



DISFOR

Dipartimento di Scienze della Formazione

PROGETTO DI RICERCA PROFESSIONALIZZANTE**(tirocinio interno)**

(da compilare a cura del docente)

IMPORTANTE: tale modulo è da consegnare a mano o via e-mail almeno 15 giorni prima della data di partenza del tirocinio, per l'approvazione da parte della commissione e conseguente pubblicazione online.

Per consegna a mano: sul documento cartaceo deve essere apposta la firma in originale e non come immagine. Non saranno accettati dall'Ufficio Tirocini documenti scansionati e stampati al computer o fotocopiati.

Per consegna via e-mail: inviare il modulo pdf compilato al computer dall'indirizzo email ufficiale di struttura del docente.

ANNO ACCADEMICO:

PER LAUREA IN: TRIENNALE (specificare): _____
 SPECIALISTICA (specificare): _____
 MAGISTRALE (specificare): _____

DOCENTE PROPONENTE:**REFERENTE/I A CUI RIVOLGERSI:**

(mail, telefono ed eventuali orari di ricevimento)

DIPARTIMENTO DI SVOLGIMENTO:**TITOLO DELLA RICERCA:****SINTESI DEI CONTENUTI E DELLE ATTIVITÀ:**

(allegare eventuali documenti scrivendo vedere allegato)

NUMERO POSTI DISPONIBILI:**DI CUI CONTEMPORANEI:****OPPURE A ROTAZIONE:****ORE DI IMPEGNO RICHIESTO:** 500**LA CONSEGNA DEL PTPR DOVRA' ESSERE FATTA ENTRO IL GIORNO PREVISTO, COME DA SCADENZARIO ONLINE****PERIODI DI VALIDITÀ E DISPONIBILITÀ**(come da scadenario online) **INIZIO** (gg/mm/aaaa):(come da scadenario online) **FINE** (gg/mm/aaaa):

Semestre 01

Semestre 02

Semestre 03

Semestre 04

Semestre 05

Semestre 06

EVENTUALI PROPEDEUTICITÀ DI ESAMI:

(è a discrezione del singolo docente e non è obbligatoria)

INDIRIZZI DI EVENTUALI TRASFERTE PREVISTE:

(nome sede, indirizzo e periodo)

(allegare eventuale lista scrivendo vedere allegato trasferite)

GENOVA, il

Firma originale docente proponente solo in caso di consegna a mano



La percezione degli spazi della nascita in madri, partner e operatori

Referente scientifico: Laura Migliorini
*Dipartimento di Scienze della Formazione, Università
degli Studi di Genova*

Lista Centri Partecipanti

AOU Careggi – Centro Nascita Margherita (FI)	Laura Iannuzzi, iannuzzi@aou-careggi.toscana.it
Arcispedale Santa Maria Nuova (RE)	Dott.ssa Maria Chiara Rompianesi, mariachiara.rompianesi@ausl.re.it
Dipartimento di Scienze della Formazione - Università degli Studi di Genova	Laura Migliorini laura.migliorini@unige.it
Dipartimento di Architettura - Università degli Studi di Firenze	Nicoletta Setola nicoletta.setola@unifi.it



Sommario

Background e rationale	3
Obiettivi dello studio	4
Disegno dello studio	6
Setting	7
Popolazione in studio	7
Criteri di inclusione	7
Criteri di esclusione	7
Esiti dello Studio	8
Variabili	8
Bias	9
Dimensione del campione	9
Procedura di arruolamento	9
Procedura di follow-up	9
Definizione di conclusione dello studio	10
Gestione dei dati	10
Raccolta dei dati	10
Gestione dei dati	12
Conservazione dei dati	12
Piano statistico	12
Considerazioni etiche	13
Acquisizione del consenso informato e trattamento dei dati	13
Conflitto di interessi	14
Responsabilità e politiche di pubblicazione	14
Ruolo del promotore e degli sperimentatori	14
Proprietà dei dati	14
Politiche di pubblicazione	14
Principali riferimenti bibliografici	15



Background e rationale

La qualità di un setting fisico-spaziale assume un'importanza particolare in riferimento agli ambienti di cura, in quanto le caratteristiche di progettazione edilizia possono rivestire un ruolo determinante nella costruzione del benessere degli utenti che vivono uno stato di particolare fragilità psico-fisica (Fornara, Bonaiuto, Bonnes, 2007).

Per la donna, la gravidanza rappresenta un vero e proprio stato di crisi; secondo Margaret Mahler (1975) essa costituisce, dopo il periodo adolescenziale, il terzo processo di separazione-individuazione per la donna che le permette di raggiungere una maggior differenziazione nei confronti della propria madre e una maggiore integrazione dell'identità.

La gravidanza rappresenta il passaggio tra un periodo precedente, ovvero l'essere donna, e un periodo futuro, cioè l'essere madre. Inoltre, i diversi cambiamenti che coinvolgono l'intera personalità della madre dovrebbero essere affrontati efficacemente, al fine di poter costruire un'immagine stabile di sé come mamma che prevede la capacità di strutturare uno spazio interno, un "grembo psichico" per accogliere il bambino e la relazione con lui (Cacace, 2014).

Nella maggioranza delle situazioni, in cui il parto avviene come previsto e in cui il lattante è in buona salute, le cure attente e premurose di ostetriche e puericultrici permettono di verificare la plasticità adattativa della famiglia e costituiscono il miglior tessuto preventivo.

Gravidanza e parto si costituiscono quindi come eventi caratterizzati da una peculiare comunicazione, irripetibile e al tempo stesso fondante una relazione. Il parto viene spesso vissuto come atto violento in cui compaiono paure di distruzione del corpo o del bambino. Queste sono presenti anche nelle figure professionali che aiutano la donna durante il parto. Con l'esperienza del parto la donna può confermare l'integrità del proprio corpo, la sua capacità di creare, ma anche trovare conferma alle fantasie di fallimento, di inadeguatezza e di meritata punizione, già presenti in gravidanza (Raphael-Lef, 1980). Tuttavia esistono in letteratura pochi studi che abbiano analizzato l'influenza dell'ambiente in cui parto e travaglio hanno luogo sul benessere delle donne (McKinnon et al., 2017). Stramrood e colleghi (2011) ad esempio hanno osservato tassi più bassi di disturbi post traumatici da stress tra le donne che hanno partorito in ambienti casalinghi piuttosto che ospedalieri. L'umanizzazione ospedaliera non può prescindere da una riorganizzazione degli spazi,

**DISFOR** Dipartimento di Scienze della Formazione

in quanto l'ambiente è un fattore che influenza profondamente il modo di vivere l'esperienza (Ferrante, 1994). La configurazione dello spazio può facilitare le relazioni tra pazienti, tra pazienti e personale, tra pazienti e accompagnatori e contribuire a rendere la struttura più accogliente oltre che più funzionale (Nagasawa, 2000; Fornara, Bonaiuo, Bonnes, 2006). Le ricerche sulla soddisfazione per le cure ricevute durante la maternità sottolineano l'importanza di alcuni fattori quali l'interazione tra donna e personale, l'informazione, il coinvolgimento nel processo decisionale, il sollievo dal dolore e l'ambiente (Sawyer, 2013; Hodnett, 2002). Sebbene sia ampiamente riconosciuto il ruolo di supporto del partner durante travaglio e parto (Johansson et al., 2015; Nichols, 1993) non ci sono pubblicazioni che considerino l'esperienza del parto confrontando le esperienze di tutti gli attori coinvolti; fa eccezione uno studio recente di Kuliukas e colleghi (2017) che mette in luce come la degenza in un luogo familiare possa addirittura svolgere un ruolo riparativo per un'esperienza di parto vissuta come negativa da donne e partner.

La finalità del lavoro è dunque quella di analizzare la percezione affettiva di utenti e operatori circa le condizioni spaziali e ambientali in cui hanno luogo il momento del travaglio e del parto e di metterla in relazione con il vissuto soggettivo relativo alla soddisfazione per le cure e alle emozioni associate all'esperienza. Per analizzare gli indicatori relativi al setting fisico-spaziale che in letteratura sono stati ritenuti significativi si è pensato di realizzare uno studio multicentrico per cui lo stesso protocollo verrà somministrato all'interno del blocco travaglio e parto dell'Arcispedale Santa Maria Nuova (Reggio Emilia) e del Centro Nascita Margherita (Firenze) che presentano differenze significative dal punto di vista costruttivo e architettonico funzionale, rivelatrici di diverse esigenze organizzative, finalità di cura e filosofia della nascita.

Lo studio si propone dunque di mettere a confronto il Centro Nascita Margherita di recente costruzione e con determinate finalità progettuali funzionali al percorso fisiologico che esso ospita, e il meno recente Blocco Travaglio-Parto dell'ASMN mirato all'accoglienza di qualsiasi percorso parto. I diversi presupposti progettuali e finalità di cura degli spazi nascita dei due luoghi si rivelano già a livello del layout con sostanziali differenze: da una parte troviamo un edificio indipendente e interamente dedicato al percorso fisiologico in cui il layout conferisce agli spazi una conformazione più intima e raccolta con il desk delle ostetriche centrale e le camere che si sviluppano



DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

concentricamente attorno ad esso, dall'altra parte una configurazione tipica ospedaliera a corpo triplo in cui le stanze si susseguono linearmente.

Le differenze si esprimono poi in numerose altre componenti spaziali come ad esempio l'organizzazione interna delle stanze, anche queste originate da diverse finalità: dedicate ai tre principali momenti di travaglio, parto e degenza quelle del Centro Nascita Margherita a differenza di quelle del Reparto di Maternità di Reggio Emilia che ospitano esclusivamente due delle tre attività. Per concludere il nostro interesse è valutare e confrontare il valore spaziale e percettivo di un setting progettato e realizzato per ospitare esclusivamente il parto fisiologico e ispirato da determinati principi architettonici (Lepori 2008, Foureur 2010, Jenkinson 2014) con uno spazio che non ha avuto le medesime finalità in termini progettuali ed organizzativi.

Obiettivi dello studio

Lo studio si propone i seguenti obiettivi specifici:

- indagare la percezione affettiva degli spazi della nascita, confrontando le risposte al QAL nei due diversi contesti (blocco travaglio-parto e centro nascita);
- esplorare se e come la soddisfazione per le cure ricevute durante il parto siano in relazione con la percezione dell'ambiente da parte delle donne e dei partner;
- esplorare la relazione tra la percezione dell'ambiente in cui sono stati vissuti travaglio e parto e le emozioni associate all'esperienza
- analizzare la percezione affettiva degli spazi della nascita da parte degli operatori;
- esplorare se la percezione di empowerment o di stress in relazione al lavoro siano in relazione con la percezione dell'ambiente da parte degli operatori;
- indagare la percezione di umanizzazione degli spazi della nascita sia nelle donne e i loro partner sia negli operatori nei due diversi contesti e come questa si connetta con la percezione affettiva del luogo;
- valutare l'esperienza degli spazi del blocco travaglio-parto e della stanza nei diversi contesti (blocco travaglio-parto e centro nascita) e analizzare i movimenti, le scelte e la percezione degli spazi durante l'esperienza del travaglio e del parto.



DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

Attraverso il progetto ci si aspetta inoltre di supportare un processo partecipativo dell'utenza che contribuirebbe a implementare la consapevolezza della nascita come evento fisiologico.

Disegno dello studio

La finalità del lavoro è quella di individuare le migliori condizioni spaziali e ambientali percepite da utenti e operatori in relazione al momento del travaglio e del parto. Per tale ragione si è pensato di realizzare uno studio multicentrico per cui lo stesso protocollo verrà somministrato all'interno del blocco travaglio e parto dell'Arcispedale Santa Maria Nuova (Reggio Emilia) e del Centro Nascita Margherita (Firenze). Il Dipartimento di Scienze della Formazione, nella figura di Laura Migliorini, promotore del progetto, si occuperà di coordinare ed elaborare i dati e dell'analisi dei risultati.

Il lavoro di ricerca si configura dunque come uno studio descrittivo comparativo.

Si prevede infatti di misurare le stesse variabili in due diversi gruppi, comparabili per alcune caratteristiche ritenute salienti ai fini dell'indagine (es. donne primipare e pluripare, parto fisiologico), ma differenti per gli aspetti ambientali che hanno contraddistinto l'esperienza del travaglio e del parto (ad esempio la dimensione e configurazione spaziale delle stanze con diversa disponibilità e tipologia di arredi presenti).

Per tale ragione si prevede di utilizzare un approccio multimetodo e multi informant che consenta un'interpretazione più accurata dei significati, non solo sulla base dei dati quantitativi, ma anche di quelli qualitativi.

L'integrazione di informazioni derivate da diversi strumenti può aumentare la validità globale della ricerca stessa: differenti metodi apportano un maggior numero di informazioni alla conoscenza dell'oggetto, dando un quadro più complesso e veritiero, anche se a volte complicato, del suo funzionamento.

L'impianto multimetodologico prevede l'utilizzo congiunto di approccio quantitativo e qualitativo, accostando l'utilizzo di strumenti self-report e focus group. La scelta di più metodi e più strumenti, come se fossero lenti diverse, permetterà di cogliere le poliedriche sfaccettature di un medesimo oggetto di studio (Lanz & Rosnati, 2002).



DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

In particolare lo studio quantitativo prevede di somministrare un protocollo composto da diversi strumenti a tre diverse categorie di soggetti:

- donne primipare e pluripare con parto fisiologico
- partner/accompagnatori che siano stati presenti durante travaglio/parto
- ostetriche della S.C. di Ostetricia e Ginecologia (ASMN) e del Centro Nascita (AOUC)

Lo studio qualitativo prevede l'organizzazione di focus group con le donne e le operatrici per approfondire alcune tematiche di interesse.

Attraverso il "raccontarsi" (Sools, Murray, Westerhaf, 2015) a partire da una traccia tematica realizzata dall'équipe di ricerca, si mira a descrivere il significato e il valore attribuito dalle donne e dagli operatori ai luoghi del parto, con particolare riferimento a movimenti, scelte percezioni durante l'esperienza del travaglio e del parto.

Setting

Per esigenze dei presidi ospedalieri i questionari saranno somministrati on line. Ai soggetti che aderiranno alla ricerca verrà consegnato un link a cui potranno compilare il questionario per via telematica entro tre mesi dal parto. Tale periodo è stato scelto poiché rappresenta in letteratura un momento particolarmente delicato in cui la donna è concentrata sul proprio bambino.

I questionari verranno quindi compilati autonomamente dai soggetti.

I focus group verranno condotti dopo le dimissioni, presso la struttura ospedaliera.

Per i focus si prevede di utilizzare uno spazio in cui sia possibile disporsi a cerchio.

Le ostetriche verranno coinvolte nella compilazione dei questionari e nel focus group durante l'orario di lavoro.

Popolazione in studio

Criteri di inclusione

Donne primipare e pluripare con parto fisiologico

Criteri di esclusione

**DISFOR** Dipartimento di Scienze della Formazione

Parto non fisiologico, patologie del bambino.

Esiti dello Studio

Lo studio misura la percezione di qualità affettiva dei luoghi, di umanizzazione ospedaliera, di soddisfazione per le cure ed emozioni associate a travaglio e parto.

Nel caso degli operatori saranno misurati indicatori di empowerment e burnout.

Osservare la relazione tra queste variabili costituirà un importante avanzamento sia teorico che applicativo, e potrà rappresentare la base per interventi da parte degli operatori psicosociali che si occupano di perinatalità finalizzati al miglioramento del benessere delle donne e delle loro famiglie.

Variabili

Verranno somministrati due differenti questionari uno per gli utenti e uno per gli operatori:

Variabili misurate nel questionario per donne e partner/accompagnatori	Variabili misurate nel questionario per ostetriche
<ul style="list-style-type: none">• <i>Qualità affettive dei luoghi</i>• <i>Umanizzazione Ospedaliera Percepita</i>• <i>Percezione degli spazi della nascita</i>• <i>Soddisfazione per le cure</i>• <i>Emozioni associate a travaglio e parto</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Qualità affettiva dei luoghi</i>• <i>Umanizzazione Ospedaliera Percepita</i>• <i>Percezione degli spazi della nascita</i>• <i>Empowerment associato alla professione</i>• <i>Burnout</i>

Per comprendere i significati soggettivi attribuiti all'esperienza del travaglio e del parto in donne e ostetriche si è scelto di utilizzare la tecnica dei Focus Group, una tecnica qualitativa di rilevazione dei dati basata sulle informazioni provenienti da una discussione di gruppo su uno specifico tema che il ricercatore intende approfondire (Zammuner, 2003).

Tale tecnica si basa sul dialogo con e tra gli attori sociali: durante la discussione è possibile assistere alla costruzione collettiva dei significati ed anche alla negoziazione dei medesimi in una situazione che rispecchia i confronti che avvengono nella vita sociale (Cataldi, 2009).

I focus saranno audio-registrati, integralmente trascritti in un momento successivo alla rilevazione e resi disponibili in formato elettronico per l'analisi dei dati.



DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

Bias

Per assicurare il miglior esito nella compilazione dei questionari e nel raccoglimento dei dati, verrà fatta un'attenta descrizione e presentazione del progetto al fine di raccogliere il consenso alla partecipazione.

Dimensione del campione

Si prevede di coinvolgere 50 diadi in cui siano presenti donne primipare o pluripare presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova (RE) e 50 presso Centro Nascita Margherita dell'AOU Careggi (FI).

La numerosità è stata calcolata in base al numero delle variabili oggetto di studio.

Per quanto riguarda le ostetriche si prevede di raggiungere l'intera popolazione.

Procedura di arruolamento

Il progetto sarà presentato da parte di operatori adeguatamente formati a tutte le donne che abbiano partorito con parto fisiologico, a partire dalla data di avvio del progetto, durante il ricovero. La partecipazione al progetto verrà proposta alla donna e a un partner presente durante il travaglio-parto, ma donne e partner/accompagnatori potranno scegliere di aderire singolarmente al progetto di ricerca. Una volta espresso il consenso di partecipazione, prima della dimissione della puerpera, saranno raccolti i dati per ricontattare i partecipanti.

Entro i tre mesi successivi i partecipanti verranno contattati telefonicamente per poi passare alla somministrazione dei questionari inviandone il link per mail o cellulare a seconda della loro preferenza. Per tale scopo è stato costituito un apposito indirizzo e-mail (percezionespazinascita@gmail.com) e verrà predisposto un numero di cellulare dedicato esclusivamente alla ricerca.

Il focus group sarà proposto alle donne che hanno compilato il questionario e hanno aderito alla partecipazione allo studio.

Le ostetriche saranno coinvolte a seguito di un primo incontro di presentazione del lavoro.

Procedura di follow-up

La percezione degli spazi della nascita in madri, partner e operatori

**DISFOR** Dipartimento di Scienze della Formazione

Non è previsto un follow up.

Definizione di conclusione dello studio

A fine dello studio verrà organizzata una giornata di restituzione per il personale e per le donne partorienti nell'anno 2018.

Gestione dei dati**Raccolta dei dati**

I dati quantitativi saranno raccolti attraverso la somministrazione di questionari self-report, uno rivolto a donne e accompagnatori e uno rivolto alle ostetriche.

Scale inserite nel questionario per donne e accompagnatori/partner	Scale inserite nel questionario per ostetriche
<ul style="list-style-type: none">la "Scala di misura delle qualità affettive dei luoghi" (Q.A.L.), strumento validato in lingua italiana da Perugini et al. (2002) sulla base dello "Scales of the Affective Quality Attributed to Place" (Russell et al, 1980; Russell et al., 1981; Russell e Lanius, 1984). Il Q.A.L. è un questionario auto-compilabile, costituito da 48 item suddivisi in 4 sotto-scale che rappresentano degli assi bipolari e ortogonali; ciascun asse è composto di due dimensioni opposte: rilassante-stressante ed entusiasmante-deprimente, piacevole-spiacevole e stimolante-soporifero /noioso. Ogni polo presenta 6 aggettivi qualificativi. Ogni aggettivo qualificativo del test è accompagnato nel questionario da una scala di valutazione per indicare la misura in cui l'aggettivo risulta, a parere del soggetto, "adatto a descrivere" il luogo preso in esame. Le risposte al questionario sono valutate su scala Likert a 7 punti: da 0 a 6 (dove 0="per niente adatto", rappresenta il livello minimo attribuibile a quell'aggettivo per la descrizione affettiva del luogo; 6="del tutto adatto", rappresenta il livello massimo di adeguatezza percepita dal soggetto rispetto alla descrizione affettiva del luogo). Il punteggio totale per ogni sotto-scala viene calcolato sommando il valore attribuito dal soggetto a ciascuno dei 6 aggettivi che costituiscono quella dimensione e può	<ul style="list-style-type: none">la "Scala di misura delle qualità affettive dei luoghi" (Q.A.L.), strumento validato in lingua italiana da Perugini et al. (2002) sulla base dello "Scales of the Affective Quality Attributed to Place" (Russell et al, 1980; Russell et al., 1981; Russell e Lanius, 1984). Il Q.A.L. è un questionario auto-compilabile, costituito da 48 item suddivisi in 4 sotto-scale che rappresentano degli assi bipolari e ortogonali; ciascun asse è composto di due dimensioni opposte: rilassante-stressante e entusiasmante-deprimente, piacevole-spiacevole e stimolante-soporifero /noioso. Ogni polo presenta 6 aggettivi qualificativi. Ogni aggettivo qualificativo del test è accompagnato nel questionario da una scala di valutazione per indicare la misura in cui l'aggettivo risulta, a parere del soggetto, "adatto a descrivere" il luogo preso in esame. Le risposte al questionario sono valutate su scala Likert a 7 punti: da 0 a 6 (dove 0="per niente adatto", rappresenta il livello minimo attribuibile a quell'aggettivo per la descrizione affettiva del luogo; 6="del tutto adatto", rappresenta il livello massimo di adeguatezza percepita dal soggetto rispetto alla descrizione affettiva del luogo). Il punteggio totale per ogni sotto-scala viene calcolato sommando il valore attribuito dal soggetto a ciascuno dei 6 aggettivi che costituiscono quella dimensione e può

**DISFOR** Dipartimento di Scienze della Formazione

<p>variare da un minimo di 0 a un massimo di 36. Il fatto che un soggetto totalizzi in una determinata dimensione, ad esempio nella sotto-scala rilassante, un punteggio pari a 0 o a 36 sta ad indicare rispettivamente che la suddetta dimensione non è assolutamente adatta o è del tutto adatta a descrivere la sua percezione affettiva dell'ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Scala di misurazione degli Indicatori di Umanizzazione Ospedaliera Percepita (IUOP) (Fornara, Nenci, Bonaiuto, 2005) Versione breve di 25 item con scala di risposta a 5 passi da 1=del tutto in disaccordo a 5 = del tutto d'accordo (2012). Che tiene conto di: indicatori fisico-spaziali (Cura per gli arredi e le superfici, comfort acustico, comfort climatico, cura per gli spazi specifici, sale di attesa o incontro, indicatori visuali, di orientamento e accoglienza); indicatori socio-organizzativi (chiarezza organizzativa, privacy, disponibilità e professionalità degli operatori).• <i>Scala di Valutazione degli spazi della nascita</i> creata ad hoc dallo sulla base della letteratura comprendente 10 item con scala di risposta a 5 passi da 1=del tutto in disaccordo a 5 = del tutto d'accordo e 5 item a risposta libera che verranno successivamente codificate.• <i>Il "Six Simple Questions"</i> è un questionario breve e di facile somministrazione. In sei domande valuta la soddisfazione per le cure ricevute durante il ricovero. Le risposte sono su una likert a sette punti che va da 1 (del tutto in disaccordo) a 7 (del tutto d'accordo)• <i>Wijma Delivery Experience Questionnaire</i> (WDEQ- versione B), è uno strumento self report volto a misurare le emozioni associate al parto, dopo l'evento nascita. Si compone di 14 item, che saturano tre fattori: paura, vissuti negativi e mancanza di fiducia. Le risposte sono su una Likert a 6 punti.	<p>variare da un minimo di 0 ad un massimo di 36. Il fatto che un soggetto totalizzi in una determinata dimensione, ad esempio nella sotto-scala rilassante, un punteggio pari a 0 o a 36 sta ad indicare rispettivamente che la suddetta dimensione non è assolutamente adatta o è del tutto adatta a descrivere la sua percezione affettiva dell'ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Scala di misurazione degli Indicatori di Umanizzazione Ospedaliera Percepita (IUOP) (Fornara, Nenci, Bonaiuto, 2005) Versione breve di 25 item con scala di risposta a 5 passi da 1=del tutto in disaccordo a 5 = del tutto d'accordo (2012). Che tiene conto di: indicatori fisico-spaziali (Cura per gli arredi e le superfici, comfort acustico, comfort climatico, cura per gli spazi specifici, sale di attesa o incontro, indicatori visuali, di orientamento e accoglienza); indicatori socio-organizzativi (chiarezza organizzativa, privacy, disponibilità e professionalità degli operatori).• <i>Scala di Valutazione degli spazi della nascita</i> creata ad hoc dallo sulla base della letteratura comprendente 10 item con scala di risposta a 5 passi da 1=del tutto in disaccordo a 5 = del tutto d'accordo e 5 item a risposta libera che verranno successivamente codificate.• The Perception of Empowerment Midwifery Scale – PEMS (Matthewsetal.,2009) è composta nella sua versione originale da 22 item e nella versione rivista (Pallant et al., 2015) da 19 item. Le persone devono indicare il loro grado di accordo su una scala a 5 punti da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo). La scala contiene quattro dimensioni: autonomia, supporto del primario, riconoscimento professionale, competenze e risorse. Punteggi maggiori indicano un maggior livello di empowerment.• Il Maslach Burnout Inventory è composto da 22 item che misurano 3 dimensioni indipendenti della sindrome di burnout, ciascuna individuata da una specifica scala. La frequenza con cui il soggetto
--	--



DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

	<p>sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è saggiata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da “mai” ed “ogni giorno”. Inoltre il MBI concepisce il burnout non come una variabile dicotomica che può essere soltanto presente o assente, ma piuttosto come una variabile continua che rispecchia i diversi livelli dei sentimenti in gioco. Le scale che costituiscono il MBI sono:</p> <p>esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale.</p>
--	--

I dati qualitativi saranno raccolti attraverso un focus group volto ad indagare le seguenti aree

- Confronto tra ambiente ideale e ambiente reale
- Percezione dello spazio
- Qualità affettiva del luogo
- Emozioni associate al parto

Gestione dei dati

La ricerca verrà condotta nel pieno rispetto delle norme etiche e deontologiche che presidono alla ricerca scientifica secondo i protocolli elaborati dall’AIP. I dati raccolti saranno trattati in modo aggregato nel rispetto della legge sulla privacy (D. Lgs. n. 196/2003).

Conservazione dei dati

Il Responsabile dei dati e del processo di anonimizzazione è Laura Iannuzzi.

Il Responsabile del processo di informatizzazione dei dati e di analisi è Laura Migliorini.

Piano statistico

I dati quantitativi prodotti dalla raccolta dati tramite questionario verranno sottoposti a molteplici livelli di analisi tramite il pacchetto software SPSS (Software Package for Social Sciences) versione 19.0: analisi di frequenza, misure di sintesi diadiche, analisi ed interpretazione delle relazioni esistenti fra più variabili.

**DISFOR** Dipartimento di Scienze della Formazione

Le analisi verranno condotte sia su donne e partner/accompagnatori separatamente, sia attraverso analisi diadiche.

A livello individuale i dati verranno aggregati in dimensioni attraverso analisi fattoriali. In questo modo le variabili relative alla percezione della qualità affettiva dei luoghi e agli indicatori di umanizzazione ospedaliera verranno presentati a fini descrittivi con tabelle e figure.

Per comparare i due contesti verranno effettuati test non parametrici come Test di Mann-Whitney. Per esplorare la relazione tra variabili (es. soddisfazione per le cure e umanizzazione ospedaliera) verranno condotte correlazioni con il rho di Spearman.

I dati prodotti a livello individuale verranno aggregati al fine di creare punteggi sintetici volti a misurare aspetti diadici.

Anche in questo caso verranno utilizzati test non parametrici per misurare le relazioni tra le variabili considerate (es. soddisfazione di coppia e umanizzazione percepita di coppia).

Per l'interpretazione dei punteggi diadici si prevede di utilizzare il metodo delle pseudocoppie.

L'analisi del contenuto testuale sarà condotta con il software NVivo 9, che si basa sull'approccio della Grounded Theory (Glaser e Strauss, 1967). Dopo aver importato le trascrizioni dei focus group condotti (Sources) nel programma, le frasi dei partecipanti verranno organizzate in contenitori flessibili (Nodes) mediante un processo di coding, che consiste nell'attribuire alla frase selezionata una specifica categoria. Il risultato finale è un modello globale (Cases) nel quale i diversi Nodes vengono raggruppati in macro-categorie e assumono una struttura analitica gerarchica (Edlund & McDougall, 2016). I dati qualitativi raccolti tramite i focus group saranno codificati da due valutatori indipendenti che poi si confronteranno sulle categorie individuate per ottenere una categorizzazione comune (Leech e Onwuegbuzie, 2011).

Considerazioni etiche

La ricerca verrà condotta nel pieno rispetto delle norme etiche e deontologiche che presidono alla ricerca scientifica secondo i protocolli elaborati dall'AIP. E' stato richiesto il parere del comitato etico.

Acquisizione del consenso informato e trattamento dei dati

Il consenso informato sarà acquisito in fase di presentazione del progetto.



DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

Conflitto di interessi

Non vi sono interessi finanziari da parte di nessun soggetto coinvolto.

Responsabilità e politiche di pubblicazione

Ruolo del promotore e degli sperimentatori

Il promotore è responsabile del disegno dello studio e del processo di analisi e interpretazione dei dati, scrittura dei report, authorship.

Lo sperimentatore si occuperà di raccolta dati e gestione del materiale.

Titolari e responsabili del trattamento dati sono la prof.ssa Laura Migliorini e la dott.ssa Laura Iannuzzi.

Proprietà dei dati

La proprietà dei dati è del promotore.

Politiche di pubblicazione

A fine progetto verrà organizzato un momento di restituzione dei dati.

Le pubblicazioni scientifiche saranno redatte a partire da Dicembre 2018.



Principali riferimenti bibliografici

- Andrade, C., Lima, L., Fornara F., & Bonaiuto, M. (2012). Users' views of hospital environmental quality: Validation of the Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQIs). *Journal of Environmental Psychology*, 32, 97-111.
- Bonnes, M., Bonaiuto, M., Fornara, F., & Bilotta, E. (2009). Environmental Psychology and Architecture for Health Care Design. In R. Del Nord (Ed.), *The culture for the future of healthcare architecture* (pp. 35-41). Firenze: Alinea.
- Brown S, Lumley J (1994). Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*, 21:4-13.
- Cacace C., (2014) Psicologia della gravidanza: I tabù della maternità, *Studia bioethica*, 7, 3, 5-9
- Canter, D. (1977). *The psychology of place*. London: Architectural Press.
- Fornara F., Bonaiuto, M., Bonnes, M. (2006) Perceived hospital environment quality indicators: A study of orthopaedic units. *Journal of Environmental Psychology*, 26, 321-334
- Foureux, M., *Developing the Birth Unit Design Spatial Evaluation Tool (BUDSET) in Australia: A qualitative study*. Health Environments Research Design Journal, 2010.
- Hodnett ED (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186:160-172.
- Johansson, M., Fenwick, J., Premberg, A. (2015). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery* 31, 9-18
- Lepori, B., Foureux, M., Hastie, C., 2008. *Mindbodyspirit architecture: creating birth space*. In: Fahy, K., Foureux, M., Hastie, C. (Eds.), *Birth Territory and Midwifery Guardianship: Theory for Practice, Education and Research*. Butterworth, Heinemann, Elsevier, Milton Keynes, UK, pp. 95-101.
- MacKinnon, A.L., Yang, L., Feeley, N., Gold, I, Hayton, B., Zelkowitz P. (2017). Birth setting, labour experience, and postpartum psychological distress. *Midwifery* 50, 110-116.
- Nichols MR. (1993). Paternal perspectives of the childbirth experience. *Matern Child Nurs J*, 21(3):99-108.
- Raphael-Leff J., (2014) *La gravidanza vista dall'interno*, Roma, Astrolabio
- Sawyer, A., Ayers, S., Abbott, J., Gyte, G., Rabe, H., Duley, L. (2013). Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review *Pregnancy and Childbirth*, 13, 108
- Stramrood, C.A., Paarlberg, K.M., Huis In 't Veld, E.M., et al., 2011. Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology* 32, 88-97.
- Jenkinson, B., Josey N., Kruske S., 2014. *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland Centre for Mothers & Babies, St. Lucia, QLD.