



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —



Δ.Π.Μ.Σ. Κοινωνική Νευροεπιστήμη,
Κοινωνική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση
[Social Neuroscience, Social Pedagogy
and Education]

Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης
Ιατρική Σχολή, Τμήμα Βιολογίας

Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Π.Μ.Σ.)
«Κοινωνική Νευροεπιστήμη, Κοινωνική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση»

**«Η ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ Η ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΜΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ»**

Διπλωματική Εργασία
Κωνσταντίνα Κυρίμη
Α.Μ.: 7981200221020

Εξεταστική Επιτροπή:

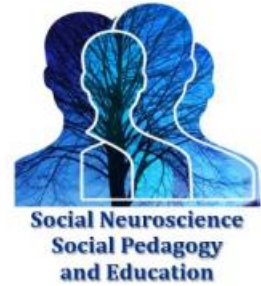
- 1) Μάριος Κουκουνάρας - Λιάγκης, Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ (επιβλέπων)
- 2) Μαρία Βασιλειάδου, Καθηγήτρια ΕΚΠΑ
- 3) Ηρώ Μυλωνάκου-Κεκέ, Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

Η Διπλωματική Εργασία εκπονήθηκε στο ΔΠΜΣ για τη χορήγηση Διπλώματος
Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Μ.Σ.) στην Κοινωνική Νευροεπιστήμη,
Κοινωνική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση του Ε.Κ.Π.Α

Αθήνα, Ιούνιος, 2024



HELLENIC REPUBLIC
**National and Kapodistrian
University of Athens**
— EST. 1837 —



**Department of Pedagogy and Primary Education,
School of Medicine, Department of Biology**

**Interdepartmental Master Degree Programme in
«Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education»**

**«OBSTETRIC VIOLENCE AND NORMALISATION IN
GREECE:
A SOCIAL PEDAGOGICAL INVESTIGATION»**

Master Thesis

Konstantina Kyrimi

A.N.: 7981200221020

Examination Committee:

- 1) Marios Koukounaras - Liagkis, Associate Professor NKUA (supervisor)
- 2) Maria Vassiliadou, Professor, NKUA
- 3) Iro Mylonakou-Keke, Professor NKUA

A Master's thesis submitted to the Interdepartmental Master Degree Programme in "Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education" at the N.K.U.A. for the award of the Master of Science in Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education

Athens, June, 2024

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
**«Η ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ Η ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ:
ΜΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ»**

Κωνσταντίνα Κυρίμη

A.M.: 7981200221020

Μέλη Τριμελούς Επιτροπής Αξιολόγησης:

- 1) Μάριος Κουκουνάρας - Λιάγκης, Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ
(επιβλέπων)
- 2) Μαρία Βασιλειάδου, Καθηγήτρια ΕΚΠΑ
- 3) Ηρώ Μυλωνάκου-Κεκέ, Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Αυτή η διπλωματική εργασία υποβάλλεται από τον/ην συγγραφέα της ως μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην «Κοινωνική Νευροεπιστήμη, Κοινωνική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση» (Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education) του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Υπεύθυνα δηλώνεται ότι η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία έχει συγγραφεί από τον/ην υπογράφοντα/ουσα και δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει αξιολογηθεί σε οποιοδήποτε άλλο πλαίσιο (π. χ. άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών κ.ά.), στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

Κωνσταντίνα Κυρίμη

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:


ΚΥΡΙΜΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © (Κωνσταντίνα Κυρίμη, 2024)

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΔΠΜΣ) «Κοινωνική Νευροεπιστήμη, Κοινωνική Παιδαγωγική και Εκπαίδευση» (Social Neuroscience, Social Pedagogy and Education) του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών δεν δηλώνει απαραίτητως την αποδοχή των απόψεων του/της συγγραφέως από το ΔΠΜΣ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	12
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	13
ABSTRACT.....	14
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	15
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	17
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	19
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ	29
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	29
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ & ΑΠΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ	29
1.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ & ΕΠΙΡΡΟΕΣ.....	30
1.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΚΑΙ ΦΕΜΙΝΙΣΜΟΣ.....	31
1.5. ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΤΗΤΑ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΣΜΟΣ & ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ.....	33
1.6. ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΚΕΣ & ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ -ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ	34
1.7. ΣΥΝΟΨΗ.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ	40
2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	40
2.2. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ (ΜΒ): ΟΡΙΣΜΟΙ, ΜΟΡΦΕΣ, ΟΡΟΛΟΓΙΕΣ	40
2.3. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΤΑΥΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ	42
2.4. ΤΥΠΟΛΟΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΒ ΚΑΙ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ	43
2.5. Η ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΩΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΑ	44

2.6. Η ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΩΣ ΕΜΦΥΛΟ ΖΗΤΗΜΑ, ΔΟΜΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΟ ΔΙΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ	47
2.7. ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ: ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΟΡΟ «ΒΙΑ».....	49
2.8. ΣΥΝΟΨΗ.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΚΤΑΣΕΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ.....	53
3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	53
3.2. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΜΗΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (RESPECTFUL MATERNITY CARE)	53
3.2.1. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΜΗΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	54
3.2.2. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΜΗΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	55
3.2.3. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙΣ ΔΙΕΘΝΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΜΗΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	56
3.2.4. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΚΑΛΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ.....	59
3.3. Ο ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ.....	60
3.4. ΝΟΜΙΚΗ ΠΛΑΙΣΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	60
3.5. ΝΟΜΙΚΗ ΠΛΑΙΣΙΩΣΗ ΣΤΗ ΛΑΤΙΝΙΚΗ ΑΜΕΡΙΚΗ	61
3.5.4. ΒΕΝΕΖΟΥΕΛΑ.....	61
3.5.5. ΑΡΓΕΝΤΙΝΗ	61
3.5.6. ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΜΕΞΙΚΑΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ.....	62
3.6. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ... ..	63
3.7. ΒΙΟΗΘΙΚΗ, ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΚΑΙ ΑΡΝΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	67
3.8. ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ	69
3.9. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ, ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗ	70
3.10. ΣΥΝΟΨΗ	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ	73
4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	73

4.2. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΜΕΝΑ-TUDELA, ET AL. (2020).....	73
4.2.1. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	74
4.3. ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ RATCLIFFE ET AL. (2016)	75
4.3.1. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	78
4.4. Η «ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΓΕΝΝΑΣ» (SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST - SCC) ΣΤΙΣ ΤΣΙΑΠΑΣ ΤΟΥ ΜΕΞΙΚΟ ΤΩΝ MOLINA ET AL. (2019).....	80
4.4.1. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	81
4.5. ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «RESPECT» ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΜΑΙΩΝ	82
4.5.1. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	82
4.6. ΣΥΝΟΨΗ.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΑΡΟΜΟΙΑΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ	84
5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	84
5.2. ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ	84
5.3. ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ..	85
5.4. ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ.....	87
5.4.1. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ.....	87
5.4.2. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ & ΦΥΛΗ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ	88
5.4.3. ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ	88
5.4.4. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ .	88
5.4.5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΝΝΩΝ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ.....	89
5.4.6. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΕΞΙΣΜΟ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ.	89
5.5. ΣΥΝΟΨΗ.....	90

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	92
-------------------------------------	----

6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	92
6.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	92
6.3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	93
6.3.1. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ	93
6.3.2. ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	94
6.3.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	96
6.3.3.1. ΣΥΛΛΟΓΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ.....	96
6.3.3.2. ΣΥΛΛΟΓΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ	98
6.4. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ & ΔΕΙΓΜΑ	98
6.5. ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	99
6.6. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	100
6.6.1. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ.....	100
6.6.2. ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ	102
6.6.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	105
6.7. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ.....	106
6.8. ΣΥΝΟΨΗ.....	107
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (Σχόλιο)	108
7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	108
7.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ	108
7.2.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	108
7.2.2. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ	117
7.2.3. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΒΙΑΣ ΚΑΙ ΜΟΙΡΑΣΜΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ	124
7.2.4. ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ.....	127
7.2.5. ΣΕΞΙΣΜΟΣ.....	131
7.3. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	134
7.3.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ 95% Δ.Ε.	135
7.3.2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	136
7.3.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ	137

7.3.4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ.....	137
7.4. ΣΥΝΟΨΗ.....	154
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	156
8.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	156
8.2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ.....	156
8.3. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ	164
8.4. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ	165
8.5. ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ	167
8.6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	168
8.7. ΣΥΝΟΨΗ	169
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 172	
9.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	172
9.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	172
9.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	174
9.4. ΣΥΝΟΨΗ	175
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	176
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	197
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ	218
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΙ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΓΕΝΝΑΣ	219

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ τις Dr. Bohren και Dr. Leslie που μου έδωσαν την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου που αξιοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Ακόμη, ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Μάριο Κουκουνάρα-Λιάγκη που πίστεψε στο θέμα μου και με υποστήριξε από την αρχή.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά όλες τις γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη και μοιράστηκαν ευαίσθητες για εκείνες εμπειρίες. Χωρίς το θάρρος και την αποφασιστικότητά τους, αυτή η μελέτη δε θα ήταν εφικτή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Μαιευτική Βία (MB) αναφέρεται στην οποιαδήποτε μορφή ασέβειας και κακοποίησης υφίστανται οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της γέννας εντός του νοσοκομείου. Πρόκειται για μία μορφή έμφυλης βίας που σχηματίστηκε στον απόηχο της αστικοποίησης, με τις ρίζες της στη δομική βία που υφίστανται οι γυναίκες, στην έμφυλη ανισότητα καθώς και στην ιατροκοποίηση του φυσικού γεγονότος της γέννας. Αναφέρεται ως μία από τις πιο κανονικοποιημένες και αόρατες μορφές βίας κατά των γυναικών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει εάν έχουν εκτεθεί σε MB και σε ποιες μορφές οι γυναίκες που έχουν γεννήσει σε ελληνικά νοσοκομεία, να προσδιορίσει σχετικούς παράγοντες κινδύνου καθώς και εάν οι η έκθεση σε MB έχει επηρεάσει την ψυχική τους υγεία και τις προθέσεις τους για μελλοντική εγκυμοσύνη. Ακόμη, σκοπός είναι να προσδιοριστεί ο βαθμός Κανονικοποίησης της MB από τις γυναίκες και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυτή.

Μεθοδολογία: Ακολουθήθηκε μία ποσοτική συγχρονική μελέτη μη τυχαιοποιημένου δείγματος στην οποία συμμετείχαν 450 γυναίκες που απάντησαν σε ερωτηματολόγια τα οποία διανεμήθηκαν μέσω διαδικτύου.

Αποτελέσματα: Το 95,56% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν εκτεθεί σε τουλάχιστον μία μορφή MB με κυριότερες τη λεκτική βία και την μη τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης στα οποία περιλαμβάνεται η ενημέρωση και η συναίνεση. Ως σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την έκθεση σε MB αναδείχθηκαν η νεαρή ηλικία της μητέρας και η γέννα σε δημόσιο νοσοκομείο και ως προστατευτικοί παράγοντες η εκ των προτέρων γνώση του γιατρού και της μαίας/του μαιευτή. Η πλειοψηφία των γυναικών αποδοκιμάζει τη MB, παρόλα αυτά το μόνο το 50,2% όσων εξετάθηκαν σε MB ήταν σε θέση να αναγνωρίσει ότι πράγματι εξετάθη σε αυτή. Από αυτές, περισσότερες από τις μισές δήλωσαν πως η MB επηρέασε τις προθέσεις τους για μελλοντική εγκυμοσύνη και σκέφτηκαν πως θα ωφελούνταν από κάποιον/α επαγγελματία ψυχικής υγείας. Ως ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας Κανονικοποίησης της MB αναδείχθηκε ο ενστερνισμός των σεξιστικών στερεότυπων.

Συμπεράσματα-Συζήτηση: Η MB και η Κανονικοποίηση της είναι υπαρκτά φαινόμενα που επηρεάζουν τις ζωές των ατόμων που γεννούν και στην Ελλάδα. Πρόκειται για ένα πολυεπίπεδο πρόβλημα στα πλαίσια της πολυπλοκότητας των σύγχρονων κοινωνιών που για την επίλυσή τους απαιτούνται παρεμβάσεις σε όλα τα στοιχεία που το συνθέτουν, όπως οι ίδιες οι γυναίκες, οι επαγγελματίες υγείας, το σύστημα υγείας, οι θεσμοί και οι νόμοι, αποτελώντας ένα πολύ κατάλληλο πεδίο για την αναμορφωτική εκπαίδευση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής που σκοπεύει στη πρόληψη και τη μαχητική παρέμβαση των κοινωνικών προβλημάτων.

Λέξεις κλειδιά: Μαιευτική βία, έμφυλη βία, Κανονικοποίηση βίας

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence (OV) refers to any form of disrespect and abuse experienced by women during childbirth within a hospital setting. It is a form of gender-based violence that emerged in the aftermath of urbanization, rooted in the structural violence faced by women, gender inequality, and the medicalization of the natural event of childbirth. It is considered one of the most normalized and invisible forms of violence against women.

Aim: The aim of this research is to study whether women giving birth in Greek hospitals have been exposed to OV and in what forms, to identify risk factors associated with it, and to determine if exposure to OV has affected their mental health and intentions for future pregnancies. Additionally, the objective is to identify the degree of normalization of OV by women and the psychosocial factors related to it.

Methodology: A quantitative cross-sectional study was conducted with a non-randomized sample of 450 women who responded to questionnaires shared online.

Results: The study revealed that 95.56% of participating women had experienced at least one form of Obstetric Violence (OV), with verbal abuse and non-compliance with professional care standards, including informed consent, being the most prevalent. Significant risk factors for OV exposure included young maternal age and giving birth in a public hospital. Protective measures included prior knowledge of the healthcare providers, such as the physician and midwife. Despite the high prevalence of OV, only 50.2% of women were able to recognize their exposure to it. Among those who identified their experiences, more than half reported that the negative incidents influenced their intentions for future pregnancies and considered seeking help from mental health professionals. It was observed that embracing gender stereotypes by women acted as a strong predictor for the normalization of OV.

Conclusion-Discussion: OV and its normalization are real phenomena impacting the lives of individuals giving birth in Greece. It represents a multifaceted issue within the complexity of modern societies, requiring interventions across various elements such as women themselves, healthcare professionals, the healthcare system, institutions, and laws. This situation provides an apt theme for the reshaping education of Social Pedagogy which aims at prevention and proactive intervention against social problems.

Keywords: Obstetric violence, gender-based violence, normalization of violence

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Ανάλυση αξιοπιστίας για πιλοτικό δείγμα 50 συμμετεχόντων	101
Πίνακας 2: Ανάλυση αξιοπιστίας για το συνολικό δείγμα	101
Πίνακας 3: Τελική επιλογή παραγόντων	102
Πίνακας 4: Συσχέτιση του παράγοντα «Αποτίμηση βίας» με την «MB»	102
Πίνακας 5: Αποτελέσματα Παραγοντικής ανάλυσης για την Κανονικοποίηση της MB και υποχρεωτική εξαγωγή 1 παράγοντα	103
Πίνακας 6: Αποτελέσματα Παραγοντικής ανάλυσης για τον Σεξισμό, περιστροφή Varimax και υποχρεωτική εξαγωγή 2 παραγόντων	104
Πίνακας 7: Δημογραφικά στοιχεία	109
Πίνακας 8: Σωματική βία	119
Πίνακας 9: Λεκτική βία	120
Πίνακας 10: Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	121
Πίνακας 11: Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	124
Πίνακας 12: Συνθήκες συστήματος υγείας και περιορισμοί	125
Πίνακας 13: Στη συγκεκριμένη γέννα μου αισθάνομαι πως υπέστην κακομεταχείριση ή/και βία	126
Πίνακας 14: Μοίρασμα εμπειρίας	127
Πίνακας 15: Κανονικοποίηση MB	130
Πίνακας 16: Εχθρικός σεξισμός	132
Πίνακας 17: Καλοπροαίρετος σεξισμός	134
Πίνακας 18: Περιγραφικά στοιχεία παραγόντων και 95% δ.ε. (κλίμακα 0-100)	137
Πίνακας 19: Έλεγχος κανονικότητας παραγόντων	137
Πίνακας 20: Συσχετίσεις Spearman μεταξύ των παραγόντων	138
Πίνακας 21: Παράγοντες * Ηλικία, Kruskal-Wallis	138
Πίνακας 22: Παράγοντες * Ηλικία στην γέννα, Kruskal-Wallis	139
Πίνακας 23: Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης * Ηλικία στην γέννα, Kruskal-Wallis	139
Πίνακας 24: Παράγοντες * Οικογενειακή κατάσταση, Kruskal Wallis	140
Πίνακας 25: Παράγοντες * Οικογενειακή κατάσταση στην γέννα, Kruskal Wallis	140
Πίνακας 26: Λεκτική βία* Οικογενειακή κατάσταση (στη γέννα), Kruskal Wallis	140
Πίνακας 27: Παράγοντες * Μορφωτικό επίπεδο, Kruskal Wallis	141
Πίνακας 28: Παράγοντες * Μορφωτικό επίπεδο στη γέννα, Kruskal Wallis	141
Πίνακας 29: Παράγοντες * Εθνικότητα, Mann-Whitney	142

Πίνακας 30: «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» * Εθνικότητα, Mann-Whitney	142
Πίνακας 31: Παράγοντες * Νοσοκομείο γέννας, independent samples t-test	143
Πίνακας 32: Παράγοντες * Νοσοκομείο γέννας, independent samples t-test (στατ. σημαντικά) ..	143
Πίνακας 33: Παράγοντες * Ραντεβού γέννας, independent samples t-test	144
Πίνακας 34: «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» * Ραντεβού γέννας, independent samples t-test	144
Πίνακας 35: Παράγοντες * Γνώση γιατρού στην γέννα, independent samples t-test	145
Πίνακας 36: Παράγοντες * Γνώση γιατρού στην γέννα, independent samples t-test (στατ. σημαντικά)	146
Πίνακας 37: Παράγοντες * Γνώση μαίας στην γέννα, independent samples t-test	146
Πίνακας 38: Παράγοντες * Γνώση μαίας στην γέννα, independent samples t-test (στατ. σημαντικά)	147
Πίνακας 39: Παράγοντες * Αριθμός γεννήσεων, ANOVA	148
Πίνακας 40: Παράγοντες * Αριθμός γεννήσεων, ANOVA (στατ. σημαντικά)	139
Πίνακας 41: Παράγοντες * Γέννα αναφοράς, Kruskal-Wallis	149
Πίνακας 42: Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας * Γέννα αναφοράς, Kruskal-Wallis	150
Πίνακας 43: Παράγοντες * Τύπος γέννα, ANOVA	150
Πίνακας 44: Παράγοντες * Τύπος γέννας, ANOVA (στατ. σημαντικά)	151
Πίνακας 45: Παράγοντες * Η γέννα στην οποία θα αναφερθείτε συνέβη, independent samples t-test	152
Πίνακας 46: Παράγοντες * Χρονολογία γέννας, independent samples t-test (στατ. σημαντικά) ..	153
Πίνακας 47: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Λεκτική βία»	153
Πίνακας 48: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης»	154
Πίνακας 49: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας»	156
Πίνακας 50: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Κανονικοποίηση MB»	157

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Ηλικία	111
Γράφημα 2: Ηλικία στην γέννα	111
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση	112
Γράφημα 4: Οικογενειακή κατάσταση στην γέννα	112
Γράφημα 5: Μορφωτικό επίπεδο	113
Γράφημα 6: Μορφωτικό επίπεδο στη γέννα	113
Γράφημα 7: Εθνικότητα	114
Γράφημα 8: Νοσοκομείο γέννας	114
Γράφημα 9: Ραντεβού γέννας	115
Γράφημα 10: Γνώση γιατρού στην γέννα	115
Γράφημα 11: Γνώση μαίας στην γέννα	116
Γράφημα 12: Αριθμός γεννήσεων	116
Γράφημα 13: Γέννα αναφοράς	117
Γράφημα 14: Τύπος γέννας	117
Γράφημα 15: Η γέννα στην οποία θα αναφερθείτε συνέβη	118
Γράφημα 16: Σωματική βία	120
Γράφημα 17: Λεκτική βία	121
Γράφημα 18: Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	123
Γράφημα 19: Πτώχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	124
Γράφημα 20: Συνθήκες του συστήματος υγείας και περιορισμοί	125
Γράφημα 21: Αποτίμηση βίας	127
Γράφημα 22: Μιλήσατε για αυτή σας την εμπειρία σε κάποιον/α;	128
Γράφημα 23: Αποτίμηση βίας	128
Γράφημα 24: Κανονικοποίηση MB	131
Γράφημα 25: Εχθρικός σεξισμός	133
Γράφημα 26: Καλοπροαίρετος σεξισμός	135
Γράφημα 27: Περιγραφικά στοιχεία παραγόντων και 95% δ.ε.	137
Γράφημα 28: Boxplots, Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης * Ηλικία στην γέννα	139
Γράφημα 29: Λεκτική βία* Σε σχέση (στη γέννα)	141
Γράφημα 30: Boxplots «Πτώχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» * Εθνικότητα	142
Γράφημα 31: Error bars, Παράγοντες * Νοσοκομείο γέννας (στατ. σημαντικά)	144
Γράφημα 32: Error bars, «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» * Ραντεβού γέννας	145

Γράφημα 33: Error bars, Παράγοντες * Γνώση γιατρού στην γέννα (στατ. σημαντικά)	146
Γράφημα 34: Error bars, Παράγοντες * Γνώση μαίας στην γέννα (στατ. σημαντικά)	148
Γράφημα 35: Error bars, Παράγοντες εμπειρίας γέννας* Αριθμός γεννήσεων, (στατ. σημαντικά)	149
Γράφημα 36: Boxplots, Πτώχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας * Γέννα αναφοράς ...	150
Γράφημα 37: Error bars, Παράγοντες * Τύπος γέννας (στατ. σημαντικά)	151
Γράφημα 38: Error bars, Παράγοντες * Χρονολογία γέννας (στατ. σημαντικά)	152
Γράφημα 39: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Λεκτική βία»	154
Γράφημα 40: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης»	155
Γράφημα 41: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Πτώχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας»	156
Γράφημα 42: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων την «Κανονικοποίηση ΜΒ»	157

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία σηματοδοτεί ένα ταξίδι στο ζήτημα της γέννας ως ένα έμφυλο φαινόμενο. Είναι ένα ταξίδι που οδηγείται όχι μόνο από ακαδημαϊκή περιέργεια αλλά και από μια αίσθηση ηθικού καθήκοντος, βασισμένη σε ένα βαθύ, προσωπικό ενδιαφέρον για την έμφυλη βία που δεν σχηματίστηκε καθόλου τυχαία. Με τον παρόν πόνημα, γίνεται μια προσπάθεια να ανοιχτεί μία πόρτα και να παρατηρηθεί μία αθέατη πλευρά της μητρότητας, αυτή της Μαιευτικής Βίας (MB), όπως αυτή βιώνεται, μεταβολίζεται και ερμηνεύεται από τα ίδια τα άτομα που γεννούν.

Μεγαλωμένη σε μία σχετικά μικρή και συντηρητική πόλη με την ταυτότητα του «κοριτσιού» και ύστερα της «γυναίκας», η ιστορία μου εμποτίστηκε με βιώματα δικά μου και αδελφών μου γυναικών που έκαναν σαφή τόσο την κοινωνική αδικία ανάμεσα στα φύλα όσο και την ίδια την έμφυλη βία. Αναπόφευκτα, τα προσωπικά και συλλογικά μας βιώματα με οδήγησαν στο δρόμο της υπεράσπισης των δικαιωμάτων των γυναικών και του δυναμικού φεμινισμού. Σε αυτό τον δρόμο σύντομα συνάντησα τον όρο της «μαιευτικής βίας», μία ορολογία την οποία δε γνώριζα έως τότε.

Ύστερα από την ανακάλυψη αυτό του νέου όρου η οπτική μου πάνω στο βίωμα της γέννας άρχισε να αλλάζει και σύντομα άρχισα να ανακαλύπτω τις ιστορίες και τους αγώνες γυναικών από τον στενό μου κύκλο που είχαν ξεκινήσει το μεταμορφωτικό ταξίδι της μητρότητας. Ανάμεσά τους υπήρχαν όχι λίγες ιστορίες που οι στιγμές χαράς και αγωνίας μπλέκονταν με ιστορίες δύναμης, ανθεκτικότητας, και με το βάρος της αδικίας και της αποδυνάμωσης σε μία κατάσταση που εξ ορισμού προβλέπεται ευαλωτότητα για το άτομο που γεννά. Η παρατήρηση αυτή με ώθησε να ασχοληθώ για πρώτη φορά με το ζήτημα της MB και τις επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία των γυναικών στα πλαίσια κάποιας εργασίας αυτού του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Την συγκεκριμένη εργασία την παρουσίασα ως αναρτημένη ανακοίνωση στο 18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας που πραγματοποιήθηκε το 2022 στο Πάντειο Πανεπιστήμιο. Τα όσα βίωσα εκεί, αποτέλεσαν τον καταλύτη ώστε να επιλέξω το ζήτημα της MB και της κανονικοποίησής της ως το ερευνητικό αντικείμενο της διπλωματικής μου εργασίας.

Ειδικότερα, συναδέλφισσες διαφορετικών ειδικοτήτων προσέγγισαν την ανακοίνωσή μου. Οι περισσότερες θέλησαν να μιλήσουμε, όχι μόνο ως επιστημότισσες αλλά και ως γυναίκες. Πολλές μου εμπιστεύτηκαν πως, ήδη διαβάζοντας τον τίτλο της ανακοίνωσης ένιωσαν ένα σφίξιμο και πως αυτό το θέμα άγγιξε κάτι δικό τους. Οι περισσότερες δεν γνώριζαν τον όρο «μαιευτική βία» και μοιράστηκαν μαζί μου πως είναι μια ανακούφιση για εκείνες να μπορούν επιτέλους να δώσουν ένα όνομα στο βίωμά τους και με ευχαρίστησαν για αυτό. Πολλές με παρότρυναν να συνεχίσω την έρευνά μου, να μην αφήσω αυτό το αντικείμενο, πως είναι ένα θέμα που πραγματικά πονάει τις γυναίκες, που κουβαλάει μέσα του μεγάλη ενοχή και ντροπή και δεν συζητιέται παρά μόνο στους «μαμαδοκύκλους». Όλα αυτά, με εξόπλισαν με δύναμη και πείσμα, να μη μείνει αυτό το θέμα στο

συρτάρι. Τελικά, ενώ η ακαδημαϊκή μου περιέργεια τροφοδότησε αυτή την εξερεύνηση, ήταν η συλλογική εμπειρία των γυναικών, των μητέρων και των θυγατέρων, των φίλων και των ξένων, που την ώθησε προς τα εμπρός.

Αυτή η διπλωματική εργασία είναι για εμένα κάτι περισσότερο από μια ακαδημαϊκή προσπάθεια. Είναι ένα κάλεσμα για δράση, μια απόδειξη της κοινής αποστολής να σπάσουμε τις αλυσίδες της μαιευτικής βίας και να επαναπροσδιορίσουμε τη μαιευτική φροντίδα. Ελπίζω ότι αυτό το έργο, ενημερωμένο από τα βιώματα 450 γυναικών θα οδηγήσει σε μία αρχική κατανόηση του φαινομένου της μαιευτικής βίας και θα πυροδοτήσει έναν κύκλο έρευνας και αλλαγής σε μια κοινωνία που αγαπά τις παραδόσεις της, ενώ επιδιώκει ένα πιο δίκαιο και αλληλέγγυο μέλλον. Άλλωστε, η μαιευτική βία, όπως θα φανεί παρακάτω, δεν είναι ένα μεμονωμένο ζήτημα. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ευρύτερου φάσματος της έμφυλης βίας, ενός φαινομένου που έχει τις ρίζες του σε βαθιά θεμελιωμένες δυναμικές της εξουσίας, σε κοινωνικές νόρμες και κοινωνικοπολιτισμικά στοιχεία.

Να δημιουργήσουμε το ασφαλές μέρος όπου το βίωμα από αυτόν τον περίπλοκο και επίπονο τόπο της μαιευτικής βίας θα βρει χώρο και χρόνο να εκφραστεί. Να δώσουμε φωνή στα σώματά μας. Μέχρι καμία αδελφή μας να μη βιώσει ξανά αυτά που βίωσαν οι αδελφές μας στο παρελθόν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει στο φαινόμενο της Μαιευτικής Βίας (MB), με αρχική πρόθεση την πραγματοποίηση μίας συστηματικής ανασκόπησης. Ωστόσο, η βιβλιογραφική έρευνα αποκάλυψε ένα σημαντικό ερευνητικό κενό που δεν επέτρεπε την πραγματοποίηση μίας τέτοιας έρευνας. Μάλιστα διαπιστώθηκε αφενός πως μέχρι τη στιγμή υποβολής τους ερευνητικού υπομνήματος δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια έρευνα σε σχέση με τη MB σε ελληνικό πληθυσμό, αφετέρου πως ο ίδιος ο World Health Organization (2014) είχε προσκαλέσει τους φορείς που σχετίζονται με την ανάπτυξη να πραγματοποιήσουν έρευνες που θα αποτύπωναν την έκταση και τις βαθύτερες διαστάσεις του φαινομένου. Για τον λόγο αυτό, επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί μία ποσοτική έρευνα. Για τη διαμόρφωση και την ισχυροποίηση του θεωρητικού πλαισίου μελετήθηκαν πηγές προερχόμενες από διαφορετικούς κλάδους όπως την ιατρική, την ψυχολογία, την κοινωνιολογία, τον φεμινισμό, την πολιτική και συλλέχθηκαν στοιχεία για τα ιστορικά και κοινωνικά γεγονότα που οδήγησαν στον σχηματισμό αυτού του φαινομένου, για την πορεία του φαινομένου από το σχηματισμό του έως σήμερα, για την τρέχουσα κατάσταση και την πολιτειακή διαχείριση του φαινομένου στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες καθώς και για τη σχέση του φαινομένου της MB με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Συνολικά, η MB εντοπίστηκε συστηματικά να αναφέρεται ως ένα σύνηθες και κανονικοποιημένο φαινόμενο (Freedman et al., 2018; OVO de Chile, 2016) έμφυλης βίας (Cohen Shabot, 2016; Cohen Shabot 2021; Jardim & Modena, 2018), ως εκ τούτου, αναδείχθηκε η ανάγκη να προσεγγιστεί και αυτή η διάσταση της MB με έναν πιο συστηματικό τρόπο, πάντα μέσα από το πρίσμα της Κοινωνικής Παιδαγωγικής.

Το κεντρικό ερευνητικό ενδιαφέρον αφορά την έκταση της MB στην Ελλάδα καθώς και την έκταση της Κανονικοποίησης αυτού του φαινομένου, συνοδευόμενο από την υπόθεση ότι πράγματι αυτά τα φαινόμενα υφίστανται και αφορούν άτομα που έχουν γεννήσει σε ελληνικά μαιευτήρια.

Ειδικότερα, σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να προσδιορίσει εάν έχουν εκτεθεί σε συνθήκες MB άτομα που έχουν γεννήσει σε ελληνικά μαιευτήρια από το 2014 έως σήμερα και να προσδιορίσει παράγοντες κινδύνου μεταξύ των οποίων η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννα, η οικογενειακή της κατάσταση, το μορφωτικό της επίπεδο, ο αριθμός των προηγούμενων γεννών, τα φυλετικά της χαρακτηριστικά. Ακόμη, σκοπός είναι να προσδιορίσει σε τι βαθμό αναγνωρίζονται ή κανονικοποιούνται οι συγκεκριμένες συμπεριφορές ως MB και να προσδιορίσει τη σχέση ανάμεσα στην Κανονικοποίηση της MB με συγκεκριμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επιλέχθηκαν να μελετηθούν είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών, το μορφωτικό επίπεδο και οι αντιλήψεις για τα φύλα (σεξισμός). Τέλος, σκοπός είναι να διερευνηθεί εάν τα άτομα που υπέστησαν MB επικοινωνήσαν την εμπειρία τους προς τρίτους όπως ο/η σύντροφος, το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον ή σε θεσμικό φορέα. Απώτερη επιδίωξη είναι η βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου της MB, ο

προσδιορισμός της έκτασής της και μία πρόωπη προσπάθεια να προσεγγιστούν πολιτισμικά και ψυχοκοινωνικά στοιχεία που σχετίζονται με αυτή. Για την εξυπηρέτηση του συγκεκριμένου σκοπού έχουν διαμορφωθεί τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- Α' Σε ποιες συνθήκες MB έχουν εκτεθεί τα άτομα που γέννησαν σε ελληνικά μαιευτήρια από το 2014 έως σήμερα;
- Β' Ποια η σχέση της ηλικίας, του αριθμού γεννών, της οικογενειακής κατάστασης, του μορφωτικού επιπέδου, της εθνικότητας με τον κίνδυνο έκθεσης σε MB;
- Γ' Κατά πόσο εγκρίνουν/αποδοκιμάζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές MB οι ίδιες γυναίκες;
- Δ' Πως σχετίζεται η έγκριση/αποδοκιμασία των συμπεριφορών MB από τις ίδιες γυναίκες με συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά: Ηλικία, αριθμός γεννών, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, εθνικότητα, πραγματική έκθεση σε MB, αντιλήψεις για τον σεξισμό;
- Ε' Ανέφεραν την εμπειρία τους και σε ποιους τα άτομα που αισθάνονται ότι υπέστησαν MB;
- ΣΤ' Επηρέασε τις προθέσεις των ατόμων που αισθάνονται ότι υπέστησαν MB αυτή τους η εμπειρία για μια μελλοντική εγκυμοσύνη;
- Ζ' Αισθάνθηκαν ότι είχαν ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματία ψυχικής υγείας για αυτή τους την εμπειρία τα άτομα που αισθάνονται ότι υπέστησαν MB;

Οι μελέτες που αφορούν τη MB είναι στην πλειοψηφία τους ποιοτικές όμως οι λίγες ποσοτικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες όπως η Ισπανία, η Ιταλία, η Αιθιοπία, η Γουινέα, έχουν αναδείξει τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά του φαινομένου, μάλιστα αναφέρεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα ως ένα «παγκόσμιο φαινόμενο» που αφορά γυναίκες κάθε κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης (Freedman & Kruk, 2014; World Health Organization, 2014; Perrotte, et al., 2020). Σε σχέση με το ζήτημα της Κανονικοποίησης της MB στις συνειδήσεις των ατόμων που έχουν γεννήσει, δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια σχετική έρευνα και οι ερμηνείες του φαινομένου βασίζονται κυρίως σε θεωρητικές αναλύσεις. Ως εκ τούτου, για τη διερεύνηση των συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων αξιοποιήθηκε η μεθοδολογία μίας μεταθετικιστικής, εμπειρικής, ποσοτικής, συγχρονικής μελέτης επιπολασμού και παραγόντων κινδύνου, με περιγραφικά και συσχετιστικά ερωτήματα δείγματος μη πιθανοτήτων, το οποίο αποτελεί και σχετική καινοτομία στο πεδίο διερεύνησης της MB. Επιστημολογικά, η ερευνήτρια, παρότι αναγνωρίζει πως οι θεωρίες είναι εμποτισμένες με έναν βαθμό υποκειμενισμού καθώς εξαρτώνται από τις γνώσεις και τα όρια που θέτει ο/η ερευνητής/τρια, εντούτοις σκοπός της είναι να ελαχιστοποιήσει τα σημεία υποκειμενισμού και να προσεγγίσει την παραγωγή της νέας γνώσης με έναν τρόπο αντικειμενικό και ουδέτερο. Είναι ζητούμενο η ερευνήτρια να παραμένει αποστασιοποιημένη και αμερόληπτη και να προσεγγίσει ένα σύνθετο κοινωνικοπολιτισμικό ζήτημα με έναν συσχετιστικό τρόπο ισχυριζόμενη ότι οι δομές που διέπουν την κοινωνική ζωή μπορούν να παρατηρηθούν και να μελετηθούν αντικειμενικά.

Ιδιαίτερη πρόκληση αποδείχθηκε η εύρεση των κατάλληλων εργαλείων μέτρησης. καθώς αυτά είναι αρκετά περιορισμένα και μέχρι στιγμής εφαρμοσμένα σε μικρή ποικιλία πληθυσμών, ενώ στην πλειοψηφία των ποσοτικών μελετών έχουν χρησιμοποιηθεί αυτοσχέδια ερωτηματολόγια. Ως εκ τούτου, επιλέχθηκε το μοναδικό μέχρι τη στιγμή πραγματοποίησης της έρευνας εργαλείο μέτρησης, το «Community Survey Tool» (Berger, et al., 2021), ύστερα από άδεια χρήσης και παροχή του από τις ίδιες τις ερευνήτριες-κατασκευάστριες του εργαλείου, Dr. Berger και των συνεργατών της. Για τη μέτρηση της Κανονικοποίησης της MB επιλέχθηκε ένα αρκετά καινούριο εργαλείο, το οποίο έχει κατασκευαστεί για να μετρά τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας και αποτελεί το μοναδικό εργαλείο στο συγκεκριμένο θέμα, αυτό των Bakker, Sheferaw, Stekelenburg, Yigzaw, & de Kroon (2020). Μάλιστα, και για τα δύο οι ερευνητές/τριες-κατασκευαστές/ριες παροτρύνουν την επιστημονική κοινότητα να χρησιμοποιήσει τα συγκεκριμένα εργαλεία και δώσει πληροφορίες για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους, μεταξύ των οποίων και τα εργαλεία των Berger, et al., 2021 και των Bakker, et al. (2020) και των τα οποία αποτελούν τα κεντρικά εργαλεία της συγκεκριμένης μελέτης.

Τέλος, σε σχέση με τη μέτρηση των έμφυλων στάσεων, ύστερα από την ανασκόπηση αρκετών εργαλείων και τον αναστοχασμό πάνω στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε εργαλείου, επιλέχθηκε το «Ambivalent Sexism Inventory» των Glick & Fiske (1996), το οποίο είναι ένα αρκετά παλιό εργαλείο όμως έχει εφαρμοστεί σε μεγάλη ποικιλία πληθυσμών και έχει παρέχει σε όλες τις περιπτώσεις πολύ καλούς δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας και.

Η παρούσα έρευνα αναδιπλώνεται σε πολλαπλά επίπεδα τόσο στην ακαδημαϊκή και επιστημονική ζωή όσο και στην κοινωνική ζωή, όπως άλλωστε συμβαίνει παραδοσιακά με τις ενασχολήσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής με την έννοια ότι η ίδια η επιστήμη της Κοινωνικής Παιδαγωγικής τροφοδοτείται από το γεγονός ότι υπάρχουν προβλήματα ανάμεσα στο άτομο και στην κοινωνία τα οποία ζητάν αν επιλυθούν. Το φαινόμενο της MB, παρότι αναφέρεται από την επιστημονική κοινότητα ως ένα παγκόσμιο φαινόμενο (Freedman & Kruk, 2014; World Health Organization, 2014; Perrotte, et al., 2020), εντούτοις δεν έχει διερευνηθεί σε ελληνικό πληθυσμό, ως εκ τούτου δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποτυπώνουν την έκταση αυτού του φαινομένου στην Ελλάδα, παρότι ο World Health Organization έχει απευθύνει ανοιχτή πρόσκληση για τη διερεύνησή του ήδη από το 2014. Επομένως η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί την πρώτη στο είδος της για ελληνικό πληθυσμό.

Παρότι η MB αναφέρεται ως μία μορφή έμφυλης βίας (Cohen Shabot, 2016; Hill, 2019; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Perrotte, et al., 2020; Salter, Olaniyan, Mendez, & Chang, 2021), η τεκμηρίωση αυτή βασίζεται πρωτίστως σε θεωρητικές αναλύσεις και φαινομενολογικές προσεγγίσεις όπως αυτή των Cohen Shabot (2016), οι οποίες δεν δύνανται να ποσοτικοποιήσουν ή να επαληθεύσουν αριθμητικά την όποια σχέση, καθώς μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποια γνωστή

έρευνα που να αποπειράται να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στην αναγνώριση και την αναπαραγωγή της MB με άλλες έμφυλες στάσεις. Με την παρούσα έρευνα γίνεται ακριβώς μία τέτοια προσπάθεια να διαπιστωθεί εάν το φαινόμενο της Κανονικοποίησης της MB σχετίζεται με τις έμφυλες στάσεις. Τέλος, μέχρι στιγμής δεν είναι γνωστή κάποια έρευνα που να αποπειράται την εμβάθυνση ή την επίλυση του φαινομένου της MB και της Κανονικοποίησής της μέσα από το κοινωνικοπαιδαγωγικό πρίσμα. Ωστόσο, η συνεχής εξειδίκευση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής έρευνας είναι κρίσιμης σημασίας (Hämäläinen, 2015) και όλοι οι τύποι ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή των ανθρώπων σήμερα θα πρέπει να συναντηθούν με την πραγματικότητα της Κοινωνικής Παιδαγωγικής στην πράξη (Hämäläinen, 2015). Για τον λόγο αυτό, μέσα από την παρούσα έρευνα γίνεται μία προσπάθεια παραλληλισμού της μεν επιστήμης της Κοινωνικής Παιδαγωγικής με το πρόβλημα της MB προκειμένου να αναδειχθούν οι κοινοί τόποι που θα επιτρέψουν αφενός την βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου μέσα από το κοινωνικοπαιδαγωγικό πρίσμα, αφετέρου τον προσδιορισμό των ευνοϊκών σημείων στα οποία θα μπορέσει να βρει εφαρμογή η Κοινωνική Παιδαγωγική ως προβληματοκεντρική επιστήμη προς την επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος της MB και της Κανονικοποίησής της, θέτοντας τις βάσεις για την παρέμβαση σε αυτό το νέο για την Κοινωνική Παιδαγωγική πεδίο. Τόσο η επιστημονική κοινότητα μέσα από τα ευρήματά της όσο και οι διεθνείς οργανισμοί που ασχολούνται με τα ανθρώπινα δικαιώματα (OHCHR, 2013; Tunçalp, et al., 2015; White Ribbon Alliance, 2013; World Health Organization, 2015), αναφέρουν πως η MB είναι ένα φαινόμενο με ουσιαστικές αρνητικές επιπτώσεις στις ζωές των γυναικών, στις επιλογές τους (Henriques Leite, et al., 2020; Meyer, et al., 2022), στην ψυχική τους υγεία (Hajizadeh & Mirghafourvand, 2021; Hernández-Martínez A., et al., 2019; Hernández-Martínez A., et al., 2020; Martínez-Galiano, et al., 2021; Scandurra, et al., 2021) και προσκαλούν τους αρμόδιους φορείς να αναλάβουν σχετική δράση. Άλλωστε η MB είναι ένα φαινόμενο που πρόσφατα έχει αρχίσει να μελετάτε περισσότερο εντατικά δίνοντας φωνή στα βιώματα των γυναικών, ως εκ τούτου είναι χρέος της επιστημονικής κοινότητας και ειδικότερα της Κοινωνικής Παιδαγωγικής να δώσει ώθηση και να εμβαθύνει στην επίλυση αυτού του ζητήματος κοινωνικής αδικίας.

Η εργασία αποτελείται από εννιά (9) κεφάλαια, πέντε (5) για το θεωρητικό μέρος και τέσσερα (4) για το ερευνητικό μέρος. Ξεκινώντας με το θεωρητικό μέρος, στο πρώτο κεφάλαιο που αναφέρεται ως «Κοινωνική Παιδαγωγική» και αποτελείται από επτά (7) υποκεφάλαια, γίνεται μια σύντομη αναδρομή στις ιστορικές και κοινωνικές συνθήκες που οδήγησαν στον σχηματισμό της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, στις επιρροές της, τη σχέση με τις άλλες κοινωνικές επιστήμες καθώς και στη σχέση της με τον φεμινισμό. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην ακαδημαϊκή, εκπαιδευτική και επαγγελματική φύση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής καθώς και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει στο σήμερα, και τέλος αναφέρονται οι επιστημολογικές και μεθοδολογικές της διαστάσεις σε

παράλληλισμό με το φαινόμενο της MB. Στο δεύτερο κεφάλαιο που αναφέρεται ως «Μαιευτική Βία και Κοινωνική Παιδαγωγική» και το οποίο χωρίζεται σε επτά (8) υποκεφάλαια, γίνεται μία αποσαφήνιση βασικών ορολογιών σε σχέση με τη MB, προσδιορίζεται η ιστορική της συνέχεια, γίνεται μία ανάλυση του φαινομένου υπό τους όρους της ιατρικής, της έμφυλης και της δομικής βίας και προσεγγίζεται η βάση της Κανονικοποίησης της MB, πάντοτε μέσα από το πρίσμα της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, με την οποία αναδεικνύονται σημεία διεπαφής σε όλα τα υποκεφάλαια. Στο τρίτο κεφάλαιο το οποίο αναφέρεται ως «Προεκτάσεις της MB» και αποτελείται από έξι (7) υποκεφάλαια, ακολουθώντας τη συστημική λογική, προσεγγίζεται η σχέση της MB με την με σεβασμό μητρική φροντίδα, καθώς και σχετικές τοποθετήσεις των σημαντικών εμπλεκομένων στο φαινόμενο της MB όπως οι ίδιες οι γυναίκες, οι επαγγελματίες υγείας και διάφοροι διεθνείς φορείς. Ακόμη, παρατίθενται συνοπτικά τα πρωτόκολλα του World Health Organization για ασφαλή περιγεννητική φροντίδα καθώς και για με σεβασμό μαιευτική περίθαλψη. Προσεγγίζεται το φαινόμενο της MB στην Ελλάδα σε αντιπαραβολή με άλλες χώρες, παρουσιάζεται η αντίστοιχη νομική πλαισίωση, η σχέση με τα ανθρώπινα δικαιώματα και παρουσιάζονται προεκτάσεις του φαινομένου όπως τα δικαιώματα των χρηστών/ιών υπηρεσιών υγείας, η συναίνεση και η άρνηση θεραπείας οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και τις επιλογές των γυναικών, καθώς και η σχέση του φαινομένου με τις κοινωνικές νευροεπιστήμες. Στο τέταρτο κεφάλαιο το οποίο αναφέρεται ως «Παρεμβάσεις & Προγράμματα για τη MB και την Κανονικοποίησή της» και αποτελείται από έξι (6) υποκεφάλαια, παρουσιάζονται κάποια προγράμματα που έχουν αποπειραθεί την καταπολέμηση του φαινομένου, και μέσα από μία αναστοχαστική διαδικασία δημιουργούνται προτάσεις για μία αναπλαισίωση των προγραμμάτων σε μία πιο κοινωνικοπαιδαγωγική θεώρηση με βάση τις επιστημολογικές μεθοδολογικές διαστάσεις, όπως αυτές έχουν προσδιοριστεί στο πρώτο κεφάλαιο. Στο πέμπτο κεφάλαιο το οποίο αναφέρεται ως «Μελέτες παρόμοιας μεθοδολογίας και θεματολογίας» και αποτελεί το τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους με πέντε (5) υποκεφάλαια, αναφέρονται μελέτες αντίστοιχης μεθοδολογίας σε σχέση με τον επιπολασμό της MB και σχετικούς παράγοντες κινδύνου με έμφαση στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι τίθενται υπό διερεύνηση και στη συγκεκριμένη μελέτη, καθώς και μελέτες οποιασδήποτε μεθοδολογίας που άπτονται του ζητήματος της Κανονικοποίησης της MB.

Συνεχίζοντας με το ερευνητικό μέρος, στο έκτο κεφάλαιο που αναφέρεται ως «Ταυτότητα έρευνας» και αποτελείται από οκτώ (8) υποκεφάλαια το είδος, ο σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα και η μεθοδολογία της έρευνας, λεπτομέρειες για τις μεταβλητές και τα εργαλεία συλλογής τους, ο πληθυσμός, το δείγμα και η δειγματοληψία, λεπτομέρειες της στατιστικής ανάλυσης, της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας και το χρονοδιάγραμμα της έρευνας. Στο έβδομο κεφάλαιο που αναφέρεται ως «Ανάλυση δεδομένων και ευρήματα» και αποτελείται από τέσσερα (4) υποκεφάλαια, παρατίθενται τα αποτελέσματα όλων των ερευνητικών ερωτημάτων περιγραφικής

και επαγωγικής στατιστικής καθώς τα δημογραφικά στοιχεία. Στο όγδοο κεφάλαιο που αναφέρεται ως «Συζήτηση ευρημάτων - Αποτελέσματα» και αποτελείται από επτά (7) υποκεφάλαια, γίνεται μία κριτική ερμηνεία των ευρημάτων, σύγκριση και παραλληλισμός τους με τα ευρήματα άλλων μελετών και αναδεικνύεται η προστιθέμενη αξία της Κοινωνικής Παιδαγωγικής τους ερμηνείας. Ακόμη, αναφέρονται η αναγκαιότητα, η σημαντικότητα, η πρωτοτυπία της έρευνας καθώς και οι μεθοδολογικοί και ερμηνευτικοί περιορισμοί. Στο ένατο κεφάλαιο που από τέσσερα (4) υποκεφάλαια, εξάγονται συμπεράσματα σε έναν συνδυασμό της θεωρίας με την πράξη αφού τα σημαντικά ευρήματα παραλληλίζονται με θεωρητικά πλαίσια μέσα από βιβλιογραφικές πηγές, αναδεικνύοντας σημεία διεπαφής με την Κοινωνική Παιδαγωγική. Ακολουθούν προτάσεις για μελλοντική έρευνα και εφαρμογές της Κοινωνικής Παιδαγωγικής. Τέλος, παρατίθεται το κεφάλαιο της ελληνόγλωσσης και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της εργασίας και στη συνέχεια ακολουθούν τα παραρτήματα.

Οι απόψεις, οι πληροφορίες και οι αναφορές που περιλαμβάνονται στην παρούσα εργασία βασίζονται σε εκτενή βιβλιογραφική έρευνα και δεν αντικατοπτρίζουν απαραίτητα τις προσωπικές απόψεις της ερευνήτριας. Η παρουσίαση των δεδομένων και των συμπερασμάτων γίνεται με στόχο την επιστημονική ανάλυση και τη βαθύτερη κατανόηση του θέματος της Μαιευτικής Βίας και της κανονικοποίησής της και σε καμία περίπτωση δεν παροτρύνεται ή αποτρέπεται η εφαρμογή συγκεκριμένων ιατρικών πράξεων, επεμβάσεων ή χειρισμών. Σε καμία περίπτωση δεν επιθυμείται η αποσπασματική ερμηνεία των πληροφοριών ή η υπονόμηση της μαιευτικής επιστήμης, των επαγγελματιών υγείας ή των χώρων υγειονομικής περίθαλψης και δεν υπονοείται η ότι η μαιευτική βία αφορά όλες τις γεννήσεις.

Οι ιατρικές αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τους/ις αρμόδιους/ες επαγγελματίες υγείας και τους/ις ωφελούμενους/ες χρήστες/ριες υπηρεσιών υγείας με βάση τις ατομικές τους ανάγκες και συνθήκες. Πρωτόκολλα που αφορούν την κατάλληλη, ασφαλή και με σεβασμό μητρική φροντίδα έχουν διαμορφωθεί από διεθνείς φορείς και επιστημονικούς οργανισμούς όπως ο World Health Organization. Κάποια από αυτά είναι ενδεικτικά διαθέσιμα στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως παρότι το φαινόμενο της ΜΒ αναφέρεται σε γέννες που πραγματοποιούνται στο περιβάλλον του νοσοκομείου, με τη συγκεκριμένη διερεύνηση δεν επιθυμείται η καθοδήγηση των γυναικών σε γέννα είτε στο νοσοκομειακό είτε στο οικιακό περιβάλλον. Αντίθετα, πρόθεση είναι η διερεύνηση της ΜΒ με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της ασφαλούς και με σεβασμό εμπειρίας της γέννας στο νοσοκομείο, ακριβώς ώστε η όποια επιλογή της γυναίκας να γεννήσει είτε στο ένα, είτε στο άλλο περιβάλλον να είναι προϊόν πηγαίας και ελεύθερης απόφασης και όχι τρόπος διαχείρισης και αποφυγής της όποιας πιθανής κακομεταχείρισης.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο πρόκειται να γίνει μία περιγραφή του όρου της Κοινωνικής Παιδαγωγικής και των ιστορικών συνθηκών που οδήγησαν στον σχηματισμό της. Στη συνέχεια θα αναλυθεί η σχέση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής με άλλες κοινωνικές επιστήμες αλλά και με τον φεμινισμό, καθώς αυτός αποτελεί μία κομβική προσέγγιση του θεωρητικού πλαισίου της έρευνας. Στη συνέχεια θα γίνει μία αναφορά στις ακαδημαϊκές/επιστημονικές, εκπαιδευτικές και επαγγελματικές όψεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής και πιθανές προκλήσεις που αυτή αντιμετωπίζει στο σήμερα. Τέλος, θα παρουσιαστούν οι επιστημολογικές και μεθοδολογικές διαστάσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής που αναδεικνύουν τη σύνθετη και πολυδιάστατη προσέγγιση της επίλυσης και της κατανόησης των κοινωνικών προβλημάτων και θα γίνει μία προσπάθεια ανάδειξης κοινών τόπων με τη MB και την Κανονικοποίησή της, καθώς πρόκειται για τις κεντρικές έννοιες της μελέτης.

1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ & ΑΠΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ

Παρότι η ουσιαστική ιδέα και έννοια της Κοινωνικής Παιδαγωγικής διαμορφώθηκε σταδιακά και βάθος χρόνου (Hamalainen, 2015), ο καθαυτός όρος της Κοινωνικής Παιδαγωγικής συναντιέται για πρώτη φορά στη Γερμανία από τον Karl Mager και τον Adolph Diesterweg (Muller & Kronen, 2010). Η γερμανική κοινωνία εκείνη την εποχή βίωνε εκτεταμένες κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτιστικές αλλαγές εν μέρει λόγω του τρόπου οργάνωσης των διαφόρων περιφερειών της, της αυξανόμενης συνειδητοποίησης των επιπτώσεων της φτώχειας καθώς και της εκβιομηχανοποίησης (Rothuizen & Harbo, 2017).

Ως δείγμα παιδαγωγικής σκέψης και δράσης, η Κοινωνική Παιδαγωγική θεωρείται ότι προέρχεται ιστορικά από την ασυμφωνία μεταξύ της ατομικής αυτονομίας και των απαιτήσεων που επιβάλλει η σύγχρονη κοινωνία στο άτομο, ειδικά της νεότερης γενιάς, με μία έννοια των αλλαγών που προέκυψαν στις κοινωνικές δομές μέσω της αστικοποίησης (Dollinger, 2006; Reyer, 2002).

Από την ιστορική θεώρηση των ιδεών, η Κοινωνική Παιδαγωγική σκέψη συνδέεται στενά με μια εποχή κρίσιμων αλλαγών στην πνευματική ζωή και σκέψη στην Ευρώπη, περί τον 16^ο αιώνα όπου η «μοιρολατρική» αντίληψη της ζωής και του κόσμου άρχισε αργά και σταδιακά να αντικαθίσταται με μια διαφορετική θεώρηση, αυτή του «ενεργού ανθρώπου» (Hamalainen, 2015). Σύμφωνα με αυτή, οι άνθρωποι άρχισαν να αντιλαμβάνονται πως οι κοινωνικές δυσκολίες δεν επρόκειτο να καταπολεμηθούν από μόνες τους αλλά ότι οι ίδιοι/ες είναι υπεύθυνοι για την αναδιαμόρφωσή τους,

δίνοντας ώθηση σε μια εποχή ανάπτυξης ουσιαστικών παιδαγωγικών και πολιτικών στρατηγικών (Hamalainen, 2015).

Ο Lorenz (2008) τοποθετεί την άνοδο της Κοινωνικής Παιδαγωγικής τόσο ως μέθόδου όσο και ως συνόλου θεσμών κοινωνικής πολιτικής στο ιστορικό πλαίσιο της ανάπτυξης του γερμανικού εθνικού κράτους με την ιδιαίτερη σχέση του με ένα συντεχνιακό, συντηρητικό μοντέλο του κράτους πρόνοιας. Ο σχηματισμός της οδηγήθηκε από τις ανάγκες αντιμετώπισης κοινωνικών προβλημάτων, προαγωγής της ευημερίας, τη γενικότερη ανάγκη για κοινωνική φροντίδα και ολοκληρωμένη ανάπτυξη του ατόμου σε ποικίλα κοινωνικά περιβάλλοντα μέσω της εκπαίδευσης και της εστίασης στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων προσεγγίσεων για την υποστήριξη ατόμων και κοινοτήτων, ενσωματώνοντας εκπαιδευτικές και κοινωνικές διαστάσεις (Hamalainen, 2015).

Σύμφωνα με τους (Rothuizen & Harbo, 2017), ο Mager συνέδεσε την Κοινωνική Παιδαγωγική με τον εκδημοκρατισμό ως ένα πλαίσιο για την ανατροφή και την εκπαίδευση των πολιτών στη συμμετοχή τους ως ελεύθερα άτομα στην κοινωνική, πολιτιστική και πολιτική ζωή, για αυτό και η συγκεκριμένη προσέγγισή της Κοινωνικής Παιδαγωγικής ισχύει για όλα τα άτομα. Σύμφωνα με τους ίδιους, η προσέγγιση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής για τον Diesterweg εστιάζει κυρίως σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες οι οποίες κινδυνεύουν ή βιώνουν περιθωριοποίηση και είναι αυτές που θα μπορούσαν να επωφεληθούν κυρίως από τις κοινωνικοπαιδαγωγικές προσπάθειες. Σύμφωνα με τους Rothuizen & Harbo (2017) κοινό και στις δύο αντιλήψεις, τόσο του Mager όσο και του Diesterweg, είναι ότι κατανοούν τον άνθρωπο (παιδί και ενήλικα) ως κοινωνικό ον που συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες και επομένως η Κοινωνική Παιδαγωγική θα πρέπει να καταπιάνεται όχι μόνο με το άτομο και τις κοινωνικές του συνδέσεις, αλλά και με την ανάπτυξη μιας συνδεδεμένης, παραγωγικής κοινωνίας, αντίστοιχης με τη σύγχρονη εποχή.

Στο σήμερα, η Κοινωνική Παιδαγωγική, σύμφωνα με τον Lorenz (2008), αποτελεί ένα σημαντικό αλλά ευρέως παρεξηγημένο μέλος των κοινωνικών επαγγελμάτων, που για την αποσαφήνιση και τη σύγχρονη κατανόηση του είναι απαραίτητη η διερεύνηση των ιστορικών του ριζών και των μεθόδων του.

1.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ & ΕΠΙΡΡΟΕΣ

Η Κοινωνική Παιδαγωγική αναγνωρίζεται ως ένα επιστημονικό σύστημα εκπαίδευσης και επαγγελματικής δραστηριότητας που εκκινείται από επιστημολογικές αρχές με στενή σύνδεση και αλληλεπίδραση με άλλες κοινωνικές επιστήμες καθώς ενσωματώνει θεωρίες, έννοιες και μεθόδους για την ανάπτυξη του δικού της θεωρητικού και επαγγελματικού πλαισίου (Hamalainen, 2015). Η Κοινωνική Παιδαγωγική έχει διαμορφωθεί από επιδράσεις διάφορων κοινωνικών επιστημών και

επιστημολογικές σχολές σκέψης όπως ο κριτικός ρασιοναλισμός, η αναλυτική εμπειρική προσέγγιση, η φαινομενολογία, η ερμηνευτική και η κριτική θεωρία με επίδραση στα συστήματα της έρευνας, της εκπαίδευσης, και της επαγγελματικής πρακτικής της Κοινωνικής Παιδαγωγικής (Lorenz, 2008). Χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και θεωρητική πολυμορφία αφού επηρεάζεται και αλληλοεπιδρά με μια ποικιλία κοινωνικών θεωριών που καταπιάνονται με τα ηθικά, πολιτικά και εκπαιδευτικά ζητήματα (Lorenz 2008).

Η Κοινωνική Παιδαγωγική, η κοινωνική πολιτική και η κοινωνική εργασία είναι στενά συνδεδεμένες. Η Κοινωνική Παιδαγωγική αποτελεί τη θεωρητική και πρακτική βάση για την ανάπτυξη πολιτικών και μεθόδων που αποσκοπούν στην επίλυση κοινωνικών προβλημάτων και την προαγωγή της κοινωνικής ευημερίας, σχέση που υπογραμμίζει πώς η κοινωνική πολιτική και η κοινωνική εργασία επηρεάζονται από την Κοινωνική Παιδαγωγική και ταυτόχρονα συνεισφέρουν στην Κοινωνική Παιδαγωγική, αντανακλώντας την αμοιβαία επίδραση μεταξύ θεωρητικών προσεγγίσεων και πρακτικής εφαρμογής (Lorenz, 2008).

1.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΚΑΙ ΦΕΜΙΝΙΣΜΟΣ

Ο φεμινισμός είναι ένα μαζικό κίνημα που σχηματίστηκε από γυναίκες διαφορετικής προέλευσης ως συνέπεια της έμφυλης καταπίεσης που υφίσταντο από την κυρίαρχη προνομιούχα κοινωνική ομάδα, τους άντρες, στα πλαίσια της πατριαρχικής κοινωνίας (Kumar Mohajan, 2022). Ο φεμινισμός αποτελεί μια προσπάθεια κατανόησης και εννοιολόγησης των έμφυλων ρόλων και αποπειράται να εξηγήσει το φαινόμενο της ανισότητας των φύλων (Kumar Mohajan, 2022). Παλεύει πάντα ενάντια σε κάθε είδους καταπίεση των γυναικών, συνηγορεί υπέρ της προσάρτησης των συμφερόντων των γυναικών στην κοινωνική οργάνωση και επιδιώκει τη διασφάλιση ίσων ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών για γυναίκες και άντρες (Kumar Mohajan, 2022). Η ύπαρξη του φεμινισμού θεωρείται πολιτική επίτευξης της ισότητας των φύλων και ταυτόχρονα απόδειξη της ίδιας της ανισότητας (Kumar Mohajan, 2022).

Η Ferguson (2017), περιγράφει τη φεμινιστική θεωρία ως μία κριτική και πολιτική δέσμευση με τον κόσμο, με έμφαση στα κινήματα που αφορούν την ισότητα, την ελευθερία και τη δικαιοσύνη. Η ίδια εντοπίζει κάποιες διαφοροποιήσεις στη φεμινιστική θεωρία και πράξη του σήμερα σε σχέση με το παρελθόν, κυρίως μέσω της επιρροής του νεοφιλελευθερισμού. Ειδικότερα, θέτει το ζήτημα της εμπορευματοποίησης των γυναικών στις παγκόσμιες αγορές εργασίας, της θηλυκοποίησης της φτώχειας και τις επισφαλείς καταστάσεις των γυναικών σε διακρατικά κυκλώματα εργασίας και επικρίνει την τρέχουσα νεοφιλελεύθερη πλαισίωση της ισότητας των φύλων ως επίτευγμα μεμονωμένων γυναικών που καταφέρνουν να εξισορροπήσουν την εργασία και την οικογένεια και παράλληλα προχωρούν σε ανώτερες εταιρικές ή κυβερνητικές θέσεις, μία προοπτική που ανάγει

τον φεμινισμό σε ατομικά επιτεύγματα παρά στην αντιμετώπιση ευρύτερων συστημικών ζητημάτων που απαιτούν συλλογική δράση.

Οι (Coia & Taylor, 2013), αναφέρουν ότι η κατανόηση και η ενσωμάτωση της φεμινιστικής παιδαγωγικής είναι μία απαιτητική και συνεχώς εξελισσόμενη διαδικασία που απαιτεί συνεχή αναστοχασμό πάνω στις διδακτικές πρακτικές και την ευθυγράμμιση των μεθοδολογιών τους με τις φεμινιστικές αρχές, το κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο της διδασκαλίας αλλά και αυτοπαρατήρηση.

Η σχέση φεμινισμού και Κοινωνικής Παιδαγωγικής χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή σύγκλιση των βασικών τους αρχών και των ερευνητικών τους ενδιαφερόντων, καθώς τόσο ο φεμινισμός όσο και η Κοινωνική Παιδαγωγική επενδύουν ισχυρά στην ενδυνάμωση και τη δέσμευση των ατόμων και των κοινοτήτων, και ιδιαίτερα εκείνων που βρίσκονται στο περιθώριο ή σε μειονεκτική θέση (Górnikowska-Zwolak, 2008).

Η (Górnikowska-Zwolak, 2008) προσδιορίζει έξι (6) σημεία διεπαφής της Κοινωνικής Παιδαγωγικής με τον φεμινισμό:

- 1) Τόσο η φεμινιστική θεωρία και πράξη όσο και η Κοινωνική Παιδαγωγική δίνουν προτεραιότητα στην ενδυνάμωση των ατόμων, με τον μεν φεμινισμό να στοχεύει στην αναβάθμιση των εμπειριών των γυναικών, υποστηρίζοντας την ισότητα των φύλων και αμφισβητώντας τις παραδοσιακές δομές εξουσίας και με την δε Κοινωνική Παιδαγωγική να επικεντρώνεται στην ενδυνάμωση των ατόμων σε όλες τις κοινότητες, με στόχο την προώθηση της θετικής ανάπτυξης και την αντίθεση στην υποταγή (Górnikowska-Zwolak, 2008).
- 2) Οι αρχές της δέσμευσης και της ενεργού συμμετοχής είναι κεντρικές τόσο για τον φεμινισμό όσο και για την Κοινωνική Παιδαγωγική, ιδιότητες που συνεπάγονται εστίαση στην πραγματοποίηση αλλαγών στον κόσμο μέσω της ενεργού συμμετοχής και της υπεράσπισης, αντί της παθητικής παρατήρησης κοινωνικών φαινομένων (Górnikowska-Zwolak, 2008).
- 3) Η φεμινιστική σκέψη και η Κοινωνική Παιδαγωγική μοιράζονται μια προσέγγιση ουμανιστικού πραγματισμού, απορρίπτοντας τον άψυχο επιστημονισμό, τονίζοντας τη σημασία της ακαδημαϊκής γνώσης να συνδέεται με την ηθική και να εφαρμόζεται με τρόπους που υποστηρίζουν και βοηθούν τα άτομα και τις κοινότητες (Górnikowska-Zwolak, 2008).
- 4) Τόσο ο φεμινισμός όσο και η Κοινωνική Παιδαγωγική ασχολούνται με την αντιμετώπιση και την αμφισβήτηση των κοινωνικών ανισοτήτων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που βασίζονται στο φύλο, την τάξη, τη φυλή και τον σεξουαλικό προσανατολισμό και επιδιώκουν να κατανοήσουν και να αποδομήσουν τις δομές και τις διαδικασίες που διαιωρίζουν αυτές τις ανισότητες (Górnikowska-Zwolak, 2008).

- 5) Τόσο ο φεμινισμός όσο και η Κοινωνική Παιδαγωγική διασταυρώνουν τη δημόσια με την ιδιωτική σφαίρα, τη θεωρία με την πράξη και τη γνώση με την πολιτική με αντικείμενο να εφαρμόσουν επιστημονικές γνώσεις σε πρακτικές προσπάθειες με σκοπό την κοινωνική βελτίωση (Górnikowska-Zwolak, 2008).
- 6) Η φεμινιστική επιστημολογία επικρίνει τις ανδροκρατούμενες προοπτικές στην παραγωγή επιστήμης και γνώσης, υποστηρίζοντας τη συμπερίληψη και την αναγνώριση του φύλου ως κριτικής αναλυτικής κατηγορίας. Αντίστοιχα, η Κοινωνική Παιδαγωγική αμφισβητεί ομοίως τις παραδοσιακές επιστημολογίες, υποστηρίζοντας προσεγγίσεις που είναι περιεκτικές, πολυεπιστημονικές και προσανατολισμένες προς την κοινωνική δικαιοσύνη (Górnikowska-Zwolak, 2008).

Σύμφωνα με την Górnikowska-Zwolak (2008), η φεμινιστική σκέψη παρέχει μια πλούσια και κριτική προοπτική που μπορεί να εμπλουτίσει σημαντικά την Κοινωνική Παιδαγωγική, καθώς ενσωματώνοντας φεμινιστικές γνώσεις στη μελέτη και την πρακτική της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, τόσο οι ερευνητές/ριες και όσο και οι οι επαγγελματίες μπορούν να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά την πολυπλοκότητα των κοινωνικών ανισοτήτων, την ενδυνάμωση και την ολιστική ανάπτυξη των ατόμων και κοινοτήτων.

Σύμφωνα με την Hatton (2020), παρότι οι γυναίκες έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην διάδοση του λόγου της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, εντούτοις το φύλο δεν είναι πάντα κεντρικό στοιχείο στην ανάλυση και την πρακτικής της Κοινωνικής Παιδαγωγικής αλλά αξιοποιείται από μία πιο γενικευμένη οπτική που απλουστεύει τα βιώματα των γυναικών και δε μπορεί να συμπεριλάβει την ποικιλότητα και τη διαφοροποίησή τους. Η ίδια, ενδεικτικά, αναφέρει την ανάλυση της θεωρητικής φεμινίστριας Angela McRobbie, σύμφωνα με την οποία οι αιτίες εγκλωβισμού των γυναικών στη φτώχεια και σε κοινωνικά μειονεκτήματα και η επακόλουθα περιορισμένη κοινωνική τους κινητικότητα και απουσία από την πολιτική, έχουν και ειδικές αιτίες που οφείλονται ακριβώς στο γεγονός ότι είναι γυναίκες (Hatton, 2020), έτσι, υπογραμμίζει την αναγκαιότητα ενσωμάτωσης των φεμινιστικών προοπτικών στην Κοινωνική Παιδαγωγική για την οποία είναι προτεραιότητα η αντιμετώπιση προβλημάτων τέτοιου είδους καθώς και η κοινωνική αλλαγή (Hatton, 2020).

1.5. ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΤΗΤΑ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΣΜΟΣ & ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Η Κοινωνική Παιδαγωγική αποτελεί ένα επιστημονικά βασισμένο σύστημα εκπαίδευσης και επαγγελματικής δραστηριότητας, το οποίο εκκινείται από επιστημολογικές βάσεις (Lorenz, 2008). Σύμφωνα με τους (Janer Hidalgo & Úcar, 2020), η έλλειψη ενός καθολικού εννοιολογικού ορισμού για τον όρο της Κοινωνικής Παιδαγωγικής έχει προκαλέσει επιστημολογική σύγχυση και ανακρίβεια και έχει οδηγήσει στην εμφάνιση πολλαπλών πολωμένων προοπτικών για την ίδια την

έννοια της Κοινωνικής Παιδαγωγικής σε διαφορετικά πλαίσια. Σύμφωνα με τους ίδιους, για την ανάπτυξη μιας σειράς δεικτών για την κατασκευή μιας επικαιροποιημένης, συνολικής και ολοκληρωμένης άποψης της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, αυτή θα πρέπει να μελετηθεί και ως προς τις τρεις υποστάσεις της, την ακαδημαϊκή, την εκπαιδευτική και την επαγγελματική, ενώ ισχυρίζονται ότι είναι εφικτό να οριστεί ένα θεωρητικό, διεπιστημονικό και διεθνές κοινό έδαφος για την Κοινωνική Παιδαγωγική και να περιγραφούν τα ειδικά χαρακτηριστικά κάθε πλαισίου.

Με την πάροδο του χρόνου, η απόσταση μεταξύ ακαδημαϊκών και επαγγελματιών έχει καταστήσει ακόμη πιο δύσκολο το δύσκολο έργο της οριοθέτησης της πρακτικής της Κοινωνικής Παιδαγωγικής με έναν πιθανό λόγο να αναφέρεται η αυξανόμενη ακαδημαϊκοποίηση που συμβαίνει στο χώρο των κοινωνικών επιστημών (Storø, 2012).

1.6. ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΚΕΣ & ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ -ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ

Σύμφωνα με την Μυλωνάκου-Κεκέ (2021, σσ. 359-362), η Κοινωνική Παιδαγωγική δράση διατρέχεται από συγκεκριμένες επιστημολογικές και μεθοδολογικές διαστάσεις. Παρακάτω θα παρουσιαστούν και θα γίνει μία προσπάθεια σύνδεσής του με την έννοια της Μαιευτικής Βίας (MB) και της κανονικοποίησής της.

Η προβληματοκεντρική θεώρηση: Αναφέρεται πως η κινητοποίηση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής εκκινείται πάντοτε από ένα πρόβλημα το οποίο απαιτείται να αντιμετωπιστεί (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362).

Ένα τέτοιο πρόβλημα είναι και η MB και η Κανονικοποίησή της καθώς αποτελεί ένα πρόβλημα που επηρεάζει τις γυναίκες, τις επιλογές τους και κατ' επέκταση το κοινωνικό γίνεσθαι.

Η ενότητα θεωρίας και πράξης: Η θεωρία με την πράξη αλληλοεπιδρούν υπό το σχήμα ενός «αναδρασιακού βρόχου» επιτυγχάνοντας τη μέγιστη λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα στην επίλυση ενός προβλήματος (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362).

Κατά τον ίδιο τρόπο, η όποια προσπάθεια καταπολέμησης της MB και της Κανονικοποίησής της θα πρέπει να οργανώνεται με έναν τρόπο που να παρέχει ανατροφοδότηση ικανή να εμπλουτίσει και να επαναπροσδιορίσει τα επόμενα στάδια της παρέμβασης αλλά και επόμενες δράσεις.

Οι ολιστικές – συστημικές προσεγγίσεις: Καθώς η Κοινωνική Παιδαγωγική καταπιάνεται με πολύπλοκα και πολύ-επίπεδα προβλήματα η Συστημική Επιστήμη αποτελεί μία πολύ κατάλληλη

προσέγγιση ικανή να συμπεριλάβει σημαντικούς και συχνά αστάθμητους παράγοντες (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362).

Κατά τον ίδιο τρόπο, και η MB και η Κανονικοποίησή της μέσα από τη πρίσμα της Κοινωνικής Παιδαγωγικής δεν προσεγγίζονται απλώς ως ένα ζήτημα βίας που συμβαίνει με «θύματα» τις γυναίκες αλλά ως ένα σύνθετο φαινόμενο με κοινωνικές, δομικές, πολιτισμικές, πολιτειακές και διαπροσωπικές ρίζες, το οποίο αποτελείται από στοιχεία. Στα στοιχεία αυτά ανήκουν οι ίδιες γυναίκες, οι οικογένειές τους, οι επαγγελματίες υγείας, ζητήματα του συστήματος υγείας, πολιτισμικά στοιχεία όπως οι στάσεις για τη μητρότητα και η ενσάρκωση του μητρικού ρόλου, η θέση της γυναίκας εντός της κοινωνίας, πολιτειακά ζητήματα όπως η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και οι νόμοι που προστατεύουν τις γυναίκες.

Οι διεπιστημονικές προσεγγίσεις: Η Κοινωνική Παιδαγωγική συνεργάζεται και δουλεύει μαζί με άλλες επιστήμες και επιστημονικά πεδία δημιουργώντας ισχυρές διεπιστημονικές (interdisciplinary) και «υπερσυνεπιστημονικές» (transdisciplinary) σχέσεις, αξιοποιώντας όλες τις επιστημολογικές και μεθοδολογικές δυνατότητες που αυτές προσφέρουν, καθώς και τις πρακτικές δυνατότητες που δημιουργούν (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362).

Κατά τον ίδιο, τόσο η βαθύτερη κατανόηση όσο και η καταπολέμηση της MB απαιτούν τέτοιου είδους διασυνδέσεις καθώς αποτελεί ένα πολύ-επίπεδο φαινόμενο.

Η ύπαρξη ενός κοινού οράματος: Οι άμεσα και έμμεσα ενδιαφερόμενοι και τα εμπλεκόμενα στοιχεία διακατέχονται από ένα κοινό όραμα για αλλαγή, το οποίο εμπνέει, ενεργοποιεί και καθοδηγεί τον σχεδιασμό, την οργάνωση και τη δράση (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362).

Κατά τον ίδιο τρόπο, κατά την εφαρμογή προγραμμάτων που αφορούν την κατανόηση και την καταπολέμηση της MB και της Κανονικοποίησής της θα πρέπει να εμπλέκουν τόσο τον άμεσο πληθυσμό στόχο που είναι οι γυναίκες που γεννούν όσο και τους έμμεσους πληθυσμούς στόχους όπως οι εργαζόμενοι, άτομα που διαμορφώνουν τους θεσμούς και το κοντινό περιβάλλον των γυναικών με έναν ενεργητικό τρόπο, αναδεικνύοντας τα οφέλη προς όλες τις κατευθύνσεις.

Η συστηματική επιδίωξη για βελτίωση και αλλαγή: Στόχος της Κοινωνικής Παιδαγωγικής είναι η κινητοποίηση των εμπλεκόμενων ατόμων και ομάδων προς βελτίωση και αλλαγή, καθώς με τη βελτίωση του/ης εαυτού/ης συμβάλλουν στην επίλυση των προβλημάτων των οποίων αποτελούν στοιχεία (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362). Αντίστοιχα και η όποια προσπάθεια καταπολέμησης της MB και της Κανονικοποίησής της θα πρέπει να θέτει στο κέντρο τα άτομα και να αναδεικνύει τα προσωπικά τους κίνητρα για βελτίωση και αλλαγή, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τους έμμεσους πληθυσμούς στόχους όπως το μαιευτικό προσωπικό. Ενδεικτικά, για αυτόν τον πληθυσμό

ένα προσωπικό κίνητρο για βελτίωση και αλλαγή αποτελεί η ενίσχυση της προσωπικής ικανοποίησης από την εργασία και το αίσθημα της αυτοπραγμάτωσης.

Η ενεργός συμμετοχή και η οργανωμένη συλλογική δράση στο πεδίο: Η αυξανόμενη προσωπική ενεργητική εμπλοκή των συμμετεχόντων/ουσών στο ίδιο το κοινωνικοπαιδαγωγικό πεδίο, με την ανάληψη προσωπικής και ομαδικής ευθύνης και οργανωμένης συνεργατικής δράσης, είναι προϋπόθεση και στοιχείο για την αλλαγή και τη βελτίωση (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362). Αντίστοιχα, τόσο οι γυναίκες όσο και οι υπόλοιποι εμπλεκόμενοι θα πρέπει να κινητοποιηθούν προς την επίλυση της MB και να είναι σε σχετική εγρήγορση, αυτοπαρατήρηση και να επικοινωνούν με ειλικρίνεια τις ανάγκες τους στην ομάδα ώστε αυτές να γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας.

Ο ισχυρά προληπτικός και μαχητικά παρεμβατικός ρόλος: Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των κοινωνικοπαιδαγωγικών ζητημάτων επιτυγχάνεται όχι μόνο μέσα από δυναμικές παρεμβάσεις στο πεδίο της δράσης, αλλά και μέσω της ανάπτυξης οργανωμένης πρόληψης για την αναπλαισίωση των στοιχείων που αρχικώς δημιούργησαν πρόβλημα και της δημιουργίας μηχανισμών που θα προλαμβάνουν την εμφάνιση των προβλημάτων (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362). Αντίστοιχα, σε σχέση με το φαινόμενο της MB η Κοινωνική Παιδαγωγική οφείλει να λειτουργεί προληπτικά αποκανονικοποιώντας αυτό το φαινόμενο αλλά και παρεμβατικά αναδιαμορφώνοντας τα περιβάλλοντα στα οποία ήδη υφίσταται το φαινόμενο.

Η διαρκής κριτική και αναστοχαστική διαδικασία: Ο σταθερός και συνεχής αναστοχασμός, είτε ατομικός είτε ομαδικός, ξεκινά από την εξέταση των κοινωνικών και εκπαιδευτικών πτυχών, συνεχίζεται με την αυτοαξιολόγηση των εμπλεκόμενων ατόμων και ταυτόχρονα με την αμοιβαία αναθεώρηση της εξέλιξης και της πορείας του κοινωνικοπαιδαγωγικού έργου (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362). Η διαδικασία εστιάζει στη συμφωνία με το κοινό όραμα, τις επιστημολογικές και μεθοδολογικές πτυχές, καθώς και στην αποτελεσματικότητα της εφαρμογής στην πράξη, ενώ παράλληλα εξασφαλίζει την ενίσχυση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής δεοντολογίας. Αντιστοίχως, οι αναστοχαστικές δραστηριότητες κατά την παρέμβαση ενάντια στη MB θα πρέπει να αποτελούν βασικά σημεία, όπως η αυτοκριτική των επαγγελματιών υγείας, η συνεχής εκπαίδευση για την αναβάθμιση των προσεγγίσεων και την προώθηση μιας πιο σεβαστής και συναισθηματικά υποστηρικτικής άσκησης της μαιευτικής περίθαλψης.

Η συστηματική συνεργατική και μετασχηματιστική μάθηση: Μέσα σε ένα περιβάλλον μάθησης που επικεντρώνεται στην αλληλεπίδραση και τη συνεργασία, η συμμετοχή των ατόμων

επεκτείνει και αξιοποιεί τις προσωπικές και ομαδικές τους ικανότητες (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362). Μέσα από την αναθεώρηση και ανανέωση των γνώσεων και των εμπειριών τους, δημιουργείται μια διαδικασία μάθησης που βασίζεται στη διαλεκτική προσέγγιση και στην αμοιβαία ενίσχυση, ενισχύοντας ένα συνεκτικό δίκτυο επικοινωνίας ανάμεσα στους/ις συμμετέχοντες/ουσες (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362). Αντιστοίχως, η συστηματική συνεργατική και μετασχηματιστική μάθηση μπορεί να εφαρμοστεί στην αντιμετώπιση της ΜΒ μέσω μιας προσέγγισης που ενισχύει τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και γυναικών. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη δημιουργία αλληλεπιδραστικών περιβαλλόντων όπου οι γυναίκες θα μπορούν να μοιράζονται τις εμπειρίες τους, να επαναξιολογούν τις γνώσεις τους για τη μαιευτική φροντίδα και να συνεργάζονται με τους/ις επαγγελματίες για τη βελτίωση της ποιότητας και της ανθρώπινης προσέγγισης στην παροχή φροντίδας.

Η ενθάρρυνση και ανάπτυξη της δημιουργικότητας και της συν-δημιουργίας νέας γνώσης: Η προαγωγή της κοινής δημιουργικής και εκσυγχρονιστικής σκέψης των ατόμων οδηγεί στη συλλογική δημιουργία, παραγωγή και εφαρμογή νέων γνώσεων που είναι λειτουργικές και αποδοτικές για την αντιμετώπιση, την ανάλυση και τη βελτίωση του θέματος που εξετάζεται (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362). Ενδεικτικά, μέσω της προώθησης ανοιχτών συζητήσεων και της ενεργού συμμετοχής γυναικών, διευκολύνεται η δημιουργία νέων προσεγγίσεων για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ΜΒ. Αυτό ενισχύει την ανάπτυξη λύσεων που βασίζονται στην εμπειρία των εμπλεκόμενων και στην καινοτομία, βελτιώνοντας τις πρακτικές φροντίδας και την υποστήριξη προς τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της μαιευτικής διαδικασίας.

Το Κοινωνικοπαιδαγωγικό ήθος και η κοινωνικοπαιδαγωγική κουλτούρα: Η προσωπική εμπειρία και εξοικείωση των ατόμων με την Κοινωνική Παιδαγωγική ηθική συμβάλλει στο να διαμορφωθεί και να εδραιωθεί μια «κοινωνικοπαιδαγωγική κουλτούρα» (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362). Αντίστοιχα, μέσα από τη συμμετοχή των ατόμων σε δραστηριότητες που ενισχύουν την αυτοεπίγνωση, την αποδοχή, τον σεβασμό, τη συναίνεση, την υποστήριξη κατά τη μαιευτική φροντίδα, οι αξίες αυτές γίνονται βίωμα και ενσωματώνονται ως «κουλτούρα».

Οι παραπάνω διαστάσεις βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση των κοινωνικών και εκπαιδευτικών προβλημάτων, ενθαρρύνοντας τη δημιουργία βιώσιμων και αποτελεσματικών λύσεων.

1.7. ΣΥΝΟΨΗ

Η Κοινωνική Παιδαγωγική αποτελεί ένα πλαίσιο σκέψης και δράσης που αναδείχθηκε σε ιστορικές συνθήκες κοινωνικού μετασχηματισμού και έχει στον πυρήνα της την αντίληψη του ατόμου ως κοινωνικής οντότητας, ικανής να συμμετέχει στην κοινωνία ενεργά και με ευθύνη. Η ιστορική της διαδρομή αποκαλύπτει μια πολυδιάστατη εξέλιξη, από τις πρώιμες θεωρητικές της ρίζες στην Ευρώπη μέχρι τη σύγχρονη εφαρμογή της σε διάφορους τομείς που αφορούν την εκπαίδευση και την κοινωνική φροντίδα. Σκοπός της είναι η προαγωγή και η ανάπτυξη του ατόμου και της κοινωνίας μέσω εκπαιδευτικών και κοινωνικών πρακτικών και η επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων, αποτελώντας έναν σύνδεσμο ανάμεσα στην εκπαίδευση και την κοινωνική πρακτική. Στο σήμερα, αναπτύσσεται ως ένα επιστημονικό σύστημα που συνδέεται στενά με άλλες κοινωνικές επιστήμες, ενσωματώνοντας θεωρίες και μεθόδους από διάφορες επιστημολογικές σχολές, διαμορφώνοντας ένα πολυποίκιλο θεωρητικό και επαγγελματικό πλαίσιο.

Σύμφωνα με τις επιστημολογικές και μεθοδολογικές διαστάσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, η προσέγγιση των κοινωνικών προβλημάτων θα πρέπει να είναι ουσιαστικά πολυδιάστατη και να περιλαμβάνει την ενσωμάτωση πολλών επιστημών, την ενθάρρυνση της συλλογικής δράσης και της συνεισφοράς όλων των εμπλεκομένων. Αυτές οι πτυχές αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της προσέγγισης που υιοθετείται για την αντιμετώπιση των κοινωνικών και εκπαιδευτικών προκλήσεων. Η διαρκής αξιολόγηση, η αλληλεπίδραση θεωρίας και πράξης, καθώς και η διαρκής αναστοχαστική διαδικασία, συμβάλλουν στο να διαμορφώνεται ένα ηθικό και επιστημονικό πλαίσιο για την αντιμετώπισή τους. Η αμοιβαία επίδραση μεταξύ της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, της κοινωνικής πολιτικής και της κοινωνικής εργασίας υπογραμμίζει τη σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ θεωρητικών προσεγγίσεων και πρακτικής εφαρμογής στην επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων.

Επιπλέον, η Κοινωνική Παιδαγωγική μοιράζεται σημαντικές βασικές αρχές και αξίες με τον φεμινισμό, με κυριότερη την προσπάθεια για κοινωνική αλλαγή και ισότητα, την ενεργό συμμετοχή καθώς και την ανάγκη για συνεχή αναστοχασμό και αυτοκριτική στα πλαίσια της διαρκούς εξέλιξης και προσαρμογής στις ανάγκες και τις προκλήσεις της σύγχρονης κοινωνίας. Ως εκ τούτου, είναι θεμιτό να ενσωματωθούν οι φεμινιστικές προοπτικές στην θεωρία και την πράξη της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, προκειμένου να διαμορφωθούν ακόμη πιο στοχευμένες πρακτικές και πολιτικές που θα λαμβάνουν υπόψη τις διαφοροποιημένες εμπειρίες και ανάγκες των γυναικών, θα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τα κοινωνικά προβλήματα, την κοινωνική ανισότητα και θα προωθηθούν την κοινωνική αλλαγή.

Η ανάπτυξη μιας συνολικής και ολοκληρωμένης άποψης της Κοινωνικής Παιδαγωγικής απαιτεί τη μελέτη της από διάφορες υποστάσεις της, συμπεριλαμβανομένης της ακαδημαϊκής, της εκπαιδευτικής και επαγγελματικής. Αυτός ο πολυδιάστατος προσανατολισμός διευκολύνει την

κατανόηση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής σε διάφορα πλαίσια και συνδράμει στη δημιουργία ενός θεωρητικού κοινού εδάφους που μπορεί να υποστηρίξει την εξέλιξή της. Στο σήμερα, η Κοινωνική Παιδαγωγική αντιμετωπίζει προκλήσεις, όπως την αυξανόμενη ακαδημαϊκοποίηση στον χώρο των κοινωνικών επιστημών που μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στη διάκριση μεταξύ των ακαδημαϊκών και επαγγελματικών πρακτικών της, με κίνδυνο τη στρέβλωση των αρχικών στόχων της Κοινωνικής Παιδαγωγικής και την πιθανή απομάκρυνσή της από τους πραγματικούς κοινωνικούς προβληματισμούς και ανάγκες. Για τον λόγο αυτό είναι σημαντική η ισορροπία μεταξύ της ακαδημαϊκής έρευνας και της εφαρμοσμένης πρακτικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο πρόκειται μέσα από επιστημονικές πηγές να αποσαφηνιστούν σημαντικοί όροι που σχετίζονται με τη Μαιευτική Βία (ΜΒ) και την Κανονικοποίησή της, καθώς και να προσδιοριστεί η σχέση της ΜΒ και της κανονικοποίησής της με την Κοινωνική Παιδαγωγική. Ειδικότερα, πρόκειται να γίνει μία προσπάθεια ορισμού του φαινομένου και αποσαφήνισης των διάφορων αλληλοεπικαλυπτόμενων ορολογιών και να παρουσιαστούν οι συνθήκες που οδήγησαν στη διαμόρφωση διαφορετικών ορολογιών. Στη συνέχεια, θα εξεταστεί το ζήτημα της ΜΒ ως ένα φαινόμενο ιατρικής βίας με εστίαση στη δυναμική της σχέση ιατρού-ασθενούς, αλλά και ως φαινόμενο έμφυλης και δομικής βίας. Θα προσδιοριστεί η ιστορική συνέχεια του φαινομένου και θα παρουσιαστούν τυπολογίες και ταξινομήσεις των συμπεριφορών που έχουν ταυτοποιηθεί από την επιστημονική κοινότητα ως συμπεριφορές ΜΒ. Ακολουθεί μία φαινομενολογική προσέγγιση στις έννοιες της «βίας», του «θύτη» και του «θύματος» και αναφέρονται κοινωνικοί και πολιτειακοί μηχανισμοί που καθιστούν το φαινόμενο της ΜΒ ως ένα «κανονικοποιημένο» φαινόμενο. Παράλληλα γίνεται ανάδειξη των σημείων διεπαφής και της συμβατότητας του προβλήματος της ΜΒ και των συστατικών της με τις δυνατότητες που παρέχει η Κοινωνική Παιδαγωγική.

2.2. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ (ΜΒ): ΟΡΙΣΜΟΙ, ΜΟΡΦΕΣ, ΟΡΟΛΟΓΙΕΣ

Ο ορισμός της Μαιευτικής Βίας (ΜΒ) είναι περίπλοκος (Vogel et al., 2016). Οποιοσδήποτε ορισμός θα πρέπει να αποτυπώνει επαρκώς τις υγειονομικές, τις ανθρώπινες, τις νομικές και τις κοινωνικοπολιτισμικές διαστάσεις αυτού του προβλήματος για αυτό και μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ένας απόλυτος, κοινά αποδεκτός και εφαρμόσιμος ορισμός (Vogel et al., 2016), όπως συμβαίνει άλλωστε με πολλά κοινωνικά φαινόμενα (Garcia, 2020).

Σύμφωνα με τον «Οργανικό Νόμο για το Δικαίωμα των Γυναικών σε μια Ζωή χωρίς Βία (Organic Law on the Right of Women to a Life Free of Violence)» της Βενεζουέλας, η οποία αποτελεί και την πρώτη χώρα που νομοθέτησε γύρω από τη ΜΒ, η ΜΒ ορίζεται ως «η κατάχρηση του σώματος και των αναπαραγωγικών διαδικασιών των γυναικών από το υγειονομικό προσωπικό που εκδηλώνεται ως απάνθρωπη μεταχείριση, κατάχρηση φαρμάκων και μετατροπή των φυσικών διαδικασιών της γέννας σε παθολογικές, με συνέπεια την απώλεια της αυτονομίας των γυναικών και της δυνατότητας ελεύθερης απόφασης σχετικά με τα σώματα και τη σεξουαλικότητά τους, με τρόπο που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους» (D'gregorio, 2010).

Σύμφωνα με πρόσφατες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, οι πιο συχνές συμπεριφορές MB είναι το χαστούκι, το τσίμπημα, η κλωτσιά, το χτύπημα, το βίαιο άνοιγμα των ποδιών, ο κλινοστατισμός, το φίμωμα, οι επίπονες κολπικές και κοιλιακές ψηλαφίσεις, οι περιττές ιατρικές πράξεις όπως χορήγηση φαρμάκων, αναίτια επισιοτομή ή καισαρική τομή, η άρνηση χορήγησης αναλγητικών, η στέρηση φαγητού, υγρών ή κίνησης, οι αναίτιες ή αναιτιολόγητες απαιτήσεις όπως ξύρισμα των γεννητικών οργάνων ή υποκλυσμός, ο εξαναγκασμός τοκετού σε ύπτια στάση ενώ άλλη στάση είναι επιθυμητή από τη γυναίκα, η μη συναίνεση σε εξετάσεις, χειρουργικές πράξεις ή άλλες διαδικασίες, η αποστέρηση της αυτονομίας σε σχέση με τις αποφάσεις, η άμεση και έμμεση πίεση και ο πειθαναγκασμός σε συγκεκριμένες αποφάσεις, η αντικειμενοποίηση και η παθητικοποίηση της γυναίκας, οι παραβιάσεις του απορρήτου και της ιδιωτικότητας, τα επικριτικά, υποτιμητικά ή προσβλητικά σχόλια, οι απειλές για κακή έκβαση ή διακοπή της διαδικασίας της γέννας, η επίρριψη ευθυνών, η επίπληξη των γυναικών ότι φώναζαν ενώ πονούσαν, η απαγόρευση παρουσίας υποστηρικτικού προσώπου, η αγνόηση των ανησυχιών της επιτόκου, η παραμέληση ή η εγκατάλειψη, η απομάκρυνση του νεογέννητου από τη μητέρα χωρίς αιτιολόγηση, οι διακρίσεις λόγω εθνικότητας, ηλικίας, θρησκείας ή νόσου HIV, η μη επαγγελματική στάση του προσωπικού, η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, οι μεγάλες καθυστερήσεις, οι ακατάλληλες εγκαταστάσεις, οι ασαφείς οικονομικές χρεώσεις, η παρακράτηση σε δομές για οικονομικούς λόγους, ο χρηματισμός (Bohren, et al., 2015; Bowser & Hill, 2010; Garcia, 2020; Jardim & Modena, 2018; Martins & Barros, 2016; Perrotte, Chaudhary, & Goodman, 2020).

Έως σήμερα, έχει διαμορφωθεί μία γκάμα ορολογιών πέραν της «μαιευτικής βίας (obstetric violence)», όπως «κακομεταχείριση κατά τη γέννα (mistreatment during childbirth)» και «ασέβεια και κακοποίηση κατά τη γέννα (disrespect and abuse during childbirth)» οι οποίες είναι σχεδόν ταυτόσημες και με τεράστια αλληλοεπικάλυψη (Bohren, et al., 2018; Fors, et al., 2021; Katz, Amorim, Giordano, Bastos, & Morais Brilhante, 2020; Perrotte, et al., 2020; Sadler, et al., 2016; Williams, et al., 2018). Η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί πως η διαφοροποίηση στη χρήση τους έγκειται κυρίως γύρω από ενστάσεις σε σχέση με την έννοια της βίας και του «εμπρόθετου» αυτής και όχι στην αναγνώριση συγκεκριμένων συμπεριφορών ως ακατάλληλων (Katz, et al., 2020), καθώς και σε πολιτισμικές και γλωσσικές διαφορές, στις κανονιστικές συμπεριφορές (Bohren et al., 2015), και τέλος, στις διαφορετικές ερευνητικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για την τεκμηρίωση των εμπειριών (Vogel et al., 2016). Σε διεθνείς έρευνες είθισται να συναντώνται συχνότερα οι όροι «mistreatment during childbirth» και «disrespect and abuse during childbirth» ενώ ο όρος «obstetric violence» συναντιέται κατά κόρον σε έρευνες που πραγματοποιούνται στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική οι οποίες είναι άλλωστε πρωτοπόρες στην ανάδειξη και στη νομοθέτηση γύρω από αυτό το θέμα (Bohren, et al., 2018; Savage & Castro, 2017).

2.3. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΤΑΥΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ

Ο υψηλός βαθμός ιατροποίησης της φυσιολογικής διαδικασίας της γέννας, το δικαίωμα των γυναικών να συμμετέχουν ενεργά στο σχεδιασμό και στις αποφάσεις της προγεννητικής διαδικασίας, η κατανόηση των κοινωνικών και ψυχοσυναισθηματικών παραγόντων της επιτόκου, η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού και της επιτόκου και ο σεβασμός των ιδιαίτερων επιθυμιών της, η απαίτηση από την επίτοκο να ξυρίσει τη γεννητική περιοχή, να υποστεί υποκλυσμό, να μένει ακινητοποιημένη στο κρεβάτι ενώ το ωφέλιμο είναι να κινείται πριν τον τοκετό, η απαίτηση να γεννήσει σε ύπτια στάση άνευ ιατρικού λόγου ενώ άλλη στάση προτιμάται, η προτροπή σε καισαρική τομή άνευ ιατρικού λόγου, η πλήρης απογύμνωση της μητέρας ενάντια στις επιθυμίες της, η απομάκρυνση του βρέφους από τη μητέρα και το δικαίωμα της γυναίκας να διατηρεί τον έλεγχο στο σώμα της και στις ιατρικές διαδικασίες που θα υποστεί απασχολούσαν τον World Health Organization και τον Pan American Health Organization ήδη από το 1985 (World Health Organization , 1985).

Ιστορικά, ο όρος της Μαιευτικής Βίας (MB) αναδύθηκε τη δεκαετία του '90 μέσα από τα ακτιβιστικά κινήματα της λατινικής Αμερικής για την προστασία και τα δικαιώματα των γυναικών κατά τη διάρκεια της γέννας (D'Gregorio, 2010; Sadler, et al., 2016). Όπως η Κοινωνική Παιδαγωγική σχηματίστηκε στον απόηχο του εκσυγχρονισμού και της αστικοποίησης για να αναμετρηθεί με νέους τύπους προβλημάτων που προέκυψαν από την αστικοποίηση (Hämäläinen, 2015), αντίστοιχα η MB αποτελεί ακριβώς έναν τέτοιο τύπο νέου προβλήματος που σχηματίστηκε στον απόηχο του ιστορικού μετασχηματισμού της γέννας από ένα οικογενειακό-κοινωνικό γεγονός που ελάμβανε χώρα στο οικιακό περιβάλλον σε ένα ιατρικό γεγονός που λαμβάνει χώρα στον χώρο του νοσοκομείου καθώς και στις άνισες σχέσεις εξουσίας που διαμορφώνονται ανάμεσα στο άτομο που γεννά και τους/ις επαγγελματίες υγείας (Briceño Morales, Enciso Chaves, & Yepes Delgado, 2018; O'Brien & Rich, 2022). Σύμφωνα με τους Briceño Morales, et al. (2018), η MB αναφέρεται ως μια έκφραση βίας κατά την παροχή υπηρεσιών στα άτομα που γεννούν, η οποία εμφανίζεται σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που ευνοεί την ανάπτυξη σχέσεων εξουσίας μεταξύ του ατόμου που αναζητά περίθαλψη και του υγειονομικού προσωπικού με τον σχηματισμό αυτού του είδους βίας να διαμορφώνεται στη βάση ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης του οποίου τα πολιτικά και οικονομικά θεμέλια ενθαρρύνουν την ανισότητα με βάση την αγοραστική δύναμη ή άλλου είδους δύναμη των χρηστών/ριών που αναζητούν περίθαλψη.

2.4. ΤΥΠΟΛΟΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΒ ΚΑΙ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ

Οι Bowser & Hill (2010) προσδιόρισαν επτά (7) είδη ασέβειας και κακοποίησης κατά τη γέννα: 1) Σωματική κακοποίηση, 2) Μη συναινετική φροντίδα, 3) Μη εμπιστευτική φροντίδα, 4) Μη αξιοπρεπής φροντίδα, 5) Διακρίσεις, 6) Εγκατάλειψη-αποστέρηση φροντίδας, 7) Παρακράτηση σε εγκαταστάσεις, τα οποία απέδωσαν σε πέντε (5) παράγοντες: 1) Προσωπικοί και κοινοτικοί, 2) Εθνικοί νόμοι, εθνικές πολιτικές, ανθρώπινα δικαιώματα & ηθική, 3) Διακυβέρνηση και ηγεσία, 4) Παρεχόμενες υπηρεσίες & έλεγχος, 5) Επαγγελματικοί & Εργασιακοί παράγοντες. Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύει το φαινόμενο της Μαιευτικής Βίας (ΜΒ) ως ένα κατάλληλο πεδίο Κοινωνικοπαιδαγωγικής διερεύνησης και παρέμβασης αφού σύμφωνα με τους Härmäläinen (2015) και Úcar (2021) η Κοινωνική Παιδαγωγική διατηρεί μία δυναμική σχέση με τους νόμους, τους θεσμούς και τις εθνικές πολιτικές ενώ σύμφωνα με τον Úcar (2021) μία από τις κύριες επιδιώξεις της είναι η προώθηση και η διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, σημεία που συμπίπτουν με τον δεύτερο παράγοντα στην ανάλυση των Bowser & Hill (2010) που αφορά τους εθνικούς νόμους, τις εθνικές πολιτικές, τα ανθρώπινα δικαιώματα και την ηθική.

Το 2014 οι Freedman, et al. τοποθέτησαν την ασέβεια και την κακοποίηση των γυναικών κατά τη διάρκεια της γέννας σε τρία (3) επίπεδα στο 1) Ατομικό, 2) Δομικό και 3) Πολιτικό. Καθένα από τα επίπεδα αναλύθηκε σε δύο (2) υποκατηγορίες. Ειδικότερα, στο 1) Ατομικό επίπεδο αποδόθηκαν οι συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας που α) Θεωρούνται πολιτισμικά από όλους τους εμπλεκόμενους (επαγγελματίες υγείας και επιτόκους) ως κακοποιητικές β) Βιώνονται ως κακοποιητικές από το ένα μέρος των εμπλεκόμενων και κανονικοποιημένες/αποδεκτές από το άλλο. Στο 2) δομικό επίπεδο αποδίδονται η φτωχή θεραπεία και οι πτωχές συνθήκες που οφείλονται σε ελλείψεις του συστήματος και α) Θεωρούνται κακοποιητικές από όλους τους εμπλεκόμενους, β) Θεωρούνται κανονικές, αποδεκτές ή αναμενόμενες. Τέλος, στο 3) πολιτικό επίπεδο αποδίδονται οι αποκλίσεις από α) Τα εθνικά πρότυπα για την παροχή καλής ποιότητας υπηρεσιών, β) Τα ανθρώπινα δικαιώματα, τη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα, την αποδοχή και την ποιότητα (Freedman, et al., 2014). Στην προσέγγιση αυτή αναδεικνύονται σημεία διεπαφής με την Κοινωνική Παιδαγωγική καθώς ένα από τα στοιχεία που αποτελούν τη βάση αυτής της ανάλυσης είναι η αποδοχή της κοινωνικοπολιτισμικά προσδιορισμένης αντίληψης και ερμηνείας των γεγονότων η οποία δυνάμει διαφέρει μεταξύ των συμμετεχόντων ενός γεγονότος και η ταυτόχρονη προσπάθεια δόμησης ενός ερμηνευτικού πλαισίου που από τη μία θα σέβεται τη μοναδικότητα του ατόμου και από την άλλη θα ανάγει τα ατομικά στοιχεία σε μία «ανθρώπινη ηθική», σημείο που σύμφωνα με τους Janer & Úcar (2017) και τους Rothuizen & Harbo (2017) αποτελεί διαχρονική ενασχόληση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής.

Τέλος, τόσο στις αναλύσεις των Bowser & Hill (2010) όσο και στον Freedman, et al. (2014) η αναπαραγωγή της MB αναφέρεται ως ένα πρόβλημα που ταλανίζει τα άτομα που γεννούν είτε άμεσα μέσω ατόμων-λειτουργών του συστήματος είτε έμμεσα μέσω δομικών στοιχείων, θεσμικών πλαισίων και υπηρεσιών ανάγοντας τη MB σε ένα πρόβλημα στη σχέση ατόμου- κοινωνίας που είναι και το κύριο πεδίο εστίασης της Κοινωνικής Παιδαγωγικής (Hämäläinen, 2015; Hämäläinen, 2019; Úcar, 2021), καθώς η Κοινωνική Παιδαγωγική καταπιάνεται όχι απλώς με τα προβλήματα του ατόμου και της κοινωνίας αλλά με άτομα που ζουν τις ζωές τους σε ιδιαίτερα πολυσύνθετες σφαίρες όπως η σύγχρονη κοινωνία και αντιμετωπίζουν πολυδιάστατα, πολυσύνθετα και διατομεακά προβλήματα όπως αυτά σχηματίζονται εντός τόσο σύνθετων συστημάτων των σύγχρονων κοινωνιών (Úcar, 2021).

Το 2015 οι Bohren, et al. προχώρησαν σε μία τυπολογία των συναντούμενων στη βιβλιογραφία συμπεριφορών κακοποίησης και ασέβειας των γυναικών κατά τη διάρκεια της γέννας καταλήγοντας σε επτά (7) τύπους: 1) Σωματική κακοποίηση, 2) Σεξουαλική κακοποίηση, 3) Λεκτική κακοποίηση, 4) Στίγμα και διακρίσεις 5) Μη τήρηση των προτύπων ποιότητας περίθαλψης, 6) Ελλιπής σύνδεση-επικοινωνία μεταξύ της γυναίκας και των επαγγελματιών υγείας, 7) Ακατάλληλες συνθήκες και περιορισμοί των εγκαταστάσεων. Οι επτά (7) αυτοί τύποι με τη σειρά τους αναλύθηκαν σε επιμέρους κατηγορίες και τους αποδόθηκαν συγκεκριμένα στοιχεία που είχαν αντληθεί από τη βιβλιογραφία. Το τελικό προϊόν αποτελείται από μία τυπολογία επτά (7) ειδών και τριών (3) επιπέδων (Bohren, et al., 2015). Για την κατασκευή της τυπολογίας αξιοποιήθηκαν εξήντα δύο (62) ποιοτικές και τρεις (3) ποσοτικές έρευνες από τριάντα τέσσερις (34) χώρες ανά τον κόσμο, όλων των εισοδημάτων, τα οποία υπέστησαν θεματική ανάλυση καταλήγοντας στις επτά (7) κατηγορίες (Bohren, et al., 2015). Πάνω σε αυτή την τυπολογία βασίζεται η κατασκευή ενός εργαλείου με εβδομήντα (70) στοιχεία, μία μορφή του οποίου πρόκειται να χρησιμοποιηθεί και στην παρούσα έρευνα (Bohren, et al., 2018).

2.5. Η ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΩΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΑ

Σύμφωνα με τον ορισμό του WHO για τη βία, όπως τον ερμηνεύει η Shapiro (2018), ως βία ορίζεται η εσκεμμένη χρήση φυσικής ισχύος ή εξουσίας που μπορεί να προκαλέσει βλάβη, ανεξάρτητα από το αν η πρόθεση είναι καλοπροαίρετη. Είναι οξύμωρο πως η ιατρική πρακτική που αποτελεί την επιτομή της θεραπείας και στοχεύει στην ανακούφιση από τον πόνο και στην προστασία της ζωής μπορεί να αποτελεί η ίδια πηγή βίας πολλών μορφών, οι οποίες είναι άλλοτε αναγκαίες, άλλοτε ακούσιες και σχεδόν πάντα μη αναγνωρισμένες ή ελαχιστοποιημένες, περιπτώσεις στις οποίες ο/η χρήστης/ρια υπηρεσιών υγείας έχει εκτεθεί σε ασεβή, απάνθρωπη ή επιζήμια μεταχείριση (Shapiro, 2018). Επιπλέον, η επιστημική αδικία, δηλαδή η αδικία που

υφίστανται άτομα εξαιτίας της αδυναμίας τους να κατέχουν κάποια γνώση, εν προκειμένω η κακομεταχείριση και η αγνόηση των χρηστών/στριών υπηρεσιών υγείας που αναζητούν λύσεις και βοήθεια από το πλέον ειδικό ιατρικό προσωπικό, αποτελεί ένα σημαντικό και ευρέως διαδεδομένο πρόβλημα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Carel & Kidd, 2014; Dickerson, 2022). Ακόμη, οι χρήστες/ριες υπηρεσιών υγείας σε ιατρικοποιημένες χώρες συχνά αισθάνονται ότι η φροντίδα τους είναι κατακερματισμένη και υπερ-εξειδικευμένη, γεγονός που μπορεί να βλάψει τη σχέση με τους/ις γιατρούς τους, την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν αλλά και να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν την εμπειρία της περίθαλψης (Dickerson, 2022).

Σύμφωνα με τη Shapiro (2018), μία όχι αμελητέα έκφραση της ιατρική βίας είναι η «γλωσσική/λεκτική βία», η οποία πέρα από υποτιμητική ή ασεβή γλώσσα, εκδηλώνεται μεταξύ άλλων με τη χρήση βίαιων λεκτικών μεταφορών όπως η παρομοίωση της ασθένειας με «πόλεμο», συνθήκη που αφενός μπορεί να οδηγήσει σε παρανόηση σε σχέση με την ασθένεια ή και να προκαλέσει άγχος και φόβο, αφετέρου υπερτονίζει τη σχέση εξουσίας ανάμεσα σε γιατρό και χρήστη/ρια υπηρεσιών υγείας θέτοντας τον/ην γιατρό στη θέση του «ηρωικού/δυναμικού στοιχείου» και τον/ην χρήστη/ρια στην παθητική θέση του «πεδίου μάχης» (Shapiro, 2018). Οι ασθενείς με τη σειρά τους μπορεί να υπομείνουν την όποια βία ή κακομεταχείριση λόγω της εμπιστοσύνης τους στην ιατρική, της ελπίδας τους για θεραπεία, αλλά και ακριβώς εξαιτίας της ανισότητας στη σχέση εξουσίας που συχνά δημιουργεί φόβο να αντιδράσουν ή να αμφισβητήσουν τους/ις γιατρούς τους (Shapiro, 2018).

ΕΠΙΦΥΛΑΞΗ

Πράγματι, η δυναμική της σχέσης γιατρού-ασθενούς και ο τρόπος με τον οποίο δομείται και εκφράζεται η εξουσία αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο, το οποίο οι έρευνες που καταπιάνονται με ζητήματα κακομεταχείρισης ή και ιατρικής βίας, τυπικά το λαμβάνουν υπόψη (Carel & Kidd, 2014; Shapiro, 2018; Khazel, 2022). Ένας καθοριστικός παράγοντας που διαμορφώνει τη δυναμική της εξουσίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς είναι το γεγονός ότι ο/η γιατρός κατέχει τη γνώση ενώ ο/η ασθενής αναζητά αυτή τη γνώση και τη βοήθεια (Shapiro, 2018; Dickerson, 2022). Αυτή η ανισορροπία ισχύος μπορεί να δημιουργήσει συγκρουσιακές σχέσεις, ειδικά όταν ο/η ασθενής νιώθει ότι ο πόνος του ή το πρόβλημά του δεν λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τον/η γιατρό, καθώς και όταν προστίθενται οικονομικές δυσκολίες, όπως το υψηλό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και οι χαμένες ώρες εργασίας, που αυξάνουν την απογοήτευση των ασθενών (Dickerson, 2022). Η σχέση γιατρού-ασθενούς έχει εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου και διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το κοινωνικοπολιτισμικό και το ιστορικό πλαίσιο, ωστόσο κατά γενική ομολογία εξακολουθούν να υπάρχουν ασύμμετρες σχέσεις εξουσίας μεταξύ γιατρών και ασθενών που ενισχύονται από κοινωνικά, οικονομικά, γνωσιακά και επικοινωνιακά εμπόδια σε άλλοτε άλλο βαθμό (Dickerson, 2022). Παρά την προσπάθεια των τελευταίων δεκαετιών για μια

πιο συνεργατική σχέση μεταξύ γιατρού-ασθενούς, όπου ο/η ασθενής θα θεωρείται ειδικός της ίδιας του της ασθένειας, οι παραδοσιακές κοινωνικές δυναμικές και η αίσθηση παντογνωσίας των γιατρών συνεχίζουν να επηρεάζουν αρνητικά την επικοινωνία και τη σχέση ασθενή-γιατρού και οι ασθενείς εξακολουθούν να αισθάνονται απόρριψη, άρνηση ή δυσπιστία, γεγονός που προκαλεί τριβές και δυσλειτουργία στη θεραπευτική διαδικασία (Shapiro, 2018; Dickerson, 2022).

Αναφορικά με το φαινόμενο της Μαιευτικής Βίας (MB), σύμφωνα με τους Chervenak et al. (2024) μπορεί να υπάρχουν περιπτώσεις όπου διαπράττεται κακομεταχείριση ή βία κατά εγκύων γυναικών αλλά καθώς η μαιευτική είναι αφιερωμένη στην υγεία και την ευημερία εγκύων και εμβρύων θα πρέπει να υπάρξει μία μετακίνηση από τον όρο «Μαιευτικής Βία» και να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν οι δομικές διαστάσεις των καταχρηστικών πρακτικών. Άλλωστε, ομοίως δε χρησιμοποιείται ο όρος «ψυχιατρική βία» για ακατάλληλα χρησιμοποιούμενες επαγγελματικές διαδικασίες στην ψυχιατρική, όπως η θεραπεία με ηλεκτροσπασμοθεραπεία όταν δεν ενδείκνυται, ως εκ τούτου, υπάρχει διαρκής ανάγκη ευαισθητοποίησης σχετικά με την πιθανή κακομεταχείριση των μαιευτικών ασθενών στο γενικότερο πλαίσιο της κακοποίησης κατά των γυναικών (Chervenak et al., 2024). Η χρήση του όρου «κακομεταχείριση στην υγειονομική περίθαλψη» αντί του πιο περιορισμένου όρου «Μαιευτική Βία» είναι πιο κατάλληλη και ισχύει για όλες τις ειδικότητες όταν υπάρχει αντιεπαγγελματική κακοποίηση και κακομεταχείριση, όπως μεροληπτική φροντίδα, παραμέληση, συναισθηματική κακοποίηση (λεκτική) ή σωματική κακοποίηση, συμπεριλαμβανομένης της διενέργειας διαδικασιών που είναι περιττές, μη ενδεδειγμένες ή χωρίς την ενημερωμένη συναίνεση του/ης ασθενούς (Chervenak et al., 2024).

Πέραν της βίας που αναπτύσσεται διαπροσωπικά, στην ιατρική βία περιλαμβάνονται η δομική βία με τους κοινωνικούς αυτοματισμούς που συντηρούν και αναπαράγουν την περιθωριοποίηση ατόμων και ομάδων καθώς και η οργανωτική βία που προκύπτει από τις γραφειοκρατικές δομές και τις απαιτήσεις του συστήματος υγείας ως άσκηση εξουσίας μέσω κοινωνικών και γνωστικών μηχανισμών (Shapiro, 2018; Khazel, 2022). Ωστόσο, πέρα από τους/ις χρήστες/τριες υπηρεσιών υγείας, και το ίδιο το ιατρικό προσωπικό εκτίθεται σε βία. Οι επαγγελματίες υγείας, προσπαθώντας να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, να διαχειριστούν το δικό τους άγχος, τη δική τους έκθεση στον πόνο και την πιθανή δευτερεύουσα τραυματική εμπειρία είναι δυνατό να υιοθετούν στρατηγικές αντιμετώπισης που μειώνουν την ενσυναίσθηση και οδηγούν σε αντικειμενοποίηση των ασθενών, οι οποίες εκδηλώνονται με επιθετική ή υποτιμητική γλώσσα, κατηγορία των ίδιων των ασθενών για την ασθένειά τους, μειωμένη αντίδραση στον πόνο των άλλων, στάσεις οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχολογική βλάβη, μειώνουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και επιτείνουν την αίσθηση αποξένωσης μεταξύ γιατρών και ασθενών αφού δε συμμερίζονται τις πιθανές αρνητικές εμπειρίες (Shapiro, 2018). Επιπλέον, πέραν της διάχυτης έκθεσης σε ψυχοπιεστικές εμπειρίες, στην ιατρική πρακτική οι διάφορες μορφές βίας μπορούν να είναι μέρος της επαγγελματικής κουλτούρας

και να εκδηλώνονται κάθετα αλλά και οριζόντια μεταξύ συναδέλφων (Shapiro, 2018). Τέλος, δε θα πρέπει να αγνοείται ότι και το υγειονομικό προσωπικό δεν είναι ασύνηθες να εκτίθεται σε βία είτε άμεσα από ασθενείς που βρίσκονται σε ακραίο σωματικό ή ψυχικό στρες, από τις οικογένειές ασθενών αλλά και από το ίδιο το σύστημα (Keely, 2002; Gormley et al., 2016).

2.6. Η ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΩΣ ΕΜΦΥΛΟ ΖΗΤΗΜΑ, ΔΟΜΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΟ ΔΙΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ

Τον Μάιο του 2021 η Γενική Γραμματεία Οικογενειακής Πολιτικής και Ισότητας Φύλων, αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα του ζητήματος της έμφυλης βίας στην ελληνική περιφέρεια, εξέδωσε εθνικό σχέδιο δράσης σε βάθος πενταετίας για την καταπολέμησή του (ΓΓΟΠΦ, 2021), καθώς άλλωστε η ισότητα των φύλων αποτελεί και τον πέμπτο (5^ο) στόχο της βιώσιμης ανάπτυξης (United Nations, 2022). Καθώς η ψαλίδα της ανισότητας των φύλων κλείνει, το τι θεωρείται βία εναντίον των γυναικών έχει αρχίσει να παίρνει ακόμα περισσότερες μορφές και να γίνεται όλο και πιο συμπεριληπτικό διαμορφώνοντας ένα σημείο συνάφειας με την Κοινωνική Παιδαγωγική. Σύμφωνα με τους Hämmäläinen (2015) και Úcar (2021) η δράση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής αφορά την πρόληψη και την ανακούφιση κοινωνικών προβλημάτων με διατομεακό χαρακτήρα μεταξύ των οποίων και το έμφυλο ζήτημα και ως επιστήμη οφείλει να ανατροφοδοτείται και να βρίσκεται σε διαλεκτική σχέση με τις κοινωνικές εξελίξεις και την κοινωνική πραγματικότητα, να ανιχνεύει προβλήματα που αναδύονται από τις διαδικασίες και τις δομές της εκσυγχρονισμένης κοινωνίας όπως αυτή διαμορφώνεται στο «σήμερα» και να παρεμβαίνει προς επίλυσή τους. Αντίστοιχα, ένα παρακλάδι της έμφυλης βίας το οποίο έχει αναδυθεί σχετικά πρόσφατα (Chadwick, 2023) όμως ακόμα δεν έχει λάβει κάποιου είδους προσοχή τόσο από την Κοινωνική Παιδαγωγική όσο και από άλλες κοινωνικές επιστήμες είναι η Μαιευτική Βία (MB), δηλαδή η οποιασδήποτε μορφή βίας ασκείται στις γυναίκες κατά τη διαδικασία της γέννας εντός του χώρου του νοσοκομείου (Katz, et al., 2020; Perrotte, et al., 2020; Sadler, et al., 2016).

Καθώς η γέννα αποτελεί ένα γεγονός με έμφυλα χαρακτηριστικά ως εκ τούτου και η MB αποτελεί άλλη μία μορφή έμφυλης βίας. Σύμφωνα με την Cohen-Shabot (2016) η MB είναι «έμφυλη» και η διαχείριση της θα πρέπει να διαχωρίζεται από οποιοδήποτε άλλο είδος ιατρικής βίας ή κακομεταχείρισης ασθενών ακριβώς για τον λόγο ότι οι γυναίκες που γεννούν δεν είναι ασθενείς άλλα, κατά το σύνηθες, υγιή άτομα που βιώνουν ένα φυσιολογικό γεγονός. Σύμφωνα με τις Jardim & Modena (2018) ένα από τα κύρια στοιχεία που συνθέτουν τη MB είναι η προκατάληψη λόγω φύλου (gender bias) σύμφωνα με την οποία το δικαίωμα των εγκύων γυναικών να επιλέγουν για τις εαυτές τους και το σώμα τους ακυρώνεται και αντικαθίσταται ακριβώς εξαιτίας του γεγονότος ότι είναι γυναίκες οι οποίες στερεοτυπικά θεωρούνται ως «υποτακτικές» και πρωτίστως

επιφορτισμένες με τον σκοπό της αναπαραγωγής, διαμορφώνοντας το πεδίο για την κυριαρχία, τον έλεγχο και την κακοποίηση που βιώνουν σε σχέση με το σώμα τους (Jardim & Modena, 2018).

Σύμφωνα με την Cohen Shabot (2021), αυτό που κρύβεται πίσω από την αγνόηση, την παθητικοποίηση και κατ' επέκταση την κακοποίηση των γυναικών κατά τη διάρκεια της γέννας είναι κυρίως οι στάσεις γύρω από το θέμα της γέννησης γενικότερα. Η ίδια αναπτύσσει μία γέφυρα ανάμεσα στην επιστημική αδικία που υφίστανται οι γυναίκες κατά τη γέννα και στη γενικότερη αντίληψη για τις γυναίκες ως φέρουσες το στοιχείο του «παραλογισμού (irrationality)». Αξιοποιώντας την ανάλυση της Miranda Fricker, η Cohen Shabot (2021) ισχυρίζεται ότι οι γυναίκες δεν γίνονται πιστευτές και αγνοούνται τόσο εξαιτίας συστηματικών όσο και συγκυριακών μορφών αδικίας, δηλαδή, αφενός εξαιτίας του γεγονότος ότι είναι γυναίκες και στερεοτυπικά υπονομεύονται από την αντίληψη ότι «δεν κατέχουν εγγενώς την ικανότητα να γνωρίζουν» και αφετέρου, λόγω των πληροφοριών που οι γυναίκες θεωρούν χρήσιμες και τείνουν να αναζητούν, οι οποίες δε συνάδουν με την ιατροκοιμημένη διαδικασία της γέννας που τοποθετεί στο κέντρο τον/ην «γνώστη/τρια» γιατρό.

Σύμφωνα με τις Cohen Shabot & Korem (2018) η MB συντηρείται και αναπαράγεται μεταξύ άλλων με τον μηχανισμό της «έμφυλης ντροπής», δηλαδή της ντροπής που νιώθει το άτομο όταν δεν ανταποκρίνεται στις κοινωνικές απαιτήσεις και προσδοκίες που συνοδεύουν τον ρόλο του κοινωνικού του φύλου. Εν προκειμένω, πρόκειται για τη «μητρική ντροπή» που νιώθει η γυναίκα που γεννά εξαιτίας της επιθυμίας της να συνεχίζει να λαμβάνει αποφάσεις για την εαυτή και το σώμα της και να αντιμετωπίζεται με σεβασμό καθώς αυτή η επιθυμία φαινομενικά έρχεται σε σύγκρουση με την κοινωνική κατασκευή της «καλής μητέρας» που διακατέχεται από αυταπάρηση, αυτοθυσία, ανιδιοτέλεια και πλήρη παραμέριση της εαυτής μπροστά στον ερχομό του μωρού της (Cohen Shabot & Korem, 2018).

Καθώς η έμφυλη βία αποτελεί ένα σύνθετο, κοινωνικοπολιτισμικό φαινόμενο, η MB αναγνωρίζεται ως άλλη μία μορφή της έμφυλης βίας που υφίστανται οι γυναίκες ως αποτέλεσμα της δομικής βίας και ανισότητας (Cohen Shabot, 2016; Hill, 2019; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Perrotte, et al., 2020; Salter, et al., 2021). Η έννοια της δομικής βίας αποτελεί έναν τρόπο περιγραφής των κοινωνικών ρυθμίσεων που θέτουν σε κίνδυνο άτομα και πληθυσμούς, ρυθμίσεις οι οποίες είναι ενσωματωμένες στην πολιτική και οικονομική οργάνωση του κοινωνικού κόσμου (Farmer et al., 2006). Καθώς λοιπόν η ανάλυση των κύριων λόγων και τόπων εμφάνισης αυτού του τύπου βίας αποκαλύπτει ότι η MB είναι ένας τύπος δομικής βίας (Jardim & Modena, 2018), αυτό την καθιστά ένα κατάλληλο πεδίο διερεύνησης και παρέμβασης για την Κοινωνική Παιδαγωγική.

Αξίζει να σημειωθεί πως η έμφυλη βία εναντίον των γυναικών στην ιατρική πρακτική δεν περιορίζεται μόνο στη MB. Σύμφωνα με τη Dickerson (2022), όπως ερμηνεύει την ανάλυση της Elinor Cleghorn, οι κοινωνικά κατασκευασμένοι έμφυλοι ρόλοι και οι διακρίσεις έχουν

ενσωματωθεί βαθιά στην ιατρική πρακτική και την υγειονομική περίθαλψη, οδηγώντας σε υποτίμηση και απόρριψη των γυναικείων σωμάτων και της αυτονομίας τους και πως οι γυναίκες συχνά δε λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα αλλά αντιμετωπίζονται ως υστερικές ή υπερβολικές όταν αναφέρουν πόνο ή συμπτώματα. Άλλωστε, σύμφωνα με την ίδια, οι αντιλήψεις για τις γυναίκες ως νευρωτικές ή υπερβολικές οδηγούν συχνά σε πλημμελή φροντίδα και ανεπαρκή διάγνωση χρόνιων παθήσεων, όπως η ενδομητρίωση (Dickerson, 2022).

2.7. ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ: ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΟΡΟ «ΒΙΑ»

Σύμφωνα με τους Rothuizen & Harbo (2017) σκοπός της Κοινωνικής Παιδαγωγικής δεν είναι η απόδοση δικαιοσύνης μέσω της μεροληψίας καθώς τα στοιχεία που συνθέτουν ένα πρόβλημα έχουν δυναμική και αλληλεπιδραστική σχέση μεταξύ τους. Ειδικότερα αναφέρουν ότι:

Η Κοινωνική Παιδαγωγική διαδραματίζεται σε πεδία που υπάρχει ένταση και μέσα σε αυτά τα πεδία πρέπει να μετακινείται, να αναστοχάζεται συνεχώς και να μελετά. Στα πεδία έντασης υπάρχει κάτι που τραβά προς τη μία πλευρά και κάτι που τραβά προς την άλλη. Αν περπατήσεις στη μία πλευρά η άλλη θα τραβάει πιο πολύ. Επομένως, δεν πρόκειται για επιλογή πλευρών αλλά για κίνηση επί του πεδίου έντασης.

Αντίστοιχα και η Μαιευτική Βία (MB) δε θα πρέπει να προσεγγίζεται μέσα από το αυστηρό πλαίσιο του “θύτη και θύματος” καθώς μία τέτοια προσέγγιση αγνοεί τη βία ως σύνθετο, αλληλεπιδραστικό, κοινωνικοπολιτισμικό φαινόμενο που δομείται και αναπαράγεται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον ενώ, οι εμπλεκόμενοι είναι δυνατόν να μετακινούνται ανάμεσα στις θέσεις “θύτης-θύμα” ή να βρίσκονται και στις δύο θέσεις ταυτόχρονα (Beck & Gable, 2012; Briceño Morales, et al., 2018; Freedman, et al., 2014; Sadler, et al., 2016; Sánchez & Lugo, 2015). Οι Espinoza-Reyes & Solís (2020) ακολουθώντας τις θεωρίες του Galtung αναφέρουν ότι:

Η βία μπορεί να περιγραφεί σαν ένα τρίγωνο που σχηματίζεται από τρία είδη: Την άμεση, την πολιτισμική και τη δομική. Η άμεση βία που είναι και η ορατή είναι μόνο η κορυφή του παγόβουνου που στηρίζεται πάνω στην πολιτισμική και δομική βία, τις οποίες είναι δύσκολο να αντιληφθεί κανείς αλλά είναι σημεία-κλειδιά για τη δικαίωση και την αιτιολόγηση της άμεσης βίας.

Αναφορικά με τη Μαιευτική Βία (MB) (obstetric violence), υπάρχει μία ποικιλία ορολογιών όπως «disrespect and abuse during childbirth» (ασέβεια και κακοποίηση κατά τη γέννα) και «mistreatment during childbirth» (κακομεταχείριση κατά τη γέννα) για τις οποίες η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί πως υπάρχει τεράστια αλληλοεπικάλυψη μεταξύ τους (Bohren, et al., 2018;

Fors, et al., 2021; Katz, et al., 2020; Perrotte, et al., 2020; Sadler, et al., 2016; Williams, et al., 2018). Ειδικότερα, η διαφορά στην ορολογία έγκειται στο αν υπάρχει εθνική νομοθεσία γύρω από ζήτημα όπως συμβαίνει στη Λατινική Αμερική και τη Βενεζουέλα (Fors, et al., 2021) όπου προτιμάται ο όρος της MB αλλά και γύρω από ενστάσεις σε σχέση με την έννοια της βίας γενικότερα και του «εμπρόθετου» αυτής και όχι στην αναγνώριση συγκεκριμένων συμπεριφορών ως ακατάλληλων (Katz, et al., 2020).

Ο όρος «Μαιευτική βία» μπορεί να θεωρηθεί ένας αρκετά ισχυρός και συναισθηματικά φορτισμένος όρος που μπορεί να οδηγήσει σε παρανοήσεις καθώς δύναται να υπονοηθεί μια σκόπιμη πράξη βίας από τους/ις παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ενώ στην πραγματικότητα η κακομεταχείριση μπορεί μερικές φορές να προκύψει από συστημικά ζητήματα, έλλειψη εκπαίδευσης ή παρεξηγήσεις παρά από σκόπιμη βία (Chervenak et al., 2024). Σύμφωνα με τους Chervenak et al. (2024) η «βία» αναφέρεται γενικά στη σκόπιμη χρήση βίας για πρόκληση βλάβης, τραυματισμού ή ζημιάς σε άλλο άτομο (π.χ. σωματική επίθεση, ενδοοικογενειακή βία, οδομαχίες ή τρομοκρατικές πράξεις), ενώ η «μαιευτική κακομεταχείριση» (obstetric mistreatment) είναι ένας γενικότερος όρος και αναφέρεται στην κακοποίηση, τη βλάβη ή τον έλεγχο που ασκείται σε άλλο άτομο (όπως μη συναινετικές ιατρικές διαδικασίες, λεκτική κακοποίηση, ασέβεια, διάκριση και στιγματισμός ή παραμέληση).

Ωστόσο, οι πρόσφατες φαινομενολογικές προσεγγίσεις της βίας απομακρύνουν από τον ορισμό της το συστατικό της «πρόθεσης» και τον μετατοπίζουν προς τον τρόπο με τον οποίο δομούνται και αναδύονται οι σχέσεις εξουσίας, αναγνωρίζοντας πως παρότι η βία λαμβάνει μία πιο “διάχυτη” και “αόρατη” μορφή που την καθιστά κανονικοποιημένη και δυσκολότερα αναγνωρίσιμη ακόμα και από το άτομο που την υφίσταται, δεν παύει να παραμένει βία (Murphy, 2012; Salter, et al., 2021; Taylor, 2018). Κατά τον ίδιο τρόπο και η MB είναι δυνατόν όχι μόνο να μην αναγνωρίζεται από το άτομο που την υφίσταται αλλά και να θεωρείται ως αναπόφευκτη, αναμενόμενη και αποδεκτή και να δικαιονίζεται από την ίδια τη γυναίκα, την οικογένεια, τους επαγγελματίες υγείας και όλους τους εμπλεκόμενους (Borges, 2018; Freedman, et al., 2014; Sadler, et al., 2016) για τους οποίους αποτελεί ένα εσωτερικευμένο και κανονικοποιημένο φαινόμενο (Freedman, et al., 2018). Η Κανονικοποίηση αυτού του τύπου των κοινωνικών συμπεριφορών έχει τις ρίζες της στην πατριαρχική αντίληψη για τους ρόλους των φύλων (Cohen Shabot, 2016; Cohen Shabot & Korem, 2018; Perrotte, et al., 2020) και τη δόμηση των σχέσεων εξουσίας (Perrotte, et al., 2020) και είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην κακομεταχείριση και την κακοποίηση που βιώνουν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της γέννας (Bowser & Hill, 2010; Kruk, et al., 2014). Ένας άλλος καθοριστικός παράγοντας στην αναπαραγωγή του φαινομένου είναι η μη επαρκής ενημέρωση των γυναικών σε σχέση με τα δικαιώματά τους (Bowser & Hill, 2010; Perera

et al., 2018), αφού δεν έχουν ερεθίσματα από άλλου είδους μεταχείριση με αποτέλεσμα να αρκούνται και να συμμορφώνονται με αυτά που τους παρέχονται (Bowser & Hill, 2010).

Στις 8 Μάρτη 2016 τα «Παρατηρητήρια MB» (μη κυβερνητικές οργανώσεις) πέντε (5) χωρών (Αργεντινή, Χιλή, Κολομβία, Ισπανία, Γαλλία) εξέδωσαν ανακοίνωση σύμφωνα με την οποία χαρακτήριζαν τη MB ως μία από τις πιο εκτεταμένες, αφανείς και κανονικοποιημένες μορφές βίας κατά των γυναικών που αποτελεί ευθεία παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (OVO de Chile, 2016). Επιπλέον παρατηρείται πως οι γυναίκες που έχουν υποστεί MB τείνουν να μην καταγγέλλουν το φαινόμενο (Castro, 2019). Η Castro (2019) βασισμένη στη φιλοσοφία της Martha Nussbaum's για την έννοια της «Προσαρμοστικής Προτίμησης» αποπειράται να εξηγήσει αυτούς τους λόγους. Αναφέρει πως οι γυναίκες προτιμούν να επιλέξουν να ανεχτούν την κακοποίηση παρά να την αναφέρουν ως απάντηση στις περιορισμένες δομικές επιλογές του περιβάλλοντος, δημιουργώντας στις γυναίκες «αφανώς υποτελείς τάσεις» (Castro, 2019). Ανάγοντας αυτή την ερμηνεία στο φαινόμενο της MB σύμφωνα με την Castro (2019) οι γυναίκες που έχουν αντιμετωπίσει καταστάσεις MB, επιλέγουν να ανταπεξέλθουν στη βία διαχειρίζοντάς τη και ανέχοντάς της, αντί να την αντιμετωπίσουν αναδεικνύοντάς τη, θεωρώντας ότι η περιορισμένη ενημερότητα σε σχέση με το ζήτημα και η μειονεκτική τους θέση περιορίζει τα πιθανά πεδία δράσης.

2.8. ΣΥΝΟΨΗ

Ως Μαιευτική Βία (MB) αναφέρεται η οποιαδήποτε μορφή ασέβειας και κακομεταχείρισης υφίστανται οι γυναίκες που γεννούν στον χώρο του νοσοκομείου μεταξύ των οποίων σωματική βία, λεκτική βία, διακρίσεις, έλλειψη συναίνεσης, ακατάλληλο περιβάλλον κ.α. αν και μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός και εφαρμόσιμος ορισμός. Στη Βενεζουέλα, η νομοθεσία προσδιορίζει τη MB ως κατάχρηση του σώματος και των αναπαραγωγικών διαδικασιών των γυναικών. Οι όροι «mistreatment during childbirth» και «disrespect and abuse during childbirth» χρησιμοποιούνται διεθνώς, ενώ ο όρος «obstetric violence» είναι περισσότερο κοινός στη Λατινική Αμερική, διαφοροποίηση η οποία απορρέει από ερμηνευτικές, μεθοδολογικές και πολιτισμικές διαφοροποιήσεις. Επιπλέον, έχει προταθεί ο όρος «μαιευτική κακομεταχείριση» (obstetric mistreatment) ως ένας συναισθηματικά πιο ουδέτερος όρος που διευκολύνει την επικοινωνία και την αντικειμενική παρατήρηση του φαινομένου. Η MB επηρεάζει το δικαίωμα των γυναικών να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις της διαδικασίας της γέννας και εμφανίζεται σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που ενθαρρύνει την ανισότητα. Σαν όρος αναδείχθηκε από κινήματα για τα δικαιώματα των γυναικών στη Λατινική Αμερική και αναφέρεται σε δυναμικές εξουσίας μεταξύ των ατόμων που γεννούν και του ιατρικού προσωπικού. Ως φαινόμενο ξεκίνησε να αναδύεται με τον μετασχηματισμό του φυσικού γεγονότος της γέννας σε ένα ιατροποιημένο γεγονός, όπως

αυτό προέκυψε με την μετακίνησή της από το οικιακό-οικογενειακό περιβάλλον στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Καθώς πρόκειται για ένα σύγχρονο, διατομεακό, κοινωνικό πρόβλημα που ταλανίζει τα άτομα που γεννούν είτε άμεσα μέσω ατόμων-λειτουργών του συστήματος είτε έμμεσα μέσω δομικών στοιχείων, θεσμικών πλαισίων και υπηρεσιών, αποτελεί ένα κατάλληλο πεδίο έρευνας και δράσης για την Κοινωνική Παιδαγωγική αφού αυτή οφείλει να ανατροφοδοτείται και να βρίσκεται σε διαλεκτική σχέση με τις κοινωνικές εξελίξεις για την πρόληψη και την ανακούφιση των κοινωνικών προβλημάτων.

Οι διάφορες τυπολογίες της MB αποτυπώνουν τη σύνθετη σχέση της με τους νόμους, τη διακυβέρνηση και το εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο προσφέροντας ένα πλαίσιο κατανόησης και παρέμβασης για την Κοινωνική Παιδαγωγική, ως ένα πολυεπίπεδο πρόβλημα. Η MB είναι αποδεκτή από την επιστημονική κοινότητα κυρίως ως μία μορφή έμφυλης βίας, όπως αυτή προκύπτει στα πλαίσια της δομικής βίας και ανισότητας, με σαφή διαχωρισμό από οποιοδήποτε άλλο φαινόμενο κακομεταχείρισης ασθενών, αφού οι γυναίκες που γεννούν δεν είναι ασθενείς αλλά ως επί το πλείστον υγιή άτομα που βιώνουν ένα φυσιολογικό γεγονός, όπως άλλωστε η έμφυλη βία αναπαράγεται και σε άλλα ιατρικά πεδία πέραν της μαιευτικής. Ωστόσο κάποιες αναλύσεις υπογραμμίζουν πως η MB θα πρέπει να εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της ιατρικής βίας όπως αυτή προκύπτει από τη δυναμική της σχέσης ιατρού-ασθενούς.

Αναφέρεται πως, η MB αποτελεί ένα κανονικοποιημένο φαινόμενο με τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτή με οποιονδήποτε τρόπο να μην την αναγνωρίζουν ως τέτοια, αντίθετα να την θεωρούν αναμενόμενη, αναπόφευκτη και να την αναπαράγουν. Για αυτό και μέσα από την Κοινωνική Παιδαγωγική προσέγγιση η MB, όπως και κάθε άλλο είδος βίας, δε θα πρέπει να αναλύεται υπό από το στενό πλαίσιο του «θύτη-θύματος» καθώς τα στοιχεία που συνθέτουν το πρόβλημα έχουν δυναμική και αλληλεπιδραστική σχέση μεταξύ τους. Μεταξύ των παραγόντων που συντελούν στην Κανονικοποίηση του φαινομένου είναι η ελλιπής ενημέρωση των γυναικών σε σχέση με τα δικαιώματά τους, η έμφυλη ντροπή και η στερεοτυπική αντιμετώπιση των γυναικών σε σχέση με την «ικανότητά τους να γνωρίζουν».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΚΤΑΣΕΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο, θα γίνει ένας διαχωρισμός της έννοιας της Μαιευτικής Βίας (MB) και της «Με Σεβασμό Μητρικής Φροντίδας» (ΜΣΜΦ). Ακολουθώντας τη συστημική επιστήμη θα παρουσιαστούν οι τοποθετήσεις διάφορων στοιχείων που εμπλέκονται στην αναπαραγωγή και τη συντήρηση της MB και τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη προκειμένου να υπάρχει ουσιαστική και αποτελεσματική κατανόηση και καταπολέμησή της. Τέτοια στοιχεία είναι οι γυναίκες, οι πάροχοι υπηρεσιών και οι σχετικοί θεσμοί και διεθνή όργανα. Στη συνέχεια, θα προσδιοριστεί ο διεθνής χαρακτήρας του φαινομένου και ως αναπόσπαστο σημείο της Κοινωνικής Παιδαγωγικής ανάλυσης θα παρουσιαστεί το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο σε σχέση με τη MB στην Ελλάδα, το νομικό πλαίσιο σε χώρες της Λατινικής Αμερικής αλλά και στοιχεία που αφορούν γενικότερα δικαιώματα των χρηστών/ριων υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια θα αναδειχθούν ζητήματα βιοηθικής, συναίνεσης και άρνησης θεραπείας, καθώς και η σχέση της MB με τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις διάφορες διεθνείς και ευρωπαϊκές συμβάσεις. Στη συνέχεια θα αναδειχθούν οι επιπτώσεις της έκθεσης σε MB στην ψυχική υγεία των ατόμων που γεννούν καθώς και διάφορες κοινωνικές προεκτάσεις όπως οι πιθανές επιδράσεις στις σκέψεις των γυναικών για τη μητρότητα, για ενδεχόμενη εγκυμοσύνη στο μέλλον καθώς και οι πιθανές επιδράσεις στους/ις επαγγελματίες υγείας. Τέλος, θα διερευνηθεί η σχέση της έκθεσης σε MB με τη νευροχημεία, τη δομή του εγκεφάλου και τις κοινωνικές νευροεπιστήμες.

3.2. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΜΗΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (RESPECTFUL MATERNITY CARE)

Ένα εμπόδιο στην πρόοδο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της γέννας και αντίστοιχα στην καταπολέμηση της Μαιευτικής Βίας (MB) είναι η έλλειψη παγκοσμίως εφαρμόσιμων, συμφωνημένων ορισμών για το τι συνιστά η με σεβασμό μητρική φροντίδα (ΜΣΜΦ) και τι η MB (Vogel et al., 2016). Οι Freedman et al. (2014) έχουν τονίσει τις προκλήσεις για τη θέσπιση ενός τέτοιου ορισμού, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο οι εμπειρίες των γυναικών αλλά και των παρόχων υπηρεσιών υγείας, το τι συνιστά νομικά και κοινωνικά βία ή καταχρηστική συμπεριφορά στα διαφορετικά κοινωνικοπολιτισμικά πλαίσια καθώς και τις υποκείμενες ελλείψεις στα συστήματα υγείας (Vogel κ.ά., 2016). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η πρόληψη της κακομεταχείρισης δεν ταυτίζεται απαραίτητα με τη βελτίωση της ΜΣΜΦ κατά τη γέννα καθώς οι γυναίκες μπορούν να

λαμβάνουν φροντίδα που έχει αρνητικά στοιχεία (όπως η πραγματοποίηση κολπικής εξέτασης χωρίς ιδιωτικότητα) και ταυτόχρονα να έχει και θετικά στοιχεία (όπως ότι ο/η επαγγελματίας αφιερώνει επαρκή χρόνο για να κοινοποιήσει με σαφήνεια τα ευρήματα της εξέτασης και διασφαλίζει ότι η γυναίκα τα κατανοεί) (Vogel et al., 2016). Επομένως, αν και οι δύο έννοιες συνδέονται στενά, οι παρεμβάσεις για την πρόληψη και τη μείωση της κακομεταχείρισης των γυναικών κατά τη γέννηση μπορεί να μην είναι απαραίτητα οι ίδιες με εκείνες που προωθούν την ΜΣΜΦ (Vogel et al., 2016).

3.2.1. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΜΗΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Miyauchi et al. (2022) στην οποία συμπεριλήφθηκαν είκοσι δύο (22) ποιοτικές έρευνες φαινομενολογίας, εθνογραφίας, έρευνες δράσης και θεμελιωμένης θεωρίας με μαρτυρίες γυναικών σε σχέση με την Με Σεβασμό Μητρική Φροντίδα (ΜΣΜΦ) διαπίστωσαν τρεις (3) παράγοντες με πέντε (5) κατηγορίες και τριάντα (30) υποκατηγορίες. Ειδικότερα διαπίστωσαν τα εξής: 1) Ο παράγοντας της «Προσωπικής εμπειρίας της γέννας» που αναλύεται σε α) «Αξίες των γυναικών κατά τη γέννα» με i) Εμπιστοσύνη στις ικανότητες και τις δυνάμεις τους, ii) Δουλεύοντας με τον πόνο και όχι ενάντια στον πόνο, iii) Αίσθημα χαράς και ενθουσιασμού, iv) Ευγνωμοσύνη για τη γέννηση του μωρού, v) Ευλογημένες από το θεό, vi) Ύπαρξη ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για να επιστρέψουν μετά τη γέννα και σε β) «Καταβεβλημένη από δυσάρεστες εμπειρίες» με i) Κατάσταση πέρα από τον έλεγχο τους, ii) Άγχος και αβεβαιότητα, iii) Απαγορευόταν η συνοδεία από άτομο του οικογενειακού περιβάλλοντος, iv) Έπρεπε να διατηρούν υποτακτική στάση προς τους/ις επαγγελματίες υγείας, v) Πιέστηκαν να πληρώσουν επιπλέον ποσό καθόσον βρίσκονταν σε κρίσιμη κατάσταση (Miyauchi et al., 2022). 2) Ο παράγοντας «Αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών» που αναλύεται σε α) Η αίσθηση ότι τις σέβονταν και τις εκτιμούσαν με i) Σεβασμό στην παρουσία τους, ii) Σημαντικότητα του να μοιράζονται τις πληροφορίες μαζί τους, iii) Υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων, iv) Αίσθηση εγγύτητας, v) Αξία της συμπόνιας, της φιλικότητας και της ενθάρρυνσης, vi) Τις άκουγαν, vii) Άμεση και επαρκής φροντίδα, viii) Εμπλοκή της οικογένειας στη γέννα, και σε β) «Αίσθημα ασέβειας και κακοποίησης» με i) Απομόνωση, ii) Έλλειψη ενημέρωσης, iii) Ασέβεια στις προτιμήσεις τους, iv) Ψυχρή στάση (Miyauchi et al., 2022). Τέλος, 3) ο παράγοντας «Συστήματα και πόροι» με α) «Ανεπαρκή συστήματα και πόροι» με i) Το σύστημα εισαγωγών δεν κυλούσε ομαλά, ii) Έλλειψη συνέπειας και συνέχειας στο σύστημα πληροφόρησης, iii) Έλλειψη ιδιωτικότητας, iv) Κακή υγιεινή του χώρου, v) Έλλειψη ασφάλειας/προστασίας του χώρου, vi) Έλλειψη προσωπικού (Miyauchi et al., 2022).

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα των συγγραφέων, το αίσθημα των ίδιων των γυναικών για τη δύναμή τους και η εμπειρία του να τις νοιάζονται κατά τη διάρκεια της γέννας τις ενδυναμώνει ακόμα περισσότερο (Miyuchi et al., 2022). Στον αντίποδα, το αίσθημα ότι χάνουν τον έλεγχο ή ότι δεν τις σέβονται κατά τη διάρκεια της γέννας τις αφήνει δυσαρεστημένες, ενώ ένα σύνολο περιβαλλοντικών και συστημικών στοιχείων παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στο πως βιώνεται η εμπειρία της γέννας (Miyuchi et al., 2022).

3.2.2. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΜΗΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η συγχρονική μελέτη των Martínez-Galiano et al., (2023) στην οποία συμμετείχαν 325 μαιές/μαιευτές από την Ισπανία εξετάζει τον επιπολασμό της Μαιευτικής Βίας (MB) όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τις ίδιες/τους ίδιες/ους, καθώς και τις γνώσεις τους σχετικά με αυτό το φαινόμενο και τους επαγγελματικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να σχετίζονται με τις αντιλήψεις τους για τη MB. Σχεδόν όλες/οι (92.6%) γνώριζαν τον όρο MB με το 74,8% να θεωρεί πως η MB είναι κάτι διαφορετικό από την κακή πρακτική (malpractice) (Martínez-Galiano et al., 2023). Το 56,9% δήλωσε ότι είχε σπάνια παρατηρήσει να συμβαίνει MB και το 26,5% ότι είχε παρατηρήσει τακτικά. Οι περισσότερες/οι θεωρούσαν ως MB τη σωματική επιθετικότητα, ενώ αντίθετα θεωρούσαν τη μη παροχή πληροφοριών στις γυναίκες ως απλά μη αποδεκτή διαχείριση (Martínez-Galiano et al., 2023). Η κλινική πρακτική που θεωρούσαν ως την πιο σοβαρή στο πλαίσιο της MB ήταν η εφαρμογή υποβοηθούμενου τοκετού ή καισαρικής τομής χωρίς κλινική αιτιολόγηση (Martínez-Galiano et al., 2023). Το 97,5% συμφωνούσε πως η ευαισθητοποίηση σχετικά με το θέμα της MB είναι ένα από τα θεμελιώδη σημεία για τη μείωση αυτού του προβλήματος (Martínez-Galiano et al., 2023). Ορισμένοι παράγοντες, όπως η λιγότερη εργασιακή εμπειρία, το γυναικείο φύλο, η συμμετοχή σε τοκετούς στο σπίτι και η προηγούμενη εκπαίδευση στη MB, συσχετίστηκαν με αυξημένη αντίληψη των καταστάσεων της MB (Martínez-Galiano et al., 2023).

Η έρευνα των Gray et al. (2019) είχε ως αντικείμενο να εξετάσει τις γνώσεις και τις στάσεις σε σχέση με τη MB ανάμεσα στους/ις διακόσους/ες δέκα επτά (217) μαιευτήρες και τις μαιές/τους μαιευτές ενός ιδιωτικού μαιευτηρίου στο Κατάρ που εξυπηρετεί κυρίως άτομα με υψηλά εισοδήματα. Οι συμμετέχοντες/ουσες κλήθηκαν να δουν κάποια σχετικά βίντεο και στη συνέχεια να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο. Το 52% των συμμετεχόντων/ουσών είχαν ακούσει τον όρο MB και το 48% κατανοούσε τον όρο, χωρίς ουσιαστικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε μαιευτήρες και μαιές/μαιευτές. Εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές όταν καθεμιά ομάδα επαγγελματιών κλήθηκε να αναφέρει συμπεριφορές MB της άλλης ομάδας με βάση όσα παρακολούθησαν στο βίντεο με την ομάδα των μαιών/μαιευτών να αναφέρουν πολύ περισσότερες συμπεριφορές για την

ιατρική ομάδα, και την ιατρική ομάδα να αναφέρει πολύ περισσότερες συμπεριφορές για τους μαίες/μαιευτές (Gray et al., 2019). Στο τελευταίο μέρος της έρευνας οι συμμετέχοντες/ουσες ερωτήθηκαν εάν διαπιστώνουν ότι το βίντεο υπογραμμίζει στους επαγγελματίες την ανάγκη ατομικού αναστοχασμού, εάν έχουν παρατηρήσει στην καριέρα τους περιπτώσεις MB και εάν έχουν λάβει αντίστοιχη εκπαίδευση (Gray et al., 2019). Τόσο οι μαιευτήρες όσο και οι μαίες/μαιευτές αναγνώρισαν την αξιοπρέπεια, το απόρρητο του ασθενούς και τη φροντίδα με επίκεντρο την ασθενή ως τους κύριους τομείς επαγγελματικών ελλείψεων που εντόπισαν στο βίντεο (Gray et al., 2019). Διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες/ουσες θεώρησαν ότι η ιατρική ομάδα θα έπρεπε να αλληλοεπιδράσει μετά την παρακολούθηση του βίντεο. Οι γιατροί θεώρησαν ότι το βίντεο άλλαξε τις αντιλήψεις τους για το πώς μια ομάδα φροντίδας πρέπει να αλληλοεπιδρά με έναν ασθενή πολύ λιγότερο από τις/ους μαίες/μαιευτές. Το 46% των γιατρών θεώρησαν ότι το βίντεο υπογράμμισε την ανάγκη να αναλογιστούν την επαγγελματική τους συμπεριφορά σε σύγκριση με το 86% του νοσηλευτικού και μαιευτικού προσωπικού. Η επικοινωνία, η ομαδική εργασία, η αξιοπρέπεια και το απόρρητο των ασθενών επιλέχθηκαν ως τομείς που όλοι/ες οι συμμετέχοντες/ουσες θεώρησαν ότι αποτελούν τομείς για να αναστοχαστούν τη δική τους κλινική πρακτική (Gray et al., 2019). Σε σχέση με προηγούμενη έκθεση σε περιστατικά MB, το 63% ανέφεραν ότι πολύ σπάνια είχαν γίνει μάρτυρες αντίστοιχων περιστατικών με 60% για τις/ους μαίες/αιευτές και 74% για τους/ις γιατρούς. 25% δήλωσαν ότι γίνονται μάρτυρες τέτοιων περιστατικών πιο συχνά, τουλάχιστον μία φορά τον μήνα, ενώ το 75–80% είχαν λάβει κάποια στιγμή εκπαίδευση σε σχέση με το ζήτημα (Gray et al., 2019).

3.2.3. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙΣ ΔΙΕΘΝΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΜΗΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Καθώς οι ιατροτεχνικές παροχές έχουν βελτιωθεί και η θνησιμότητα και οι βλάβες της μητέρας και του βρέφους τίθενται υπό έλεγχο, πλέον ανοίγεται ο δρόμος για να διερευνηθεί η ποιότητα της μητρικής φροντίδας και της κακοποίησης που λαμβάνουν χώρα κατά τη γέννα (Purandare & Adanu, 2015).

Σύμφωνα με τον World Health Organization (2015), η διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης σε ασφαλή, αποδεκτή και υψηλής ποιότητας περίθαλψη στον τομέα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, ιδίως όσον αφορά την πρόσβαση σε μέσα προστασίας κατά της σύλληψης και την μητρική περίθαλψη, μπορεί να μειώσει δραστικά τα παγκόσμια ποσοστά μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Παρόλα αυτά, πολλές γυναίκες αντιμετωπίζουν αντισυμβατική, παραβιαστική ή αμελή μεταχείριση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ειδικότερα κατά τη διάρκεια του τοκετού στα διάφορα ιατρικά ιδρύματα (World Health Organization, 2015). Αυτό αποτελεί παραβίαση της εμπιστοσύνης μεταξύ των γυναικών και των παρόχων υγείας τους και

αποτελεί εμπόδιο για τη χρήση των υπηρεσιών μητρικής υγείας (World Health Organization , 2015). Αν και υπάρχουν πολιτικές και πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, η εφαρμογή τους δεν είναι πάντα επαρκής (World Health Organization , 2015). Ένας σημαντικός ερευνητικός προσανατολισμός υπάρχει για τον καλύτερο ορισμό, τη μέτρηση και την κατανόηση της αντιμετώπισης των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού και τον τρόπο πρόληψης και εξάλειψής της MB (World Health Organization , 2015). Προκειμένου να αποτραπεί και να εξαλειφθεί η ασέβεια και η κακοποίηση κατά τη γέννα σε εγκαταστάσεις παγκοσμίως, οι ακόλουθες κατευθύνσεις θα πρέπει να εφαρμοστούν (World Health Organization , 2015): 1) Μεγαλύτερη υποστήριξη από τις κυβερνήσεις και αναπτυξιακούς εταίρους για έρευνα και δράση ενάντια στην ασέβεια και την κακοποίηση κατά τη γέννα, 2) Εκκίνηση, υποστήριξη και διατήρηση προγραμμάτων σχεδιασμένων να βελτιώνουν την ποιότητα της μητρικής υγειονομικής περίθαλψης, με ισχυρή επικέντρωση στη με σεβασμό φροντίδα ως απαραίτητη συστατικό της ποιοτικής φροντίδας, 3) Έμφαση στα δικαιώματα των γυναικών σε αξιοπρεπή και με σεβασμό φροντίδα της υγείας τους καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννας, 4) Δημιουργία δεδομένων σχετικά με τις με σεβασμό και τις ασεβείς πρακτικές φροντίδας, καθώς και συστήματα λογοδοσίας και κατάλληλη υποστήριξη των επαγγελματιών, 5) Εμπλοκή όλων των ενδιαφερομένων μερών, συμπεριλαμβανομένων των γυναικών, στις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης της εξάλειψης των ασεβών και κακοποιητικών πρακτικών (World Health Organization , 2015).

Σύμφωνα με σχετική έκθεση του Γραφείου της Ύπατης Αρμοστείας για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (OHCHR) (2013), η Με Σεβασμό Μητρική Φροντίδα (ΜΣΜΦ) αποτελεί παγκόσμιο δικαίωμα κάθε γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννας για το οποίο θα πρέπει να εφαρμοστούν πολιτικές και προγράμματα, αποτρέποντας έτσι τη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα (OHCHR, 2013). Η ΜΣΜΦ υπερβαίνει τον απλό σκοπό της ασφαλούς μητρότητας, εστιάζοντας στον σεβασμό των βασικών δικαιωμάτων των γυναικών και την υποστήριξη της αυτονομίας και της αξιοπρέπειάς τους (OHCHR, 2013). Η εμπειρία των γυναικών με τους παρόχους φροντίδας μπορεί να είναι ενδυναμωτική ή επιβλαβής, ενώ η ασεβής μεταχείριση μπορεί να λάβει πολλές μορφές και δύναται να προκαλέσει συναισθηματικό τραύμα και να υπονομεύσει την υγεία των γυναικών (OHCHR, 2013). Τέτοιου είδους μεταχείριση εκφράζει τη δομική βία και τη γενικευμένη ανισότητα των φύλων που έχει κανονικοποιηθεί παγκοσμίως, φαινόμενα τα οποία θα πρέπει να καταπολεμηθούν μέσα από έρευνες, πολιτικές και οι προγραμματισμένες δράσεις που θα εστιάζουν στην προώθηση της ΜΣΜΦ και την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων (OHCHR, 2013).

Υπό συνθήκες που οι ανθρωπιστικές κρίσεις παγκοσμίως προκαλούν μαζική μεταναστευτική κίνηση και επηρεάζουν εκατομμύρια άτομα, οι εγκυμονούσες γυναίκες αντιμετωπίζουν σοβαρούς κινδύνους λόγω της αναστάτωσης των υπηρεσιών υγείας γι' αυτό και είναι ζωτικής σημασίας να διασφαλιστεί η ΜΣΜΦ (OHCHR, 2013). Η υποστελέχωση, οι ελλειπείς πόροι, οι επιβαρυνμένες

βάρδιες, η αποθάρρυνση στο προσωπικό υγείας και η κακή υποστήριξή του εν μέσω κρίσεων συμβάλλουν στην εντατικοποίηση των πρακτικών ασέβειας και κακομεταχείρισης των γυναικών κατά τη γέννα οι οποίες μπορεί να κανονικοποιηθούν και να παγιωθούν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, παρά τον αρνητικό της αντίκτυπο (OHCHR, 2013). Οι διαφορές στην κουλτούρα και οι γλωσσικοί φραγμοί μπορεί να επιδεινώσουν την ανισότητα μεταξύ παρόχων υγείας και ασθενών, ενώ η κακή υγεία του προσωπικού συχνά μπορεί να οδηγήσει στην καθιέρωση κακών πρακτικών (OHCHR, 2013). Οι μορφές τις οποίες μπορεί να λάβει η ασέβεια και η κακοποίηση των γυναικών στους χώρους των μαιευτικών ιδρυμάτων συνοψίζονται στις εξής: 1) Έλλειψη πληροφόρησης: Οι πάροχοι υγείας μπορεί να μην έχουν τον χρόνο ή τους πόρους να εξηγήσουν πλήρως τις διαδικασίες. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει ανησυχίες σε γυναίκες που γεννούν για πρώτη φορά σε νοσοκομεία ή έχουν φόβους σχετικά με τη γέννα ή τις επεμβάσεις. 2) Έλλειψη απορρήτου: Οι ανησυχίες για το απόρρητο είναι ιδιαίτερα σημαντικές σε περιπτώσεις όπου γεννούν περισσότερες από μία γυναίκες στον ίδιο χώρο, είτε πρόκειται για νοσοκομείο είτε για αυτοσχέδιες κλινικές, όπως συχνά συμβαίνει σε καταστάσεις κρίσης. 3) Έλλειψη συναίνεσης: Η έλλειψη κατανόησης της γλώσσας, των πολιτισμικών διαφορών και η διακριτική συμπεριφορά συγκεκριμένων προσώπων μπορεί να οδηγήσει σε ενέργειες χωρίς συγκατάθεση. 4) Αρνητική ή καθυστερημένη παροχή φροντίδας: Οι περιορισμένοι πόροι μπορούν να οδηγήσουν σε αναστολές, αναβολές, περιορισμούς ή καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας. 5) Παραμέληση και εγκατάλειψη: Η έλλειψη πόρων μπορεί να οδηγήσει σε παραμέληση και εγκατάλειψη (OHCHR, 2013).

Η διασφάλιση του σεβασμού και της προστασίας κάθε γυναίκας κατά τη διάρκεια της γέννας, ιδίως των ευάλωτων ομάδων όπως έφηβες, μειονότητες, ανάπηρες, και γυναίκες με οικονομικές δυσκολίες, έχει αναδειχθεί ως ένα σημαντικό ζήτημα (OHCHR, 2013). Είναι ουσιαστικό να ενισχυθεί η ευθύνη για την παροχή ποιοτικής μαιευτικής φροντίδας, με πολιτικές που στοχεύουν στην πλήρη εφαρμογή των προτύπων ποιότητας και λογοδοσίας όπως αυτό του Independent Accountability Panel (IAP) που προβλέπουν παρακολούθηση και ενέργειες για την πρόληψη παραβιάσεων (OHCHR, 2013).

Σύμφωνα με την τοποθέτηση της καμπάνιας White Ribbon, η ασφαλής μητρότητα δεν εξαντλείται στον περιορισμό του θανάτου και της βλάβης, αλλά εμπεριέχει τον σεβασμό των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων για όλες τις γυναίκες (White Ribbon Alliance, 2013).

Σύμφωνα με τους Tunçalp, et al. (2015), όπως μετέφεραν το όραμα του World Health Organization, η ποιοτική φροντίδα για τις μητέρες και τα νεογέννητα θα πρέπει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, δίκαιη, ανθρωποκεντρική, με αποτελεσματική επικοινωνία, σεβασμό, συναισθηματική υποστήριξη και με ενδιαφέρον για το πώς αυτή η φροντίδα αξιολογείται από τη γυναίκα και το περιβάλλον της.

3.2.4. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΚΑΛΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Ο «Οδηγός Προσανατολισμού στην Με Σεβασμό Μητρική Φροντίδα (ΜΣΜΦ)» (Respectful Maternity Care Orientation Package for Health Care Providers) του World health Organization (2017) είναι ένα εκτενές έγγραφο που προάγει την ανθρώπινη και αξιοπρεπή μεταχείριση των γυναικών κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Επικεντρώνεται στην πρόληψη της κακομεταχείρισης των γυναικών κατά τον τοκετό, τονίζοντας τη σημασία της σεβαστής μητρότητας (ΜΣΜΦ) (World health Organization, 2017). Ο οδηγός περιλαμβάνει στρατηγικές για την πρόληψη της σωματικής, λεκτικής και σεξουαλικής κακοποίησης, της φροντίδας χωρίς συναίνεση και εμπιστευτικότητας και των διακρίσεων. Αναδεικνύει τη σημασία της επαγγελματικής ηθικής, της αμοιβαίας λογοδοσίας, της συμμετοχής της κοινότητας και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τη βελτίωση της ποιότητας της μητρικής φροντίδας. Τα κύρια σημεία περιλαμβάνουν:

- Εισαγωγή στις έννοιες της ΜΣΜΦ και γιατί η αντιμετώπιση της κακομεταχείρισης είναι κρίσιμη.
- Επισκόπηση των προκλήσεων υγείας μητέρων και νεογνών στο Αφγανιστάν.
- Αναλυτικές συνεδρίες για τα δικαιώματα των εγκύων, την αποσαφήνιση αξιών και τη μεταμόρφωση στάσεων.
- Ψυχολογική υποστήριξη για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για τη διαχείριση του άγχους που σχετίζεται με την εργασία.
- Ηθικές αρχές και πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς για τη φροντίδα της μητρότητας.
- Συμμετοχή της κοινότητας και των επιπέδων διοίκησης στην προώθηση της ΜΣΜΦ (World health Organization, 2017)

Διαδικασίες παρακολούθησης, αξιολόγησης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.

Αυτό το πακέτο αποσκοπεί στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τις γυναίκες και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, εξασφαλίζοντας ότι ο τοκετός είναι μια θετική και αξιοπρεπής εμπειρία για όλους (World health Organization, 2017).

Η «Λίστα ελέγχου ασφαλούς γέννας» (Safe Childbirth Checklist) του World health Organization (2015b) είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τους/ίω επαγγελματίες υγείας που βοηθά στην ασφαλή διαχείριση του τοκετού και τη φροντίδα της μητέρας και του βρέφους πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό. Ειδικότερα, δίνει σημεία ελέγχου σε σχέση με τα ζωτικά σημεία, την πίεση, τη θερμοκρασία, την όψη, υπογραμμίζει τα σημάδια κινδύνου και δίνει οδηγίες περιποίησης.

3.3. Ο ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Ενδεικτικά, τα επιστημονικά ευρήματα σε σχέση με την ανίχνευσή της Μαιευτικής Βίας (MB) αφορούν την Ισπανία (Martinez-Vázquez et al., 2021, 2022; Martínez-Vazquez et al., 2021), την Τουρκία (Aşci & Bal, 2023; Gökçe İsbîr et al., 2016), την Ιταλία (R. Castro & Frías, 2020; Ravaldi et al., 2018; Scambia et al., 2018; Scandurra et al., 2022), τη Λωρίδα της Γάζας (Ismail et al., 2023), το Μεξικό (A. Castro & Savage, 2019; R. Castro & Frías, 2020; Santiago et al., 2018), τη Βραζιλία, (Ishola et al., 2017; Jardim & Modena, 2018; Silveira et al., 2019; Souza et al., 2017; Theme Filha et al., 2016) την Ινδία (Bhattacharya & Sundari Ravindran, 2018), την Τανζανία (Mselle et al., 2018), τη Γκάνα (Yalley et al., 2023) τη Ρωσία (Yakupova et al., 2021), την Τσεχία (Begley et al., 2018), την Αιθιοπία (Mihret, 2019; Molla et al., 2022), το Εκουαδόρ (Arias Fuentes et al., 2022; Brandão et al., 2018), στο Ιράν (Hajizadeh & Mirghafourvand, 2021), τις ΗΠΑ (Garcia, 2020; Perera et al., 2018), το Ισραήλ (Polachek et al., 2012), τη Νορβηγία (Garthus-Niegel et al., 2014), την Αγγλία (Furuta et al., 2016), τη Σρι Λάνκα (Perera et al., 2022), τη Νιγηρία (Ishola et al., 2017), την Αυστραλία (Keedle et al., 2022), την Αίγυπτο (Giacomozzi et al., 2021) με τα ευρήματα να επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της MB, αν και με διαφορετική ένταση και για διαφορετικούς τύπους MB. Σύμφωνα με τον World Health Organization (2019) το 1/3 των ατόμων που γεννούν σε συγκεκριμένες χώρες υφίστανται κάποια μορφή κακοποίησης ή ασεβείας. Πρόκειται μάλιστα για ένα παγκόσμιο φαινόμενο που παρότι η πρόσφατη έρευνα προσανατολίζεται σε κάποιους προβλεπτικούς παράγοντες, εντούτοις αφορά γυναίκες ανεξάρτητα από την ηλικία, το βιοτικό επίπεδο ή το εισόδημά τους (Freedman & Kruk, 2014; World Health Organization, 2014; Perrotte, et al., 2020).

3.4. ΝΟΜΙΚΗ ΠΛΑΙΣΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Παρότι η Μαιευτική Βία (MB) αναφέρεται ως ένα παγκόσμιο φαινόμενο που αφορά γυναίκες τόσο σε χώρες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα όσο και με υψηλά εισοδήματα (Martínez-Galiano, Martinez-Vazquez, Rodríguez-Almagro, & Hernández-Martinez, 2021; World Health Organization, 2014) εντούτοις η Ελλάδα μέχρι στιγμής δεν έχει κάποιο ειδικό νομικό πλαίσιο που να αφορά τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της γέννας ή γενικότερα τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Παρότι δεν υπάρχει κάποια έρευνα που να μελετά το φαινόμενο σε ελληνικό πληθυσμό, η MB είναι δεδομένο πως υφίσταται τουλάχιστον με τη μορφή των περιττών ιατρικών πράξεων. Ειδικότερα, αφενός οι αναίτιες και ανατιολόγητες καισαρικές τομές αναγνωρίζονται ως MB (Mason Pope, 2017; Smith-Oka, 2022), αφετέρου σύμφωνα με τον World Health Organization (2016) έχει αποδειχθεί πως όταν η καισαρική τομή συμβαίνει σε ποσοστό υψηλότερο του 10% όχι μόνο δεν συνεισφέρει στην μείωση της θνησιμότητας και των βλαβών για τη μητέρα και το βρέφος αλλά και

θέτει σε κίνδυνο για άμεσα αλλά και μακροχρόνια προβλήματα υγείας τη μητέρα και το βρέφος όταν συμβαίνει άνευ ιατρικής αιτίας (World Health Organization, 2021). Εντούτοις στην Ελλάδα πάνω από το 50% των παιδιών γεννιούνται με καισαρική τομή, με αποτέλεσμα τη δέσμευση της Ελλάδας προς τον World Health Organization να μειώσει την εφαρμογή των καισαρικών τομών (World Health Organization, 2016).

3.5. ΝΟΜΙΚΗ ΠΛΑΙΣΙΩΣΗ ΣΤΗ ΛΑΤΙΝΙΚΗ ΑΜΕΡΙΚΗ

Το 2007 η Βενεζουέλα έγινε η πρώτη χώρα που έλαβε εθνικά νομικά μέτρα κατά της Μαιευτικής Βίας (MB) στα πλαίσια του δικαιώματος των γυναικών σε μία ζωή χωρίς βία, ενώ ακολούθησαν η Αργεντινή και κάποιες Πολιτείες του Μεξικού (European Commission, 2020). Καμία ευρωπαϊκή χώρα μέχρι στιγμής δεν έχει θεσμοθετήσει εθνικά μέτρα σε σχέση με τη MB (European Commission, CORDIS EU research results, 2020).

3.5.4. ΒΕΝΕΖΟΥΕΛΑ

Στο νομικό πλαίσιο της Βενεζουέλας ως Μαιευτική Βία (MB) νοείται οποιαδήποτε πράξη του υγειονομικού προσωπικού έχει ως αποτέλεσμα την ιδιοποίηση του σώματος και της αναπαραγωγικής διαδικασίας με συνέπεια την απώλεια της αυτονομίας της επιτόκου, των ελεύθερων αποφάσεων, του ελέγχου του σώματος και της αξιοπρέπειας, οι οποίες έχουν συνέπειες στην ψυχική ή σωματική κατάσταση ή στην ποιότητα ζωής (D'Gregorio, 2010). Τέτοιες ενέργειες θεωρούνται η κατάχρηση φαρμάκων και ιατρικών πράξεων όπως η καισαρική τομή όταν ο φυσιολογικός τοκετός είναι ασφαλής και εφικτός και δεν αποτελεί ελεύθερα εκπεφρασμένη επιθυμία της επιτόκου ύστερα από σαφή ενημέρωση, ο εξαναγκασμός σε συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις όπως ο τοκετός σε ύπτια στάση, η άκαιρη και αναποτελεσματική φροντίδα, η καθυστέρηση της άμεσης επαφής της μητέρας με το βρέφος άνευ ιατρικού λόγου (D'Gregorio, 2010).

3.5.5. ΑΡΓΕΝΤΙΝΗ

Το νομικό πλαίσιο της Αργεντινής σχετικά με τη Μαιευτική Βία (MB) έχει βασιστεί σε έναν συνδυασμό θεσμοθετήσεων με βάση τα δικαιώματα των γυναικών και τη νομοθεσία γύρω από τη βία κατά των γυναικών με ρυθμίσεις που ξεκίνησαν από το 2004 και εφαρμόστηκαν έως το 2015 οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στις ίδιες να φέρνουν ζητήματα έμφυλης βίας ενώπιον της δικαιοσύνης (Williams, et al., 2018). Στον νόμο 26.485 του 2009 σχετικά με την εξάλειψη, την πρόληψη και την τιμωρία της βίας κατά των γυναικών με σκοπό την ισότητα μεταξύ των φύλων, το δικαίωμα των γυναικών σε μια ζωή χωρίς υπάρχει ειδικό άρθρο που αφορά τη MB ως «τη βία που ασκείται από το υγειονομικό προσωπικό στο σώμα και τις αναπαραγωγικές διεργασίες των γυναικών, που εκφράζεται με απάνθρωπη μεταχείριση, κατάχρηση, ιατροποίηση και παθολογοποίηση των φυσικών διεργασιών, σύμφωνα με τον νόμο 25.929» (Honorable Congreso

de la Nacion Argentina, 2009). Ο νόμος 25.929 του 2004 ορίζει συγκεκριμένα οφέλη για τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της γέννας όπως την με άνευ όρων με σεβασμό αντιμετώπιση, την ενημερωμένη συναίνεση, την εξατομικευμένη φροντίδα, τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας, την αντιμετώπιση της γυναίκας ως ένα υγιές άτομο που πρωταγωνιστεί στη διαδικασία και έχει τον κύριο λόγο κατά τη διάρκεια της γέννας, την ενημέρωση για την εξέλιξη του τοκετού και τη συμμετοχή και απόφαση για τις δράσεις των επαγγελματιών υγείας, να μην υπόκειται σε καμία εξέταση ή παρέμβαση με σκοπό την έρευνα χωρίς τη γραπτή συναίνεση όπως ορίζει η Επιτροπή Βιοηθικής, το δικαίωμα να συνοδεύεται από άτομο της επιλογής και της εμπιστοσύνης της καθ' όλη τη διάρκεια της γέννας, το δικαίωμα να έχει το νεογέννητο δίπλα της καθ' όλη την παραμονή στο νοσοκομείο εφόσον αυτό δε χρειάζεται ειδική ιατρική φροντίδα, (Honorable Congreso de la Nacion Argentina, 2004)

3.5.6. ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΜΕΞΙΚΑΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ

Κάποιες από τις πολιτείες του Μεξικού αναγνωρίζουν τη MB ως ειδικό είδος βίας, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της γέννας αλλά κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία. Παρακάτω θα αναφερθούν μόνο τα σημεία που αφορούν τη γέννα, καθώς αυτά ανταποκρίνονται στους ορισμούς που δίνονται από την επιστημονική κοινότητα για τη Μαιευτική Βία (MB), όπως περιεγράφηκαν κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Οι ποινές που ορίζονται στις διάφορες Πολιτείες κυμαίνονται από φυλάκιση, αναστολή της επαγγελματικής άδειας και επανεκπαίδευση σε σχετικά ζητήματα όμως στις περισσότερες περιπτώσεις δεν προβλέπεται κάποια ποινή (Serendipia, 2021).

Σονόρα: Σύμφωνα με το άρθρο 18 του νόμου περί «πρόσβασης των γυναικών σε μια ελεύθερη ζωή χωρίς βία» για το κράτος της Σονόρα, η αδικαιολόγητη καθυστέρηση ή παράλειψη παροχής φροντίδας, η μη αποτελεσματική ή έγκαιρη ιατρική περίθαλψη, η απάνθρωπη, ταπεινωτική ή μεροληπτική μεταχείριση κατά τη διάρκεια της γέννας, η άλογη εφαρμογή επισιτομής, η καισαρική τομή χωρίς ιατρική αιτιολόγηση και συναίνεση της επιτόκου, η άρνηση χορήγησης αναλγητικών χωρίς ιατρική αιτιολόγηση, η παρεμπόδιση της άμεσης επαφής της λεχώνας με το βρέφος ή θηλασμού αμέσως μετά τον τοκετό όταν δε συντρέχει ιατρικός λόγος, η χειραγώγηση της γυναίκας με σκοπό την αναστολή της ελεύθερης βούλησής της ή τον εξαναγκασμό της σε συναίνεση, η αξιοποίηση των γυναικών για εκπαίδευση χωρίς συναίνεση και χωρίς σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματά τους αναγνωρίζονται ως MB (Gobierno Del Estado De Sonora, 2015).

Σιναλόα: Σύμφωνα με το άρθρο 11 του νόμου περί «πρόσβασης των γυναικών σε μια ελεύθερη ζωή χωρίς βία» όπως τροποποιήθηκε το 2022, ως MB αναγνωρίζονται όλες οι περιπτώσεις που αναφέρονται και στην Πολιτεία της Σονόρα και επιπλέον αναφέρονται ο εξαναγκασμός της γυναίκας να γεννήσει σε μία συγκεκριμένη στάση ενώ είναι πιθανό επιθυμεί κάποια άλλη καθώς και η μη ενημέρωση της γυναίκας για τις ιατρικές και χειρουργικές διαδικασίες (H. Congreso del Estado de Sinaloa, 2015).

Μπάχα Καλιφόρνια: Σύμφωνα με το άρθρο 6 του νόμου περί «πρόσβασης των γυναικών σε μια ζωή χωρίς βία για την Πολιτεία της Μπάχα Καλιφόρνια όπως τροποποιήθηκε το 2020, οποιαδήποτε συμπεριφορά, ενέργεια ή παράλειψη ασκείται από το υγειονομικό προσωπικό, άμεσα ή έμμεσα με αποτέλεσμα την απάνθρωπη μεταχείριση της γυναίκας, οποιαδήποτε παράλειψη ή μη έγκαιρη φροντίδα, καθώς και μη συναινετικές πράξεις όπως η ανατιολόγητη καισαρική τομή αναγνωρίζονται ως MB (H. Congreso del Estado de Baja California, 2020).

Ναγιαρίτ: Σύμφωνα με το άρθρο 23 του νόμου περί «πρόσβασης των γυναικών σε μια ελεύθερη ζωή χωρίς βία» για την πολιτεία Ναγιαρίτ, όπως τροποποιήθηκε το 2021, οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση συμπεριφορά, ενέργεια ή παράλειψη ασκείται από το υγειονομικό προσωπικό στα γυναικεία σώματα ή στις αναπαραγωγικές διαδικασίες των γυναικών, τόσο στη δημόσια όσο και στην ιδιωτική σφαίρα που εκφράζεται με απάνθρωπη μεταχείριση, ιατροκοποίηση ή παθολογικοποίηση των φυσικών διαδικασιών ή υπονομεύουν την ικανότητα της γυναίκας να αποφασίζει με ελεύθερο και με ενημερωμένο τρόπο αναγνωρίζεται ως MB (Congreso del Estado de Nayarit, 2008).

Τσιουάουα: Σύμφωνα με το άρθρο 5 του νόμου περί «πρόσβασης των γυναικών σε μια ελεύθερη ζωή χωρίς βία» της Πολιτείας Τσιουάουα, οι πράξει τους υγειονομικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της γέννας που βλάπτουν, πλήττουν ή υποτιμούν τη γυναίκα, η ιατρική αμέλεια, η επίσπευση του τοκετού στις γέννες χαμηλού ρίσκου και η ανατιολόγητη εφαρμογή καισαρικής τομής χωρίς την εθελούσια, εκπεφρασμένη και ενημερωμένη συναίνεση της γυναίκας αποτελούν MB (H. Congreso del Estado de Chihuahua, 2007).

3.6. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την έρευνα των Mastaneh & Mouseli, (2013) οι ασθενείς δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι σε σχέση με τα δικαιώματά τους, με σημαντικές διακυμάνσεις ανάλογα με το είδος του δικαιώματος που διερευνάται και την περιοχή στην οποία ζουν. Είναι περισσότερο ενημερωμένοι/ες για κάποια συγκεκριμένα δικαιώματα, όπως η εμπιστοσύνη και η εμπιστευτικότητα ενώ έχουν λιγότερη ενημέρωση για άλλα, όπως η πληροφόρηση σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές και τις επιπλοκές τους (Mastaneh & Mouseli, 2013). Επιπλέον, η εκπαίδευση και η αστική ή αγροτική περιοχή κατοικίας βρέθηκαν να επηρεάζουν το επίπεδο ενημερότητας, με τους/ις χρήστες/ριες υπηρεσιών υγείας υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου και τους/ις κατοίκους αστικών περιοχών να έχουν καλύτερη γνώση για τα δικαιώματά τους (Mastane & Mouseli, 2013).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Khademi, et al. (2018) προσδιορίζονται τρεις κύριες διαστάσεις παραβίασης δικαιωμάτων ασθενών κατά την ιατρική πρακτική: Η «μειωμένη φροντίδα», η

«μηχανική φροντίδα» και η «περιφρόνηση». Αυτές οι διαστάσεις καλύπτουν μια σειρά παραβιάσεων που αφορούν την αξιοπρέπεια των ασθενών, την πρόσβαση σε πληροφορίες, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την εμπιστευτικότητα, τη δυνατότητα κατάθεσης παραπόνων, την αποζημίωση, την παρουσία φροντιστή/ριας-συνοδού, την έγκαιρη ικανοποίηση των αναγκών του/ης ασθενούς, τη συναισθηματική σύνδεση κατά την παροχή φροντίδας και τον σεβασμό προς τον/ην ασθενή, τα οποία συχνά επιδεινώνονται από συστηματικά προβλήματα και οργανωτικούς παράγοντες (Khademi, et al., 2018).

Σύμφωνα με την Dr. Dubravka Šimonović, την ειδική εισηγήτρια του Συμβουλίου των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων για τη βία κατά των γυναικών, η οποία αποδέχεται και αναγνωρίζει τον όρο της Μαιευτικής Βίας (MB) ως την κακομεταχείριση και τη βία κατά των γυναικών κατά τη διάρκεια της γέννας, η MB αποτελεί «άμεση παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ειδικότερα του δικαιώματος σε μια ζωή χωρίς βία και επιπλέον απειλεί το δικαίωμα στη ζωή, την υγεία, τη σωματική ακεραιότητα, την ιδιωτικότητα, την αυτονομία, και την ελευθερία από διακρίσεις» (United Nations General Assembly, 2019). Με αυτή την τοποθέτηση διαμορφώνεται μία βάση για την παρέμβαση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής στο συγκεκριμένο πεδίο αφενός γιατί η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποτελεί κεντρική επιδίωξή της (Úcar, 2021) αφετέρου γιατί οφείλει να ανατροφοδοτείται από τις κοινωνικές συνθήκες, να ανιχνεύει και να αντιμετωπίζει τα νέα προβλήματα που ανακύπτουν στην ισορροπία μεταξύ ατόμου και κοινωνίας (Hämäläinen, 2015).

Σύμφωνα με τους Khosla, Zampas, Vogel, Bohren, Rseman, & Erdman (2016) και τους Zampas, et al. (2020) η MB αποτελεί παραβίαση μίας σειράς αρχών και δικαιωμάτων όπως του άρθρου 3 της «Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (European Convention on Human Rights)» που αφορά το δικαίωμα σε μια ζωή χωρίς βασανιστήρια και απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση, του άρθρου δεκατέσσερα (14) της ίδιας σύμβασης που αφορά το δικαίωμα σε μια ζωή χωρίς διακρίσεις καθώς και του δικαιώματος στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας όπως αναφέρεται στο «Σύνταγμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Constitution of the World Health Organization)» του 1946. Σύμφωνα με τους Khosla, et al. (2016) η MB παραβιάζει το άρθρο δεκαέξι (16) της «Σύμβασης για την Εξάλειψη Όλων των Μορφών Διακρίσεων κατά των Γυναικών (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)» του 1979 που αφορά το δικαίωμα των γυναικών να αποφασίζουν για τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσουν, τη χρονική απόσταση μεταξύ τους και τη χρονική στιγμή που θα τα αποκτήσουν, το άρθρο τρία (3) του «Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU Charter of Fundamental Rights)» του δύο χιλιάδες δώδεκα (2012) που αφορά το δικαίωμα στη φυσική και πνευματική ακεραιότητα συμπεριλαμβανομένης της ενημερωμένης συναίνεσης και της μη μετατροπής του ανθρώπινου σώματος ή μερών αυτού σε μέσο οικονομικής εκμετάλλευσης. Σύμφωνα με τους

Zampas, et al (2020) η MB αποτελεί παραβίαση του άρθρου 6 της «Οικουμενικής Διακήρυξης για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα» (Universal Declaration on Bioethics and Human Rights) που αφορά το δικαίωμα της ενημερωμένης συναίνεσης και του άρθρου πέντε (5) της ίδιας διακήρυξης που αφορά το δικαίωμα της αυτονομίας & ατομικής υπευθυνότητας (UNESCO, 2005). Στην ανασκόπηση των Jolivet et al. (2021) αξιοποιήθηκαν δύο πλαίσια αναφοράς σε σχέση με τα ανθρώπινα δικαιώματα με βάση τα οποία οργανώθηκαν στοιχεία πενήντα τεσσάρων (54) πρωτογενών πηγών, μεταξύ των οποίων επιστημονικά άρθρα ομότιμης αναθεώρησης, γκρι βιβλιογραφία και αναφορές. Η ποιοτική σύνθεση και των δύο πλαισίων οδήγησε σε επτά (7) θεμελιώδη δικαιώματα κατά τον τοκετό που αποτελούν τη βάση του ΜΣΜΦ. 1) «Το δικαίωμα των γυναικών να μην υπόκεινται σε βλάβες και κακομεταχείριση» για την επίτευξη του οποίου οι πάροχοι υγείας θα πρέπει να υιοθετήσουν πέντε (5) συμπεριφορές: i) Να παρέχουν μόνο ιατρικά δικαιολογημένες, βασισμένες σε ενδείξεις παρεμβάσεις, ii) Να αποφεύγουν επιβλαβείς πρακτικές, συμπεριλαμβανομένης της υπέρχρησης επεμβάσεων, φαρμάκων και τεχνολογίας, και τον εξαναγκαστικό χωρισμό της μητέρας από το μωρό, iii) Να προστατεύουν τα εμπλεκόμενα άτομα από την ατομική και θεσμική βία και κακομεταχείριση, iv) Να παρέχουν τροφή και υγρά σε γυναίκες με φυσιολογικό τοκετό, να τις ενθαρρύνουν για το θηλασμό και να προωθούν την επαφή δέρμα-δέρμα με το μωρό αμέσως μετά τον τοκετό, καθώς και v) Να προσφέρουν φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές επιλογές ανακούφισης από τον πόνο και υποστηρικτική φροντίδα (Jolivet et al., 2021). 2) «Το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια και τον σεβασμό» το οποίο εστιάζει σε: i) Προσφορά κατάλληλης πολιτισμικά φροντίδας με σεβασμό στις πίστεις, τις παραδόσεις και την κουλτούρα, ii) Μεταχείριση όλων των πελατών με σεβασμό, συμπεριλαμβανομένου του σεβασμού της προσωπικότητας, των εμπειριών και των συναισθημάτων των ατόμων που γεννούν, iii) Μεταχείριση με σεβασμό των άλλων κλινικών και γιατρών και όλων των άλλων στελεχών που συνεργάζονται με το τους/ις γιατρούς και του προσωπικό, iv) Στην αποτελεσματική επικοινωνία με χρήση γλώσσας που οι γυναίκες μπορούν να καταλάβουν, που διακατέχεται από σεβασμό και ευγένεια, όπως το να χαιρετούν και να απευθύνονται στις γυναίκες με το όνομά τους, να παρέχουν λεκτική υποστήριξη και ενθάρρυνση, v) Υποστήριξη μέσω μη λεκτικής επικοινωνίας και, vi) Ευαισθησίας και ενσυναίσθησης για τις γυναίκες και τους συντρόφους που βιώνουν απώλεια και πένθος (Jolivet et al., 2021). 3) «Το δικαίωμα στην πληροφόρηση, την ενημερωμένη συναίνεση και την άρνηση, στο σεβασμό των επιλογών και των προτιμήσεων: 1) Οι πάροχοι υγείας μπορούν να ενθαρρύνουν και να υποστηρίζουν τις γυναίκες να κινούνται ελεύθερα κατά τη γέννα και να διαλέγουν τη στάση στην οποία επιθυμούν να γεννήσουν, ii) Να δίνουν στις γυναίκες τη δυνατότητα να έχουν δίπλα τους κατά τη γέννα άτομο της επιλογής τους και να εμπλέκουν τους σημαντικούς άλλους ανθρώπους στις αποφάσεις τους, εφόσον το επιθυμούν και να παρέχουν ακριβείς πληροφορίες σχετικά με το κόστος της περίθαλψης iii) Παροχή πληροφοριών στις

γυναίκες για τις επιλογές τους σε σχέση με τη φροντίδα, τι να περιμένουν κατά τη γέννα και τη μεταγεννητική περίοδο και πληροφορίες σε σχέση με τις επεμβάσεις, τις εξετάσεις, τις θεραπείες και οποιοδήποτε επιπλέον κόστος, iv) Παροχή ειλικρινούς και πλήρους ενημέρωσης, ενθάρρυνση των γυναικών να ρωτούν ερωτήσεις και να εκφράζουν τις ανησυχίες τους και τις απόψεις τους, v) Εμπλοκή των γυναικών στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα τους, συγκατάθεση για όλες τις παρεμβάσεις και σεβασμός στις επιλογές των γυναικών, συμπεριλαμβανομένης της άρνησης παρεμβάσεων (Jolivet et al., 2021). 4) «Το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα: i) Οι πάροχοι θα πρέπει να διατηρούν εμπιστευτικές τις πληροφορίες των γυναικών και να μην μοιράζονται πληροφορίες, εκτός εάν ενδείκνυται για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας, ii) Παροχή οπτικής και ακουστικής ιδιωτικότητας στους πελάτες, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης κουρτινών, οθονών, ιδιωτικού δωματίου κ.λπ., καθώς και iii) Περιορισμός του αριθμού των ατόμων που είναι παρόντα σε αυτά που ενδείκνυται για κλινικούς λόγους καθώς και σε αυτά που επιθυμεί η γυναίκα (Jolivet et al., 2021). 5) «Το δικαίωμα στη μη διάκριση, την ισότητα και την ισότιμη φροντίδα»: i) Τήρηση πολιτικών για την καταπολέμηση των διακρίσεων και ii) Αντιμετώπιση όλων των γυναικών με ίσο σεβασμό και αξιοπρέπεια, ανεξάρτητα από συγκεκριμένα προσωπικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, της ηλικίας, της οικονομικής κατάστασης, της κοινωνικής τάξης, της εκπαίδευσης, της φυλής ή της εθνικότητας, της θρησκείας, των ΛΟΑΤΚΙ+ και της κατάστασης υγείας ή του HIV (Jolivet et al., 2021). 6) «Το δικαίωμα στην έγκαιρη υγειονομική περίθαλψη και στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας»: i) Οι πάροχοι δίνουν άμεση προσοχή και ανταποκρίνονται στις ανάγκες των γυναικών για ιατρική περίθαλψη και φροντίδα άνεσης, ii) Διασφάλιση ότι κάθε γυναίκα έχει έναν εξειδικευμένο συνοδό τοκετού παρόντα κατά τη γέννηση, iii) Οι πάροχοι θα πρέπει να εγγυώνται ότι καμία γυναίκα δεν παραμελείται ή στερείται την απαραίτητη φροντίδα με βάση την ικανότητα πληρωμής και iv) Οι πάροχοι υπηρεσιών θα πρέπει να διασφαλίζουν τη συνέχεια της περίθαλψης συντονίζοντας μεταξύ εγκαταστάσεων/χώρων και επαγγελματιών (Jolivet et al., 2021). 7) «Το δικαίωμα στην ελευθερία, την αυτονομία, την αυτοδιάθεση και την ελευθερία από εξαναγκασμό»: i) Οι πάροχοι δεν θα πρέπει να κρατούν παράνομα ή να περιορίζουν σωματικά τις γυναίκες ή τις οικογένειές τους στον χώρο του νοσοκομείου για οποιονδήποτε λόγο, συμπεριλαμβανομένης της αδυναμίας πληρωμής. ii) Οι γυναίκες δεν θα πρέπει ποτέ να εμποδίζονται να κρατούν, να βλέπουν ή να είναι με το νεογέννητό τους για οποιονδήποτε λόγο, συμπεριλαμβανομένης της αδυναμίας πληρωμής (Jolivet et al., 2021).

Η White Ribbon Alliance που καταπιάνεται με τον τρίτο (3^ο) στόχο της βιώσιμης ανάπτυξης που αφορά την υγεία και με τον πέμπτο (5^ο) στόχο που αφορά την ισότητα των φύλων, προχώρησε σε ανακοίνωση βασισμένη στη Σύμβαση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων όπου αναφέρει πως όλες οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της γέννας έχουν το δικαίωμα: 1) Να μην υπόκεινται σε βλάβες και

κακομεταχείριση, 2) Στην πληροφόρηση, την ενημερωμένη συναίνεση και την άρνηση, τον σεβασμό για τις επιλογές τους και τις προτιμήσεις τους, συμπεριλαμβανομένης της επιλογής ατόμου συντροφιάς κατά τη διάρκεια της γέννας, 3) Στο απόρρητο και την εμπιστευτικότητα, 4) Στην αντιμετώπιση με σεβασμό και αξιοπρέπεια, 5) Στην ισότητα, στην απαλλαγή από διακρίσεις και τη δίκαιη φροντίδα, 6) Στην υγειονομική περίθαλψη και στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, 7) Στην ελευθερία, την αυτονομία, την αυτοδιάθεση και την ελευθερία από εξαναγκασμό (White Ribbon Alliance, 2019).

3.7. ΒΙΟΗΘΙΚΗ, ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΚΑΙ ΑΡΝΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πριν από οποιαδήποτε ιατρική πράξη ο/η ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει τον λόγο, τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές διαδικασίες, τους περιορισμούς που θα προκύψουν από την ιατρική πράξη, το κόστος της διαδικασίας και να δώσει την ενημερωμένη συναίνεσή του/της (Benjamin, 2016). Η ενημερωμένη συναίνεση προήλθε για να προστατεύσει τα νομικά και ηθικά δικαιώματα του/ης ασθενούς και να βελτιώσει τη σχέση γιατρού-ασθενούς και το σύστημα υγείας με κύριο εργαλείο την απόκτηση από τον/την ασθενή επαρκούς γνώσης ώστε να λάβει τη σωστή απόφαση που του/της ταιριάζει, για αυτό και η ενημερωμένη συναίνεση θα πρέπει να είναι ελεύθερη, ανακλητή και απαλλαγμένη από οποιονδήποτε πειθαναγκασμό (Benjamin, 2016). Ωστόσο η αξιολόγηση της εφαρμογής της ενημερωμένης συναίνεσης δεν είναι απλή. Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Sherman et al. (2021) οι υπάρχουσες κλίμακες αφενός δεν αξιολογούν ολόπλευρα την ύπαρξη της ενημερωμένης συναίνεσης, αφετέρου δεν αξιολογούν επαρκώς εάν η όποια απόφαση λαμβάνεται χωρίς αθέμιτη επιρροή από την ιατρική ομάδα. Μάλιστα, έχει προταθεί ότι η μεταφορά πληροφοριών για τη λήψη ενημερωμένης συναίνεσης θα πρέπει να συνοδεύεται από την προσδοκία ότι τα άτομα ενδέχεται να αρνηθούν, διαμορφώνοντας την έννοια της «ενημερωμένης άρνησης» ως απαραίτητο συμπλήρωμα της «ενημερωμένης συναίνεσης», δηλαδή ενός ευρύτερου κοινωνικού πεδίου που αφορά όχι μόνο το τι είναι σωστό, αλλά και τα πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα των ατόμων (Benjamin, 2016). Ωστόσο, δε θα πρέπει να αγνοείται το γεγονός πως για κάποιους/ες ασθενείς η παροχή πληροφοριών σχετικά με τους κινδύνους και τις επιπλοκές προκαλεί υπερβολικό άγχος καθιστώντας τους/ες ανίκανους/ες να αποφασίσουν, ενώ κάποιοι/ες πιστεύουν πως ο/η γιατρός πρέπει να πάρει την απόφαση για λογαριασμό τους και να αναλάβει όλη την ευθύνη, αντίληψη που πολλές φορές ακυρώνει τον πραγματικό σκοπό της ενημερωμένης συναίνεσης (Benjamin, 2016).

Το άρθρο επτά (7) του «Διεθνούς Συμφώνου για τα Αστικά και Πολιτικά Δικαιώματα» (International Covenant on Civil and Political Rights) της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ αναφέρει πως «Κανείς/καμιά δεν πρέπει να υποβάλλεται σε βασανιστήρια ή σε σκληρή, απάνθρωπη ή

ταπεινωτική μεταχείριση ή τιμωρία. Ειδικότερα, κανένας/καμιά δε μπορεί να υποβληθεί χωρίς την ελεύθερη συγκατάθεσή του/ης σε ιατρικούς ή επιστημονικούς πειραματισμούς.» (United Nations, 1966).

Το άρθρο πέντε (5) της «Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική» του Συμβουλίου της Ευρώπης που είναι γνωστή ως «Σύμβαση της Οβιέδο» αναφέρει ότι «Μια επέμβαση στον τομέα της υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη και ενημερωμένη συναίνεσή του. Το πρόσωπο αυτό πρέπει να λάβει εκ των προτέρων τις κατάλληλες πληροφορίες σχετικά με τον σκοπό και τη φύση της επέμβασης καθώς και τις συνέπειες και τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποιαδήποτε στιγμή να αποσύρει τη συναίνεσή του» (Council of Europe, 1997).

Στο άρθρο πέντε (5) της «Οικουμενικής Διακήρυξης για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα» (Universal Declaration on Bioethics and Human Rights) αναφέρεται ότι «Η αυτονομία των ατόμων που συμμετέχουν σε λήψη αποφάσεων, όπως αυτές που αφορούν την υγεία τους, θα πρέπει να γίνεται σεβαστή. Η αυτονομία αυτή περιλαμβάνει την ελευθερία να λαμβάνουν αποφάσεις με βάση την πληροφόρηση που τους παρέχεται, καθώς και την αποδοχή των συνεπειών των αποφάσεών τους και του σεβασμού της ατομικής τους ευθύνης» (UNESCO, 2005). Αντίστοιχα, στο άρθρο έξι (6) της ίδιας σύμβασης αναφέρεται ότι «Οποιαδήποτε προληπτική, διαγνωστική και θεραπευτική ιατρική παρέμβαση θα πρέπει να πραγματοποιείται μόνο με την προηγούμενη, ελεύθερη και ενημερωμένη συναίνεση του ατόμου που πρόκειται να υποβληθεί στην παρέμβαση, βασισμένη σε επαρκείς πληροφορίες. Η συναίνεση θα πρέπει, όπου ενδείκνυται, να είναι ρητή και μπορεί να ανακληθεί από το πρόσωπο αυτό οποιαδήποτε στιγμή και για οποιονδήποτε λόγο χωρίς δυσμενείς συνέπειες ή επιζήμια αποτελέσματα» (UNESCO, 2005).

Το δικαίωμα στην άρνηση ιατρικής περίθαλψης βρίσκεται στον πυρήνα της ατομικής αυτονομίας και επιτρέπει στο άτομο να διατηρεί τη φυσική ακεραιότητα του σώματός του και να προσδιορίσει εάν υπάρχουν ζητήματα πιο σημαντικά από τη διατήρηση της υγείας ή ακόμα και της ζωής του (Wicks, 2001). Το δικαίωμα στην άρνηση θεραπείας δεν αποτελεί ένα νέο ζήτημα προβληματισμού στον τομέα της υγείας και της βιοηθικής αφού πλήθος αναλύσεων εμπλουτίζουν την ιατρική και κοινωνική βιβλιογραφία ήδη από τη δεκαετία του 1980 (Gutheil, 1986; Deutsch, 1989; Stross, 1989; Hall, 1994).

3.8. ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα, η διερεύνηση και η εμβάθυνση στο φαινόμενο της Μαιευτικής Βίας (MB) είναι απαραίτητη προκειμένου να μπορέσουν στη συνέχεια να καταστρωθούν αποτελεσματικές δράσεις για την καταπολέμησή του (Bakker, et al., 2020; Dias & Machado, 2019; Freedman, et al., 2014; Garcia, 2020; Mena-Tudela, et al., 2020; Sadler, et al., 2016; World Health Organization, 2014), δράσεις που θα έχουν Κοινωνικοπαιδαγωγικό χαρακτήρα καθώς παραδοσιακά η Κοινωνική Παιδαγωγική θεωρείται μία προβληματοκεντρική επιστήμη που σκοπός της είναι η καταπολέμηση των κοινωνικών προβλημάτων μέσω της εκπαίδευσης και της εξέλιξης των ατόμων (Hämäläinen, 2015), για αυτό και είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν οι κοινωνικές και ψυχικές επιπτώσεις του φαινομένου της MB.

Η επιστημονική έρευνα έχει αναδείξει τη σχέση της MB με επιλόχειες ψυχικές διαταραχές όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες (Hajizadeh & Mirghafourvand, 2021; Hernández-Martínez A. , et al., 2019; Hernández-Martínez A. , et al., 2020; Martínez-Galiano, et al., 2021; Scandurra, et al., 2021) και η επιλόχεια κατάθλιψη (de Souza, Rattner, & Bauermann Gubert, 2017; Henriques Leite, Esteves Pereira, do Carmo Leal, & de Silva, 2020; Silveira, et al., 2019). Πέραν της καθαυτής συσχέτισης της MB με την επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των ατόμων που γεννούν, οι αρνητικές επιπτώσεις φαίνεται να αγγίζουν ένα ευρύ φάσμα. Η συστηματική ανασκόπηση των Minckas, Gram, Smith, & Mannell (2021) και πρόσφατη έρευνα στη Βραζιλία με 19.644 μητέρες ανέδειξαν ότι εκείνες που είχαν εκτεθεί σε MB έτειναν να μην αναζητούν ιατρική βοήθεια για τις ίδιες και τα βρέφη τους ή να την αναζητούν με ουσιαστική καθυστέρηση (Henriques Leite, et al., 2020), διαμορφώνοντας ένα μη συμπεριληπτικό περιβάλλον διακρίσεων. Έρευνα με 7.753 γυναίκες στη Σουηδία, ανέδειξε ότι εκείνες που υπέστησαν MB ανέφεραν σε υψηλό βαθμό πως η εμπειρία τους έχει επηρεάσει τα συναισθήματα και τις προθέσεις τους σχετικά με μια πιθανή μελλοντική εγκυμοσύνη και γέννα (Meyer, et al., 2022). Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Miller & Lalonde (2015) οι γυναίκες που υπέστησαν κακομεταχείριση κατά τη γέννα ήταν περισσότερο πιθανό να επιλέξουν να μη γεννήσουν σε νοσοκομείο σε μελλοντική εγκυμοσύνη. Επιπλέον, η έκθεση σε MB έχει βρεθεί να επηρεάζει αρνητικά και τη σωματική και σεξουαλική υγεία των γυναικών (Chattopadhyay et al., 2018) και ότι μια πολύ σημαντική εμπειρία στη ζωή τους έχει μετατραπεί σε βίαιη και αρνητική (McGarry et al., 2017). Τέλος, η MB έχει αρνητικές επιπτώσεις όχι μόνο για τις γυναίκες που τις υφίστανται αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας που την εφαρμόζουν ή γίνονται μάρτυρες αντίστοιχων περιστατικών (Mena-Tudela et al., 2020). Ειδικότερα, το προσωπικό που γίνεται μάρτυρας αυτού του τύπου βίας μπορεί να υποφέρει από «κόπωση συμπόνιας» ή δευτερογενές τραυματικό στρες ως απάντηση στην παρατήρηση των τραυμάτων που βιώνει η γυναίκα σε πρώτο βαθμό (Sadler et al., 2016).

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, η MB φαίνεται να έχει ένα ευρύ φάσμα ψυχικών και κοινωνικών επιπτώσεων. Καθώς για τις κοινωνικές επιστήμες το τι θεωρείται «κοινωνικό» και η έννοια του «κοινωνικού» δεν είναι μία στερεότυπη έννοια που παραμένει απαράλλαχτη στο πέρασμα των χρόνων αλλά αντίθετα διαπραγματεύεται και επαναπροσδιορίζεται σε συνάρτηση με την ίδια την κοινωνία (Úcar, 2021) η Κοινωνική Παιδαγωγική οφείλει να παραμένει επίκαιρη εντοπίζοντας και διερευνώντας τα καινούρια προβλήματα και ζητήματα που προκύπτουν στον εκάστοτε αναμορφωμένο τύπο κοινωνίας (Úcar, 2021). Για τον λόγο αυτό το φαινόμενο της MB μπορεί να θεωρηθεί ως ένα κατάλληλο ζήτημα διερεύνησης για την Κοινωνική Παιδαγωγική καθώς αποτελεί ένα σύγχρονο φαινόμενο μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας.

3.9. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ, ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗ

Κατά τη βιβλιογραφική αναζήτηση δεν ανευρέθηκε κάποια έρευνα που να μελετά συγκεκριμένα τις επιδράσεις της Μαιευτικής Βίας (MB) στη νευροχημεία ή τη δομή του εγκεφάλου. Παρόλα αυτά, είναι γνωστό πως η έκθεση σε βία στην ενήλικη ζωή μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στον εγκέφαλο. Οι εμπειρίες που ζει κανείς επηρεάζουν τα νευρωνικά κυκλώματα, τα μοριακά προφίλ, τη νευροχημεία και κατ' επέκταση την νευροενδοκρινική λειτουργία και τη συμπεριφορά (McEwen & Morrison, 2013).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Heim, Newport, Heit, Graham, & Wilco (2000) η κακοποίηση οδηγεί σε αυξημένη ανταπόκριση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (YYE) που αφορά την ανταπόκριση του σώματος σε κινδύνους. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των de Kloet, Joels & Holsboer (2005) η αυξημένη κινητοποίηση του άξονα YYE σχετίζεται με γνωστική έκπτωση, αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη. Πράγματι, αρκετές έρευνες έχουν αναδείξει τη θετική σχέση ανάμεσα στην έκθεση σε MB και την επιλόχεια κατάθλιψη (de Souza, et al., 2017; Henriques Leite, et al., 2020; Silveira, et al., 2019).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των McEwen & Morrison (2013) και των Saxe, Mayo & Van der Kolk (2017) η έκθεση σε βία στην ενήλικη ζωή μπορεί να προκαλέσει δομικές και λειτουργικές αλλαγές στον προμετωπιαίο φλοιό, μία δομή με ιδιαίτερη πλαστικότητα, επηρεάζοντας έτσι την εργαζόμενη μνήμη, τη συναισθηματική ρύθμιση, τη στοχοκατεθυμένη δράση και αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής νόσου μεταξύ των οποίων και η διαταραχή μετατραυματικού στρες. Πράγματι, πλήθος ερευνών έχει αναδείξει τη θετική σχέση ανάμεσα στην έκθεση σε MB με την εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες (Hajizadeh & Mirghafourvand, 2021; Hernández-Martínez A., et al., 2019; Hernández-Martínez A., et al., 2020; Martínez-Galiano, et al., 2021; Scandurra, et al., 2021). Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Gilpin & Najjar (2017), η έκθεση σε τραυματικό παράγοντα συμπεριλαμβανομένης της έκθεσης σε βία, οδηγεί σε επιτάχυνση της

γήρανσης του εγκεφάλου αυξάνοντας τον κίνδυνο για γνωστική έκπτωση και νευροεκφυλιστικές ασθένειες. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Bremner, Vermetten, & Vythilingam (2005) που βασίστηκε σε νευροαπεικονιστικές εκθέσεις ατόμων με διαταραχή μετατραυματικού στρες ως αποτέλεσμα έκθεσης σε βία, εντοπίστηκαν αλλαγές σε περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στη ρύθμιση των συναισθημάτων, στην επεξεργασία των τραυματικών αναμνήσεων και στις αντιδράσεις στο στρες.

3.10. ΣΥΝΟΨΗ

Η καταπολέμηση της Μαιευτικής Βίας (ΜΒ) και η προώθηση της Με Σεβασμό Μητρικής Φροντίδας (ΜΣΜΦ) είναι δύο στενά συνδεδεμένες έννοιες, ωστόσο όχι παράλληλες, καθώς είναι πιθανό οι γυναίκες να υφίστανται και τα δύο φαινόμενα ταυτόχρονα και η περίθαλψη που λαμβάνουν σε κάποια της σημεία να είναι κακοποιητική και σε κάποια άλλα να συντρέχει με τις αρχές της ΜΣΜΦ. Μεταξύ των στοιχείων που εμπλέκονται στο σύστημα της αναπαραγωγής και της συντήρησης της ΜΒ είναι οι ίδιες οι γυναίκες, οι πάροχοι υπηρεσιών και διάφορα διεθνή όργανα, οι στάσεις των οποίων πάνω στο φαινόμενο της ΜΒ είναι σημαντικό να κατανοηθούν προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματική καταπολέμησή του. Ειδικότερα, τα στοιχεία που διαμορφώνουν την αντίληψη των γυναικών για την εμπειρία της γέννας ως θετική ή αρνητική είναι η εμπιστοσύνη των γυναικών στις δυνάμεις τους, ο πόνος, η χαρά, η ευγνωμοσύνη και ο ενθουσιασμός για τον ερχομό του μωρού, αλλά και συναισθήματα αβεβαιότητας και αγωνίας, ένα ασφαλές περιβάλλον στο οποίο μπορεί να επιστρέψει η γυναίκα μετά τη γέννα, η παρουσία ατόμου ως συνοδός, η υποτακτική στάση απέναντι στους επαγγελματίες, η έλλειψη ενημέρωσης, οι ανεπάρκειες του συστήματος, η απομόνωση, οικονομικά ζητήματα, αισθήματα σεβασμού και εκτίμησης προς το πρόσωπό τους, συμπόνια και φιλικότητα. Σχετικά με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τη ΜΒ, φαίνεται πως αυτές επηρεάζονται από παράγοντες όπως η εμπειρία και η σχετική εκπαίδευση, με τους/τις λιγότερο έμπειρους/ες επαγγελματίες να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι/ες στο ζήτημα και την εκπαίδευση να αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για την καταπολέμηση της ΜΒ. Οι αντιλήψεις για το τι αποτελεί και τι όχι ΜΒ, όχι μόνο δεν είναι κοινές ανάμεσα στους/ις επαγγελματίες αλλά είναι και πιθανότερο να αναγνωρίσουν τέτοια περιστατικά όταν αφορούν κάποια άλλη ειδικότητα, ενώ η αναστοχαστική διαδικασία για τους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να είναι καθοριστικής σημασίας για την ευαισθητοποίηση και την αντιμετώπιση της ΜΒ. Σύμφωνα με τον World Health Organization, παρά τα μέτρα που έχουν ληφθεί, η αντιμετώπιση που δέχονται πολλές γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό εξακολουθεί να υπονομεύει την εμπιστοσύνη τους στην υγειονομική περίθαλψη, αντιτίθεται στα δικαιώματά τους και περιορίζει την πρόσβασή τους σε βασικές υπηρεσίες. Πολλές παραβιάσεις και μορφές μη σεβασμού

προκύπτουν από έλλειψη ενημέρωσης, έλλειψη απορρήτου, έλλειψη συναίνεσης και ανεπαρκή παροχή φροντίδας, καθώς και πολιτισμικές και γλωσσικές διαφορές. Αυτές οι πρακτικές, ιδίως σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, επιδεινώνουν την ανισότητα και πρέπει να αντιμετωπιστούν με προγράμματα, πολιτικές και εκπαίδευση. Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της μητρικής φροντίδας πρέπει να εστιάζουν στον σεβασμό, την προστασία και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων σε όλες τις συνθήκες, ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων μερών, συμπεριλαμβανομένων των γυναικών, στην επίλυση των προβλημάτων. Η έννοια της ενημερωμένης συναίνεσης και της ενημερωμένης άρνησης είναι ζητήματα ουσιαστικής σημασίας για την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας, ωστόσο έχει αναδειχθεί πως η παροχή πληροφοριών είναι μία σύνθετη διαδικασία.

Σε αρκετές χώρες της Λατινικής Αμερικής, στην οποία και αναδύθηκε ο όρος της MB, υπάρχει ειδικό εθνικό νομικό πλαίσιο σε σχέση με το φαινόμενο της MB. Στην Ελλάδα, παρότι αποδεδειγμένα υφίσταται το φαινόμενο της MB, εντούτοις δεν υπάρχει κάποιο νομικό πλαίσιο που να προστατεύει τις γυναίκες ούτε και αναγνωρίζεται σαν ορολογία. Σύμφωνα με επιστήμονες και ειδικούς στα ανθρώπινα δικαιώματα, η MB αποτελεί μία μορφή έμφυλης βίας που παραβιάζει μία σειρά από τα Δικαιώματα των Ανθρώπων μεταξύ των οποίων το δικαίωμα στη ζωή, την υγεία, τη σωματική ακεραιότητα, την ιδιωτικότητα, την αυτονομία και την ελευθερία από διακρίσεις. Πέραν της καθαρής παραβίασης των δικαιωμάτων των γυναικών, η έκθεση σε MB φαίνεται πως δύναται να καθορίσει συνολικά τις αποφάσεις των γυναικών σε ζητήματα περίθαλψης και μητρότητας όπως στην αποφυγή αναζήτησης ιατρικής-νοσοκομειακής περίθαλψης για εκείνες και τα βρέφη τους και στις προθέσεις για μελλοντική εγκυμοσύνη. Επομένως αναδεικνύεται πως το φαινόμενο της MB είναι ένα ζήτημα με ουσιαστικές όχι μόνο προσωπικές αλλά και κοινωνικές προεκτάσεις. Για τον λόγο αυτό αποτελεί ένα κατάλληλο πεδίο έρευνας και δράσης για την Κοινωνική Παιδαγωγική. Ακόμη, η επιστημονική έρευνα έχει αποδείξει τη θετική σχέση ανάμεσα στην έκθεση σε MB και την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η επιλόχεια κατάθλιψη. Έχει αποδειχθεί πως η εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες ως αποτέλεσμα έκθεσης σε βία έχει σημαντικές μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες στη δομή και τη νευροχημεία του εγκεφάλου που δύνανται να οδηγήσουν σε λειτουργική έκπτωση όπως διαταραχή των γνωστικών και επιτελικών λειτουργιών, της ρύθμισης του συναισθήματος και νευροεκφυλιστικές διαταραχές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρότι οι προγραμματικές προσπάθειες για την επίλυση του φαινομένου της Μαιευτικής Βίας (MB) ή/και της Κανονικοποίησής της είναι αρκετά περιορισμένες, εντοπίστηκαν 4 προγράμματα που καταπιάνονται με αυτόν το σκοπό. Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν αδρά τα τέσσερα (4) σχετικά προγράμματα, τα οποία παρότι δεν αναφέρονται ως κοινωνικοπαιδαγωγικά, εφαρμόζουν κάποιες από τις βασικές διαστάσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής. Στη συνέχεια θα γίνει μία απόπειρα αναστοχασμού και κριτικής των συγκεκριμένων προγραμμάτων μέσα από το πρίσμα της Κοινωνικής Παιδαγωγικής και κατά περιπτώσεις θα γίνουν σχετικές προτάσεις για την αναπλαισίωσή τους σε μια πιο κοινωνικοπαιδαγωγική προσέγγιση, με βάση τις επιστημολογικές και μεθοδολογικές διαστάσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής που έχουν αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

4.2. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ MENA- TUDELA, ET AL. (2020)

Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η αντίληψη φοιτητών/τριων της ιατρικής και της νοσηλευτικής σε σχέση με τη Μαιευτική Βία (MB) και να ταυτοποιηθούν πιθανές διαφορές στις αντιλήψεις ύστερα από ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα παρέμβασης (Mena-Tudela et al., 2020). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εφαρμόστηκε στα πλαίσια μελέτης του Πανεπιστημίου Jaume I (Universitat Jaume I) στην Ισπανία και πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2019. Η μελέτη χρησιμοποίησε τον προ/μεταπειραματικό σχεδιασμό για την αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών/τριων επιστημών της υγείας για τη MB (Mena-Tudela et al., 2020). Στη μελέτη συμμετείχαν ενενήντα εννιά (99) φοιτητές/ριες και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου χωρισμένο σε τέσσερα κύρια μέρη ώστε να αφορά συμπεριφορές MB πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό καθώς και περιπτώσεις καισαρικής (Mena-Tudela et al., 2020).

Η παρέμβαση αποτελείτο από ένα σεμινάριο οχτώ (8) ωρών χωρισμένο σε δύο (2) μέρη, με σκοπό την αλλαγή στη στάση των φοιτητών/ριών επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το τι θεωρούν ως MB (Mena-Tudela et al., 2020). Το πρώτο μέρος περιλάμβανε μία θεατρική παράσταση διάρκειας μίας (1) ώρας σχετική με τη MB που διαδραματίστηκε στην αίθουσα τοκετού από την θεατρική

ομάδα «*The Other Part of the Theatre*» και ένα σεμινάριο εξειδίκευσης (masterclass) διάρκειας δύο (2) ωρών σχετικά με τις νομικές πτυχές της MB από επαγγελματία νομικό εξειδικευμένο στο ιατρικό δίκαιο (Mena-Tudela et al., 2020). Το δεύτερο μέρος πραγματοποιήθηκε εννιά (9) μέρες αργότερα και περιλάμβανε ένα στρογγυλό τραπέζι διάρκειας τεσσάρων (4) ωρών αποτελούμενο από επαγγελματίες και ειδικούς προερχόμενους από διάφορα επιστημονικά πεδία που κατέθεσαν τις εμπειρίες τους και ένα επιπλέον στρογγυλό τραπέζι διάρκειας μίας (1) ώρας όπου εθελόντριες μητέρες κατέθεσαν τις εμπειρίες τους (Mena-Tudela et al., 2020).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης έδειξε θετικά αποτελέσματα αφού υπήρξε στατιστικά σημαντική μετατόπιση στην αναγνώριση της πλειοψηφίας των συμπεριφορών MB, συγκριτικά με το στάδιο πριν την παρέμβαση όπου οι συμμετέχοντες/ουσες αναγνώριζαν μόνο μία συμπεριφορά MB (Mena-Tudela et al., 2020). Σύμφωνα με τα συμπεράσματα των ερευνητών/ριών, οι φοιτητές/ριες των επιστημών της υγείας ενσωματώνουν την Κανονικοποίηση της MB κατά τη διάρκεια των σπουδών τους (Mena-Tudela et al., 2020). Μια εκπαιδευτική δραστηριότητα που στοχεύει στο να καταστήσει ορατή αυτή τη μορφή βίας και να προκαλέσει σκέψη γύρω από αυτή βοηθά στην ευαισθητοποίηση των φοιτητών/τριών, καθιστώντας δυνατό γι' αυτούς/ες να παρατηρήσουν τη συγκεκριμένη μορφή βίας και να την αναγνωρίσουν (Mena-Tudela et al., 2020).

4.2.1. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το πρόγραμμα παρέμβασης για τη Μαιευτική Βία (MB) περιλαμβάνει στοιχεία που συνδέονται με διάφορες από τις διαστάσεις της Κοινωνικοπαιδαγωγικής Επιστήμης.

Η προβληματοκεντρική θεώρηση: Η μελέτη αντιμετωπίζει την αντίληψη των φοιτητών/ριων για τη MB και προσπαθεί να διορθώσει τυχόν παρανοήσεις ή ανεπάρκειες στην κατανόηση αυτού του προβλήματος.

Η συστηματική επιδίωξη για βελτίωση και αλλαγή: Η παρέμβαση έχει στόχο την αλλαγή στη στάση των φοιτητών/ριων ιατρικής και νοσηλευτικής έναντι της MB, προκειμένου να βελτιωθεί η αντίληψή τους για αυτό το θέμα.

Η ενεργός συμμετοχή και η οργανωμένη συλλογική δράση στο πεδίο: Το πρόγραμμα περιλαμβάνει σεμινάρια και στρογγυλά τραπέζια όπου οι φοιτητές/ιες συμμετέχουν ενεργά και συζητούν το θέμα της MB, συμβάλλοντας σε μια ομαδική αντιμετώπιση του ζητήματος.

Αν και το πρόγραμμα είχε πολλές θετικές πτυχές, υπάρχουν αρκετές διαστάσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής που δεν εντοπίζονται, κάποιες από τις οποίες θα αναφερθούν ενδεικτικά.

Οι ολιστικές – συστημικές προσεγγίσεις: Μολονότι υπήρξε παρέμβαση στην αντίληψη των φοιτητών/τριών, φαίνεται ότι η μελέτη επικεντρώθηκε σε συγκεκριμένες δράσεις (όπως το θέατρο και σεμινάρια) χωρίς να ενσωματώσει πλήρως τις συνιστώσες που προσφέρει η συστημική προσέγγιση σε μία πρόκληση ή πρόβλημα. Ενδεικτικά, για την ενσωμάτωση της συστημικής

προσέγγισης στην παρέμβαση, θα ήταν χρήσιμο να συμπεριλαμβάνονται και άλλοι/ες εμπλεκόμενοι/ες στο φαινόμενο της MB όπως θεσμοί, οι ίδιες οι γυναίκες και οι συγγενείς τους. Παρόλα αυτά, αναγνωρίζεται πως στα πλαίσια ενός ευρύτερου συστήματος οι φοιτητές/τριες ως μέλλον επαγγελματίες υγείας αποτελούν στοιχείο του συστήματος. Επομένως η συγκεκριμένη παρέμβαση θα μπορούσε να αποτελεί ένα κομμάτι ενός συνολικότερου σχεδίου δράσης.

Η διαρκής κριτική και αναστοχαστική διαδικασία: Αν και υπήρξε μία αρχική αξιολόγηση, η μελέτη φαίνεται να μην περιελάμβανε συνεχή αναστοχαστική διαδικασία κατά τη διάρκεια ή μετά την παρέμβαση για να διασφαλίσει τη συνέχεια και την εξέλιξη των στάσεων των συμμετεχόντων. Ενδεικτικά, θα μπορούσε να καθοριστεί αξιολόγηση και σημεία αναστοχασμού πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την παρέμβαση ώστε οι συμμετέχοντες/ουσες να μπορούν να μοιραστούν τις σκέψεις τους, να αξιολογήσουν την εξέλιξη και την επίδραση της παρέμβασης.

Η ενθάρρυνση και ανάπτυξη της δημιουργικότητας και της συν-δημιουργίας νέας γνώσης: Παρότι η παρέμβαση έδειξε θετικά αποτελέσματα στη μετατόπιση των στάσεων, φαίνεται ότι δεν υπήρξε μεγάλη έμφαση στη δημιουργία νέων γνώσεων μέσω της συν-δημιουργίας μεταξύ των συμμετεχόντων. Ενδεικτικά, θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν ομαδικές δραστηριότητες όπου οι φοιτητές/ριες να μπορούν να συζητούν, να ανταλλάσσουν ιδέες και να δημιουργούν μαζί νέες γνώσεις, να διοργανώνονταν σεμινάρια ή ομάδες εργασίας όπου οι συμμετέχοντες να προτείνουν λύσεις και νέες ιδέες για την αντιμετώπιση της MB.

Παρότι υπήρξαν πιθανόν περιθώρια ενσωμάτωσης στο πρόγραμμα των κοινωνικοπαιδαγωγικών διαστάσεων που αναφέρθηκαν, είναι σημαντικό να διευκρινιστεί πως η μελέτη είχε θετικά αποτελέσματα στη μετατόπιση των στάσεων των φοιτητών/τριών.

4.3. ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ RATCLIFFE ET AL. (2016)

Το πρόγραμμα έλαβε χώρα από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Δεκέμβριο του 2014 σε νοσοκομείο της Τανζανίας και αποτέλεσε τη δεύτερη φάση ενός ευρύτερου σχεδίου δράσης σχετικό με την ασέβεια και την κακοποίηση των γυναικών κατά τη διάρκεια τη γέννας (Ratcliffe et al., 2016).

Συγκεκριμένα, η αρχική φάση περιλάμβανε μία έρευνα επιπολασμού και διερεύνησης της κατάστασης και των αναγκών σε σχέση με το ζήτημα της Μαιευτικής Βίας (MB). Η δεύτερη φάση επικεντρώθηκε στην επιλογή κατάλληλων παρεμβάσεων, στο σχεδιασμό και την υλοποίησή τους, βασισμένο στο «Πρωτόκολλο Υγείας Εργαζομένων για την Αλλαγή» (“Health Workers for Change Curriculum”) (Ratcliffe et al., 2016). Η τρίτη φάση του σχεδίου δράσης αποτελούνταν από την αξιολόγηση των παρεμβάσεων η οποία διενεργήθηκε ταυτόχρονα με τη φάση της παρέμβασης κατά

τους τελευταίους έξι μήνες του έργου αξιοποιώντας έναν πριν/μετά σχεδιασμό (Ratcliffe et al., 2016).

Αναλυτικότερα, για τη δεύτερη φάση που αποτελεί και την καθαυτή παρέμβαση, μετά την ολοκλήρωση της αρχικής μελέτης, μία ομάδα εργασίας αποτελούμενη από συμμετέχοντες από διαφορετικών πεδίων πραγματοποίησε σταδιακή και προσεκτική επιλογή κατάλληλων παρεμβάσεων και προωθήθηκε η διάδοσή τους προς τον πληθυσμό-στόχο μέσα από τη συνεργασία των διαχειριστών της μελέτης, τοπικών αξιωματούχων και εθνικών εκπροσώπων (Ratcliffe et al., 2016). Ειδικότερα, επιλέχθηκαν δύο (2) αυτόνομες παρεμβάσεις, οι «Ανοιχτές Ημέρες για τη Γέννα» (“Open Birth Days - OBD”) και το «Εργαστήρι για παροχή Μαιευτικής Φροντίδας με Σεβασμό» (Respectful Maternity Care Workshops) βασισμένες στην υπόθεση ότι οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις θα είχαν έναν θετικό συσσωρευτικό αντίκτυπο στις γνώσεις, τις στάσεις και στην επικοινωνία μεταξύ των γυναικών και των παρόχων υπηρεσιών, οι οποίες παρεμβάσεις αναγνωρίστηκαν από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη ως εφικτές, αποδεκτές και βιώσιμες στο υπάρχον σύστημα υγείας, με δαπάνη περιορισμένων πόρων (Ratcliffe et al., 2016).

Το OBD δημιουργήθηκε για να αντιμετωπίσει δύο κυρίως ανάγκες που εντοπίστηκαν στην Α' φάση του σχεδίου δράσης: (1) Παράπονα των παρόχων υπηρεσιών υγείας ότι οι γυναίκες δεν ετοιμαζόντουσαν επαρκώς για τη γέννα, συμπεριλαμβανομένου του ότι δεν ήξεραν πού να πάνε, τι να φέρουν μαζί τους, τι να περιμένουν ή ποια ήταν τα δικαιώματα και οι ευθύνες τους ως άτομα ωφελούμενα από το σύστημα υγείας, και (2) αναφορές από γυναίκες ότι τους έλειπε βασική πληροφορία σχετικά με τη διαδικασία της γέννας (Ratcliffe et al., 2016). Στο OBD ήταν δυνατό να συμμετέχουν όλες οι γυναίκες που βρίσκονταν στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και ελάμβαναν φροντίδα από το συγκεκριμένο νοσοκομείο στο οποίο διεξαγόταν η έρευνα και θα έπρεπε να συμμετέχουν σε τουλάχιστον μία συνεδρία (Ratcliffe et al., 2016). Το OBD σχεδιάστηκε για να διευκολύνει την επικοινωνία ανάμεσα στις γυναίκες και τους επαγγελματίες υγείας, να παρέχει στις γυναίκες μία βήμα προς βήμα λίστα για το τί να περιμένουν με την άφιξή τους στο μαιευτήριο, να τους παρέχει καθοδήγηση για το τί θα έπρεπε να έχουν μαζί τους και να τις ενδυναμώνει ώστε να υποστηρίζουν την ποιοτική υγειονομική περίθαλψή τους, προσανατολίζοντάς τις στα δικαιώματά τους κατά τη διάρκεια του τοκετού και, τέλος, στη δημιουργία εμπιστοσύνης και αμοιβαίας υπευθυνότητας μεταξύ των παρόχων και των γυναικών συζητώντας ανοιχτά τις προσδοκίες και για τις δύο μεριές (Ratcliffe et al., 2016).

Για να διευκολύνει αυτή τη συζήτηση για τα δικαιώματα των γυναικών που γεννούν, αξιοποιήθηκε η χάρτα για τα «Οικουμενικά Δικαιώματα των Γυναικών που Τεκνοποιούν» (“Universal Rights of Childbearing Women”) που μεταφράστηκε στην ανάλογη γλώσσα σε συνεργασία με την White Ribbon Alliance. Αντίγραφα της χάρτας τοποθετήθηκαν με τη μορφή αφίσας σε όλους τους

θαλάμους και τους χώρους του μαιευτηρίου, ενώ αντίγραφα με τη μορφή φυλλαδίων και σημειώσεων δόθηκαν στο προσωπικό και στις εγκύους (Ratcliffe et al., 2016).

Τα OBD αποτελούνταν από μία συνεδρία εκπαίδευσης σε ζητήματα υγείας και μία περιήγηση σε όλους τους χώρους που δυνητικά μπορούσε να βρεθεί μία γυναίκα που ερχόταν στο μαιευτήριο για να γεννήσει όπως η γραμματεία, η προγεννητική πτέρυγα, η πτέρυγα τοκετού και οι οδύνες, η μεταγεννητική πτέρυγα, το φαρμακείο, το τμήμα παραπόνων κ.α. Από τον Μάιο έως τον Οκτώβριο του 2014, επιλέχθηκαν 362 γυναίκες οι οποίες αποδέχθηκαν στο 100% την πρόσκληση και πραγματοποίησαν τη συμμετοχή τους (Ratcliffe et al., 2016).

Το «Εργαστήρι ΜΣΜΦ» ανταποκρίθηκε στα αιτήματα επαγγελματιών υγείας και των διαχειριστών για κατάρτιση στον τομέα της ΜΣΜΦ (Ratcliffe et al., 2016). Ως βάση για το εκπαιδευτικό υλικό του εργαστηρίου αξιοποιήθηκε το «Health Workers for Change Curriculum» του World Health Organisation (Ratcliffe et al., 2016). Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελείται από έξι τόμους, έχει αξιολογηθεί σε μια πληθώρα χωρών με διαφορετικά συστήματα υγείας και έχει βρεθεί να προωθεί με συνέπεια τον ανοιχτό διάλογο, να βελτιώνει τις σχέσεις χρηστών υπηρεσιών υγείας και επαγγελματιών υγείας, να βελτιώνει την εσωτερική επικοινωνία στις εγκαταστάσεις, να ενθαρρύνει τον προσωπικό αναστοχασμό και να ενισχύει την ενσυναίσθηση μεταξύ των παρόχων (Ratcliffe et al., 2016).

Ο στόχος του εργαστηρίου ήταν οι επαγγελματίες υγείας να επανεξετάσουν τους επαγγελματικούς τους κώδικες δεοντολογίας, να εκτιμήσουν την τρέχουσα πρακτική τους σε σχέση με αυτές τις ηθικές αρχές, να προβληματιστούν σχετικά με την προσωπική κατάσταση των ασθενών στη μονάδα και τι μπορεί να επιθυμούν όταν έρχονται να αναζητήσουν φροντίδα και να προβληματιστούν ανοιχτά και ειλικρινά σχετικά με τα διαπροσωπικά και διαρθρωτικά εμπόδια που παρακωλύουν την παροχή μητρικής φροντίδας με σεβασμό στον συγκεκριμένο χώρο όπου πραγματοποιούνταν η έρευνα (Ratcliffe et al., 2016).

Το εργαστήρι πραγματοποιήθηκε από αναγνωρισμένους καθηγητές της ιατρικής σχολής και έμπειρους συντονιστές-διευκολυντές και διήρκεσε δύο (2) μήνες (Ratcliffe et al., 2016). Ογδόντα οκτώ (88) εργαζόμενοι/ες από το μαιευτήριο - συμπεριλαμβανομένου όλου του προσωπικού που παρείχε φροντίδα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό προσεγγίστηκαν για να συμμετάσχουν. Εβδομήντα έξι (76) ήταν πρόθυμοι και ικανοί να συμμετάσχουν (Ratcliffe et al., 2016). Οι συμμετέχοντες/ουσες προέρχονταν από όλες τις μονάδες του μαιευτηρίου (διοικητικά και υγειονομικά τμήματα), χωρίστηκαν σε πέντε ομάδες των δεκαπέντε-είκοσι (15-20) ατόμων και όλοι/ες τους ολοκλήρωσαν έξι (6) εργαστηριακές συνεδρίες σε μια περίοδο δύο (2) ημερών ανά ομάδα (Ratcliffe et al., 2016). Ανώτεροι διαχειριστές εγκαταστάσεων και δημοτικοί υπάλληλοι συμμετείχαν στο πρόγραμμα, αλλά περιορίστηκαν σε ξεχωριστή ομάδα, έτσι ώστε οι εργαζόμενοι στην πρώτη γραμμή υγείας στις άλλες ομάδες να μπορούν να συμμετέχουν σε ελεύθερη και

ανοιχτή συζήτηση (Ratcliffe et al., 2016). Οι συμμετέχοντες/ουσες κλήθηκαν να προβληματιστούν σχετικά με τα εμπόδια στην παροχή φροντίδας με σεβασμό - τόσο διαπροσωπικής όσο και δομικής - που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους εργασία (Ratcliffe et al., 2016). Στο τέλος του εργαστηρίου, οι συμμετέχοντες/ουσες κλήθηκαν να αναπτύξουν ένα σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων (Ratcliffe et al., 2016).

Η «Θεωρία της Αλλαγής» (Theory of Change) που ορίζει συγκεκριμένα αποτελέσματα, αξιοποιήθηκε για να καθοδηγήσει τις δραστηριότητες παρέμβασης και τις προσπάθειες αξιολόγησης (Ratcliffe et al., 2016). Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης εφαρμόστηκαν πολλαπλές μέθοδοι όπως αξιολογητικά τεστ πριν και μετά, περιοδικές παρατηρήσεις των συνεδριών, άμεση παρατήρηση της αλληλεπίδρασης επαγγελματιών-γυναικών από ειδικά εκπαιδευμένες μαίες, σύντομες ανοιχτές συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες/ουσες (Ratcliffe et al., 2016).

Συνολικά, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης-παρέμβασης έδειξαν σημαντικές θετικές αλλαγές στους/ις εργαζόμενους/ες και τις γυναίκες. Ειδικότερα, οι γυναίκες που συμμετείχαν στις «Ανοιχτές Ημέρες για τη Γέννα» αύξησαν τις γνώσεις τους σε σχέση με τα δικαιώματά τους και ένιωσαν ενδυναμωμένες κατά τη διάρκεια του τοκετού (Ratcliffe et al., 2016). Προσδιορίστηκε αυξημένη αναφορά των γυναικών για ασέβεια και κακοποίηση εντός του μαιευτηρίου σε σχέση με την περίοδο πριν το πρόγραμμα παρέμβασης, εύρημα που υπογραμμίζει όχι την αύξηση των ποσοστών MB αλλά την αυξημένη αναγνώριση, αποκανονικοποίηση και κινητοποίηση των γυναικών σε σχέση με το ζήτημα (Ratcliffe et al., 2016). Επιπλέον, οι επαγγελματίες είχαν αυξημένη γνώση των δικαιωμάτων των ασθενών, μεγαλύτερη ικανότητα να συμπάσχουν με τις γυναίκες που εξυπηρετούν και αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία τους. Τέλος, οι πάροχοι επέδειξαν έντονη επιθυμία να βελτιώσουν τη φροντίδα που παρέχουν οι ίδιοι/ες και το μαιευτήριο καθώς και αυξημένη πεποίθηση ότι είναι δυνατές αλλαγές εντός των εγκαταστάσεων (Ratcliffe et al., 2016).

4.3.1. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης για τη Μαιευτική Βία (MB) περιλαμβάνει στοιχεία που συνδέονται με διάφορες από τις μεθοδολογικές και επιστημολογικές διαστάσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής.

Η προβληματο-κεντρική θεώρηση: Η συγκεκριμένη διάσταση φαίνεται πως υφίσταται στο πρόγραμμα καθώς όχι μόνο το φαινόμενο της MB είναι γνωστό στην επιστημονική κοινότητα αλλά πριν την έναρξη της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε έρευνα σε σχέση με την ανάλυση των αναγκών των εμπλεκόμενων πληθυσμών.

Η ενότητα θεωρίας και πράξης: Αναφέρεται πως οι συμμετέχοντες/ουσες επαγγελματίες υγείας είχαν τη δυνατότητα να συζητούν και να προβληματίζονται πάνω σε ζητήματα της πρακτικής τους και στη συνέχεια κλήθηκαν να φανταστούν αντίστοιχες λύσεις τις οποίες θεωρούσαν εφικτές,

υποδεικνύοντας έτσι έναν αρχικό βαθμό ενότητας της θεωρίας με την πράξη. Για την ενίσχυση αυτής της διάστασης, οι επαγγελματίες θα μπορούσαν να κληθούν να εφαρμόσουν τις συγκεκριμένες λύσεις και να επιστρέψουν για να αναστοχαστούν πάνω στις λύσεις που εφάρμοσαν. Οι ολιστικές – συστημικές προσεγγίσεις: Η συγκεκριμένη παρέμβαση φαίνεται να είναι σε συμφωνία με τη συστημική θεωρία, καθώς δεν αντιμετωπίζει το φαινόμενο της MB ως ένα στατικό πρόβλημα που υφίσταται ανάμεσα σε δύο μέρη αλλά αντίθετα αναγνωρίζει τον πολύ-επίπεδο χαρακτήρα του προβλήματος. Ως εκ τούτου εμπλέκει τις ίδιες τις γυναίκες, τους συγγενείς τους, τους/ις επαγγελματίες υγείας, το διοικητικό προσωπικό καθώς και θεσμούς.

Οι διεπιστημονικές προσεγγίσεις: Στη συγκεκριμένη παρέμβαση παρότι δεν διευκρινίζεται, αναφέρεται ότι για την υλοποίησή της συνεργάστηκαν επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων και αξιοποιήθηκαν εργαλεία από διαφορετικά επιστημονικά πεδία.

Η ύπαρξη ενός κοινού οράματος: Σε όλο το σώμα της παρέμβασης διαφαίνεται πως υπήρξε ένα κοινό όραμα που αφορούσε όλη την ερευνητική ομάδα στο οποίο έγιναν κοινωνοί επαγγελματίες και γυναίκες, κάτι που διαφαίνεται από τα υψηλά ποσοστά αποδοχής συμμετοχής στο πρόγραμμα.

Η συστηματική επιδίωξη για βελτίωση και αλλαγή: Καθώς ήδη η παρέμβαση φαίνεται να αξιοποιεί τη συστημική θεωρία, οι συμμετέχοντες/ουσες φαίνεται να αναγνωρίζουν τη συμμετοχή τους τόσο στη διαμόρφωση της λύσης και του προβλήματος. Ενδεικτικά οι γυναίκες που συμμετείχαν βελτίωσαν τις εαυτές τους αφού έγιναν πιο ενήμερες σχέση με τα δικαιώματά τους και τους τρόπους που μπορούν να διεκδικούν μητρική φροντίδα χωρίς βία. Αντιστοίχως οι επαγγελματίες εξελίχθηκαν σε σχέση με τη στάση τους για τη MB και την Κανονικοποίηση και ενώ και τα διοικητικά τμήματα εφάρμοσαν διευκολυντικές διαδικασίες για τις γυναίκες.

Ο ισχυρά προληπτικός και μαχητικά παρεμβατικός ρόλος: Το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει ένα ισχυρά προληπτικό χαρακτήρα αφού εκπαιδεύει τα άτομα πάνω σε σημεία που κανονικοποιούν τη MB και ως εκ τούτου τη συντηρούν και την αναπαράγουν και αφετέρου δημιουργεί αλλαγές στο υπάρχον σύστημα ώστε να εξαλείψει την ήδη υφιστάμενη MB.

Η διαρκής κριτική και αναστοχαστική διαδικασία: Αναφέρονται δραστηριότητες αξιολόγησης και αναστοχασμού κατά τη διάρκεια του προγράμματος, κυρίως σε σχέση με τη δράση και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Δεν αναφέρεται ωστόσο αναστοχασμός και νοηματοδότηση σε σχέση με τη εμπλοκή των συμμετεχόντων/ουσών σε συγκεκριμένες δραστηριότητες.

Το κοινωνικοπαιδαγωγικό ήθος και η κοινωνικοπαιδαγωγική κουλτούρα: Το σύνολο του προγράμματος φάνηκε να διακατέχεται από τις αρχές του σεβασμού, της ενεργού συμμετοχής και τη νοοτροπία της ανάπτυξης, στοιχεία που ύστερα από το βίωμά τους μπορούν δυναμικά να ενσωματωθούν στους/ις συμμετέχοντες. Πέραν αυτού, αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες κλήθηκαν

να προβληματιστούν πάνω σε ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας ενώ οι γυναίκες ενδυναμώθηκαν σε σχέση με τα δικαιώματά τους, καθιστώντας τες πιο ενεργές.

Ενθάρρυνση και ανάπτυξη της δημιουργικότητας και της συν-δημιουργίας νέας γνώσης: Αναφέρεται πως οι συμμετέχοντες/ουσες καλέστηκαν να διαμορφώσουν και να προτείνουν οι ίδιοι/ες λύσεις για το πρόβλημα της MB, λύσεις οποίες θα ήταν ταιριαστές στους/ις ίδιους/ες και ως εκ τούτου θα είχαν υψηλότερο βαθμό δέσμευσης σε αυτές.

Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα φαίνεται πως καλύπτεται ένα μεγάλο μέρος των επιστημολογικών και μεθοδολογικών διαστάσεων της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, άλλες σε μεγαλύτερο βαθμό και άλλες σε μικρότερο. Δεν αναφέρονται συγκεκριμένα στοιχεία που να παραπέμπουν σε «ενεργό συμμετοχή και η οργανωμένη συλλογική δράση στο πεδίο», όπως η συνεχώς αυξανόμενη συνδιαμόρφωση των περιεχομένων των δραστηριοτήτων του πεδίου. Ακόμη, δεν εντοπίζονται συγκεκριμένα στοιχεία που να παραπέμπουν στη «συστηματική συνεργατική και μετασχηματιστική μάθηση» όπως η δημιουργία ενός αλληλεπιδραστικού περιβάλλοντος μεταξύ των γυναικών και των επαγγελματιών.

Συνοψίζοντας, πρόκειται για ένα πρόγραμμα που η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς του έδειξε ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα. Καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τις επιστημολογικές και μεθοδολογικές διαστάσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής και υπάρχει ουσιαστικό περιθώριο για τροποποιήσεις με βάση την κοινωνικοπαιδαγωγική κουλτούρα.

4.4. Η «ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΓΕΝΝΑΣ» (SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST - SCC) ΣΤΙΣ ΤΣΙΑΠΑΣ ΤΟΥ ΜΕΞΙΚΟ ΤΩΝ MOLINA ET AL. (2019)

Η Compañeros En Salud (CES) είναι η μεξικανική θυγατρική του Partners in Health, ενός οργανισμού που προωθεί την υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη ως ανθρώπινο δικαίωμα. Το 2015, η CES έθεσε ως στόχο τη βελτίωση της μητρικής υγείας σε μια υποεξυπηρετούμενη αγροτική περιοχή, τις Chiapas του Μεξικού, μέσω της βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας κατά τη διάρκεια του τοκετού (Molina et al., 2019). Αρχικά, η CES συνεργάστηκε με τους ηγέτες της τοπικής αυτοδιοίκησης για να ενισχύσει τους ρόλους των επαγγελματιών μαιών/μαιευτών και των μαιευτικών νοσηλευτών/τριών ως παραγόντων αλλαγής στο τοπικό νοσοκομείο (Molina et al., 2019). Στη συνέχεια, η CES ξεκίνησε τη χρήση μιας προσαρμοσμένης έκδοσης της «Λίστας Ελέγχου Ασφαλούς Τοκετού» (Safe Childbirth Checklist – SCC) του World Health Organisation που ενσωματώνει τη φροντίδα με τον σεβασμό (Molina et al., 2019). Η SCC περιλαμβάνει τεκμηριωμένες βασικές πρακτικές που επικεντρώνονται σε τέσσερα σημεία: 1) κατά την εισαγωγή

στο νοσοκομείο, 2) λίγο πριν από τον τοκετό, 3) μία ώρα μετά τον τοκετό και 4) κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (Molina et al., 2019).

Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη συμμόρφωση των παρόχων υπηρεσιών υγείας με τις τεκμηριωμένες πρακτικές και τις αντιλήψεις για τη φροντίδα των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού, κατά το πρώτο έτος μετά την εφαρμογή του προσαρμοσμένου SCC (Molina et al., 2019). Για την εξυπηρέτηση του σκοπού αυτού διεξήχθη συγκλίνουσα μελέτη μικτών μεθόδων στο νοσοκομείο Básico Comunitario Ángel Albino Corzo (HBCAAC), στις Τσιάπας του Μεξικού, ένα αγροτικό κοινοτικό νοσοκομείο μεταξύ 1 Σεπτεμβρίου 2016 και 30 Ιουνίου 2017 (Molina et al., 2019).

Η ομάδα CES προσαρμοσε το SCC για να συμβαδίζει με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας του Μεξικού. Τα σημεία ελέγχου για τις βασικές πρακτικές φροντίδας με επίκεντρο τη γυναίκα που ενσωματώθηκαν στο πρόγραμμα ήταν: (α) να επιτρέπεται στους/ις συντρόφους των γυναικών να είναι παρόντες/ούσες κατά τη διάρκεια του τοκετού, (β) να ρωτούν τις γυναίκες για την προτιμώμενη στάση τοκετού και (γ) έμφαση στη σαφή επικοινωνία με τις έγκυες γυναίκες σχετικά με το σχέδιο φροντίδας τους (Molina et al., 2019). Η ομάδα CES συνδύασε την εφαρμογή του προσαρμοσμένου SCC με μηνιαία μαθήματα κλινικής κατάρτισης για μαιευτικούς/ες κλινικούς/ες ιατρούς (Molina et al., 2019) (Molina et al., 2019). Για τις ανάγκες της παρέμβασης δημιουργήθηκε μία ειδική εφαρμογή κινητού ώστε οι γιατροί να μπορούν να χρησιμοποιούν το SCC με όλες τις γυναίκες που ελάμβαναν φροντίδα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και να συγχρονίζονται όλα τα δεδομένα σε μία βάση για ανάκτηση και ανάλυση (Molina et al., 2019). Μετά το πέρας της εκπαίδευσης και για έναν χρόνο διεξαγόταν δειγματοληπτικός έλεγχος με έγκυρες τεχνικές σε γυναίκες που γέννησαν στο νοσοκομείο, λίγες εβδομάδες μετά τον τοκετό (Molina et al., 2019).

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της ερευνητικής ομάδας, η συγκεκριμένη μελέτη ανέδειξε βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας τοκετού στο αγροτικό νοσοκομείο των Τσιάπας του Μεξικού, μετά την εφαρμογή του προσαρμοσμένου SCC που ενσωμάτωσε σεβαστές, τεκμηριωμένες πρακτικές. Ακόμη, προσέφερε πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση ενός φιλόδοξου κλινικού προγράμματος σε πραγματικό περιβάλλον (Molina et al., 2019).

4.4.1. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης δε θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως κοινωνικοπαιδαγωγικό πρόγραμμα καθώς επί του συνόλου δε συμβαδίζει με τις μεθοδολογικές και επιστημολογικές διαστάσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής. Σαφώς αναγνωρίζεται η διάσταση της «προβληματοκεντρικής θεώρησης» και του «ισχυρά προληπτικού και μαχητικά παρεμβατικού ρόλου» αφού πρόκειται για ένα πρόγραμμα με σκοπό την επίλυση ενός υπαρκτού προβλήματος αλλά και την καταπολέμηση κάποιων από τις αιτίες του προβλήματος. Για την εμπλοκή και άλλων

διαστάσεων της Κοινωνικής Παιδαγωγικής απαιτείται τροποποίηση του προγράμματος στη βάση του και αλλαγή στον τρόπο που προσεγγίζει τη νέα γνώση και την αλλαγή. Ενδεικτικά τέτοιες τροποποιήσεις περιλαμβάνουν την συμμετοχή των γυναικών στο πρόγραμμα, την ένταξη δραστηριοτήτων με βιωματικό και αλληλεπιδραστικό χαρακτήρα, την αυξημένη εμπλοκή των ενδιαφερομένων στη διαμόρφωση των περιεχομένων, ευκαιρίες για αυτοκριτική και αναστοχασμό, καθώς και στοιχεία αυτό-οργάνωσης.

4.5. ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «RESPECT» ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΜΑΙΩΝ

Με την υποστήριξη του UNFPA, της Αντιπροσωπείας των Ηνωμένων Εθνών για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (ICM) δημιούργησε το πρόγραμμα «RESPECT», ένα εργαλείο που παρέχει οδηγίες βήμα προς βήμα για τον τρόπο οργάνωσης εργαστηρίων που προωθούν τη Με Σεβασμό Μητρική Φροντίδα (ΜΣΜΦ) (International Confederation of Midwives, 2020). Αποτελείται από επτά (7) μέρη μεταξύ των οποίων τέσσερις (4) εξειδικευμένες εκπαιδευτικές ενότητες που αναλύουν την επιστημονική βάση και τα οφέλη της κατάλληλης μητρικής φροντίδας και δύο (2) δραστηριότητες ρόλων ως μελέτες περίπτωσης, που απεικονίζουν δύο (2) γυναίκες που εκτίθενται σε συνθήκες Μαιευτικής Βίας (ΜΒ).

4.5.1. ΑΝΑΣΤΟΧΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δεν αποτελεί μία αυτοτελή παρέμβαση αλλά ένα χρήσιμο εργαλείο που λειτουργεί ως βάση για την οργάνωση παρεμβάσεων.

4.6. ΣΥΝΟΨΗ

Τα προγράμματα παρέμβασης που παρουσιάστηκαν, παρότι έχουν ένα κοινό στόχο, την καταπολέμηση της Μαιευτικής Βίας (ΜΒ), ο τρόπος με τον οποίο αναλύουν το πρόβλημα, η συλλογιστική με την οποία οργανώνονται οι επιμέρους δράσεις και επιλέγονται τα εμπλεκόμενα στοιχεία, καθώς και οι δραστηριότητες που επιλέγονται είχαν πολύ διαφορετική δομή μεταξύ τους. Ενώ κανένα από αυτά δεν αναφέρεται ως Κοινωνικοπαιδαγωγικό πρόγραμμα, όλα αναφέρεται πως είχαν θετικά αποτελέσματα σε σχέση με τον επιδιωκόμενο στόχο, την καταπολέμηση του προβλήματος της ΜΒ ή/και της Κανονικοποίησής της. Μάλιστα, εφαρμόζοντας συγκεκριμένες τροποποιήσεις και προσαρμογές, τα προγράμματα είναι πιθανά εφικτό να προσαρμοστούν στην κοινωνικοπαιδαγωγική συλλογιστική και το κοινωνικοπαιδαγωγικό όραμα. Αξίζει να αναφερθεί πως το πρόγραμμα των Ratcliffe et al. (2016), από τα τέσσερα (4) προγράμματα που ανευρέθησαν ήταν αυτό που βρισκόταν πιο κοντά στην κοινωνικοπαιδαγωγική συλλογιστική. Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, δεν γίνεται ουσιαστικός διαχωρισμός στο φαινόμενο της ΜΒ καθαυτό και στην Κανονικοποίησή της, γεγονός που βρίσκεται σε σύμπτωση με την κοινωνικοπαιδαγωγική διάσταση

του παρεμβατικού και ταυτόχρονα προληπτικού χαρακτήρα της Κοινωνικής Παιδαγωγικής. Μάλιστα, τοποθετεί την Κανονικοποίηση της ΜΒ ως κεντρικό στοιχείο στο σύνολο των στοιχείων που συντηρούν και αναπαράγουν το φαινόμενο, γι' αυτό και αποτελούν σημαντικό μέρος των δραστηριοτήτων που αφορούν την ψυχο-εκπαίδευση, την ευαισθητοποίηση, την ενημέρωση και την αλλαγή των στάσεων σε σχέση με ζητήματα της ΜΣΜΦ και της ΜΒ. Αξιοποιούνται βιωματικές ασκήσεις, εμπλέκονται τόσο οι ίδιες οι γυναίκες όσο και οι επαγγελματίες υγείας, διοικητικά μέρη του νοσοκομείου και θεσμικά όργανα, στοιχεία τα οποία στο σύνολό τους έχουν έναν ενεργητικό χαρακτήρα, ενώ ο αναστοχασμός αποτελεί κεντρικό στοιχείο στη διαδικασία της παρέμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΑΡΟΜΟΙΑΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν έρευνες παρόμοιας μεθοδολογίας και θεματολογίας με την παρούσα έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, θα παρουσιαστούν μελέτες ποσοτικής μεθόδου σε σχέση με τον επιπολασμό της Μαιευτικής Βίας (ΜΒ) και τα είδη της ΜΒ που υφίστανται οι γυναίκες, καθώς ποσοτική είναι και η συγκεκριμένη έρευνα. Ακόμη, θα παρουσιαστούν μελέτες οποιασδήποτε μεθοδολογίας σε σχέση με την Κανονικοποίηση της ΜΒ και, τέλος, θα παρουσιαστούν τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που αποτελούν αντικείμενο διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης καθώς και ευρήματα σχετικών ερευνών εφόσον υπάρχουν.

5.2. ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Οι έρευνες σε σχέση με τη Μαιευτική Βία (ΜΒ) είναι συνήθως ποιοτικές (Bohren, et al., 2015) και είτε γίνονται περισσότερο από μία εμπειρική σκοπιά (Sadler, et al., 2016) είτε είναι μελέτες περίπτωσης (Freedman & Kruk, 2014). Οι ποσοτικές μελέτες είναι αρκετά πιο περιορισμένες και η εντατικοποίησή τους εντοπίζεται κυρίως μετά την πρόσκληση του World Health Organisation (2014) για έρευνες που θα αποτυπώνουν την έκταση του φαινομένου, ενώ στην ίδια πρόσκληση έχουν προχωρήσει και οι επιστημονικές ομάδες των Bohren, et al., (2015) και των Sadler, et al. 2016.

Σε ποσοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αιθιοπία με χρήση ερωτηματολογίου σχετικά με τις αντιλήψεις 509 γυναικών που είχαν γεννήσει έως επτά (7) εβδομάδες νωρίτερα σε δημόσιο νοσοκομείο, φάνηκε ότι οι γυναίκες είχαν υποστεί μη αξιοπρεπείς χειρισμούς μεταξύ των οποίων μη φιλική περίθαλψη, κακοποιητική περίθαλψη, μη έγκαιρη περίθαλψη και διακρίσεις (Sheferaw, Mengesha, & Wase, 2016).

Στην ποσοτική έρευνα του Mihret (2019) που πραγματοποιήθηκε στη βορειοδυτική Αιθιοπία με χρήση ερωτηματολογίων σε 409 γυναίκες που είχαν γεννήσει πρόσφατα το 75.1% ανέφεραν ότι είχαν υποστεί τουλάχιστον ένα είδος ΜΒ κατά τη διαδικασία της γέννας και το 95% ειδικά κατά τον τοκετό. Μεταξύ των ειδών της ΜΒ ήταν η αναξιοπρεπής μεταχείριση, η μη εμπιστευτική περίθαλψη, η φυσική βία και η εγκατάλειψη.

Στην ποσοτική έρευνα των Siraj, Tekla, & Habtemu (2019) που πραγματοποιήθηκε στην Αιθιοπία με χρήση ερωτηματολογίων σε 290 γυναίκες, το 91,7% δήλωσαν ότι υπέστησαν τουλάχιστον μία μορφή MB μεταξύ των οποίων καταπάτηση του δικαιώματος στην ενημέρωση και τη συναίνεση, αγνόηση των επιλογών της μητέρας, φυσική βία και πλημμελή περίθαλψη, έλλειψη ιδιωτικότητας και φροντίδα που δεν ήταν κοινωνικοπολιτισμικά συμβατή.

Στην ποσοτική έρευνα των Vedam, et al. (2019) που πραγματοποιήθηκε με χρήση ερωτηματολογίων σε 2.138 γυναίκες στις ΗΠΑ φάνηκε πως το 17,3% είχαν υποστεί τουλάχιστον ένα είδος MB με τις επιπλήξεις και τις φωνές να αποτελούν το συχνότερο φαινόμενο και την αγνόηση και την άρνηση για βοήθεια να ακολουθούν (Vedam, et al., 2019). Σε μικρότερο βαθμό αναφέρθηκε η έλλειψη ιδιωτικότητας και ο εξαναγκασμός σε ανεπιθύμητη ιατρική παρέμβαση (Vedam, et al., 2019).

Σε ποσοτική έρευνα των Scandura et al. (2021) που πραγματοποιήθηκε με χρήση διαδικτυακών ερωτηματολογίων σε ιταλικό πληθυσμό σε δείγμα 282 γυναικών που είχαν γεννήσει σε μαιευτήριο, το 78,4% του δείγματος αναγνώρισε πως έχει υποστεί κάποιου είδους MB με κυριότερες τη μη συναινετική περίθαλψη που αφορούσε το 55.5% και την κακοποίηση και σωματική βία που αφορούσε το 66.4%.

Σύμφωνα με την ποσοτική έρευνα των Martínez-Galiano, et al. (2021) που πραγματοποιήθηκε με διαδικτυακά ερωτηματολόγια σε ισπανικό πληθυσμό με δείγμα 899 γυναίκες που είχαν γεννήσει έως 12 μήνες πριν, με σκοπό να εντοπίσει παράγοντες κινδύνου για να υποστεί μία γυναίκα MB, το 67,4% του δείγματος ανέφεραν πως έχουν υποστεί κάποια μορφή MB, μεταξύ των οποίων λεκτική και σωματική κακοποίηση, καθώς και ανεπιθύμητες ιατρικές πράξεις.

5.3. ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Οι μελέτες που αφορούν την Κανονικοποίηση της Μαιευτικής Βίας (MB) είναι πολύ περιορισμένες και ακολουθούν διάφορες μεθοδολογίες και στην πλειοψηφία τους αφορούν τις στάσεις των παρόχων υπηρεσιών υγείας και όχι των γυναικών.

Η έρευνα των Bakker, et al. (2020) που πραγματοποιήθηκε στην Αιθιοπία σε σχέση με την αναγνώριση συμπεριφορών MB (Κανονικοποίηση βίας) από μαίες και μαιευτές, δεν έδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με το φύλο. Πρόκειται για μία ποσοτική έρευνα στην οποία για την κατασκευή του ερευνητικού εργαλείου αξιοποιήθηκε η τυπολογία Bohren, et al. (2015) και συμμετείχαν 390 τελειόφοιτες φοιτήτριες και τελειόφοιτοι φοιτητές της μαιευτικής (Bakker, et al., 2021). Το εργαλείο της συγκριμένης έρευνας πρόκειται να αξιοποιηθεί και στην παρούσα μελέτη.

Στην έρευνα των Diouldé Balde, et al. (2017) που πραγματοποιήθηκε στη Γουινέα με συμμετέχοντες/ουσες επαγγελματίες υγείας και γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας σε σχέση με την Κανονικοποίηση της MB, όπου ένα σενάριο σωματικής βίας (χαστούκισμα), ένα σενάριο λεκτικής βίας, ένα σενάριο άρνησης βοήθειας σε γυναίκα που τη ζητούσε και ένα σενάριο εξαναγκασμού μίας γυναίκας να γεννήσει στο πάτωμα, φάνηκε ότι οι γυναίκες χαρακτήριζαν σε μεγαλύτερο βαθμό τις συμπεριφορές ως μη αποδεκτές συγκριτικά με τους/ις επαγγελματίες (Diouldé Balde, et al., 2017). Επιπλέον, οι γυναίκες έδειχναν ανοχή μόνο στις περιπτώσεις όπου οι συμπεριφορές αποσκοπούσαν στο να σωθεί η ζωή του παιδιού ή της μητέρας, ενώ οι επαγγελματίες χαρακτήριζαν τις συμπεριφορές ως αποδεκτές εάν έτσι επρόκειτο να σωθεί η ζωή της μητέρας ή του παιδιού, όταν θεωρούσαν τις γυναίκες ανυπάκουες ή μη συνεργάσιμες (Diouldé Balde, et al., 2017).

Η έρευνα των Maung Maung, Lwin Show, Oo Mon, Aye, Soe, & Bohren (2020) πραγματοποιήθηκε στη Μυανμάρ με γυναίκες που είχαν γίνει πρόσφατα μητέρες, επαγγελματίες υγείας και υπευθύνους νοσοκομείων με το σενάριο μίας γυναίκας που δέχτηκε χαστούκι ή τσίμπημα, ένα σενάριο λεκτικής βίας, ένα σενάριο άρνησης βοήθειας και ένα σενάριο κλινοστατισμού κατά τη γέννα (Maung Maung, et al., 2020). Η φυσική βία φάνηκε πως μπορούσε να γίνει αποδεκτή κάτω από ειδικές συνθήκες, σε αντίθεση με τη λεκτική βία και την άρνηση βοήθειας που για την πλειοψηφία είχε την λιγότερη αποδοχή (Maung Maung, et al., 2020). Τα αποτελέσματα για τον κλινοστατισμό παρότι για αρκετές γυναίκες ήταν ένα αποδεκτό σενάριο για την πλειοψηφία των επαγγελματιών δεν ήταν, με εξαίρεση την περίπτωση που η γυναίκα ήταν αναίσθητη ή σε άσχημη κατάσταση (Maung Maung, et al., 2020).

Στην έρευνα των Freedman, et al. (2018) που πραγματοποιήθηκε στην Τανζανία για να μετρηθεί η διαφορά στην αποτίμηση της MB όπως προέκυψε ανάμεσα σε όσα κατέγραψε ειδικά εκπαιδευμένο μαιευτικό προσωπικό παρακολουθώντας γέννες συγκεκριμένων γυναικών και σε όσα ανέφεραν οι ίδιες οι γυναίκες για την εμπειρία τους, φάνηκε ότι για όλα τα είδη MB το εκπαιδευμένο μαιευτικό προσωπικό απέδωσε υψηλότερα ποσοστά (Freedman, et al., 2018). Τον μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας ως προς την αναγνώριση της MB τον είχαν οι φωνές και οι επιπλήξεις και τον μικρότερο βαθμό συμφωνίας τον είχαν οι απειλές για διακοπή της θεραπείας, οι γενικές απειλές, τα αρνητικά σχόλια και τα ζητήματα ιδιωτικότητας (Freedman, et al., 2018).

Στην έρευνα των Dey, et al. (2017) που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία για να εντοπίσει διαφορές ανάμεσα στις παρατηρήσεις του μαιευτικού προσωπικού για MB και τις δηλώσεις των γυναικών βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε επτά είδη MB που τέθηκαν υπο διερεύνηση (Dey, et al., 2017). Η μεγαλύτερη ασυμφωνία υπήρχε ανάμεσα στις νεότερες σε ηλικία γυναίκες και στους μεγαλύτερους σε ηλικία άντρες επαγγελματίες υγείας (Dey, et al., 2017).

Στην έρευνα των (Ribeiro et al., 2020) πολλές γυναίκες φαίνεται να μην αναγνωρίζουν τις εαυτές τους ως θύματα MB καθώς δε γνωρίζουν αυτόν τον όρο και δεν είναι σε θέση να εντοπίσουν και να

ταυτίσουν συγκεκριμένες πράξεις με το φαινόμενο της MB ως παραβίαση της φυσικής, ψυχικής και ηθικής τους υπόστασης. Από την άλλη, οι γυναίκες που αντελήφθησαν τη βία φαίνεται με τον λόγο τους να το κανονικοποιούν αφού έχουν συνηθίσει να είναι σε παθητική και συγκαταβατική θέση απέναντι στους επαγγελματίες υγείας (Ribeiro et al., 2020).

5.4. ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ

Για το συγκεκριμένο είδος βίας έχουν διατυπωθεί αρκετές υποθέσεις σχετικά με πιθανές μεταβλητές που ευνοούν την κοινωνική διαστρωμάτωσή του (Castro & Frías, 2019). Το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Brandão et al., 2018; Santiago et al., 2018), η νεαρότερη ηλικία, η φυλή, η κακή οικονομική κατάσταση και η άγνοια των γυναικών για τα δικαιώματά τους (Perera et al., 2018) ή το να έχει η γυναίκα πιο σκούρο δέρμα (Grilo Diniz et al., 2018) είναι κάποιες από αυτές. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Jardin & Modena (2018) ένας από τους κύριους λόγους που συνθέτουν τη Μαιευτική Βία (MB) είναι η προκατάληψη λόγω φύλου (gender bias) σύμφωνα με την οποία το δικαίωμα των εγκύων να επιλέγουν για το σώμα τους και να διατηρούν τον έλεγχο σε αυτό ακυρώνεται και αντικαθίσταται, ακριβώς για τον λόγο ότι είναι γυναίκες θέτοντας έτσι το ζήτημα του σεξισμού στη συντήρηση και την αναπαραγωγή της MB.

5.4.1. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ

Σύμφωνα με τη διεθνή κατηγοριοποίηση της UNESCO (2011), την οποία ακολουθεί και η Ελλάδα (Eurydice, 2017) η εκπαίδευση χωρίζεται σε δέκα (10) κατηγορίες που συνοψίζονται σε τρεις (3) βαθμίδες: Πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια/ανώτερη εκπαίδευση. Ως χαρακτηριστικό διαμορφώνεται μεταξύ άλλων από προσωπικούς και κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες και έχει μία δυναμική σχέση με αυτούς καθώς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων διαμορφώνει αντίστοιχα τους κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες (Huang, Maassen van den Brink, & Groot, 2009; Lingard & Thompson, 2017).

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο και τη MB, στις έρευνες των Baranowska, et al. (2019) και των Nawab, Erum, Amir, Khalique, Ansari, & Chauhan (2019) το μορφωτικό επίπεδο τέθηκε υπό έλεγχο είτε ως παράγοντας κινδύνου για έκθεση σε Μαιευτική Βία (MB) είτε ως παράγοντας αναφοράς της MB σε περίπτωση που το άτομο την υπέστη με τα αποτελέσματα να είναι αντιφατικά μεταξύ τους. Στην έρευνα των Mihret, (2019) και των Scandurra, et al. (2021) το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και φάνηκε να σχετίζεται με λιγότερες πιθανότητες να αναφέρει μία γυναίκα πως υπέστη MB. Στην έρευνα των Siraj, et al., (2019) το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να σχετίζεται

με την αναφορά της MB με τις γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο να αναφέρουν συχνότερα MB.

5.4.2. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ & ΦΥΛΗ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ

Η εθνικότητα είναι ένα σημαντικό ψυχοκοινωνικό χαρακτηριστικό διότι διαμορφώνει τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τους άλλους σε σχέση με την κοινότητα ή την ομάδα στην οποία ανήκουν λόγω της κοινής καταγωγής, γλώσσας, πολιτισμού και ιστορίας τους, ενώ δύναται να διαμορφώνει πεποιθήσεις, αξίες, στερεότυπα και συνολικά την ταυτότητα του ατόμου (Clarke, 2009; Rivas-Drake et al., 2014; Schwartz et al., 2009). Αναφορικά με τα φυλετικά ζητήματα και τη Μαιευτική Βία (MB), στην έρευνα των Vedam, et al. (2019) επί του συνόλου, το φυλετικό ζήτημα φάνηκε να σχετίζεται με την αναφορά των γυναικών ότι υπέστησαν MB με τις λευκές γυναίκες με λευκούς συντρόφους να έχουν τις λιγότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι υπέστησαν MB, ακολουθώντας οι λευκές γυναίκες με έγχρωμους συντρόφους. Στην ίδια έρευνα, οι περισσότερες αναφορές για MB αφορούσαν έγχρωμες γυναίκες με έγχρωμους συντρόφους (Vedam, et al., 2019). Αντίθετα, στην έρευνα των Hameed & Avan (2018) η φυλή φάνηκε να μη σχετίζεται με την έκθεση σε MB.

5.4.3. ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ

Η ηλικία διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη της ταυτότητας, των σχέσεων, των ευκαιριών και των προκλήσεων που αντιμετωπίζει ένα άτομο σε διαφορετικά στάδια της ζωής του, ενώ διαφορετικές ηλικιακές φάσεις τυπικά φέρνουν νέες εμπειρίες και αλλαγές στις διανοητικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ικανότητες των ατόμων (Braveman et al., 2011; Burlison, 1984; Luong et al., 2011). Η ηλικία επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται κανείς τον εαυτό, τους άλλους, τον τρόπο που αλληλοεπιδρά καθώς και τις δυνατότητες στην εργασία, την εκπαίδευση, την υγεία και τις σχέσεις (Braveman et al., 2011; Burlison, 1984; Luong et al., 2011). Αναφορικά με την ηλικία και τη Μαιευτική Βία (MB), στην έρευνα των Vedam, et al. (2019) οι μητέρες άνω των 30 ετών είχαν λιγότερες πιθανότητες να υποστούν MB. Αντίθετα, στις έρευνες των Nawab, et al., (2019) και των Baranowska, et al. (2019) η ηλικία της γυναίκας κατά τη γέννα φάνηκε να μην έχει κάποια σχέση με την έκθεση σε MB.

5.4.4. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ

Η οικογενειακή κατάσταση θεωρείται σημαντικό ψυχοκοινωνικό χαρακτηριστικό επειδή επηρεάζει σημαντικά τη ζωή και την ανάπτυξη του ατόμου (Bloch, 1984). Η φύση των σχέσεων μέσα στην οικογένεια, η δυναμική, ο τρόπος επικοινωνίας, οι προσδοκίες και οι αξίες που διαμορφώνονται στο πλαίσιο της οικογένειας επηρεάζουν τον τρόπο που αντιλαμβάνεται και αντιδρά σε διάφορες καταστάσεις ή προκλήσεις ένα άτομο (Bloch, 1984). Η οικογενειακή κατάσταση περιλαμβάνει

πτυχές όπως η δομή της οικογένειας (π.χ. μονογονεϊκή, πολυγονεϊκή), η συμπεριφορά των μελών, οι ρόλοι και οι ευθύνες τους (Bloch, 1984; Shrier, 2003). Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση και τη Μαιευτική Βία (MB), στην έρευνα των Siraj, et al., (2019) η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να σχετίζεται με την αναφορά της MB με τις ανύπαντρες γυναίκες να αναφέρουν λιγότερο συχνά έκθεση σε MB. Στην έρευνα των Martínez-Galiano, et al. (2021), αυτή δε βρέθηκε να σχετίζεται με τον κίνδυνο έκθεσης σε MB.

5.4.5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΝΝΩΝ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ

Ο αριθμός των παιδιών που έχει κανείς μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σημαντικό ψυχοκοινωνικό χαρακτηριστικό αφού κάθε παιδί που προστίθεται στην οικογένεια αλλάζει τόσο την οικογενειακή δυναμική όσο και την προσωπική ανάπτυξη των γονέων (Blake, 1981; Høyer, 1993; Lundberg et al., 1994; Munch et al., 1997). Ακόμη, ο αριθμός των παιδιών μπορεί να επηρεάσει τους ίδιους τους γονείς σε πολλά επίπεδα όπως την οικονομική κατάσταση, το στρες, την ψυχολογική και σωματική υγεία (Blake, 1981; Høyer, 1993; Lundberg et al., 1994; Munch et al., 1997). Αναφορικά με τον αριθμό των παιδιών και τη MB, στην έρευνα των Vedam, et al. (2019) οι πολύτοκες μητέρες είχαν λιγότερες πιθανότητες να υποστούν Μαιευτική Βία (MB). Στην έρευνα των (Ribeiro et al., 2020), οι πολύτοκες μητέρες με πέντε (5) ή και περισσότερες γέννες είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν MB, αφού όπως αναφέρεται από τους/ις συγγραφείς, η πολυτοκία έχει ταυτιστεί να την κοινωνική ευαλωτότητα. Ακόμη, στην έρευνα των Vedam, et al. (2019) γυναίκες που δεν είχαν βιώσει ξανά γέννα ήταν περισσότερο πιθανό να αναφέρουν πως υπέστησαν MB (Vedam, et al., 2019).

5.4.6. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΕΞΙΣΜΟ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ

Ο σεξισμός αναφέρεται στις στερεοτυπικές αντιλήψεις και συμπεριφορές σε σχέση με τα φύλα, με την έννοια των συγκεκριμένων προσδοκιών σε επίπεδο συμπεριφορών, συναισθημάτων, δραστηριοτήτων, υποχρεώσεων, ευθυνών, ρόλων, δικαιωμάτων ανάλογα με το βιολογικό φύλο. Ο σεξισμός σχετίζεται άμεσα με τη διαμόρφωση του κοινωνικού φύλου, τις έμφυλες διακρίσεις και την έμφυλη βία (Drury & Kaiser, 2014; Hammond, Miloje, Huang, & Sibley, 2017) ενώ ως μία μορφή έμφυλης βίας αναφέρεται στη βιβλιογραφία και η MB (Cohen Shabot, 2016; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Salter, et al., 2021). Αναφορικά με τις σεξιστικές αντιλήψεις και τη Μαιευτική Βία (MB), δεν έχει ανευρεθεί κάποια σχετική έρευνα, ωστόσο η ίδια η MB αναφέρεται από την επιστημονική κοινότητα ως μία μορφή έμφυλης βίας.

5.5. ΣΥΝΟΨΗ

Οι μελέτες σε σχέση με τη Μαιευτική Βία (ΜΒ) είναι κυρίως ποιοτικές, παρόλα αυτά έχουν ανευρεθεί κάποιες μελέτες ποσοτικής μεθοδολογίας, η οποία είναι και η μεθοδολογία που ακολουθεί η συγκεκριμένη μελέτη. Τέτοιες έρευνες σε σχέση με τον επιπολασμό και τα είδη της ΜΒ που υφίστανται οι γυναίκες έχουν πραγματοποιηθεί στην Ισπανία, την Αιθιοπία, την Ιταλία και τις ΗΠΑ με τις κύριες μορφές ΜΒ που εντοπίστηκαν να αφορούν την αναξιοπρεπή μεταχείριση, την έλλειψη ιδιωτικότητας, τη φυσική βία και κακοποίηση. Ψυχοκοινωνικά στοιχεία τα οποία ανευρέθησαν να σχετίζονται με το κίνδυνο έκθεσης σε ΜΒ είναι το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η εθνικότητα και η φυλή, ο αριθμός των παιδιών. Τέλος, οι μελέτες για την Κανονικοποίηση της ΜΒ εστιάζουν συχνότερα στις στάσεις των παρόχων υπηρεσιών υγείας παρά στις ίδιες τις γυναίκες και ακολουθούν ποικίλες μεθοδολογίες. Φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας κανονικοποιούν σε διαφορετικό βαθμό τη ΜΒ σε σχέση με τις γυναίκες και επιπλέον φάνηκε να έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για το τι θεωρείται ΜΒ και τι αποδεκτό. Τέλος, κάποιες από τις γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε συμπεριφορές που σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα θεωρούνται ως μορφές ΜΒ είχαν δυσκολία στο να το αναγνωρίσουν.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να περιγραφεί ο σκοπός της έρευνας, οι στόχοι, και ο σχεδιασμός της, μεταξύ των οποίων τα ερευνητικά ερωτήματα και η μεθοδολογία της έρευνας, τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, το δείγμα, η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, το χρονοδιάγραμμα, οι τεχνικές ανάλυσης των δεδομένων και τέλος, οι μεθοδολογικοί και ερμηνευτικοί περιορισμοί της έρευνας.

6.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να προσδιορίσει εάν έχουν εκτεθεί σε συνθήκες Μαιευτικής Βίας (ΜΒ) άτομα που έχουν γεννήσει σε ελληνικά μαιευτήρια από το 2014 έως σήμερα και να προσδιορίσει παράγοντες κινδύνου μεταξύ των οποίων η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννα, η οικογενειακή της κατάσταση, το μορφωτικό της επίπεδο, ο αριθμός των προηγούμενων γεννών, τα φυλετικά της χαρακτηριστικά. Ακόμη, σκοπός είναι να προσδιορίσει σε τι βαθμό αναγνωρίζονται ή κανονικοποιούνται οι συγκεκριμένες συμπεριφορές ως ΜΒ και να προσδιορίσει τη σχέση ανάμεσα στην Κανονικοποίηση της ΜΒ με συγκεκριμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επιλέχθηκαν να μελετηθούν είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών, το μορφωτικό επίπεδο, η εθνικότητα και οι αντιλήψεις για τα φύλα (σεξισμός). Τέλος, σκοπός είναι να διερευνηθεί εάν τα άτομα που υπέστησαν ΜΒ επικοινωνήσαν την εμπειρία τους προς τρίτους όπως ο/η σύντροφος, το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον ή σε θεσμικό φορέα, εάν αισθάνθηκαν την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης και εάν η εμπειρία της ΜΒ επηρέασε τις προθέσεις τους για μελλοντική εγκυμοσύνη.

Απώτερη επιδίωξη είναι η βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου της ΜΒ, ο προσδιορισμός της έκτασής της και μία πρόιμη προσπάθεια να προσεγγιστούν πολιτισμικά και ψυχοκοινωνικά στοιχεία που σχετίζονται με αυτή.

Άλλα ζητήματα που άπτονται στη ΜΒ και την Κανονικοποίηση της όπως αρκετά από τα αναλυτικά της στοιχεία, οι σχέσεις εξουσίας, η ενημέρωση σε σχέση με τα δικαιώματα των γυναικών, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, οι εργασιακές συνθήκες των επαγγελματιών υγείας, το δομικό, νομικό και πολιτειακό πλαίσιο, οι αντιλήψεις άλλων πληθυσμιακών ομάδων για το τι συνιστά ΜΒ όπως άτομα που δεν έχουν γεννήσει ή άτομα άλλου βιολογικού φύλου δε θα μελετηθούν.

Με βάση τα παραπάνω, τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης διαμορφώθηκαν ως εξής:

- Α' Σε ποιες συνθήκες ΜΒ έχουν εκτεθεί τα άτομα που γέννησαν σε ελληνικά μαιευτήρια από το 2014 έως σήμερα;
- Β' Ποια η σχέση της ηλικίας, του αριθμού γεννών, της οικογενειακής κατάστασης, του μορφωτικού επιπέδου, της εθνικότητας με τον κίνδυνο έκθεσης σε ΜΒ;
- Γ' Κατά πόσο εγκρίνουν/αποδοκιμάζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές ΜΒ οι ίδιες γυναίκες;
- Δ' Πως σχετίζεται η έγκριση/αποδοκιμασία των συμπεριφορών ΜΒ από τις ίδιες γυναίκες με συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά: Ηλικία, αριθμός γεννών, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, εθνικότητα, πραγματική έκθεση σε ΜΒ, αντιλήψεις για τον σεξισμό;
- Ε' Ανέφεραν την εμπειρία τους και σε ποιους τα άτομα που αισθάνονται ότι υπέστησαν ΜΒ;
- ΣΤ' Επηρέασε τις προθέσεις των ατόμων που αισθάνονται ότι υπέστησαν ΜΒ αυτή τους η εμπειρία σε σχέση με μια μελλοντική εγκυμοσύνη;
- Ζ' Αισθάνθηκαν ότι είχαν ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματίες ψυχικής υγείας για αυτή τους την εμπειρία τα άτομα που αισθάνονται ότι υπέστησαν ΜΒ;

6.3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.3.1. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Οι έρευνες σε σχέση με τη Μαιευτική Βία (ΜΒ) είναι συνήθως ποιοτικές με αρκετούς περιορισμούς στη γενικευσιμότητα (Bohren, et al., 2015), γίνονται περισσότερο από μία εμπειρική σκοπιά καθώς αυτή δεν έχει οριστεί και αποσαφηνιστεί πλήρως (Sadler, et al., 2016), είτε είναι μελέτες περίπτωσης (Freedman & Kruk, 2014). Οι ποσοτικές έρευνες θα πρέπει να προωθηθούν προκειμένου να αποτυπωθεί η έκταση της ΜΒ (Bohren, et al., 2015; Sadler, et al., 2016). Σημαντικό πλεονέκτημα των ποσοτικών ερευνών είναι η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων μέσω των επαγωγικών στατιστικών αναλύσεων που χρησιμοποιούνται και εφόσον το δειγματοληπτικό σφάλμα είναι μικρό (Creswell, 2014). Παρότι η μεταχείριση των γυναικών κατά τη γέννα είναι ένα ζήτημα που κερδίζει συνεχώς περισσότερο ενδιαφέρον, εντούτοις δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με τους λειτουργικούς της ορισμούς αλλά και για το ποιες είναι οι καταλληλότερες προσεγγίσεις για την αξιολόγησή του (Savage & Castro, 2017). Επιπλέον, οι έρευνες που μετρούν την έκταση του ζητήματος είναι αρκετά περιορισμένες λόγω των πολύ περιορισμένων έγκυρων εργαλείων μελέτης (Berger, et al., 2021). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των χρησιμοποιούμενων εργαλείων μέτρησης είναι πολύ σημαντικές παράμετροι για την εξασφάλιση της ακρίβειας στις μετρήσεις (Γαλάνης, 2013).

Στο συγκεκριμένο υπόμνημα υποβάλλεται μία πρόταση για μεταθετικιστική, εμπειρική, ποσοτική, πρωτογενή, συγχρονική μελέτη επιπολασμού και παραγόντων κινδύνου, με περιγραφικά και

συσχετιστικά ερωτήματα δείγματος μη πιθανοτήτων. Η πρωτογενής, συγχρονική μελέτη είναι κατάλληλη για την εκτίμηση των απόψεων των πρωταγωνιστριών της έρευνας, δηλαδή γυναικών που γέννησαν σε ελληνικά νοσοκομεία, με αμεσότητα και σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Cohen, Manion & Morrison, 2007). Η ποσοτική έρευνα επιλέχθηκε καθώς οι υπό μελέτη έννοιες, δηλαδή η MB (Berger, et al., 2021) και η Κανονικοποίηση της (Bakker, 2020) είναι μετρήσιμες.

Η ερευνήτρια, παρότι αναγνωρίζει πως οι θεωρίες είναι εμποτισμένες με έναν βαθμό υποκειμενισμού καθώς εξαρτώνται από τις γνώσεις και τα όρια που θέτει ο/η ερευνητής/τρια, εντούτοις σκοπός της είναι να ελαχιστοποιήσει τα σημεία υποκειμενισμού και να προσεγγίσει την παραγωγή της νέας γνώσης με έναν τρόπο αντικειμενικό και ουδέτερο. Παραμένει αποστασιοποιημένη και αμερόληπτη και προσεγγίζει ένα σύνθετο κοινωνικοπολιτισμικό ζήτημα με έναν συσχετιστικό τρόπο ισχυριζόμενη ότι οι δομές που διέπουν την κοινωνική ζωή μπορούν να παρατηρηθούν και να μελετηθούν αντικειμενικά. Κατά το σύνθημα, οι ποσοτικές έρευνες χρησιμοποιούνται όταν απαιτείται έλεγχος της αλληλοεπίδρασης των μεταβλητών με χρήση στατιστικών μεθόδων σε αριθμητικά δεδομένα (Muijs, 2011), ή διερεύνηση αιτιατών σχέσεων με χρήση μοντέλων παλινδρόμησης (Hayes, 2022).

Όλα τα ερευνητικά δεδομένα θα συγκεντρωθούν με τη χορήγηση ερωτηματολογίων, πραγματοποιώντας ποσοτική έρευνα καθώς 1) Οι υπό μελέτη έννοιες είναι μετρήσιμες, 2) Απαιτείται μεγάλος αριθμός δείγματος, 3) Οι προς συλλογή πληροφορίες αφορούν συμβάντα του παρελθόντος καθιστώντας την παρατήρηση αδύνατη, 4) Οι συνεντεύξεις δε θα προσέδιδαν περισσότερες πληροφορίες που να είναι χρήσιμες για τον σκοπό της έρευνας, 5) Το ερωτηματολόγιο διασφαλίζει την απαραίτητη αποστασιοποίηση και αντικειμενικότητα στη συλλογή και στην ερμηνεία των απαντήσεων από την ερευνήτρια, 6) Απαιτείται έλεγχος της αλληλοεπίδρασης των μεταβλητών, 7) Απαιτείται γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

6.3.2. ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Για το Α' ερευνητικό ερώτημα, θα χρησιμοποιηθεί ένα αρκετά νέο εργαλείο μέτρησης το «Community Survey Tool» των Berger, et al. (2021) σύμφωνα με το οποίο τα υποκείμενα θα απαντήσουν σε ερωτήσεις κλειστού τύπου για το αν εκτέθηκαν σε συγκεκριμένες συμπεριφορές Μαιευτικής Βίας (MB). Στο συγκεκριμένο περιγραφικό ερώτημα, αναφέρονται οι συνθήκες που έχουν καταχωρηθεί από την επιστημονική κοινότητα ως MB και παρατίθενται μέσω του ερωτηματολογίου και σκοπός της ερευνήτριας είναι να διερευνήσει τις συνθήκες στις οποίες έχουν εκτεθεί τα άτομα που γέννησαν στα ελληνικά μαιευτήρια.

Στο Β' ερευνητικό ερώτημα το οποίο είναι συσχετιστικό επιθυμείται να προσδιοριστεί το είδος της σχέσης ανάμεσα στην έκθεση σε MB και συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά (ηλικία γέννας, αριθμός γεννών, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο). Οι σχέσεις που διερευνώνται μπορούν να είναι γραμμικές ή μη γραμμικές. Τις ανεξάρτητες μεταβλητές αποτελούν

τα διάφορα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά (ηλικία γέννας, αριθμός γεννών, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο) τα οποία θα αντληθούν από τα δημογραφικά στοιχεία. Την εξαρτημένη μεταβλητή αποτελεί η έκθεση σε MB όπως θα έχει ήδη απαντηθεί για το Α' ερευνητικό ερώτημα μέσω του «Community Survey Tool».

Στο Γ' ερευνητικό ερώτημα το οποίο είναι περιγραφικό, επιθυμείται να προσδιοριστεί η Κανονικοποίηση της MB όπου τα υποκείμενα θα απαντήσουν μέσα από ερωτήσεις κλειστού για το αν εγκρίνουν/αποδοκιμάζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές MB. Ειδικότερα, θα χρησιμοποιηθεί ή κλίμακα των Bakker, et al. (2020) σύμφωνα με το οποίο τα υποκείμενα θα απαντήσουν σε μία σειρά από ερωτήσεις κλειστού τύπου σε μία κλίμακα likert για το κατά πόσο εγκρίνουν/αποδοκιμάζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές MB. Η Κανονικοποίηση της MB θα μετρηθεί μέσα από τον χαρακτηρισμό που αποδίδουν οι γυναίκες σε συγκεκριμένες συμπεριφορές MB.

Στο Δ' ερευνητικό ερώτημα το οποίο είναι συσχετιστικό επιθυμείται να προσδιοριστεί το είδος της σχέσης ανάμεσα σε συγκεκριμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (ηλικία, αριθμός γεννών, οικογενειακή κατάσταση, εθνικότητα, μορφωτικό επίπεδο, έκθεση σε MB, αντιλήψεις για τον σεξισμό) που αποτελούν τις ανεξάρτητες μεταβλητές και στην Κανονικοποίηση της MB η οποία αποτελεί την εξαρτημένη μεταβλητή.

Πιο συγκεκριμένα, με ποσοτικές ή διατακτικές μεταβλητές, επιδιώκεται να διερευνηθεί αν υπάρχει μία θετική σχέση (αν αυξάνοντας τη μία μεταβλητή αυξάνεται και η άλλη), αν υπάρχει μία αρνητική σχέση (αυξάνοντας τη μία μεταβλητή μειώνεται η άλλη) ή αν δεν υπάρχει σχέση (αλλαγές στη μία μεταβλητή δεν επιφέρουν αλλαγές στην άλλη). Με κατηγορικές μεταβλητές, θα διερευνηθούν μη γραμμικές συσχετίσεις.

Καθένας από τους έξι (6) επιλεγμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες θα σχετιστεί σε ζεύγος με την μεταβλητή της Κανονικοποίησης της MB όπως αυτή θα έχει ήδη απαντηθεί στο Γ' ερευνητικό ερώτημα μέσω της κλίμακας Bakker, et al. (2020). Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες «ηλικία», «αριθμός γεννών», «οικογενειακή κατάσταση» και «μορφωτικό επίπεδο» θα αντληθούν από τα δημογραφικά στοιχεία, και τέλος, το ψυχοκοινωνικό χαρακτηριστικό των αντιλήψεων για τον σεξισμό θα αντληθεί από ένα ξεχωριστό ερωτηματολόγιο, το «Ambivalent Sexism Inventory (ASI)» των Glick & Fiske (1996) (αναφέρεται αναλυτικά στα εργαλεία).

Τα Ε', ΣΤ', Ζ' ερευνητικά ερωτήματα τα οποία είναι περιγραφικά. Ειδικότερα, απαντώντας σε μία ερώτηση κλειστού τύπου τα υποκείμενα θα αυτοχαρακτηριστούν ως «εάν εξετέθησαν ή όχι σε MB» και στη συνέχεια θα απαντήσουν σε ερώτηση κλειστού τύπου για το εάν 1) επικοινωνήσαν ή όχι την εμπειρία τους και σε ποιους, 2) η εμπειρία τους επηρέασε τις προθέσεις τους για μελλοντική εγκυμοσύνη και 3) αν αισθάνονται πως χρειάζονται πλαισίωση από επαγγελματία ψυχικής υγείας για την εμπειρία τους. Σε αυτά τα ερευνητικά ερωτήματα θα αξιολογηθεί η επικοινωνία της

εμπειρίας, η πρόθεση για μελλοντική εγκυμοσύνη και η ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης αντίστοιχα, σε γυναίκες που απάντησαν θετικά στο ότι αισθάνονταν πως έχουν υποστεί MB.

Για τα συσχετιστικά ερωτήματα, ως εξωγενείς μεταβλητές θεωρήθηκαν, το είδος του νοσοκομείου και του ραντεβού, οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας, ο τύπος και η χρονολογία της γέννας. Για την διερεύνηση της επίδρασης των εξωγενών παραγόντων πραγματοποιήθηκε διμεταβλητή ανάλυση συσχέτιση και προβλεπτική με χρήση μοντέλων πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Hayes, 2022).

6.3.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη συλλογή των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί ένα ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου αποτελούμενο από έξι (6) θεματικές: 1.Κριτήρια ένταξης & δήλωση συναίνεσης (6 ερωτήσεις), 2.Δημογραφικά στοιχεία (15 ερωτήσεις), 3. MB (30 ερωτήσεις), 4.Αποτίμηση και μοίρασμα εμπειρίας (4 ερωτήσεις) 5.Κανονικοποίηση MB (10 ερωτήσεις), 6. Στάσεις για τον σεξισμό (22 ερωτήσεις), συνολικά 87 ερωτήσεων.

Καθώς κανένα από τα ερωτηματολόγια δεν έχει χορηγηθεί σε ελληνικό πληθυσμό, θα χρειαστεί να ακολουθηθεί η διαδικασία της διπλής μετάφρασης με μετάφραση από τα αγγλικά στα ελληνικά και επαναμετάφραση από τα ελληνικά στα αγγλικά από αγγλόφωνο άτομο. Οι δύο (2) αγγλικές εκδοχές θα συγκριθούν μεταξύ τους και δε θα πρέπει να διαφέρουν. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία όλων των εργαλείων θα εξεταστούν στο σύνολο του δείγματος ενώ η αξιοπιστία και στα πρώτα 50 άτομα (βλ. στατιστική ανάλυση δεδομένων).

6.3.3.1. ΣΥΛΛΟΓΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Για τη συλλογή των εξαρτημένων μεταβλητών των ερευνητικών ερωτημάτων Α' και Β' θα αξιοποιηθεί η σύντομη μορφή του εργαλείου αξιολόγησης «Community Survey Tool» των Berger, et al. (2021) που αποτελείται από τριάντα (30) στοιχεία που περιγράφουν συγκεκριμένες καταστάσεις MB τα οποία τοποθετούνται σε πέντε (5) παράγοντες:

- 1) Σωματική βία (4 ερωτήσεις π.χ. «Σας ακινητοποίησαν στο κρεβάτι;»)
- 2) Λεκτική βία, (4 ερωτήσεις π.χ. «Σας φώναζαν ή ούρλιαζαν;»)
- 3) Μη τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης, (14 ερωτήσεις εκ των οποίων 3 δηλώνουν απουσία τήρησης των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης π.χ. «Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο αισθανθήκατε τους επαγγελματίες υγείας να σας αγνοούν;» και 11 δηλώνουν ύπαρξη όπως π.χ. «Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει πρόκληση τοκετού;» οι οποίες αντιστρέφονται)
- 4) Φτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, (4 ερωτήσεις, οι οποίες δηλώνουν ύπαρξη επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας όπως π.χ. «Οι επαγγελματίες υγείας άκουγαν τις ανησυχίες σας;», και αντιστρέφονται.)

5) Συνθήκες του συστήματος υγείας και περιορισμοί (4 ερωτήσεις, εκ των οποίων 2 δηλώνουν καλές συνθήκες και αντιστρέφονται όπως π.χ. «Είχατε κρεββάτι σε όλη τη διάρκεια της παραμονής σας στο μαιευτήριο;» και 2 που δηλώνουν κακές συνθήκες όπως π.χ. «Το προσωπικό πρότεινε ή ζήτησε εξαγορά, χρηματισμό ή δώρο από εσάς (ή από συγγενείς ή φίλους σας);»

Συγκεκριμένα, τα υποκείμενα θα απαντήσουν για το αν έχουν εκτεθεί σε καθεμιά από τις υπό διερεύνηση συνθήκες MB απαντώντας σε ερωτήσεις κλειστού τύπου με «0=όχι, 1=δεν επιθυμώ να απαντήσω/δε γνωρίζω, 2=ναι», σύμφωνα με το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο (Berger, et al., 2021).

Πρόκειται για μία καινούρια κλίμακα η κατασκευή της οποίας βασίστηκε στην τυπολογία των Bohren, et al. (2015), εφαρμόστηκε σε δύο χιλιάδες εξακόσιες εβδομήντα δύο (2672) γυναίκες από τέσσερις (4) χώρες και που κατά την κατασκευή της έδειξε καλούς δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας με α -Cronbach για κάθε ενότητα ως $>0,6$ (Hogan Leslie, et al., 2021).

Περισσότερες πληροφορίες για τον τρόπο κατασκευής, τους ψυχομετρικούς δείκτες, την εγκυρότητα περιεχομένου, την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και την αξιοπιστία του εργαλείου αναφέρονται στη δημοσίευση των Hogan-Leslie, et al. (2021).

Για το Γ' & Δ ερευνητικό ερώτημα, θα αξιοποιηθεί η κλίμακα των Bakker, et al. (2020) σύμφωνα με την οποία τα υποκείμενα θα απαντήσουν σε 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου σε μια κλίμακα likert έξι (6) επιπέδων με διαβάθμιση από «Αποδοκιμάζω απόλυτα» έως «Εγκρίνω απόλυτα» αναφορικά με συγκεκριμένες συμπεριφορές MB, όπως π.χ. «Μαία πιστεύει ότι οι συνοδοί στην αίθουσα τοκετού, θέτουν σε κίνδυνο την καθαριότητα του χώρου και άρα την υγεία των νεογέννητων και μειώνουν την ιδιωτικότητα των ασθενών. Μια γυναίκα ρωτά εάν η μητέρα της μπορεί να είναι στον τοκετό της αλλά η μαία αρνείται για τους παραπάνω λόγους». Ο δείκτης α -Cronbach προσδιορίστηκε ως $>0,71$ ενώ περισσότερες πληροφορίες για τις ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου αναφέρονται στην πρωτότυπη δημοσίευση των Bakker, et al. (2020).

Για το Ε' ερευνητικό ερώτημα, τα υποκείμενα που εξετάθησαν σε MB θα απαντήσουν εάν επικοινωνήσαν την εμπειρία τους και σε ποιους σε μία ονομαστική κλίμακα ως «1.Όχι (δεν το ανέφερα σε κανέναν), 2.Στον/ην σύντροφο, 3.Στο φιλικό/συγγενικό περιβάλλον, 4.Σε αρμόδιο πρόσωπο του νοσοκομείου, 5.Στο φιλικό/συγγενικό περιβάλλον, 6.Στον/ην σύντροφο & σε αρμόδιο πρόσωπο του νοσοκομείου, 7.Στο φιλικό/συγγενικό περιβάλλον & σε αρμόδιο πρόσωπο του νοσοκομείου, 8.Αλλού, 9.Σε όλους τους παραπάνω.

Για το ΣΤ' ερευνητικό ερώτημα, τα υποκείμενα που εξετάθησαν σε MB θα απαντήσουν εάν αισθάνονται πως η εμπειρία τους επηρέασε τις προθέσεις τους για μελλοντική εγκυμοσύνη σε μία κατηγορική κλίμακα τριών (3) επιπέδων με «0=όχι», «1=ίσως», «2=ναι».

Για το Ζ' ερευνητικό ερώτημα, τα υποκείμενα που εξετάθησαν σε MB θα απαντήσουν εάν αισθάνθηκαν ότι χρειάζονταν ψυχολογική υποστήριξη από επαγγελματία για την εμπειρία τους σε μία κατηγορική κλίμακα τριών (3) επιπέδων με 0=όχι, «1=ίσως», «2=ναι».

6.3.3.2. ΣΥΛΛΟΓΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Για τις ανεξάρτητες μεταβλητές της ηλικίας, του αριθμού γεννών, της οικογενειακής κατάστασης του μορφωτικού επιπέδου και της εθνικότητας που αφορούν όλα τα ερευνητικά ερωτήματα, αυτές θα αντληθούν ξεχωριστά από τα δημογραφικά στοιχεία, όπως και εξωγενείς μεταβλητές, δηλαδή το είδος του νοσοκομείου και του ραντεβού, οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας, ο τύπος και η χρονολογία της γέννας. Ειδικότερα για την ανεξάρτητη μεταβλητή του Δ' ερευνητικού ερωτήματος που αφορά τις αντιλήψεις για τον σεξισμό σε σχέση με τα φύλα θα αξιοποιηθεί η κλίμακα «Ambivalent Sexism Inventory (ASI)» των Glick & Fiske (1996), η οποία αποτελείται από 22 ερωτήσεις κλίμακας Likert από 1-6 (1=Διαφωνώ έντονα, 2=Διαφωνώ κάπως, 3=Διαφωνώ ελαφρώς, 4=Συμφωνώ ελαφρώς, 5=Συμφωνώ κάπως, 6=Συμφωνώ έντονα) και 2 παράγοντες:

1)Εχθρικός σεξισμός (11 ερωτήσεις, εκ των οποίων 8 εκφράζουν εχθρικό σεξισμό όπως π.χ. «*Στην πραγματικότητα πολλές γυναίκες επιζητούν ειδικές χάρες, υπό το πρόσχημα ότι ζητάνε "ισότητα"*» και 3 που εκφράζουν απουσία εχθρικού σεξισμού και αντιστρέφονται όπως π.χ. «*Οι φεμινίστριες δεν επιδιώκουν οι γυναίκες να έχουν περισσότερη εξουσία από τους άντρες*»).

2)Καλοπροαίρετος σεξισμός (11 ερωτήσεις, εκ των οποίων 8 εκφράζουν καλοπροαίρετο σεξισμό, όπως π.χ. «*Οι γυναίκες πρέπει να λαμβάνουν αγάπη και προστασία από τους άντρες*» και 3 που εκφράζουν απουσία καλοπροαίρετου σεξισμού και αντιστρέφονται όπως π.χ. «*Οι άντρες είναι ολοκληρωμένοι χωρίς τις γυναίκες.*»

Ο δείκτης alpha προσδιορίζεται ως >0,83 ενώ περισσότερες πληροφορίες για τις ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου δίνονται στις έρευνες των Glick & Fiske (1996), των Glick et al. (2000) και των Rollero, Glick, & Targaglia (2014). Το συγκεκριμένο εργαλείο χρησιμοποιείται διαχρονικά σε έρευνες με δείγμα από διάφορες χώρες και πεδία όπως σε φοιτητές/τριες στην Τουρκία (Sakalli-Ugurlu & Beydogan, 2002), σε άντρες και γυναίκες στην Ινδία (Jain, Kaur, & Jain, 2020), σε λευκούς και Αφροαμερικανούς άνδρες και γυναίκες πολιτικούς ρεπόρτερ (Blumell, 2018), σε Κολομβιανούς και Ισπανούς φοιτητές/τριες (Rodríguez-Burbano, Cepeda, Vargas-Martínez, & De-Diego-Cordero, 2021), σε άντρες και γυναίκες που εργάζονται σε στρατιωτικές εγκαταστάσεις (Trut, Sinovčić, & Milavić, 2022), στη Τουρκία και τη Βραζιλία (Glick, Sakalli-Ugurlu, Ferreira, & de Souza, 2002), σε Κινέζους και Αμερικανούς άντρες και γυναίκες (Chen, Fiske, & Lee, 2009) αλλά και ως μέσο για τον έλεγχο της εγκυρότητας περιεχομένου κατά την κατασκευή νέων εργαλείων (Rodelli, et al., 2021).

6.4. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ & ΔΕΙΓΜΑ

Ο πειραματικά προσβάσιμος πληθυσμός που δύναται να ενταχθεί στο δείγμα ήταν ενήλικα άτομα που είχαν γεννήσει σε ελληνικά μαιευτήρια από το 01/01/2014 έως τη μέρα διεξαγωγής της

έρευνας και που δήλωναν ότι κατανοούν επαρκώς την απλή γραπτή ελληνική γλώσσα. Το 2014 τίθεται ως χρονικό όριο καθώς πρόκειται για την χρονιά που ο World Health Organization εξέδωσε ανακοίνωση σχετικά με την κακομεταχείριση των γυναικών κατά τη γέννα και προσκάλεσε τους οργανισμούς και τις κυβερνήσεις να αναλάβουν δράση και να προωθήσουν την σχετική έρευνα. Δεν υπήρξαν περιορισμοί για την ένταξη στο δείγμα όπως ανώτερο όριο ηλικίας, πιο συγκεκριμένος τόπος διαμονής, επίπεδο εκπαίδευσης, φυσική ή διανοητική κατάσταση. Ακόμη, καθώς το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε συγκεκριμένα ηλεκτρονικά σημεία, ο προσβάσιμος πληθυσμός περιορίστηκε στις/ους χρήστριες/ες συγκεκριμένων μέσων και στον περίγυρο αυτών, εφόσον οι χρήστριες/ες επιθυμούσαν να προωθήσουν το ερωτηματολόγιο.

Σχετικά με τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα, οι συμμετέχουσες θα έπρεπε να:

- 1) Είναι άνω των 18 ετών.
- 2) Έχουν γεννήσει σε ελληνικό νοσοκομείο από 01/01/2014 έως σήμερα
- 3) Κατανοούν επαρκώς την απλή γραπτή ελληνική γλώσσα.
- 4) Γνωρίζουν και αποδέχονται πως κάποιες από τις ερωτήσεις πιθανώς να συνδέονται με τραυματικές εμπειρίες δικές τους ή άλλων ατόμων που γνωρίζουν.
- 5) Δώσουν απαντήσεις σε συνθήκες ηρεμίας που ευνοούν την απερίσπαστη προσοχή τους και να αποδέχονται ότι ήταν κατάλληλες οι συνθήκες
- 6) Συναινούν να συμμετέχουν στην έρευνα.

Συνολικά, απάντησαν τετρακόσιες πενήντα τρεις (453) γυναίκες, εκ των οποίων αφαιρέθηκαν οι τρεις (3) καθώς δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Ως εκ τούτου το τελικό δείγμα διαμορφώθηκε στις απαντήσεις τετρακοσίων πενήντα (450) γυναικών.

Γενικότερα, τηρήθηκαν τα απαραίτητα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με την ψυχολογία των συμμετεχόντων σε μία επιστημονική έρευνα (APA, 2010).

6.5. ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Καθώς πρόκειται για ένα μεταθετικιστικό ερευνητικό παράδειγμα, ως ιδανική δειγματοληψία στη βιβλιογραφία αναφέρεται η στρωματοποιημένη δειγματοληψία πιθανοτήτων. Αυτού του είδους η δειγματοληψία διασφαλίζει ότι κάθε μέλος του πληθυσμού θα εκπροσωπείται στο δείγμα και κάθε μέλος κάθε στρώματος έχει ίσες πιθανότητες να συμπεριληφθεί στο δείγμα περιορίζοντας το σφάλμα δειγματοληψίας. Οι δειγματοληψίες πιθανοτήτων είναι αυτές που επιτρέπουν στις ποσοτικές έρευνες τις μέγιστες δυνατότητες γενικευσιμότητας, παρόλα αυτά έχουν αρκετά μειονεκτήματα καθώς είναι χρονοβόρες, κοστοβόρες και έχουν μεγαλύτερα ποσοστά διαρροών ως προς το δείγμα. Για τους λόγους αυτούς, επιλέχθηκε να ακολουθηθεί μία βολική δειγματοληψία (μη πιθανοτήτων) στο πρότυπο των Martínez-Galiano et al. (2021) με τους επακόλουθους περιορισμούς

ως προς τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων και την εσωτερική και εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας.

Ακόμη, καθώς το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε συγκεκριμένα ηλεκτρονικά σημεία, ο προσβάσιμος πληθυσμός περιορίστηκε στις/ους χρήστριες/ες συγκεκριμένων μέσων και στον περίγυρο αυτών, εφόσον οι χρήστριες/ες επιθυμούσαν να προωθήσουν το ερωτηματολόγιο. Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε μέσω social media και συγκεκριμένα στην πλατφόρμα του «facebook». Στην αναζήτηση εφαρμόστηκε φίλτρο για ομάδες με δυνατότητα ελεύθερης δημοσίευσης και εφαρμόστηκαν συγκεκριμένες λέξεις-κλειδιά σχετικές με τη μητρότητα, τη γέννα, τα παιδιά και την ισότητα των φύλων. Προέκυψαν τριάντα εννιά (39) ομάδες στις οποίες δημοσιεύτηκε ο σύνδεσμος του ερωτηματολογίου μαζί με οδηγίες για τη συμπλήρωσή του. Η διαδικασία της δημοσίευσης του ερωτηματολογίου ξεκίνησε στις τριάντα (30) Απριλίου δύο χιλιάδες είκοσι τρία (2023) και παρέμεινε ανοιχτό για τη λήψη απαντήσεων έως τις εννέα (9) Ιουνίου δύο χιλιάδες είκοσι τρία (2023). Ελήφθησαν συνολικά τετρακόσιες πενήντα τρεις απαντήσεις (453) εκ των οποίων αφαιρέθηκαν οι τρεις (3) καθώς δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στο δείγμα, απομένοντας τελικά τετρακόσιες πενήντα (450) απαντήσεις.

6.6. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η στατιστική ανάλυση διεξήχθη στο πρόγραμμα IBM SPSS 26, προκειμένου να ελεγχθεί η αξιοπιστία, η εγκυρότητα της έρευνας καθώς και τα αποτελέσματά της.

6.6.1. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

Η αξιοπιστία διακρίνεται από 3 στοιχεία, τη σταθερότητα, την ισοδυναμία και τη συνέπεια. Καθώς το είδος της έρευνας δεν επιτρέπει την επαναληπτική χορήγηση, ούτε τη χορήγηση εναλλακτικών test και εφόσον οι μεταβλητές είναι κατηγορικές/ιεραρχικές (ordinary) τύπου «όχι/ναι» και Likert (ισοδιαστημική), η αξιοπιστία ελέγχθηκε μέσω της εσωτερικής συνέπειας. Σε καθεμιά ομάδα δεδομένων που αποτελούν καθεμιά μεταβλητή αξιολογήθηκε η εσωτερική συνέπεια μέσω του συντελεστή Cronbach Alpha. Αποδεκτές θεωρούνται οι τιμές του συντελεστή στο διάστημα [0,6, 0,7), ικανοποιητικές στο [0,7, 0,8), υψηλές στο [0,8, 0,9) και άριστες οι τιμές στο διάστημα [0,9,1] (Γαλάνης, 2013).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας για το πιλοτικό δείγμα των 50 πρώτων συμμετεχουσών. Διαφαίνονται προβλήματα αξιοπιστίας στο ερωτηματολόγιο της MB, καθώς η αξιοπιστία είναι μη αποδεκτή στους παράγοντες «Σωματική βία» ($\alpha=0,562$) «Λεκτική βία» ($\alpha=0,494$), «Πτώχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ($\alpha=0,596$) και «Συνθήκες συστήματος υγείας και περιορισμοί» ($\alpha=0,075$), με τον μοναδικό παράγοντα με ικανοποιητικά αποτελέσματα να είναι η «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ($\alpha=0,710$). Ωστόσο

η αφαίρεση των ερωτήσεων 21-22 δημιουργεί οριακά αποδεκτή αξιοπιστία για την «Σωματική βία» ($\alpha=0,562$), ενώ η αφαίρεση των ερωτήσεων 27-28 οδηγεί σε αποδεκτή αξιοπιστία για την «Λεκτική βία». Ο παράγοντας «Συνθήκες συστήματος υγείας και περιορισμοί» δεν φαίνεται να επιδέχεται βελτιώσεις και πιθανότατα δεν θα έχει αποδεκτά αποτελέσματα. Στα άλλα ερωτηματολόγια δεν εμφανίζονται προβλήματα καθώς η «Κανονικοποίηση MB» έχει αποδεκτή αξιοπιστία $\alpha=0,626$, ο «Εχθρικός σεξισμός» ικανοποιητική ($\alpha=0,795$) και ο «Καλοπροαίρετος σεξισμός» υψηλή ($\alpha=0,836$).

Πίνακας 1: Ανάλυση αξιοπιστίας για πιλοτικό δείγμα 50 συμμετεχόντων

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Cronbach	Αξιοπιστία
Σωματική βία	22-25	0,367 ⁽¹⁾	Μη αποδεκτή
Λεκτική βία	26-29	0,494 ⁽²⁾	Μη αποδεκτή
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	(30-38)R,39,40R,41,42,43R	0,710 ⁽³⁾	Ικανοποιητική
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	(44-47) R	0,536 ⁽⁴⁾	Μη αποδεκτή
Συνθήκες συστήματος υγείας και περιορισμοί	48R,49R,50,51	0,075	Μη αποδεκτή
Κανονικοποίηση MB	56-65	0,626	Αποδεκτή
Εχθρικός σεξισμός	67,69,70,72R,75,76,79,80,81,83,86R	0,795 ⁽⁵⁾	Ικανοποιητική
Καλοπροαίρετος σεξισμός	66,68R,71R,73,74,77,78R,82,84,85,87	0,836	Υψηλή

(1) Αν αφαιρεθούν οι ερωτήσεις 22-23 η αξιοπιστία γίνεται οριακά αποδεκτή ($\alpha=0,562$)

(2) Αν αφαιρεθούν οι ερωτήσεις 28-29 η αξιοπιστία γίνεται αποδεκτή ($\alpha=0,614$)

(3) Αν αφαιρεθεί η ερώτηση 43 η αξιοπιστία γίνεται $\alpha=0,722$

(4) Αν αφαιρεθεί η ερώτηση 46 η αξιοπιστία γίνεται αποδεκτή ($\alpha=0,675$)

(5) Αν αφαιρεθεί η ερώτηση 83, η αξιοπιστία γίνεται υψηλή ($\alpha=0,846$)

R: Αντιστροφή ερώτησης

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας της κύριας έρευνας. Σχετικά με τη MB, προέκυψε αποδεκτή αξιοπιστία για τους παράγοντες «Λεκτική επικοινωνία» ($\alpha=0,643$), «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ($\alpha=0,659$) και ικανοποιητική για την «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ($\alpha=0,764$). Η «Κανονικοποίηση MB» εμφάνισε αποδεκτή αξιοπιστία ($\alpha=0,688$), ο «Εχθρικός σεξισμός» υψηλή ($\alpha=0,846$) όπως και ο «Καλοπροαίρετος σεξισμός» ($\alpha=0,830$).

Πίνακας 2: Ανάλυση αξιοπιστίας για το συνολικό δείγμα

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Cronbach	Αξιοπιστία
Σωματική βία	22-25	0,362	Μη αποδεκτή
Λεκτική βία	26-29	0,643 ⁽¹⁾	Αποδεκτή
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	(30-38)R,39,40R,41,42,43R	0,764	Ικανοποιητική
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	(44-47) R	0,659 ⁽²⁾	Αποδεκτή
Συνθήκες συστήματος υγείας και περιορισμοί	48R,49R,50,51	0,214	Μη αποδεκτή
Κανονικοποίηση MB	56-65	0,688	Αποδεκτή
Εχθρικός σεξισμός	67,69,70,72R,75,76,79,80,81,83,86R	0,846 ⁽³⁾	Υψηλή
Καλοπροαίρετος σεξισμός	66,68R,71R,73,74,77,78R,82,84,85,87	0,830	Υψηλή

R: Αντιστροφή ερώτησης

(1) Αν αφαιρεθεί η ερώτηση 28 η αξιοπιστία γίνεται σχεδόν ικανοποιητική ($\alpha=0,693$)

(2) Αν αφαιρεθεί η ερώτηση 47 η αξιοπιστία γίνεται ικανοποιητική ($\alpha=0,719$)

(3) Αν αφαιρεθεί η ερώτηση 83, η αξιοπιστία γίνεται $\alpha=0,883$

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η τελική επιλογή των παραγόντων χρησιμοποιώντας τα βέλτιστα αποτελέσματα, με τον συντελεστή Cronbach Alpha να έχει τιμές μεγαλύτερες ή ίσες του 0,688.

Πίνακας 3: Τελική επιλογή παραγόντων

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Cronbach	Αξιοπιστία
Λεκτική βία	26,27,29	0,693	Αποδεκτή
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	(30-38)R,39,40R,41,42,43R	0,764	Ικανοποιητική
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	(44-46) R	0,719	Αποδεκτή
Κανονικοποίηση MB	56-65	0,688	Αποδεκτή
Εχθρικός σεξισμός	67,69,70,72R,75,76,79,80,81,86R	0,883	Υψηλή
Καλοπροαίρετος σεξισμός	66,68R,71R,73,74,77,78R,82,84,85,87	0,830	Υψηλή

6.6.2. ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Χρησιμοποιήθηκε α) επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων δημιουργώντας ομάδες λανθανουσών μεταβλητών στο πρότυπο κατασκευής καθενός από τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν. Η συγκεκριμένη τεχνική επιβεβαιώνει την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, β) συγκλίνουσα εγκυρότητα όπου πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις με την μεταβλητή «Αποτίμηση βίας», που αναφέρεται εξ ορισμού στην ύπαρξη βίας και αποδεικνύει επίσης την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και γ) εγκυρότητα περιεχομένου, δηλαδή ότι οι υπομελέτη παράγοντες καλύπτουν το περιεχόμενο της έννοιας στην οποία αναφέρονται. (Γαλάνης, 2013). Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε χωριστά στα 3 ερωτηματολόγια της Μαιευτικής Βίας (MB), της Κανονικοποίησης της MB και του σεξισμού. Στην Παραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν περιστροφές και παράλληλα θα ελέγχθηκε η ποιότητα των δεδομένων μέσω του δείκτη ΚΜΟ με αποδεκτές τιμές να είναι οι μεγαλύτερες του 0,5 (Καρλής, 2005).

MB:

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4, ο παράγοντας «Αποτίμηση βίας» εμφάνισε ισχυρές θετικές συσχετίσεις σε στάθμη σημαντικότητας 1% με τους παράγοντες της MB, γεγονός που αναδεικνύει την ύπαρξη συγκλίνουσας εγκυρότητας.

Πίνακας 4: Συσχέτιση του παράγοντα «Αποτίμηση βίας» με την «MB»

MB	Αποτίμηση βίας
Λεκτική βία	,598**
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	,697**
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	,653**

**p<0,01

Επιπλέον οι παράγοντες της MB μπορούν να θεωρηθούν έγκυροι, με βάση την εγκυρότητα του περιεχομένου καθώς περιλαμβάνουν τις περισσότερες από τις πτυχές της έννοιας που αναφέρονται.

A) Λεκτική βία

- 1) Σας φώναξαν ή ούρλιαξαν;
- 2) Σας επέπληξαν;
- 3) Σας απείλησαν ότι αν δεν συμμορφωθείτε εσείς ή το μωρό σας θα έχετε κακή έκβαση;

B) Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης

- 1) Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει κολπική εξέταση; [R]

- 2) Ζήτησε την άδειά σας πριν σας κάνει κολπική εξέταση; [R]
- 3) Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει πρόκληση τοκετού; [R]
- 4) Ζήτησε την άδειά σας πριν κάνει την πρόκληση τοκετού; [R]
- 5) Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει επισιοτομή (χειρουργικό κόψιμο στο άνοιγμα του κόλπου); [R]
- 6) Ζήτησε την άδειά σας πριν σας κάνει επισιοτομή (χειρουργικό κόψιμο στο άνοιγμα του κόλπου); [R]
- 7) Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει καισαρική τομή;
- 8) Ζήτησε την άδειά σας πριν κάνει την καισαρική; [R]
- 9) Οι κολπικές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με ιδιωτικότητα (με τρόπο που οι άλλοι να μην μπορούν να βλέπουν); [R]
- 10) Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο αισθανθήκατε τους επαγγελματίες υγείας να σας αγνοούν;
- 11) Σας ρώτησαν αν επιθυμείτε κάποιο μέσο ανακούφισης από τον πόνο; [R]
- 12) Σας αρνήθηκαν τη χορήγηση μέσων ανακούφισης από τον πόνο, εφόσον τα ζητήσατε;
- 13) Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο χρειάστηκε να περιμένετε για μεγάλα χρονικά διάστημα μέχρι να σας δει κάποιος επαγγελματίας υγείας;
- 14) Ήταν παρών/ούσα κάποιος/α επαγγελματίας υγείας όταν ήρθε το μωρό; [R]

Γ) Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας

- 1) Αισθανθήκατε συναισθηματική υποστήριξη από τους/ις επαγγελματίες υγείας;
- 2) Οι επαγγελματίες υγείας άκουγαν τις ανησυχίες σας;
- 3) Σας επέτρεπαν να είναι παρών/ούσα συνοδός την οποιαδήποτε στιγμή;

Κανονικοποίηση MB:

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5, η μονοπαραγοντική διάσταση της μεταβλητής «Κανονικοποίηση MB», υποστηρίζεται καθώς όλες οι φορτίσεις είναι άνω του 0,4 (Kline, 2014). Οι ερωτήσεις εμφάνισαν ικανοποιητική συνάφεια ($KMO=0,786>0,5$). Ωστόσο ο ενιαίος παράγοντας εξηγεί το 29,09% της συνολικής διακύμανσης, γεγονός που υποδηλώνει ότι πως περισσότεροι παράγοντες θα ερμήνευαν καλύτερα τα δεδομένα.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα Παραγοντικής ανάλυσης για την Κανονικοποίηση της MB και υποχρεωτική εξαγωγή 1 παράγοντα

Ερωτήσεις	Κανονικοποίηση MB
Κανονικοποίηση MB-10	0,650
Κανονικοποίηση MB-9	0,618
Κανονικοποίηση MB-2	0,601
Κανονικοποίηση MB-3	0,586
Κανονικοποίηση MB-4	0,534
Κανονικοποίηση MB-7	0,509
Κανονικοποίηση MB-1	0,489

Κανονικοποίηση MB-8	0,482
Κανονικοποίηση MB-6	0,470
Κανονικοποίηση MB-5	0,405
Διακύμανση	29,09%

KMO=0,786

Σεξισμός:

Σύμφωνα με τον Πίνακα 6, η ύπαρξη 2 παραγόντων στον Σεξισμό υποστηρίζεται καθώς όλες οι ερωτήσεις του εχθρικού σεξισμού ταξινομούνται στον 1^ο παράγοντα ο οποίος ερμηνεύει το 26,38% της συνολικής διακύμανσης και όλες οι ερωτήσεις του καλοπροαίρετου σεξισμού ταξινομούνται στον 2^ο παράγοντα ο οποίος ερμηνεύει το 18,34% της συνολικής διακύμανσης. Οι ερωτήσεις εμφάνισαν υψηλή συνάφεια (KMO=0,919>0,8). Ωστόσο, οι 2 παράγοντες εξηγούν το 44,72% της συνολικής διακύμανσης, γεγονός που υποδηλώνει ότι πως περισσότεροι παράγοντες θα ερμήνευαν καλύτερα τα δεδομένα.

Πίνακας 6: Αποτελέσματα Παραγοντικής ανάλυσης για τον Σεξισμό, περιστροφή Varimax και υποχρεωτική εξαγωγή 2 παραγόντων

Ερωτήσεις	Εχθρικός σεξισμός	Καλοπροαίρετος σεξισμός
70.Οι γυναίκες προσβάλλονται υπερβολικά εύκολα.	0,751	
76.Οι γυναίκες επιζητούν να κερδίσουν εξουσία αποκτώντας τον έλεγχο πάνω στους άντρες.	0,735	
75.Οι περισσότερες γυναίκες αποτυγχάνουν να εκτιμήσουν πλήρως όλα όσα κάνουν οι άντρες για αυτές.	0,730	
80.Μόλις μία γυναίκα κάνει έναν άντρα να δεσμευτεί μαζί της συνήθως προσπαθεί να του "σφίξει το λουριά".	0,725	
79.Οι γυναίκες μεγαλοποιούν τα προβλήματα που έχουν στη δουλειά.	0,723	
81.Όταν οι γυναίκες χάνουν από τους άντρες σε ένα δίκαιο διαγωνισμό συνήθως παραπονούνται ότι υφίστανται διακρίσεις.	0,700	
69.Οι περισσότερες γυναίκες ερμηνεύουν αθώες παρατηρήσεις ή πράξεις σαν σεξιστικές.	0,681	
86.Οι φεμινίστριες έχουν απολύτως λογικές απαιτήσεις από τους άντρες.	-0,597	
72.Οι φεμινίστριες δεν επιδιώκουν οι γυναίκες να έχουν περισσότερη εξουσία από τους άντρες.	-0,560	
67.Στην πραγματικότητα πολλές γυναίκες επιζητούν ειδικές χάρες, υπό το πρόσχημα ότι ζητάνε "ισότητα".	0,545	
84.Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες τείνουν να έχουν ανώτερη ηθική ευαισθησία.		0,708
77.Οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες τείνουν να έχουν μία πιο εκλεπτυσμένη αίσθηση κουλτούρας και καλό γούστο.		0,699
73.Πολλές γυναίκες έχουν μία ποιότητα αγνότητας που λίγοι άντρες διαθέτουν.		0,682
85.Οι άντρες πρέπει να είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν τη δική τους ευημερία προκειμένου να εξασφαλίσουν οικονομικά τις γυναίκες της ζωής τους.		0,587
82.Μία καλή γυναίκα ο άντρας της πρέπει να τη βάζει σε "βάθρο".		0,548
77.Κάθε άντρας θα έπρεπε να έχει μία γυναίκα την οποία λατρεύει.		0,542
74.Οι γυναίκες πρέπει να λαμβάνουν αγάπη και προστασία από τους άντρες.		0,539
66.Ανεξάρτητα από το πόσο επιτυχημένος είναι, ένας άντρας δεν		0,515

είναι πραγματικά ολοκληρωμένος ως άτομο αν δεν έχει την αγάπη μιας γυναίκας.		
78.Οι άντρες είναι ολοκληρωμένοι χωρίς τις γυναίκες.		-0,498
68.Σε μία καταστροφή οι γυναίκες δεν πρέπει απαραίτητα να διασώζονται πριν από τους άντρες.		-0,432
71.Οι άνθρωποι συχνά είναι πραγματικά ευτυχισμένοι στη ζωή τους χωρίς να έχουν ερωτική σχέση με άτομο του άλλου φύλου.		-0,337
Διακύμανση (%)	26,38%	18,34%
KMO=0,919		

6.6.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 26 και η κωδικοποίηση τους στο Microsoft Office Excel 2016. Για το Α' ερευνητικό ερώτημα που είναι περιγραφικό, το ζητούμενο είναι να ανευρεθεί η κατανομή συχνότητας (frequencies). Τα υποκείμενα θα ταξινομηθούν σε ομάδες ανάλογα με το αν έχουν εκτεθεί ή όχι σε συνθήκες MB και θα προσδιοριστεί ο απόλυτος αριθμός καθώς και το ποσοστό. Η διάκριση μπορεί να γίνει περισσότερο αναλυτική καθώς μπορεί να προσδιοριστεί Α) Αν έχουν εκτεθεί γενικά σε MB Β) αν έχουν εκτεθεί σε κάποιο συγκεκριμένο είδος MB, Γ) Αν έχουν εκτεθεί σε κάποια συγκεκριμένη συμπεριφορά MB. Η απόκτηση αυτών των πληροφοριών είναι αρκετή για να απαντηθεί το Α' ερευνητικό ερώτημα.

Και το Γ' ερευνητικό ερώτημα είναι περιγραφικό και το ζητούμενο παραμένει η ανεύρεση της κατανομής συχνότητας. Θα προσδιοριστεί κατά μέσο όρο ο βαθμός στον οποίο το δείγμα εγκρίνει ή αποδοκιμάζει τη MB και ο απόλυτος αριθμός και το ποσοστό των ατόμων που εγκρίνουν/αποδοκιμάζουν τη MB. Η διάκριση μπορεί να γίνει περισσότερο αναλυτική και να προσδιοριστούν τα άτομα που αποδοκιμάζουν/εγκρίνουν Α) γενικά τη MB, Β) συγκριμένες συμπεριφορές MB. Η απόκτηση αυτών των πληροφοριών είναι αρκετή για να απαντηθεί το Γ' ερευνητικό ερώτημα. Οι τιμές της MB και της Κανονικοποίησης της MB μεταφέρθηκαν στο διάστημα [0,100] με χρήση του τύπου $100 * [Xi - \text{Min}(X)] / \text{Range}(X)$ και οι γυναίκες με σκορ 50% και άνω κατατάχθηκαν στην ομάδα που έχει υποστεί και εγκρίνει τη MB. Επίσης υπολογίστηκαν τα 95% δ.ε. για να γενικευτούν τα επίπεδα Κανονικοποίησης MB για τον πληθυσμό.

Τα Ε', ΣΤ', Ζ ερευνητικά ερωτήματα είναι επίσης περιγραφικά και σκοπός είναι να προσδιοριστεί εάν τα άτομα που αυτοχαρακτηρίζονται ότι υπέστησαν MB, μίλησαν για αυτή την εμπειρία και σε ποιους, εάν η εμπειρία τους επηρέασε τις προθέσεις του για μελλοντική εγκυμοσύνη και εάν αισθάνθηκαν ότι χρειάζονταν ψυχολογική υποστήριξη από επαγγελματία. Για την απάντηση την απάντησή τους θα εφαρμοστεί και εκεί η κατανομή συχνότητας. Άλλοι δείκτες που μπορούν να ανευρεθούν είναι τα μέτρα μεταβλητότητας όπως τυπική απόκλιση (standard deviation), διακύμανση (variance) και εύρος (range).

Για το Β' ερευνητικό ερώτημα που είναι συσχετιστικό το ζητούμενο είναι να προσδιοριστεί η σχέση ανάμεσα στην εξαρτημένη μεταβλητή (έκθεση σε MB) με καθεμιά ξεχωριστά από τις

ανεξάρτητες μεταβλητές (ηλικία γέννας, αριθμός γεννών, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εθνικότητα, αντιλήψεις για τον σεξισμό).

Αντιστοίχως, για Δ' ερευνητικό ερώτημα που είναι επίσης συσχετιστικό, ζητούμενο είναι να προσδιοριστεί το είδος της σχέσης ανάμεσα στην Κανονικοποίηση της MB με καθεμιά από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (ηλικία, αριθμός γεννών, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, εθνικότητα, πραγματική έκθεση σε MB και αντιλήψεις για τον σεξισμό).

Οι σχέσεις αυτές διερευνήθηκαν σε στάθμη σημαντικότητας 5%. Δηλαδή στατιστικά σημαντικά θεωρήθηκαν τα αποτελέσματα για $p\text{-value} < 0,05$. Οι παράγοντες ελέγχθηκαν για την ύπαρξη κανονικής κατανομής με χρήση του Shapiro Wilk test. Χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω στατιστικοί έλεγχοι

A) Συντελεστή συσχέτισης Spearman για έλεγχο της σχέσης ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Ο συγκεκριμένος συντελεστής παίρνει τιμές από -1 (αρνητική συσχέτιση) έως 1 (θετική συσχέτιση).

B) Παραμετρικούς ελέγχους independent samples t-test και One-Way ANOVA για σύγκριση μέσων όρων 2 και 3 ή περισσότερων ανεξάρτητων μεγάλων ($n \geq 30$) δειγμάτων αντίστοιχα.

Γ) Μη παραμετρικούς ελέγχους Mann Whitney και Kruskal Wallis για σύγκριση διαμέσων τιμών 2 και 3 ή περισσότερων δειγμάτων τα οποία δεν προέρχονται από κανονική κατανομή και δεν είναι μεγάλα (Field, 2017).

Δ) Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι όποιες συσχετίσεις προκύψουν δεν θα αναδεικνύουν αιτιώδεις σχέσεις παρά μόνο συσχέτιση. Για εύρεση αιτιωδών σχέσεων χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, χρησιμοποιώντας ως ανεξάρτητες μεταβλητές, αυτές που εμφάνισαν σχέση. Οι κατηγορικές μεταβλητές μετατράπηκαν σε ψευδομεταβλητές πριν την είσοδο τους στα μοντέλα. Ο συντελεστής R^2 , χρησιμοποιήθηκε για έλεγχο της προσαρμογής των μοντέλων και ο συντελεστής VIF για ύπαρξη πολυσυγγραμμικότητας (Hayes, 2022).

6.7. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

Το χρονοδιάγραμμα της έρευνας χωρίστηκε σε τέσσερις (4) φάσεις, συνολικής διάρκειας εννιά (9) μηνών.

A' φάση:

Η προετοιμασία της έρευνας στην οποία περιλαμβάνεται η βιβλιογραφική έρευνα, η δημιουργία του πρωτοκόλλου της έρευνας, ο εντοπισμός των κατάλληλων εργαλείων συλλογής δεδομένων και η οργάνωση της διεξαγωγής της έρευνας διήρκεσε πέντε (5) μήνες.

B' φάση:

Για τη διπλή μετάφραση των ερωτηματολογίων, τη χορήγησή τους, τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας στα πρώτα πενήντα (50) ερωτηματολόγια και την πλήρη συλλογή του δείγματος χρειάστηκαν δύο (2) μήνες.

Γ' φάση:

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων και την καταγραφή των αποτελεσμάτων χρειάστηκε ένας (1) μήνας.

Δ' φάση:

Για την εξαγωγή των συμπερασμάτων και την καταγραφή τους χρειάστηκε ένας (1) μήνας.

6.8. ΣΥΝΟΨΗ

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να προσδιορίσει εάν έχουν εκτεθεί σε συνθήκες MB άτομα που έχουν γεννηθεί σε ελληνικά μαιευτήρια από το 2014 έως σήμερα και να προσδιορίσει παράγοντες κινδύνου. Ακόμη, σκοπός είναι να προσδιορίσει σε τι βαθμό αναγνωρίζονται ή κανονικοποιούνται οι συγκεκριμένες συμπεριφορές ως MB και να προσδιορίσει τη σχέση ανάμεσα στην Κανονικοποίηση της MB με συγκεκριμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Για την επίτευξη των συγκεκριμένων σκοπών επιλέχθηκε μία ποσοτική μελέτη. Τα ερευνητικά ερωτήματα αφορούν τον βαθμό έκθεσης σε MB γυναικών που γέννησαν από το 2014 έως σήμερα σε ελληνικά νοσοκομεία, τους σχετικούς παράγοντες κινδύνου, τον βαθμό κανονικοποίησης της MB και των σχετικών παραγόντων κινδύνου, την επικοινωνία της εμπειρίας της MB και τις επιπτώσεις της MB στις προθέσεις για μελλοντική εγκυμοσύνη. Για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων επιλέχθηκε μία πρωτογενής, συγχρονική, ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια, δείγματος μη πιθανοτήτων, αφού επιδιώκεται η αντικειμενική κατανόηση ενός σύνθετου κοινωνικού ζητήματος. Τα συγκεκριμένα εργαλεία είχαν αναδείξει σε άλλους πληθυσμούς καλούς δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας, καθώς όμως χρειάστηκε να γίνει διπλή μετάφραση έγινε επανέλεγχος σε πιλοτικό δείγμα 50 γυναικών, αναδεικνύοντας αποδεκτούς δείκτες. Το χρονοδιάγραμμα της έρευνας χωρίστηκε σε τέσσερις (4) φάσεις, συνολικής διάρκειας εννιά (9) μηνών. Ως προς τους μεθοδολογικούς και ερμηνευτικούς περιορισμούς της μελέτης, αναγνωρίζεται ο συγκεκριασμός ορολογιών που από την επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζονται ως ταυτόσημοι με τη MB, η μεροληψία της ανάκλησης, πιθανές εξωγενείς μεταβλητές καθώς και περιορισμοί του ίδιου του εργαλείου ως προς τη στατιστική ανάλυση. Ωστόσο, για καθέναν περιορισμό έχουν ληφθεί σχετικά μέτρα για τον περιορισμό της επίδρασής τους στα αποτελέσματα της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (Σχόλιο)

7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετηθεί ο βαθμός στον οποίο υφίσταται η MB και η Κανονικοποίηση της και να διερευνηθούν οι παράγοντες κινδύνου. Η έρευνα μελέτησε επιπλέον τον «ενδιάμεσο» ρόλο του σεξισμού και διάφορων ψυχοκοινωνικών στοιχείων όπως το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, η εθνικότητα, ο αριθμός των γεννών και η οικογενειακή κατάσταση. Σε αυτό το κεφάλαιο πρόκειται να παρουσιαστούν τα ευρήματα της έρευνας όπως προέκυψαν από την περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση και να ερμηνευθούν. Παρατίθενται τα αντίστοιχα ποσοστά, οι πίνακες και τα γραφήματα ανά ερευνητικό ερώτημα. Ειδικότερα, παρατίθενται τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, οι απαντήσεις για τους πέντε (5) παράγοντες της Μαιευτικής Βίας (MB) από τους οποίους αποτελείται το ερωτηματολόγιο της MB, οι απαντήσεις σε σχέση με την αποτίμηση της εμπειρίας της γέννας, οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου για την Κανονικοποίηση της MB και οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο για τον εχθρικό και τον καλοπροαίρετο σεξισμό. Ακόμη, δίνονται στοιχεία σε σχέση με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν.

7.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

7.2.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 450 γυναίκες οι οποίες στην πλειοψηφία τους ήταν ελληνικής καταγωγής, ηλικίας 30-41 ετών, παντρεμένες, με υψηλό μορφωτικό επίπεδο τριτοβάθμιας ή μεταπτυχιακής εκπαίδευσης και είχαν γεννήσει στην πλειοψηφία τους την περίοδο 2014-2016 σε ηλικία 30-35 ετών, με καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό, με ή χωρίς προγραμματισμένο ραντεβού, σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Οι περισσότερες γυναίκες γνώριζαν τον ιατρό αλλά όχι την μαία/τον μαιευτή κατά τη διαδικασία της γέννας, είχαν πραγματοποιήσει ήδη 1-2 γέννες κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και επέλεξαν να επικεντρώσουν τις απαντήσεις τους στην 1η τους γέννα αναφορικά με το αν υπέστησαν MB.

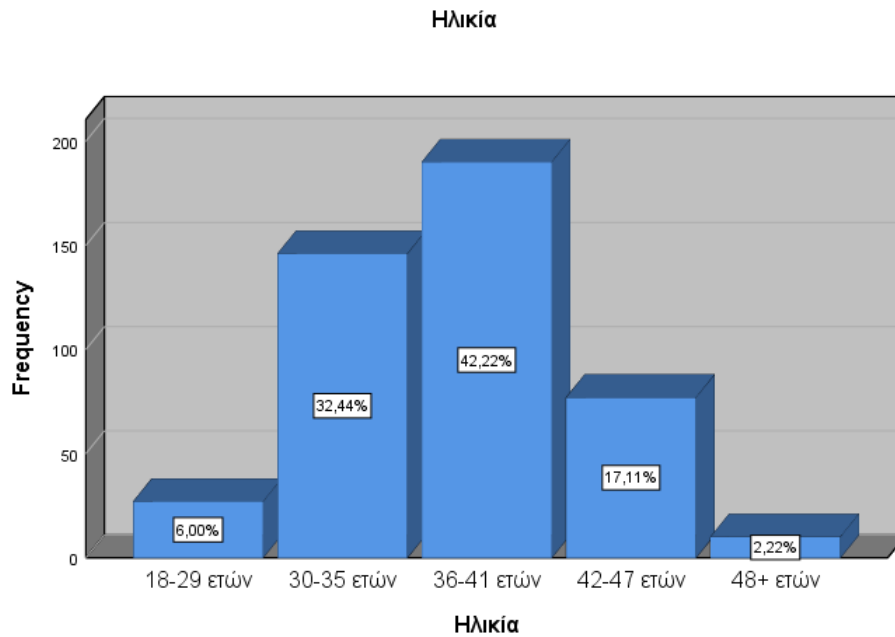
Στον Πίνακα 7 (και τα Γραφήματα 1-15) παρατίθενται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος που αποτελείται από 450 γυναίκες.

Πίνακας 7: Δημογραφικά στοιχεία

Δημογραφικό στοιχείο	Κατηγορία	N	f%
Ηλικία	18-29 ετών	27	6,00%
	30-35 ετών	146	32,44%
	36-41 ετών	190	42,22%

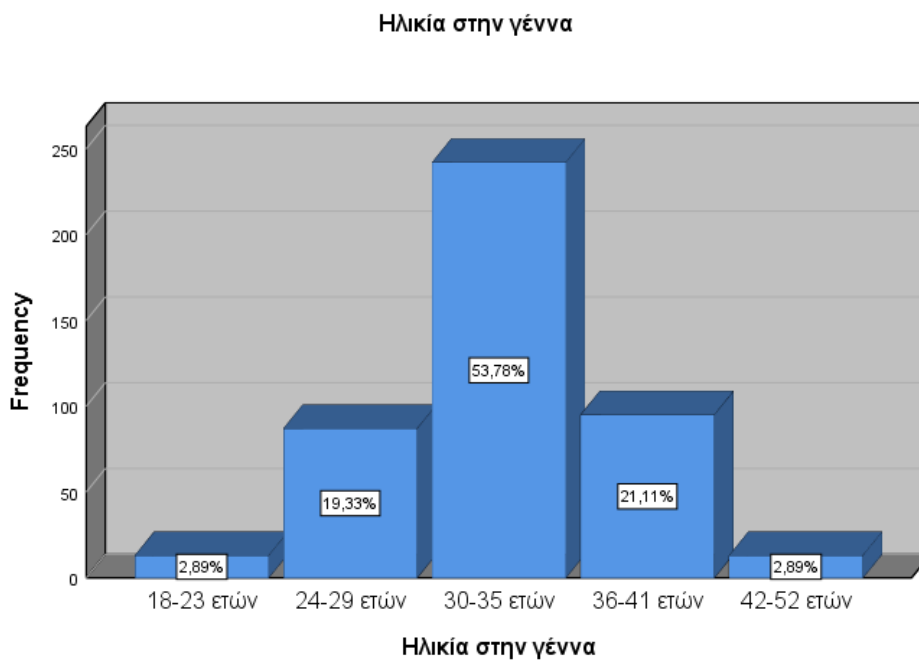
	42-47 ετών	77	17,11%
	48+ ετών	10	2,22%
Ηλικία στη γέννα	18-23 ετών	13	2,89%
	24-29 ετών	87	19,33%
	30-35 ετών	242	53,78%
	36-41 ετών	95	21,11%
	42-52 ετών	13	2,89%
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερη/ος/ο (ή διαζευγμένη/ος/ο)	29	6,44%
	Σε σχέση	13	2,89%
	Παντρεμένη/ος/ο	408	90,67%
Οικογενειακή κατάσταση στη γέννα	Ελεύθερη/ος/ο (ή διαζευγμένη/ος/ο)	5	1,11%
	Σε σχέση	20	4,44%
	Παντρεμένη/ος/ο	425	94,44%
Μορφωτικό επίπεδο	Λύκειο	36	8,00%
	ΙΕΚ	59	13,11%
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	159	35,33%
	Μεταπτυχιακό	185	41,11%
	Διδακτορικό και άνω	11	2,44%
Μορφωτικό επίπεδο στη γέννα	Λύκειο	39	8,67%
	ΙΕΚ	58	12,89%
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	198	44,00%
	Μεταπτυχιακό	148	32,89%
	Διδακτορικό και άνω	7	1,56%
Εθνικότητα	Ελληνική	444	98,67%
	Άλλη	6	1,33%
Νοσοκομείο γέννας	Δημόσιο νοσοκομείο	156	34,67%
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	294	65,33%
Ραντεβού γέννας	Όχι	232	51,56%
	Ναι	218	48,44%
Γνώση γιατρού στην γέννα	Όχι	39	8,67%
	Ναι	411	91,33%
Γνώση μαιάς στην γέννα	Όχι	279	62,00%
	Ναι	171	38,00%
Αριθμός γεννήσεων	Μία	221	49,11%
	Δύο	181	40,22%
	Τρεις	38	8,44%
	Τέσσερις ή περισσότερες	10	2,22%
Γέννα αναφοράς	1 ^η	337	74,89%
	2 ^η	87	19,33%
	3 ^η	21	4,67%
	4 ^η ή επόμενη	5	1,11%
Τύπος γέννας	Φυσιολογικός τοκετό	181	40,22%
	Υποβοηθούμενος φυσιολογικός τοκετός	31	6,89%
	Καισαρική τομή	238	52,89%
Η γέννα στην οποία θα αναφερθείτε συνέβη	2014-2016	140	31,11%
	2017-2019	134	29,78%
	2020-2023	176	39,11%

Σχετικά με την ηλικία, ποσοστό 42,22% (N=190) έχουν οι γυναίκες ηλικίας από 36 έως 41 ετών, 32,44% (N=146) από 30 έως 35, 17,11% (N=77) από 42 έως 47, 6,00% (N=27) από 18 έως 29 και 2,22% (N=10) από 48 και άνω.



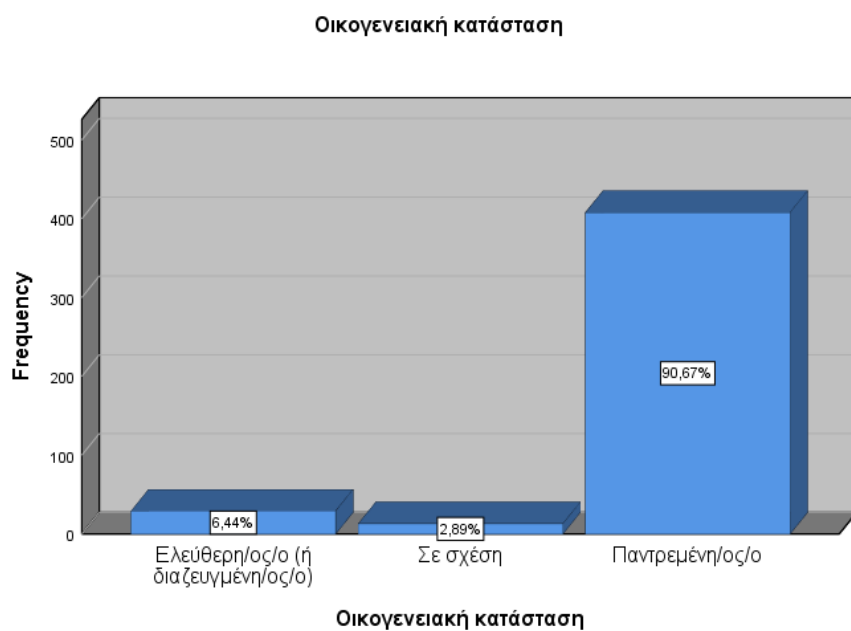
Γράφημα 1: Ηλικία

Όσον αφορά την ηλικία στην γέννα, το 53,78% (N=242) ήταν από 30 έως 35 ετών, το 21,11% (N=95) από 36 έως 41, το 19,33 (N=87) από 24 έως 29 ενώ ποσοστό 2,89% (N=13) έχουν οι γυναίκες που ήταν από 18 έως 23 και από 45 έως 52.



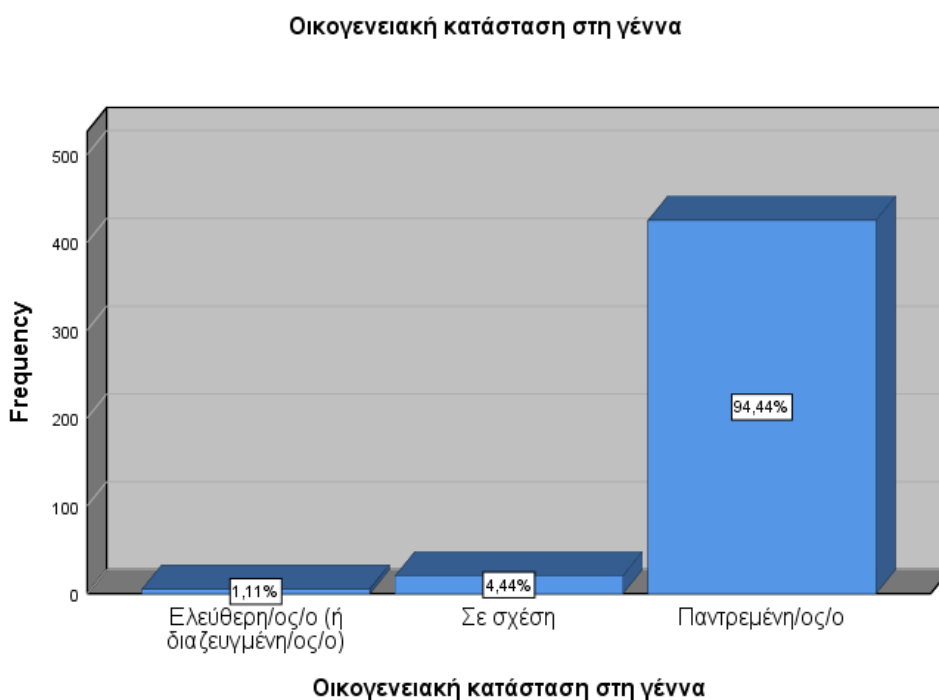
Γράφημα 2: Ηλικία στην γέννα

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 90,67% (N=408) των γυναικών είναι παντρεμένες, το 6,44% (N=29) ελεύθερες ή διαζευγμένες και το 2,89% (N=13) σε σχέση.



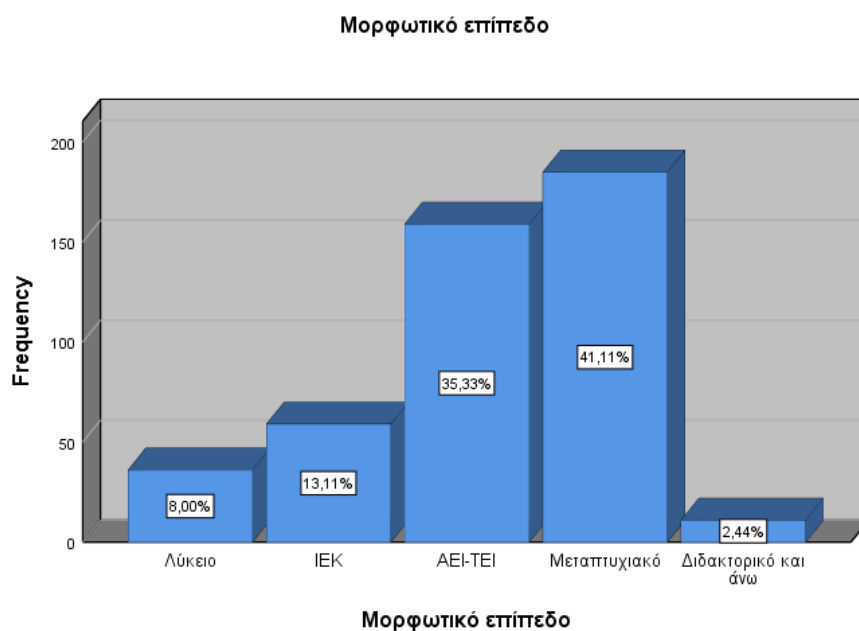
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση στην γέννα, το 94,44% (N=425) των γυναικών ήταν παντρεμένες, το 4,44% (N=20) σε σχέση και το 1,11% (N=5) ελεύθερες ή διαζευγμένες.



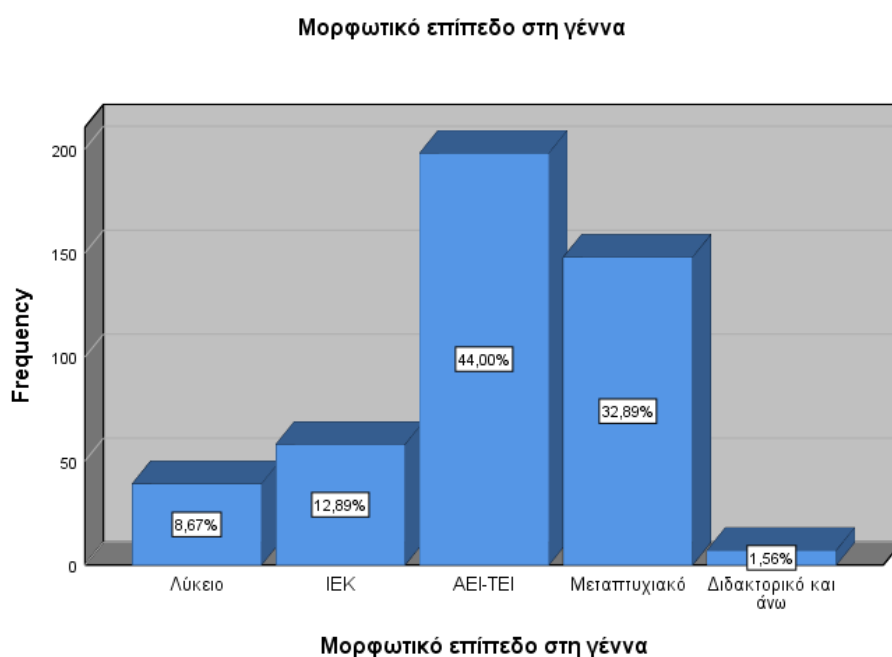
Γράφημα 4: Οικογενειακή κατάσταση στη γέννα

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, το 41,11% (N=185) έχει μεταπτυχιακό, το 35,33% (N=159) είναι απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ, το 13,11% (N=59) ΙΕΚ, το 8,00% (N=36) Λυκείου και το 2,44% (N=11) ότι έχει διδακτορικό ή ανώτερο δίπλωμα.



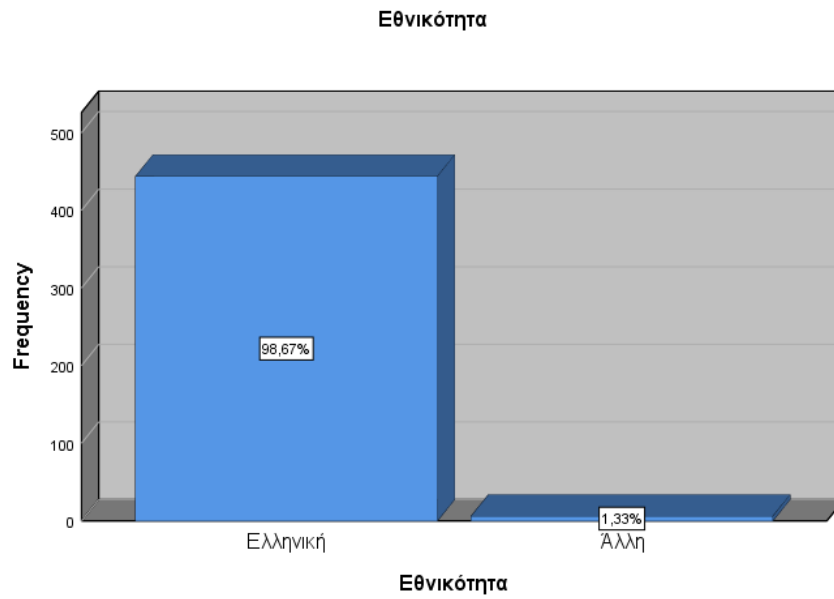
Γράφημα 5: Μορφωτικό επίπεδο

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο στην γέννα, το 44,00% (N=198) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ, το 32,89% (N=148) είχαν μεταπτυχιακό, το 12,89% (N=58) ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ, το 8,67% (N=39) Λυκείου και το 1,56% (N=7) είχαν διδακτορικό ή ανώτερο δίπλωμα.



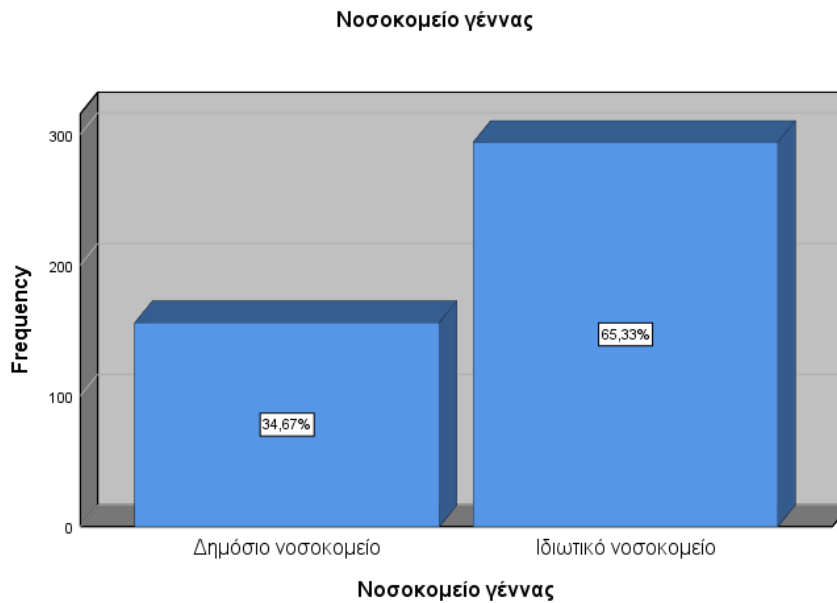
Γράφημα 6: Μορφωτικό επίπεδο στη γέννα

Σχετικά με την εθνικότητα, ποσοστό 98,67% (N=444) έχουν οι γυναίκες ελληνικής εθνικότητας και 1,33% (N=6) οι γυναίκες άλλης εθνικότητας.



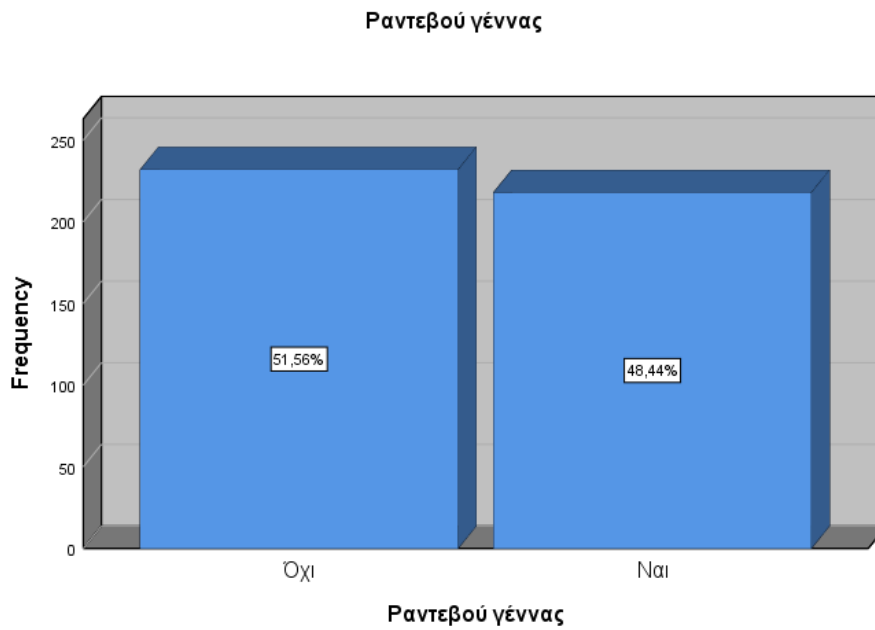
Γράφημα 7: Εθνικότητα

Όσον αφορά το νοσοκομείο γέννας, το 65,33% (N=294) των γυναικών γέννησαν σε ιδιωτικό νοσοκομείο και το 34,67% (N=156) σε δημόσιο.



Γράφημα 8: Νοσοκομείο γέννας

Αναφορικά με το ραντεβού της γέννας, το 51,56% (N=232) των γυναικών δήλωσαν ότι δεν είχαν ενώ το 48,44% (N=218) ότι είχαν.



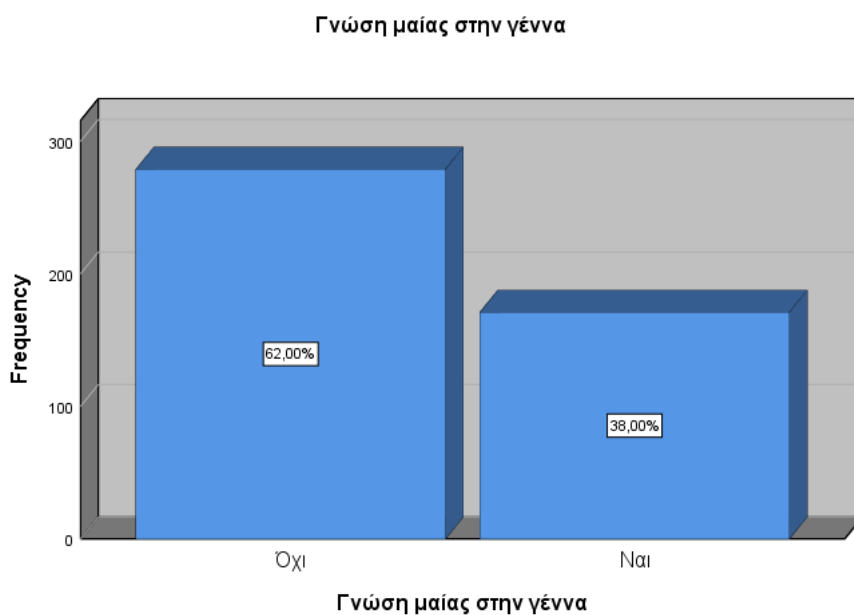
Γράφημα 9: Ραντεβού γέννας

Αναφορικά με την γνώση του γιατρού στην γέννα, το 91,33% (N=411) των γυναικών δήλωσαν ότι γνώριζαν τον ιατρό και το 8,67% (N=39) ότι δεν τον γνώριζαν.



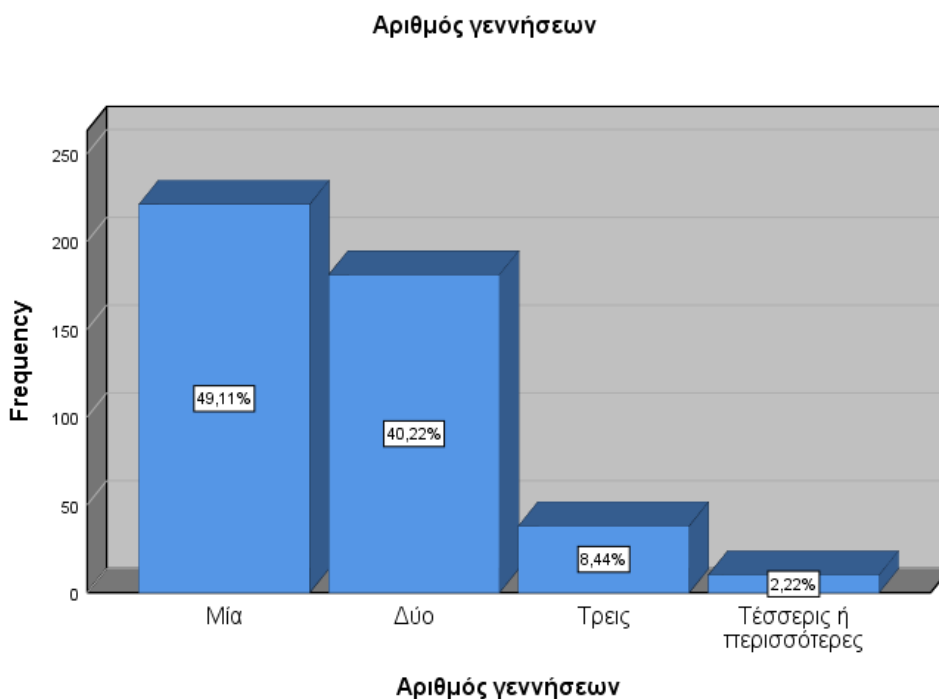
Γράφημα 10: Γνώση γιατρού στην γέννα

Αναφορικά με την γνώση της μαίας στην γέννα, το 62,00% (N=279) των γυναικών δήλωσαν ότι η δεν γνώριζαν την μαία και το 38,00% (N=171) ότι την γνώριζαν.



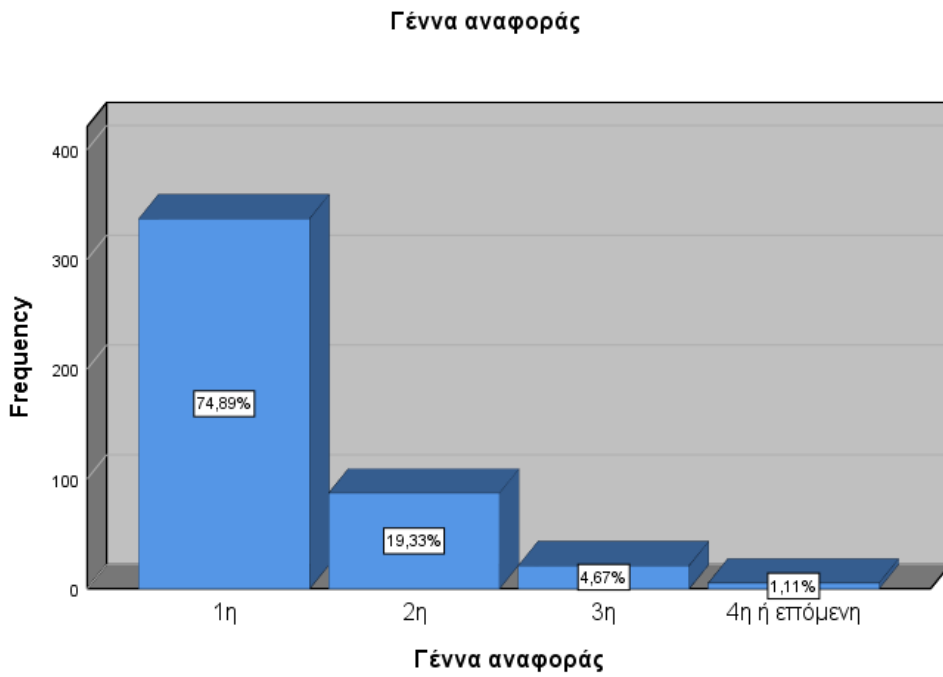
Γράφημα 11: Γνώση μαιίας στην γέννα

Σχετικά με τον αριθμό γεννήσεων, το 49,11% (N=221) δήλωσε ότι είχαν μία γέννηση, το 40,22% (N=181) δύο, το 8,44% (N=38) τρεις και το 2,22% (N=10) τέσσερις ή παραπάνω.



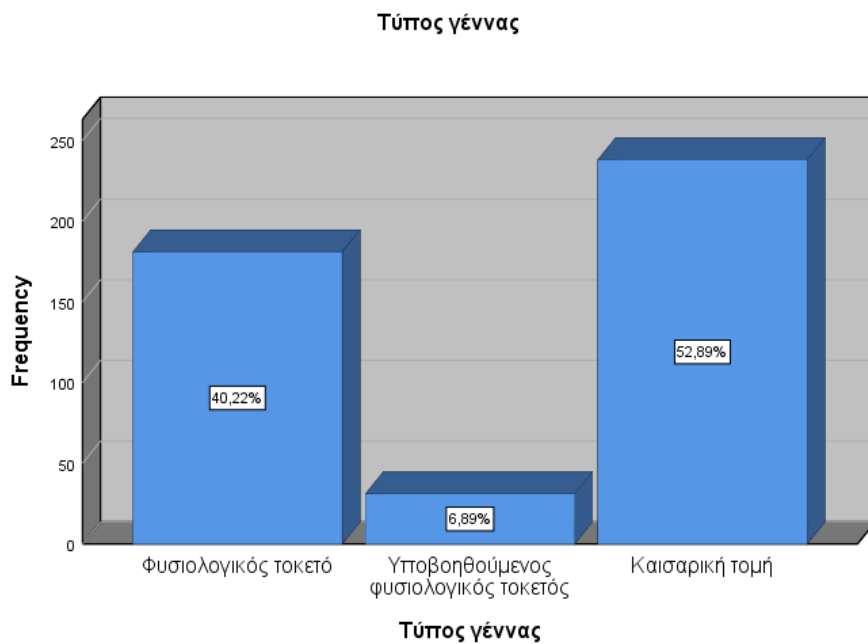
Γράφημα 12: Αριθμός γεννήσεων

Αναφορικά με την γέννα αναφοράς, το 74,89% (N=337) των γυναικών δήλωσαν ότι θα αναφερθούν στην πρώτη, το 19,33% (N=87) στην δεύτερη, το 4,67% (N=21) στην τρίτη και το 1,11% (N=5) στην τέταρτη ή σε κάποια επόμενη.



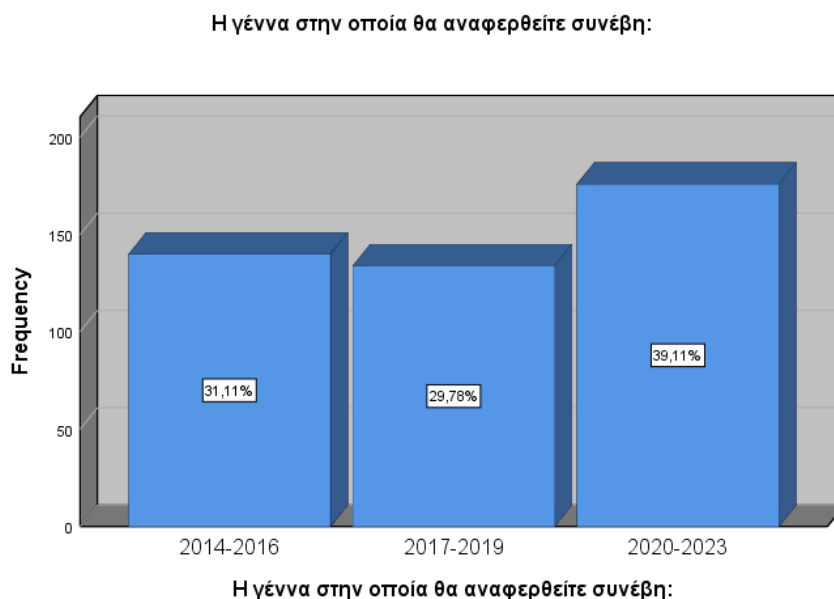
Γράφημα 13: Γέννα αναφοράς

Αναφορικά με τον τύπο της γέννας, το 52,89% (N=238) των γυναικών έκαναν καισαρική τομή, το 40,22% (N=181) είχαν φυσιολογικό τοκετό και το 6,89% (N=31) υποβοηθούμενο φυσιολογικό τοκετό.



Γράφημα 14: Τύπος γέννας

Σχετικά με την χρονολογία που συνέβη η γέννα στην οποία αναφέρθηκαν, το 39,11% (N=176) δήλωσαν ότι έγινε μεταξύ 2020 και 2023, το 31,11% (N=140) μεταξύ 2014 και 2016 και το 29,78% (N=134) μεταξύ 2017 και 2019.



Γράφημα 15: Η γέννα στην οποία θα αναφερθείτε συνέβη

7.2.2. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ

Στο Α' ερευνητικό ερώτημα, μελετήθηκε σε ποιες συνθήκες Μαιευτικής Βίας (MB) έχουν εκτεθεί τα άτομα που γέννησαν σε ελληνικά μαιευτήρια από το 2014 έως την ημέρα διεξαγωγής της έρευνας. Ειδικότερα, εξετάστηκαν οι απόψεις των γυναικών για την εμπειρία της βίας μελετώντας τις μορφές: 1) Σωματική-λεκτική βία, 2) Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης, 3) Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και 4) Συνθήκες συστήματος υγείας και περιορισμοί.

Το 95,56% των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη φάνηκε ότι εξετέθη σε έστω μία μορφή MB. Περίπου τα 2/3 των γυναικών (63,6%) δεν ενημερώθηκαν ότι κατά τη γέννα μπορούν να μετακινούνται ή να περπατάνε, περίπου το 1/2 περίπου βίωσαν φτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, οι επαγγελματίες δε ζήτησαν την άδειά τους για να τους κάνουν κολπική εξέταση (48,4%), τις αγνόησαν κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο (46%), δεν τους επέτρεψε να είναι παρών/παρούσα κάποιος/α συνοδός (42,9%), δεν αισθάνθηκαν συναισθηματική υποστήριξη από τους/ις επαγγελματίες (42,2%) και δεν τις ρώτησαν αν επιθυμούν κάποιο μέσο ανακούφισης από τον πόνο (40%). Περίπου το 1/3 των γυναικών ανέφερε ότι οι επαγγελματίες δεν άκουγαν τις ανησυχίες τους (37,3%), τις επέπληξαν (33,8%), δεν ζήτησαν την άδειά τους για να εφαρμόσουν επισιοτομή (32,2%), δέχτηκαν ισχυρή κοιλιακή πίεση πριν τη γέννηση του μωρού

(χειρισμός Kristeller) (31,1%), τις ακινητοποίησαν στο κρεβάτι (29,8%), δεν τους εξήγησαν γιατί χρειαζόταν να γίνει κοιλιακή εξέταση (29,8%), και οι κοιλιακές εξετάσεις γίνονταν με τρόπο που μπορούσαν να βλέπουν και άλλα άτομα (29,6%). Περίπου το 1/4 ανέφεραν ότι χρειάστηκε να περιμένουν μεγάλα διαστήματα μέχρι να τις δει κάποιος/α επαγγελματίας υγείας (28,9%), ότι δεν χρησιμοποιήθηκαν κουρτίνες ή παραβάν για να παρέχουν ιδιωτικότητα από άλλες εγκύους και συγγενείς τους (28,7%), ότι δεν τους εξήγησαν γιατί χρειαζόταν να γίνει καισαρική τομή (25%), γιατί χρειαζόταν να γίνει επισιοτομή (24%). Περίπου το 1/5 των γυναικών ανέφεραν ότι δεν ζήτησαν την άδειά τους πριν κάνουν πρόκληση τοκετού (20,9%) και περίπου το 1/6 ότι τις απείλησαν πως αν δεν συμμορφωθούν εκείνες ή το μωρό τους θα είχε κακή έκβαση (17,3%) και ότι τους φώναζαν ή ούρλιαξαν (16,2%). Περίπου το 1/7 των γυναικών (14,2%) ανέφεραν πως δεν ζήτησαν την άδειά τους για να εφαρμόσουν καισαρική τομή και ότι τους ζητήθηκε κάποιου είδους χρηματισμός ή εξαγορά 13,6%. Περίπου στο 1/8 (12,2%) αρνήθηκαν κάποιο μέσο ανακούφισης από τον πόνο ενώ το ζήτησε, το 1/11 (8,7%) δηλαδή 39 γυναίκες ανέφεραν ότι τις τσίμπησαν, το 1/17 (5,6%) δηλαδή 26 γυναίκες ότι τη στιγμή που ήρθε το μωρό δεν ήταν παρών/παρούσα κάποιος/α επαγγελματίας υγείας, το 1/42 (2,4%) δηλαδή 11 γυναίκες ότι έκαναν αρνητικά σχόλια για τη σεξουαλική τους δραστηριότητα και το 0,7%, δηλαδή 3 γυναίκες ότι τις χαστούκισαν.

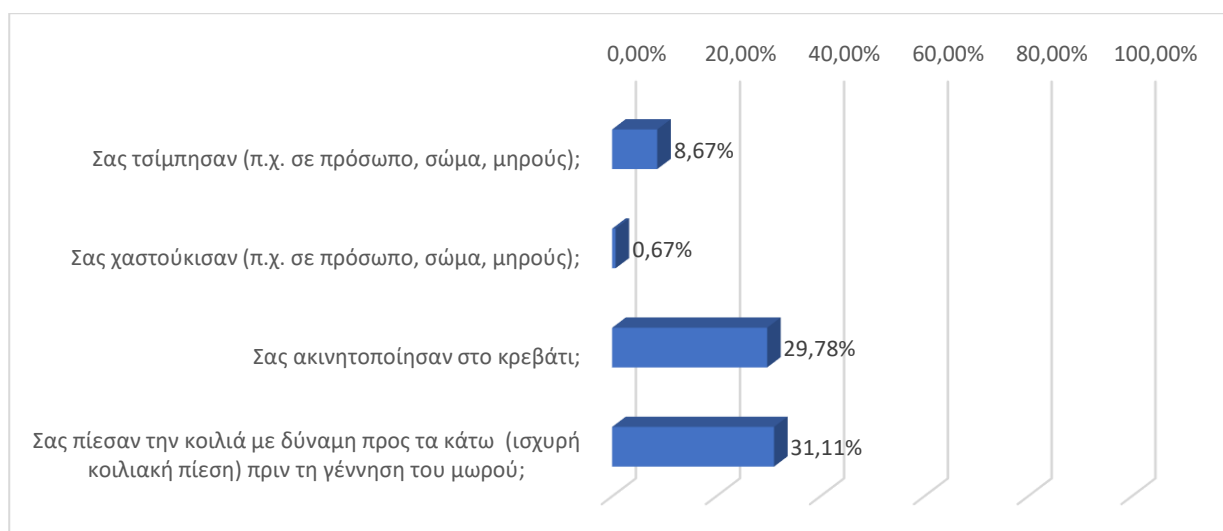
Σωματική βία:

Στον Πίνακα 8 (και το Γράφημα 16) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ως προς τη σωματική βία.

Πίνακας 8: Σωματική βία

Ερώτηση	Απάντηση	N	f %
Σας τσίμπησαν (π.χ. σε πρόσωπο, σώμα, μηρούς);	Όχι	390	86,67%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	21	4,67%
	Ναι	39	8,67%
Σας χαστούκισαν (π.χ. σε πρόσωπο, σώμα, μηρούς);	Όχι	442	98,22%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	5	1,11%
	Ναι	3	0,67%
Σας ακινητοποίησαν στο κρεβάτι;	Όχι	310	68,89%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	6	1,33%
	Ναι	134	29,78%
Σας πίεσαν την κοιλιά με δύναμη προς τα κάτω (ισχυρή κοιλιακή πίεση) πριν τη γέννηση του μωρού;	Όχι	293	65,11%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	17	3,78%
	Ναι	140	31,11%

Προκύπτει ότι το 31,11% (N=140) δέχτηκαν ισχυρή κοιλιακή πίεση πριν τη γέννηση του μωρού, το 29,78% (N=134) ακινητοποιήθηκαν στο κρεβάτι, το 8,67% (N=39) δέχτηκαν πίεση και το 0,67% (N=3) τις χαστούκισαν.



Γράφημα 16: Σωματική βία

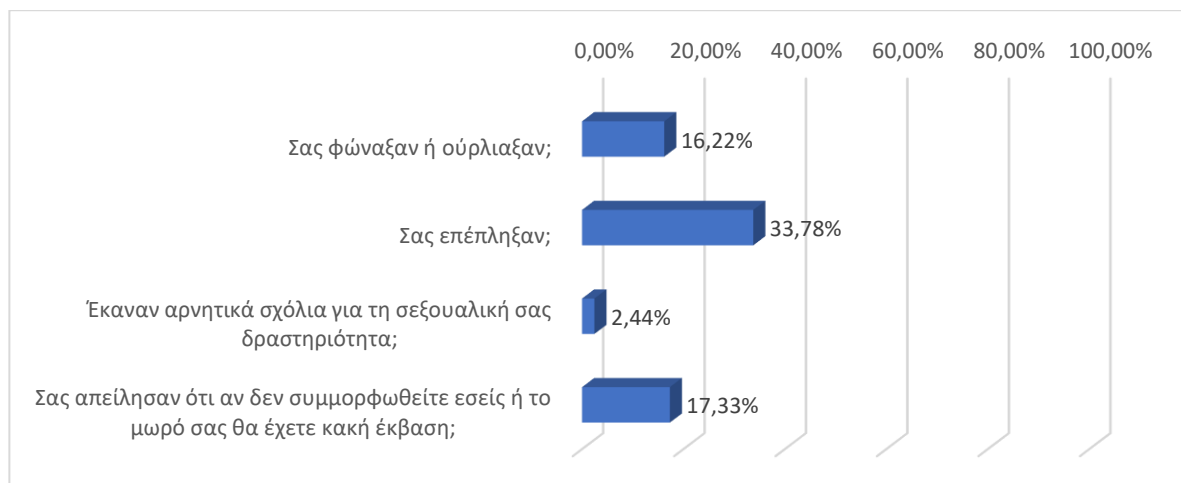
Λεκτική βία:

Στον Πίνακα 9 (και το Γράφημα 17) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των γυναικών σχετικά με την λεκτική βία.

Πίνακας 9: Λεκτική βία

Ερώτηση	Απάντηση	N	f %
Σας φώναξαν ή ούρλιαξαν;	Όχι	374	83,11%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	3	0,67%
	Ναι	73	16,22%
Σας επέπληξαν;	Όχι	295	65,56%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	3	0,67%
	Ναι	152	33,78%
Έκαναν αρνητικά σχόλια για τη σεξουαλική σας δραστηριότητα;	Όχι	436	96,89%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	3	0,67%
	Ναι	11	2,44%
Σας απείλησαν ότι αν δεν συμμορφωθείτε εσείς ή το μωρό σας θα έχετε κακή έκβαση;	Όχι	367	81,56%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	5	1,11%
	Ναι	78	17,33%

Προκύπτει ότι το 33,78% (N=152) δέχτηκαν επίπληξη, το 17,33% (N=78) απειλήθηκαν να συμμορφωθούν, το 16,22% (N=73) τις φώναξαν και το 2,44% (N=11) δέχτηκαν αρνητικά σχόλια για τη σεξουαλική δραστηριότητα.



Γράφημα 17: Λεκτική βία

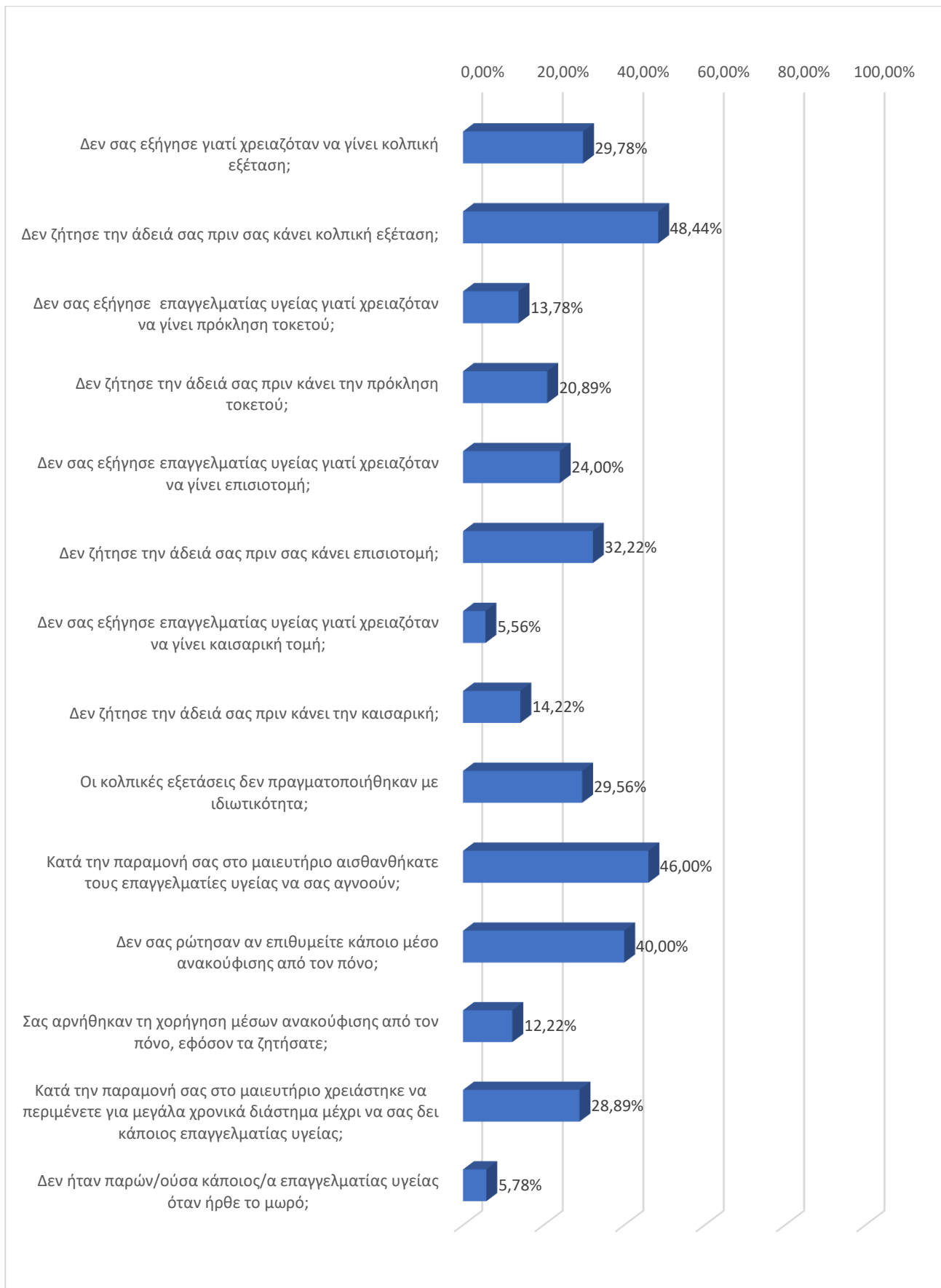
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης:

Στον Πίνακα 10 (και το Γράφημα 18) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχουσών σχετικά με την μη τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης. Περίπου στις μισές περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας δεν ζήτησαν την άδειά τους πριν τις κάνουν κολπική εξέταση (48,44%, N=218), τις αγνόησαν κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο (46,00%, N=207) και δεν τις ρώτησαν αν επιθυμούν κάποιο μέσο ανακούφισης από τον πόνο (40,00%, N=180). Επιπλέον, σχεδόν στο 1/3 των περιπτώσεων, οι επαγγελματίες υγείας δεν ζήτησαν την άδειά των γυναικών πριν κάνουν επισιοτομή (32,22%, N=145), δεν εξήγησαν γιατί χρειαζόταν να γίνει κολπική εξέταση (29,78%, N=134), δεν πραγματοποίησαν κολπικές εξετάσεις με ιδιωτικότητα (29,56%, N=133) και άργησαν να επισκεφτούν τις γυναίκες με αποτέλεσμα κατά την παραμονή στο μαιευτήριο οι γυναίκες να χρειαστεί να περιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (28,89%, N=130). Ακόμη, στο 24% (N=108) των γυναικών, ο επαγγελματίας υγείας δεν εξήγησε γιατί χρειαζόταν να γίνει επισιοτομή και στο 20,89% (N=94) δεν ζήτησε άδειά πριν κάνει την πρόκληση τοκετού. Τέλος, λιγότερο από 15% ανέφεραν ότι ο επαγγελματίας υγείας δεν ζήτησε την άδειά των γυναικών πριν κάνει την καισαρική (14,22%, N=64), δεν εξήγησε γιατί χρειαζόταν να γίνει πρόκληση τοκετού (13,78%, N=62), αρνήθηκαν τη χορήγηση μέσω ανακούφισης από τον πόνο, ενώ τα είχαν ζητήσει οι γυναίκες (12,22%, N=55), δεν ήταν παρών όταν ήρθε το μωρό (5,78%, N=26) και δεν εξήγησε γιατί χρειαζόταν να γίνει καισαρική τομή (5,56%, N=25).

Πίνακας 10: Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης

Ερώτηση	Απάντηση	N	f %
Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει κολπική εξέταση;	Όχι	134	29,78%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	118	26,22%
	Ναι	198	44,00%
Ζήτησε την άδειά σας πριν σας κάνει κολπική εξέταση;	Όχι	218	48,44%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	116	25,78%

	Ναι	116	25,78%
Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει πρόκληση τοκετού;	Όχι	62	13,78%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	229	50,89%
	Ναι	159	35,33%
Ζήτησε την άδειά σας πριν κάνει την πρόκληση τοκετού;	Όχι	94	20,89%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	231	51,33%
	Ναι	125	27,78%
Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει επισιοτομή (χειρουργικό κόψιμο στο άνοιγμα του κόλπου);	Όχι	108	24,00%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	288	64,00%
	Ναι	54	12,00%
Ζήτησε την άδειά σας πριν σας κάνει επισιοτομή (χειρουργικό κόψιμο στο άνοιγμα του κόλπου);	Όχι	145	32,22%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	289	64,22%
	Ναι	16	3,56%
Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει καισαρική τομή;	Όχι	25	5,56%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	208	46,22%
	Ναι	217	48,22%
Ζήτησε την άδειά σας πριν κάνει την καισαρική;	Όχι	64	14,22%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	208	46,22%
	Ναι	178	39,56%
Οι κολπικές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με ιδιωτικότητα (με τρόπο που οι άλλοι να μην μπορούν να βλέπουν);	Όχι	133	29,56%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	92	20,44%
	Ναι	225	50,00%
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο αισθανθήκατε τους επαγγελματίες υγείας να σας αγνοούν;	Όχι	240	53,33%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	3	0,67%
	Ναι	207	46,00%
Σας ρώτησαν αν επιθυμείτε κάποιο μέσο ανακούφισης από τον πόνο;	Όχι	180	40,00%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	3	0,67%
	Ναι	267	59,33%
Σας αρνήθηκαν τη χορήγηση μέσων ανακούφισης από τον πόνο, εφόσον τα ζητήσατε;	Όχι	308	68,44%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	87	19,33%
	Ναι	55	12,22%
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο χρειάστηκε να περιμένετε για μεγάλα χρονικά διάστημα μέχρι να σας δει κάποιος επαγγελματίας υγείας;	Όχι	315	70,00%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	5	1,11%
	Ναι	130	28,89%
Ήταν παρών/ούσα κάποιος/α επαγγελματίας υγείας όταν ήρθε το μωρό;	Όχι	26	5,78%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	13	2,89%
	Ναι	411	91,33%



Γράφημα 18: Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης

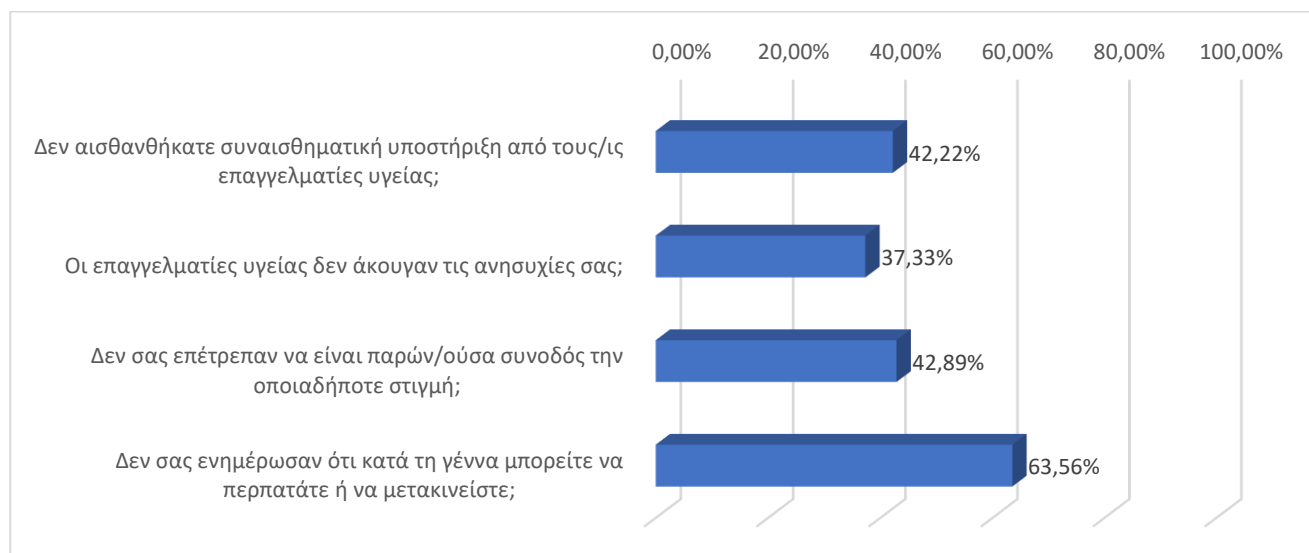
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας:

Στον Πίνακα 11 (και το Γράφημα 19) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των γυναικών ως προς την πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 11: Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας

Ερώτηση	Απάντηση	N	f %
Αισθανθήκατε συναισθηματική υποστήριξη από τους/ις επαγγελματίες υγείας;	Όχι	190	42,22%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	18	4,00%
	Ναι	242	53,78%
Οι επαγγελματίες υγείας άκουγαν τις ανησυχίες σας;	Όχι	168	37,33%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	18	4,00%
	Ναι	264	58,67%
Σας επέτρεπαν να είναι παρών/ούσα συνοδός την οποιαδήποτε στιγμή;	Όχι	193	42,89%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	4	0,89%
	Ναι	253	56,22%
Σας ενημέρωσαν ότι κατά τη γέννα μπορείτε να περπατάτε ή να μετακινείστε;	Όχι	286	63,56%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	18	4,00%
	Ναι	146	32,44%

Η πλειοψηφία ανέφερε ότι δεν τους ενημέρωσαν ότι κατά τη γέννα μπορούν να μετακινούνται (63,56%, N=286), περίπου οι μισές δήλωσαν ότι δεν τους επέτρεψαν να είναι παρών συνοδός οποιαδήποτε στιγμή (42,89%, N=193), δεν αισθάνθηκαν συναισθηματική υποστήριξη (42,22%, N=190) και το 37,33% (N=168) δήλωσαν ότι δεν εισακούστηκαν οι ανησυχίες τους.



Γράφημα 19: Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας

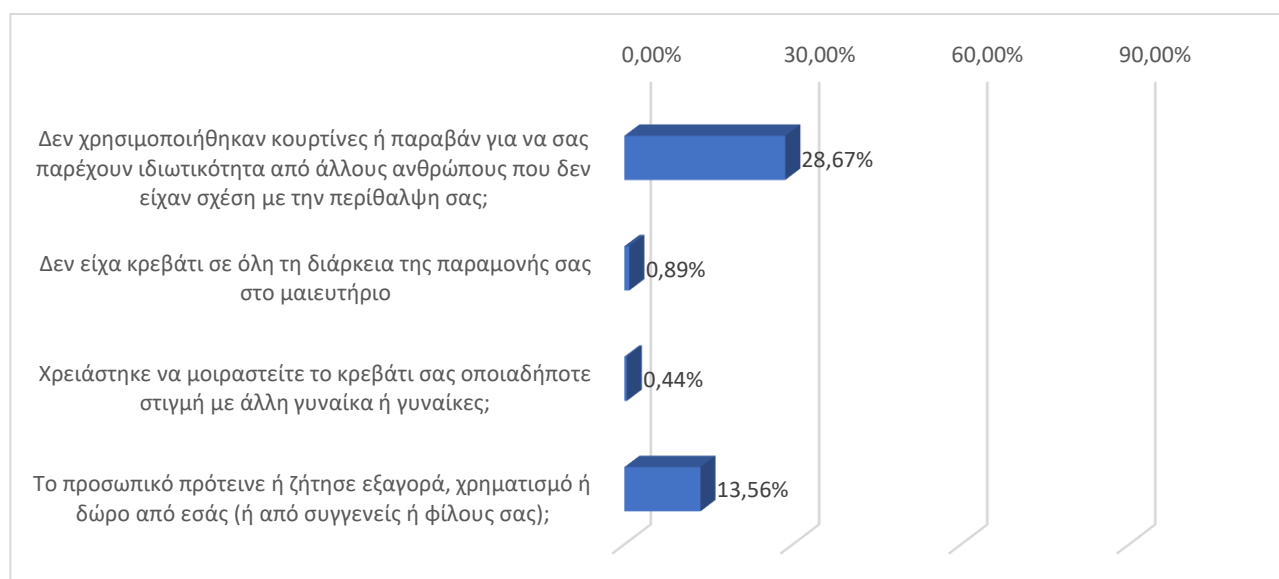
Συνθήκες του συστήματος υγείας και περιορισμοί:

Στον Πίνακα 12 (και το Γράφημα 20) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ως προς τους περιορισμούς των συνθηκών του συστήματος υγείας. Το 28,67% (N=129) ανέφεραν ότι δεν

χρησιμοποιήθηκαν κουρτίνες ή παραβάν για να παρέχουν ιδιωτικότητα, το 13,56% (N=61) δήλωσαν ότι το προσωπικό πρότεινε ή ζήτησε εξαγορά, χρηματισμό ή δώρο, το 0,89% (N=4) δεν είχαν κρεβάτι σε όλη τη διάρκεια της παραμονής στο μαιευτήριο και το 0,44% (N=2) χρειάστηκε να μοιραστούν το κρεβάτι τους με άλλη γυναίκα.

Πίνακας 12: Συνθήκες συστήματος υγείας και περιορισμοί

Ερώτηση	Απάντηση	N	f %
Χρησιμοποιήθηκαν κουρτίνες ή παραβάν για να σας παρέχουν ιδιωτικότητα από άλλους ανθρώπους που δεν είχαν σχέση με την περίθαλψη σας;	Όχι	129	28,67%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	12	2,67%
	Ναι	309	68,67%
Είχατε κρεβάτι σε όλη τη διάρκεια της παραμονής σας στο μαιευτήριο;	Όχι	4	0,89%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	3	0,67%
	Ναι	443	98,44%
Χρειάστηκε να μοιραστείτε το κρεβάτι σας οποιαδήποτε στιγμή με άλλη γυναίκα ή γυναίκες;	Όχι	448	99,56%
	Ναι	2	0,44%
Το προσωπικό πρότεινε ή ζήτησε εξαγορά, χρηματισμό ή δώρο από εσάς (ή από συγγενείς ή φίλους σας);	Όχι	383	85,11%
	Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ	6	1,33%
	Ναι	61	13,56%



Γράφημα 20: Συνθήκες του συστήματος υγείας και περιορισμοί

7.2.3. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΒΙΑΣ ΚΑΙ ΜΟΙΡΑΣΜΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ

Όπως αναφέρθηκε ήδη, παρότι με βάση τις απαντήσεις διαπιστώθηκε ότι το 95,56% των γυναικών (430 από τις 450) έχουν εκτεθεί σε κάποια από τις συμπεριφορές που από την επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζεται ως MB, εντούτοις, μόνοι οι 216 (50,2%) από αυτές αναγνώρισαν πως έχουν υποστεί MB. Τα ερευνητικά ερωτήματα E, ZT, Z, δηλαδή εάν «Ανέφεραν την εμπειρία τους και σε ποιους τα άτομα που αισθάνονται ότι υπέστησαν MB;», εάν «Επηρέασε τις προθέσεις των ατόμων που αισθάνονται ότι υπέστησαν MB αυτή τους η εμπειρία;» και εάν «Αισθάνθηκαν ότι

είχαν ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξη από επαγγελματία ψυχικής υγείας για αυτή τους την εμπειρία», αφορούσαν αποκλειστικά αυτές τις γυναίκες που απάντησαν θετικά στην ερώτηση εάν οι ίδιες αισθάνονται πως υπέστησαν κάποιου είδους βία ή/και κακομεταχείριση. Σε αυτά τα ερωτήματα, οι μισές περίπου γυναίκες μίλησαν για αυτή την εμπειρία στο/η σύντροφό τους και σε κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο (48,56%), ενώ οι 16 (7,44%) δεν μίλησαν σε κανένα άτομο για αυτή την εμπειρία. Λίγο περισσότερες από το 1/3 των γυναικών (37,50%) αυτών ανέφεραν πως αισθάνθηκαν να χρειάζονται να μιλήσουν για την εμπειρία τους σε κάποιον/α επαγγελματία ψυχικής υγείας, το ¼ (24,50%) πως ίσως χρειαζόταν και το υπόλοιπο 38% ανέφερε πως δε χρειάζεται κάτι τέτοιο. Οι μισές από τις γυναίκες (49,33%) που υπέστησαν ΜΒ, ανέφεραν πως η αρνητική τους εμπειρία σίγουρα επηρέασε τις προθέσεις τους για μελλοντική εγκυμοσύνη, το 16,67% πως ίσως τις επηρέασε και μόνο το 34,00% πως η αρνητική εμπειρία δεν επηρέασε τις προθέσεις τους.

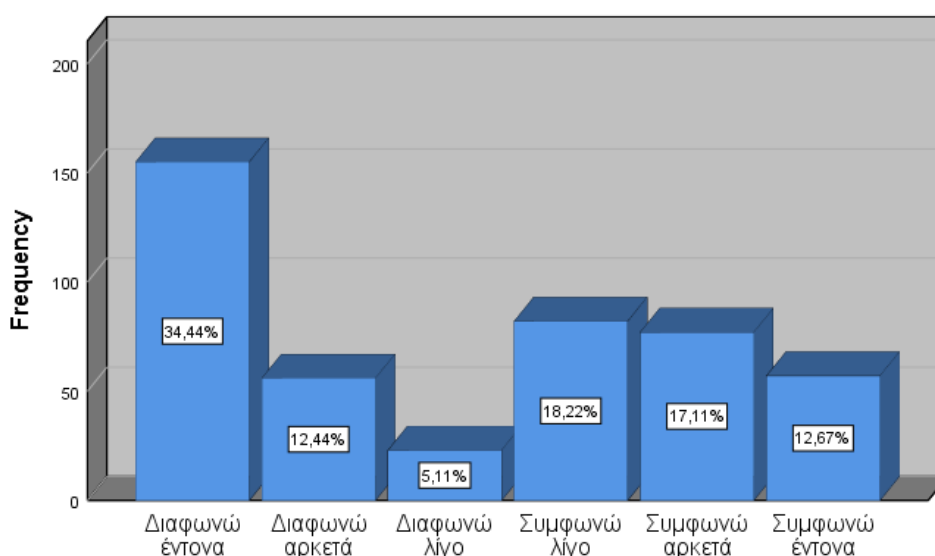
Αποτίμηση βίας:

Στον Πίνακα 13 (Γράφημα 21) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των γυναικών σχετικά με την αποτίμηση της βίας. Προέκυψαν μέτρια επίπεδα αποτίμησης βίας (Μ.Ο.=3,09, Τ.Α.=1,67), με το 48% (N=216) να συμφωνούν ότι υπέστησαν βία.

Πίνακας 13: Στη συγκεκριμένη γέννα μου αισθάνομαι πως υπέστην κακομεταχείριση ή/και βία

Κατηγορία	N	%	Μ.Ο	Τ.Α.
Διαφωνώ έντονα	155	34,44	3,09	1,67
Διαφωνώ αρκετά	56	12,44		
Διαφωνώ λίγο	23	5,11		
Συμφωνώ λίγο	82	18,22		
Συμφωνώ αρκετά	77	17,11		
Συμφωνώ έντονα	57	12,67		

Στη συγκεκριμένη γέννα μου αισθάνομαι πως υπέστην κακομεταχείριση ή/και βία.



Γράφημα 21: Αποτίμηση βίας

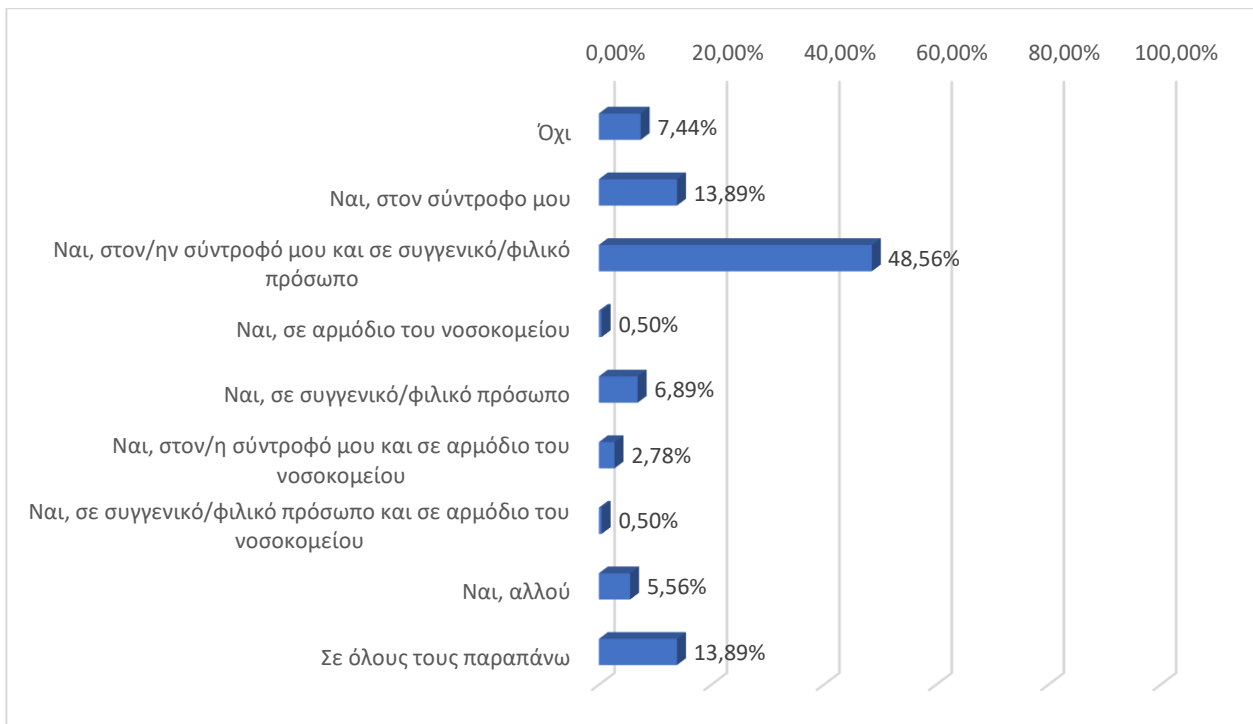
Μοίρασμα εμπειρίας:

Στον Πίνακα 14 (Γραφήματα 22-23) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το μοίρασμα της εμπειρίας.

Πίνακας 14: Μοίρασμα εμπειρίας

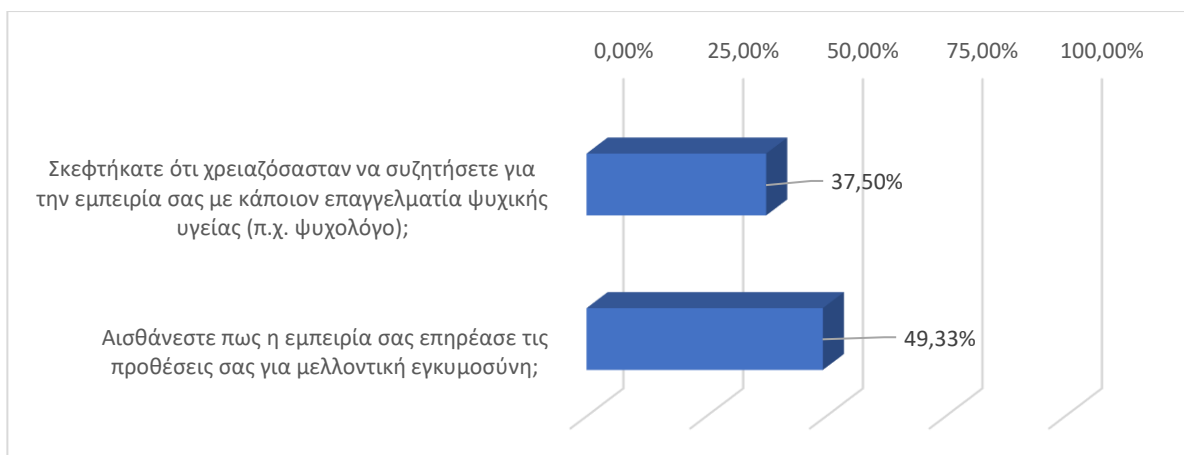
Ερώτηση	Απάντηση	N	f %
Μιλήσατε για αυτή σας την εμπειρία σε κάποιον/α;	Όχι	16	7,44%
	Ναι, στον σύντροφο μου	30	13,89%
	Ναι, στον/ην σύντροφό μου και σε συγγενικό/φιλικό πρόσωπο	105	48,56%
	Ναι, σε αρμόδιο του νοσοκομείου	1	0,50%
	Ναι, σε συγγενικό/φιλικό πρόσωπο	15	6,89%
	Ναι, στον/η σύντροφό μου και σε αρμόδιο του νοσοκομείου	6	2,78%
	Ναι, σε συγγενικό/φιλικό πρόσωπο και σε αρμόδιο του νοσοκομείου	1	0,50%
	Ναι, αλλού	12	5,56%
Σκεφτήκατε ότι χρειαζόσασταν να συζητήσετε για την εμπειρία σας με κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας (π.χ. ψυχολόγο);	Όχι	82	38,00%
	Ίσως	53	24,50%
	Ναι	81	37,50%
Αισθάνεστε πως η εμπειρία σας επηρέασε τις προθέσεις σας για μελλοντική εγκυμοσύνη;	Όχι	73	34,00%
	Ίσως	36	16,67%
	Ναι	106	49,33%

Το 48,56% (N=105) των γυναικών που αισθάνθηκαν κακομεταχείριση κατά τη συγκεκριμένη γέννα δήλωσαν ότι μίλησαν για αυτήν στο σύντροφό τους και σε κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο.



Γράφημα 22: Μιλήσατε για αυτή σας την εμπειρία σε κάποιον/α;

Επίσης, το 37,50% (N=81) των γυναικών που αισθάνθηκαν κακομεταχείριση κατά τη συγκεκριμένη γέννα, σκεφτήκανε ότι χρειάζονταν να συζητήσουν για την εμπειρία τους με κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας και το 49,33% (N=106) των γυναικών αισθάνονται πως η εμπειρία τους επηρέασε τις προθέσεις τους για μελλοντική εγκυμοσύνη.



Γράφημα 23: Αποτίμηση βίας

7.2.4. ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Στο Γ' ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε κατά πόσο εγκρίνουν/αποδοκιμάζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές Μαιευτικής Βίας (ΜΒ) οι ίδιες γυναίκες. Το μέσο σκορ βαθμολόγησης ήταν 9,78% γεγονός που αναδεικνύει έντονη αποδοκιμασία των γυναικών στην ΜΒ, ενώ χαρακτηριστικό ήταν πως χαμηλά επίπεδα Κανονικοποίησης (σκορ μικρότερο του 50%) εμφάνισε το 99,78% του

δείγματος. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες δήλωσαν ότι αποδοκιμάζουν από λίγο έως έντονα τις 8 από τις 10 συμπεριφορές MB για τις οποίες ερωτήθηκαν σε ποσοστά από 94,78% έως 99,78%. Λιγότερο υψηλά ποσοστά αποδοκιμασίας της MB παρουσίασαν οι 2 από τις 10 περιπτώσεις. Συγκεκριμένα το σενάριο όπου σε μία επίτοκο απαγορεύεται η παρουσία της μητέρας της ως συνοδού με αιτιολόγηση την προστασία του χώρου και των νεογνών από μικρόβια και τη διασάλευση της ιδιωτικότητας των άλλων ασθενών αποδοκιμάστηκε σε ποσοστό 75,33% ενώ το σενάριο όπου μία επίτοκος αναγκάζεται να γεννήσει ξαπλωμένη ενώ επιθυμεί να γεννήσει γονατιστή καθώς ο μαιευτήρας/η μαία θεωρεί ακατάλληλο το κρεβάτι για αυτή τη στάση αποδοκιμάζεται σε ποσοστό 87,78%.

Στον Πίνακα 15 (και το Γράφημα 24) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ατόμων ως προς τη την Κανονικοποίηση της MB. Οι ερωτηθείσες απαντούν σε κλίμακα Likert 1-6 (1=Αποδοκιμάζω απόλυτα, 2=Αποδοκιμάζω αρκετά, 3=Αποδοκιμάζω λίγο, 4=Την εγκρίνω λίγο, 5=Την εγκρίνω αρκετά, 6=Την εγκρίνω απόλυτα).

Συγκεκριμένα οι γυναίκες αποδοκιμάζουν λίγο έως αρκετά την περίπτωση που μία μαία αρνείται την μητέρα μίας γυναίκας να είναι στον τοκετό γιατί πιστεύει ότι οι συνοδοί στην αίθουσα τοκετού, θέτουν σε κίνδυνο την καθαριότητα του χώρου και άρα την υγεία των νεογνών και μειώνουν την ιδιωτικότητα των ασθενών (M.O.= 2,47, T.A.= 1,52). Επίσης αποδοκιμάζουν αρκετά την περίπτωση που γυναίκα θέλει να γεννήσει σε γονατιστή στάση, αλλά η μαία είναι αντίθετη και την αναγκάζει να γεννήσει σε ξαπλωμένη (M.O.= 2,04, T.A.= 1,22).

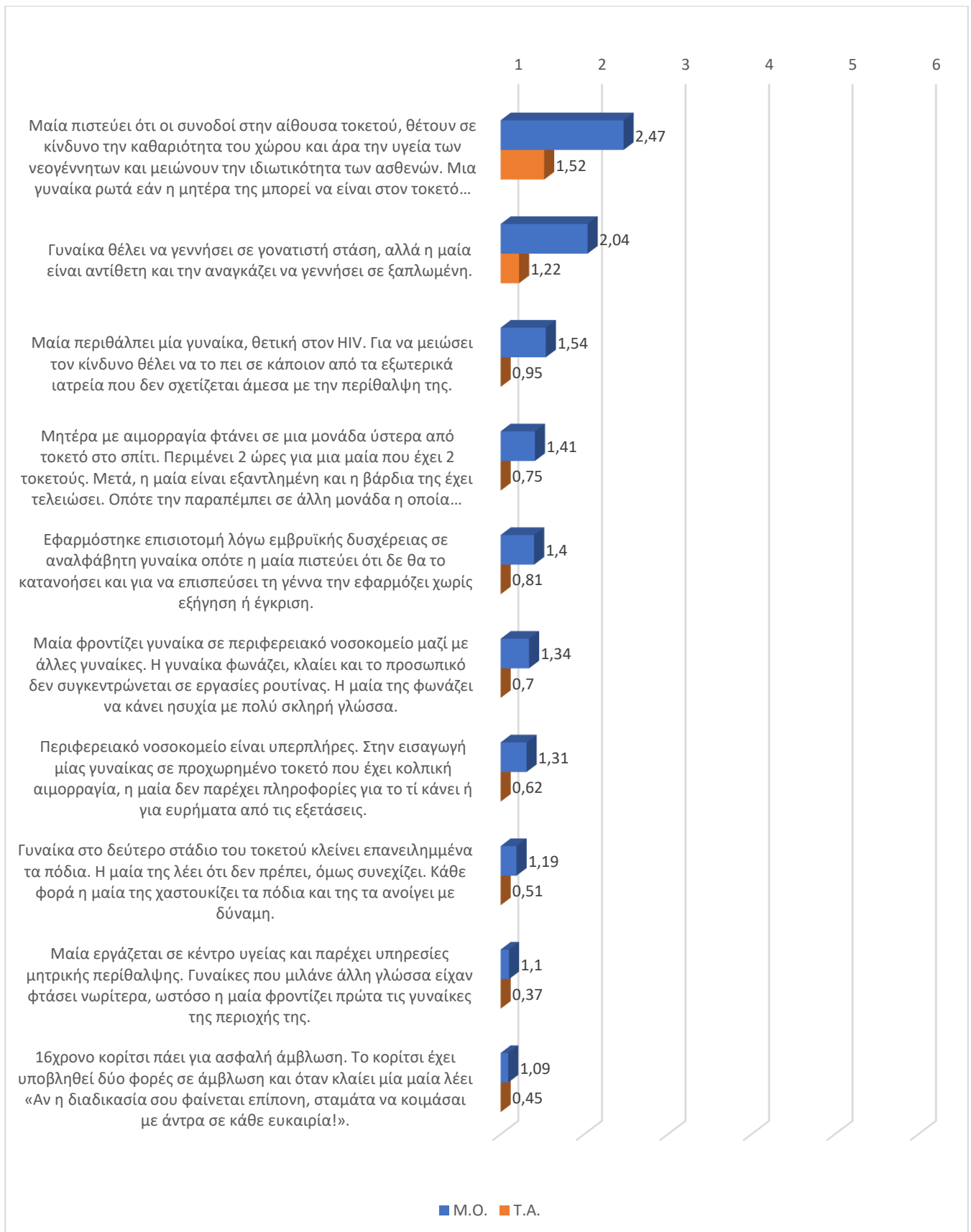
Ακόμη αποδοκιμάζουν αρκετά έως απόλυτα την περίπτωση που μία μαία περιθάλλει μία γυναίκα, θετική στον HIV και για να μειώσει τον κίνδυνο θέλει να το πει σε κάποιον από τα εξωτερικά ιατρεία που δεν σχετίζεται άμεσα με την περίθαλψη της (M.O.= 1,54, T.A.= 0,95), την περίπτωση που μία μαία παραπέμπει μία μητέρα με αιμορραγία σε άλλη μονάδα μίας ώρας απόστασης επειδή είναι εξαντλημένη (M.O.= 1,41, T.A.= 0,75) και την περίπτωση όπου εφαρμόστηκε επισιοτομή λόγω εμβρυϊκής δυσχέρειας σε αναλόγητη γυναίκα και μία μαία δεν εξήγησε την κατάσταση ούτε ζήτησε έγκριση γιατί πιστεύει ότι δε θα το κατανοήσει η γυναίκα (M.O.= 1,40, T.A.= 0,81).

Τέλος, αποδοκιμάζουν απόλυτα όπου μία μαία φωνάζει μία γυναίκα που κλαίει να κάνει ησυχία με πολύ σκληρή γλώσσα (M.O.= 1,34, T.A.= 0,70), την περίπτωση όπου σε περιφερειακό υπερπλήρες νοσοκομείο, κατά την εισαγωγή γυναίκας σε προχωρημένο τοκετό που έχει κολπική αιμορραγία, η μαία δεν παρέχει πληροφορίες για το τί κάνει ή για ευρήματα από τις εξετάσεις (M.O.= 1,31, T.A.= 0,62), την περίπτωση όπου η μαία χαστουκίζει τα πόδια της γυναίκας που βρίσκεται σε δεύτερο στάδιο τοκετού για να τα ανοίξει (M.O.= 1,19, T.A.= 0,51), την περίπτωση όπου η μαία φροντίζει πρώτα τις γυναίκες της περιοχής της (M.O.= 1,10, T.A.= 0,37) και την περίπτωση όπου όταν 16χρονο κορίτσι που έχει υποβληθεί δύο φορές σε άμβλωση πάει για ασφαλή άμβλωση και όταν

κλαίει μία μαία λέει «Αν η διαδικασία σου φαίνεται επίπονη, σταμάτα να κοιμάσαι με άντρα σε κάθε ευκαιρία!» (Μ.Ο.= 1,09, Τ.Α.= 0,45).

Πίνακας 15: Κανονικοποίηση ΜΒ

Πρόταση	Μ.Ο.	Τ.Α.	Εύρος	Αποδοκιμασία
Μαία πιστεύει ότι οι συνοδοί στην αίθουσα τοκετού, θέτουν σε κίνδυνο την καθαριότητα του χώρου και άρα την υγεία των νεογέννητων και μειώνουν την ιδιωτικότητα των ασθενών. Μια γυναίκα ρωτά εάν η μητέρα της μπορεί να είναι στον τοκετό της αλλά η μαία αρνείται για τους παραπάνω λόγους.	2,47	1,52	1-6	75,33%
Γυναίκα θέλει να γεννήσει σε γονατιστή στάση, αλλά η μαία είναι αντίθετη και την αναγκάζει να γεννήσει σε ξαπλωμένη.	2,04	1,22	1-6	87,78%
Μαία περιθάλπει μία γυναίκα, θετική στον HIV. Για να μειώσει τον κίνδυνο θέλει να το πει σε κάποιον από τα εξωτερικά ιατρεία που δεν σχετίζεται άμεσα με την περίθαλψη της.	1,54	0,95	1-6	94,89%
Μητέρα με αιμορραγία φτάνει σε μια μονάδα ύστερα από τοκετό στο σπίτι. Περιμένει 2 ώρες για μια μαία που έχει 2 τοκετούς. Μετά, η μαία είναι εξαντλημένη και η βάρδια της έχει τελειώσει. Οπότε την παραπέμπει σε άλλη μονάδα η οποία απέχει μία ώρα.	1,41	0,75	1-5	97,77%
Εφαρμόστηκε επισιοτομή λόγω εμβρυϊκής δυσχέρειας σε αναλφάβητη γυναίκα οπότε η μαία πιστεύει ότι δε θα το κατανοήσει και για να επισπεύσει τη γέννα την εφαρμόζει χωρίς εξήγηση ή έγκριση.	1,40	0,81	1-6	95,78%
Μαία φροντίζει γυναίκα σε περιφερειακό νοσοκομείο μαζί με άλλες γυναίκες. Η γυναίκα φωνάζει, κλαίει και το προσωπικό δεν συγκεντρώνεται σε εργασίες ρουτίνας. Η μαία της φωνάζει να κάνει ησυχία με πολύ σκληρή γλώσσα.	1,34	0,70	1-5	97,56%
Περιφερειακό νοσοκομείο είναι υπερπλήρες. Στην εισαγωγή μίας γυναίκας σε προχωρημένο τοκετό που έχει κολπική αιμορραγία, η μαία δεν παρέχει πληροφορίες για το τί κάνει ή για ευρήματα από τις εξετάσεις.	1,31	0,62	1-4	99,33%
Γυναίκα στο δεύτερο στάδιο του τοκετού κλείνει επανειλημμένα τα πόδια. Η μαία της λέει ότι δεν πρέπει, όμως συνεχίζει. Κάθε φορά η μαία της χαστουκίζει τα πόδια και της τα ανοίγει με δύναμη.	1,19	0,51	1-4	99,11%
Μαία εργάζεται σε κέντρο υγείας και παρέχει υπηρεσίες μητρικής περίθαλψης. Γυναίκες που μιλάνε άλλη γλώσσα είχαν φτάσει νωρίτερα, ωστόσο η μαία φροντίζει πρώτα τις γυναίκες της περιοχής της.	1,10	0,37	1-5	99,78%
16χρονο κορίτσι με ήδη 2 αμβλώσεις πάει για ασφαλή άμβλωση και όταν κλαίει μία μαία λέει «Αν η διαδικασία σου φαίνεται επίπονη, σταμάτα να κοιμάσαι με άντρα σε κάθε ευκαιρία!».	1,09	0,45	1-5	99,11%



Γράφημα 24: Κανονικοποίηση ΜΒ

7.2.5. ΣΕΞΙΣΜΟΣ

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι απαντήσεις των γυναικών για τον εχθρικό και καλοπροαίρετο σεξισμό. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert από 1-6 (1=Διαφωνώ έντονα, 2=Διαφωνώ κάπως, 3=Διαφωνώ ελαφρώς, 4=Συμφωνώ ελαφρώς, 5=Συμφωνώ κάπως, 6=Συμφωνώ έντονα). Ο εχθρικός σεξισμός παρατηρήθηκε περίπου στο 15,78% των γυναικών και ο καλοπροαίρετος στο 27,56%.

Εχθρικός σεξισμός:

Στον Πίνακα 16 (και το Γράφημα 25) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αναφορικά με τον εχθρικό σεξισμό. Συγκεκριμένα οι γυναίκες συμφωνούν ελαφρώς ότι οι φεμινίστριες δεν επιδιώκουν οι γυναίκες να έχουν περισσότερη εξουσία από τους άντρες (Μ.Ο.= 4,19, Τ.Α.= 1,69).

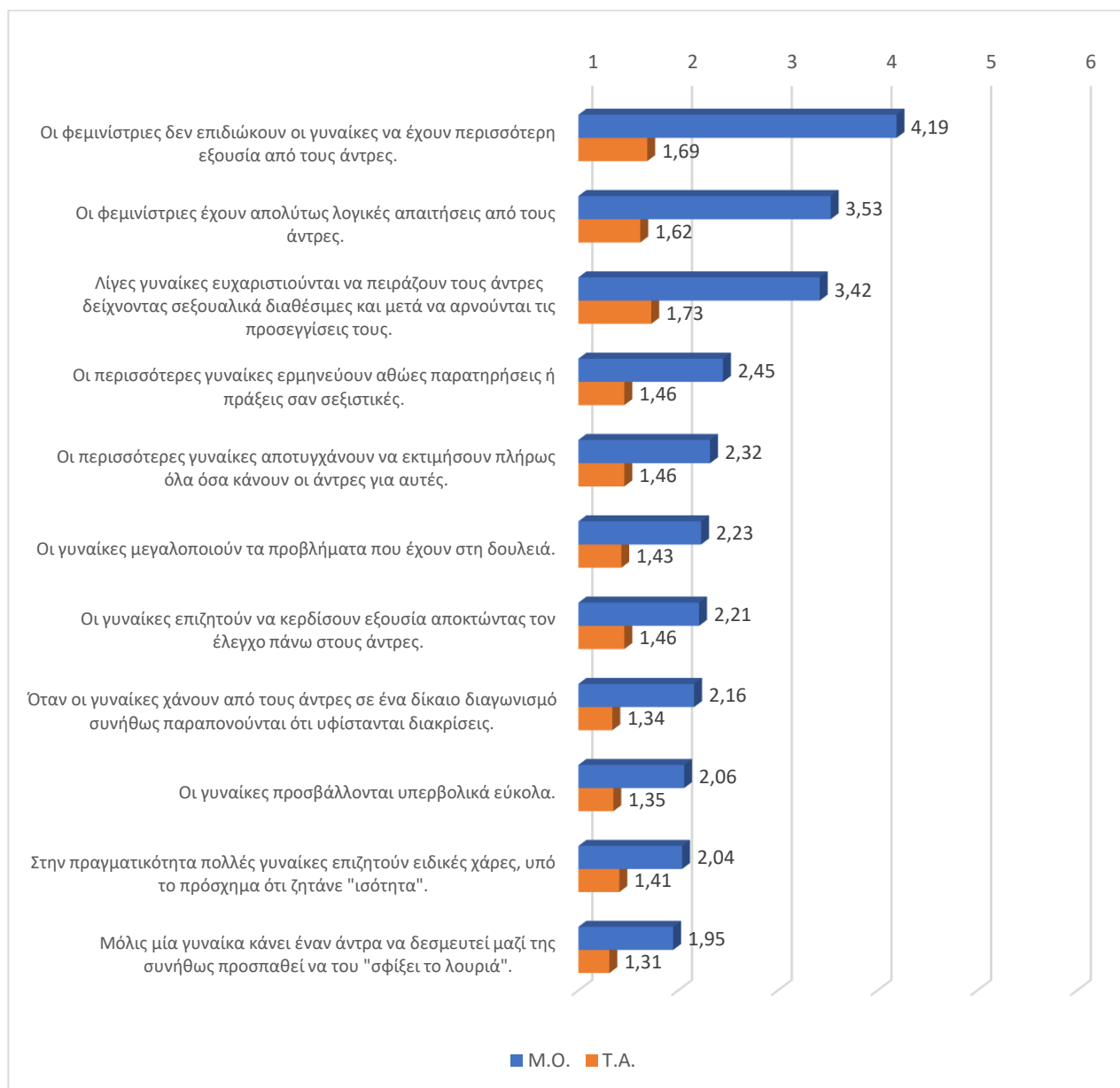
Ουδετερότητα παρατηρήθηκε στην άποψη ότι οι γυναίκες έχουν απολύτως λογικές απαιτήσεις από τους άντρες (Μ.Ο.= 3,53, Τ.Α.= 1,62) και ότι λίγες γυναίκες ευχαριστιούνται να πειράζουν τους άντρες δείχνοντας σεξουαλικά διαθέσιμες και μετά να αρνούνται τις προσεγγίσεις τους (Μ.Ο.= 3,42, Τ.Α.= 1,73).

Ακόμη, διαφωνούν ελαφρώς έως κάπως ότι οι περισσότερες γυναίκες ερμηνεύουν αθώες παρατηρήσεις ή πράξεις σαν σεξιστικές (Μ.Ο.= 2,45, Τ.Α.= 1,46). Επίσης διαφωνούν κάπως ότι αποτυγχάνουν να εκτιμήσουν πλήρως όλα όσα κάνουν οι άντρες για αυτές (Μ.Ο.= 2,32, Τ.Α.= 1,46), ότι μεγαλοποιούν τα προβλήματα που έχουν στη δουλειά (Μ.Ο.= 2,23, Τ.Α.= 1,43), ότι επιζητούν να κερδίσουν εξουσία αποκτώντας τον έλεγχο πάνω στους άντρες (Μ.Ο.= 2,21, Τ.Α.= 1,46), ότι όταν χάνουν από τους άντρες σε ένα δίκαιο διαγωνισμό συνήθως παραπονούνται ότι υφίστανται διακρίσεις (Μ.Ο.= 2,16, Τ.Α.= 1,34), ότι προσβάλλονται υπερβολικά εύκολα (Μ.Ο.= 2,06, Τ.Α.= 1,35), ότι στην πραγματικότητα πολλές γυναίκες επιζητούν ειδικές χάρες, υπό το πρόσχημα ότι ζητάνε "ισότητα" (Μ.Ο.= 2,04, Τ.Α.= 1,41) και ότι μόλις μία γυναίκα κάνει έναν άντρα να δεσμευτεί μαζί της συνήθως προσπαθεί να του "σφίξει το λουριά"(Μ.Ο.= 1,95, Τ.Α.= 1,31).

Πίνακας 16: Εχθρικός σεξισμός

Πρόταση	Μ.Ο.	Τ.Α.	Εύρος
Οι φεμινίστριες δεν επιδιώκουν οι γυναίκες να έχουν περισσότερη εξουσία από τους άντρες.	4,19	1,69	1-6
Οι φεμινίστριες έχουν απολύτως λογικές απαιτήσεις από τους άντρες.	3,53	1,62	1-6
Λίγες γυναίκες ευχαριστιούνται να πειράζουν τους άντρες δείχνοντας σεξουαλικά διαθέσιμες και μετά να αρνούνται τις προσεγγίσεις τους.	3,42	1,73	1-6
Οι περισσότερες γυναίκες ερμηνεύουν αθώες παρατηρήσεις ή πράξεις σαν σεξιστικές.	2,45	1,46	1-6
Οι περισσότερες γυναίκες αποτυγχάνουν να εκτιμήσουν πλήρως όλα όσα κάνουν οι άντρες για αυτές.	2,32	1,46	1-6
Οι γυναίκες μεγαλοποιούν τα προβλήματα που έχουν στη δουλειά.	2,23	1,43	1-6
Οι γυναίκες επιζητούν να κερδίσουν εξουσία αποκτώντας τον έλεγχο πάνω στους άντρες.	2,21	1,46	1-6
Όταν οι γυναίκες χάνουν από τους άντρες σε ένα δίκαιο διαγωνισμό συνήθως παραπονούνται ότι υφίστανται διακρίσεις.	2,16	1,34	1-6
Οι γυναίκες προσβάλλονται υπερβολικά εύκολα.	2,06	1,35	1-6

Στην πραγματικότητα πολλές γυναίκες επιζητούν ειδικές χάρες, υπό το πρόσχημα ότι ζητάνε "ισότητα".	2,04	1,41	1-6
Μόλις μία γυναίκα κάνει έναν άντρα να δεσμευτεί μαζί της συνήθως προσπαθεί να του "σφίξει το λουριά".	1,95	1,31	1-6



Γράφημα 25: Εχθρικός σεξισμός

Καλοπροαίρετος σεξισμός:

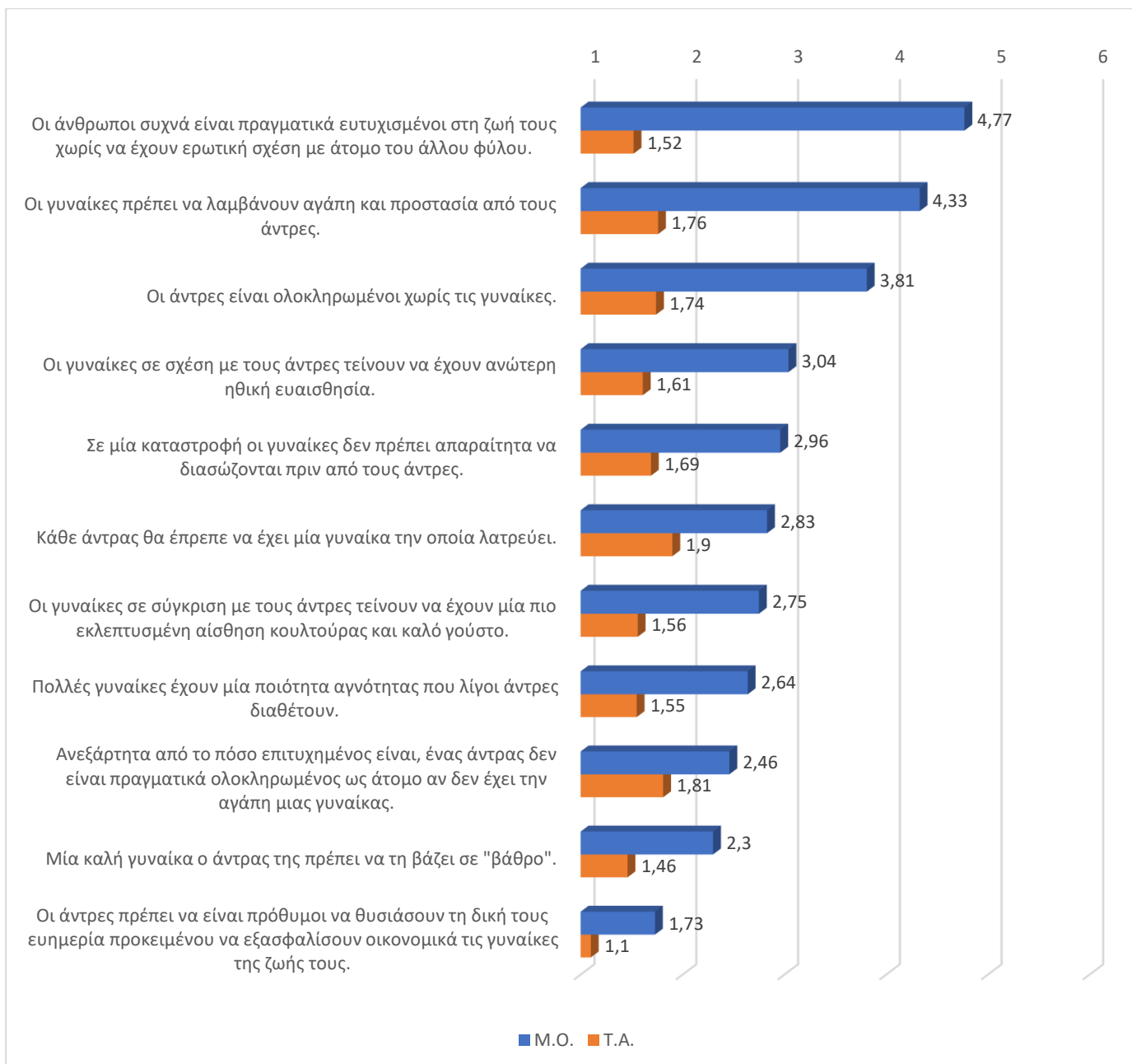
Στον Πίνακα 17 (και το Γράφημα 26) εμφανίζονται οι απαντήσεις των γυναικών ως προς τον καλοπροαίρετο σεξισμό. Οι συμμετέχουσες συμφωνούν κάπως ότι οι άνθρωποι συχνά είναι πραγματικά ευτυχισμένοι στη ζωή τους χωρίς να έχουν ερωτική σχέση με άτομο του άλλου φύλου (Μ.Ο.= 4,77, Τ.Α.= 1,52) και ελαφρώς ότι οι γυναίκες πρέπει να λαμβάνουν αγάπη και προστασία από τους άντρες (Μ.Ο.= 4,33, Τ.Α.= 1,76) και ότι οι άντρες είναι ολοκληρωμένοι χωρίς τις γυναίκες (Μ.Ο.= 3,81, Τ.Α.= 1,74).

Ακόμη, διαφωνούν ελαφρώς ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες τείνουν να έχουν ανώτερη ηθική ευαισθησία (Μ.Ο.= 3,04, Τ.Α.= 1,61), ότι σε μία καταστροφή οι γυναίκες δεν πρέπει απαραίτητα να διασώζονται πριν από τους άντρες (Μ.Ο.= 2,96, Τ.Α.= 1,69), ότι κάθε άντρας θα έπρεπε να έχει μία γυναίκα την οποία λατρεύει (Μ.Ο.= 2,83, Τ.Α.= 1,90), ότι οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες τείνουν να έχουν μία πιο εκλεπτυσμένη αίσθηση κουλτούρας και καλό γούστο (Μ.Ο.= 2,75, Τ.Α.= 1,56) και ότι πολλές γυναίκες έχουν μία ποιότητα αγνότητας που λίγοι άντρες διαθέτουν (Μ.Ο.= 2,64, Τ.Α.= 1,55).

Επίσης ελαφρώς έως κάπως διαφωνούν ότι ανεξάρτητα από το πόσο επιτυχημένος είναι, ένας άντρας δεν είναι πραγματικά ολοκληρωμένος ως άτομο αν δεν έχει την αγάπη μιας γυναίκας (Μ.Ο.= 2,46, Τ.Α.= 1,81). Τέλος, διαφωνούν κάπως ότι μία καλή γυναίκα ο άντρας της πρέπει να τη βάζει σε "βάθρο" (Μ.Ο.= 2,30, Τ.Α.= 1,46) και ότι οι άντρες πρέπει να είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν τη δική τους ευημερία προκειμένου να εξασφαλίσουν οικονομικά τις γυναίκες της ζωής τους. (Μ.Ο.= 1,73, Τ.Α.= 1,10).

Πίνακας 17: Καλοπροαίρετος σεξισμός

Πρόταση	Μ.Ο.	Τ.Α.	Εύρος
Οι άνθρωποι συχνά είναι πραγματικά ευτυχισμένοι στη ζωή τους χωρίς να έχουν ερωτική σχέση με άτομο του άλλου φύλου.	4,77	1,52	1-6
Οι γυναίκες πρέπει να λαμβάνουν αγάπη και προστασία από τους άντρες.	4,33	1,76	1-6
Οι άντρες είναι ολοκληρωμένοι χωρίς τις γυναίκες.	3,81	1,74	1-6
Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες τείνουν να έχουν ανώτερη ηθική ευαισθησία.	3,04	1,61	1-6
Σε μία καταστροφή οι γυναίκες δεν πρέπει απαραίτητα να διασώζονται πριν από τους άντρες.	2,96	1,69	1-6
Κάθε άντρας θα έπρεπε να έχει μία γυναίκα την οποία λατρεύει.	2,83	1,90	1-6
Οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες τείνουν να έχουν μία πιο εκλεπτυσμένη αίσθηση κουλτούρας και καλό γούστο.	2,75	1,56	1-6
Πολλές γυναίκες έχουν μία ποιότητα αγνότητας που λίγοι άντρες διαθέτουν.	2,64	1,55	1-6
Ανεξάρτητα από το πόσο επιτυχημένος είναι, ένας άντρας δεν είναι πραγματικά ολοκληρωμένος ως άτομο αν δεν έχει την αγάπη μιας γυναίκας.	2,46	1,81	1-6
Μία καλή γυναίκα ο άντρας της πρέπει να τη βάζει σε "βάθρο".	2,30	1,46	1-6
Οι άντρες πρέπει να είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν τη δική τους ευημερία προκειμένου να εξασφαλίσουν οικονομικά τις γυναίκες της ζωής τους.	1,73	1,10	1-6



Γράφημα 26: Καλοπροαίρετος σεξισμός

7.3. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Στο Β' ερευνητικό ερώτημα, μελετήθηκε η σχέση της ηλικίας, του αριθμού γεννών, της οικογενειακής κατάστασης, του μορφωτικού επιπέδου και της εθνικότητας με τον κίνδυνο έκθεσης σε MB. Η ηλικία κατά την διάρκεια της γέννας αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα με τις γυναίκες που ήταν 18-23 ετών κατά την γέννα να συμφωνούν περισσότερο ότι δεν τηρήθηκαν τα επαγγελματικά πρότυπα περίθαλψης. Οι γυναίκες που πραγματοποίησαν 3 και περισσότερες γέννες ανέφεραν φτωχότερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, με τον αριθμό των γεννών να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα ενώ παράλληλα ανέφεραν μικρότερη τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης. Οι γυναίκες που ήταν σε σχέση κατά την διάρκεια της

γέννας και όχι σε έγγαμη κατάσταση βίωσαν μεγαλύτερη λεκτική βία. Το μορφωτικό επίπεδο δεν σχετίστηκε με την έκθεση σε MB. Αναφορικά με την εθνικότητα, οι αλλοδαπές γυναίκες βίωσαν φτωχότερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας.

Παρόλα αυτά διαφαίνεται ότι άλλοι παράγοντες ήταν περισσότερο σημαντικοί που επηρέασαν την έκθεση σε MB. Ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας ήταν το είδος του νοσοκομείου, καθώς οι γυναίκες που γέννησαν στο δημόσιο δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα MB σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν στο ιδιωτικό. Πολύ σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας αναδείχθηκε και η γνώση της μαίας/του μαιευτή με τις γυναίκες που γνώριζαν τη μαία/τον μαιευτή πριν τον τοκετό να εμφανίζουν πολύ χαμηλότερα επίπεδα MB. Παρομοίως, η γνώση του γιατρού πριν τον τοκετό σχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα MB ενώ όσες είχαν προγραμματισμένο ραντεβού ανέφεραν υψηλότερη τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης. Σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας αναδείχθηκε ο εχθρικός σεξισμός, με τις γυναίκες που τον υποστηρίζουν περισσότερο να δηλώνουν πως υπέστησαν λιγότερο MB. Ο τύπος γέννας επίσης επηρέασε τις εμπειρίες των γυναικών, καθώς οι γυναίκες που πραγματοποίησαν καισαρική ανέφεραν φτωχότερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας ενώ οι γυναίκες που πραγματοποίησαν υποβοηθούμενο ή κανονικό φυσιολογικό τοκετό ανέφεραν μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης.

Στο Δ' ερευνητικό ερώτημα, μελετήθηκε το πως σχετίζεται η έγκριση/αποδοκιμασία των συμπεριφορών MB από τις ίδιες γυναίκες με συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά όπως ηλικία, αριθμός γεννών, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, εθνικότητα, πραγματική έκθεση σε MB και αντιλήψεις για τον σεξισμό. Η ηλικία, ο αριθμός γενών η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και η εθνικότητα δεν σχετίστηκαν με την Κανονικοποίηση της MB. Σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας της Κανονικοποίησης της MB αναδείχθηκε ο εχθρικός σεξισμός, καθώς γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα εχθρικού σεξισμού εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα Κανονικοποίησης της MB. Ακόμη, η Κανονικοποίηση της MB βαθμολογήθηκε υψηλότερα από γυναίκες που γέννησαν παλαιότερα την περίοδο 2014-2016. Τέλος, η Κανονικοποίηση της MB σχετίστηκε θετικά με τον καλοπροαίρετο σεξισμό και αρνητικά με όλες τις μορφές της MB.

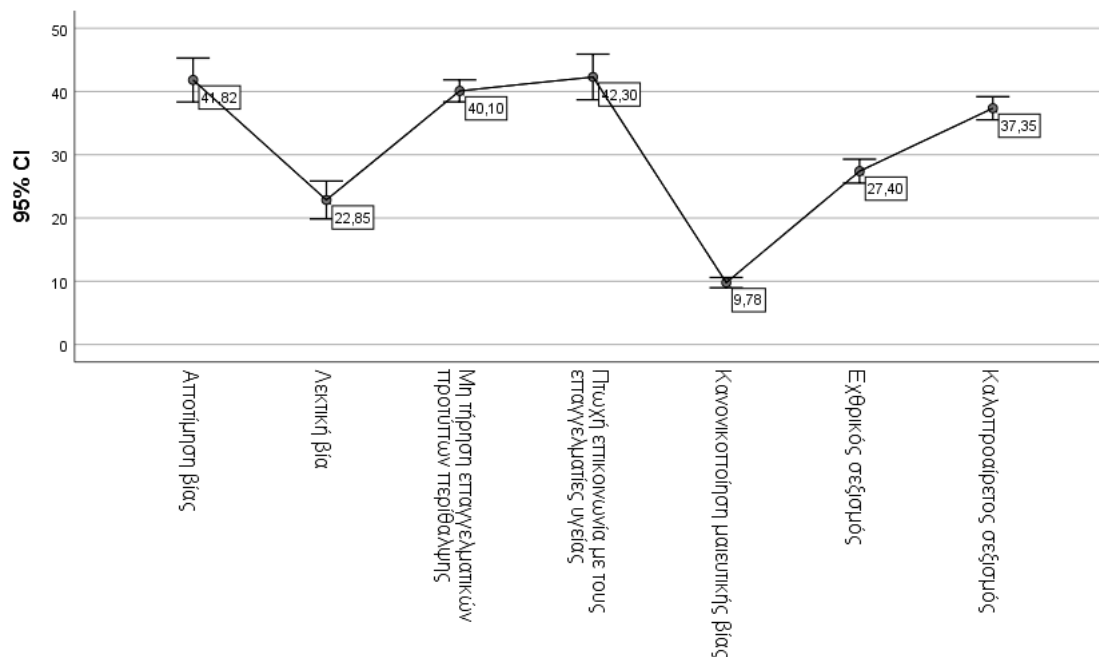
7.3.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ 95% Δ.Ε.

Στον Πίνακα 18 (Γράφημα 27) παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων και τα αντίστοιχα 95% δ.ε. σε κλίμακα [0,100], μέσω του τύπου $100 * [Xi - \text{Min}(X)] / \text{Range}(X)$. Προέκυψαν μέτρια επίπεδα στον παράγοντα «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» (95% δ.ε.= [38,69, 45,90], «Αποτίμηση βίας» (95% δ.ε.= [38,35, 45,29]) και «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» (95% δ.ε.= [38,35, 41,84]). Μέτρια προς χαμηλά βαθμολογήθηκε οι παράγοντες «Καλοπροαίρετος σεξισμός» (95% δ.ε.= [35,52, 39,18]) και χαμηλά

οι παράγοντες «Εχθρικός σεξισμός» (95% δ.ε.= [25,52, 29,29]), «Λεκτική βία» (95% δ.ε.= [16,58, 20,17]) και «Κανονικοποίηση MB» (95% δ.ε.= [8,97, 10,60]).

Πίνακας 18: Περιγραφικά στοιχεία παραγόντων και 95% δ.ε. (κλίμακα 0-100)

Παράγοντας	Μ.Ο.	Τ.Α.	95% δ.ε.	Υψηλά επίπεδα
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	42,30	38,93	[38,69, 45,90]	43,11% (N=194)
Αποτίμηση βίας	41,82	37,46	[38,35, 45,29]	48,00% (N=216)
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	40,10	18,81	[38,35, 41,84]	32,66% (N=117)
Καλοπροαίρετος σεξισμός	37,35	19,75	[35,52, 39,18]	27,56% (N=124)
Εχθρικός σεξισμός	27,40	20,35	[25,52, 29,29]	15,78% (N=71)
Λεκτική βία	22,85	32,29	[19,86, 25,84]	21,33% (N=96)
Κανονικοποίηση MB	9,78	8,82	[8,97, 10,60]	0,22% (N=1)



Γράφημα 27: Περιγραφικά στοιχεία παραγόντων και 95% δ.ε.

7.3.2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων κανονικότητας των παραγόντων της έρευνας, όπου η κανονικότητα δεν ικανοποιήθηκε για κανένα από τους παράγοντες ($p < 0,001$).

Πίνακας 19: Έλεγχος κανονικότητας παραγόντων

Παράγοντας	Στατιστικό	Df	P
Λεκτική βία	0,715	450	<0,001
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	0,976	450	<0,001
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	0,831	450	<0,001
Αποτίμηση βίας	0,844	450	<0,001
Κανονικοποίηση MB	0,892	450	<0,001
Εχθρικός σεξισμός	0,95	450	<0,001
Καλοπροαίρετος σεξισμός	0,98	450	<0,001

7.3.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Ο Πίνακας 20 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των συσχετίσεων Spearman μεταξύ των παραγόντων της έρευνας, όπου παρατηρήθηκε ότι οι παράγοντες της MB συσχετίστηκαν θετικά μεταξύ τους και αρνητικά με την Κανονικοποίηση της MB και τον εχθρικό σεξισμό. Ακόμη, ο καλοπροαίρετος σεξισμός συσχετίστηκε θετικά με την Κανονικοποίηση της MB και τον εχθρικό σεξισμό.

Πίνακας 20: Συσχετίσεις Spearman μεταξύ των παραγόντων

Παράγοντας	1	2	3	4	5	6
1.Λεκτική βία	1					
2.Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	,459**	1				
3.Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	,454**	,601**	1			
4.Κανονικοποίηση MB	-,143**	-,117*	-,134**	1		
5.Εχθρικός σεξισμός	-,121*	-,127**	-,098*	,331**	1	
6.Καλοπροαίρετος σεξισμός	-0,047	-0,055	-0,031	,238**	,641**	1

**p<0,01

7.3.4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ

Ηλικία

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal-Wallis των παραγόντων ως προς την ηλικία των γυναικών, όπου δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($p \geq 0,592$).

Πίνακας 21: Παράγοντες * Ηλικία, Kruskal-Wallis

Παράγοντας	H (4)	p-value
Λεκτική βία	0,942	0,919
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	1,948	0,745
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	2,798	0,592
Κανονικοποίηση MB	0,847	0,932

Ηλικία στην γέννα

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal-Wallis των παραγόντων ως προς την ηλικία στην γέννα των γυναικών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων στον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ($H(4)=13,533$, $p=0,009$).

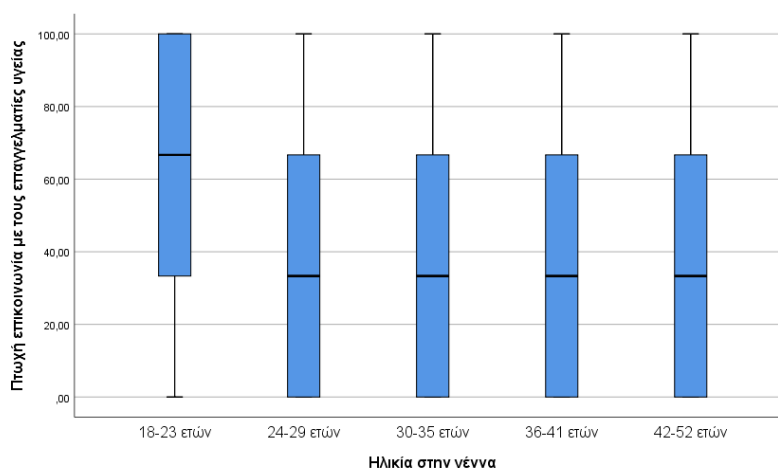
Πίνακας 22: Παράγοντες * Ηλικία στην γέννα, Kruskal-Wallis

Παράγοντας	H (4)	p-value
Λεκτική βία	1,826	0,768
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	13,533	0,009
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	3,216	0,522
Κανονικοποίηση MB	5,603	0,231

Συγκεκριμένα από τον Πίνακα 23 (και το Γράφημα 28) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» η μέση βαθμίδα των γυναικών που γέννησαν μεταξύ 18 και 23 ετών (M.B.=334,31) είναι στατιστικά μεγαλύτερη όσων γέννησαν μεταξύ 24 και 29 (M.B.=207,74) ($p=0,001$), 30-35 (M.B.=219,69) ($p=0,005$), 36-41 (M.B.=220,22) ($p=0,003$) και 42-52 (M.B.=172,42) ($p=0,001$).

Πίνακας 23: Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης * Ηλικία στην γέννα, Kruskal-Wallis

Παράγοντας	Ηλικία στην γέννα	N	M.B.	H (4)	p-value
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	18-23 ετών	13	334,31	13,533	0,009
	24-29 ετών	87	207,74		
	30-35 ετών	242	230,97		
	36-41 ετών	95	220,22		
	42-52 ετών	13	172,42		



Γράφημα 28: Boxplots, Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης * Ηλικία στην γέννα

Οικογενειακή κατάσταση

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των παραγόντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση, όπου δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($p \geq 0,105$)

Πίνακας 24: Παράγοντες * Οικογενειακή κατάσταση, Kruskal Wallis

Παράγοντας	H (2)	p-value
Λεκτική βία	2,299	0,317
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	4,515	0,105
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	0,511	0,774
Κανονικοποίηση MB	2,949	0,229

Οικογενειακή κατάσταση (στη γέννα)

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των παραγόντων αναφορικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών κατά τη γέννα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων στον παράγοντα «Λεκτική βία» ($H(2)=7,547, p=0,023$).

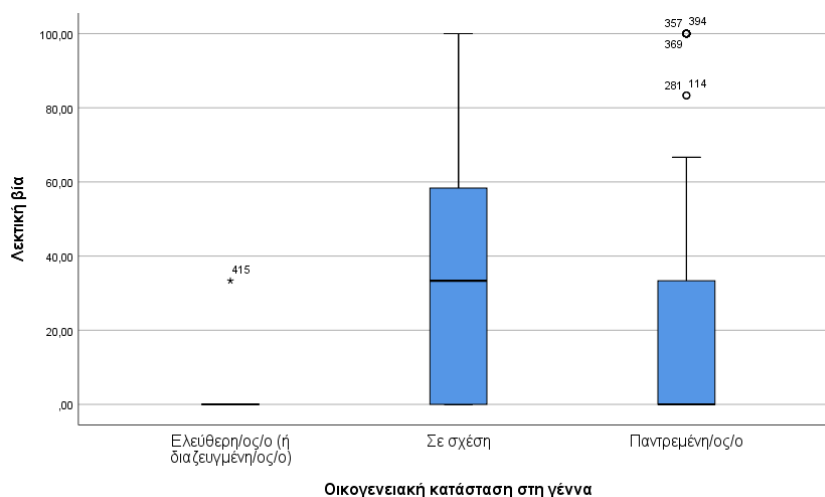
Πίνακας 25: Παράγοντες * Οικογενειακή κατάσταση στην γέννα, Kruskal Wallis

Παράγοντας	H (2)	p-value
Λεκτική βία	7,547	0,023
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	2,753	0,252
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	1,185	0,553
Κανονικοποίηση MB	4,078	0,130

Συγκεκριμένα από τον Πίνακα 26 (και το Γράφημα 29) προκύπτει ότι για τον παράγοντα «Λεκτική βία» η μέση βαθμίδα των γυναικών που βρίσκονται σε σχέση (M.B.=289,45) είναι στατιστικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ελεύθερων ή διαζευγμένων (M.B.=170,50, $p=0,038$) και των παντρεμένων (M.B.=223,14, $p=0,012$).

Πίνακας 26: Λεκτική βία* Οικογενειακή κατάσταση (στη γέννα), Kruskal Wallis

Παράγοντας	Οικογενειακή κατάσταση στη γέννα	N	M.B.	H (2)
Λεκτική βία	Ελεύθερη/ος/ο (ή διαζευγμένη/ος/ο)	5	170,50	0,023
	Σε σχέση	20	289,45	
	Παντρεμένη/ος/ο	425	223,14	



Γράφημα 29: Λεκτική βία* Σε σχέση (στη γέννα)

Μορφωτικό επίπεδο

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των παραγόντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, όπου δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα ($p \geq 0,337$).

Πίνακας 27: Παράγοντες * Μορφωτικό επίπεδο, Kruskal Wallis

Παράγοντας	H (4)	p-value
Λεκτική βία	2,254	0,689
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	4,548	0,337
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	1,872	0,759
Κανονικοποίηση ΜΒ	3,286	0,511

Μορφωτικό επίπεδο στη γέννα

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis των παραγόντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο την περίοδο της γέννας των γυναικών, όπου δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($p \geq 0,206$).

Πίνακας 28: Παράγοντες * Μορφωτικό επίπεδο στη γέννα, Kruskal Wallis

Παράγοντας	H (4)	p-value
Λεκτική βία	4,409	0,353
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	5,916	0,206
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	2,810	0,590
Κανονικοποίηση ΜΒ	3,685	0,450

Εθνικότητα

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων Mann-Whitney των παραγόντων αναφορικά με την εθνικότητά των γυναικών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων στον παράγοντα «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ($U=459,0$, $p=0,004$).

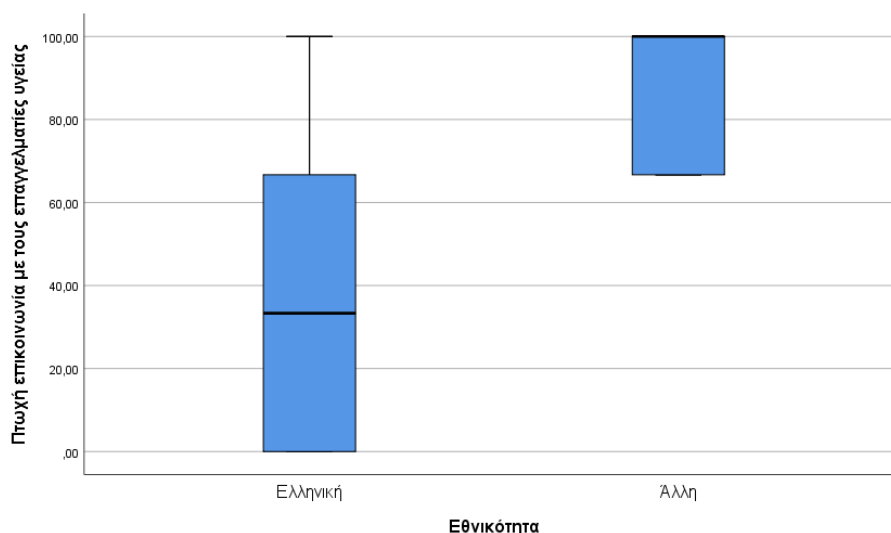
Πίνακας 29: Παράγοντες * Εθνικότητα, Mann-Whitney

Παράγοντας	U	p-value
Λεκτική βία	969,5	0,194
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	794,5	0,089
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	459	0,004
Κανονικοποίηση ΜΒ	946,5	0,221

Συγκεκριμένα από τον Πίνακα 30 (και το Γράφημα 30) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» η μέση βαθμίδα των Ελληνίδων (Μ.Β.=223,53) είναι στατιστικά μικρότερη ($p=0,004$) από την αντίστοιχη γυναικών άλλης εθνικότητας (Μ.Β.= 371,00).

Πίνακας 30: «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» * Εθνικότητα, Mann-Whitney

Παράγοντας	Εθνικότητα	N	M.B.	U	p-value
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	Ελληνική	444	223,53	459,0	0,004
	Άλλη	6	371,00		



Γράφημα 30: Boxplots «Πτώχη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» * Εθνικότητα

Νοσοκομείο γέννας

Στον Πίνακα 31 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς το νοσοκομείο γέννας των γυναικών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στον παράγοντα «Λεκτική βία» ($t(281,050)=4,103$, $p=0,001$), «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ($t(448)=7,107$, $p<0,001$) και «Πτώχη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ($t(293,555)=7,316$, $p<0,001$).

Πίνακας 31: Παράγοντες * Νοσοκομείο γέννας, independent samples t-test

Παράγοντας	T	df	p-value
Λεκτική βία	4,103	281,050	0,001
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	7,107	448	<0,001
Πτώχη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	7,316	293,555	<0,001
Κανονικοποίηση MB	0,673	448	0,501

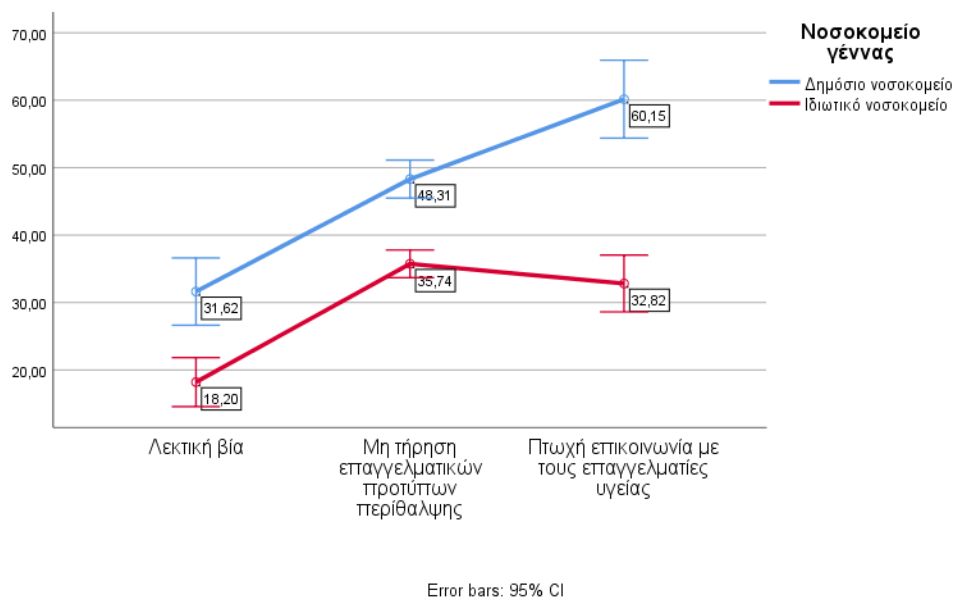
Συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 32 (και το Γράφημα 31) προκύπτει πως:

- Για τον παράγοντα «Λεκτική βία» ο μέσος όρος των γυναικών που γέννησαν σε δημόσιο νοσοκομείο (M.O.=31,62) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p=0,001$) από τον μέσο όρο αυτών που γέννησαν σε ιδιωτικό (M.O.=18,20).
- Για τον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ο μέσος όρος των γυναικών που γέννησαν σε δημόσιο νοσοκομείο (M.O.=48,31) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p<0,001$) από τον μέσο όρο αυτών που γέννησαν σε ιδιωτικό (M.O.=35,74).
- Για τον παράγοντα «Πτώχη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ο μέσος όρος των γυναικών που γέννησαν σε δημόσιο νοσοκομείο (M.O.=60,15) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p<0,001$) από τον μέσο όρο αυτών που γέννησαν σε ιδιωτικό (M.O.=32,82).

Πίνακας 32: Παράγοντες * Νοσοκομείο γέννας, independent samples t-test (στατ. σημαντικά)

Παράγοντας	Νοσοκομείο	N	M.O.	T	df	p-value
------------	------------	---	------	---	----	---------

Λεκτική βία	Δημόσιο νοσοκομείο	156	31,62	4,103	281,050	0,001
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	294	18,20			
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	Δημόσιο νοσοκομείο	156	48,31	7,107	448	<0,001
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	294	35,74			
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	Δημόσιο νοσοκομείο	156	60,15	7,316	293,555	<0,001
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	294	32,82			



Γράφημα 31: Error bars, Παράγοντες * Νοσοκομείο γέννας (στατ. σημαντικά) Ραντεβού γέννας

Στον Πίνακα 33 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν είχαν ραντεβού για τη γέννα τους οι συμμετέχουσες. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ($t(448)=3,377$, $p=0,001$).

Πίνακας 33: Παράγοντες * Ραντεβού γέννας, independent samples t-test

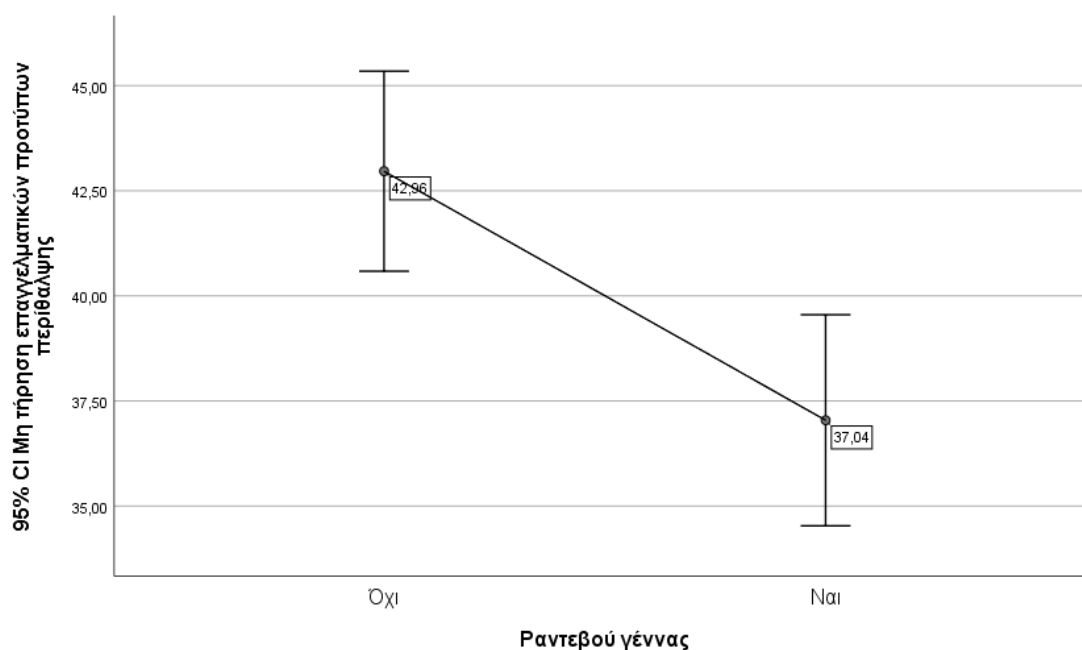
Παράγοντας	t	df	p-value
Λεκτική βία	1,900	448	0,058
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	3,377	448	0,001
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	0,090	448	0,928
Κανονικοποίηση MB	-1,775	448	0,077

Συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 34 (και το Γράφημα 32) προκύπτει πως για τον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ο μέσος όρος των γυναικών που είχαν ραντεβού (Μ.Ο.=37,04) είναι στατιστικά μικρότερος ($p=0,001$) από τον μέσο όρο αυτών που δεν είχαν (Μ.Ο.=42,96).

Πίνακας 34: «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» * Ραντεβού γέννας, independent samples t-test

Παράγοντας	Απάντηση	N	M.O.	t	df	p-value
------------	----------	---	------	---	----	---------

Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	Όχι	232	42,96	3,377	448	0,001
	Ναι	218	37,04			



Γράφημα 32: Error bars, «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» * Ραντεβού γέννας

Γνώση γιατρού στην γέννα

Στον Πίνακα 35 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς τη γνώση του γιατρού κατά τη γέννα των γυναικών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στον παράγοντα «Λεκτική βία» ($t(448)=3,281, p=0,001$), «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ($t(448)=2,826, p=0,005$) και «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ($t(49,026)=3,710, p=0,001$).

Πίνακας 35: Παράγοντες * Γνώση γιατρού στην γέννα, independent samples t-test

Παράγοντας	t	df	p-value
Λεκτική βία	3,281	448	0,001
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	2,826	448	0,005
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	3,710	49,026	0,001
Κανονικοποίηση MB	1,762	448	0,079

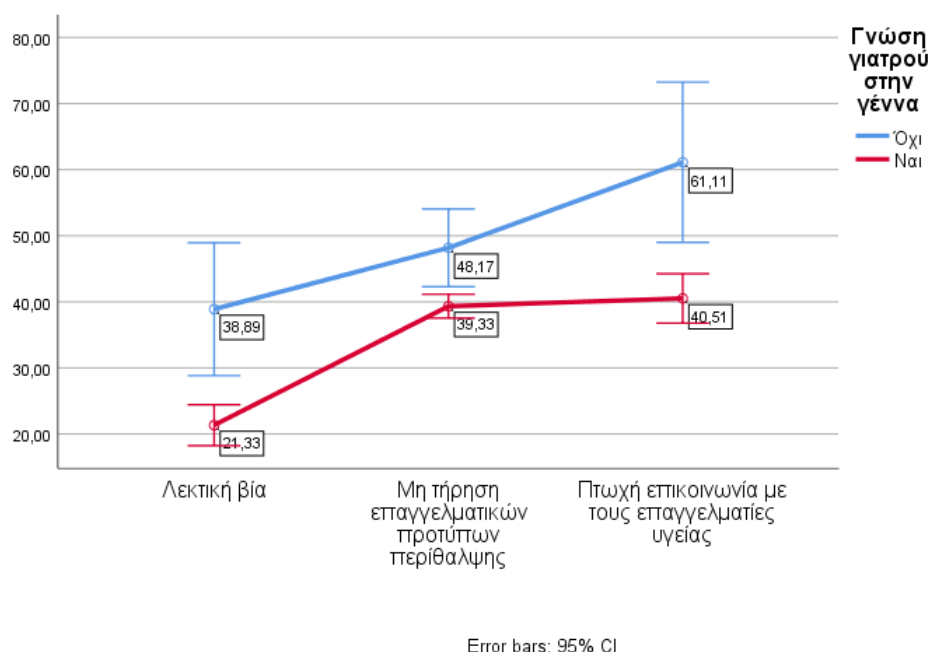
Συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 36 (και το Γράφημα 33) προκύπτει πως:

- Για τον παράγοντα «Λεκτική βία» ο μέσος όρος των γυναικών που δεν γνώριζαν τον γιατρό (Μ.Ο.=38,89) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p=0,001$) από τον μέσο όρο αυτών που τον γνώριζαν (Μ.Ο.=21,33).
- Για τον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ο μέσος όρος των γυναικών που δεν γνώριζαν τον γιατρό (Μ.Ο.=48,17) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p=0,005$) από τον μέσο όρο αυτών που τον γνώριζαν (Μ.Ο.=39,33).

- Για τον παράγοντα «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ο μέσος όρος των γυναικών που δεν γνώριζαν τον γιατρό (M.O.=61,11) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p=0,001$) από τον μέσο όρο αυτών που τον γνώριζαν (M.O.=40,51).

Πίνακας 36: Παράγοντες * Γνώση γιατρού στην γέννα, independent samples t-test (στατ. σημαντικά)

Παράγοντας	Απάντηση	N	M.O.	t	df	p-value
Λεκτική βία	Όχι	39	38,89	3,281	448	0,001
	Ναι	411	21,33			
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	Όχι	39	48,17	2,826	448	0,005
	Ναι	411	39,33			
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	Όχι	39	61,11	3,710	49,026	0,001
	Ναι	411	40,51			



Γράφημα 33: Error bars, Παράγοντες * Γνώση γιατρού στην γέννα (στατ. σημαντικά)

Γνώση μαιάς/μιαευτή στη γέννα

Στον Πίνακα 37 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς τη γνώση της μαιάς κατά τη γέννα των γυναικών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στον παράγοντα «Λεκτική βία» ($t(392,189)=3,844$, $p<0,001$), «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ($t(394,886)=4,678$, $p<0,001$) και «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ($t(400,692)=6,028$, $p<0,001$)

Πίνακας 37: Παράγοντες * Γνώση μαιάς στην γέννα, independent samples t-test

Παράγοντας	T	df	p-value
------------	---	----	---------

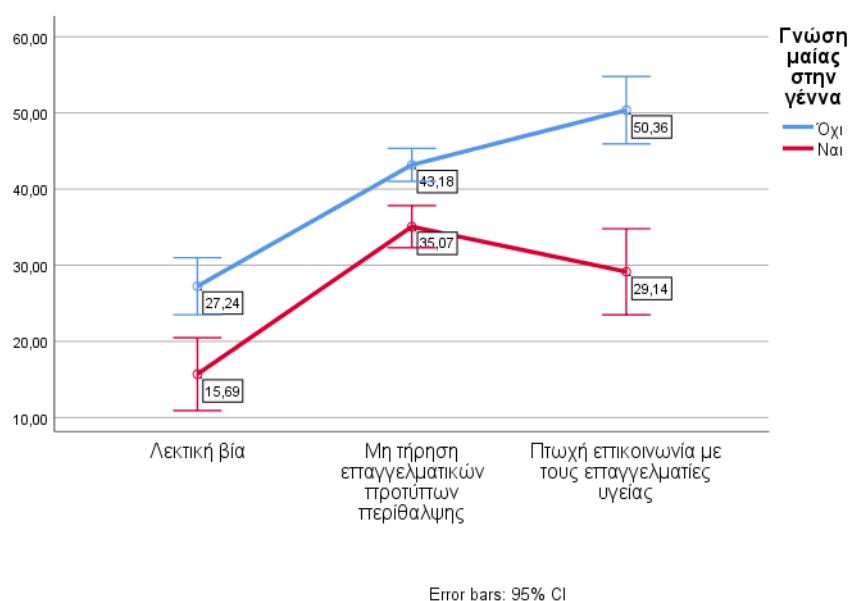
Λεκτική βία	3,844	392,189	<0,001
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	4,678	394,886	<0,001
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	6,028	400,692	<0,001
Κανονικοποίηση MB	-1,027	448	0,305

Συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 38 (και το Γράφημα 34) προκύπτει πως:

- Για τον παράγοντα «Λεκτική βία» ο μέσος όρος των γυναικών που δεν γνώριζαν την μαία (Μ.Ο.=27,24) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p<0,001$) από τον μέσο όρο αυτών που την γνώριζαν (Μ.Ο.=15,69).
- Για τον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ο μέσος όρος των γυναικών που δεν γνώριζαν την μαία (Μ.Ο.=43,18) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p<0,001$) από τον μέσο όρο αυτών που την γνώριζαν (Μ.Ο.=35,07).
- Για τον παράγοντα «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ο μέσος όρος των γυναικών που δεν γνώριζαν την μαία (Μ.Ο.=50,36) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p<0,001$) από τον μέσο όρο αυτών που την γνώριζαν (Μ.Ο.=29,14).

Πίνακας 38: Παράγοντες * Γνώση μαίας στην γέννα, independent samples t-test (στατ. σημαντικά)

Παράγοντας	Απάντηση	N	M.O.	t	df	p-value
Λεκτική βία	Όχι	279	27,24	3,844	392,189	<0,001
	Ναι	171	15,69			
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	Όχι	279	43,18	4,678	394,886	<0,001
	Ναι	171	35,07			
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	Όχι	279	50,36	6,028	400,692	<0,001
	Ναι	171	29,14			



Γράφημα 34: Error bars, Παράγοντες * Γνώση μαίας στην γέννα (στατ. σημαντικά)

Αριθμός γεννών

Στον Πίνακα 39 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA των παραγόντων ως προς τον αριθμό γεννήσεων των γυναικών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στους παράγοντες «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ($F(2,447)=4,576$, $p=0,011$) και «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ($F(2,447)=7,362$, $p=0,001$)

Πίνακας 39: Παράγοντες * Αριθμός γεννήσεων, ANOVA

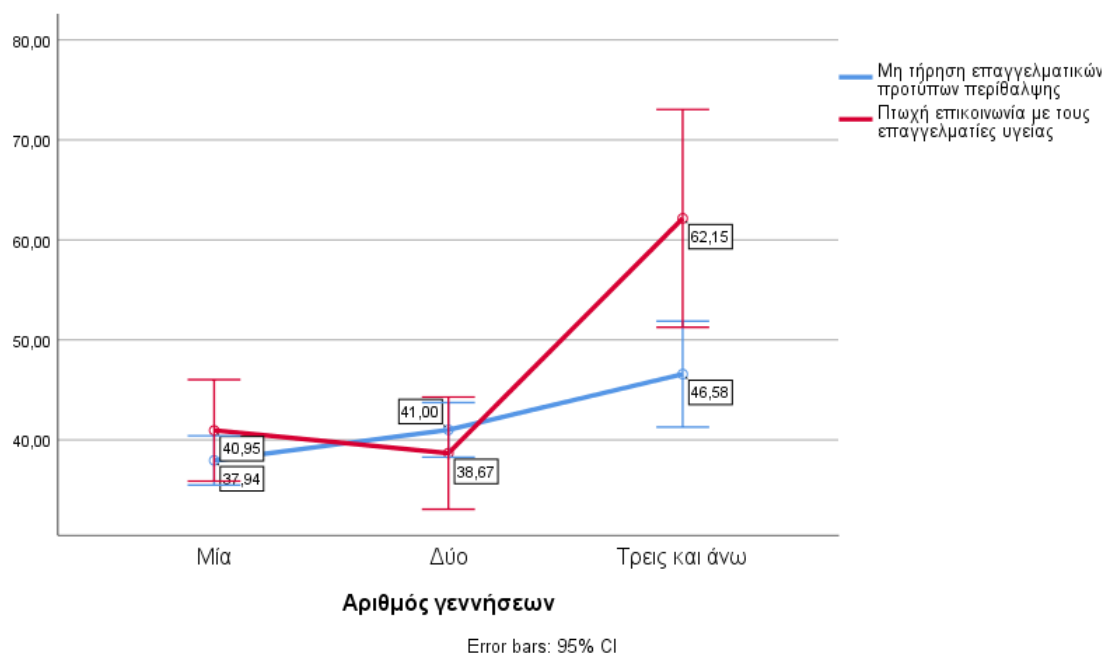
Παράγοντας	F (2,447)	p-value
Λεκτική βία	0,754	0,471
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	4,576	0,011
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	7,362	0,001
Κανονικοποίηση MB	0,979	0,376

Συγκεκριμένα προκύπτει ότι:

- Για τον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ο μέσος όρος των γυναικών που έχουν κάνει 3 ή περισσότερες γέννες (Μ.Ο.=46,58) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p=0,004$) από τον αντίστοιχο των γυναικών που έχουν κάνει 1 γέννα (Μ.Ο.=37,94)
- Για τον παράγοντα «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ο μέσος όρος των γυναικών που έχουν κάνει τρεις και άνω γέννες (Μ.Ο.=62,15) είναι στατιστικά μεγαλύτερος όσων έχουν κάνει μία (Μ.Ο.=40,95) ($p=0,001$) και δύο (Μ.Ο.=38,67) ($p<0,001$).

Πίνακας 40: Παράγοντες * Αριθμός γεννήσεων, ANOVA (στατ. σημαντικά)

Παράγοντες	Αριθμός γεννήσεων	N	M.O.	F (2,447)	p-value
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	Μία	221	37,94	4,576	0,011
	Δύο	181	41,00		
	Τρεις ή περισσότερες	48	46,58		
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	Μία	221	40,95	7,362	0,001
	Δύο	181	38,67		
	Τρεις ή περισσότερες	48	62,15		



Γράφημα 35: Error bars, Παράγοντες εμπειρίας γέννας* Αριθμός γεννήσεων, (στατ. σημαντικά)

Γέννα αναφοράς

Στον Πίνακα 41 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal-Wallis των παραγόντων αναφορικά με την γέννα αναφοράς της κάθε γυναίκας. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων στον παράγοντα «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ($H(2)=8,005$, $p=0,018$).

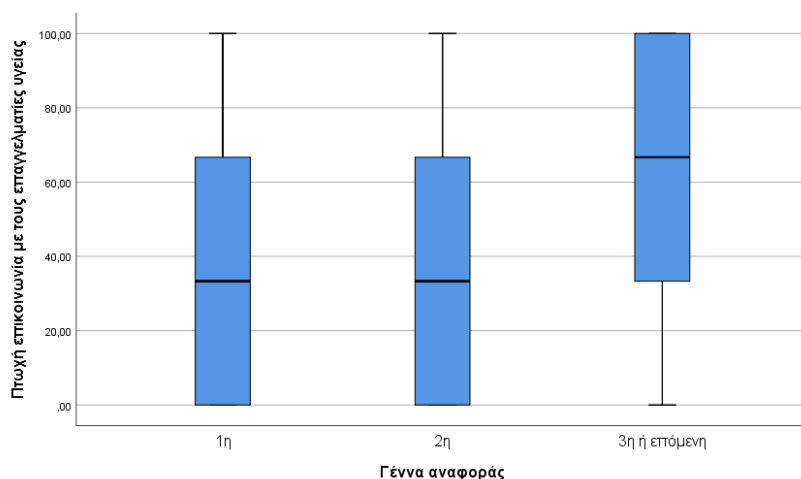
Πίνακας 41: Παράγοντες * Γέννα αναφοράς, Kruskal-Wallis

Παράγοντας	H (2)	p-value
Λεκτική βία	2,102	0,350
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	4,510	0,105
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	8,005	0,018
Κανονικοποίηση MB	2,442	0,295

Συγκεκριμένα από τον Πίνακα 42 (και το Γράφημα 36) προκύπτει ότι για τον παράγοντα «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» η μέση βαθμίδα των γυναικών που ανέφεραν την τρίτη γέννα τους ή επόμενη (M.B.=282,73) είναι στατιστικά μεγαλύτερη όσων μίλησαν για την πρώτη (M.B.= 226,65) ($p=0,028$) και την δεύτερη (M.B.=203,96) ($p=0,005$).

Πίνακας 42: Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας * Γέννα αναφοράς, Kruskal-Wallis

Παράγοντας	Γέννα αναφοράς	N	M.B.	H (2)	p-value
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	1η	337	226,65	8,005	0,018
	2η	87	203,96		
	3η ή επόμενη	26	282,73		



Γράφημα 36: Boxplots, Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας * Γέννα αναφοράς

Τύπος γέννας

Στον Πίνακα 43 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA των παραγόντων ως προς τον τύπο γέννας. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ($F(2,447)=4,944, p=0,008$) και «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ($F(2,447)=4,522, p=0,011$).

Πίνακας 43: Παράγοντες * Τύπος γέννα, ANOVA

Παράγοντας	F (2,447)	p-value
Λεκτική βία	1,418	0,243
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	4,944	0,008
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	4,522	0,011
Κανονικοποίηση MB	0,032	0,969

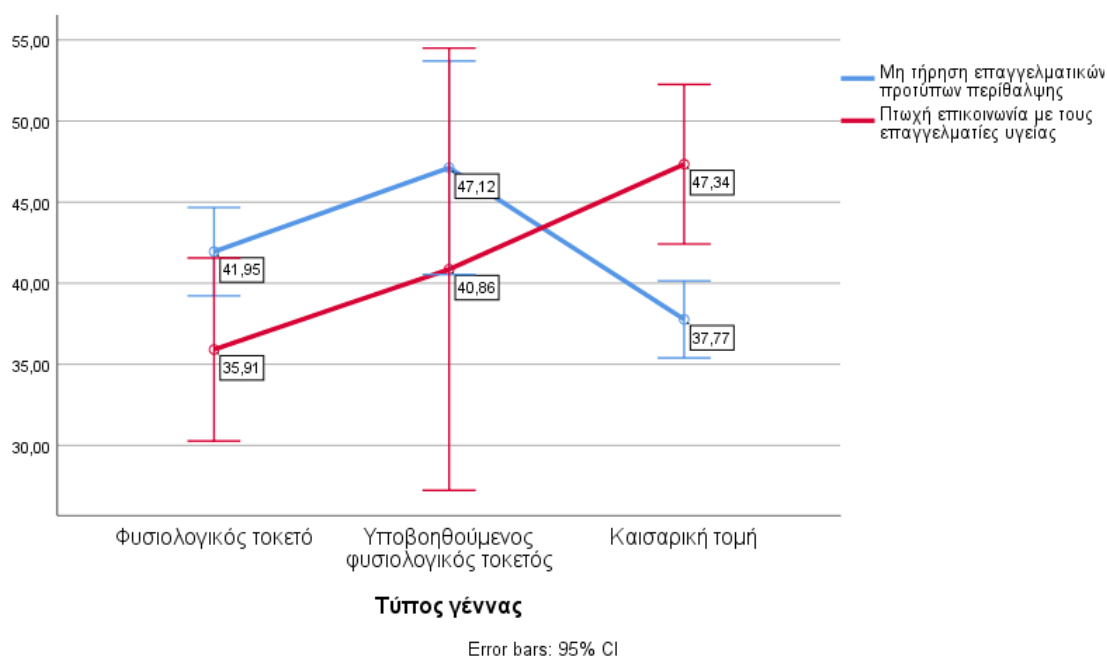
Συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 44 (και το Γράφημα 37) προκύπτει πως:

- Για τον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ο μέσος όρος των γυναικών που έκαναν καισαρική (M.O.=37,77) είναι στατιστικά μικρότερος από τον μέσο όρο αυτών που είχαν φυσιολογικό τοκετό (M.O.=41,95, $p=0,024$) και όσων πραγματοποίησαν υποβοηθούμενο φυσιολογικό τοκετό (M.O.=47,12, $p=0,009$)
- Για τον παράγοντα «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας» ο μέσος όρος των γυναικών που έκαναν καισαρική (M.O.=47,34) είναι στατιστικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο αυτών που είχαν φυσιολογικό τοκετό (M.O.=35,91, $p=0,003$).

Πίνακας 44: Παράγοντες * Τύπος γέννας, ANOVA (στατ. σημαντικά)

Παράγοντες	Τύπος γέννας	N	M.O.	F (2,447)	p-value
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	Φυσιολογικός τοκετό	181	41,95	4,944	0,008
	Υποβοηθούμενος φυσιολογικός τοκετός	31	47,12		
	Καισαρική τομή	238	37,77		
Πτωχή επικοινωνία με τους	Φυσιολογικός τοκετό	181	35,91	4,522	0,011

επαγγελματίες υγείας	Υποβοηθούμενος φυσιολογικός τοκετός	31	40,86
	Καισαρική τομή	238	47,34



Γράφημα 37: Error bars, Παράγοντες * Τύπος γέννας (στατ. σημαντικά)

Χρονολογία γέννας

Στον Πίνακα 45 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων σχετικά με την χρονολογία της γέννας. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των όρων στον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ($t(448)=2,317$, $p=0,021$) και «Κανονικοποίηση MB» ($t(448)=2,233$, $p=0,026$).

Πίνακας 45: Παράγοντες * Η γέννα στην οποία θα αναφερθείτε συνέβη, independent samples t-test

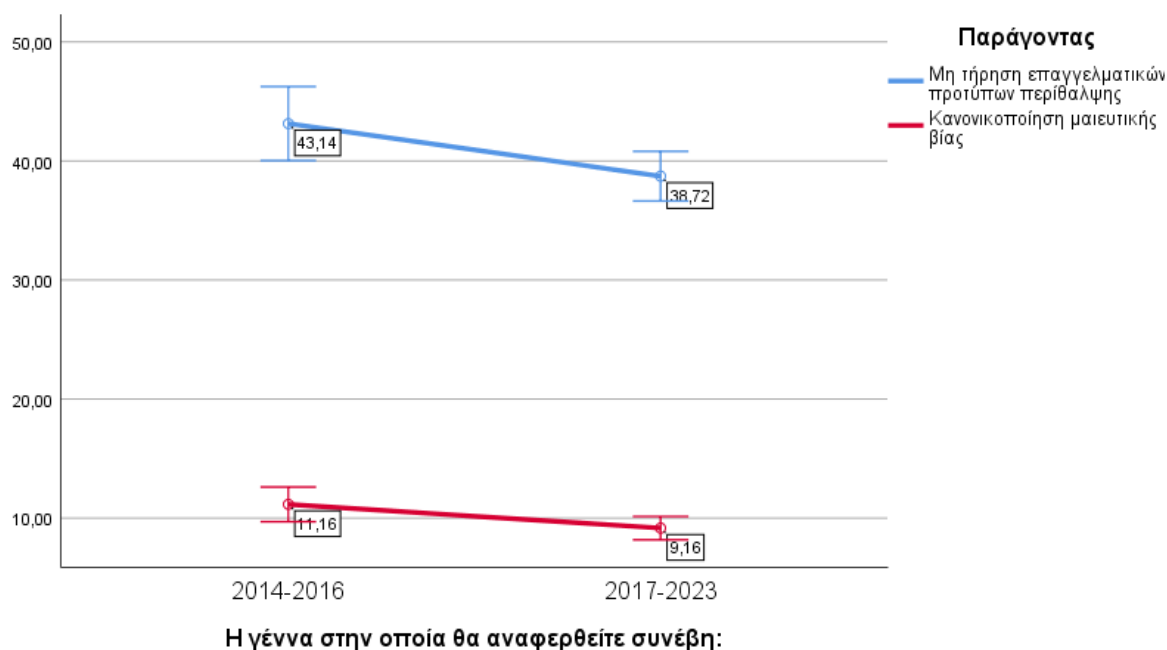
Παράγοντας	t	df	p-value
Λεκτική βία	0,442	448	0,673
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	2,317	448	0,021
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	0,597	448	0,551
Κανονικοποίηση MB	2,233	448	0,026

Συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 46 (και το Γράφημα 38) προκύπτει πως:

- Για τον παράγοντα «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης» ο μέσος όρος των γυναικών που γέννησαν από το 2014 έως το 2016 (Μ.Ο.=43,14) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p=0,021$) από τον μέσο όρο αυτών γέννησαν από το 2017 έως το 2023 (Μ.Ο.=38,72).
- Για τον παράγοντα «Κανονικοποίηση MB» ο μέσος όρος των γυναικών που γέννησαν από το 2014 έως το 2016 (Μ.Ο.=11,16) είναι στατιστικά μεγαλύτερος ($p=0,026$) από τον μέσο όρο αυτών γέννησαν από το 2017 έως το 2023 (Μ.Ο.=9,16).

Πίνακας 46: Παράγοντες * Χρονολογία γέννας, independent samples t-test (στατ. σημαντικά)

Παράγοντας	Χρονολογία γέννας	N	M.O.	t	df	p-value
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	2014-2016	140	43,14	2,317	448	0,021
	2017-2023	310	38,72			
Κανονικοποίηση MB	2014-2016	140	11,16	2,233	448	0,026
	2017-2023	310	9,16			



Γράφημα 38: Error bars, Παράγοντες * Χρονολογία γέννας (στατ. σημαντικά)

7.3.5. ΕΥΡΕΣΗ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

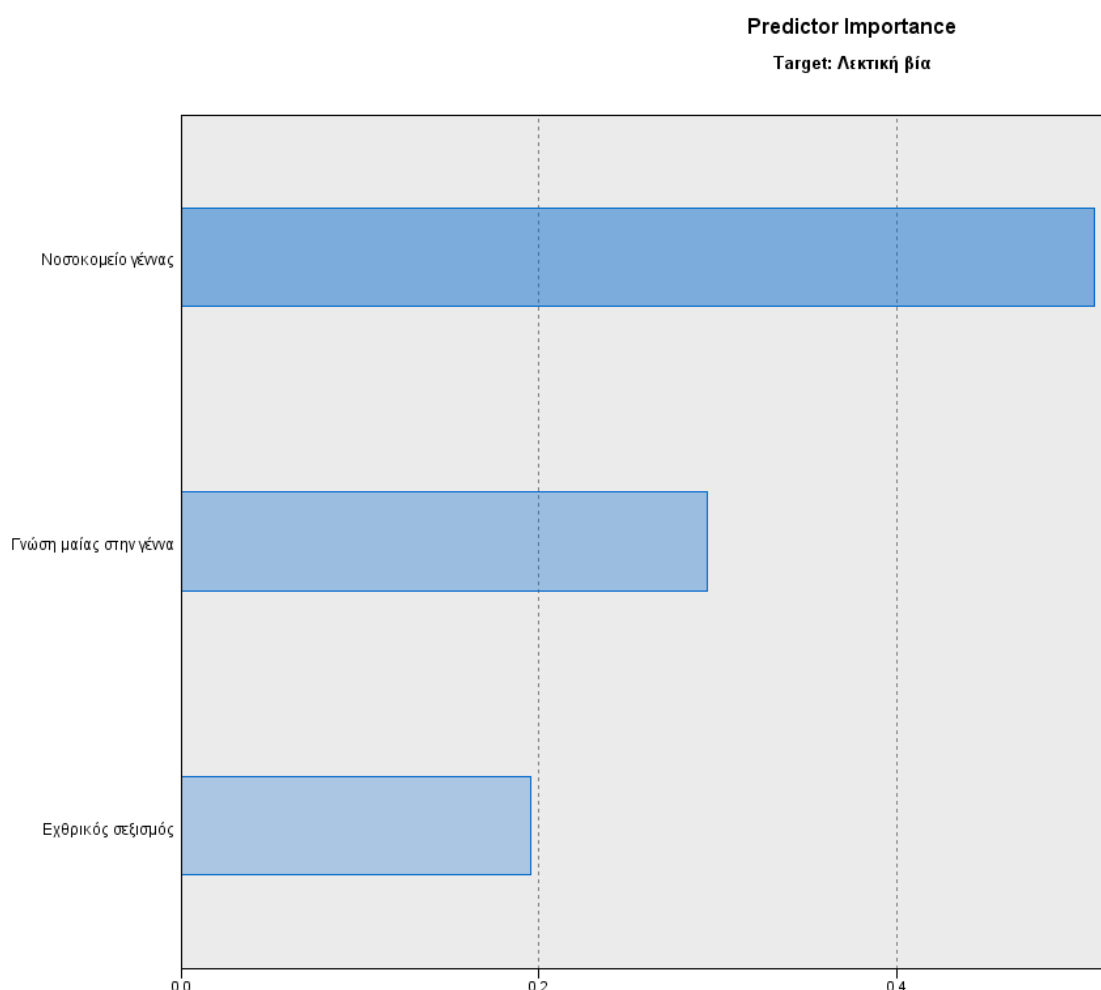
Λεκτική βία

Στον Πίνακα 47 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Λεκτική βία». Το μοντέλο θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό ($F(5,444) = 7,256, p < 0,001$) με χαμηλό βαθμό προσαρμογής (7,6%) και απουσία πολυσυγγραμμικότητας ($VIF \leq 1,218 < 10$). Προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχτηκαν το «Νοσοκομείο γέννας» ($Beta = -0,123, p = 0,015, 51\%$ επίδραση), η «Γνώση μαίας στην γέννα» ($Beta = -0,112, p = 0,021, 29\%$ επίδραση) και ο «Εχθρικός σεξισμός» ($Beta = -0,096, p = 0,038, 20\%$ επίδραση),

Πίνακας 47: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Λεκτική βία»

Ανεξάρτητη	B	Beta	T	p-value	VIF
Σταθερά	52,982	-	7,761	<0,001	-
Εχθρικός σεξισμός	-0,152	-0,096	-2,078	0,038	1,019
Σε σχέση (στη γέννα)	11,814	0,075	1,639	0,102	1,019
Νοσοκομείο γέννας	-8,352	-0,123	-2,448	0,015	1,218
Γνώση γιατρού στην γέννα	-10,784	-0,094	-1,925	0,055	1,147
Γνώση μαίας στην γέννα	-7,460	-0,112	-2,317	0,021	1,128

$R^2=7,6\%$, $F(5,444)=7,256$, $p<0,001$



Γράφημα 39: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Λεκτική βία»

Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης

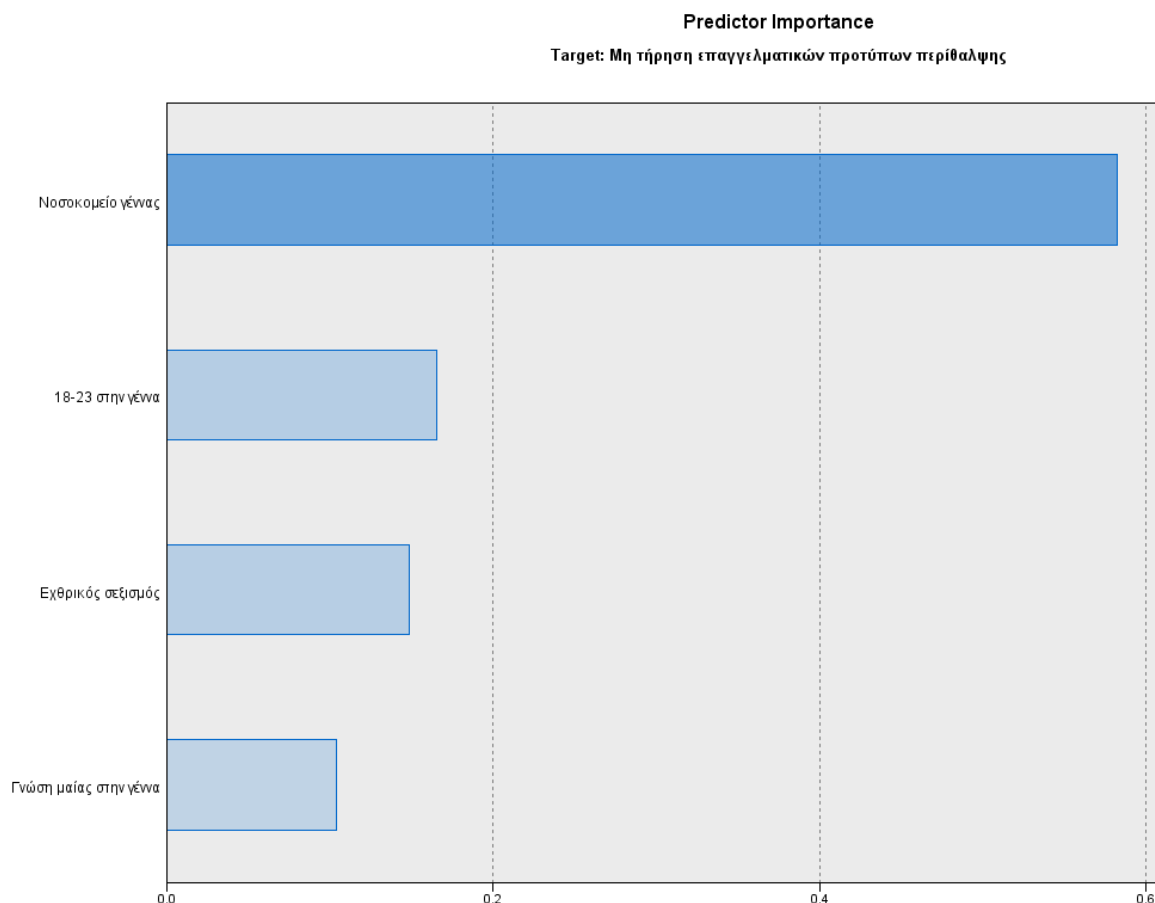
Στον Πίνακα 48 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης». Το μοντέλο θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό ($F(9,440)=10,498$, $p<0,001$) με μέτριο βαθμό προσαρμογής (17,7%) και απουσία πολυσυγγραμμικότητας ($VIF \leq 1,227 < 10$). Προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν το «Νοσοκομείο γέννας» ($Beta=-0,249$, $p<0,001$, 58% επίδραση), η μεταβλητή «18-23 στην γέννα» ($Beta=0,120$, $p=0,007$, 17% επίδραση), ο «Εχθρικός σεξισμός» ($Beta=-0,127$, $p=0,004$, 15% επίδραση), και η «Γνώση μαιάς στην γέννα» ($beta=-0,111$, $p=0,017$, 10% επίδραση).

Πίνακας 48: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης»

Ανεξάρτητη	B	Beta	t	p-value	VIF
Σταθερά	68,957		13,904	<0,001	-
Εχθρικός σεξισμός	-0,117	-0,127	-2,895	0,004	1,028

18-23 στην γέννα	13,508	0,120	2,716	0,007	1,050
Νοσοκομείο γέννας	-9,826	-0,249	-5,194	<0,001	1,227
Ραντεβού γέννας	-2,867	-0,076	-1,632	0,103	1,166
Γνώση γιατρού στην γέννα	0,303	0,005	0,096	0,924	1,200
Γνώση μαίας στην γέννα	-4,308	-0,111	-2,394	0,017	1,155
Τρεις και άνω γέννες	3,883	0,064	1,433	0,152	1,059
Καισαρική	-3,394	-0,090	-1,952	0,052	1,140
Χρονολογία γέννας	-3,351	-0,083	-1,885	0,060	1,025

$R^2=17,7\%$, $F(9,440)=10,498$, $p<0,001$



Γράφημα 40: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης»

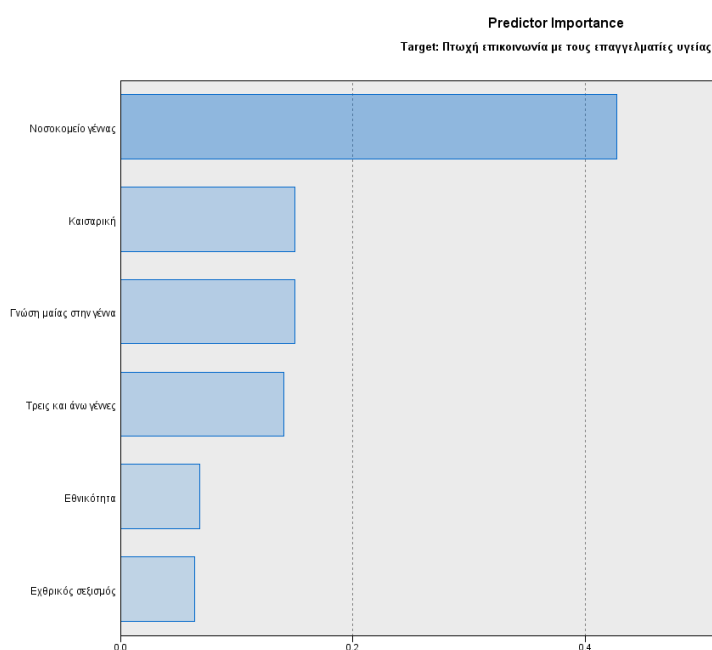
Πτώχη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας

Στον Πίνακα 49 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Πτώχη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας». Το μοντέλο θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό ($F(8,441)=13,4225$, $p<0,001$) με μέτριο βαθμό προσαρμογής (19,6%) και απουσία πολυσυγγραμικότητας ($VIF \leq 2,116 < 10$). Προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχτηκαν το «Νοσοκομείο γέννας» (Beta=-0,253, $p<0,001$, 43% επίδραση), η «Καισαρική» (beta=0,147, $p=0,001$, 15% επίδραση), η «Γνώση μαίας στην γέννα» (beta=-0,149, $p=0,001$, 15% επίδραση), οι «Τρεις και άνω γέννες» (beta=0,185, $p=0,003$, 14% επίδραση), η «Εθνικότητα» (Beta=0,096, $p=0,028$, 7% επίδραση) και ο «Εχθρικός σεξισμός» (Beta=-0,100, $p=0,022$, 6% επίδραση).

Πίνακας 49: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας»

Ανεξάρτητη μεταβλητή	B	Beta	T	p-value	VIF
Σταθερά	48,472	-	2,686	0,007	-
Εχθρικός σεξισμός	-0,191	-0,100	-2,301	0,022	1,030
Εθνικότητα	32,577	0,096	2,210	0,028	1,037
Νοσοκομείο γέννας	-20,712	-0,253	-5,351	<0,001	1,230
Γνώση γιατρού στην γέννα	-3,408	-0,025	-0,527	0,598	1,200
Γνώση μαιάς στην γέννα	-11,920	-0,149	-3,262	0,001	1,141
Τρεις και άνω γέννες	23,341	0,185	2,985	0,003	2,113
3η και άνω γέννα αναφοράς	-10,774	-0,065	-1,041	0,299	2,116
Καισαρική	11,456	0,147	3,413	0,001	1,018

$R^2=19,6\%$, $F(8,441)=13,425$, $p<0,001$



Γράφημα 41: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων στην «Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας»

Κανονικοποίηση MB

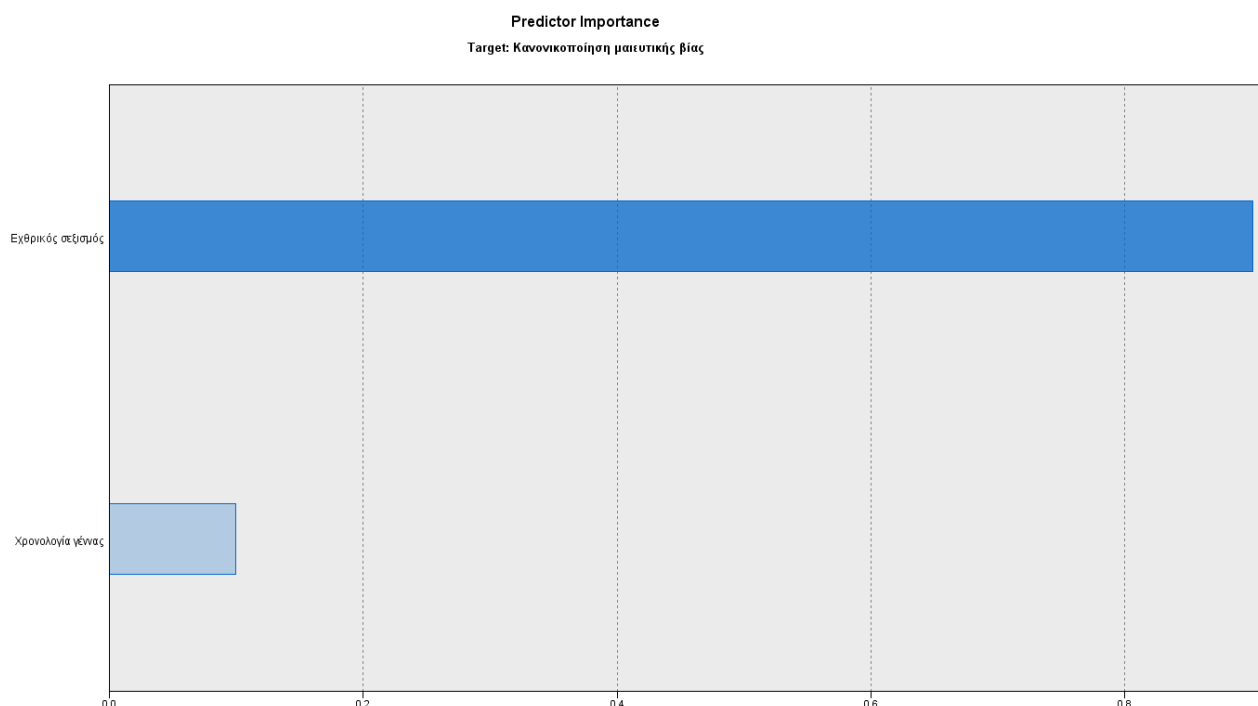
Στον Πίνακα 50 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Κανονικοποίηση MB». Το μοντέλο θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό ($F(6,443)=16,295$, $p<0,001$) με μέτριο βαθμό προσαρμογής (18,1%) και απουσία πολυσυγγραμικότητας ($VIF \leq 1,738 < 10$). Προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν ο «Εχθρικός σεξισμός» ($Beta=0,328$, $p<0,001$, 90% επίδραση) και η «Χρονολογία γέννας» ($Beta=-0,131$, $p=0,003$, 10% επίδραση).

Πίνακας 50: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Κανονικοποίηση MB»

Ανεξάρτητη μεταβλητή	B	Beta	T	p-value	VIF
Σταθερά	10,989	-	5,806	<0,001	-
Εχθρικός σεξισμός	0,142	0,328	5,980	<0,001	1,629

Καλοπροαίρετος σεξισμός	0,025	0,056	1,024	0,306	1,603
Λεκτική βία	-0,023	-0,085	-1,709	0,088	1,324
Μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης	-0,015	-0,031	-0,552	0,581	1,738
Πτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	-0,017	-0,073	-1,323	0,186	1,660
Χρονολογία γέννας	-2,496	-0,131	-3,025	0,003	1,017

$R^2=18,1\%$, $F(6,443)=16,295$, $p<0,001$



Γράφημα 42: Επίδραση προβλεπτικών παραγόντων την «Κανονικοποίηση MB»

7.4. ΣΥΝΟΨΗ

Παρατέθηκαν τα ευρήματα της έρευνας όπως αυτά προέκυψαν από την περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση με τους αντίστοιχους πίνακες και γραφήματα. Ως προς την αξιοπιστία, προέκυψαν ζητήματα αξιοπιστίας για την παράγοντα «Σωματική βία» και τον παράγοντα «Συνθήκες του συστήματος υγείας και περιορισμοί». Η έρευνα εστίασε στην έκταση της MB, της Κανονικοποίησής της, την έκταση συγκεκριμένων επιπτώσεων της MB και σε σχετικούς προβλεπτικούς παράγοντες. Συμμετείχαν 450 γυναίκες, κυρίως ελληνικής καταγωγής, παντρεμένες, υψηλού μορφωτικού επιπέδου, που είχαν γεννήσει σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Το 95,56% εκτέθηκε σε τουλάχιστον μία μορφή MB. Τα κυριότερα ευρήματα αφορούν την μη ενημέρωση των γυναικών για τις επιλογές τους, τη φτωχή επικοινωνία και την έλλειψη υποστήριξης από τους/ις επαγγελματίες υγείας, την κοιλιακή πίεση (χειρισμό Kristeller) και την έλλειψη ιδιωτικότητας. Οι νεότερες, οι πολύτοκες, οι ανύπαντρες, οι αλλοδαπές μητέρες, όσες γέννησαν σε δημόσιο νοσοκομείο, δε γνώριζαν τον/η γιατρό, δε γνώριζαν τη μαία/τον μαιευτή, είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα έκθεσης σε MB. Οι γυναίκες που δήλωσαν ότι εκτέθηκαν σε MB απάντησαν σε μεγάλο βαθμό πως αυτό επηρέασε την ψυχική τους κατάσταση και τις προθέσεις τους για μελλοντική

εγκυμοσύνη. Ο εχθρικός σεξισμός επίσης επηρέασε την εμπειρία, με τις γυναίκες που τον υποστήριζαν να αναφέρουν λιγότερη ΜΒ. Γενικά, οι γυναίκες στην πλειοψηφία τους αποδοκίμασαν έντονα τις συμπεριφορές ΜΒ, με τον εχθρικό σεξισμό να συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα Κανονικοποίησης της ΜΒ. Ως πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας Κανονικοποίησης της ΜΒ αναδείχθηκε ο εχθρικός σεξισμός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο πρόκειται να γίνει μία κριτική αποτίμηση των ευρημάτων τα οποία θα ερμηνευτούν με βάση επιστημονικές αναλύσεις, θα παραλληλιστούν και να συγκριθούν με τα ευρήματα άλλων ερευνών, θα παραχθούν σχετικές υποθέσεις καθώς και θα αναδειχθεί η προστιθέμενη αξία τους μέσω της Κοινωνικής Παιδαγωγικής ερμηνείας για καθένα από τα ερευνητικά ερωτήματα, δηλαδή για τις μορφές MB στις οποίες έχουν εκτεθεί οι γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη και τους σχετικούς προβλεπτικούς παράγοντες, για τον βαθμό Κανονικοποίησης της MB και τους σχετικούς προβλεπτικούς παράγοντες και για την αποτίμηση και το μοίρασμα της σχετικής εμπειρίας. Στη συνέχεια θα προσδιοριστεί η αναγκαιότητα και η σημαντικότητα διερεύνησης του φαινομένου της Μαιευτικής Βίας (MB) και της Κανονικοποίησής της, όπως αυτή ανιχνεύεται μέσα από διεθνείς οργανισμούς αλλά και από την επιστημονική κοινότητα, και ειδικότερα πρόκειται να αναδειχθεί η αναγκαιότητα και η σημαντικότητα διερεύνησης του φαινομένου μέσα από το πρίσμα της Κοινωνικής Παιδαγωγικής. Τέλος, θα αναδειχθεί η πρωτοτυπία της συγκεκριμένης έρευνας καθώς και οι τυχόν μεθοδολογικοί περιορισμοί.

8.2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας έρχονται σε συμφωνία με αρκετά από τα ευρήματα άλλων ερευνών, σε σύγκρουση με κάποια άλλα, αλλά και αναδεικνύουν διαστάσεις οι οποίες δεν έχουν μελετηθεί στο παρελθόν.

Σχετικά με το Α' ερευνητικό ερώτημα, την εμπειρία της MB, από τις 450 γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα οι 430 (95,56%) είχαν εκτεθεί σε έστω μία μορφή MB, ποσοστό το οποίο είναι ιδιαίτερα υψηλό. Βεβαίως, καθώς το δείγμα δεν είναι τυχαίοποιημένο και δεν έχει δυνατότητες γενίκευσης, το ποσοστό αυτό δεν ανταποκρίνεται στον επιπολασμό του φαινομένου στην Ελλάδα, όμως αναδεικνύει πως το φαινόμενο είναι υπαρκτό και οφείλει να διερευνηθεί περαιτέρω η έκτασή του. Στη συστηματική ανασκόπηση των Sando et al. (2017) σε σχέση με τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό του επιπολασμού της MB, αναδείχθηκε ότι τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται επιδεικνύουν μεγάλη ετερογένεια στα ευρήματά τους, της τάξης του 15–98%. Επιπλέον, το γεγονός ότι επέλεξαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο κυρίως γυναίκες που είχαν υποστεί MB, πιθανώς να αναδεικνύει ότι πρόκειται για ένα ιδιαίτερα σημαντικό συμβάν στις ζωές των γυναικών που εφόσον τους συμβεί στη συνέχεια δεν το αγνοούν.

Σε σχέση με τα είδη της MB στα οποία εξετάθηκαν οι γυναίκες, οι συγκρίσεις ανάμεσα στις μελέτες είναι δύσκολες καθώς μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποιο κοινώς αποδεκτό εργαλείο μέτρησης, ούτε και ομοφωνία στην επιστημονική κοινότητα σε σχέση με την κατηγοριοποίηση των ειδών της MB. Μάλιστα από τη βιβλιογραφική έρευνα δεν έχει ανευρεθεί κάποιο εργαλείο το οποίο να έχει χορηγηθεί σε περισσότερους από έναν πληθυσμούς. Στη συγκεκριμένη έρευνα, η οποία αποτελεί και την πρώτη διερεύνηση του φαινομένου της MB σε ελληνικό πληθυσμό, παρότι χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο το οποίο έχει κατασκευαστεί και σταθμιστεί με βάσει γυναίκες στην Γκάνα, εντούτοις δεν υπήρξε καμία συμπεριφορά MB που να έλαβε μηδενικές απαντήσεις, δηλαδή να βρέθηκε πως δεν υφίσταται σε ελληνικό πληθυσμό. Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί πως το σύνολο των ερωτήσεων που αφορούσαν τον παράγοντα «Σωματική βία», όπως αναφέρεται και στις ενότητες που αφορούν τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της έρευνας, ενώ μεμονωμένα αναδεικνύουν σημαντικά στοιχεία για συγκεκριμένες συμπεριφορές MB στην Ελλάδα, εντούτοις δε μπόρεσαν να λειτουργήσουν σαν «παράγοντας». Το συγκεκριμένο εύρημα πιθανώς να ερμηνεύεται μέσα από την υπόθεση ότι το συγκεκριμένο εργαλείο είχε δημιουργηθεί για να διερευνήσει το φαινόμενο στη Γκάνα όπου εκ των πραγμάτων έχουν διαφορετική κοινωνικοπολιτισμική αντίληψη για την έμφυλη βία και παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά βίας εναντίον των γυναικών (Amoakohene, 2004; Sikweyiya et al., 2020; Tenkorang et al., 2013) συγκριτικά με ευρωπαϊκές χώρες όπου η σωματική τουλάχιστον βία είναι περισσότερο μη αποδεκτή, για αυτό και ο συγκεκριμένος παράγοντας είναι μη εφαρμόσιμος στον ελληνικό πληθυσμό. Αντιστοίχως, και για τον παράγοντα «Συνθήκες του συστήματος υγείας και περιορισμοί» όπου ανευρέθηκαν μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των ερωτήσεων και δεν μπόρεσαν να λειτουργήσουν σαν ενιαίος «παράγοντας», πιθανώς το εύρημα να ερμηνεύεται από τους σαφώς αυστηρότερους περιβαλλοντικούς κανονισμούς που υπάρχουν στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, σε σχέση με της Γκάνας (Asante & Zwi, 2009; Ganle et al., 2016; Kumah et al., 2020; Orokoku et al., 2021) καθιστώντας τον παράγοντα μη εφαρμόσιμο για τον ελληνικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, από το σύνολο των τριάντα (30) συμπεριφορών MB που τοποθετούνται στους παράγοντες «Σωματική βία», «Λεκτική βία», «Μη τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης», «Φτωχή επικοινωνία με τους/ις επαγγελματίες υγείας», «Συνθήκες του συστήματος υγείας και περιορισμοί», δεν υπήρξε κάποια που να έλαβε μηδενικές απαντήσεις. Συγκεκριμένα, το 40,22% των γυναικών (181) υπέστησαν λεκτική βία, το 81,56% (367) βίωσαν πτωχή επικοινωνίας με τους/ις επαγγελματίες υγείας και για το 84% (376) δεν τηρήθηκαν τα επαγγελματικά πρότυπα περίθαλψης. Τα ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα άλλων ερευνών. Στην έρευνα των Martínez-Galiano et al. (2021) που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία, οι γυναίκες ανευρέθηκε να έχουν εκτεθεί σε έστω μία μορφή MB σε ποσοστό 67.4%, 25.1% λεκτική βία, 54.5% φυσική βία και 36.7% σε ψυχολογική βία. Στην έρευνα των Aşci & Bal (2023) που πραγματοποιήθηκε στην

Τουρκία, οι γυναίκες ανευρέθηκα να έχουν εκτεθεί σε έστω μία μορφή MB σε ποσοστό 76.4%, με 44.4% φυσική κακοποίηση, 44.4% παραμέληση φροντίδας, , 26.5% μη συναινετική περίθαλψη, 25.1% αναξιοπρεπή μεταχείριση, 3.3% μη εμπιστευτική φροντίδα και 0.4% υπέστησαν διακρίσεις. Σύμφωνα με την έρευνα των Castro & Frías (2020) που πραγματοποιήθηκε στο Μεξικό, από το σύνολο των γυναικών το 33.3% εξετάθη σε τουλάχιστον μία μορφή MB, με 23.6% και 17.1% μη συναινετική περίθαλψη. Σύμφωνα με την έρευνα των Scandurra, et al. (2021), που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία, το 78.4% των συμμετεχουσών εξετάθηκαν σε τουλάχιστον μία μορφή MB, με 55.5% μη συναινετική φροντίδα και 66.4% σωματική κακοποίηση. Σύμφωνα με την έρευνα των Silveira et al. (2019) που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία το 18% βίωσε τουλάχιστον μία μορφή MB μεταξύ των οποίων λεκτική κακοποίηση, φυσική κακοποίηση. Στην έρευνα των Begley et al. (2018) στις γυναίκες πραγματοποιήθηκαν κολπικές εξετάσεις, επισιοτομή ή/και άλλες παρεμβάσεις χωρίς εξηγήσεις ή/και χωρίς συναίνεση, δεν γινόταν χρήση παυσίπονων ή αναισθησίας, και δέχθηκαν ψυχολογική πίεση, απειλές ότι θα υπάρξουν «συνέπειες». Σύμφωνα με την έρευνα των Ismael et al. (2023) που πραγματοποιήθηκε στη Λωρίδα της Γάζας, το 41.6% των γυναικών ανέφεραν έστω μία μορφή MB με 47.8% φυσική κακοποίηση, 40.8% ψυχολογική, 36.4% λεκτική και 4.4% σεξουαλική. Μέσα από τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας, η MB αναδεικνύεται ως ένα φαινόμενο που υφίσταται και στην Ελλάδα, επιβεβαιώνοντας την αναφορά του φαινομένου ως ένα παγκόσμιο φαινόμενο (Freedman & Kruk, 2014; World Health Organization, 2014; Perrotte, et al., 2020) και ταυτόχρονα ανοίγει τον δρόμο για κοινωνικοπαιδαγωγική διερεύνηση και δράση, μιας και πρόκειται για ένα πρόβλημα μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας.

Σε σχέση με το Β' ερευνητικό ερώτημα, με τον κίνδυνο έκθεσης σε MB, μελετήθηκε η σχέση της ηλικίας, του αριθμού γεννών, της οικογενειακής κατάστασης, του μορφωτικού επιπέδου και της εθνικότητας με τον κίνδυνο έκθεσης σε MB. Η ηλικία κατά την διάρκεια της γέννας αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα με τις γυναίκες που ήταν 18-23 ετών κατά την γέννα να συμφωνούν περισσότερο ότι δεν τηρήθηκαν τα επαγγελματικά πρότυπα περίθαλψης, εύρημα που συμφωνεί με τα ευρήματα των Vedam, et al. (2019) όπου οι μητέρες άνω των 30 ετών είχαν λιγότερες πιθανότητες να υποστούν MB. Ωστόσο, έρχεται σε σύγκρουση με τα ευρήματα των Nawab, et al., (2019) και των Baranowska, et al. (2019) όπου η ηλικία της γυναίκας κατά τη γέννα φάνηκε να μην έχει κάποια σχέση με την έκθεση σε MB. Οι γυναίκες που πραγματοποίησαν τρεις (3) και περισσότερες γέννες ανέφεραν φτωχότερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, με τον αριθμό των γεννών να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα ενώ παράλληλα ανέφεραν μικρότερη τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης. Τα ευρήματα είναι σε συμφωνία με τα ευρήματα των Ribeiro et al., (2020), όπου οι πολύτοκες μητέρες με πέντε (5) ή και περισσότερες γέννες είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν MB, αφού όπως αναφέρεται από τους/ις

συγγραφείς, η πολυτοκία έχει ταυτιστεί να την κοινωνική ευαλωτότητα. Ωστόσο, τα ευρήματα έρχονται σε σύγκρουση με τις έρευνες των Vedam, et al. (2019) όπου οι πολύτοκες μητέρες είχαν λιγότερες πιθανότητες να υποστούν MB ενώ όσες ήταν στην πρώτη τους γέννα είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν πως υπέστησαν MB. Οι γυναίκες που ήταν σε σχέση κατά την διάρκεια της γέννας και όχι σε έγγαμη κατάσταση βίωσαν μεγαλύτερη λεκτική βία. Αντιστοίχως σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση οι Siraj, et al., (2019) αναφέρουν ότι ανύπαντρες γυναίκες ανέφεραν λιγότερο συχνά έκθεση σε MB, διαφοροποίηση η οποία πιθανό να σχετίζεται με το αίσθημα έλλειψης υποστηρικτικού δικτύου ως προς την καταγγελία της MB και όχι με την αντικειμενική έκθεση σε MB. Στην έρευνα των Martínez-Galiano, et al. (2021), η οικογενειακή κατάσταση δε βρέθηκε να σχετίζεται με τον κίνδυνο έκθεσης σε MB. Στην παρούσα έρευνα το μορφωτικό επίπεδο δεν σχετίστηκε με την έκθεση σε MB. Αντιθέτως, στην έρευνα των Mihret, (2019) και των Scandurra, et al. (2021) το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να σχετίζεται με λιγότερες πιθανότητες να αναφέρει μία γυναίκα πως υπέστη MB και ομοίως, στην έρευνα των Siraj, et al., (2019) οι γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναφέρουν συχνότερα MB. Αναφορικά με την εθνικότητα, οι αλλοδαπές γυναίκες βίωσαν φτωχότερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Ομοίως, στην έρευνα των Vedam, et al. (2019) επί του συνόλου, το φυλετικό ζήτημα φάνηκε να σχετίζεται με την αναφορά των γυναικών ότι υπέστησαν MB με τις λευκές γυναίκες με λευκούς συντρόφους να έχουν τις λιγότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι υπέστησαν MB, ακολουθώντας οι λευκές γυναίκες με έγχρωμους συντρόφους. Στην ίδια έρευνα, οι περισσότερες αναφορές για MB αφορούσαν έγχρωμες γυναίκες με έγχρωμους συντρόφους (Vedam, et al., 2019). Αντίθετα, στην έρευνα των Hameed & Avan (2018) η φυλή φάνηκε να μη σχετίζεται με την έκθεση σε MB, εύρημα που έρχεται σε σύγκρουση με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας αλλά και με τα ευρήματα άλλων ερευνών, δε είναι δυνατό να διαμορφωθεί μία σαφής εικόνα για τη σχέση των συγκεκριμένων ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών με τον κίνδυνο έκθεσης σε MB, άλλωστε στη βιβλιογραφία αναφέρεται πως τον κίνδυνο έκθεσης σε MB διατρέχουν γυναίκες όλων των κοινωνικών ομάδων, άλλες σε άλλο βαθμό (Freedman & Kruk, 2014; World Health Organisation, 2014; Perrotte, et al., 2020).

Παρά τα παραπάνω ευρήματα, διαφαίνεται ότι άλλοι παράγοντες ήταν περισσότερο σημαντικοί που επηρέασαν την έκθεση σε MB. Ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας ήταν το είδος του νοσοκομείου, καθώς οι γυναίκες που γέννησαν στο δημόσιο δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα MB σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν στο ιδιωτικό. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα των (Okedo-Alex et al., 2021) όπου παρότι τα ποσοστά MB ανευρέθηκαν υψηλά σε όλα τα νοσοκομεία, στα δημόσια ήταν σημαντικά υψηλότερα, αλλά και με τα ευρήματα των Perera, et al. (2018) όπου η κακή οικονομική κατάσταση φάνηκε να λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για την έκθεση σε MB. Με βάση αυτό το εύρημα, αναδεικνύεται ότι η MB

αποτελεί ένα ουσιαστικό κοινωνικο-οικονομικό ζήτημα καθώς και ζήτημα κοινωνικής αδικίας, αφού φαίνεται πως τα άτομα που είναι σε θέση να πληρώσουν για την περίθαλψή τους είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερη μεταχείριση. Με βάση αυτή την ερμηνεία, η MB αναδεικνύεται ως ένα ζήτημα διερεύνησης, παρέμβασης και πρόληψης για την Κοινωνική Παιδαγωγική, αφού σαν επιστήμη τα προβλήματα κοινωνικής ανισότητας είναι υψηλά στις προτεραιότητές της (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 333-334). Πολύ σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας αναδείχτηκε και η γνώση της μαιίας/του μαιευτή με τις γυναίκες που γνώριζαν τη μαιία/ τον μαιευτή πριν τον τοκετό να εμφανίζουν πολύ χαμηλότερα επίπεδα MB. Παρομοίως, η γνώση του γιατρού πριν τον τοκετό σχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα MB ενώ όσες είχαν προγραμματισμένο ραντεβού ανέφεραν υψηλότερη τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης. Τα παραπάνω ευρήματα πιθανώς υποδεικνύουν ότι η ύπαρξη ενός πλάνου γέννας που θα περιλαμβάνει γνωριμία με τους/ις επαγγελματίες υγείας ενδεχομένως θα λειτουργούσε προστατευτικά, όπως προτείνεται και από τους Hernández-Martínez, et al. (2019), Hernández-Martínez, et al. (2020), και Martínez-Vazquez, Rodríguez-Almagro, Hernández-Martínez, Delgado-Rodríguez, & Martínez-Galiano (2021). Το συγκεκριμένο εύρημα ευθυγραμμίζεται με τις προτεραιότητες της Κοινωνικής Παιδαγωγικής σε δύο επίπεδά. Αφενός η δυνατότητα δημιουργίας ενός πλάνου γέννας και η εξοικείωση και γνωριμία με τον/ην γιατρό και τον/ην μαιευτή/μαιία είθισται να είναι περισσότερο εφικτή για γυναίκες που εξυπηρετούνται μερικά ή εξολοκλήρου στον ιδιωτικό τομέα και ως εκ τούτου έχουν περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν υπό την εποπτεία του/ης γιατρού τους και του/της μαιευτή/μαιίας, σε αντίθεση με τις γυναίκες που εξυπηρετούνται εξολοκλήρου από τον δημόσιο τομέα και γεννούν από την επίβλεψη του προσωπικού που βρίσκεται σε βάρδια, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εξοικείωση με τα πρόσωπα αλλά και την εφαρμογή του πλάνου γέννας για τα άτομα που βρίσκονται σε δυσμενέστερη οικονομική ή/και κοινωνική θέση. Αφετέρου, η ίδια η δημιουργία ενός πλάνου γέννας, ο σεβασμός τους πλάνου γέννας, η διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού και του ατόμου που γεννά μπορεί να αποτελέσει ένα κατάλληλο πεδίο παρέμβασης για την Κοινωνική Παιδαγωγική, αφού σύμφωνα με τους (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 329-332), η ροή της επικοινωνίας και ο σεβασμός των επιθυμιών του ατόμου αποτελούν αξίωμα για την Κοινωνική Παιδαγωγική.

Ο τύπος γέννας επίσης επηρέασε τις εμπειρίες των γυναικών καθώς οι γυναίκες που πραγματοποίησαν καισαρική ανέφεραν φτωχότερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας ενώ οι γυναίκες που πραγματοποίησαν υποβοηθούμενο ή κανονικό φυσιολογικό τοκετό ανέφεραν μη τήρηση επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης.

Τέλος, ως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας αναδείχτηκε ο εχθρικός σεξισμός, με τις γυναίκες που τον υποστηρίζουν περισσότερο να δηλώνουν πως υπέστησαν λιγότερο MB, φαινόμενο το οποίο, πιθανώς, σχετίζεται με το γεγονός ότι οι γυναίκες που δεν έχουν ενσωματώσει περισσότερο

τις έμφυλες διακρίσεις, ενστερνίζονται περισσότερο και τη MB ή δε την αναγνωρίζουν, ως εκ τούτου δεν την αναφέρουν. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα των Ratcliffe et al. (2016) και των Martínez-Galiano, et al. (2021) όπου οι γυναίκες που είχαν παρακολουθήσει σχετικό πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης για μέλλουσες μητέρες ανέφεραν περισσότερο πως εξετάθηκαν σε MB. Το συγκεκριμένο εύρημα ευθυγραμμίζεται με τα ενδιαφέροντα και τα σημεία πρόληψης και παρέμβασης της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, αφού καταπιάνεται με την κατάργηση των στερεότυπων, την ισότητα και τα δικαιώματα των ατόμων και αποβλέπει στη δημιουργία ατόμων που είναι ικανά να γνωρίζουν τα δικαιώματα τους, δεν αναπαράγουν τα στερεότυπα και τις περιοριστικές αντιλήψεις (Górnikowska-Zwolak, 2008).

Σε σχέση με το Γ' ερευνητικό ερώτημα, ένα άλλο αξιολογικό εύρημα είναι ότι παρά το γεγονός ότι 430 γυναίκες (95,56%) διαπιστώθηκε ότι είχαν εκτεθεί σε κάποια μορφή MB, από αυτές μόνο οι 216 (48%) όταν ερωτήθηκαν εάν αισθάνονται πως στην γέννα υπέστησαν βία ή/και κακομεταχείριση απάντησαν θετικά. Το συγκεκριμένο εύρημα δύναται να ερμηνευτεί με πολλαπλούς τρόπους και να παράγει αρκετές υποθέσεις προς διερεύνηση: Αρχικά ότι για κάθε γυναίκα τα όρια της βίας μπορεί να είναι σχετικά και να διαφοροποιούνται, για αυτό και έχει αξία η εξατομικευμένη προσέγγιση και είναι απαραίτητη η ύπαρξη και η εφαρμογή ατομικού πλάνου γέννας, όπως προτείνουν οι Martínez-Galiano, et al. (2021) και όπως αναδεικνύεται από την έρευνα των Vedam, et al. (2019) όπου αρκετά υψηλά ποσοστά MB αναφέρθηκαν από τις γυναίκες που οι επιθυμίες τους για τη γέννα δεν συνέπιπταν με αυτές του μαιευτικού προσωπικού. Μία άλλη πιθανή ερμηνεία για αυτό το φαινόμενο είναι πως οι γυναίκες δε γνωρίζουν τον όρο της MB και κατ' επέκταση αδυνατούν να ανάγουν τις εμπειρίες τους στην συγκεκριμένη ορολογία ή και ακόμα πως δεν έχουν ουσιαστική γνώση των δικαιωμάτων τους και του τι μπορούν να προσδοκούν κατά τη γέννα, εισπράττοντας συμπεριφορές MB ως αυτονόητες και αναπόφευκτες, κανονικοποιώντας ουσιαστικά το φαινόμενο, όπως αναφέρουν στις αναλύσεις τους οι Beck & Gable (2012), Borges (2018), Briceño Morales, et al. (2018), Freedman, et al. (2014), Sadler, et al. (2016). Στην έρευνα των (Ribeiro et al., 2020) πολλές γυναίκες φαίνεται να μην αναγνωρίζουν τις εαυτές τους ως θύματα MB καθώς δε γνωρίζουν αυτόν τον όρο και δεν είναι σε θέση να εντοπίσουν και να ταυτίσουν συγκεκριμένες πράξεις με το φαινόμενο της MB ως παραβίαση της φυσικής, ψυχικής και ηθικής τους υπόστασης. Από την άλλη, οι γυναίκες που αντελήφθησαν τη βία φαίνεται με τον λόγο τους να την κανονικοποιούν αφού έχουν συνηθίσει να είναι σε παθητική και συγκαταβατική θέση απέναντι στους επαγγελματίες υγείας (Ribeiro et al., 2020). Άλλωστε, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες που ήταν πιο ευαισθητοποιημένες σε ζητήματα σεξισμού και έμφυλης βίας απάντησαν σε υψηλότερο βαθμό πως είχαν υποστεί MB, εύρημα που ενισχύει την υπόθεση των Bowser & Hill (2010) και Perera et al. (2018) ότι οι γυναίκες δεν αναφέρουν ότι έχουν υποστεί MB επειδή δεν έχουν γνώσεις πάνω στο ζήτημα και κανονικοποιούν το φαινόμενο.

Στο ίδιο ερευνητικό ερώτημα, συνολικά, οι γυναίκες όταν κλήθηκαν να χαρακτηρίσουν συγκεκριμένες συμπεριφορές των μαιών/μαιευτών ως αποδεκτές ή μη αποδεκτές αυτές τις αποδοκίμασαν στον μεγαλύτερο βαθμό, με εξαίρεση περιπτώσεις όπου οι επαγγελματίες ισχυρίζονταν πως οι επιθυμίες των γυναικών όπως το να γεννήσουν σε συγκεκριμένη στάση ή να έχουν συνοδό, ίσως έθεταν σε κίνδυνο τα βρέφη ή τις ίδιες. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα των Diouldé Balde, et al. (2017) όπου οι γυναίκες έδειχναν ανοχή στη MB μόνο στις περιπτώσεις που αποσκοπούσε στο να σωθεί η ζωή του παιδιού ή της μητέρας, Ακόμη, έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα των Freedman, et al. (2018) όπου οι φωνές, οι επιπλήξεις, οι απειλές για διακοπή της θεραπείας, οι γενικές απειλές, τα αρνητικά σχόλια και τα ζητήματα ιδιωτικότητας αναγνωρίστηκαν ως MB από τις γυναίκες. Στην έρευνα των de Oliveira et al. (2017) φάνηκε πως οι γυναίκες έτειναν να θεωρούν ως MB την αμελή περίθαλψη και τη λεκτική επιθετικότητα. Παρόλα αυτά, η συναίνεση και η ελευθερία των επιλογών αποτελεί κατοχυρωμένο πανανθρώπινο δικαίωμα σύμφωνα με το οποίο με το άτομο που λαμβάνει την περίθαλψη είναι αυτό που λαμβάνει αποφάσεις για το ίδιο ελεύθερα και χωρίς πειθαναγκασμό ενώ κάθε είδους ιατρική πράξη οφείλει να πραγματώνεται με τρόπο που δεν προσβάλλει την αξιοπρέπεια και την προσωπικότητα του ατόμου (OHCHR, 2013). Ως εκ τούτου, τόσο το ίδιο το γεγονός της MB, όσο και της Κανονικοποίησης και της αποδοχής της από τις γυναίκες υπό τον φόβο της υγείας των ίδιων ή των βρεφών αποτελεί μία προβληματική συλλογιστική, με πιθανές ρίζες στην ανισότητα των σχέσεων μεταξύ ειδικών και θεραπευμένων (Briceño Morales, et al., 2022), πρόβλημα που η επίλυσή του μπορεί να αναζητηθεί με της Κοινωνικής Παιδαγωγικής παρέμβασης, που αποβλέπει στην ενδυνάμωση των ατόμων, τον σεβασμό και την ισότητα ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 336-338)

Σε σχέση με το Δ' ερευνητικό ερώτημα, συνολικά, ως σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας της Κανονικοποίησης της MB αναδείχτηκε ο εχθρικός σεξισμός ενώ σχετίστηκε θετικά και με τον καλοπροαίρετο σεξισμό, καθώς γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα εχθρικού σεξισμού εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα Κανονικοποίησης της MB ενισχύοντας τις αναλύσεις των Cohen-Shabot (2016), Cohen Shabot & Korem (2018) Cohen Shabot (2021) και Jardim & Modena, (2018) και τις τοποθετήσεις των Freedman et al. (2014), Hill (2019), Jewkes & Penn-Kekana (2015), Perrotte, et al., (2020), και Salter, et al. (2021) που ισχυρίζονται πως η MB αποτελεί ένα φαινόμενο έμφυλης βίας καθώς γυναίκες που έχουν αφομοιώσει και αποδέχονται σε μεγαλύτερο βαθμό τις έμφυλες διακρίσεις τείνουν να αποδέχονται και να μην αναγνωρίσουν ως βία και τις μορφές της MB. Μέχρι στιγμής, δεν έχει ανευρεθεί κάποια μελέτη που να προσεγγίζει αντίστοιχο φαινόμενο, δηλαδή τους παράγοντες κινδύνου για την Κανονικοποίηση της MB από τις ίδιες τις γυναίκες, παρά μόνο για φοιτητές/φοιτήτριες της μαιευτικής, μάλιστα οι παράγοντες που τίθεντο υπό διερεύνηση αφορούσαν κυρίως δημογραφικά στοιχεία (Bakker, et al. (2020), και όχι στάσεις σε σχέση με τα

φύλα ή τον σεξισμό. Για τον λόγο αυτό, το συγκεκριμένο εύρημα πέρα από την ίδια την πρωτοτυπία του, αποτελεί ένα κομβικό σημείο διεπαφής της φεμινιστικής κουλτούρας που συνηγορεί υπέρ των συμφερόντων των γυναικών και επιδιώκει τη διασφάλιση των ατομικών τους δικαιωμάτων και ελευθεριών (Kumar Mohajan, 2022), μία κουλτούρα η οποία μπορεί να βρει εφαρμογή μέσα από την Κοινωνική Παιδαγωγική παρέμβαση και πράξη με την οποία και μοιράζεται ισχυρά ηθικά και μεθοδολογικά στοιχεία (Górnikowska-Zwolak, 2008; Hatton, 2020). Ακόμη, η Κανονικοποίηση της MB βαθμολογήθηκε υψηλότερα από γυναίκες που γέννησαν την περίοδο 2014-2016, δηλαδή από τις γυναίκες στην παλαιότερη χρονολογική περίοδο για τη συγκεκριμένη έρευνα, εύρημα που πιθανώς να ερμηνεύεται μέσα από την υπόθεση ότι παλαιότερες γενιές είναι περισσότερο πιθανό να διατηρούν σε μεγαλύτερο βαθμό στερεοτυπικές αντιλήψεις για το έμφυλο ζήτημα (Eagly et al., 2020; Lopez-Zafra & Garcia-Retamero, 2012) και ως εκ τούτου κανονικοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό την έμφυλη βία μεταξύ των οποίων και τη MB.

Σε σχέση με το Ε' ερευνητικό ερώτημα, από τις 216 γυναίκες που δήλωσαν ότι υπέστησαν MB, το 7,4% δεν μίλησε σε κανέναν/καμία για αυτή την αρνητική εμπειρία, φαινόμενο που πιθανώς να ερμηνεύεται μέσα από τον μηχανισμό της «έμφυλης ντροπής» που σύμφωνα με τις Cohen Shabot & Korem (2018) πρόκειται για τη ντροπή που νιώθει το άτομο όταν δεν ανταποκρίνεται στις κοινωνικές απαιτήσεις και προσδοκίες που συνοδεύουν τον ρόλο του κοινωνικού του φύλου και ειδικότερα με τη «μητρική ντροπή» που νιώθει η γυναίκα που γεννά εξαιτίας της επιθυμίας της να συνεχίζει να λαμβάνει αποφάσεις για την εαυτή και το σώμα της και να αντιμετωπίζεται με σεβασμό καθώς αυτή η επιθυμία φαινομενικά έρχεται σε σύγκρουση με την κοινωνική κατασκευή της «καλής μητέρας» που διακατέχεται από αυταπάρνηση, αυτοθυσία, ανιδιοτέλεια και πλήρη παραμέριση της εαυτής μπροστά στον ερχομό του μωρού της. Τέλος, μόνο το 1/6 ανέφερε το/α περιστατικό/α MB σε αρμόδιο άτομο του νοσοκομείου, εύρημα που πιθανώς ερμηνεύεται μέσα από την ανάλυση της Castro (2019) για την έννοια της «Προσαρμοστικής Προτίμησης», σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες προτιμούν να επιλέξουν να ανεχτούν την κακοποίηση παρά να την αναφέρουν ως απάντηση στις περιορισμένες δομικές επιλογές του περιβάλλοντος, ουσιαστικά επιλέγοντας να ανταπεξέλθουν στη βία διαχειρίζοντάς τη και ανέχοντάς της, αντί να την αντιμετωπίσουν αναδεικνύοντάς τη, θεωρώντας ότι η περιορισμένη ενημερότητα σε σχέση με το ζήτημα και η μειονεκτική τους θέση περιορίζει τα πιθανά πεδία δράσης.

Σε σχέση με το ΣΤ' ερευνητικό ερώτημα, από τις 216 γυναίκες που δήλωσαν ότι υπέστησαν MB, το 1/2 απάντησε πως η αρνητική τους εμπειρία σίγουρα επηρέασε τις προθέσεις τους για μελλοντική εγκυμοσύνη και το 1/6 πως ίσως τις επηρέασε, εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα των Meyer, et al. (2022). Σε σχέση με το Ζ' ερευνητικό ερώτημα, από τις 216 γυναίκες που δήλωσαν ότι υπέστησαν MB, περισσότερες από το 1/3 απάντησαν πως αισθάνθηκαν σίγουρα να χρειάζονταν να μιλήσουν σε κάποιον/α επαγγελματία ψυχικής υγείας για την εμπειρία τους και το

¼ πως ίσως θα χρειαζόταν, εύρημα που συμφωνεί με έρευνες που έχουν βρει θετική σχέση μεταξύ της έκθεσης σε MB και της επιβαρυσμένης ψυχικής υγείας όπως η επιλόχεια κατάθλιψη (de Souza, et al., 2017; Henriques Leite, et al., 2020; Silveira, et al., 2019) και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (Hajizadeh & Mirghafourvand, 2021; Hernández-Martínez A., et al., 2019; Hernández-Martínez A., et al., 2020; Martínez-Galiano, et al., 2021; Scandurra, et al., 2021). Με βάση αυτά τα ευρήματα, γίνεται σαφές πως η MB αποτελεί ένα ουσιαστικό πρόβλημα για τις γυναίκες που γεννούν και αναλογιζόμενοι τη συστημική βάση αυτού του είδους βίας και της δομικής ανισότητας σύμφωνα με την οποία αναπαράγεται, αναδεικνύεται ως ένα κοινωνικό πρόβλημα, αποτελώντας ένα πολύ κατάλληλο πεδίο διερεύνησης, παρέμβασης και πρόληψης για την Κοινωνική Παιδαγωγική που θέτει στις προτεραιότητες την προσωπική και κοινωνική ευημερία και πρόοδο (Μυλωνάκου-Κεκέ, σσ. 2021: 332-333). Πέρα από τις προθέσεις για μια μελλοντική εγκυμοσύνη, έρευνες έχουν αναδείξει ότι η έκθεση σε MB επηρεάζει γενικότερα τις αποφάσεις των γυναικών. Η συστηματική ανασκόπηση των Minckas, Gram, Smith, & Mannell (2021) και πρόσφατη έρευνα στη Βραζιλία με 19.644 μητέρες ανέδειξαν ότι εκείνες που είχαν εκτεθεί σε MB έτειναν να μην αναζητούν ιατρική βοήθεια για τις ίδιες και τα βρέφη τους ή να την αναζητούν με ουσιαστική καθυστέρηση (Henriques Leite, Esteves Pereira, do Carmo Leal, & de Silva, 2020), διαμορφώνοντας ένα μη συμπεριληπτικό περιβάλλον διακρίσεων. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Miller & Lalonde (2015) οι γυναίκες που υπέστησαν κακομεταχείριση κατά τη γέννα ήταν περισσότερο πιθανό να επιλέξουν να μη γεννήσουν σε νοσοκομείο σε μελλοντική εγκυμοσύνη. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως με τη συγκεκριμένη διερεύνηση δεν επιθυμείται η καθοδήγηση των γυναικών σε γέννα είτε στο νοσοκομειακό είτε στο οικιακό περιβάλλον. Αντίθετα, πρόθεση είναι η διερεύνηση της MB με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της ασφαλούς και με σεβασμό εμπειρίας της γέννας στο νοσοκομείο, ακριβώς ώστε η όποια επιλογή της γυναίκας να γεννήσει είτε στο ένα, είτε στο άλλο περιβάλλον να είναι προϊόν πηγαίας και ελεύθερης απόφασης και όχι τρόπος διαχείρισης και αποφυγής της όποιας πιθανής κακομεταχείρισης.

8.3. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ

Η συνεχής εξειδίκευση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής έρευνας είναι κρίσιμης σημασίας (Hämäläinen, 2015) και όλοι οι τύποι ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή των ανθρώπων σήμερα θα πρέπει να συναντηθούν με την πραγματικότητα της Κοινωνικής Παιδαγωγικής στην πράξη (Hämäläinen, 2015).

Το 2014 ο World Health Organization προχώρησε σε ανακοίνωση για το ζήτημα της ασέβειας και της κακοποίησης των γυναικών κατά τη διάρκεια της γέννας προσκαλώντας τις κυβερνήσεις και τους φορείς που συμβάλλουν στην ανάπτυξη, να υποστηρίξουν έρευνες που να προωθούν τη

βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου και της φύσης της Μαιευτικής Βίας (MB), θα αποτυπώνουν την έκτασή της καθώς και τον αντίκτυπό της στην υγεία και τις επιλογές των γυναικών. Τελικώς, προσκάλεσε στην ανάληψη δράσεων για την καταπολέμησή της και την ανακοίνωση προσυπέγραψαν ενενήντα (90) διεθνείς οργανισμοί (World Health Organization, 2014). Από τότε αρκετές ποιοτικές έρευνες, ανεξάρτητες αλλά και υπό την αιγίδα του World Health Organization προωθήθηκαν, οδηγώντας μάλιστα στην ανάδειξη κάποιων πλαισίων προσέγγισης και έρευνας αλλά και κάποιων ποσοτικών εργαλείων μέτρησης μεταξύ των οποίων αυτό των Berger, et al. (2021) το οποίο αξιοποιείται και στη συγκεκριμένη έρευνα. Μάλιστα οι ερευνητές/ριες προσκαλούν την ερευνητική επιστημονική κοινότητα να χρησιμοποιήσει το συγκεκριμένο εργαλείο και να δώσει επιπλέον στοιχεία για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του (Berger, et al., 2021).

Σύμφωνα με τον World Health Organisation (2019) το 1/3 των ατόμων που γεννούν σε συγκεκριμένες χώρες υφίστανται κάποια μορφή κακοποίησης ή ασέβειας. Πρόκειται μάλιστα για ένα παγκόσμιο φαινόμενο που έχει μεν ταυτοποιηθεί σε ευρωπαϊκές, ασιατικές και αφρικανικές χώρες και αφορά γυναίκες ανεξάρτητα από την ηλικία, το βιοτικό επίπεδο ή το εισόδημά τους (Freedman & Kruk, 2014; World Health Organisation, 2014; Perrotte, et al., 2020) όμως η ακριβής του έκταση δεν είναι γνωστή καθώς οι ποσοτικές έρευνες είναι περιορισμένες (Berger, et al., 2021; Bohren, et al., 2015; Sadler, et al., 2016). Για αυτό και σύμφωνα με τους Berger, et al. (2021), τους Bohren, et al. (2015) και τους Sadler, et al. (2016) οι ποσοτικές έρευνες θα πρέπει να προωθηθούν. Οι Mena-Tudela et al. (2020) αναφέρουν την αναγκαιότητα διερεύνησης όχι μόνο του ίδιου του φαινομένου της MB αλλά και της Κανονικοποίησής της καθώς και τους μηχανισμούς πίσω από αυτή.

Κατά τη βιβλιογραφική έρευνα δεν ανευρέθηκε κάποια μελέτη που να αποτυπώνει το φαινόμενο σε ελληνικό πληθυσμό, παρότι σύμφωνα με τον World Health Organization (2016) αυτό υφίσταται τουλάχιστον με τη μορφή των περιττών καισαρικών τομών που η Ελλάδα δεσμεύτηκε στον World Health Organization να μειώσει (World Health Organization, 2016), ενώ οι υπόλοιπες μορφές δεν έχουν διερευνηθεί. Το 2017 πραγματοποιήθηκε η ελληνική στάθμιση του εργαλείου «Birth Satisfaction Scale» (Hollins Martin & Fleming, 2011) από την επιστημονική ομάδα των Vivilaki, Zemperligkou, Pioroulou, Anastasopoulou, Giaxi, & Lykeridou (2017) υποδεικνύοντας ότι υπάρχει ένας σαφής προσανατολισμός του ενδιαφέροντος για την αποτίμηση της γέννας ως μίας θετικής εμπειρίας για το άτομο που γεννά.

8.4. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ

Καθώς οι ιατροτεχνικές παροχές έχουν βελτιωθεί και η θνησιμότητα και οι βλάβες της μητέρας και του βρέφους τίθενται υπό έλεγχο, πλέον ανοίγεται ο δρόμος για να διερευνηθεί η ποιότητα της

μητρικής φροντίδας και της κακοποίησης που λαμβάνουν χώρα κατά τη γέννα (Purandare & Adanu, 2015). Άλλωστε σύμφωνα με την τοποθέτηση της καμπάνιας White Ribbon, η ασφαλής μητρότητα δεν εξαντλείται στον περιορισμό του θανάτου και της βλάβης, αλλά εμπεριέχει τον σεβασμό των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων για όλες τις γυναίκες (White Ribbon Alliance, 2013). Σύμφωνα με τους Tunçalp, et al. (2015), όπως μετέφεραν το όραμα του World Health Organisation, η ποιοτική φροντίδα για τις μητέρες και τα νεογέννητα θα πρέπει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, δίκαιη, ανθρωποκεντρική, με αποτελεσματική επικοινωνία, σεβασμό, συναισθηματική υποστήριξη και με ενδιαφέρον για το πως αυτή η φροντίδα αξιολογείται από τη γυναίκα και το περιβάλλον της.

Σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα, η διερεύνηση και η εμπάθυνση στο φαινόμενο της Μαιευτικής Βίας (MB) είναι απαραίτητη προκειμένου να μπορέσουν στη συνέχεια να καταστρωθούν αποτελεσματικές δράσεις για την καταπολέμησή του (Bakker, et al., 2020; Dias & Machado, 2019; Freedman, et al., 2014; Garcia, 2020; Mena-Tudela, et al., 2020; Sadler, et al., 2016; World Health Organisation, 2014), δράσεις που θα έχουν κοινωνικοπαιδαγωγικό χαρακτήρα καθώς παραδοσιακά η Κοινωνική Παιδαγωγική θεωρείται μία προβληματοκεντρική επιστήμη που σκοπός της είναι η καταπολέμηση των κοινωνικών προβλημάτων μέσω της εκπαίδευσης και της εξέλιξης των ατόμων (Hämäläinen, 2015).

Η επιστημονική έρευνα έχει αναδείξει τη σχέση της MB με επιλόχειες ψυχικές διαταραχές όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες (Hajizadeh & Mirghafourvand, 2021; Hernández-Martínez A. , et al., 2019; Hernández-Martínez A. , et al., 2020; Martínez-Galiano, Martínez-Vazquez, Rodríguez-Almagro, & Hernández-Martínez, 2021; Scandurra, et al., 2021) και η επιλόχεια κατάθλιψη (de Souza, Rattner, & Bauermann Gubert, 2017; Henriques Leite, Esteves Pereira, do Carmo Leal, & de Silva, 2020; Silveira, et al., 2019). Πέραν της καθαυτής συσχέτισης της MB με την επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των ατόμων που γεννούν, οι αρνητικές επιπτώσεις φαίνεται να αγγίζουν ένα ευρύ φάσμα. Έρευνα με 7.753 γυναίκες στη Σουηδία, ανέδειξε ότι εκείνες που υπέστησαν MB ανέφεραν σε υψηλό βαθμό πως η εμπειρία τους έχει επηρεάσει τα συναισθήματα και τις προθέσεις τους σχετικά με μια πιθανή μελλοντική εγκυμοσύνη και γέννα (Meyer, et al., 2022). Η συστηματική ανασκόπηση των Minckas, Gram, Smith, & Mannell (2021) και πρόσφατη έρευνα στη Βραζιλία με 19.644 μητέρες ανέδειξαν ότι εκείνες που είχαν εκτεθεί σε MB έτειναν να μην αναζητούν ιατρική βοήθεια για τις ίδιες και τα βρέφη τους ή να την αναζητούν με ουσιαστική καθυστέρηση (Henriques Leite, Esteves Pereira, do Carmo Leal, & de Silva, 2020), διαμορφώνοντας ένα μη συμπεριληπτικό περιβάλλον διακρίσεων. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Miller & Lalonde (2015) οι γυναίκες που υπέστησαν κακομεταχείριση κατά τη γέννα ήταν περισσότερο πιθανό να επιλέξουν να μη γεννήσουν σε νοσοκομείο σε μελλοντική εγκυμοσύνη. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως με τη συγκεκριμένη διερεύνηση δεν επιθυμείται η καθοδήγηση

των γυναικών σε γέννα είτε στο νοσοκομειακό είτε στο οικιακό περιβάλλον. Αντίθετα, πρόθεση είναι η διερεύνηση της MB με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της ασφαλούς και με σεβασμό εμπειρίας της γέννας στο νοσοκομείο, ακριβώς ώστε η όποια επιλογή της γυναίκας να γεννήσει είτε στο ένα, είτε στο άλλο περιβάλλον να είναι προϊόν πηγαίας και ελεύθερης απόφασης και όχι τρόπος διαχείρισης και αποφυγής της όποιας πιθανής κακομεταχείρισης.

Καθώς για τις κοινωνικές επιστήμες το τι θεωρείται «κοινωνικό» και η έννοια του «κοινωνικού» δεν είναι μία στερεότυπη έννοια που παραμένει अपαράλλαχτη στο πέρασμα των χρόνων αλλά αντίθετα διαπραγματεύεται και επαναπροσδιορίζεται σε συνάρτηση με την ίδια την κοινωνία (Úcar, 2021) η Κοινωνική Παιδαγωγική οφείλει να παραμένει επίκαιρη εντοπίζοντας και διερευνώντας τα καινούρια προβλήματα και ζητήματα που προκύπτουν στον εκάστοτε αναμορφωμένο τύπο κοινωνίας (Úcar, 2021). Για τον λόγο αυτό το φαινόμενο της MB μπορεί να θεωρηθεί ως ένα κατάλληλο ζήτημα διερεύνησης για την Κοινωνική Παιδαγωγική, καθώς αποτελεί ένα σύγχρονο φαινόμενο μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας.

Τέλος, η συγκεκριμένη έρευνα μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο έναυσμα ευαισθητοποίησης της εγχώριας επιστημονικής κοινότητας σε σχέση με τη MB γενικότερα, και την αναγνώρισή της ως μια μορφή έμφυλης βίας ειδικότερα. Η αναγνώριση της MB ως μία μορφή έμφυλης βίας αποτελεί έναν εκσυγχρονισμό στην τυπική ανάγνωση της βίας κατά των γυναικών που παραδοσιακά έθετε ως κεντρικό σημείο τη βία που υφίσταντο οι γυναίκες από άτομα του άλλου φύλου και την μετατοπίζει στη βία που υφίστανται οι γυναίκες ακριβώς για τον λόγο ότι είναι γυναίκες, ανεξάρτητα από το υποκείμενο που την ασκεί, συμπεριλαμβανομένης της απρόσωπης, δομικής βίας, στην οποία ανήκει και η MB.

8.5. ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ

Το φαινόμενο της Μαιευτικής Βίας (MB), παρότι αναφέρεται από την επιστημονική κοινότητα ως ένα παγκόσμιο φαινόμενο, εντούτοις δεν έχει διερευνηθεί σε ελληνικό πληθυσμό, ως εκ τούτου δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποτυπώνουν την έκτασή του και σχετικούς παράγοντες κινδύνου. Επιπλέον, η Κανονικοποίηση της MB από τα ίδια τα άτομα που γεννούν και οι σχετικοί παράγοντες κινδύνου, αποτελεί ένα φαινόμενο που έχει διερευνηθεί ελάχιστα και περιορίζεται στις έρευνες των Diouldé Balde, et al. (2017) και των Maung Maung, et al. (2020). Παρότι η MB αναφέρεται ως μία μορφή έμφυλης βίας (Cohen Shabot, 2016; Hill, 2019; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Perrotte, et al., 2020; Salter, et al., 2021), η τεκμηρίωση αυτή βασίζεται πρωτίστως σε θεωρητικές αναλύσεις και φαινομενολογικές προσεγγίσεις, κυρίως των Cohen-Shabot (2016), Cohen Shabot & Korem (2018) και Jardim & Modena (2018), οι οποίες δεν δύνανται να ποσοτικοποιήσουν ή να επαληθεύσουν αριθμητικά την όποια σχέση. Επιπλέον, μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποια γνωστή

έρευνα που να αποπειράται να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στην αναγνώριση και την αναπαραγωγή της MB με άλλες έμφυλες στάσεις. Με την παρούσα έρευνα γίνεται ακριβώς μία τέτοια προσπάθεια να διαπιστωθεί εάν το φαινόμενο της Κανονικοποίησης της MB από τις ίδιες τις γυναίκες σχετίζεται με τις έμφυλες στάσεις. Τέλος, μέχρι στιγμής δεν είναι γνωστή κάποια έρευνα που να αποπειράται την εμβάθυνση στο φαινόμενο της MB μέσα από το κοινωνικοπαιδαγωγικό πρίσμα και, καθώς η συνεχής εξειδίκευση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής έρευνας είναι κρίσιμης σημασίας και όλοι οι τύποι ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή των ανθρώπων σήμερα θα πρέπει να συναντηθούν με την πραγματικότητα της Κοινωνικής Παιδαγωγικής στην πράξη, η παρούσα έρευνα δύναται να θέσει βάσεις παρέμβασης σε αυτό το νέο πεδίο.

8.6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Παρότι το θέμα της έρευνας προσεγγίζεται με την ορολογία της «μαιευτικής βίας-obstetric violence», το ένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκε, συγκεκριμένα το «Community Survey Tool» των Berger, et al. (2021), από τους/ις ίδιους/ες τους/ις δημιουργούς αναφέρεται πως μετράει την «κακομεταχείριση κατά τη γέννα» (mistreatment during childbirth). Παρόλα αυτά δεν πρόκειται για μία αυθαίρετη χρήση καθώς η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί πως αυτοί οι όροι είναι ταυτόσημοι (Bohren, et al., 2018; Fors, et al., 2021; Katz, et al., 2020; Perrotte, et al., 2020; Sadler, et al., 2016; Williams, et al., 2018). Ειδικότερα, η διαφορά στην ορολογία έγκειται στο αν υπάρχει εθνική νομοθεσία γύρω από ζήτημα όπως συμβαίνει στη Λατινική Αμερική και τη Βενεζουέλα (Fors, et al., 2021) όπου προτιμάται ο όρος της MB αλλά και γύρω από ενστάσεις σε σχέση με την έννοια της βίας γενικότερα και του «εμπρόθετου» αυτής και όχι στην αναγνώριση συγκεκριμένων συμπεριφορών ως ακατάλληλων (Katz, et al., 2020).

Καθώς πρόκειται για συλλογή δεδομένων μέσω ερωτηματολογίου και παρότι η γλώσσα στην οποία έχει γραφτεί είναι όσο το δυνατόν πιο απλή και ουδέτερη, πάντα υπάρχει η πιθανότητα κατανόησης με διαφορετικό από τον αναμενόμενο τρόπο, όμως θεωρητικά αυτό το ποσοστό είναι μικρό και δεν έχει επηρεάσει σημαντικά τα αποτελέσματα. Άλλωστε, για τον λόγο αυτό τα υποκείμενα κλήθηκαν σε αυτο-δήλωσή τους πως κατανοούν επαρκώς τη γραπτή απλή ελληνική γλώσσα.

Για το Α' ερευνητικό ερώτημα, αναγνωρίζεται ότι για κάποια από τα υποκείμενα έχει μεσολαβήσει μεγάλο χρονικό διάστημα από το συμβάν της γέννας και υπεισέρχεται ο παράγοντας της μνήμης και δεν μπορεί να αποκλειστεί η μεροληψία της ανάκλησης, καθώς όμως η γέννα αποτελεί ένα σημαντικό γεγονός στη ζωή των ατόμων, πιθανολογείται πως αυτό το ποσοστό είναι μικρό και δεν επηρέασε ουσιαστικά τα αποτελέσματα της έρευνας. Καθώς τα ιδιαίτερα τραυματικά γεγονότα είναι δυνατόν να εξοβελιστούν πλήρως από τη μνήμη του ατόμου που τα βίωσε, είναι πιθανό εάν

κάποιο από τα υποκείμενα βίωσαν την γέννα ως εξαιρετικά τραυματική να μην έχουν διατηρήσει αυτή την ανάμνηση, αυτός όμως είναι ένας παράγοντας που δε μπορεί να διαπιστωθεί και σε κάθε περίπτωση μετριάζεται από το μέγεθος του δείγματος.

Σχετικά με το Γ' ερευνητικό ερώτημα, αναγνωρίζεται πως οι ερωτήσεις αφορούν κατά περιπτώσεις ένα υποθετικό σενάριο και όχι ένα βιωμένο συμβάν και οι απαντήσεις είναι πιθανό να διαφέρουν σε κάποιο βαθμό σε σχέση με τις πραγματικές αντιδράσεις που θα είχαν οι γυναίκες εάν εκτίθεντο σε αυτές τις συνθήκες όμως, τα υποκείμενα είχαν βιώσει ήδη μία γέννα και στο 95,56% κάποιες μορφές MB, επομένως είναι πιθανό να υπήρχε κάποιος βαθμός γενικότερης ετοιμότητας και εγρήγορσης σε σχέση με το συγκεκριμένο ζήτημα.

Για το Δ' ερευνητικό ερώτημα αναγνωρίζεται πως η αρχική κατασκευή του εργαλείου από τους Bakker, et al. (2020) έγινε με σκοπό να απευθύνεται σε επαγγελματίες της μαιευτικής και όχι σε γυναίκες που γεννούν γι' αυτό και ο τρόπος που διατυπώνονται οι ερωτήσεις δίνει έμφαση στις στάσεις των επαγγελματιών. Παρόλα αυτά, πρόκειται για το μοναδικό εργαλείο που μετράει το συγκεκριμένο στοιχείο της Κανονικοποίησης της MB και εν τέλει απέδωσε σημαντικές πληροφορίες για την προοπτική των γυναικών πάνω στα συγκεκριμένα στοιχεία.

Συνολικά, αναγνωρίζονται μεθοδολογικά ζητήματα τα οποία αφορούν την επιλογή των εργαλείων συλλογής δεδομένων. Ειδικότερα, το γεγονός ότι οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο για τα Α' και Β' ερευνητικά ερωτήματα ήταν διχοτομικές με «ναι/όχι», αυτό δεν μπόρεσε να λειτουργήσει πλήρως στα επίπεδα των συσχετίσεων της στατιστικής ανάλυσης όπου είναι προτιμότερες οι απαντήσεις τύπου «likert» τουλάχιστον 5 διαβαθμίσεων. Ωστόσο, μέχρι και την έγκριση του ερευνητικού υπομνήματος το συγκεκριμένο εργαλείο ήταν το μοναδικό διαθέσιμο στην επιστημονική κοινότητα. Τέλος, αναγνωρίζονται τα ζητήματα εξωτερικής εγκυρότητας και οι ελαχιστότατες δυνατότητες γενίκευσης. Πιο συγκεκριμένα, παρά την αρχική πρόθεση, η τυχαιοποίηση του δείγματος δεν ήταν δυνατή και οι πιθανοί λανθάνοντες παράγοντες δεν μετριάστηκαν κατά το μέγιστο. Παρόλα αυτά το δείγμα είναι αρκετά μεγάλο και κάποιιοι από τους παράγοντες που πιθανώς να επηρέαζαν τις στάσεις αξιοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές.

8.7. ΣΥΝΟΨΗ

Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας έρχονται σε συμφωνία με αρκετά από τα ευρήματα άλλων ερευνών, σε σύγκρουση με κάποια άλλα, αλλά και αναδεικνύουν διαστάσεις οι οποίες δεν έχουν μελετηθεί στο παρελθόν. Από τις 450 γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, το 95,56% ανέφερε ότι έχει βιώσει κάποια μορφή MB. Αν και το δείγμα δεν είναι τυχαιοποιημένο, αναδεικνύεται πως το φαινόμενο της MB είναι υπαρκτό στην Ελλάδα και πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω. Παρότι χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο που κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε με βάση γυναίκες στην

Γκάνα, δεν υπήρξε καμία συμπεριφορά MB που να έλαβε μηδενικές απαντήσεις. Ωστόσο, συνολικά δεν είναι δυνατές οι ουσιαστικές συγκρίσεις με τα ευρήματα άλλων ερευνών σε σχέση με τα επιμέρους είδη της MB, καθώς δεν υπάρχει ένας κοινώς αποδεκτό εργαλείο μέτρησης ή ομοφωνία στην επιστημονική κοινότητα για την κατηγοριοποίησή τους. Οι γυναίκες νεότερης ηλικίας, οι γυναίκες με οι τρεις (3) ή και περισσότερες γέννες, οι άγαμες και οι αλλοδαπές στη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε να έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκτεθούν σε MB, ενώ το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να μην παίζει κάποιο ρόλο, ευρήματα τα οποία έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα κάποιων άλλων ερευνών και σε αντίθεση με τα ευρήματα κάποιων άλλων. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που γνώριζαν την μαία/τον μαιευτή ή τον/ην γιατρό τους πριν από τον τοκετό εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα MB, ενώ η γνώση του/ης γιατρού πριν από τον τοκετό σχετίστηκε με υψηλότερη τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης, εύρημα που πιθανώς υποδεικνύει ότι η ύπαρξη πλάνου γέννας και σχετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων μπορούν δυνητικά να λειτουργήσουν προστατευτικά, σύμφωνα και με τα ευρήματα άλλων ερευνών. Οι γυναίκες που γέννησαν σε δημόσια νοσοκομεία δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα MB σε σύγκριση με εκείνες που γέννησαν σε ιδιωτικά νοσοκομεία, γεγονός που αναδεικνύει τη MB ως ένα ουσιαστικό κοινωνικο-οικονομικό ζήτημα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι γυναίκες δεν αποδέχονται τη MB και δεν την κανονικοποιούν, ωστόσο, ο εχθρικός σεξισμός, όπως αυτός ενσωματώνεται από τις ίδιες τις γυναίκες, φάνηκε να είναι ένα καθοριστικός παράγοντας για την κανονικοποίηση της MB, εύρημα που ευθυγραμμίζεται με τα ενδιαφέροντα και τα σημεία πρόληψης και παρέμβασης της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, στα πλαίσια της κατάργησης των στερεοτύπων και την εξοικείωση των γυναικών με τα δικαιώματά τους. Ένα αξιόλογο εύρημα είναι ότι παρόλο που το 95,56% των γυναικών διαπιστώθηκε ότι είχαν εκτεθεί σε κάποια μορφή MB, μόνο το 50,2% αναγνώρισε πως πράγματι υπέστη βία ή κακομεταχείριση, γεγονός που μπορεί να ερμηνευτεί από την έλλειψη γνώσης για τον όρο MB ή την κανονικοποίηση των εμπειριών τους ως αναπόφευκτες.

Από τις γυναίκες που απάντησαν θετικά στο ότι υπέστησαν βία, περίπου οι μισές δήλωσαν πως η αρνητική εμπειρία επηρέασε τις προθέσεις τους για μελλοντική εγκυμοσύνη και σκέφτηκε πως θα χρειαζόταν υποστήριξη από ειδικό/ή ψυχικής υγείας, ευρήματα που έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα άλλων ερευνών. Συνολικά, η ενσωμάτωση των έμφυλων στερεοτύπων που αναδείχθηκε σαν ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας για την Κανονικοποίηση της MB, αποτελεί πτυχή η οποία μέχρι στιγμής είχε προσεγγιστεί μόνο θεωρητικά από την επιστημονική κοινότητα, αποτελώντας η παρούσα έρευνα την πρώτη έρευνα που ανέδειξε αυτή την πτυχή με έναν μετρήσιμο τρόπο. Η αναγκαιότητα διερεύνησης του φαινομένου της (MB) και της κανονικοποίησής της αναδεικνύεται καθώς αυτή φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής των γυναικών. Ο World Health Organization το 2014 απηύθυνε ανοιχτό κάλεσμα για έρευνες που θα εξετάζουν τη φύση της MB και τον

αντίκτυπό της. Από τότε, αρκετές ποιοτικές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί καθώς και κάποιες ποσοτικές, συμπεριλαμβανομένων ερευνών που αξιοποιούν το εργαλείο των Berger et al. (2021) το οποίο πρόκειται να αξιοποιηθεί και στη συγκεκριμένη έρευνα. Μέχρι στιγμής δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια σχετική μελέτη σε ελληνικό πληθυσμό. Ως προς τους μεθοδολογικούς και ερμηνευτικούς περιορισμούς της μελέτης, αναγνωρίζεται ο συγκερασμός ορολογιών που από την επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζονται ως ταυτόσημοι με τη MB, η μεροληψία της ανάκλησης, πιθανές εξωγενείς μεταβλητές καθώς και περιορισμοί του ίδιου του εργαλείου ως προς τη στατιστική ανάλυση. Ωστόσο, για καθέναν περιορισμό έχουν ληφθεί σχετικά μέτρα για τον περιορισμό της επίδρασής τους στα αποτελέσματα της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

9.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο τα ευρήματα θα οργανωθούν με τη μορφή συμπερασμάτων και θα αποπειραθεί ένας συνδυασμός της πράξης με τη θεωρία καθώς τα ευρήματα της ποσοτικής έρευνας θα παραλληλιστούν με τις σχετικές θεωρίες, προκειμένου να προσδιοριστεί η νέα γνώση που προκύπτει μέσα από τη συγκεκριμένη μελέτη. Τέλος, θα ακολουθήσουν προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και θα ακολουθήσει ένας παραλληλισμός των συμπερασμάτων ως προς τη συνάφειά τους με τα πεδία ενασχόλησης της Κοινωνικής Παιδαγωγικής..

9.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την Dickerson (2022) η κοινωνική και ανθρωπιστική έρευνα είχαν σχετικά περιορισμένη παρουσία στις ιατρικές επιστήμες, ωστόσο η διεκδίκηση για πιο ολοκληρωμένη και με ευαισθησία φροντίδα των ασθενών έχει αυξήσει το ενδιαφέρον για αυτό το πεδίο.

Η MB είναι ένα σχετικά νέο φαινόμενο το οποίο σχηματίστηκε στον απόηχο της αστικοποίησης. Από τη διασταύρωση των ευρημάτων της συγκεκριμένης έρευνας προκύπτει αφενός ότι η MB αφορά ένα μεγάλο μέρος των ατόμων που γεννούν και στην Ελλάδα, αφετέρου επηρεάζει ουσιαστικά την ψυχική υγεία, τις ζωές (Hajizadeh & Mirghafourvand, 2021; Hernández-Martínez A. , et al., 2019; Hernández-Martínez A. , et al., 2020; Martínez-Galiano, et al., 2021; Scandurra, et al., 2021) και τις προθέσεις τους (Henriques Leite, et al., 2020; Meyer, et al., 2022). Ακόμη, προκύπτει ότι πρόκειται όχι μόνο για ένα φαινόμενο έμφυλης βίας Cohen Shabot, 2016; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Salter, et al., 2021) ως συνέπεια της δομικής βίας και ανισότητας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες (Cohen Shabot, 2016; Hill, 2019; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Perrotte, et al., 2020; Salter, et al., 2021) αλλά και για ένα κανονικοποιημένο φαινόμενο (Borges, 2018; Freedman, et al., 2014; Sadler, et al., 2016), με τον ενστερνισμό των στερεοτυπικών στάσεων για τα φύλα και τον σεξισμό να διαδραματίζουν τον σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων των γυναικών στην Κανονικοποίηση αυτού του φαινομένου. Αντιστοίχως, προέκυψε πως οι γυναίκες που ήταν πιο ευαισθητοποιημένες σε σχέση με το έμφυλο ζήτημα είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναγνωρίσουν πως εξετέθηκαν σε MB. Ως εκ τούτου, προκύπτει πως η προληπτική και μαχητική παρέμβαση της Κοινωνικής Παιδαγωγικής μέσω της κοινωνικοπαιδαγωγικής εκπαίδευσης (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362) σε σχέση με το έμφυλο ζήτημα και η ενδυνάμωση των γυναικών σε σχέση με τα δικαιώματά τους, είναι καίριας σημασίας για την

καταπολέμηση του φαινομένου αλλά και συμβατή με τις αρχές της Κοινωνικής Παιδαγωγικής, όπως αναφέρουν οι Górnikowska-Zwolak (2008) και η Hatton (2020), σε σχέση με τα κοινά σημεία δράσης της Κοινωνικής Παιδαγωγικής και του φεμινισμού. Τονίζεται πως η σημασία της αναγνώρισης αυτών των μορφών βίας, έστω και αν δεν είναι πάντα προφανείς, είναι απαραίτητη ώστε να αντιμετωπιστούν οι σοβαρές συνέπειες που μπορεί να έχουν στους ανθρώπους που τις υφίστανται (Shapiro, 2018). Σχετικά με τον κίνδυνο έκθεσης σε MB ένας από τους προβλεπτικούς παράγοντες που προέκυψαν ήταν η οικονομική δυνατότητα της γυναίκας να γεννήσει σε ιδιωτικό νοσοκομείο, εγείροντας υποθέσεις σε σχέση με ζητήματα κοινωνικής αδικίας, περιθωριοποίησης και ανθρώπινων δικαιωμάτων, δηλαδή ουσιαστικά προβλήματα μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας που αποτελούν υψηλή προτεραιότητα στις παρεμβάσεις της Κοινωνικής Παιδαγωγικής (Hämäläinen, 2015; Hämäläinen, 2019; Úcar, 2021). Άλλωστε η Κοινωνική Παιδαγωγική καταπιάνεται ουσιαστικά με τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και επιδιώκει τη δημιουργία ίσων ευκαιριών, ισότητας και άνευ προϋποθέσεων σεβασμού στο άτομο ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά του (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362).

Η συστηματική ανασκόπηση των Minckas, Gram, Smith, & Mannell (2021) και πρόσφατη έρευνα στη Βραζιλία με 19.644 μητέρες ανέδειξαν ότι εκείνες που είχαν εκτεθεί σε MB έτειναν να μην αναζητούν ιατρική βοήθεια για τις ίδιες και τα βρέφη τους ή να την αναζητούν με ουσιαστική καθυστέρηση (Henriques Leite, Esteves Pereira, do Carmo Leal, & de Silva, 2020), διαμορφώνοντας ένα μη συμπεριληπτικό περιβάλλον διακρίσεων. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Miller & Lalonde (2015) οι γυναίκες που υπέστησαν κακομεταχείριση κατά τη γέννα ήταν περισσότερο πιθανό να επιλέξουν να μη γεννήσουν σε νοσοκομείο σε μελλοντική εγκυμοσύνη. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως με τη συγκεκριμένη διερεύνηση δεν επιθυμείται η καθοδήγηση των γυναικών σε γέννα είτε στο νοσοκομειακό είτε στο οικιακό περιβάλλον. Αντίθετα, πρόθεση είναι η διερεύνηση της MB με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της ασφαλούς και με σεβασμό εμπειρίας της γέννας στο νοσοκομείο, ακριβώς ώστε η όποια επιλογή της γυναίκας να γεννήσει είτε στο ένα, είτε στο άλλο περιβάλλον να είναι προϊόν πηγαίας και ελεύθερης απόφασης και όχι τρόπος διαχείρισης και αποφυγής της όποιας πιθανής κακομεταχείρισης.

Με βάση τα παραπάνω προκύπτει πως το φαινόμενο της MB αποτελεί ένα κατάλληλο πεδίο διερεύνησης, παρέμβασης και πρόληψης για την Κοινωνική Παιδαγωγική, στα πλαίσια των μεθοδολογικών και επιστημολογικών της διαστάσεων (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2021, σσ. 359-362). Ειδικότερα, η Κοινωνική Παιδαγωγική αναπτύσσει μία δυναμική σχέση με τους νόμους, τους θεσμούς και τις εθνικές πολιτικές (Hämäläinen, 2015; Úcar, 2021) ενώ μία από τις κύριες επιδιώξεις της είναι η προώθηση και η διασφάλιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων (Úcar, 2021), σημεία που συμπίπτουν με τον δεύτερο παράγοντα στην ανάλυση των Bowser & Hill (2010) που αφορά τους εθνικούς νόμους, τις εθνικές πολιτικές, τα ανθρώπινα δικαιώματα και την ηθική ως

σημεία αναπαραγωγής και διαίωξης της ΜΒ. Επιπλέον, προκύπτει πως η ΜΒ αποτελεί ένα πολυσύνθετο πρόβλημα που περιλαμβάνει ποικιλία στοιχείων όπως οι γυναίκες που γεννούν, οι οικογένειές τους, οι επαγγελματίες υγείας, το σύστημα υγείας, οι νόμοι, οι θεσμοί, τα στερεότυπα, η εκπαίδευση και οι προσωπικές εμπειρίες, σύνθεση που έρχεται σε συμφωνία με το είδος των σύνθετων προβλημάτων των σύγχρονων κοινωνιών που καταπιάνεται η Κοινωνική Παιδαγωγική (Úcar, 2021). Τέλος, συνολικά, οι έμφυλες διακρίσεις στην ιατρική όχι μόνο έχουν κοινωνικές συνέπειες αλλά επηρεάζουν επίσης την οικονομία της υγειονομικής περίθαλψης και τα επίπεδα υγείας των γυναικών (Dickerson, 2022), ως εκ τούτου προκύπτει η αναγκαιότητα εμβάθυνσης και επίλυσης κάθε είδους ιατρικής βίας, όπως αυτή προκύπτει από τις έμφυλες ή άλλες διακρίσεις.

9.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως ήδη αναφέρθηκε το δείγμα της μελέτης δεν ήταν τυχαιοποιημένο ως εκ τούτου οι δυνατότητες γενίκευσης είναι πολύ περιορισμένες. Παρόλα αυτά αναδεικνύεται πως το φαινόμενο της ΜΒ είναι υπαρκτό και στην Ελλάδα και πως αξίζει να διερευνηθεί περαιτέρω τόσο η έκταση της όσο και τα είδη της ΜΒ τα οποία υφίστανται οι γυναίκες. Καθώς οι παράγοντες της «Σωματικής βίας» και των «Συνθηκών του συστήματος υγείας και περιορισμών» από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε πως δεν μπόρεσαν να λειτουργήσουν ως ένας ενιαίος παράγοντας και ως εκ τούτου δεν είναι εφαρμόσιμοι σε ελληνικό πληθυσμό, δίνονται κάποιες ενδείξεις προς τις μορφές της ΜΒ στις οποίες μπορεί να επικεντρωθεί η διερεύνηση του φαινομένου, όπως είναι η λεκτική βία, η επικοινωνία με τους/ις επαγγελματίες υγείας και, η τήρηση των επαγγελματικών προτύπων περίθαλψης.

Σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου έκθεσης σε ΜΒ και εκεί προέκυψαν σχετικοί κάποιες από τους οποίους συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων μελετών και κάποια έρχονται σε σύγκρουση, ως εκ τούτου, διάφορα ψυχοκοινωνικά στοιχεία αξίζει να τεθούν ξανά υπό διερεύνηση. παράγοντες

Ως προς την Κανονικοποίηση της ΜΒ πρόκειται για την πρώτη μελέτη η οποία από αποπειράθηκε να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στον ενστερνισμό των έμφυλων στερεότυπων με βαθμό Κανονικοποίησης της ΜΒ καταλήγοντας σε ξεκάθαρα και ασφαλή ευρήματα ότι τα έμφυλα στερεότυπα έχουν έναν καθοριστικό ρόλο, εμπλουτίζοντας με μετρήσιμα ευρήματα τις αναλύσεις και τις υποθέσεις πολλών ειδικών. Ωστόσο, είναι απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση με περισσότερες μεθόδους και διαφορετικούς πληθυσμούς,

Ένα ακόμη πεδίο διερεύνησης θα φορούσε τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας ή και των αντίστοιχων φοιτητών/τριών στα επαγγέλματα υγείας αλλά και των οικογενειών των γυναικών. Τέλος, κρίνονται απαραίτητες οι έρευνες-δράσης οι οποίες μέσα από την Κοινωνική Παιδαγωγική προσέγγιση θα καταπιάνονται με την ουσιαστική πρόληψη και καταπολέμηση του φαινομένου μέσα από την αλλαγή των στάσεων των επαγγελματιών υγείας, την ενδυνάμωση των γυναικών και

των οικογενειών τους, την καταπολέμηση των στερεότυπων, την αναδιαμόρφωση στο ίδιο το σύστημα υγείας αλλά και τη θέσπιση πολιτικών και νομοθετήσεων γύρω από το ζήτημα.

9.4. ΣΥΝΟΨΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο πραγματοποιήθηκε ένας συνδυασμός της πράξης με τη θεωρία, αφού τα ευρήματα της ποσοτικής μελέτης ερμηνεύτηκαν μέσα από σχετικά θεωρητικά πλαίσια.

Τα ευρήματα της μελέτης αναδεικνύουν τη MB ως ένα υπαρκτό πρόβλημα με ουσιαστικές επιπτώσεις στις ζωές και τις επιλογές των γυναικών. Σύμφωνα με ειδικούς πάνω στο φαινόμενο, η MB αποτελεί ένα πολυσύνθετο πρόβλημα για την επίλυση του οποίου είναι απαραίτητη η εμπλοκή όλων των μερών όπως οι ίδιες οι γυναίκες, οι οικογένειές τους, οι επαγγελματίες υγείας, το σύστημα υγείας, οι θεσμοί και οι νόμοι, αποτελώντας ένα πολύ κατάλληλο πεδίο διερεύνησης, πρόληψης και παρέμβασης για την Κοινωνική Παιδαγωγική, της οποίας προτεραιότητα είναι μεταμορφωτικές δράσεις μέσα από την τυπική και άτυπη εκπαίδευση. Άλλωστε, η κατάλυση των στερεοτύπων φάνηκε να έχει έναν καθοριστικό ρόλο στην αναγνώριση της MB από τις γυναίκες και κατ' επέκταση στην μην Κανονικοποίησή της. Δυνητικές περαιτέρω μελέτες περιλαμβάνουν τις σχετικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας, των οικογενειών των γυναικών και τις έρευνες-δράσης για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της MB μέσω αλλαγών στις στάσεις, της ενδυνάμωσης των γυναικών, της αναδιαμόρφωσης του συστήματος υγείας και της νομοθεσίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Γαλάνης, Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα*, 30(1), 97-110.
- ΓΓΟΠΠΦ. (2021). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ισότητα των Φύλων 2021-2025*. Ανακτήθηκε 18 Νοεμβρίου, 2022, από Γενική Γραμματεία Οικογενειακής Πολιτικής και Ισότητας των Φύλων: <http://www.opengov.gr/minlab/wp-content/uploads/downloads/2021/07/%CE%95%CE%A3%CE%94%CE%99%CE%A6-2021-2025.pdf>
- Καρλής, Δ. (2005). Παραγοντική Ανάλυση. Στο Δ. Καρλής, *Πολυμεταβλητή στατιστική ανάλυση*. (σσ. 193-241). Αθήνα: Σταμούλης.
- Μυλωνάκου-Κεκέ, Η. (2021). *Κοινωνική Παιδαγωγική: Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα: Παπαζήση.

Ξενόγλωσση

- Amoakohene, M. I. (2004). Violence against women in Ghana: A look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Social Science & Medicine*, 59(11), 2373–2385. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.04.001>
- Arias Fuentes, F. F., Arteaga, E., & San Sebastián, M. (2022). Social inequalities in women exposed to obstetric and gynecologic violence in Ecuador: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01998-2>
- APA, (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychological Association.
- Asante, A. D., & Zwi, A. B. (2009). Factors influencing resource allocation decisions and equity in the health system of Ghana. *Public Health*, 123(5), 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.02.006>
- Aşci, Ö., & Bal, M. D. (2023). The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. *Midwifery*, 124, 103766. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103766>
- Bakker, R., Sheferaw, E. D., Stekelenburg, J., Yigzaw, T., & de Kroon, M. A. (2020). Development and use of a scale to assess gender differences in appraisal of mistreatment during childbirth among Ethiopian midwifery students. *PLOS ONE*, 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227958>
- Baranowska, B., Doroszewska, A., Kubicka-Kraszyńska, U., Pietrusiewicz, A., Adamska-Sala, I., Kajdy, A., . . . Crowther, S. (2019). Is there respectful maternity care in Poland? Women's

- views about care during labor and birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(520), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2675-y>
- Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: An online survey. *Reproductive Health*, 15(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7>
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 747–760. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x>
- Benjamin, R. (2016). Informed Refusal: Toward a Justice-based Bioethics. *Science, Technology, & Human Values*, 41(6), 967–990. <https://doi.org/10.1177/0162243916656059>
- Berger, B. O., Strobino, D. M., Mehrtash, H., Bohren, M. A., Adu-Bonsaffoh, K., Leslie, H. H., . . . Tunçalp, Ö. (2021). Development of measures for assessing mistreatment of women during facility-based childbirth based on labour observations. *BMJ Global Health*, 5(21), 1-15. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004080>
- Blake, J. (1981). Family Size and the Quality of Children. *Demography*, 18(4), 421–442. <https://doi.org/10.2307/2060941>
- Bhattacharya, S., & Sundari Ravindran, T. K. (2018). Silent voices: Institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1970-3>
- Blumell, L. E. (2018). Bro, foe, or ally? Measuring ambivalent sexism in political online reporters. *Feminist Media Studies*, 20(1), 53-69. <https://doi.org/10.1080/14680777.2018.1546211>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Fawole, B., Maya, E., Maung Maung, T., Baldé, M. D., . . . Tunçalp, Ö. (2018). Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: Labor observation and commun. *BMC Medical Research Methodology*, 18(132), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0603-x>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Borges, M. T. (2018). A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *Duke Law J*, 67, 827-862.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. Washington DC: Harvard School of Public

- Health and University Research. Ανάκτηση από https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf
- Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., De Los Ríos, M. M., Meijer, M., & Falcon, K. (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), 84–88. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health*, 32(1), 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Bremner, J. D., Vermetten, E., & Vythilingam, M. (2005). Neural correlates of the classic symptoms of posttraumatic stress disorder. *Progress in Brain Research*, 150, 81-97. doi: [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(05\)50007](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(05)50007)
- Briceño Morales, X., Enciso Chaves, L. V., & Yepes Delgado, C. E. (2018). Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective. *Qualitative Health Research*, 28(8), 1308–1319. <https://doi.org/10.1177/1049732318763351>
- Burleson, B. R. (1984). Age, social-cognitive development, and the use of comforting strategies. *Communication Monographs*, 51(2), 140–153. <https://doi.org/10.1080/03637758409390190>
- Caldwell, J., Meredith, P., Whittingham, K., & Ziviani, J. (2021). Shame and guilt in the postnatal period: a systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 67–85. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1754372>
- Carel, H., Kidd, I.J. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care and Philos* 17, 529–540 (2014). <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>
- Castro, A. (2019). Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. *Health and Human Rights*, 21(1), 103-113.
- Castro, A., & Savage, V. (2019). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 38(2), 123–136. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
- Castro, R., & Frías, S. M. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*, 26(6–7), 555–572. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- Chadwick, R. (2023). The Dangers of Minimizing Obstetric Violence. *Violence Against Women*, 29(9), 1899–1908. <https://doi.org/10.1177/10778012211037379>

- Chattopadhyay, S., Mishra, A., & Jacob, S. (2018). 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Culture, Health & Sexuality*, 20(7), 815–829. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384572>
- Chen, Z., Fiske, T. S., & Lee, T. L. (2009). Ambivalent Sexism and Power-Related Gender-role Ideology in Marriage. *Sex Roles*, 60, 765–778. Ανακτήθηκε από <https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-009-9585-9>
- Chervenak, F. A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S. L., De Four Jones, M., Gordon, M. R., Combs, A., Bornstein, E., Lewis, D., Katz, A., Warman, A., & Grünebaum, A. (2024). Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S1138–S1145. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003>
- Clarke, S. (2009). Thinking Psychosocially About Difference: Ethnicity, Community and Emotion. In S. D. Sclater, D. W. Jones, H. Price, & C. Yates (Επιμ.), *Emotion* (σσ. 111–122). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9780230245136_9
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education*. New York: Routledge Falmer.
- Cohen Shabot, S. (2016). Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39, 231–247. Ανάκτηση από <https://link.springer.com/article/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Cohen Shabot, S., & Korem. (2018). Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence. *Hypatia*, 33(3), 384-401. <https://doi.org/10.1111/hypa.12428>
- Coia, L., & Taylor, M. (2013). Uncovering Our Feminist Pedagogy: A co/autoethnography. *Studying Teacher Education*, 9(1), 3–17. <https://doi.org/10.1080/17425964.2013.771394>
- Congresso del Estado de Nayarit. (2008). Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia. Ανάκτηση 31 Αυγούστου, 2022, από Congresso del Estado de Nayarit - XXXIII Legislatura: https://www.congresonayarit.mx/wp-content/uploads/compilacion/leyes/acceso_de_las_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_para_el_estado_de_nayarit_ley_de.pdf
- Council of Europe. (1997). Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Ανάκτηση από <https://rm.coe.int/168007cf98>
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- D'Gregorio, R. P. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>

- De Kloet, E. R., Joels, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience*, 6(6), 463-475. <https://doi.org/10.1038/nrn1683>
- de Oliveira, T. R., Oliveira Lira Costa, R. E., Monte, N. L., de Moura Feitosa Veras, J. M., & Mendes da Rocha Sá, M. Í. (2017). Women's perception on obstetric violence. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 11(1).
- De Souza, K. J., Rattner, D., & Bauermann Gubert, M. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Public*, 61(59), 1-11. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>
- Dey, A., Shakya, H. B., Chandurkar, D., Kumar, S., Kumar Das, A., John, A., . . . Raj, A. (2017). Discordance in self-report and observation data on mistreatment of women by providers during childbirth in UttarPradesh, India. *Reproductive Health*, 14(49). doi:10.1186/s12978-017-0409-z
- Dias, M. O., & Machado, V. M. (2019). Obstetric violence in Brazil: An integrated multiple case study. *Humanities and Social Sciences Review*, 8(2), 117–127. Ανακτήθηκε από <https://www.murillodias.com/publicacoes/artigos/1547723775.pdf>
- Dickerson, M. (2022). Examining the power dynamics in the patient-doctor relationship in biomedicalized countries: A historical and sociocultural framework. SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad. Ανακτήθηκε από https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3532
- Diouldé Balde, M., Bangoura, A., Alpha Diallo, B., Sall, O., Balde, H., Sona Niakate, A., . . . Bohren, M. A. (2017). A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reproductive Health*, 14(4), 1-13. doi:10.1186/s12978-016-0262-5
- Drury, B. J., & Kaiser, C. R. (2014). Allies against sexism: The role of men in confronting sexism. *Journal of Social Issues*, 70(4), 637–652. <https://doi.org/10.1111/josi.12083>
- Eagly, A. H., Nater, C., Miller, D. I., Kaufmann, M., & Sczesny, S. (2020). Gender stereotypes have changed: A cross-temporal meta-analysis of U.S. public opinion polls from 1946 to 2018. *American Psychologist*, 75(3), 301–315. <https://doi.org/10.1037/amp0000494>
- Espinoza-Reyes, E., & Solís, M. (2020). Decolonizing the Womb: Agency against Obstetric Violence in Tijuana, Mexico. *Journal of International Women's Studies*, 21(7), 189–206. <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol21/iss7/14/>
- European Commission. (2020). Fact sheet: Obstetric violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth. Ανακτήθηκε 11 Σεπτεμβρίου, 2022, from European Commission, CORDIS EU research results: <https://cordis.europa.eu/project/id/700946>
- European Commission, CORDIS EU research results. (2020). Fact sheet: Obstetric violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth. Ανακτήθηκε 11 Σεπτεμβρίου,

2022, from European Commission, CORDIS EU research results:
<https://cordis.europa.eu/project/id/700946>

- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS* (5th edition). Sage Publications Ltd.
- Ferguson, K. E. (2017). Feminist Theory Today. *Annual Review of Political Science*, 20(1), 269–286. <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-052715-111648>
- Fors, M., Falcon, M., Brandão, T., Vaca, A., Cañadas, S., & Viada González, C. E. (2021). Reliability and Dimensionality of EPREVO (“Experiencias de Parto Relacionadas a Violencia Obstétrica”): Development of a New Instrument, Ecuador. *International Journal of Women’s Health*, 16(13), 569-577. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s305741>
- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), 42-44. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60859-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60859-x)
- Freedman, L. P., Kujawski, S. A., Mbuyita, S., Kuwawenaruwa, A., Kruk, M. E., Ramsey, K., & Godfrey, M. (2018). Eye of the beholder? Observation versus self report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 107-122. doi:10.1080/09688080.2018.1502024
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., . . . Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), 915–917.
- Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Bick, D. (2016). Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: Secondary analysis of a cohort study. *Archives of Women’s Mental Health*, 19(6), 987–999. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0639-z>
- Ganle, J. K., Fitzpatrick, R., Otupiri, E., & Parker, M. (2016). Addressing health system barriers to access to and use of skilled delivery services: Perspectives from Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(4). <https://doi.org/10.1002/hpm.2291>
- Garcia, L. M. (2020). A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nursing Forum*, 55(4), 654–663. <https://doi.org/10.1111/nuf.12482>
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women’s preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 191. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-191>
- Giacomozzi, M., Farje De La Torre, F., & Khalil, M. (2021). Standing up for your birth rights: An intersectional comparison of obstetric violence and birth positions between Quichua and Egyptian women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(2), 247–259. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13890>

- Gilpin, N. W., & Najjar, F. (2017). Traumatic stress exposure and brain aging. *Neuropsychology Review*, 27(3), 309-325. <https://doi.org/10.1007/s11065-017-9365-2>
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491–512. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B., . . . López, W. L. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 763–775. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.763>
- Glick, P., Sakalli-Ugurlu, N., Ferreira, M. C., & de Souza, M. A. (2002). Ambivalent Sexism and Attitudes Toward Wife Abuse in Turkey and Brazil. *Psychology of Women Quarterly*, 26(4), 292–297. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.t01-1-00068>
- Gobierno Del Estado De Sonora. (2015). Ley DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE. Ανάκτηση 31 Αυγούστου, 2022, από <http://sspsonora.gob.mx/http://sspsonora.gob.mx/images/noticias/comunicacionsocial/NORMATIVIDADPERSPECTIVAGENERO/LEY%20CONTRA%20LA%20VIOLENCIA%20A%20LA%20MUJER%20DEL%20EDO.%20DE%20SONORA.pdf>
- Gökçe İsbîr, G., İnci, F., Bektaş, M., Dikmen Yıldız, P., & Ayers, S. (2016). Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery*, 41, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.016>
- Gormley, M. A., Crowe, R. P., Bentley, M. A., & Levine, R. (2016). A National Description of Violence toward Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital Emergency Care*, 20(4), 439–447. <https://doi.org/10.3109/10903127.2015.1128029>
- Górnikowska-Zwolak, E. (2008). Feminist thought as a perspective for discussing Social Pedagogy. *The New Educational Review*, 15, 42–57.
- Gray, T., Mohan, S., Lindow, S., & Farrell, T. (2019). Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, 1, 100007. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100007>
- Gutheil, T. G. (1986). The right to refuse treatment: Paradox, pendulum and the quality of care. *Behavioral Sciences & the Law*, 4(3), 265–277. <https://doi.org/10.1002/bsl.2370040303>
- H. Congreso del Estado de Baja California. (2020). Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Ανάκτηση 31 Αυγούστου, 2022, από Poder Legislativo Del Estado De Baja California: https://www.congresobc.gob.mx/Documentos/ProcesoParlamentario/Leyes/TOMO_VI/2020_0902_LEYLIBREVIOLENCIA.PDF

- H. Congreso del Estado de Chihuahua. (2007). *Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Ανάκτηση 11 Σεπτεμβρίου, 2022, from H. Congreso del Estado de Chihuahua: <http://www.congresochihuahua2.gob.mx/biblioteca/leyes/archivosLeyes/153.pdf>
- H. Congreso del Estado de Sinaloa. (2015). *Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Sinaloa*. Ανάκτηση 31 Αυγούστου, 2022, από LXIV Legislatura - H. Congreso del Estado de Sinaloa: https://gaceta.congresosinaloa.gob.mx:3001/pdfs/leyes/Ley_11.pdf
- Hajizadeh, K., & Mirghafourvand, M. (2021). Relationship of post-traumatic stress disorder with disrespect and abuse during childbirth in a group of Iranian postpartum women: A prospective study. *Annals of General Psychiatry*, 20(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00331-9>
- Hämäläinen, J. (2015). Defining Social Pedagogy: Historical, Theoretical and Practical Considerations. *British Journal of Social Work*, 45(3), 1022–1038. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct174>
- Hämäläinen, J. (2019). Social Pedagogy as a Scientific Discipline – a Branch of Academic Studies and a Field of Professional Practice. *EccoS Revista Científica*, 48, 17-34. <https://doi.org/10.5585/EccoS.n48.12393>
- Hameed, W., & Avan, B. I. (2018). Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. *PLoS ONE*, 13(3), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194601>
- Hammond, M. D., Miloje, P., Huang, Y., & Sibley, C. G. (2017). Benevolent sexism and hostile sexism across the ages. *Social Psychological and Personality Science*, 9(7), 863–874. <https://doi.org/10.1177/1948550617727588>
- Hatton, K. (2020). A new framework for creativity in social pedagogy. *International Journal of Social Pedagogy*, 9(1). <https://doi.org/10.14324/111.444.ijsp.2020.v9.x.016>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis* (3rd Ed.). New York: The Guilford Press.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., & Wilco, M. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284(5), 592-597. <https://doi.org/10.1001/jama.284.5.592>
- Henriques Leite, T., Esteves Pereira, A. P., do Carmo Leal, M., & de Silva, A. A. (2020). Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 391-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>

- Henriques-Leite, T., Gomes-Carvalho, T. D., Marques, E. S., Esteves-Pereira, A. P., da Silva, A. M., Nakamura-Pereira, M., & do Carmo Leal, M. (2022). The association between mistreatment of women during childbirth and postnatal maternal and child health care: Findings from “Birth in Brazil. *Women and Birth*, 35(1), 28-40. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.006>
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcó, M., Nuria, I.-T., Donate Manzanares, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2019). Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 249, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.042>
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal Factors Related to Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms 1-5 Years Following Birth. *Women and Birth*, 33(2), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>
- Hill, N. (2019). Violence against Mothers through the Lens of Matricentric Feminism. *Journal of the Motherhood Initiative*, 10, 233-243. Ανάκτηση από <https://jarm.journals.yorku.ca/index.php/jarm/article/view/40566>
- Hogan Leslie, H., Sharma, J., Mehrtash, H., Berger, B. O., Irinyenikan, T. A., Dioulde Balde, M., . . . Tunçalp, Ö. (2021). Women’s report of mistreatment during facility-based childbirth: validity and reliability of community survey measures. *BMJ Global Health*, 5(2), 1-44. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004822>
- Hollins Martin, C., & Fleming, V. (2011). Birth satisfaction scale. *PsycTESTS Dataset*, 24(2), 124–135. <https://doi.org/10.1037/t66986-000>
- Honorable Congreso de la Nacion Argentina. (2004). Salud republica: Ley 25.929. Ανάκτηση 22 Αυγούστου, από [Argentina.gob.ar: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25929-98805/texto](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25929-98805/texto)
- Honorable Congreso de la Nacion Argentina. (2009). Ley de proteccion integral a las mujeres: Ley 26.485. Ανάκτηση 08 Αυγούστου, 2022, από [Argentina.gob.ar: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/texto](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/texto)
- Høyer, G. (1993). Suicide Among Women Related to Number of Children in Marriage. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 134. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820140060006>
- International Confederation of Midwives. (2020). RESPECT workshops: Facilitator's guide. Hague: ICM. Ανάκτηση από <https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/12/respect-final-facilitator-guide-english-1.pdf>

- Ishola, F., Owolabi, O., & Filippi, V. (2017). Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(3), e0174084. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174084>
- Ismail, A. M., Ismail, A., & Hirst, J. E. (2023). Prevalence and risk factors of obstetric violence in the Gaza strip: A retrospective study from a conflict setting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 163(2), 383–391. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14911>
- Jain, S., Kaur, M., & Jain, S. (2020). Hostile and benevolent sexism in India: Analysis across cultures. In S. Safdar, C. Kwantes, & W. Friedlmeier (Επιμ.), *Wiser world with multiculturalism: Proceedings from the 24th Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*. S. Safdar, C. Kwantes, & W. Friedlmeier. Ανακτήθηκε από https://scholarworks.gvsu.edu/iaccp_papers/277
- Janer, À., & Úcar, X. (2017). Analysing the dimensions of social pedagogy from an international perspective. *European Journal of Social Work*, 20(2), 203-218. <https://doi.org/10.1080/13691457.2016.1188782>
- Janer Hidalgo, À., & Úcar, X. (2020). Social Pedagogy in the World Today: An Analysis of the Academic, Training and Professional Perspectives. *The British Journal of Social Work*, 50(3), 701–721. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz025>
- Jardim, D. M., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26(3069), 1-12. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLOS Medicine*, 12(6), 1–4. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Jolivet, R. R., Gausman, J., Kapoor, N., Langer, A., Sharma, J., & Semrau, K. E. A. (2021). Operationalizing respectful maternity care at the healthcare provider level: A systematic scoping review. *Reproductive Health*, 18(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01241-5>
- Katz, L., Amorim, M. M., Giordano, J. C., Bastos, M. H., & Morais Brilhante, A. V. (2020). Who is afraid of obstetric violence? *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 20(2), 623-626. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
- Keedle, H., Keedle, W., & Dahlen, H. G. (2022). Dehumanized, Violated, and Powerless: An Australian Survey of Women’s Experiences of Obstetric Violence in the Past 5 Years. *Violence Against Women*, 107780122211401. <https://doi.org/10.1177/10778012221140138>
- Keely, B. R. (2002). Recognition and Prevention of Hospital Violence: Dimensions of Critical Care Nursing, 21(6), 236–241. <https://doi.org/10.1097/00003465-200211000-00004>

- Khazen, M. (2022). Power dynamics in doctor-patient relationships: A qualitative study examining how cultural and personal relationships facilitate medication requests in a minority with collectivist attributes. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2038–2044. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.023m>
- Khosla, R., Zampas, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., Rseman, M., & Erdman, J. N. (2016). International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth. *Health and Human Rights Journal*, 18(2), 131-143. Ανάκτηση από <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28559681/>
- Kline, P. (2014). *An easy guide to factor analysis*. London, UK: Routledge
- Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W., & Freedman, L. P. (2014). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: A facility and community survey. *Health Policy and Planning*, 33(1), 26–33. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>
- Kumah, E., Ankomah, S. E., Fusheini, A., Sarpong, E. K., Anyimadu, E., Quist, A., & Koomson, B. (2020). Frameworks for health systems performance assessment: How comprehensive is Ghana’s holistic assessment tool? *Global Health Research and Policy*, 5(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00139-2>
- Kumar Mohajan, H. (2022). An Overview on the Feminism and Its Categories. *Research and Advances in Education*, 1(3), 11–26. <https://doi.org/10.56397/RAE.2022.09.02>
- Lopez-Zafra, E., & Garcia-Retamero, R. (2012). Do gender stereotypes change? The dynamic of gender stereotypes in Spain. *Journal of Gender Studies*, 21(2), 169–183. <https://doi.org/10.1080/09589236.2012.661580>
- Lundberg, U., Mårdberg, B., & Frankenhaeuser, M. (1994). The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level, and number of children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35(4), 315–327. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1994.tb00956.x>
- Luong, G., Charles, S. T., & Fingerman, K. L. (2011). Better with age: Social relationships across adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(1), 9–23. <https://doi.org/10.1177/0265407510391362>
- Martínez-Galiano, J. M., Rodríguez-Almagro, J., Rubio-Álvarez, A., Ortiz-Esquinas, I., Ballesta-Castillejos, A., & Hernández-Martínez, A. (2023). Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4930. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064930>
- Martinez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2022). Relationship between perceived obstetric violence and the

- risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*, 108, 103297. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103297>
- Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Long-Term High Risk of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Associated Factors. *Journal of Clinical Medicine*, 10(3), 488. <https://doi.org/10.3390/jcm10030488>
- Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5), 338. <https://doi.org/10.3390/jpm11050338>
- Martins, A. C., & Barros, C. M. (2016). Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev Dor.*, 17(3). <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>
- Mason Pope, T. (2017). Legal Briefing: Unwanted Cesareans and Obstetric Violence. *J Clin Ethics*, 28(2), 163-173. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28614080/>
- Mastaneh, Z., & Mouseli, L. (2013). Patients awareness of their rights: Insight from a developing country. *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2013.11>
- Maung Maung, T., Lwin Show, K., Oo Mon, N., Aye, N. S., Soe, Y. Y., & Bohren, M. A. (2020). A qualitative study on acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Myanmar. *Reproductive Health*, 17(56), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0907-2>
- McGarry, J., Hinsliff-Smith, K., Watts, K., McCloskey, P., & Evans, C. (2017). Experiences and impact of mistreatment and obstetric violence on women during childbearing: A systematic review protocol. *JBISIRIR-2016-002950*. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2016-002950>
- McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2013). The Brain on Stress: Vulnerability and Plasticity of the Prefrontal Cortex over the Life Course. *Neuron*, 79(1), P16-29. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.06.028>
- Mena-Tudelaa, D., González-Chordá, V. M., Soriano-Vidal, F. V., Bonanad-Carrasco, T., Centeno-Rico, L., Vila-Candel, R., . . . Gascha, A. C. (2020). Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Education Today*, 88(21), 104364. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104364>
- Meyer, S., Cignacco, E., Monteverde, S., Trachsel, M., Raio, L., & Oelhafen, S. (2022). 'We felt like part of a production system': A qualitative study on women's experiences of

- mistreatment during childbirth in Switzerland. 17(2), e0264119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264119>
- Mihret, M. S. (2019). Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1), 2-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4614-4>
- Miller, S., & Lalonde, A. (2015). The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, 49-51. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
- Minckas, N., Gram, L., Smith, C., & Mannell, J. (2021). Disrespect and abuse as a predictor of postnatal care utilisation and maternal-newborn well-being- a mixed-methods systematic review. *BMJ Global Health*, 6(4), 1-14. doi:(<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004698>)
- Miyauchi, A., Shishido, E., & Horiuchi, S. (2022). Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(3), e12475. <https://doi.org/10.1111/jjns.12475>
- Molina, R. L., Villar, J., Reyes, A., Elliott, J., Begley, M., Johnson, M., Palazuelos, L., Montaña, M., Flores, H., Semrau, K. E. A., & Palazuelos, D. (2019). Delivery practices and care experience during implementation of an adapted safe childbirth checklist and respectful care program in Chiapas, Mexico. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 145(1), 101–109. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12771>
- Molla, W., Wudneh, A., & Tilahun, R. (2022). Obstetric violence and associated factors among women during facility based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 565. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04895-6>
- Mselle, L. T., Kohi, T. W., & Dol, J. (2018). Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: Findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. *Reproductive Health*, 15(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0583-7>
- Muijs, D. (2011). *Doing Quantitative Research in Education with SPSS*. UK: SAGE.
- Muller, C. and Kronen, H. (Επιμ.) (2010) *Sozialpädagogik nach Karl Mager: Quellen und Diskussion [Social Pedagogy after Karl Mager: Sources and Discussion]*, Bad Heilbrunn, Verlag Julius Klinkhardt
- Munch, A., McPherson, J. M., & Smith-Lovin, L. (1997). Gender, Children, and Social Contact: The Effects of Childrearing for Men and Women. *American Sociological Review*, 62(4), 509. <https://doi.org/10.2307/2657423>
- Murphy, A. V. (2012). Violence, visibility and identity politics. In A. V. Murphy, *Violence and the Philosophical Imaginary* (1η εκδ., σσ. 45–63). State University of New York Press.

- Nawab, T., Erum, U., Amir, A., Khalique, N., Ansari, M. A., & Chauhan, A. (2019). Disrespect and abuse during facility-based childbirth and its sociodemographic determinants – A barrier to healthcare utilization in rural population. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(1), 239-245. doi:doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_247_18
- O'Brien, E., & Rich, M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183-2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)
- OHCHR. (2013). Submission from the Global Respectful Maternity Care Council. Office of the High Commissioner for Human Rights. Ανακτήθηκε από <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/FollowUp2018/GlobalRespectfulMaternityCareCouncil.pdf>
- Okedo-Alex, I. N., Akamike, I. C., Eze, I. I., & Onwasigwe, C. N. (2021). Does disrespect and abuse during childbirth differ between public and private hospitals in Southeast Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 852. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04298-z>
- Opoku, D., Edusei, A., Agyei-Baffour, P., Teddy, G., Polin, K., & Quentin, W. (2021). Ghana: Health system review 2021. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_3), ckab164.577. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.577>
- OVO de Chile. (2016). 8 de marzo: Declaración conjunta de los Observatorios de Violencia Obstétrica. Ανάκτηση 18 Νοεμβρίου, 2022, από Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile: <http://ovochile.cl/destacados/8-de-marzo-declaracion-conjunta-de-los-observatorios-de-la-violencia-obstetrica/>
- Perera, D., Munas, M., Swahnberg, K., Wijewardene, K., Infanti, J. J., & on behalf of the ADVANCE Study Group. (2022). Obstetric Violence Is Prevalent in Routine Maternity Care: A Cross-Sectional Study of Obstetric Violence and Its Associated Factors among Pregnant Women in Sri Lanka's Colombo District. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9997. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169997>
- Perrotte, V., Chaudhary, A., & Goodman, A. (2020). "At Least Your Baby Is Healthy" Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide - A Literature Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10, 1544-1562. <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139>
- Petrie, P. (2015). Social Justice and Social Pedagogy. Στο C. Cooper, S. Gormally, & G. Hughes (Επιμ.), *Socially Just, Radical Alternatives for Education and Youth Work Practice*. London: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137393593_5
- Polachek, I. S., Harari, L. H., Baum, M., & Strous, R. D. (2012). Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder symptoms: The Uninvited Birth Companion. 14.

- Purandare, C. N., & Adanu, R. K. (2015). The unfinished agenda of women's reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(2), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.025>
- Ratcliffe, H. L., Sando, D., Lyatuu, G. W., Emil, F., Mwanyika-Sando, M., Chalamilla, G., Langer, A., & McDonald, K. P. (2016). Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: An exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. *Reproductive Health*, 13(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0187-z>
- Ravaldi, C., Skoko, E., Battisti, A., Cericco, M., & Vannacci, A. (2018). Sociodemographic characteristics of women participating to the LOVE-THEM (Listening to Obstetric Violence Experiences THrough Enunciations and Measurement) investigation in Italy. *Data in Brief*, 19, 226–229. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2018.04.146>
- Ribeiro, D. D. O., Gomes, G. C., Oliveira, A. M. N. D., Alvarez, S. Q., Gonçalves, B. G., & Acosta, D. F. (2020). Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190419. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>
- Rivas-Drake, D., Seaton, E. K., Markstrom, C., Quintana, S., Syed, M., Lee, R. M., Schwartz, S. J., Umaña-Taylor, A. J., French, S., Yip, T., & Ethnic and Racial Identity in the 21st Century Study Group. (2014). Ethnic and Racial Identity in Adolescence: Implications for Psychosocial, Academic, and Health Outcomes. *Child Development*, 85(1), 40–57. <https://doi.org/10.1111/cdev.12200>
- Rodelli, M., Kleio, K., Thorvaldsdottir, K. B., Bilgin, H., Ratsika, N., Testoni, I., & Saint Arnault, D. M. (2021). Conceptual Development and Content Validation of a Multicultural Instrument to Assess the Normalization of Gender-Based Violence against Women. *Sexuality & Culture*, 26, 26–47.
- Rodríguez-Burbano, A. Y., Cepeda, I., Vargas-Martínez, A. M., & De-Diego-Cordero, R. (2021). Assessment of Ambivalent Sexism in University Students in Colombia and Spain: A Comparative Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(3), 1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031009>
- Rothuizen, J. J., & Harbo, L. J. (2017). 'Social Pedagogy: An Approach Without Fixed Recipes. *International Journal of Social Pedagogy*, 6(1), 6–28. <https://doi.org/10.14324/111.444.ijsp.2017.v6.1.002>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

- Sakalli-Ugurlu, N., & Beydogan, B. (2002). Turkish College Students' Attitudes Toward Women Managers: The Effects of Patriarchy, Sexism, and Gender Differences. *The Journal of Psychology*, 136(2), 647-656. <https://doi.org/10.1080/00223980209604825>
- Salter, C. L., Olaniyan, A., Mendez, D. D., & Chang, J. C. (2021). Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. *Violence Against Women*, 27(8), 1019–1027. <https://doi.org/10.1177/1077801221996443>
- Santiago, R. V., Monreal, L. A., Rojas Carmona, A., & Domínguez, M. S. (2018). “If we’re here, it’s only because we have no money...” discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 244. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>
- Sánchez, G. S., & Lugo, G. S. (2015). Violence and collective health: An anthropologic sociocultural challenge. *Comunidad y Salud*, 13(1), 64–77. Ανακτήθηκε από http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-2932015000100010&script=sci_abstract&tlng=en
- Sánchez, G. S., & Lugo, G. J. (2015). Violence and collective health: An anthropologic sociocultural challenge. *Comunidad y Salud*, 13(1), 64–77. Ανάκτηση από http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932015000100010&script=sci_abstract&tlng=en
- Sando, D., Abaya, T., Afesa, A., Banks, K. P., Freedman, L. P., Kujawski, S., . . . Jolivet, R. R. (2017). Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: Lessons learned. *Reproductive Health*, 14(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0389-z>
- Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14(1), 1-27. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
- Saxe, G. R., Mayo, L., & Van der Kolk, B. A. (2017). The impact of trauma on the brain: a review of functional neuroimaging studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 463-475. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.05.006>
- Scambia, G., Viora, E., Chiantera, A., Colacurci, N., & Vicario, M. (2018). “Obstetric violence”: Between misunderstanding and mystification. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 228, 331. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.06.012>
- Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M., & Locci, M. (2022). Obstetric violence in a group of Italian women:

- Socio-demographic predictors and effects on mental health. *Culture, Health & Sexuality*, 24(11), 1466–1480. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1970812>
- Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Weisskirch, R. S., & Rodriguez, L. (2009). The relationships of personal and ethnic identity exploration to indices of adaptive and maladaptive psychosocial functioning. *International Journal of Behavioral Development*, 33(2), 131–144. <https://doi.org/10.1177/0165025408098018>
- Schugurensky, D. (2016). Social Pedagogy in North America: historical background and current developments. *Social Pedagogy in the world*, 26, 225-251. https://doi.org/10.7179/PSRI_2016.27.11
- Serendipia. (2021). Violencia obstétrica en México: parir entre humillaciones, golpes y procedimientos innecesarios. *Ανάκτηση 27 Σεπτεμβρίου, 2022*, from Serendipia: <https://serendipia.digital/datos-y-mas/violencia-obstetrica-en-mexico-parir-entre-humillaciones-golpes-y-procedimientos-innecesarios/>
- Shapiro, J. (2018). “Violence” in medicine: Necessary and unnecessary, intentional and unintentional. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13010-018-0059-y>
- Sharma, G., Penn-Kekana, L., Halder, K., & Filippi, V. (2019). An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: A mixed methods study. *Reproductive Health*, 16(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0668-y>
- Sheferaw, E. D., Mengesha, T. Z., & Wase, S. B. (2016). Development of a tool to measure women's perception of respectful maternity care in public health facilities. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(67), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0848-5>
- Sherman, K. A., Kilby, C. J., Pehlivan, M., & Smith, B. (2021). Adequacy of measures of informed consent in medical practice: A systematic review. *PLOS ONE*, 16(5), e0251485. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251485>
- Sikweyiya, Y., Addo-Lartey, A. A., Alangea, D. O., Dako-Gyeke, P., Chirwa, E. D., Coker-Appiah, D., Adanu, R. M. K., & Jewkes, R. (2020). Patriarchy and gender-inequitable attitudes as drivers of intimate partner violence against women in the central region of Ghana. *BMC Public Health*, 20(1), 682. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08825-z>
- Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., Stein, A., & Coll, C. V. N. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441–447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>

- Siraj, A., Teka, W., & Habtemu, H. (2019). Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(85), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2332-5>
- Smith-Oka, V. (2022). Cutting Women: Unnecessary cesareans as iatrogenesis and obstetric violence. *Social Science & Medicine*, 296, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114734>
- Souza, K. J. de, Rattner, D., & Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saúde Pública*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006549>
- Storø, J. (2012) 'The difficult connection between theory and practice in social pedagogy', *International Journal of Social Pedagogy*, 1(1), σσ. 17–29.
- Symonds, A., & Hunt, S. C. (1996). Social aspects of pregnancy and childbirth. Στο *The Midwife and Society* (σσ. 83-100). London: MACMILLAN. Ανάκτηση από <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-349-13654-4>
- Taylor, D. (2018). Are women's lives (fully) grievable? Gendered framing and sexual violence. In C. Fischer, & D. Luna (Επιμ.), *New Feminist Perspectives on Embodiment* (σσ. 147–165). Cham: Springer International Publishing.
- Taylor, D. (2018). Are women's lives (fully) grievable? Gendered framing and sexual violence. Στο C. Fischer, & L. Dolezal (Επιμ.), *New Feminist Perspectives on Embodiment. Breaking Feminist Waves* (σσ. 147–165). Palgrave Macmillan, Cham. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-72353-2_8
- Tenkorang, E. Y., Owusu, A. Y., Yeboah, E. H., & Bannerman, R. (2013). Factors Influencing Domestic and Marital Violence against Women in Ghana. *Journal of Family Violence*, 28(8), 771–781. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9543-8>
- Theme Filha, M. M., Ayers, S., Gama, S. G. N. da, & Leal, M. do C. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, 194, 159–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
- Trut, V., Sinovčić, P., & Milavić, B. (2022). Initial Validation of the Ambivalent Sexism Inventory in a Military Setting. *Soc. Sci.*, 1(4), 1-22. <https://doi.org/10.3390/socsci11040176>
- Tunçalp, Ö., Were, W. M., MacLennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Bahl, R., . . . Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG*, 122(8), 1045–1049. <https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.13451>

- Úcar, X. (2021). Constructing questions for the social professions of today: the case of social pedagogy. *International Journal of Social Pedagogy*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.14324/111.444.ijsp.2021.v10.x.009>
- United Nations. (2022). Sustainable Development Goals remain EU's "compass". Ανάκτηση 21 Νοεμβρίου, 2022, from Regional Information Centre for Western Europe: <https://unric.org/en/sustainable-development-goals-remain-eus-compass/>
- United Nations General Assembly. (2019). A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. United Nations General Assembly. Ανάκτηση από <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>
- Vedam, S., Stoll, K., Khemet Taiwo, T., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., . . . GVtM-US Steering Council. (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(77), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
- Vivilaki, V., Zemperligkou, E., Iliopoulou, E., Anastasopoulou, E., Giaxi, P., & Lykeridou, K. (2017). The reversed Birth Satisfaction Scale: Translation, adaptation and validation for a Greek sample. *European Journal of Midwifery*, 1(3), 1-10. <https://doi.org/10.18332/ejm/76655>
- Vogel, J., Bohren, M., Tunçalp, Ö., Oladapo, O., & Gülmezoglu, A. (2016). Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(5), 671–674. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13750>
- White Ribbon Alliance. (2013). Annual report. Ανάκτηση 30 Ιανουαρίου, 2022, από The White Ribbon Alliance: <https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/financials/2013AnnualReport.pdf>
- White Ribbon Alliance. (2019). Respectful Maternity Care Charter: The Universal Rights of Women & Newborns. Washington: WRA. Ανάκτηση από https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_FINAL.pdf
- Williams, C. R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizan, J., & Cormick, G. (2018). Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(7). doi:<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15270>
- World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 326(8452), 436-437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3).

- World Health Organization. (2014). Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. Ανάκτηση July 30, 2022, από World Health Organization: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth-govnts-support/en/
- World Health Organization. (2015). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Ανάκτηση 11 Νοεμβρίου 2023, από World Health Organization (WHO) - Iris: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/W?sequence=1>
- World Health Organization. (2016). Greece commits to addressing excessive reliance on caesarean sections. Ανάκτηση 26 Σεπτεμβρίου, 2022, από World Health Organization Regional Office for Europe: <https://www.euro.who.int/en/countries/greece/news/new>
- World Health Organization. (2019). Home/News/New evidence shows significant mistreatment of women during childbirth. Ανάκτηση 21 Δεκεμβρίου, 2022, από World Health Organization: <https://www.who.int/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>
- World Health Organization. (2021). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. Ανάκτηση 25 Νοεμβρίου, 2022, από Word Health Organization: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
- World Health Organization. (2014). Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. Ανάκτηση 30 Ιουλίου, 2022, από World Health Organization: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth-govnts-support/en/
- World Health Organization. (2015). WHO statement on caesarean section rates. Ανάκτηση 27 Σεπτεμβρίου, 2022, από World Health Organization: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2016). Greece commits to addressing excessive reliance on caesarean sections. Ανάκτηση 26 Σεπτεμβρίου, 2022, από World Health Organization Regional Office for Europe: <https://www.euro.who.int/en/countries/greece/news/new>
- World Health Organization. (2019). New WHO evidence on mistreatment of women during. Ανάκτηση 30 Ιουλίου, 2022, από World Health Organization: <https://www.who.int/news/item/09-10-2019-mistreatment-of-women-during-childbirth>
- Yakupova, V., Suarez, A., & Kharchenko, A. (2021). Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia. *International Journal*

of Environmental Research and Public Health, 19(1), 335.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19010335>

Yalley, A. A., Abioye, D., Appiah, S. C. Y., & Hoeffler, A. (2023). Abuse and humiliation in the delivery room: Prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. *Frontiers in Public Health*, 11, 988961. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.988961>

Zampas, C., Amin, A., O'Hanlon, L., Bjerregaard, A., Mehrtash, H., Khosla, R., & Tunçalp, Ö. (2020). Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth. *Health and Human Rights Journal*, 22(1), 251-264. Ανακτήθηκε από <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32669805/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΚΑΚΟΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΑ ΚΑΙ Η ΚΑΝΟΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αρκετές γυναίκες αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια της γέννας τις κακομεταχειρίστηκαν ή τις αντιμετώπισαν με ασέβεια. Καθώς η ΜΒ αναφέρεται ως μία μορφή έμφυλης βίας και μάλιστα από τις πιο κανονικοποιημένες και αφανείς μορφές βίας κατά των γυναικών, θα θέλαμε να γνωρίζουμε πόσο συχνό είναι αυτό το φαινόμενο. Για τον λόγο αυτό, θα θέλαμε να σας κάνουμε κάποιες ερωτήσεις για την εμπειρία σας σε σχέση με τη γέννα και τις γενικότερες σκέψεις σας πάνω στους έμφυλους ρόλους. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις, θέλουμε απλώς να κατανοήσουμε τις εμπειρίες σας. Καμία από τις πληροφορίες που θα δώσετε δεν θα συνδεθεί με το όνομά σας, το όνομα των παιδιών σας ή με την δυνατότητα τη δική σας ή οποιουδήποτε μέλους της οικογένειάς σας να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας στο μέλλον. Για να συμμετέχετε στην έρευνα θα πρέπει σήμερα να είστε τουλάχιστον 18 ετών, να έχετε γεννήσει σε ελληνικό νοσοκομείο τουλάχιστον 1 φορά από το διάστημα 01/01/2014 έως σήμερα και να κατανοείται την απλή γραπτή ελληνική γλώσσα. Παρακαλούμε, γνωρίζετε ότι κάποιες από τις ερωτήσεις πιθανόν να συνδέονται με τραυματικές εμπειρίες δικές σας ή άλλου ατόμου που γνωρίζετε γι' αυτό συμμετέχετε μόνο αν αποδέχεστε αυτό το ενδεχόμενο. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα χρειαστείτε περίπου 20 λεπτά και θα χρειαστεί να συμπληρώσετε τις απαντήσεις σε συνθήκες ηρεμίας που ευνοούν την απερίσπαστη προσοχή σας. Τέλος, αν γνωρίζετε κάποιον/α που θα επιθυμούσε να συμμετέχει στην έρευνα μπορείτε να του προωθήσετε το ερωτηματολόγιο.

1. Είμαι άνω των 18 ετών.
 - a. Ναι
 - b. Όχι (Τερματισμός ερωτηματολογίου)
2. Έχω γεννήσει σε ελληνικό νοσοκομείο από 01/01/2014 έως σήμερα τουλάχιστον 1 φορά.
 - a. Ναι
 - b. Όχι (Τερματισμός ερωτηματολογίου)
3. Κατανοώ επαρκώς την απλή γραπτή ελληνική γλώσσα.
 - a. Ναι
 - b. Όχι (Τερματισμός ερωτηματολογίου)
4. Γνωρίζω και αποδέχομαι πως κάποιες από τις ερωτήσεις πιθανώς να συνδέονται με τραυματικές εμπειρίες δικές μου ή άλλου ατόμου που γνωρίζω.
 - a. Ναι

- b. Όχι (Τερματισμός ερωτηματολογίου)
- 5. Οι απαντήσεις μου θα δοθούν σε συνθήκες ηρεμίας που ευνοούν την απερίσπαστη προσοχή μου ηρεμία.
 - a. Ναι
 - b. Όχι (Τερματισμός ερωτηματολογίου)
- 6. Γνωρίζοντας όλα τα παραπάνω συναινώ να συμμετέχω στην έρευνα.
 - a. Ναι
 - b. Όχι (Τερματισμός ερωτηματολογίου)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- 7. Η ηλικία σας σήμερα είναι:
 - a. 18-23 ετών
 - b. 24-29 ετών
 - c. 30-35 ετών
 - d. 36-41 ετών
 - e. 42-47 ετών
 - f. 47-52 ετών
 - g. 52+ ετών
- 8. Η ηλικία σας στη γέννα που θα αναφερθείτε ήταν:
 - a. Κάτω των 18 ετών
 - b. 18-23 ετών
 - c. 24-29 ετών
 - d. 30-35 ετών
 - e. 36-41 ετών
 - f. 42-47 ετών
 - g. 47-52 ετών
 - h. 52+ ετών
- 9. Η οικογενειακή σας κατάσταση σήμερα είναι:
 - a. Ελεύθερη/ος/ο (ή διαζευγμένη/ος/ο)
 - b. Σε σχέση
 - c. Παντρεμένη/ος/ο
- 10. Η οικογενειακή σας κατάσταση στη γέννα που θα αναφερθείτε ήταν:

- a. Ελεύθερη/ος/ο (ή διαζευγμένη/ος/ο)
- b. Σε σχέση
- c. Παντρεμένη/ος/ο

11. Το μορφωτικό σας επίπεδο σήμερα είναι (αναφέρετε το ανώτερο που αντιστοιχεί σε εσάς):

- a. Έως γυμνάσιο ή λιγότερο
- b. Έως λύκειο ή αντίστοιχο
- c. Έως μεταδευτεροβάθμια/ΙΕΚ/αντίστοιχο επίπεδο
- d. Έως τριτοβάθμια/βασικό πτυχίο ΑΕΙ-ΤΕΙ/προπτυχιακό/αντίστοιχο επίπεδο
- e. Έως μεταπτυχιακό
- f. Διδακτορικό ή και ανώτερο

12. Το μορφωτικό σας επίπεδο στη γέννα που θα αναφερθείτε ήταν (αναφέρετε το ανώτερο που αντιστοιχούσε σε εσάς):

- a. Έως γυμνάσιο ή λιγότερο
- b. Έως λύκειο ή αντίστοιχο
- c. Έως μεταδευτεροβάθμια/ΙΕΚ/αντίστοιχο επίπεδο
- d. Έως τριτοβάθμια/βασικό πτυχίο ΑΕΙ-ΤΕΙ/προπτυχιακό/αντίστοιχο επίπεδο
- e. Έως μεταπτυχιακό
- f. Διδακτορικό ή και ανώτερο

13. Η εθνικότητά σας είναι:

- a. Ελληνική
- b. Άλλη

14. Η γέννα στην οποία θα αναφερθείτε έγινε σε:

- a. Δημόσιο νοσοκομείο
- b. Ιδιωτικό νοσοκομείο

15. Στη γέννα στην οποία θα αναφερθείτε γεννήσατε με:

- a. Με προγραμματισμένο ραντεβού
- b. Χωρίς ραντεβού

16. Γνωρίζατε τον/ην γιατρό που σας ξεγέννησε στη συγκεκριμένη γέννα;

- a. Ναι

b. Όχι

17. Γνωρίζατε τη μαία ή τον μαιευτήρα που σας περιέθαλψε στη συγκεκριμένη γέννα;

a. Ναι

b. Όχι

18. Πόσες φορές έχετε γεννήσει έως σήμερα;

a. 1

b. 2

c. 3

d. 4 ή περισσότερες

19. Σε ποια γέννα σας θα αναφερθείτε;

a. 1

b. 2

c. 3

d. 4 ή επόμενη

20. Στη γέννα στην οποία θα αναφερθείτε γεννήσατε με:

a. Φυσιολογικό τοκετό

b. Υποβοηθούμενο φυσιολογικό τοκετό (π.χ. χρήση βεντουζών ή κουτάλων)

c. Καισαρική τομή

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΒΙΑ

Σας συνέβη οτιδήποτε από τα παρακάτω από οποιονδήποτε/οποιαδήποτε επαγγελματία υγείας ή άλλο μέλος του προσωπικού;

21. Σας τσίμπησαν (π.χ. σε πρόσωπο, σώμα, μηρούς);

a. Ναι

b. Όχι

c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

d. Δεν γνωρίζω

22. Σας χαστούκισαν (π.χ. σε πρόσωπο, σώμα, μηρούς);

a. Ναι

b. Όχι

- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

23. Σας ακινητοποίησαν στο κρεβάτι;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

24. Σας πίεσαν την κοιλιά με δύναμη προς τα κάτω (ισχυρή κοιλιακή πίεση) πριν τη γέννηση του μωρού;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

ΛΕΚΤΙΚΗ ΒΙΑ

Σας συνέβη οτιδήποτε από τα παρακάτω από οποιονδήποτε/οποιαδήποτε επαγγελματία υγείας ή άλλο μέλος του προσωπικού;

25. Σας φώναξαν ή ούρλιαξαν;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

26. Σας επέπληξαν;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

27. Έκαναν αρνητικά σχόλια για τη σεξουαλική σας δραστηριότητα;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

d. Δε γνωρίζω

28. Σας απείλησαν ότι αν δεν συμμορφωθείτε εσείς ή το μωρό σας θα έχετε κακή έκβαση;

a. Ναι

b. Όχι

c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

d. Δε γνωρίζω

ΜΗ ΤΗΡΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Σας συνέβη οτιδήποτε από τα παρακάτω από οποιονδήποτε/οποιαδήποτε επαγγελματία υγείας ή άλλο μέλος του προσωπικού;

29. Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει κολπική εξέταση;

a. Ναι

b. Όχι

c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

d. Δε γνωρίζω

30. Ζήτησε την άδειά σας πριν σας κάνει κολπική εξέταση;

a. Ναι

b. Όχι

c. Δε μου πρότειναν κολπική εξέταση

d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

e. Δε γνωρίζω

31. Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει πρόκληση τοκετού;

a. Ναι

b. Όχι

c. Δε μου πρότειναν πρόκληση τοκετού

d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

e. Δε γνωρίζω

32. Ζήτησε την άδειά σας πριν κάνει την πρόκληση τοκετού;

a. Ναι

b. Όχι

c. Δε μου πρότειναν πρόκληση τοκετού

- d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- e. Δε γνωρίζω

33. Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει επισιοτομή;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δε μου πρότειναν επισιοτομή
- d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- e. Δε γνωρίζω

34. Ζήτησε την άδειά σας πριν σας κάνει επισιοτομή;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δε μου πρότειναν επισιοτομή
- d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- e. Δε γνωρίζω

35. Σας εξήγησε επαγγελματίας υγείας γιατί χρειαζόταν να γίνει καισαρική τομή;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δε μου πρότειναν καισαρική
- d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- e. Δε γνωρίζω

36. Ζήτησε την άδειά σας πριν κάνει την καισαρική;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δε μου πρότειναν καισαρική
- d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- e. Δε γνωρίζω

37. Οι κολπικές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με ιδιωτικότητα (με τρόπο που οι άλλοι να μην μπορούν να βλέπουν);

- a. Ναι
- b. Όχι

- c. Δεν μου έγινε κολπική εξέταση
- d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- e. Δεν γνωρίζω

38. Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο αισθανθήκατε τους επαγγελματίες υγείας να σας αγνοούν;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δεν γνωρίζω

39. Σας ρώτησαν αν επιθυμείτε κάποιο μέσο ανακούφισης από τον πόνο;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δεν γνωρίζω

40. Σας αρνήθηκαν τη χορήγηση μέσων ανακούφισης από τον πόνο, εφόσον τα ζητήσατε;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν ζήτησα
- d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- e. Δεν γνωρίζω

41. Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο χρειάστηκε να περιμένετε για μεγάλα χρονικά διαστήματα μέχρι να σας δει κάποιος επαγγελματίας υγείας;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δεν γνωρίζω

42. Ήταν παρών/ούσα κάποιος/α επαγγελματίας υγείας όταν ήρθε το μωρό;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

d. Δε γνωρίζω

ΠΤΩΧΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ/ΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σας συνέβη οτιδήποτε από τα παρακάτω από τους/ις επαγγελματίες υγείας ή άλλο προσωπικό κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο;

43. Αισθανθήκατε συναισθηματική υποστήριξη από τους/ις επαγγελματίες υγείας

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

44. Οι επαγγελματίες υγείας άκουγαν τις ανησυχίες σας;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

45. Σας επέτρεπαν να είναι παρών/ούσα συνοδός την οποιαδήποτε στιγμή;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

46. Σας ενημέρωσαν ότι κατά τη γέννα μπορείτε να περπατάτε ή να μετακινείστε;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Σας συνέβη οτιδήποτε από τα παρακάτω κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο από οποιονδήποτε/οποιαδήποτε επαγγελματία υγείας ή άλλο προσωπικό;

47. Χρησιμοποιήθηκαν κουρτίνες, παραβάν ή άλλα μέσα για να σας παρέχουν ιδιωτικότητα από άλλες γυναίκες, τους συγγενείς τους ή επαγγελματίες που δεν είχαν σχέση με την δική σας περίθαλψη;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

48. Είχατε κρεββάτι σε όλη τη διάρκεια της παραμονής σας στο μαιευτήριο;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

49. Χρειάστηκε να μοιραστείτε το κρεββάτι σας οποιαδήποτε στιγμή με άλλη γυναίκα ή γυναίκες;

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

50. Το προσωπικό πρότεινε ή ζήτησε εξαγορά, χρηματισμό ή δώρο από εσάς (ή από συγγενείς ή φίλους σας);

- a. Ναι
- b. Όχι
- c. Δεν επιθυμώ να απαντήσω
- d. Δε γνωρίζω

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ

51. Στη συγκεκριμένη γέννα μου αισθάνομαι πως υπέστην κακομεταχείριση ή/και βία.

- a. Συμφωνώ έντονα
- b. Συμφωνώ αρκετά
- c. Συμφωνώ λίγο
- d. Διαφωνώ λίγο (Μετάβαση κατευθείαν στην ερώτηση 55)
- e. Διαφωνώ αρκετά (Μετάβαση κατευθείαν στην ερώτηση 55)
- f. Διαφωνώ έντονα (Μετάβαση κατευθείαν στην ερώτηση 55)

ΜΟΙΡΑΣΜΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ

52. Μιλήσατε για αυτή σας την εμπειρία σε κάποιον/α;

- a. Όχι
- b. Ναι, στον/η σύντροφό μου
- c. Ναι, σε συγγενικό/φιλικό πρόσωπο
- d. Ναι, σε αρμόδιο του νοσοκομείου
- e. Ναι, στον/ην σύντροφό μου και σε συγγενικό/φιλικό πρόσωπο
- f. Ναι, στον/η σύντροφό μου και σε αρμόδιο του νοσοκομείου
- g. Ναι, σε συγγενικό/φιλικό πρόσωπο και σε αρμόδιο του νοσοκομείου
- h. Σε όλους τους παραπάνω
- i. Αλλού

53. Σκεφτήκατε ότι χρειαζόσασταν να συζητήσετε για την εμπειρία σας με κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας (π.χ. ψυχολόγο);

- a. Ναι
- b. Ίσως
- c. Όχι
- d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

54. Αισθάνεστε πως η εμπειρία σας επηρέασε τις προθέσεις σας για μελλοντική εγκυμοσύνη;

- a. Ναι
- b. Ίσως
- c. Όχι
- d. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ

Παρακάτω περιγράφονται κάποιες υποθετικές συμπεριφορές επαγγελματιών υγείας κατά την περίθαλψη εγκύων γυναικών. Απαντήστε κατά πόσο εγκρίνετε ή αποδοκιμάζετε τις συγκεκριμένες συμπεριφορές, ανεξάρτητα από το εάν έχουν συμβεί σε εσάς.

55. Μία γυναίκα στο δεύτερο στάδιο του τοκετού κλείνει επανειλημμένα τα πόδια της. Μια μαία/ένας μαιευτήρας της λέει ότι δεν πρέπει να το κάνει αυτό γιατί πιστεύει ότι το μωρό δεν θα βγει, όμως η γυναίκα συνεχίζει να βάζει τα πόδια της μαζί. Κάθε φορά που η γυναίκα κλείνει τα πόδια της η μαία/ο μαιευτήρας της χαστουκίζει τα πόδια και της τα ανοίγει με δύναμη. Πως κρίνετε τη στάση της μαίας/του μαιευτήρα;

- a. Την εγκρίνω απόλυτα
- b. Την εγκρίνω αρκετά

- c. Την εγκρίνω λίγο
- d. Την αποδοκιμάζω λίγο
- e. Την αποδοκιμάζω αρκετά
- f. Την αποδοκιμάζω απόλυτα

56. Εφαρμόστηκε επισιοτομή (χειρουργικό κόψιμο στο άνοιγμα του κόλπου) σε μαιευτική δομή υγείας λόγω εμβρυϊκής δυσχέρειας. Η γυναίκα είναι αναλφάβητη και προέρχεται από αγροτική περιοχή. Η μαία/ο μαιευτήρας πιστεύει ότι η γυναίκα δε θα κατανοήσει την ιατρική διαδικασία και ότι το να της εξηγήσει θα ήταν χάσιμο χρόνου. Προκειμένου να επισπεύσει τη γέννα η μαία/ο μαιευτήρας εφαρμόζει την επισιοτομή χωρίς καμία εξήγηση και χωρίς να πάρει την έγκριση της γυναίκας. Πως κρίνετε τη στάση της μαίας/του μαιευτήρα;

- a. Την εγκρίνω απόλυτα
- b. Την εγκρίνω αρκετά
- c. Την εγκρίνω λίγο
- d. Την αποδοκιμάζω λίγο
- e. Την αποδοκιμάζω αρκετά
- f. Την αποδοκιμάζω απόλυτα

57. Σε μια μέρα με πολύ δουλειά, το δωμάτιο εισαγωγών ενός περιφερειακού ενός νοσοκομείου είναι υπερπλήρες με πολλά επείγοντα περιστατικά. Κατά την εισαγωγή ενός περιστατικού, μίας γυναίκας σε προχωρημένο τοκετό που έχει κοιλιακή αιμορραγία και είναι πολύ αγχωμένη – η μαία/ο μαιευτήρας δεν παρέχει πληροφορίες στη γυναίκα ή στην αδερφή της που τη συνοδεύει για το τί κάνει ή για τυχόν ευρήματα από τις εξετάσεις. Πως κρίνετε τη στάση της μαίας/του μαιευτήρα;

- a. Την εγκρίνω απόλυτα
- b. Την εγκρίνω αρκετά
- c. Την εγκρίνω λίγο
- d. Την αποδοκιμάζω λίγο
- e. Την αποδοκιμάζω αρκετά
- f. Την αποδοκιμάζω απόλυτα

58. Μία μαία/ένας μαιευτήρας περιθάλπει μία γυναίκα σε τοκετό που είναι θετική στον HIV. Προκειμένου να ελαχιστοποιήσει τον κίνδυνο μόλυνσης, η μαία/ο μαιευτήρας κατά τη διάρκεια του μεσημεριανού διαλείμματος στην καφετέρια πιστεύει ότι πρέπει να το πει σε

έναν/μία συνάδελφο που δουλεύει στα εξωτερικά ιατρεία και δεν σχετίζεται άμεσα με την περίθαλψη της αυτής της γυναίκας. Πως κρίνετε τη στάση της μαίας/του μαιευτήρα;

- a. Την εγκρίνω απόλυτα
- b. Την εγκρίνω αρκετά
- c. Την εγκρίνω λίγο
- d. Την αποδοκιμάζω λίγο
- e. Την αποδοκιμάζω αρκετά
- f. Την αποδοκιμάζω απόλυτα

59. Ένα 16χρονο κορίτσι στην 10η εβδομάδα κύησης επισκέπτεται μία υγειονομική μονάδα προκειμένου να έχει μία ασφαλή άμβλωση στο νοσοκομείο. Πρωτού πραγματοποιηθεί η διαδικασία, το κορίτσι ερωτάται αν έχει υποβληθεί ξανά σε διακοπή κύησης. Το κορίτσι αναφέρει ότι έχει υποβληθεί δύο φορές σε άμβλωση τα δύο προηγούμενα δύο χρόνια λόγω κακής εφαρμογής αντισύλληψης. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας κλαίει δυνατά παρότι έχει λάβει παυσίπονα. Μία μαία/ένας μαιευτήρας της λέει με αυστηρό τρόπο «Αν η διαδικασία σου φαίνεται επίπονη, σταμάτα να κοιμάσαι με άντρα σε κάθε ευκαιρία!». Πως κρίνετε τη στάση της μαίας/του μαιευτήρα;

- a. Την εγκρίνω απόλυτα
- b. Την εγκρίνω αρκετά
- c. Την εγκρίνω λίγο
- d. Την αποδοκιμάζω λίγο
- e. Την αποδοκιμάζω αρκετά
- f. Την αποδοκιμάζω απόλυτα

60. Μία μαία/ένας μαιευτήρας εργάζεται σε ένα κέντρο υγείας και παρέχει όλα τα είδη υπηρεσιών μητρικής περίθαλψης. Υπάρχουν πολλές γυναίκες που περιμένουν τη σειρά τους. Κάποιοι πελάτες είναι από το ίδιο μέρος με τη μαία/τον μαιευτήρα. Κάποιες άλλες γυναίκες που μιλάνε διαφορετική γλώσσα είχαν φτάσει στη δομή νωρίτερα, ωστόσο αυτά η μαία/ο μαιευτήρας φροντίζει πρώτα τις γυναίκες από την περιοχή της/του. Πως κρίνετε τη στάση της μαίας/του μαιευτήρα;

- a. Την εγκρίνω απόλυτα
- b. Την εγκρίνω αρκετά
- c. Την εγκρίνω λίγο
- d. Την αποδοκιμάζω λίγο
- e. Την αποδοκιμάζω αρκετά

f. Την αποδοκιμάζω απόλυτα

61. Μία μαία/ ένας μαιευτήρας πιστεύει ότι αν επιτραπούν οι συνοδοί στην αίθουσα τοκετού, θα τεθεί σε κίνδυνο η καθαριότητα του χώρου, κάτι που θέτει σε κίνδυνο την υγεία των νεογέννητων. Επιπλέον, η μαία/ ο μαιευτήρας πιστεύει ότι οι συνοδοί μειώνουν την ιδιωτικότητα των ασθενών, δεδομένου ότι γεννούν στο ίδιο δωμάτιο πολλές γυναίκες. Μια γυναίκα ρωτά εάν η μητέρα της μπορεί να είναι παρούσα κατά τον τοκετό της αλλά η μαία/ ο μαιευτήρας αρνείται αυτό το αίτημα για τους παραπάνω λόγους. Πως κρίνετε τη στάση της μαίας/του μαιευτήρα;

- a. Την εγκρίνω απόλυτα
- b. Την εγκρίνω αρκετά
- c. Την εγκρίνω λίγο
- d. Την αποδοκιμάζω λίγο
- e. Την αποδοκιμάζω αρκετά
- f. Την αποδοκιμάζω απόλυτα

62. Μια μητέρα με αιμορραγία μετά τον τοκετό φτάνει σε μια υγειονομική μονάδα ύστερα από τοκετό στο σπίτι. Έχει χάσει περίπου 400 ml αίματος μέσα στις πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό και δεν είναι καλά. Περιμένει δύο ώρες για μια μαία/ έναν μαιευτήρα που εργάζεται μόνη της/μόνος του για να ολοκληρώσει την περίθαλψη 2 τοκετών. Μετά τους τοκετούς, η μαία/ο μαιευτήρας είναι εξαντλημένη/ος και θέλει να πάει σπίτι καθώς η προγραμματισμένη βάρδια τελείωσε. Ως εκ τούτου, η μαία/ ο μαιευτήρας αποφασίζει να παραπέμψει τη γυναίκα σε άλλη υγειονομική μονάδα η οποία απέχει μία ώρα. Πως κρίνετε τη στάση της μαίας/του μαιευτήρα;

- a. Την εγκρίνω απόλυτα
- b. Την εγκρίνω αρκετά
- c. Την εγκρίνω λίγο
- d. Την αποδοκιμάζω λίγο
- e. Την αποδοκιμάζω αρκετά
- f. Την αποδοκιμάζω απόλυτα

63. Μια γυναίκα θέλει να γεννήσει σε γονατιστή στάση, ωστόσο η μαία/ο μαιευτήρας πιστεύει ότι το κρεβάτι δεν είναι κατάλληλο για αυτή τη στάση. Ως εκ τούτου, η μαία/ο μαιευτήρας αναγκάζει τη γυναίκα να γεννήσει σε ξαπλωμένη θέση. Πως κρίνετε τη στάση της μαίας/του μαιευτήρα;

- a. Την εγκρίνω απόλυτα
- b. Την εγκρίνω αρκετά
- c. Την εγκρίνω λίγο
- d. Την αποδοκιμάζω λίγο
- e. Την αποδοκιμάζω αρκετά
- f. Την αποδοκιμάζω απόλυτα

64. Μια μαία/ένας μαιευτήρας φροντίζει μια γυναίκα που ήρθε για να γεννήσει σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο. Στο ίδιο δωμάτιο φροντίζονται και άλλες γυναίκες. Η γυναίκα φωνάζει και κλαίει και άλλοι αισθάνονται ενοχλημένοι. Το υγειονομικό προσωπικό δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί κατά την εκτέλεση εργασιών ρουτίνας. Μια μαία/ένας μαιευτήρας λέει στη γυναίκα να είναι ήσυχη, ωστόσο η γυναίκα συνεχίζει να κάνει πολύ θόρυβο. Τελικά, η μαία/ο μαιευτήρας φωνάζει στη γυναίκα να κάνει ησυχία χρησιμοποιώντας πολύ σκληρή γλώσσα. Πως κρίνετε τη στάση της μαίας/του μαιευτήρα;

- a. Την εγκρίνω απόλυτα
- b. Την εγκρίνω αρκετά
- c. Την εγκρίνω λίγο
- d. Την αποδοκιμάζω λίγο
- e. Την αποδοκιμάζω αρκετά
- f. Την αποδοκιμάζω απόλυτα

ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΜΦΥΛΟΥΣ ΡΟΛΟΥΣ

65. Ανεξάρτητα από το πόσο επιτυχημένος είναι, ένας άντρας δεν είναι πραγματικά ολοκληρωμένος ως άτομο αν δεν έχει την αγάπη μιας γυναίκας.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

66. Στην πραγματικότητα πολλές γυναίκες επιζητούν ειδικές χάρες όπως πολιτικές για προσλήψεις που τους ευνοούν σε σχέση με τους άντρες, υπό το πρόσχημα ότι ζητάνε "ισότητα".

- a. Διαφωνώ έντονα

- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

67. Σε μία καταστροφή οι γυναίκες δεν πρέπει απαραίτητα να διασώζονται πριν από τους άντρες.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

68. Οι περισσότερες γυναίκες ερμηνεύουν αθώες παρατηρήσεις ή πράξεις σαν σεξιστικές (σεξισμός = προκατάληψη ή διάκριση με βάση το φύλο, εν προκειμένω επειδή είναι γυναίκες).

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

69. Οι γυναίκες προσβάλλονται υπερβολικά εύκολα.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

70. Οι άνθρωποι συχνά είναι πραγματικά ευτυχισμένοι στη ζωή τους χωρίς να έχουν ερωτική σχέση με άτομο του άλλου φύλου.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

71. Οι φεμινίστριες δεν επιδιώκουν οι γυναίκες να έχουν περισσότερη εξουσία από τους άντρες.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

72. Πολλές γυναίκες έχουν μία ποιότητα αγνότητας που λίγοι άντρες διαθέτουν.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

73. Οι γυναίκες πρέπει να λαμβάνουν αγάπη και προστασία από τους άντρες.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

74. Οι περισσότερες γυναίκες αποτυγχάνουν να εκτιμήσουν πλήρως όλα όσα κάνουν οι άντρες για αυτές.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως

- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

75. Οι γυναίκες επιζητούν να κερδίσουν εξουσία αποκτώντας τον έλεγχο πάνω στους άντρες.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

76. Κάθε άντρας θα έπρεπε να έχει μία γυναίκα την οποία λατρεύει.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

77. Οι άντρες είναι ολοκληρωμένοι χωρίς τις γυναίκες.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

78. Οι γυναίκες μεγαλοποιούν τα προβλήματα που έχουν στη δουλειά.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως

f. Συμφωνώ έντονα

79. Μόλις μία γυναίκα κάνει έναν άντρα να δεσμευτεί μαζί της συνήθως προσπαθεί να του "σφίξει το λουριά".

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

80. Όταν οι γυναίκες χάνουν από τους άντρες σε ένα δίκαιο διαγωνισμό συνήθως παραπονούνται ότι υφίστανται διακρίσεις.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

81. Μία καλή γυναίκα ο άντρας της πρέπει να τη βάζει σε "βάθρο".

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως
- f. Συμφωνώ έντονα

82. Στην πραγματικότητα πολύ λίγες γυναίκες ευχαριστιούνται να πειράζουν τους άντρες δείχνοντας πως είναι σεξουαλικά διαθέσιμες και μετά να αρνούνται τις προσεγγίσεις τους.

- a. Διαφωνώ έντονα
- b. Διαφωνώ κάπως
- c. Διαφωνώ ελαφρώς
- d. Συμφωνώ ελαφρώς
- e. Συμφωνώ κάπως

f. Συμφωνώ έντονα

83. Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες τείνουν να έχουν ανώτερη ηθική ευαισθησία.

a. Διαφωνώ έντονα

b. Διαφωνώ κάπως

c. Διαφωνώ ελαφρώς

d. Συμφωνώ ελαφρώς

e. Συμφωνώ κάπως

f. Συμφωνώ έντονα

84. Οι άντρες πρέπει να είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν τη δική τους ευημερία προκειμένου να εξασφαλίσουν οικονομικά τις γυναίκες της ζωής τους.

a. Διαφωνώ έντονα

b. Διαφωνώ κάπως

c. Διαφωνώ ελαφρώς

d. Συμφωνώ ελαφρώς

e. Συμφωνώ κάπως

f. Συμφωνώ έντονα

85. Οι φεμινίστριες έχουν απολύτως λογικές απαιτήσεις από τους άντρες.

a. Διαφωνώ έντονα

b. Διαφωνώ κάπως

c. Διαφωνώ ελαφρώς

d. Συμφωνώ ελαφρώς

e. Συμφωνώ κάπως

f. Συμφωνώ έντονα

86. Οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες τείνουν να έχουν μία πιο εκλεπτυσμένη αίσθηση κουλτούρας και καλό γούστο.

a. Διαφωνώ έντονα

b. Διαφωνώ κάπως

c. Διαφωνώ ελαφρώς

d. Συμφωνώ ελαφρώς

e. Συμφωνώ κάπως

f. Συμφωνώ έντονα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Οι απόψεις, οι πληροφορίες και οι αναφορές που περιλαμβάνονται στην παρούσα εργασία βασίζονται σε εκτενή βιβλιογραφική έρευνα και δεν αντικατοπτρίζουν απαραίτητα τις προσωπικές απόψεις της ερευνήτριας. Η παρουσίαση των δεδομένων και των συμπερασμάτων γίνεται με στόχο την επιστημονική ανάλυση και τη βαθύτερη κατανόηση του θέματος της Μαιευτικής Βίας και της κανονικοποίησής της και σε καμία περίπτωση δεν παροτρύνεται ή αποτρέπεται η εφαρμογή συγκεκριμένων ιατρικών πράξεων, επεμβάσεων ή χειρισμών. Σε καμία περίπτωση δεν επιθυμείται η αποσπασματική ερμηνεία των πληροφοριών ή η υπονόμηση της μαιευτικής επιστήμης, των επαγγελματιών υγείας ή των χώρων υγειονομικής περίθαλψης και δεν υπονοείται η ότι η ΜΒ αφορά όλες τις γεννήσεις.

Οι ιατρικές αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τους/ις αρμόδιους/ες επαγγελματίες υγείας και τους/ις ωφελούμενους/ες χρήστες/ριες υπηρεσιών υγείας με βάση τις ατομικές τους ανάγκες και συνθήκες. Πρωτόκολλα που αφορούν την κατάλληλη, ασφαλή και με σεβασμό μητρική φροντίδα έχουν διαμορφωθεί από διεθνείς φορείς και οργανισμούς όπως ο World Health Organization και είναι διαθέσιμα στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως παρότι το φαινόμενο της ΜΒ αναφέρεται σε γέννες που πραγματοποιούνται στο περιβάλλον του νοσοκομείου, με τη συγκεκριμένη διερεύνηση δεν επιθυμείται η καθοδήγηση των γυναικών σε γέννα είτε στο νοσοκομειακό είτε στο οικιακό περιβάλλον. Αντίθετα, πρόθεση είναι η διερεύνηση της ΜΒ με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της ασφαλούς και με σεβασμό εμπειρίας της γέννας στο νοσοκομείο, ακριβώς ώστε η όποια επιλογή της γυναίκας να γεννήσει είτε στο ένα, είτε στο άλλο περιβάλλον να είναι προϊόν πηγαίας και ελεύθερης απόφασης και όχι τρόπος διαχείρισης και αποφυγής της όποιας πιθανής κακομεταχείρισης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΙ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΓΕΝΝΑΣ

Ministry of Public Health. (2017). *Operational Guidance for Respectful Maternity Care for Health Care Providers* (Document No. afg-mn-32-01). Ministry of Public Health.

Ministry of Health and Sanitation. (2015). *Operational Guidance: Antenatal Care Protocol* (Document No. lbr-cc-10-01). Ministry of Health and Sanitation

Pan American Health Organization. (2023). *Tool for Promoting Culturally Safe Childbirth: Basic Manual* (ISBN: 978-92-75-12569-4). Pan American Health Organization.

<https://doi.org/10.37774/9789275125694>

World Health Organization. (2015). *WHO Safe Childbirth Checklist*. WHO/HIS/SDS/2015.26.

<https://www.who.int/patientsafety>