπαίδευση, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο
Κύπρου, Λευκωσία

²PhD, Νοσηλεύτρια, Λέκτορας, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο
Κύπρου, Λευκωσία

³CNM, PhD, Καθηγήτρια Διαπολιτισμικής
Νοσηλευτικής, Middlesex University,
Ηνωμένο Βασίλειο

Τμήμα Νοσηλευτικής,
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου,
Λευκωσία

Υποβλήθηκε: 12.5.2011
Επανυποβλήθηκε: 12.12.2011
Εγκρίθηκε: 14.12.2011

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Ελένη Χατζηγεωργίου
Τμήμα Νοσηλευτικής
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Ταχ. Θυρίδα 12715, Κωδικός 2252
Λατσιά-Λευκωσία, Κύπρος
Τηλ: +357 22 001 661, +357 22 001 661, +357 99 360 671
e-mail: eleni.hadjigeorgiou@cut.ac.cy;
elenix@cytanet.com.cy

Εισαγωγή: Ο τοκετός είναι ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα στη ζωή της γυναίκας. Ο τόπος τοκετού αναφέρεται ως καθοριστικός παράγοντας για να βιώσει η γυναίκα τη γέννηση του παιδιού της ως θετική εμπειρία. **Σκοπός:** Διερεύνηση των απόψεων των γυναικών στην Κύπρο σχετικά με το δικαίωμα της επιλογής του τόπου τοκετού. **Υλικό-Μέθοδος:** Ποιοτική μελέτη με τη χρήση της φαινομενολογικής προσέγγισης. Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη και το δείγμα αποτέλεσαν 61 γυναίκες, οι οποίες είχαν γεννήσει υγιές νεογνό τους τελευταίους 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν 48 ημιδομημένες συνεντεύξεις και δύο ομάδες εστίασης (n=13). Η συλλογή δεδομένων επιτεύχθηκε μέχρι την επίτευξη εννοιολογικού κορεσμού και η ανάλυσή τους πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη μέθοδο Golaizzi. **Αποτελέσματα:** Οι απόψεις των γυναικών κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερα πυρηνικά θέματα, τα οποία αφορούσαν στα εξής: (α) τις επιλογές του τόπου τοκετού, (β) τις σχέσεις ανάμεσα στη γυναίκα και τους επαγγελματίες υγείας, (γ) την εξασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα και (δ) την ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού. Η επιλογή για τοκετό στο σπίτι απορρίπτεται από το 95% (n=58) των γυναικών. Η πλειοψηφία των γυναικών (n=48, 79%) δήλωσε ενδιαφέρον για τη δημιουργία κέντρων τοκετού και ζήτησαν επιτακτικά να διορθωθούν οι συνθήκες στο Δημόσιο και στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο. **Συμπεράσματα:** Το δικαίωμα των Κυπρίων γυναικών για επιλογή του τόπου τοκετού δε διασφαλίζεται. Η παρούσα μελέτη μπορεί να θεωρηθεί καινοτόμος για την Κύπρο, γιατί για πρώτη φορά καταγράφηκαν οι απόψεις των Κυπρίων γυναικών, σε σχέση με τη φροντίδα μητρότητας και αυτό μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για παρεμβάσεις βασισμένες στις τεκμηριωμένες ανάγκες των γυναικών.

Λέξεις ευρετηρίου: Ενημερωμένη επιλογή, ιατρικοποίηση, κέντρο τοκετού, μαιευτικό μοντέλο, τοκετός στο νοσοκομείο, τοκετός στο σπίτι, τόπος τοκετού

Εισαγωγή

Η γέννηση είναι μια σύνθετη βιολογική και συναισθηματική κατάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης και η βιωματική εμπειρία που απορρέει από αυτήν έχει μεγάλη σημασία επειδή σημαδεύει για πάντα τη ζωή της γυναίκας, του παιδιού της και της οικογένειάς της.¹⁻³ Ο τόπος τοκετού έχει τεκμηριωθεί ως καθοριστικός παράγοντας για να βιώσει η γυναίκα τη γέννηση του παιδιού της ως θετική και ευχάριστη εμπειρία.⁴⁻⁶ Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι κυβερνήσεις έχουν διαπιστώσει ότι οι υπηρεσίες της μητρότητας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών και να δημιουργούν τις ανάλογες υποδομές για να τους παρέχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν τον τόπο τοκετού τους.^{1,3}

Η συζήτηση που έχει αναπτυχθεί για τη διασφάλιση του δικαιώματος επιλογής του τόπου τοκετού είναι απότοκος του γεγονότος, ότι σε χώρες όπου τα συστήματα υγείας έχουν δημιουργήσει υποστηρικτικές υποδομές για τοκετό εκτός νοσοκομείου, οι γυναίκες επιλέγουν να γεννούν τα παιδιά τους στο νοσοκομείο.² Αντίθετα, σε χώρες όπου δεν υπάρχουν υποστηρικτικές υποδομές για τοκετό εκτός νοσοκομείου, οι γυναίκες συχνά αποφασίζουν και γεννούν τα παιδιά τους στο σπίτι τους.⁵ Αυτά τα ερευνητικά δεδομένα δημιουργούν έντονο προβληματισμό, ιδιαίτερα σε μικρές χώρες όπως την Κύπρο όπου έχει τεθεί ως στόχος η βελτίωση της παρεχόμενης μαιευτικής και περιγεννητικής φροντίδας. Η διερεύνηση των απόψεων των Κυπρίων γυναικών για το δικαίωμα της επιλογής του τόπου τοκετού, έχει πρακτική σημασία και ίσως και πολιτικές προεκτάσεις επειδή πιθανόν να βοηθήσει το σύστημα υγείας της χώρας στη διαμόρφωση σωστής πολιτικής, σύμφωνα με τις ανάγκες των γυναικών.^{2,6}

Επιλογές του τόπου τοκετού

Οι επιλογές του τόπου τοκετού διεθνώς διακρίνονται σε τοκετό εκτός και εντός νοσοκομείου.⁶ Εκτός νοσοκομείου, υπάρχει επιλογή για τοκετό στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού. Τα κέντρα τοκετού είναι ειδικά εξοπλισμένοι χώροι, οι οποίοι μπορεί να βρίσκονται πλησίον ή μακριά από το νοσοκομείο, έχουν οικογενειακό περιβάλλον, επιτρέπουν σε όλα τα μέλη της οικογένειας να παρίστανται, δε γίνονται ιατρικές παρεμβάσεις και οι μάιες βοηθούν τις γυναίκες να γεννήσουν το παιδί τους.⁷

Η επιλογή του τόπου τοκετού έχει άμεση σχέση με το μοντέλο και τη φιλοσοφία της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας.⁶ Διεθνώς, έχουν αναπτυχθεί δύο βασικά μοντέλα περιγεννητικής φροντίδας, το μαιευτικό και το ιατρικό.⁷ Η φιλοσοφία του μαιευτικού μοντέλου στηρί-

ζεται στη φυσιολογία, στη συνέχεια της φροντίδας, στην ενδυνάμωση της γυναίκας να χρησιμοποιήσει το γυναικείο της ένστικτο και δύναμη για να γεννήσει φυσιολογικά το παιδί της.^{8,9} Βασικός στόχος του μαιευτικού μοντέλου είναι η φροντίδα, η ενδυνάμωση και η στήριξη των γυναικών να πιστέψουν στη φυσική ικανότητά τους να γεννήσουν τα παιδιά τους, αφενός χωρίς παρεμβάσεις και αφετέρου στον τόπο που επιθυμούν.^{10,11}

Το ιατρικό μοντέλο αμφισβητεί τη μαιευτική φιλοσοφία και διατείνεται ότι ο τοκετός θα πρέπει να εκτελείται μόνο στα νοσοκομεία.^{12,13} Βασικό επιχείρημα για την πραγματοποίηση του τοκετού στο νοσοκομείο είναι η πεποίθηση των μαιευτήρων ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως καταστάσεις που μπορεί να έχουν επιπλοκές και για την ασφάλεια της γυναίκας και του νεογνού θα πρέπει να φροντίζονται στο νοσοκομείο, όπου υπάρχει η αναγκαία υποδομή.¹²

Η ιστορική αναδρομή για την περιγεννητική φροντίδα αναφέρει ότι ο τοκετός για πολλούς αιώνες διεξαγόταν στο σπίτι με τη βοήθεια της μάιας.¹³ Από το τέλος του 20ού αιώνα στις χώρες του δυτικού κόσμου, λόγω της αυξημένης περιγεννητικής νοσηρότητας και της μητρικής θνησιμότητας, ο τοκετός σε πολλές χώρες μεταφέρθηκε στα νοσοκομεία.¹³ Η μεταφορά όμως του τοκετού στο νοσοκομείο, ενώ αρχικά είχε βοηθήσει στη μείωση των εν λόγω σημαντικών δεικτών, εντούτοις στη συνέχεια μετέτρεψε ένα φυσιολογικό γεγονός, όπως ο τοκετός, σε ιατρική πράξη, με αποτέλεσμα να παρατηρηθεί το φαινόμενο της ιατροποίησης του τοκετού.^{4,14}

Η ιατροποίηση του τοκετού έχει απασχολήσει τη διεθνή επιστημονική κοινότητα γιατί προκαλεί πολλά προβλήματα, με σημαντικότερο την αρνητική επίδραση στην υγεία της γυναίκας και την αύξηση της περιγεννητικής νοσηρότητας.^{12,14} Η προαγωγή της υγείας της γυναίκας είναι βασικός συντελεστής για μια υγιή οικογένεια, η οποία αποτελεί το βασικό κύτταρο της κοινωνίας. Αυτό στοιχειοθετείται από το γεγονός ότι ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) έχει θέσει ως πέμπτο στόχο της χιλιετίας την προαγωγή της υγείας της γυναίκας και τη μείωση της περιγεννητικής νοσηρότητας, καθώς και της μητρικής θνησιμότητας.¹⁶ Η συσχέτιση μεταξύ τόπου τοκετού, περιγεννητικής νοσηρότητας και μητρικής θνησιμότητας έχει προκαλέσει διεθνώς το ενδιαφέρον. Συγκεκριμένα, οι Janssen et al.¹⁷ σε μελέτη τους στον Καναδά συνέκριναν τις εκβάσεις των τοκετών στο σπίτι σύμφωνα με το μαιευτικό μοντέλο και των τοκετών στο νοσοκομείο με βάση το μαιευτικό μοντέλο και το ιατρικό μοντέλο. Συμπεριέλαβαν 2.889 τοκετούς που είχαν διεξαχθεί από μάιες στο σπίτι και

4.752 που είχαν διεξαχθεί από μαιές στο νοσοκομείο. Επίσης, συμπεριελήφθησαν 5.331 τοκετοί, οι οποίοι είχαν διεξαχθεί από τους μαιευτήρες σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο. Η σύγκριση πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μοντέλων και αξιολογήθηκε η περιγεννητική νοσηρότητα, οι ιατρικές παρεμβάσεις, η μητρική και η νεογνική υγεία. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι προγραμματισμένοι τοκετοί στο σπίτι σύμφωνα με το μαιευτικό μοντέλο είχαν πολύ χαμηλό δείκτη περιγεννητικής θνησιμότητας, μειωμένες ιατρικές παρεμβάσεις και μειωμένη μητρική νοσηρότητα συγκριτικά με τους τοκετούς στο νοσοκομείο, οι οποίοι γίνονταν σύμφωνα με το μαιευτικό ή το ιατρικό μοντέλο. Σημαντικό επίσης ερευνητικό εύρημα ήταν ότι οι γυναίκες που φροντίζονταν από τις μαιές στο νοσοκομείο υπόκειντο σε αυξημένες παρεμβάσεις. Αυτό καταδεικνύει ότι ο τοκετός στο νοσοκομείο επηρεάζει άμεσα το μαιευτικό μοντέλο και την παρεχόμενη περιγεννητική φροντίδα.

Το συγκεκριμένο εύρημα αναδεικνύεται επίσης και από τις αφηγήσεις των γυναικών του δείγματος της μελέτης των Lock και Gibb,¹⁸ οι οποίες περιγράφουν ότι στο νοσοκομείο οι μαιές έδειχναν προθυμία να τις βοηθήσουν, αλλά λόγω φόρτου εργασίας αυτό ήταν ανέφικτο. Αντίθετα, σε τοκετό στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού, η μαία έχει ευθύνη για μία γυναίκα και έχει τη δυνατότητα να της παρέχει συνεχιζόμενη ολιστική φροντίδα.¹⁸ Το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο τόπος τοκετού στην περιγεννητική φροντίδα, περιγράφεται και σε έρευνες που εκπονήθηκαν στη Φιλανδία και τη Σουηδία, όπου οι φυσιολογικές γεννήσεις διεξάγονται μόνο στο νοσοκομείο από μαιές. Στις χώρες αυτές, οι γυναίκες αν και γνωρίζουν ότι δεν υπάρχει υποστηρικτική δομή για τοκετό στο σπίτι, γεννούν στο σπίτι τους με δική τους ευθύνη. Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των γυναικών, βασικός λόγος της σχετικής επιλογής αποτελεί το γεγονός ότι με την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο αισθάνονται ότι διατρέχουν κίνδυνο από μη αναγκαίες ιατρικές παρεμβάσεις.^{19,20} Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν και με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών, που έχουν διεξαχθεί σε άλλες χώρες.^{15,21}

Βέβαια, στη βιβλιογραφία υπάρχουν αντιφατικά δεδομένα, επειδή σε μερικές έρευνες οι γυναίκες έχουν δηλώσει ότι αισθάνονται ασφάλεια μόνο αν γεννήσουν στο νοσοκομείο.²² Συγκεκριμένα, οι απόψεις των γυναικών για τους τόπους τοκετού στην έρευνα των Christiaens και Bracke³³ ενισχύουν το ερευνητικό ενδιαφέρον. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης των γυναικών από τον τοκετό και τον τόπο διεξαγωγής του στο Βέλγιο και στην Ολλανδία.

Στην Ολλανδία, πολλοί τοκετοί εκτελούνται στο σπίτι φυσιολογικά. Αντίθετα, οι τοκετοί στο σπίτι στο Βέλγιο είναι σπάνιο φαινόμενο, επικρατεί το ιατρικό μοντέλο και οι τοκετοί εκτελούνται στο νοσοκομείο. Δύο ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 611 γυναίκες, όπου το πρώτο συμπληρώθηκε στις 30 εβδομάδες της κύησης και το δεύτερο ερωτηματολόγιο εντός των πρώτων 2 εβδομάδων μετά από τον τοκετό, στο σπίτι ή στο νοσοκομείο. Οι γυναίκες κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη από ανεξάρτητες μαιές και μαιευτήρες κατά τη διάρκεια των προγεννητικών επισκέψεων, από το 2004–2005. Η ανάλυση της διακύμανσης με δύο σταθερούς παράγοντες, του προγραμματισμένου τύπου τοκετού και του συστήματος περιγεννητικής φροντίδας, δείχνει ότι οι γυναίκες στο Βέλγιο, όπου οι περισσότερες είχαν γεννήσει στο νοσοκομείο εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις γυναίκες στην Ολλανδία. Στο Βέλγιο, οι γυναίκες είχαν τη δυνατότητα, αν το επιθυμούσαν, να έχουν παρεμβάσεις στον τοκετό τους όπως φάρμακα για τον πόνο. Αυτό ανατρέπει τα πορίσματα των προηγούμενων μελετών όπου η αποφυγή παρεμβάσεων και ο τοκετός στο σπίτι έχουν ευεργετική και θετική επίδραση στη γυναίκα.

Το εν λόγω εύρημα ενισχύεται και από τη μελέτη των Pavnova et al²⁷ στην Ολλανδία, η οποία αναγνωρίζοντας ότι ο ρόλος που διαδραματίζει ο τόπος τοκετού στην εμπειρία του τοκετού, δεν έχει εξεταστεί σε βάθος, έθεσε ως ερευνητικό στόχο τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις γυναίκες στην επιλογή του τόπου τοκετού. Η συγγραφέας χρησιμοποίησε τη μέθοδο των διακριτών επιλογών κατά τη διαδικασία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων. Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει ισχυρή προτίμηση για τοκετό στο σπίτι, αλλά καταληκτική εισήγηση ήταν να βελτιωθεί το περιβάλλον στο νοσοκομείο, επειδή υπάρχουν γυναίκες που επιθυμούν να έχουν αυτή την επιλογή.

Έχει διαφανεί ότι η επιλογή του τόπου τοκετού, αν και έχει διερευνηθεί σε αρκετές χώρες, τα περισσότερα πορίσματα τους είναι αμφιλεγόμενα.^{31–33} Μια κοινή διαπίστωση είναι ότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα για τις απόψεις των γυναικών σε σχέση με τον τόπο τοκετού, σε τοπικό και σε διεθνές επίπεδο.^{29,33} Οι Tsetsila et al³⁴ διατείνονται ότι η διαθέσιμη βιβλιογραφία που εξετάζει την παροχή περιγεννητικής φροντίδας, τις προσδοκίες, τις ανάγκες και την εμπειρία των Ελληνίδων γυναικών είναι σπάνια. Στην Κύπρο μέχρι σήμερα δεν έχει ασχοληθεί κάποια έρευνα με τις απόψεις των γυναικών για την περιγεννητική τους φροντίδα και, συγκεκριμένα, για το δικαίωμα της επιλογής του τόπου που θα γεννήσουν τα παιδιά τους.³⁵

Περιγεννητική φροντίδα στην Κύπρο

Το υφιστάμενο Σύστημα Υγείας της Κύπρου έχει αξιολογηθεί ως αναχρονιστικό, προβληματικό και ότι δεν ανταποκρίνεται στα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα, στις διαφορετικές ατομικές αξίες και στα διαφορετικά επιδημιολογικά πρότυπα της σημερινής εποχής.³⁵ Αυτό καταδεικνύεται από τα δημοσιεύματα των εφημερίδων με ιστορίες γυναικών που διαμαρτύρονταν για την περιγεννητική τους φροντίδα και από το γεγονός ότι το συγκεκριμένο θέμα είχε απασχολήσει επανειλημμένα τη Βουλή των Αντιπροσώπων της Κυπριακής Δημοκρατίας. Η περιγεννητική φροντίδα στην Κύπρο παρέχεται στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο.³⁷ Οι γυναίκες μέχρι το 1974 είχαν τη δυνατότητα να γεννήσουν στο σπίτι τους ή στο δημόσιο νοσοκομείο με τις μαίες και στα ιδιωτικά νοσοκομεία με τους μαιευτήρες. Στη συνέχεια, οι τοκετοί μεταφέρθηκαν αποκλειστικά στο νοσοκομείο και οι μαίες αναγκάστηκαν να εργάζονται μόνο ενδονοσοκομειακά, μέχρι και σήμερα όπου τα 2/3 των γεννήσεων πραγματοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα και μόνο το 1/3 στο δημόσιο.³⁷ Οι γυναίκες της Κύπρου, αν και Ευρωπαίοι πολίτες, δεν έχουν την επιλογή να γεννήσουν στο σπίτι ή στο κέντρο τοκετού, όπως γυναίκες άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Πολλές γυναίκες έχουν δηλώσει την αγανάκτησή τους στα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ) και έχουν διεκδικήσει να παρέχονται περισσότερες επιλογές του τόπου τοκετού. Συγκεκριμένα, μία μητέρα ισχυρίστηκε ότι προσπάθησε να εντοπίσει ένα, τόπο τοκετού που να ικανοποιεί τις προσωπικές της ανάγκες, είχε επισκεφθεί τρία νοσοκομεία και, τελικά, γέννησε αναγκαστικά σε ένα χώρο που δεν την ικανοποίησε, με αποτέλεσμα να περιγράψει τον τοκετό της σε ένα περιοδικό ως «η εφιαλτική γέννα».³⁶

Η Κυπριακή Δημοκρατία έχει θέσει ως στόχο να εφαρμόσει ένα νέο σχέδιο υγείας, το οποίο θα είναι ανθρωποκεντρικό και θα βασίζεται στην αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης (ΟΑΥ Γενικού Συστήματος Υγείας, Νόμος 89 (I)/2001). Η διεξαγωγή τοπικής μελέτης αναφορικά με τη διερεύνηση των απόψεων των γυναικών της Κύπρου για τη διασφάλιση του δικαιώματός τους να έχουν επιλογή του τόπου τοκετού πιθανόν να έχει βαρύνουσα σημασία για τους διαμορφωτές πολιτικής υγείας.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών της Κύπρου για τη διασφάλιση του δικαιώματός τους να έχουν επιλογή του τόπου τοκετού.

Υλικό και Μέθοδος

Για τη μελέτη έχει χρησιμοποιηθεί ποιοτικός ερευνητικός σχεδιασμός με τη χρήση της φαινομενολογικής προσέγγισης. Το ρεύμα της φαινομενολογίας χαρακτηρίζεται ότι μελετά τα φαινόμενα ολιστικά και σε βάθος.³⁸ Η μελέτη κινείται πάνω σε δύο άξονες. Ο πρώτος άξονας διερευνά τις απόψεις των γυναικών με υποθετικό σενάριο και τους ζητά να εκφράσουν τις απόψεις τους για δημιουργία επιλογών, όπως τοκετό στο σπίτι ή σε κέντρο τοκετού και ο δεύτερος άξονας εστιάζεται στη διερεύνηση των απόψεών τους σχετικά με τους υφιστάμενους τόπους τοκετού στην Κύπρο.

Ηθικά θέματα

Η έρευνα άρχισε, αφού εξασφαλίστηκε άδεια από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής και το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου. Η συμμετοχή των γυναικών ήταν εθελοντική και δόθηκε η διαβεβαίωση ότι οι πληροφορίες που θα συλλέγονταν θα ήταν απόρρητες και εμπιστευτικές. Επίσης, τηρήθηκε ανωνυμία και ιδιωτικότητα. Η διατήρηση του απορρήτου, της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας εξασφαλίστηκαν με τη χρήση ψευδωνύμων για τις αφηγήσεις των γυναικών ενώ οι ηχογραφημένες κασέτες έχουν φυλαχθεί σε ασφαλισμένο μέρος. Οι συμμετέχουσες πληροφορήθηκαν για το σκοπό της έρευνας και έδωσαν την ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους πριν από τη συλλογή των δεδομένων.³⁸

Δειγματοληψία

Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη και συμμετείχαν 61 γυναίκες, ενώ τα δεδομένα στηρίζονται σε 48 ημιδομημένες συνεντεύξεις και δύο ομάδες εστίασης (n=13). Η χρησιμοποίηση δύο εργαλείων συλλογής στοιχείων/τριγωνοποίηση δεδομένων έχει ενισχύσει την πιστότητα της μελέτης, επειδή έχει επιτευχθεί εμπλουτισμός δεδομένων και στην πορεία δόθηκε η ευκαιρία για σύγκριση των δεδομένων. Στην πρώτη ομάδα εστίασης, έλαβαν μέρος 6 γυναίκες και στη δεύτερη 7 γυναίκες. Ο λόγος συλλογής δεδομένων με προσωπική συνέντευξη από 48 γυναίκες ήταν η προσπάθεια να συλλεχθούν στοιχεία από γυναίκες που είχαν γεννήσει στα ιδιωτικά και στα δημόσια νοσοκομεία όλων των επαρχιών της Κυπριακής Δημοκρατίας, με βασικό στόχο τον εντοπισμό πλούσιων δεδομένων, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι τα 2/3 των τοκετών εκτελούνται στον ιδιωτικό τομέα και το 1/3 στο δημόσιο. Οι συμμετέχουσες πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια: ήταν υγιείς, μιλούσαν ελληνικά και είχαν γεννήσει ένα τελειόμηνο, υγιές νεογνό σε ιδιωτικά

ή δημόσια νοσοκομεία της Κυπριακής Δημοκρατίας, τους τελευταίους 12 μήνες.

Συλλογή δεδομένων

Πιλοτική μελέτη

Πριν από τις συνεντεύξεις διενεργήθηκε πιλοτική δοκιμή του σχεδίου συνέντευξης σε 3 γυναίκες με τα ανάλογα χαρακτηριστικά, με στόχο να αναγνωριστούν πιθανά προβλήματα και να πραγματοποιηθούν οι σχετικές διορθώσεις. Η ημιδομημένη συνέντευξη και το περιεχόμενο των τριών συνεντεύξεων αξιολογήθηκαν από δύο έμπειρες ακαδημαϊκούς, που επικύρωσαν την τελική συλλογική απόφαση για τη συνέχεια της μελέτης.

Κύρια φάση της μελέτης

Η συλλογή δεδομένων διήρκησε 7 μήνες και πραγματοποιήθηκε στα κέντρα προστασίας μητρότητας και παιδιού. Οι μητέρες που πληρούσαν τα κριτήρια ερωτήθηκαν, εάν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην παρούσα εργασία και εφόσον αποδέχονταν, δήλωναν το μέρος, την ημέρα και την ώρα και γινόταν η συνέντευξη. Κάθε συνέντευξη διαρκούσε από 40–60 min και κάθε ομάδα εστίασης από 85–95 min. Οι 44 συνεντεύξεις διεξήχθησαν στο σπίτι των συμμετεχουσών, εκτός από δύο που πραγματοποιήθηκαν σε ένα ήσυχο γραφείο και δύο σε μια ήσυχη καφετερία. Σχετικά με το περιβάλλον του τόπου τοκετού προκειμένου να διερευνηθούν οι απόψεις των γυναικών για τοκετό στο κέντρο τοκετού και για τοκετό στο σπίτι, δόθηκε υποθετικό σενάριο επειδή δεν υφίστανται οι συγκεκριμένες επιλογές στην Κύπρο. Συγκεκριμένα, για να εξεταστεί με αμεροληψία η επιλογή κέντρου τοκετού, ετοιμάστηκε σχετικό ενημερωτικό έντυπο σύμφωνα με την πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία, στο οποίο γινόταν μια σύντομη περιγραφή του κέντρου τοκετού και δόθηκαν επεξηγήσεις για το συγκεκριμένο θέμα σε όλες ανεξαιρέτως τις γυναίκες. Περαιτέρω, η ερευνήτρια πριν από τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων είχε καταγράψει σε κείμενο τις δικές της απόψεις και θέσεις για το συγκεκριμένο θέμα. Η σχετική καταγραφή έχει συνδράμει στην περιχαράκωση των δικών της απόψεων και στην ερμηνεία των δεδομένων, με περισσότερη αντικειμενικότητα.

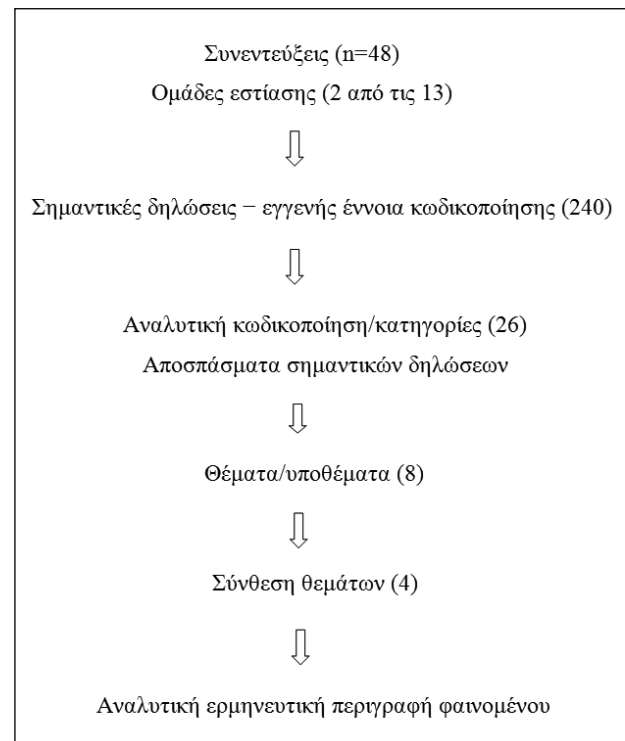
Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων αποτελεί το κρίσιμο και αποφασιστικό στάδιο από το οποίο θα προκύψουν η θεωρητικοποίηση, η απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων, καθώς και τα γενικά και τα ειδικά συμπεράσματα.^{39,40} Προϋπόθεση για την ανάλυση των ποιοτι-

κών δεδομένων ήταν η αποτελεσματική διαχείριση που περιλαμβάνει τη συστηματική και τη συνεπή διαδικασία συλλογής υψηλής ποιότητας δεδομένων, αποθήκευση και ανάκτηση.³⁸

Οι φαινομενολόγοι συνήθως παρουσιάζονται απρόθυμοι να επικεντρωθούν σε συγκεκριμένα βήματα για την ανάλυση δεδομένων. Ο Colaizzi⁴⁰ όμως έχει δημιουργήσει ειδικά βήματα, τα οποία συμβάλλουν στην αύξηση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων. Η παρούσα μελέτη έχει ακολουθήσει τη μέθοδο Colaizzi,⁴⁰ η οποία περιλαμβάνει την εξής διαδικασία: τα αποκωδικοποιημένα κείμενα των συνεντεύξεων διαβάστηκαν προσεκτικά από δύο ερευνητές για να εντοπιστούν οι προτάσεις που είχαν σχέση με τις απόψεις των γυναικών όσον αφορά στο δικαίωμά τους να επιλέξουν τόπο τοκετού⁴¹ (εικόνα 1).

Στη συνέχεια, οι δύο ερευνητές αρχικά εργάστηκαν ξεχωριστά και μετά μαζί για να εντοπίσουν και να οργανώσουν τις δηλώσεις των γυναικών σε κατηγορίες. Ακολούθησε αναστοχασμός στις κατηγορίες που αναπτύχθηκαν, ενώ οι κωδικοποιημένες σημαντικές δηλώσεις κατηγοριοποιήθηκαν πιο επισταμένα. Οι κατηγοριοποιημένες σημαντικές δηλώσεις συγκεντρώθηκαν και οι ερευνήτριες είχαν συχνές συναντήσεις, στην προσπάθειά τους να εντοπίσουν τα



Εικόνα 1. Περιγραφή ανάλυσης δεδομένων (βασισμένο από τη Sanders⁴¹).

θέματα και τα υποθέματα. Στη συνέχεια, δύο ακαδημαϊκοί αξιολόγησαν και συμφώνησαν με τη διαδικασία. Οι συχνές συναντήσεις μεταξύ ερευνητών είχαν αυξήσει την πιστότητα των αποτελεσμάτων επειδή έγινε σε βάθος ανάλυση.³⁸

Αποτελέσματα

Ο αριθμός των προηγούμενων τοκετών, το είδος του τελευταίου τοκετού και οι άνθρωποι, οι οποίοι ήταν παρόντες στον τοκετό παρατίθενται στον πίνακα 1.

Μετά από τη θεματική ανάλυση καταγράφηκαν τα ακόλουθα κεντρικά θέματα: (α) επιλογές τόπου τοκετού, (β) σχέσεις εμπιστοσύνης ανάμεσα στη γυναίκα και στους επαγγελματίες υγείας, (γ) εξασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα, (δ) ασφάλεια μητέρας και νεογνού.

Για προφύλαξη και διατήρηση της ανωνυμίας δόθηκαν ψευδώνυμα στις γυναίκες. Οι ομάδες εστίασης περιγράφονται ως Ομάδα 1 και Ομάδα 2.

Επιλογές του τόπου τοκετού

Οι περισσότερες γυναίκες (n=48, 79%) σχετικά με τις επιλογές του τόπου τοκετού, έδωσαν θετικά σχόλια μόνο

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών του δείγματος (συνεντεύξεις).

| Ηλικία (έτη) | Δημόσιο και Ιδιωτικό Νοσοκομείο | |
|-------------------------------|---------------------------------|--------|
| | (n= 48) | n% |
| 18–26 | 9 | 18,75% |
| 27–31 | 22 | 45,83% |
| 32–36 | 12 | 25,0% |
| 37 και άνω | 5 | 10,42% |
| Οικογενειακή κατάσταση | | |
| Παντρεμένη | 45 | 93,75% |
| Άγαμη | 2 | 4,17% |
| Διαζευγμένη | 1 | 2,08% |
| Τοκετός | | |
| 1 | 29 | 60,42% |
| 2–3 | 15 | 31,25% |
| 4–5 | 4 | 8,33% |
| 6 και άνω | – | – |
| Είδος τοκετού | | |
| Φυσιολογικός | 28 | 58,33% |
| Καισαρική τομή | 18 | 37,5% |
| Άλλο | 2 | 4,17% |
| Παρόντες στο τοκετό | | |
| Σύντροφος | 39 | 60,42% |
| Μητέρα | 6 | 31,25% |
| Φίλη | 2 | 8,33% |
| Άλλο | 1 | – |

για το κέντρο τοκετού και δήλωσαν ότι θα τις ενδιέφερε να υπάρχει αυτή η υποδομή στην Κύπρο. Οι πιο αντιπροσωπευτικές δηλώσεις ήταν:

«Θα ήταν ιδανικό, να δημιουργηθούν κέντρα τοκετού. Όταν γεννήσεις, θέλεις ένα καλό περιβάλλον, έναν τόπο που να σου προκαλεί ηρεμία. Στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο, το περιβάλλον είναι φοβητσιάρικο. Αντί να είσαι άνετη εκείνη την ωραία στιγμή, όλα τα αντικείμενα μέσα στο δωμάτιο τοκετού σου προκαλούν φόβο, νομίζεις ότι κάτι θα σου συμβεί».

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

Σχετικά με την επιλογή για τοκετό στο σπίτι, 58 (95%) γυναίκες είχαν απαντήσει αμέσως ΟΧΙ και το χαρακτηριστικό ήταν ότι 19 από αυτές είχαν απαντήσει με δύο ΟΧΙ ταυτόχρονα και στη συνέχεια λέξεις που δήλωναν περισσότερη άρνηση, όπως «φοβάμαι, το θεωρώ τρομακτικό», «δε νοιώθω ασφάλεια», «δεν το θέλω».

Μια γυναίκα με εμπειρία τοκετού στο σπίτι στο εξωτερικό αναφέρει:

«Όχι δε θα αισθανόμουν ασφάλεια. Δεν είμαι υπέρ του τοκετού στο σπίτι. Έχω προσωπική εμπειρία, η μητέρα μου με γέννησε στην Αγγλία. Η μαία της έλεγε να γεννήσει στο σπίτι, αλλά παρουσιάστηκε πρόβλημα και πήγαμε στο νοσοκομείο. Όχι, δεν υπάρχει ασφάλεια στο σπίτι».

Στις ομάδες εστίασης, η επιλογή για τοκετό στο σπίτι σχολιάστηκε επίσης αρνητικά. Θετική περιγραφή για τοκετό στο σπίτι έγινε μόνο από μία γυναίκα που είχε δηλώσει:

«Είναι καλό πιστεύω να γεννήσεις στο σπίτι, ναι θα ήταν η πιο ωραία εμπειρία. Εγώ, όταν είχα πόνο, έμπαινα όλη μέρα μέσα στο νερό, θα μου άρεσε να γεννήσω μέσα στην πισίνα ή στην μπανιέρα μου».

Όταν ρωτήθηκαν οι γυναίκες για τα νοσοκομεία, ιδιωτικά και δημόσια, οι απόψεις τους ήταν συγκεκριμένες. Είχαν αναφερθεί στα προσωπικά τους βιώματα και οι περιγραφές τους είχαν εστιαστεί στο περιβάλλον, στις σχέσεις τους με τους μαιευτήρες και τις μαιές, τη συνέχεια στη φροντίδα και στην ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού. Όλες οι γυναίκες που γέννησαν στα δημόσια νοσοκομεία, δήλωσαν ότι το περιβάλλον δεν ήταν κατάλληλο. Ακολουθεί χαρακτηριστικό παράδειγμα από δύο μητέρες:

«Το περιβάλλον που είχα γεννήσει, δεν ήταν καθόλου κατάλληλο... περπατάς στο διάδρομο ή μέσα στο χειρουργείο... και περιμένεις για ώρες...».

Στον ιδιωτικό τομέα, οι χώροι περιγράφονται ως αρκετά καλοί, επειδή διασφαλίζουν στη γυναίκα άνεση και την

ιδιωτικότητά της. Συγκεκριμένα, μία γυναίκα είχε τονίσει:

«Είχα το δικό μου μπάνιο, τουαλέτα,, ωραίο δωμάτιο με χρώματα και για να περάσεις μέσα στο χώρο που βρίσκεται η γυναίκα για να γεννήσει, θα πρέπει να γνωρίζεις τον κωδικό».

Μέσα από την επόμενη αφήγηση διαφαίνεται η προσπάθεια των γυναικών για εντοπισμό κατάλληλου τόπου τοκετού.

«Πήγαινα στο δημόσιο, αλλά ο γιατρός δε σου λέει τίποτα, αν είναι γυναικολόγος, αν είναι ειδικευόμενος... Με τις μαίες πάλι, δεν ξέρω πόσο εκπαιδεύονται, δεν ξέρω τις γνώσεις τους».

Αυτή η αναφορά οδηγεί στο επόμενο θέμα που είναι οι σχέσεις ανάμεσα στη γυναίκα και τους επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα το μαιευτικό και το ιατρικό μοντέλο.

Σχέσεις γυναίκας με επαγγελματίες υγείας

Για το μαιευτικό μοντέλο είχαν αναφερθεί αρκετές γυναίκες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μερικές γυναίκες που είχαν εμπειρία με τα συστήματα υγείας στο εξωτερικό, όπου υπάρχει δυνατότητα για τη γυναίκα να επιλέξει να γεννήσει με τη μαία της, αναζητούσαν να βρουν μαίες αλλά η κουλτούρα που επικρατεί στην Κύπρο ήταν βασικό εμπόδιο. Οι φίλοι της και οι συγγενείς της, της έλεγαν:

«Έχει τόσους γιατρούς και εσύ θέλεις μαία... αν συμβεί κάτι...».

Άλλες γυναίκες δήλωσαν ότι δε γνώριζαν ότι στο δημόσιο νοσοκομείο υπάρχουν μαίες και έχουν γνώσεις και δεξιότητες να τις βοηθήσουν να γεννήσουν τα παιδιά τους. Συγκεκριμένα, μία μητέρα αναφέρει τα εξής:

«Μου έχουν αναφέρει ότι οι μαίες στην Κύπρο είναι μόνο στο δημόσιο νοσοκομείο αλλά, δεν ξέρω αν μπορούν να σε ξεγεννήσουν και δεν είναι καλά να γεννήσεις στο δημόσιο».

Αυτή η δήλωση ενισχύεται και με άλλη περιγραφή:

«Το γεγονός ότι στο δημόσιο μπορεί η μαία να εκτελέσει τον τοκετό, σχολιάζεται αρνητικά. Εγώ σκέφτηκα το ιδιωτικό νοσοκομείο επειδή ήθελα να έχω ένα γιατρό που να τον γνωρίζω, να υπάρχει συνέχεια».

Στον αντίποδα, άλλες γυναίκες που είχαν ξαναγεννήσει στο δημόσιο νοσοκομείο γνώριζαν για τις μαίες και αναφέρθηκαν στο σημαντικό ρόλο που είχαν διαδραματίσει στην επιλογή τους:

«Η γυναίκα χρειάζεται κάποιον που ξέρει και την ενημερώνει σωστά, αν διαβάσεις βιβλία, περιοδικά, μπεις στο διαδίκτυο... την ώρα του τοκετού σου θέλεις τη μαία σου που σε καταλαβαίνει, θέλεις ένα άγγιγμα. Το ότι θα με ξεγεννούσαν μαίες, το θεωρώ πλεονέκτημα επειδή έχουν εμπειρία».

Μια συμμετέχουσα περιγράφει την εμπειρία της με τις μαίες και τους μαιευτήρες με έναν ξεχωριστό τρόπο:

«Οι μαίες είναι πολύ σημαντικές, ήταν μαζί μου όλο το

βράδυ, κάναμε τις αναπνοές μας. Ήταν ήρεμες και ευγενικές. Όταν όμως ήρθε ο γιατρός, ρώτησε τι κάνουμε, με περιέργο και ειρωνικό τρόπο».

Οι περισσότερες γυναίκες που είχαν γεννήσει στο δημόσιο και λιγότερες στο ιδιωτικό, δεν αναφέρθηκαν με θετικά σχόλια για τους μαιευτήρες. Μερικές γυναίκες είχαν τονίσει ότι οι περισσότεροι μαιευτήρες των δημόσιων και των ιδιωτικών νοσοκομείων είχαν περιέργη συμπεριφορά, δεν τις ενημέρωναν και δεν τους αφιέρωναν τον απαραίτητο χρόνο. Το γεγονός που είχαν σχολιάσει οι περισσότερες γυναίκες ήταν ότι στο δημόσιο νοσοκομείο δεν υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα της γυναίκας.

Συνέχεια στη φροντίδα

Σχετικά με τη συνέχεια στη φροντίδα, ακολουθεί χαρακτηριστική αφήγηση:

«Ο γιατρός στο δημόσιο δε μου έδινε κάποια πληροφορία, κάθε φορά ήταν διαφορετικός, με άφηνε κάποτε όρθια και μου έλεγε, αν δεν έχω πρόβλημα να φύγω... περίμενα τόση ώρα για να μου πει να φύγω... Αν δεν είχα οικονομικό πρόβλημα, δε θα πήγαινα στο δημόσιο».

«Πήγαινα και σε εξωτερικό γιατρό, για να έχω ένα γιατρό που να γνωρίζει το ιστορικό μου, αλλά και αυτός κάποτε βιαζόταν γιατί θα έπρεπε να πάει στο χειρουργείο».

Αντίθετα, άλλες γυναίκες που πήγαιναν στο ιδιωτικό νοσοκομείο, είχαν περιγράψει τη συμπεριφορά του ιατρού τους, ότι δηλαδή ήταν πολύ καλή και είχαν υπερθεματίσει ότι υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα.

«Ο γυναικολόγος μου έγινε μαιευτήρας μου. Τον γνώριζα από προηγούμενως, ένοιωθα οικειότητα και τον εμπιστευόμουν. Μου είχε εξηγήσει για τον τοκετό, του είχα εμπιστοσύνη».

Στην Ομάδα 2 έγινε έντονος σχολιασμός για το δημόσιο νοσοκομείο, ειδικότερα ότι το προσωπικό γενικά δε συμπεριφέρεται σωστά, αλλά σχεδόν όλες τονίσαν ότι το δημόσιο παρέχει περισσότερη ασφάλεια από το ιδιωτικό.

Ασφάλεια μητέρας και νεογνού

Η λέξη ασφάλεια χρησιμοποιήθηκε από πολλές μητέρες, οι οποίες είχαν τονίσει ότι πρωταρχικό τους μέλημα ήταν η ασφάλεια του παιδιού τους. Συγκεκριμένα, μία μητέρα δήλωσε για τοκετό εκτός νοσοκομείου:

«Ο κίνδυνος είναι μεγάλος να γεννήσει μια γυναίκα στο σπίτι».

Μερικές γυναίκες είχαν αναφέρει ότι ιδιαίτερα οι πρωτότοκες θα πρέπει να γεννούν μόνο στο νοσοκομείο, για λόγους ασφάλειας:

«Στο πρώτο το μωρό αποκλείεται να το έκανα, γιατί φοβόμουν μήπως πάθω κάτι. Τώρα ξέρω. Στο τρίτο, θα ήθελα

να γεννήσω στο σπίτι. Αν επιλέξω μια έμπειρη μαία και η εγκυμοσύνη μου είναι χωρίς πρόβλημα».

Δύο γυναίκες δήλωσαν ότι αν θα γεννούσαν στο σπίτι τους, θα επιθυμούσαν να υπάρχει παιδίατρος.

«Ειλικρινά, τώρα που γεννήσα θεωρώ ότι μπορείς να γεννήσεις και στο σπίτι σου, αλλά να υπάρχει παιδίατρος, για καλό και για κακό».

Μία γυναίκα δήλωσε ότι το οικογενειακό της περιβάλλον προσπάθησε να την πείσει για το δημόσιο νοσοκομείο, αλλά αυτή αρνήθηκε...

«Μέλη της οικογένειάς μου προσπάθησαν να με πείσουν να πάω στο νοσοκομείο γιατί υπάρχει περισσότερη ασφάλεια, αλλά εγώ ήθελα το γιατρό μου, που τον ήξερα».

Οι μητέρες στις ομάδες εστίασης, είχαν διερωτηθεί για τα ακόλουθα:

«Στον ιδιωτικό τομέα, ο γιατρός είναι υπεύθυνος για όλα, Αν είναι στο χειρουργείο και γεννά μια κοπέλα, τι θα γίνει; Θα διακόψει την εγχείρηση;».

«Στον ιδιωτικό τομέα, υπεύθυνος για τη γυναίκα είναι ο γιατρός της που τη γνωρίζει».

Συζήτηση

Οι περισσότερες γυναίκες που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν παντρεμένες. Αυτό ήταν αναμενόμενο λόγω του γεγονότος ότι η κυπριακή κοινωνία είναι συντηρητική και συνήθως οι γυναίκες παντρεύονται για να αποκτήσουν παιδιά.³⁴ Οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν ότι θα ήθελαν να γεννούν τα παιδιά τους σε ένα περιβάλλον ήσυχο, ήρεμο, φιλικό και οικείο. Τα εν λόγω ευρήματα συνάδουν με τα ευρήματα των Hildingsson et al,²⁰ Mander και Melender,¹⁵ οι μελέτες των οποίων αποδεικνύουν το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει για τις γυναίκες το σωστό περιβάλλον.

Στην παρούσα μελέτη, σωστό περιβάλλον δεν είναι ο τοκετός στο σπίτι αλλά ο τοκετός σε χώρο, όπου αναπτύσσεται σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ της γυναίκας και των επαγγελματιών υγείας, παρέχει συνέχεια στη φροντίδα και ασφάλεια. Το κέντρο τοκετού ως επιλογή, έγινε θετικά αποδεκτή σχεδόν από το σύνολο των γυναικών. Θα πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη ότι οι απόψεις των συμμετεχουσών βασίστηκαν σε ένα φανταστικό και ίσως εξιδανικευμένο σενάριο. Σχετικά με την επιλογή δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου, οι απόψεις τους ήταν βασισμένες σε πραγματικά στοιχεία και φάνηκε ότι πρωταρχικό ρόλο είχε διαδραματίσει η σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας. Η σχέση με το μαιευτήρα τους στον ιδιωτικό τομέα περιγράφεται ως καλή, επειδή

του είχαν εμπιστοσύνη, υπήρχε συνέχεια στη φροντίδα, τις παρακολουθούσε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και εκτελούσε τον τοκετό τους.

Αντίθετα, στο δημόσιο νοσοκομείο η γυναίκα σε κάθε συνάντηση κατά την προγεννητική περίοδο επισκεπτόταν διαφορετικό ιατρό και στον τοκετό είχε διαφορετικό ιατρό ή μαία. Οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν ότι αναγκάστηκαν να παραμείνουν στο δημόσιο, γιατί η οικονομική επιβάρυνση στο ιδιωτικό νοσοκομείο είναι δυσβάστακτη. Έτσι, μερικές γυναίκες στην προσπάθειά τους να έχουν συνέχεια στη φροντίδα τους και για να αισθάνονται ασφάλεια πήγαιναν ταυτόχρονα στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο.

Έχει διαφανεί ότι η βασική τους ανησυχία ήταν η προσωπική τους ασφάλεια αλλά και η ασφάλεια του παιδιού τους. Η ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού, αν και αναφέρθηκε ως καθοριστικός παράγοντας για την επιλογή του τόπου τοκετού, τα αποτελέσματα είναι αλληλοσυγκρουόμενα. Οι γυναίκες που έχουν γεννήσει στον ιδιωτικό τομέα ένοιωθαν ανασφάλεια, επειδή δεν υπάρχει εντατική μονάδα για τα νεογνά. Σχετικά με τα δημόσια νοσοκομεία, μερικές γυναίκες δήλωσαν ότι αισθάνονταν περισσότερη ασφάλεια για το νεογνό τους αλλά οι ίδιες είχαν άγχος για τον εαυτό τους γιατί δεν υπήρχε συνέχεια στη φροντίδα και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μη γνωρίζουν τον επαγγελματία που θα εκτελούσε τον τοκετό τους.

Σημαντικό εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης αποτελεί το γεγονός, ότι ο ρόλος των μαιών δεν είναι γνωστός στις περισσότερες γυναίκες. Περαιτέρω προβληματισμό προκαλεί η δήλωση μερικών γυναικών, ότι ανησυχούν για την επάρκεια γνώσεων και τις δεξιότητες των μαιών. Συγκεκριμένα, οι περισσότερες γυναίκες που είχαν γεννήσει στον ιδιωτικό τομέα δε γνώριζαν ότι οι μαιές εκτελούν φυσιολογικούς τοκετούς.

Περιορισμοί της μελέτης

Ακολουθώντας μια ποιοτική προσέγγιση, συνεπάγεται ότι τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε άλλους πληθυσμούς. Ωστόσο, επειδή τα δεδομένα συλλέχθηκαν παγκύπρια και αναλύθηκαν μέχρι εννοιολογικού κορεσμού τα συγκεκριμένα ευρήματα και τα συμπεράσματα μπορεί να αφορούν επίσης και σε άλλες γυναίκες που διαβιώνουν σε παρόμοιες συνθήκες.

Συμπεράσματα

Το δικαίωμα των Κυπρίων γυναικών για επιλογή του

τόπου τοκετού δε διασφαλίζεται στην Κυπριακή Δημοκρατία, επειδή οι γυναίκες θα επιθυμούσαν να έχουν περισσότερες επιλογές, όπως τοκετό σε κέντρο τοκετού. Το γεγονός ότι οι γυναίκες επισκέπτονταν ταυτόχρονα δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο δηλώνει ότι δε βρήκαν αυτό που αναζητούσαν ούτε στο δημόσιο ούτε στον ιδιωτικό τομέα. Τα υποθετικά σενάρια για τοκετό στο σπίτι και στο κέντρο τοκετού ήταν μια χρήσιμη μέθοδος για εντοπισμό των πραγματικών αναγκών των γυναικών. Οι γυναίκες είχαν την ευκαιρία να δηλώσουν ότι θα επιθυμούσαν να δημιουργηθούν κέντρα τοκετού αλλά και να απορρίψουν την επιλογή για τοκετό στο σπίτι. Σχετικά με την επιλογή για τοκετό στο ιδιωτικό ή στο δημόσιο νοσοκομείο, οι γυναίκες με τη βοήθεια του αναστοχασμού εντόπισαν τους παράγοντες που επηρέασαν την επιλογή τους για να γεννήσουν στο συγκεκριμένο τόπο και τους δόθηκε η ευκαιρία να εκφράσουν τις απόψεις και τους προβληματισμούς τους. Η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών φάνηκε χρήσιμη για την αξιολόγηση του συστήματος υγείας της Κύπρου και την εκτίμηση των αναγκών των γυναικών, σε μια τόσο σημαντική περίοδο της ζωής τους.

Η καινοτομία της παρούσας μελέτης έγκειται στο ότι παρείχε τη δυνατότητα για πρώτη φορά στις Κύπριες γυναίκες να προβληματιστούν και να κρίνουν την παρεχόμενη περιγεννητική φροντίδα, φάνηκε δε, όπως και σε άλλες χώρες, ότι ο απόλυτος έλεγχος στην επιλογή του τόπου τοκετού είναι πιθανόν ουτοπία.

Προτάσεις για εφαρμογή

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την πρώτη παγκύπρια έρευνα αναφορικά με τις απόψεις των γυναικών για το δικαίωμα επιλογής του τόπου τοκετού προβάλλουν επιτακτικά την ανάγκη για αλλαγή της περιγεννητικής πολιτικής. Ο εντοπισμός και η κατανόηση των προτιμήσεων των γυναικών για την περιγεννητική τους φροντίδα παρέχει τη δυνατότητα στους διαμορφωτές πολιτικής υγείας να χαράξουν νέα πολιτική, εστιασμένη στις ανάγκες τους. Οι Κύπριες γυναίκες διεκδικούν να έχουν επιλογές του τόπου τοκετού, αλλά όχι τοκετό στο σπίτι. Το γεγονός ότι οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν ότι δε γνωρίζουν το ρόλο των μαιών, αυτό καταδεικνύει ότι οι μαίες θα πρέπει να προβάλλουν το ρόλο τους μέσα στο σύστημα υγείας της Κύπρου, να βοηθήσουν τη γυναίκα να έχει επιλογή τόπου τοκετού και να μειωθεί η ιατροκοποίηση μιας φυσιολογικής διαδικασίας, όπως είναι ο τοκετός. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για δημιουργία ενός νέου μοντέλου περιγεννητικής φροντίδας που θα έχει ως στόχο να καταγράφεται ο τοκετός ως θετική και ευχάριστη εμπειρία στη ζωή της γυναίκας.

Ευχαριστίες

Το παρόν άρθρο αποτελεί μια εργασία η οποία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της απόκτησης διδακτορικού τίτλου στη Μαιευτική, στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Θερμές ευχαριστίες στις γυναίκες που με τόσο ενδιαφέρον μοιράστηκαν τις εμπειρίες τους με τους ερευνητές.

ABSTRACT

An Exploration of Women's Perceptions of their Right to choose Place of Childbirth in Cyprus. A Phenomenological Study

Eleni Hadjigeorgiou,¹ Christiana Kouta,² Evridiki Papastavrou,² Irena Papadopoulos³

¹CNM, PhD(c), RN, Special Teaching Staff, Midwifery Education, Faculty of Nursing, Cyprus Technological University, Nicosia, ²PhD, RN, Lecturer, Faculty of Nursing, Cyprus Technological University, Nicosia, ³CNM, PhD, RN, Professor of Transcultural Health and Nursing, Middlesex University, United Kingdom

Background: Childbirth is one of the most important events in a woman's life. The place of birth is considered to be a crucial factor for a positive maternity experience. **Aim:** To investigate women's perceptions of their right to choose their place of childbirth in Cyprus. **Method:** A qualitative study was conducted using a phenomenological approach, with the use of interviews with women (n=48), and two focus groups (n=13). The sampling was purposive. Data analysis followed Colaizzi's steps. **Results:** Four themes emerged: (a) Birth place choices, (b) the relationship between women and health professionals, (c) the continuity of perinatal care, and (d) the safety of the mother and her newborn child. The choice of home birth was rejected by 58 women (95%). Most women (79%) expressed interest in giving birth in birth centres and urged remedy of the conditions in public and private hospitals. **Conclusions:** The right of Cypriot women for birth place choice is not guaranteed. This study can

be considered innovative for Cyprus, because it is the first time that perceptions of Cypriot women in relation to maternal care have been researched. This will enable maternal care evidenced-based interventions to be designed that take into consideration women's needs. *NOSILEFTIKI* 2012, 51 (1): 104–114.

Key-words: birth centre, home birth, hospital birth, informed choices, medicalization, midwifery model, place of birth

✉ **Corresponding Author:** Eleni Hadjigeorgiou, Department of Nursing, Cyprus Technological University, P.O. Box 12715, Code 2252, Latsia, Nicosia, Cyprus, tel.: +357 22 001 661; +357 99 360 671, e-mail: eleni.hadjigeorgiou@cut.ac.cy; elenix@cytanet.com.cy

Βιβλιογραφία

- Galotti KM, Pierce B, Reimer RL, Luckner AE. Midwife or doctor: A study of pregnant women making delivery decisions. *J Midwifery Womens Health* 2000, 45:320–329
- Lothian J. The Lamaze Certified Childbirth Educator: Standards of practice. *J Perinat Educ* 2007, 16:29–31
- World Health Organization. The World Health Report 2005. Make every mother and child count. Available at: www.un.org/Pubs/chronicle/2005/issue3/0305p65.html (retrieved 27.3.2011)
- Odent M. The long-term consequences of how we are born. *Primal Health Res* 2006, 14:1–22
- Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: Women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006, 85:551–560
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004, 46:212–219
- Sandall J. Choice, continuity and control: Changing midwifery, towards a sociological perspective. *Midwifery* 1995, 11:201–209
- Emslie MJ, Campbell MK, Walker KA, Robertson S, Campbell A. Developing consumer-led maternity services: A survey of women's views in a local healthcare setting. *Health Expect* 1999, 2:195–207
- Edwards NP. *Birthing autonomy: Women's experiences of planning home births*. Routledge, London, 2005
- Kennedy HP, Shannon MT, Chuahorm U, Kravetz MK. The landscape of caring for women: A narrative study of midwifery practice. *J Midwifery Womens Health* 2004, 49:14–23
- Homer CS, Davis GK, Brodie PM, Sheehan A, Barclay LM, Wills J et al. Collaboration in maternity care: A randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care. *BJOG* 2001, 108:16–22
- Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *Br Med J* 2002, 324:892–895
- Donnison J. *Midwives and medical men: A history of the struggle for the control of childbirth*. Historical Publications Ltd, London, 1988
- Wagner M. Fish can't see water: The need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet* 2001, 75(Suppl 1):S25–S37
- Mander R, Melender HL. Choice in maternity: Rhetoric, reality and resistance. *Midwifery* 2009, 25:637–648
- World Health Organization. *Health and the millennium development goals*. WHO, Geneva, Switzerland, 2005
- Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* 2009, 181:377–383
- Lock LR, Gibb HJ. The power of place. *Midwifery* 2003, 19:132–139
- Viisainen K. Negotiating control and meaning: Home birth as a self-constructed choice in Finland. *Soc Sci Med* 2001, 52:1109–1121
- Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care. *Birth* 2003, 30:11–22
- Kontoyannis M, Katsetos C. What influences women in Athens to choose home birth? *Br J Midwifery* 2008, 16:44–48
- Barber T, Rogers J, Marsh S. The birth place choices project: Phase one. *Br J Midwifery* 2006, 14:609–613
- Jomeen J. Choices for Maternity Care are they still “an illusion”? A qualitative exploration of women's experiences in early pregnancy. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2006, 9(Suppl 2):e191–e200
- Cheyney MJ. Homebirth as systems-challenging praxis: Knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qual Health Res* 2008, 18:254–266
- Boucher D, Bennett C, McFarlin B, Freeze R. Staying home to give birth: Why women in the United States choose home birth. *J Midwifery Womens Health* 2009, 54:119–126
- Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. *Listening to mothers II: The second national US survey of women's childbearing experiences*. New York, 2006. Available at: www.childbirthconnection.org/listeningtomothers/ (retrieved November, 2009)
- Pavlova M, Hendrix M, Nouwens E, Nijhuis J, van Merode G. The choice of obstetric care by low-risk pregnant women in the Netherlands: Implications for policy and management. *Health Policy* 2009, 93:27–34
- Hendrix M, van Horck M, Moreta D, Nieman F, Nieuwenhuijze M, Severens J et al. Why women do not accept randomisation for place of birth: Feasibility of a RCT in the Netherlands. *BJOG* 2009, 116:537–542
- Fahy K. Reflecting on practice to theorize empowerment of women: Using Foucault's concepts. *Aust J Midwifery* 2002, 15:5–13
- Foucault M. Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972–1977. In: Cordon C (ed). Panteon, New York, 1980
- Kirkham MJ. *Informed choice in maternity care*. MPG, Great Britain, 2004
- Edwards A. Place of birth: Can “maternity matters” really deliver choice? *Br J Midwifery* 2008, 16:771–775

33. Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* 2009, 25:e11–e19
34. Tsetsila E, Lavdaniti M, Psychogiou M, Fountoukis SG, Tsiligiri M, Sapountzi-Krepia D. New mothers' perceptions regarding maternity care services provided in a prefecture of Northern Greece. *Int J Caring Sci* 2010, 3:129–135
35. Hadjigeorgiou E. Childbirth rights in Cyprus. *Eleftho* 2009, 12:54–62
36. De Loukas E. Two labours, one birth. *Kid Culture* 2010, 2:24–29
37. Golna C, Pashardes P, Allin S, Theodorou M, Merkur S, Mossialos E. *Health care systems in transition: Cyprus*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2004
38. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research*. 6th ed. Saunders Elsevier, St Louis, MO, 2009
39. Fry ST, Johnstone MJ. *Ethics in nursing practice*. Blackwell, USA, 2005
40. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valk RS, King M (eds) *Existential phenomenological alternatives for psychology*. Oxford University Press, New York, 1978:48–71
41. Sanders C. Application of Colaizzi's method: Interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher: *Contemp Nurse* 2003, 14:292–302