



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

**Διερεύνηση επίδρασης παραγόντων της αποτελεσματικής
επικοινωνίας και συνεργασίας των εγκύων και λεχωϊδων με το
Μαιευτικό προσωπικό**

Συγγραφέας

Αθάνατος Κυριάκος

ΑΜ: 20002

Επιβλέπουσα

Παλάσκα Ερμιόνη

Αθήνα, Ιούλιος 2023



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL FACULTY OF
HEALTH & CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF MIDWIFERY**

**POSTGRADUATE PROGRAM
MSc in ADVANCED & EVIDENCE BASED MIDWIFERY CARE**

Diploma Thesis

Title

**Research of the effects of the factors of the effectiveness of the
communication and cooperation during pregnancy and after
labour between the staff of the Obstetrics**

Student name and surname:

Athanatos Kyriakos

Registration Number: 20002

Supervisor name and surname:

Palaska Ermioni

Athens, July / 2023



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ
ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του
Εισηγητή**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι
Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Βιβιλάκη Βικτώρια	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
2	Δάγλα Μαρία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
3	Παλάσκα Ερμιόνη	Επικουρη Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Αθάνατος Κυριάκος του ΠαπαΧαράλαμπου, με αριθμό μητρώου 20002 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένης και Τεκμηριωμένης Μαιευτικής Φροντίδας του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα



*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

*** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):**

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%B%CF%85_final.pdf

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να διευκολύνει σημαντικά το έργο και την προσπάθεια που καταβάλλουν οι μαιές. Η αποτελεσματική επικοινωνία όμως δεν είναι απαραίτητη μόνο για τις γυναίκες που αναμένουν την φροντίδα των μαιών και μπορεί να δημιουργήσουν την πεποίθηση ότι οι ανάγκες δεν εισακούγονται και δεν καλύπτονται. Είναι σημαντική και για τις μαιές. Εργάζονται σε ένα πολύ δύσκολο και σύνθετο εργασιακό περιβάλλον έχοντας να καλύψουν τις πολλαπλές ανάγκες των γυναικών και σε πολλές περιπτώσεις χωρίς τους απαραίτητους πόρους και υποστήριξη. Η κακή επικοινωνία μπορεί να επιβαρύνει ακόμα περισσότερο το έργο τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση και ο εντοπισμός των παραγόντων που συμβάλλουν προκειμένου η συνεργασία των εγκύων και λεχωίδων με το μαιευτικό προσωπικό να είναι αποτελεσματική και με θετικά αποτελέσματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε είναι ποσοτική και ειδικότερα συγχρονική περιγραφική. Δείγμα ευκολίας 300 γυναικών συλλέχθηκε για τους σκοπούς της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα προέρχεται από την έρευνα του Στυλιανίδη (2016) που διεξήχθη σε λεχωίδες στην Κύπρο. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εντοπίστηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τις μαιές με την αξιολόγηση της εμπειρίας προηγούμενου τοκετού, την αξιολόγηση της δυσκολίας του τοκετού που επίκειται, την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαιές και την ικανοποίηση από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαιές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ενώ η πρακτική της μαιευτικής και η συνέχεια της φροντίδας συνδέονται με καλύτερα αποτελέσματα τοκετού και μεγαλύτερη ικανοποίηση για τις γυναίκες, η παροχή ασφαλούς φροντίδας με σεβασμό, από μία ικανή επαγγελματία που έχει καλές δεξιότητες επικοινωνίας, είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τις γυναίκες κατά τη διαδικασία του τοκετού. Για να επιτευχθεί αυτό η μαιευτική φροντίδα πρέπει να παρέχεται μέσω ενός μοντέλου που να υποστηρίζει τη συνέχεια της φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: επικοινωνία, έγκυες, λεχωίδες, μαιές.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Effective communication can greatly facilitate the work and effort of midwives. Effective communication, however, is not only necessary for women who expect midwifery care and may create the belief that their needs are not being heard or met. It is also important for midwives. They work in a very difficult and complex work environment having to meet the multiple needs of women and in many cases without the necessary resources and support. Poor communication can further burden their work.

PURPOSE: The purpose of this research is to investigate and identify the factors that contribute to the cooperation of pregnant and lactating women with the obstetric staff to be effective and with positive results.

MATERIAL AND METHOD: The methodology chosen is quantitative and in particular cross-sectional descriptive. A convenience sample of 300 women was collected for the purpose of the survey. The questionnaire used in the research comes from the research of Stylianides (2016) conducted in lechoides in Cyprus. The analysis was performed using the statistical program SPSS 22.0.

RESULTS: A significant positive correlation was found between the evaluation scale of collaboration with midwives with the evaluation of the experience of previous childbirth, the evaluation of the difficulty of the upcoming childbirth, the evaluation of the services offered by the midwives and the satisfaction with the quality of collaboration with the midwives. midwives.

CONCLUSIONS: While midwifery practice and continuity of care are associated with better birth outcomes and greater satisfaction for women, the provision of safe and respectful care by a competent professional who has good communication skills is an important factor for women during delivery. childbirth process. To achieve this maternity care must be delivered through a model that supports continuity of care.

Key words: communication, pregnant women, lechoides, midwives.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT.....	7
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	15
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	15
1.1.Μαιευτική φροντίδα, μαιευτικές υπηρεσίες και μονάδες	15
1.2.Η επικοινωνία στον τομέα της υγείας	23
1.3.Συμμετοχικές μορφές σχέσεων και τύποι επικοινωνίας	28
1.4.Βασικά μοντέλα σχέσης επαγγελματία υγείας και ασθενή.....	30
1.5.Το βιοϊατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.....	34
1.6.Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της επικοινωνίας	36
1.7.Η διεπαγγελματική συνεργασία.....	38
1.8.Η εμπειρία του τοκετού	41
1.9.Η μαιευτική και οι δεξιότητες της μαιάς.....	48
1.10. Επικοινωνία γυναικών και μαιών.....	51
1.11.Παράγοντες προαγωγής της αποτελεσματικής επικοινωνίας	55
1.12.Εμπόδια ανάπτυξης της αποτελεσματικής επικοινωνίας	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	62
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	62
2.1. Σκοπός.....	62
2.2.Ερευνητικά Ερωτήματα	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	63
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	63
3.1. Δείγμα.....	63
3.2.Εργαλείο μέτρησης	63
3.3.Στατιστική Ανάλυση	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	66
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	85
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	89

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	90
Ελληνόγλωσσες	90
Ξενογλωσσες.....	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	106

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μαίες εντάσσονται στον ευρύτερο τομέα των επαγγελματιών υγείας. Οι σχέσεις που αναπτύσσουν με αυτούς που χρειάζονται την φροντίδα τους και τις υπηρεσίες τους είναι περίπλοκες και γι' αυτό απαιτείται οι επαγγελματίες υγείας να έχουν πολλαπλές γνώσεις. Για να μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν στους ασθενείς τους αυτά που χρειάζονται, να έχουν γνώσεις αναφορικά με το πλαίσιο και το περιβάλλον τους και τις ιδιαιτερότητες που αυτό έχει, αναφορικά με άλλες παραμέτρους που μπορεί να τον επηρεάζουν, για το τι συνιστά ασθένεια και τι υγεία και τι απαιτείται για την αντιμετώπιση τους. Σημαντικό είναι όμως να έχει γνώση και για το σύστημα υγείας για το οποίο εργάζεται αλλά την λειτουργία της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι επαγγελματίες υγείας δεν περιορίζουν τις γνώσεις τους σε αυτές που αποκτούν μόνο κατά τη διάρκεια της αρχικής τους εκπαίδευσης ή τυχόν κατάρτισης και επιμόρφωσης που λαμβάνουν. Σημαντικό ρόλο έχουν και οι εμπειρίες τους, προσωπικές και επαγγελματικές, καθώς και οι αναζητήσεις και η έρευνα που κάνουν και το επιστημονικό και ακαδημαϊκό υλικό που αναζητούν και ο τρόπος που ενημερώνονται. Αυτές οι γνώσεις δεν αφορούν μόνο το δικό τους επιστημονικό πεδίο αλλά είναι πιο ευρεία δεδομένου ότι είναι αναγκαία για την εκτέλεση της εργασίας τους. Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν γνώση των αναπτυξιακών και των διαπροσωπικών θεωριών προκειμένου να μπορούν αρχικά να κατανοούν τον εαυτό τους, τους άλλους καθώς και τη θέση και τη σχέση τους στον κόσμο και στις αλληλοεπιδράσεις που λαμβάνουν χώρα ανάμεσα τους.

Το ίδιο σημαντικό είναι να έχει και κοινωνικές και πολιτισμικές γνώσεις πέρα από εξειδικευμένες επιστημονικές. Η σημερινή κοινωνία χαρακτηρίζεται από ποικιλομορφία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ανθρώπων θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να υπολογίζονται λόγω της επιρροής που μπορεί να ασκήσουν στη θεραπευτική σχέση που ο επαγγελματίας υγείας διαμορφώνει με τον ασθενή του. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται και η ενσυναίσθηση του επαγγελματία υγείας και η επικοινωνία που διαμορφώνει με τον ασθενή. Και τα δύο είναι ζωτικής σημασίας δεδομένου ότι επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να αντιληφθεί πως ο ασθενής προσεγγίζει και κατανοεί την κατάσταση καθώς και τυχόν ανησυχίες που μπορεί να έχει και που πρέπει να αντιμετωπιστούν.

Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να διαμορφώνει μία σχέση με τον ασθενή του που έχει στόχο το θεραπευτικό αποτέλεσμα υπό την έννοια της παροχής φροντίδας και υπηρεσιών που ο δεύτερος χρειάζεται. Αυτό σε πολλές περιπτώσεις δεν αφορά μόνο την σχέση που διαμορφώνεται μεταξύ τους και πιο συγκεκριμένα τη δική τους αλληλεπίδραση. Ο επαγγελματίας υγείας εργάζεται μέσα σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που τον επηρεάζει καταλυτικά. Η φροντίδα που παρέχει στον ασθενή στο πλαίσιο αυτού του συστήματος δεν εξαρτάται μόνο από αυτόν αλλά και από άλλους παράγοντες όπως οι διαθέσιμοι πόροι, τις τυχόν αλλαγές και προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσει, κ.ά. Είναι σημαντικό συνεπώς ο επαγγελματίας υγείας να γνωρίζει καλά το σύστημα στο οποίο εργάζεται προκειμένου να μπορεί να ελιχθεί σε αυτό με ευελιξία προσφέροντας στον ασθενή που φροντίζει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες.

Εξίσου σημαντικό είναι όμως ο επαγγελματίας να έχει και προσωπικές δεξιότητες πέρα από τις επαγγελματικές αφού οι πρώτες ενισχύουν σημαντικά τις δεύτερες. Η αυτογνωσία ειδικά είναι πολύ σημαντική διότι μπορεί να επηρεάσει την σχέση που ο επαγγελματίας υγείας διαμορφώνει με τον ασθενή. Η αυτογνωσία αφορά την κατανόηση της υποκειμενικής σκέψης του άλλου και επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας όχι μόνο να καταλάβει την προοπτική του ασθενή αλλά τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Το ίδιο ισχύει και για την ενσυναίσθηση. Ο επαγγελματίας υγείας που έχει ενσυναίσθηση μπορεί να κατανοήσει τον τρόπο και τι σκέφτεται ο ασθενής του προκειμένου να μπορεί να επικοινωνήσει μαζί του και να δημιουργήσει μία αμφίδρομη και αποτελεσματική σχέση. Αυτό είναι σημαντικό διότι επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να κατανοήσει τι είναι καλύτερο για τον ασθενή του και ποιες υπηρεσίες έχει ανάγκη.

Η επικοινωνία είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της σχέσης που αναπτύσσεται ανάμεσα στον επαγγελματία και στον ασθενή η οποία περιλαμβάνει τρεις φάσεις. Η πρώτη είναι αυτή του προσανατολισμού. Σε αυτή τη φάση ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής ξεκινούν να συνεργάζονται με στόχο να καλυφθούν οι ανάγκες του δεύτερου. Σε αυτή την φάση ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής πρέπει να αναπτύξουν εμπιστοσύνη ανάμεσα τους, να έχουν σεβασμό και να μπορούν να επικοινωνούν ουσιαστικά και αποτελεσματικά (McKlinton & Barnsteiner, 1999). Αυτή είναι η βάση για να μπορέσουν να οδηγηθούν στη συνέχεια στις δύο επόμενες φάσεις που είναι αυτές της εργασίας και της αντιμετώπισης του προβλήματος. Για την επίτευξη της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι σημαντική και μία πρακτική που αξιοποιούν συχνά οι επαγγελματίες υγείας που είναι η φιλική στάση. Ο ασθενής

που ξεκινά να εργάζεται με έναν επαγγελματία ενδεχομένως να έχει και άλλες εμπειρίες με το σύστημα υγείας και το πιο πιθανό είναι να μην είναι όλες θετικές. Αυτό σε πολλές περιπτώσεις καθιστά τον ασθενή καχύποπτο και αρνητικό προς το σύστημα υγείας αλλά και τον επαγγελματία που θεωρεί εκφραστή του. Η φιλική στάση του επαγγελματία είναι σημαντική στην πρώτη προσέγγιση προκειμένου να υπάρχει μία αρχική επαφή και στη συνέχεια να δομηθεί εμπιστοσύνη ανάμεσα τους και αποτελεσματική επικοινωνία. Η πορεία αυτή είναι σημαντική για τη συνέχεια της φροντίδας του ασθενή και τη δέσμευση του στη θεραπευτική σχέση που δημιουργεί με τον επαγγελματία υγείας (Gardner, 2010).

Η αποτελεσματική επικοινωνία επαγγελματία υγείας και ασθενούς οδηγεί στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα τους. Αυτή έγκειται στη δημιουργία μίας σχέσης που είναι ουσιαστικά επικοινωνιακή αφού ο ασθενής μπορεί να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα και αυτά να γίνουν κατανοητά από τον επαγγελματία υγείας και να αξιοποιηθούν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (Spiers & Wood, 2010). Αυτό απαιτεί εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας να υιοθετούν συγκεκριμένες συμπεριφορές και πρακτικές κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας με τον ασθενή τους. Αυτή δεν είναι μία εύκολη διαδικασία δεδομένου ότι απαιτεί συγκεκριμένες φάσεις. Η σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενή σε πολλές περιπτώσεις γίνεται αντιληπτή από το δεύτερο ως άνιση σε επίπεδο εξουσίας. Λόγω γνώσης, ο επαγγελματίας υγείας γίνεται αντιληπτός από τον ασθενή ως εξουσία στην οποία θεωρεί ότι ενδεχομένως να μην πρέπει να εκφράσει τις δικές του απόψεις και συναισθήματα. Η επικοινωνία αποτελεί το μέσο με το οποίο ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να ανατρέψει αυτές τις αντιλήψεις και να επιφέρει αμοιβαιότητα σε αυτή την σχέση. Για να εξισώσει την εξουσία ανάμεσα στον ασθενή και στον επαγγελματία υγείας, ο δεύτερος πρέπει να επικοινωνήσει στον πρώτο και να τον κάνει να κατανοήσει ότι και οι δικές του γνώσεις και εμπειρίες είναι εξίσου σημαντικά. Το ίδιο ισχύει και για την παροχή πληροφοριών αναφορικά με το πλαίσιο και στο τι πρέπει να αναμένεται από αυτό προκειμένου οι προσδοκίες που έχει να είναι ρεαλιστικές. Με αυτό τον τρόπο και ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στις διαδικασίες που τον αφορούν και δεν υπακούει απλώς σε εντολές αξιοποιώντας με αυτό τον τρόπο και την προσωπική του δύναμη σε αυτή την προσπάθεια (Spiers & Wood, 2010).

Η μαιευτική είναι ένα επάγγελμα υγείας που έχει ως βασικό χαρακτηριστικό της την παροχή φροντίδα στις γυναίκες σε μία δύσκολη και σημαντική στιγμή της ζωής τους. Η φροντίδα είναι αναγκαία για τον άνθρωπο όχι μόνο σε ένα σύστημα υγείας και

στις υπηρεσίες που αυτό προσφέρει αλλά και στην καθημερινότητα του ανθρώπου αφού μέσω αυτής διασφαλίζεται η ύπαρξη του (Roach, 2013). Για να μπορεί κάποιος να παρέχει φροντίδα πρέπει να κατανοεί σε τι συνίσταται, αλλά και να έχει την ικανότητα να το κάνει. Ο τρόπος που το άτομο θα προσλάβει την φροντίδα εξαρτάται και από την εμπειρία του και από τις προσδοκίες που έχει.

Η παροχή φροντίδας είναι μία αμοιβαία κατάσταση και συνήθως αναπτύσσεται σε μία σχέση ως αποτέλεσμα της εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται ανάμεσα στα άτομα (Hagerty et al., 1993). Για να μπορεί μία γυναίκα να θεωρήσει ότι δέχεται φροντίδα πρέπει να την κατανοήσει σε ένα ευρύτερο πλαίσιο και σύμφωνα με τις ανάγκες της που είναι και το κριτήριο αξιολόγησης της. Ειδικά οι γυναίκες με τις οποίες εργάζονται οι μαίες βρίσκονται σε ευάλωτη κατάσταση, σωματικά, ψυχικά και συναισθηματικά και είναι αναγκαία και επιτακτική η υποστήριξη τους. Αυτό αναμένουν από τις μαίες. Υπάρχει όμως το ενδεχόμενο αν δεν υπάρχει αποτελεσματική επικοινωνία ακόμα και αν λαμβάνουν φροντίδα οι γυναίκες αυτή να μην γίνεται αντιληπτή ως τέτοια. Αυτό είναι αποτέλεσμα της κακής επικοινωνίας. Η κακή επικοινωνία δεν είναι δύσκολο να υπάρξει ειδικά στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η πίεση που δέχονται οι επαγγελματίες υγείας καθώς και οι σκληρές και δύσκολες συνθήκες εργασίας πολλές φορές τους κάνουν να παρέχουν τις αναγκαίες υπηρεσίες αλλά με έναν τρόπο γρήγορο και άμεσο που κάνει τις γυναίκες να θεωρούν ότι δεν αντιμετωπίζονται οι ανάγκες τους. Μπορεί οι μαίες και οι γυναίκες να έχουν τον ίδιο στόχο που είναι η κάλυψη των αναγκών των δευτέρων και η παροχή φροντίδας αλλά λόγω προβληματικής επικοινωνίας να θεωρούν ότι αυτοί διαφέρουν. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα και αρνητικά αποτελέσματα τόσο για τις γυναίκες όσο και για τις ίδιες τις μαίες που δεν θα αξιολογηθούν ως αποτελεσματικές.

Η αποτελεσματική επικοινωνία δεν είναι απαραίτητη μόνο για τις γυναίκες που αναμένουν την φροντίδα των μαιών και μπορεί να δημιουργήσουν την πεποίθηση ότι οι ανάγκες δεν εισακούγονται και δεν καλύπτονται. Είναι σημαντική και για τις μαίες. Εργάζονται σε ένα πολύ δύσκολο και σύνθετο εργασιακό περιβάλλον έχοντας να καλύψουν τις πολλαπλές ανάγκες των γυναικών και σε πολλές περιπτώσεις χωρίς τους απαραίτητους πόρους και υποστήριξη. Η κακή επικοινωνία μπορεί να επιβαρύνει ακόμα περισσότερο το έργο τους. Η κακή επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει τις μαίες σε λανθασμένα συμπεράσματα αναφορικά με το τι θέλουν οι γυναίκες και να οδηγηθούν με αυτό τον τρόπο σε κινήσεις που είναι περιττές και το μόνο που κάνουν είναι να τις επιβαρύνουν. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα και οι ίδιες να επιβαρυνθούν με κινήσεις

και δραστηριότητες που δεν είναι αναγκαίες αλλά και οι γυναίκες να μην είναι ευχαριστημένες από τις υπηρεσίες που τους παρέχουν.

Η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να διευκολύνει σημαντικά το έργο και την προσπάθεια που καταβάλλουν οι μαίες. Αν η μαία επικοινωνεί αποτελεσματικά με την γυναίκα που έχει αναλάβει, μπορεί άμεσα και γρήγορα να κατανοήσει τις ανάγκες της και να αντιμετωπίσει. Αν για παράδειγμα, υπάρχει κακή επικοινωνία και η γυναίκα δεν εκφράζεται μπορεί η μαία να μην αντιληφθεί τυχόν ψυχικές επιπτώσεις που υπάρχουν που απαιτούν και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έτσι η μαία δεν θα αναζητήσει υποστήριξη για την γυναίκα προς αυτή την κατεύθυνση και οι επιπτώσεις αυτού στη συνέχεια θα επιβαρύνει και το δικό της έργο.

Είναι κατανοητό συνεπώς πόσο σημαντική είναι η αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στις μαίες και στις γυναίκες που έχουν ανάγκη τη φροντίδα και την υπηρεσία τους. Δεδομένου όμως ότι αυτή εξαρτάται από διαφορετικούς παράγοντες είναι σημαντική η διερεύνηση τους. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της επικοινωνίας των μαιών και των γυναικών που αναλαμβάνουν είναι σημαντική διότι θα επιτρέψει την αντιμετώπιση αυτών που επιδρούν αρνητικά και την ενίσχυση αυτών που επιδρούν θετικά. Έτσι, τα δεδομένα που θα προκύψουν από μία έρευνα όπως η παρούσα είναι καταλυτικής σημασίας για τη διαμόρφωση παρεμβάσεων προς τις μαίες που θα ενισχύσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες και όχι μόνο. Μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση παρεμβάσεων που θα βοηθήσουν τις μαίες να κατανοήσουν ποιοι παράγοντες δημιουργούν προβλήματα και να τους αντιμετωπίσουν από όποια πηγή και αν αυτοί προέρχονται. Με αυτό τον τρόπο θα αποκτήσουν και οι ίδιες την απαραίτητη γνώση και εμπειρία και θα παραμερίσουν τις δυσκολίες προκειμένου να μπορούν να διαμορφώσουν μία αποτελεσματική επικοινωνία και να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις γυναίκες που τις έχουν ανάγκη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1. Μαιευτική φροντίδα, μαιευτικές υπηρεσίες και μονάδες

Μια σημαντική πτυχή της εφαρμογής της φροντίδας μητρότητας που είναι βασισμένη σε στοιχεία είναι η ανάπτυξη μαιευτικών εγκαταστάσεων φροντίδας και η αύξηση της πρόσβασης των γυναικών σε αυτές (Renfrew et al., 2014; Miller et al., 2016; World Health Organization, 2016). Προς αυτή την κατεύθυνση απαιτείται η εφαρμογή πολιτικών που σχετίζονται με τη μητρότητα που επηρεάζουν την ασφάλεια, την υγεία των γυναικών και των παιδιών τους και την πρόσβαση στη μαιευτική φροντίδα βάσει επιστημονικών στοιχείων.

Περισσότερες από πέντε εκατομμύρια γυναίκες γεννούν κάθε χρόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Παρά τη σημαντική βελτίωση στη φροντίδα μητρότητας, οι ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τις γυναίκες εξακολουθούν να υφίστανται στα κράτη μέλη της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης της σημαντικής ετερογένειας στην παροχή υπηρεσιών μητρότητας, στις πρακτικές φροντίδας και στα κλινικά αποτελέσματα (Macfarlane et al., 2016). Η εφαρμογή μαιευτικής περίθαλψης με βάση επιστημονικά στοιχεία και η μείωση των διαφορών μεταξύ των διαφορετικών χωρών και της τοπικής πραγματικότητας θα οδηγούσε σε προοδευτική βελτίωση της δημόσιας υγείας. Επιπλέον, είναι σημαντικό να υπάρχει σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών και να λαμβάνονται υπόψη τα αποτελέσματα μελετών που διερευνούν τον βαθμό ικανοποίησης της μητέρας από την εμπειρία του τοκετού. Πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ότι, μέχρι σήμερα, η ανάπτυξη των υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας πρέπει να σχεδιάζεται σε ένα πλαίσιο περιορισμένων οικονομικών και ανθρώπινων πόρων (Macfarlane et al., 2016).

Μια σημαντική πτυχή που αποκτά δυναμική όσον αφορά την εφαρμογή τεκμηριωμένης μαιευτικής φροντίδας είναι η επένδυση σε μαιευτικές μονάδες και η αύξηση της πρόσβασης των γυναικών σε αυτές τις εγκαταστάσεις (Renfrew et al., 2014; Miller et al., 2016; World Health Organization, 2016). Οι παγκόσμιες στρατηγικές κατευθύνσεις για την ενίσχυση της νοσηλευτικής και της μαιευτικής την περίοδο 2016-2020 (World Health Organization, 2016) τονίζουν ότι οι μαίες θα μπορούσαν να παρέχουν το 87% της βασικής φροντίδας σε γυναίκες και νεογνά, όταν

έχουν πρόσβαση σε επαρκή εκπαίδευση και η εργασία τους ρυθμίζεται σύμφωνα με εθνικά και διεθνή πρότυπα καθώς και την καλύτερη σχέση κόστους-οφέλους.

Η Ευρώπη διαθέτει μεγάλο αριθμό κατάλληλα εκπαιδευμένων μαιών και αυτό αποτελεί ένα περαιτέρω πλεονέκτημα για την ανάπτυξη πολιτικών βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα. Η παγκόσμια στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την υγεία των γυναικών, των παιδιών και των εφήβων (Kuruvilla et al., 2016), που δημοσιεύτηκε το 2015, έθεσε φιλόδοξους στόχους για τη βελτίωση της υγείας των γυναικών σύμφωνα με τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης. Αυτοί έχουν ομαδοποιηθεί σε τρία θέματα: 1) Επιβίωση (τερματισμός αποτρέψιμων θανάτων), 2) Ευημερία (προαγωγή της υγείας και της καλής ζωής) και 3) Μετασχηματισμός (ανάπτυξη κατάλληλων περιβαλλόντων για να εξασφαλιστεί επαρκής βοήθεια).

Οι μαίες αποτελούν βασικό πόρο για την επίτευξη αυτών των στόχων. Τον Φεβρουάριο του 2018, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημοσίευσε μια κατευθυντήρια γραμμή που υπογράμμιζε την ανάγκη για φροντίδα με μια ευρύτερη ολιστική προσέγγιση της μητρότητας (World Health Organization, 2018). Το έγγραφο αναφέρει ότι εκτός από την παροχή κλινικά αποτελεσματικής φροντίδας μητρότητας, πρέπει να γίνουν περισσότερα για να νιώθουν οι γυναίκες ασφαλείς και με γαλήνη σε σχέση με την εμπειρία του τοκετού (World Health Organization, 2018). Η έκθεση διαπίστωσε ότι η ιατρικοποίηση του τοκετού (μια έκφραση που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συνήθη χρήση ιατρικών παρεμβάσεων για την πρόκληση, την επιτάχυνση, τη ρύθμιση και την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και του τοκετού) μπορεί να έχει υπονομεύσει την εμπιστοσύνη των γυναικών στην ικανότητά τους να γεννήσουν η οποία κανονικά πρέπει είναι μια θετική εμπειρία που αλλάζει τη ζωή τους. Εξ ου και οι συστάσεις για την προώθηση της φροντίδας με σεβασμό, η οποία παρέχει την κατάλληλη συναισθηματική υποστήριξη, τη συνέχεια της σχέσης με τους επαγγελματίες υγείας, την ενθάρρυνση για ελευθερία κινήσεων και άλλα μέτρα (World Health Organization, 2018).

Το έγγραφο της White Ribbon Alliance του 2012 για τη φροντίδα μητρότητας με σεβασμό ορίζει τα καθολικά δικαιώματα των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία και υπογραμμίζει τη σημασία της παροχής μαιευτικής φροντίδας και την έννοια της γυναικείας αυτονομίας (White Ribbon Alliance, 2012). Πολλές από αυτές τις προσεγγίσεις και αρχές αντιπροσωπεύουν βασικές αξίες της μαιευτικής φροντίδας των μαιευτικών μονάδων. Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (έχει δημιουργήσει χρήσιμα πρότυπα σε πολλά θέματα όπως η μαιευτική εκπαίδευση, η αξιολόγηση των μαιευτικών

δεξιοτήτων και ικανοτήτων, ωστόσο δεν έχουν αναπτυχθεί συγκεκριμένες διατάξεις σε παγκόσμιο επίπεδο μέχρι σήμερα για την μαιευτική και την λειτουργία μαιευτικών μονάδων.

Σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Αγγλίας, της Ουαλίας και της Σκωτίας, τα μαιευτήρια και οι μονάδες τοκετών, εντός και εκτός νοσοκομείων, που οργανώνονται και διαχειρίζονται μαιεύς έχουν μακρά ιστορία πίσω τους. Πριν γίνει κανόνας ο τοκετός στο νοσοκομείο, οι τοπικές μαιευτικές μονάδες ήταν η κύρια επιλογή μαζί με τους τοκετούς στο σπίτι. Από τη δεκαετία του 1970, ωστόσο, οι γυναίκες στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ενθαρρύνθηκαν να πάνε στο νοσοκομείο για τον τοκετό παρά την έλλειψη επιστημονικών στοιχείων που να υποστηρίζουν αυτήν την αλλαγή, και πολλές μαιευτικές μονάδες έχουν κλείσει. Μετά την πρώτη ανασκόπηση της ενδογεννητικής φροντίδας από το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Φροντίδας, ανατέθηκε στην Αγγλία μια μεγάλη εθνική μελέτη για την αντιμετώπιση ζητημάτων ασφάλειας και οικονομικής βιωσιμότητας για το σύστημα υγείας (Brocklehurst et al., 2011). Αυτή η μελέτη έδειξε ότι για υγιείς γυναίκες με φυσιολογική εγκυμοσύνη, η μαιευτική περίθαλψη που ξεκίνησε σε κάποια μαιευτική μονάδα, είτε τοπική, είτε μέσα σε νοσοκομείο και συνέχεια γίνονταν μεταφορά στην αίθουσα τοκετού του νοσοκομείου εάν χρειαζόταν, συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα ενδογεννητικών ιατρικών παρεμβάσεων και μητρική νοσηρότητα. Τα νεογνικά αποτελέσματα δεν ήταν διαφορετικά μεταξύ των γυναικών που έλαβαν φροντίδα στις μαιευτικές μονάδες ή στην αίθουσα τοκετού του νοσοκομείου (Brocklehurst et al., 2011).

Οι Scarf et al. (2018) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα μοντέλα μαιευτικής φροντίδας θα πρέπει να είναι πιο διαδεδομένα και ότι θα πρέπει να εφαρμοστούν συστήματα για την υποστήριξη της αλλαγής, συμπεριλαμβανομένων διδακτικών μεθοδολογιών για την εκπαίδευση και τον προσανατολισμό των εμπλεκόμενων επαγγελματιών. Οι κλινικές συστάσεις για τη φροντίδα των γυναικών σε μαιευτικές μονάδες και η ενσωμάτωση τέτοιων μονάδων στις υπηρεσίες μητρότητας (συμπεριλαμβανομένων των πρωτοκόλλων διαχείρισης, των διαδικασιών, των κλινικών κριτηρίων μεταφοράς και των συστάσεων για αξιολόγηση και φροντίδα στον τοκετό) περιγράφονται στην κατευθυντήρια γραμμή CG190 του 2014. Αυτό το έγγραφο αποτελεί αναφορά της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας στην Αγγλία και θεωρείται χρήσιμη για τον προσανατολισμό της πρακτικής κλινικής περίθαλψης και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Τα τρέχοντα στοιχεία έχουν δείξει πώς οι μαιευτικές μονάδες υιοθετούν και προωθούν ένα μοντέλο ψυχο-κοινωνικής φροντίδας που λαμβάνει υπόψη τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες, που αναφέρεται επίσης ως μοντέλο κοινωνικής φροντίδας (Walsh & Newburn, 2002). Το μοντέλο προωθεί την ισότητα μεταξύ των γυναικών και των φροντιστών τους, την αυτονομία του σώματος και τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων (McCourt et al., 2012; Overgaard et al., 2012; Macfarlane et al., 2014; 2014). Οι υπηρεσίες οργανώνονται γύρω από τις κοινωνικές ανάγκες των γυναικών και των οικογενειών στοχεύοντας έτσι στη διασφάλιση μιας άνετης και οικείας ατμόσφαιρας, παρά ενός καθαρά κλινικού περιβάλλοντος, το οποίο μπορεί να εκληφθεί ως απρόσωπο, ψυχρό και εκφοβιστικό.

Οι υπηρεσίες μητρότητας που φιλοδοξούν να εργαστούν με αυτή τη φιλοσοφία φροντίδας επιδιώκουν να σέβονται και να ενισχύουν τις δεξιότητες και τις ικανότητες των γυναικών και των συντρόφων τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, καθώς και να διευκολύνουν τη θετική μετάβαση στη γονεϊκότητα. Για την παροχή αυτού του είδους υπηρεσιών είναι σημαντικό να προσφέρεται ένα εργασιακό περιβάλλον που να υποστηρίζει τις μαιές και όλους τους επαγγελματίες που εργάζονται για την υποστήριξη της μητρότητας, έτσι ώστε να υπάρχει μια θετική εργασιακή κουλτούρα μέσα στην ομάδα, η οποία προάγει την μάθηση και την ανάπτυξη. (Rocca-Ihenacho et al., 2017).

Τα πρότυπα επικεντρώνονται στη φιλοσοφία της μαιευτικής περίθαλψης και της οργάνωσης των υπηρεσιών και προορίζονται να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με τις κατευθυντήριες γραμμές κλινικής φροντίδας. Σε ορισμένες χώρες, η βοήθεια για την εγκυμοσύνη και τον φυσιολογικό τοκετό με ανεξάρτητη μαιευτική διαχείριση είναι πιο καθιερωμένη από ό,τι σε άλλες. Σε ορισμένες χώρες δεν υπάρχουν ακόμη αυτοδιαχειριζόμενες υπηρεσίες μαιευτικής περίθαλψης και δεν υπάρχουν μαιευτικές μονάδες ενώ άλλες εφαρμόζουν διαδικασίες για την εφαρμογή αυτών των μοντέλων. Αναγνωρίζεται συνεπώς ότι παρόλο που το μαιευτικό επάγγελμα και η μαιευτική περίθαλψη έχουν ρυθμιστεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο, υπάρχει μεγάλη ποικιλία στα μοντέλα φροντίδας και στις κλινικές πρακτικές μεταξύ ή εντός διαφορετικών χωρών (Macfarlane et al., 2016). Τα πρότυπα όμως θα επιτρέψουν στις διάφορες μονάδες να αυτοαξιολογήσουν τη φιλοσοφία της φροντίδας, την οργάνωση των υπηρεσιών, τις σχετικές πρακτικές, την προσφορά στον πληθυσμό και να προσδιορίσουν τους στόχους για την εφαρμογή αναπτυξιακών σχεδίων.

Οι μαιευτικές μονάδες παρέχουν φροντίδα με βάση το μοντέλο βιοψυχοκοινωνικής φροντίδας (Bryers & Van Teijlingen, 2010; Renfrew et al., 2014; Miller et al., 2016). Αυτό το μοντέλο αναγνωρίζει τον τοκετό ως μια φυσιολογική διαδικασία που έχει εγγενείς κοινωνικοπολιτισμικές και ψυχολογικές διαστάσεις (Walsh & Newburn, 2002). Αντικατοπτρίζει την απόδειξη του πώς αυτές οι διαστάσεις δεν μπορούν να διαχωριστούν εύκολα και ότι η υψηλής ποιότητας φροντίδα μητρότητας πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλα αυτά τα χαρακτηριστικά. Οι μαιευτικές μονάδες στοχεύουν στην ενθάρρυνση της αίσθησης αυτονομίας στις γυναίκες, στην ενεργό προαγωγή της υγείας και της ευεξίας, καθώς και στην πρόληψη ανεπιθύμητων συμβάντων (Renfrew et al., 2014; Kennedy et al., 2018).

Η ισότητα, η διαφορετικότητα και η κοινωνική ένταξη είναι βασικοί δείκτες για καλής ποιότητας φροντίδα μητρότητας. Ένας επιτυχημένος τρόπος αντιμετώπισης των υφιστάμενων ανισοτήτων είναι ο σχεδιασμός υπηρεσιών που είναι προορατικές για την προσέγγιση και τη συμμετοχή όλων των γυναικών και διασφαλίζουν ότι η καθεμία είναι σε θέση να έχει πρόσβαση στο μοντέλο φροντίδας που ταιριάζει στις προσωπικές τους συνθήκες. Οι μαιευτικές μονάδες μπορούν να παρέχουν ένα περιβάλλον προαγωγής της υγείας στο οποίο οι περιθωριοποιημένες, υπό διάκριση ή ευάλωτες γυναίκες και τα παιδιά τους μπορούν να μεγαλώσουν υγιεινά (Overgaard et al., 2012).

Τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι οι θετικές διεπαγγελματικές σχέσεις που βασίζονται στον αμοιβαίο σεβασμό και την εμπιστοσύνη είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη αποτελεσματικών κλινικών αποτελεσμάτων, θετικών σχολίων από τους χρήστες σχετικά με την υπηρεσία και μιας ανταποδοτικής επαγγελματικής ζωής. Η έρευνα που διεξήχθη για τις μαιευτικές μονάδες υπογράμμισε ότι συχνά οι σχέσεις μεταξύ του προσωπικού τους και των γυναικολόγων και μαιών των νοσοκομείων θα μπορούσαν να βελτιωθούν. Ορισμένες έρευνες έχουν αποκαλύψει την ύπαρξη ενός συγκρουσιακού κλίματος μεταξύ των δύο πραγματικοτήτων του τύπου «αυτοί και εμείς» (McCourt et al., 2014; Rocca-Ihenacho et al., 2017).

Η επιστημονική βιβλιογραφία (Kirkham, 2010; Rocca-Ihenacho et al., 2017) τονίζει ότι οι προβληματικές μαιευτικές μονάδες έχουν συχνά κοινά χαρακτηριστικά, όπως:

- αδύναμη ηγεσία,
- μια κουλτούρα στην οποία η αίθουσα τοκετών του νοσοκομείου θεωρείται ως ο «κανόνας» και οι μαιευτικές μονάδες θεωρούνται ως ακριβή εναλλακτική λύση.

- η έλλειψη διεπιστημονικής συνεργασίας, καθώς και οι συναγωνισμοί που σχετίζονται με τα όρια αρμοδιοτήτων μεταξύ της αίθουσας τοκετών του νοσοκομείου και των μαιευτικών μονάδων.

Τα φυσικά όρια και οι γεωγραφικές αποστάσεις μπορούν επίσης να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο συνεργάζονται ομάδες επαγγελματιών και να δημιουργήσουν εμπόδια στην υλοποίηση μονοπατιών που βασίζονται στη μαιευτική συνέχεια της φροντίδας. Ωστόσο, όταν οι ενδιαφερόμενοι συνεργάζονται για να εντοπίσουν πολιτιστικά ή φυσικά εμπόδια δίνοντας προτεραιότητα στη συνεργασία για τη διευκόλυνση ομαλών και καλά ολοκληρωμένων οδών φροντίδας, οι γυναίκες και οι οικογένειες επωφελούνται. Οι υπηρεσίες μητρότητας μπορούν να εισαγάγουν διαδικασίες και πρακτικές που αναγνωρίζουν τη σημασία μιας θετικής οργανωτικής κουλτούρας όσον αφορά την εργασία πέρα από επαγγελματικά και φυσικά όρια, τη συμπαραγωγή και τη συνεργασία με όλους τους ενδιαφερόμενους.

Οι διαδικασίες φροντίδας για τις γυναίκες πρέπει να σχεδιάζονται όσο το δυνατόν πιο ομοιόμορφα και πρέπει να στοχεύουν στη διασφάλιση μιας θετικής εμπειρίας ανεξάρτητα από το πού γεννάει η γυναίκα: στο σπίτι, στην μαιευτική μονάδα ή στην αίθουσα τοκετών του νοσοκομείου. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι γυναίκες θέλουν να λαμβάνουν αξιόπιστες, τεκμηριωμένες πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό και τη συνάφεια του με την προσωπική τους κατάσταση στην αρχή της εγκυμοσύνης, με συχνές ευκαιρίες κατά τη διάρκεια των προγεννητικών συναντήσεων να μιλήσουν γι' αυτό με σεβασμό και συγκεντρωτικό τρόπο (Coxon et al., 2013). Η έρευνα δείχνει επίσης ότι όταν η φροντίδα είναι καλά συντονισμένη και οι επαγγελματίες έχουν κοινή φιλοσοφία και αξίες, η εμπειρία των γυναικών και εκείνων που τις συνοδεύουν τη στιγμή της γέννησης είναι καλύτερη (Rocca-Ihenacho et al., 2017). Η πορεία της γυναίκας μπορεί να περιλαμβάνει μια συνέντευξη με έναν έμπειρο επαγγελματία για να συζητήσει τη συγκεκριμένη κατάσταση και να εξετάσουν τις επιλογές που υπάρχουν. Το σχέδιο μαιευτικής φροντίδας που θα ληφθεί με αυτόν τον τρόπο θα αναπτυχθεί σε συνεργασία με τη γυναίκα που λαμβάνει υπόψη τις συστάσεις του επαγγελματία, με βάση επιστημονικά στοιχεία και βέλτιστες πρακτικές. Αυτό το σχέδιο μαιευτικής φροντίδας θα πρέπει να επανεξετάζεται και να συζητείται συνεχώς καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού.

Οι υπηρεσίες των μαιευτικών μονάδων πρέπει να είναι απαραίτητως ενεργές 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα. Αυτός ο τύπος υπηρεσίας μπορεί να προσφερθεί από μία μαιευτική μονάδα μέσω της οργάνωσης συνεχών βαρδιών

προσωπικού ή μέσω της ενεργοποίησης των διαθέσιμων μαιών. Αυτό οφείλεται στο ότι αναγνωρίζεται ότι οι αυθόρμητες γεννήσεις είναι πιο πιθανό να συμβούν τη νύχτα παρά κατά τη διάρκεια της ημέρας, με κορύφωση μεταξύ 1 π.μ. και 7 π.μ. (Macfarlane et al., 2016). Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, οι γυναίκες χρειάζονται συχνά συνεχή ή/και επείγουσα μαιευτική φροντίδα. Ισχυρά στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα μοντέλα που εγγυώνται τη συνέχεια της μαιευτικής φροντίδας έχουν καλύτερα αποτελέσματα (Sandall et al., 2016). Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την ανάγκη οργάνωσης μιας ομάδας μαιών που εργάζονται στις μαιευτικές μονάδες, εντός και εκτός νοσοκομείων, οι οποίες βοηθούν επίσης στον τοκετό στο σπίτι, προσφέροντας προγεννητική, ενδογεννητική και μεταγεννητική φροντίδα, σύμφωνα με τις προτιμήσεις της γυναίκας. Μπορεί να μην είναι δυνατό ή απαραίτητο να οργανωθεί μία μαιευτική μονάδα όπου το προσωπικό είναι παρόν 24 ώρες την ημέρα, αλλά η αρχή είναι να προσφέρεται μαιευτική φροντίδα όποτε είναι απαραίτητο, οργανώνοντας την παρουσία του προσωπικού σύμφωνα με τις γυναίκες και όχι τις εγκαταστάσεις. Οι μαιευτικές μονάδες προσφέρουν μια μοναδική ευκαιρία βελτίωσης της μαιευτικής συνέχειας της φροντίδας και της ευελιξίας των μαιευτικών υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των γυναικών.

Είναι επιτακτική ανάγκη οι μαιές που εργάζονται σε μαιευτικές μονάδες εντός νοσοκομείου και κοινότητας να παρέχουν ασφαλή, ικανή και τεκμηριωμένη φροντίδα προσαρμοσμένη στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των γυναικών. Καθώς η κλινική μάθηση των περισσότερων μαιών εξακολουθεί να πραγματοποιείται κυρίως σε αίθουσες τοκετών του νοσοκομείου, είναι απαραίτητο όλες οι μαιές να υποστηρίζονται στην ανάπτυξη της φιλοσοφίας, των γνώσεων και των δεξιοτήτων που απαιτούνται για να βοηθήσουν τις γυναίκες στην μαιευτική μονάδα (Rocca-Ihenacho et al., 2017). Τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι η κουλτούρα του οργανισμού και της ομάδας μπορεί να επηρεάσει έντονα την προώθηση ενός θετικού μαθησιακού περιβάλλοντος. Προηγούμενη έρευνα για τις μαιευτικές μονάδες υποδηλώνει ότι τέτοιες μονάδες λειτουργούν καλά όταν υπάρχει μια κοινή φιλοσοφία μάθησης, ανταλλαγή καλών πρακτικών (αμοιβαία μάθηση) και σχέσεις εμπιστοσύνης μέσα στην ομάδα (McCourt et al., 2014; Rayment et al., 2015).

Το φυσικό περιβάλλον διαδραματίζει βασικό ρόλο στον καθορισμό της αντίληψης της υπηρεσίας από τους χρήστες (McCourt et al., 2016). Το περιβάλλον μιας μαιευτικής μονάδας επηρεάζει και ενδεχομένως προάγει την υγεία και την ευημερία των γυναικών, των οικογενειών τους και του προσωπικού που χρησιμοποιεί τις

εγκαταστάσεις (Hammond et al., 2017). Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη η θέση της μαιευτικής μονάδας σε σχέση με την αίθουσα τοκετών του νοσοκομείου, όπως είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ένα υγιές περιβάλλον (McCourt et al., 2016) εντός της ίδιας της μαιευτικής μονάδας. Αυτό το περιβάλλον θα πρέπει να προάγει την υγεία, τη δημιουργία θετικών εκπαιδευτικών σχέσεων και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εγκύων γυναικών, όπως η ιδιωτικότητα, έναν χώρο για κίνηση και μια ειρηνική ατμόσφαιρα, ώστε να καλύπτονται επίσης οι ανάγκες των συντρόφων και των μελών της οικογένειας που μπορεί να τους συντροφεύουν. Κάθε μαιευτική μονάδα αναφέρεται σε συγκεκριμένους κανόνες και κανονισμούς ασφαλείας της χώρας στην οποία βρίσκεται σχετικά με την ασφάλεια των δημόσιων υποδομών.

Ισχυρά στοιχεία έχουν συσχετίσει την ποιότητα, την ασφάλεια και τη βιωσιμότητα της φροντίδας μητρότητας με την ηγεσία υψηλής ποιότητας. Τα ευρήματα της έρευνας για τις μαιευτικές μονάδες έχουν τονίσει ότι οι μονάδες που λειτουργούν καλά χαρακτηρίζονται συχνά από ισχυρή και μετασχηματιστική ηγεσία (McCourt et al., 2014). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, αυτός ο τύπος ηγεσίας παρέχεται συχνά από συμβούλους μαίες και μια πρόσφατη μελέτη για την ανάπτυξη των μαιευτικών μονάδων στη χώρα διαπίστωσε ότι οι υπηρεσίες με σύμβουλο μαία ως διευθυντή είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερες επιδόσεις. (Walsh et al., 2018). Ανεξάρτητα από τις μικρές διαφορές που παρατηρούνται σε μαιευτικές μονάδες που λειτουργούν σωστά, η ποιοτική έρευνα έχει περιγράψει ηγεσία υψηλής ποιότητας σύμφωνα με τα ακόλουθα βασικά σημεία:

- Ηγεσία επικεντρωμένη στον καθορισμό της σωστής κουλτούρας και φιλοσοφίας της φροντίδας
- Αίσθηση του ανήκειν εκ μέρους του προσωπικό που εργάζεται εκεί
- Σεβασμός για την αυτονομία των γυναικών και των μαιών
- Ενεργή προώθηση περιεκτικών και θετικών σχέσεων εντός της υπηρεσίας μητρότητας.

Στην Αγγλία, ο ρόλος της συμβούλου "μαίας" στοχεύει να συμπεριλάβει τις παραπάνω ιδιότητες για να εξασφαλίσει αποτελεσματική και μετασχηματιστική ηγεσία στις υπηρεσίες μητρότητας και στις μαιευτικές μονάδες. Μια σταθερή και δομημένη κλινική διακυβέρνηση που υποστηρίζει την μαιευτική μονάδα είναι σημαντική. Είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί μια οργανωτική κουλτούρα που μεταδίδει την αίσθηση του ανήκειν στο προσωπικό και τη συμμετοχή των χρηστών στη συνεχή βελτίωση της υπηρεσίας (Ross & Naylor, 2017). Μια κουλτούρα διαφάνειας και σε όλες τις άλλες

υπηρεσίες μητρότητας - όπου τα ανεπιθύμητα συμβάντα ή οι αρνητικές εμπειρίες εξετάζονται και συζητούνται μαζί για να ξεκινήσει ο προβληματισμός - θα ενθαρρύνει τη μάθηση και θα διευκολύνει τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών (Jabbal, 2017).

1.2. Η επικοινωνία στον τομέα της υγείας

Η σχέση του επαγγελματία υγείας και του ασθενή δεν είναι εκ των προτέρων διαμορφωμένη. Η εξέλιξη της εξαρτάται τόσο από τις συνθήκες που την περιβάλλουν, όσο και από το ποιος αναλαμβάνει την ευθύνη και την εξουσία που υπάρχουν σε αυτή. Ανάλογα λοιπόν με τα παραπάνω, μπορεί να λάβει τρεις μορφές. Η πρώτη μορφή είναι αυτή της «ενεργητικότητας-παθητικότητας» (DiMatteo & Martin, 2011). Σε αυτή την σχέση ο ασθενής έχει καταρρακωθεί από την ασθένεια και δεν μπορεί ούτε να αποφασίσει για την υγεία του αλλά και ούτε να εκφράσει την άποψη για τη θεραπεία που θα του δοθεί. Αυτό σημαίνει ότι όλες τις πρωτοβουλίες και τις αποφάσεις τις λαμβάνει ο επαγγελματίας υγείας. Συνεπώς, ο επαγγελματίας υγείας είναι αυτός που θα αποφασίσει τι πρέπει να γίνει για να σωθεί ο ασθενής αφού αυτή η μορφή εμφανίζεται συνήθως όταν ο ασθενής είναι σε κρίσιμη κατάσταση, π.χ. κινδυνεύει η ζωή του από κάποιο ατύχημα (DiMatteo & Martin, 2011).

Μία άλλη μορφή της σχέσης επαγγελματία υγείας και ασθενή είναι η καθοδήγηση και συνεργασία (DiMatteo & Martin, 2011). Σε αυτή την περίπτωση, ο επαγγελματίας υγείας έχει και πάλι την ευθύνη για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί. Η παρέμβαση του ασθενή έγκειται στο να κάνει κάποιες διευκρινιστικές ερωτήσεις προς αυτόν και να λάβει τις απαντήσεις του. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι παίρνει μέρος στις αποφάσεις που λαμβάνονται γι' αυτόν αλλά αντίθετα, ο επαγγελματίας υγείας και μόνο αποφασίζει γι' αυτόν. Το ότι δε βοηθά στη διαμόρφωση της θεραπείας του, δημιουργεί εμπόδια στην τήρηση της από τον ασθενή. Στην μορφή αυτή, με την ιδιότητα του ειδικού ο επαγγελματίας υγείας αποτρέπει τις παρεμβάσεις εκ μέρους του ασθενή με αποτέλεσμα αυτός να μην κατανοεί για ποιο λόγο λαμβάνει μία αγωγή και κάνει εσφαλμένες εκτιμήσεις σχετικά με το αν του είναι αναγκαία η όχι (DiMatteo & Martin, 2011).

Η τρίτη μορφή είναι αυτή της αμοιβαίας συμμετοχής (DiMatteo & Martin, 2011). Όπως μαρτυρά και ο τίτλος της, σε αυτή τη μορφή ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής συμμετέχουν και προγραμματίζουν μαζί κάθε στάδιο διάγνωσης και

θεραπείας της ασθένειας. Η αμοιβαία πληροφόρηση οδηγεί στην από κοινού ευθύνη οδηγώντας στη καλύτερη δυνατή διαμόρφωση της θεραπείας. Επειδή αυτή η μορφή είναι η πιο αποτελεσματική απ' όλες για να επιτευχθεί απαιτεί ορθή επικοινωνία ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή. Μέσω της επικοινωνίας ο ασθενής εκφράζει στον επαγγελματία υγείας, ποια είναι αυτά που μπορεί να κάνει και ποια όχι και διαπραγματεύονται καταλήγοντας μαζί στην ιδανική λύση (DiMatteo & Martin, 2011; Quaschnig et al., 2013).

Επιγραμματικά, υπάρχουν και άλλες εναλλακτικές μορφές της σχέσης που μπορεί να αναπτύξουν ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής. Αυτές είναι:

1. Η απόδοση ευθυνών στους επαγγελματίες υγείας από τους ασθενείς, προκειμένου να λαμβάνουν αυτοί όλες τις αποφάσεις.
2. Η αυτονομία των ασθενών, όταν αυτοί λαμβάνουν όλες τις αποφάσεις.
3. Η συνεργασία, όπου έχουν συμμετοχή τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς.
4. Ο τερματισμός της σχέσης των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών.
5. Η πατερναλιστική με το μεγαλύτερο ποσοστό ελέγχου να το έχουν οι επαγγελματίες υγείας (Ong, 1995).
6. Η καταναλωτική όπου όλη η εξουσία αποδίδεται στους ασθενείς λόγω της αμοιβής που δίνουν στους επαγγελματίες υγείας.
7. Η πολύ περιορισμένη σχέση, όπου οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς δεν έχουν καμία επαφή μεταξύ τους εκτός από τη στοιχειώδη.
8. Η αμοιβαία, όπου και τα δύο μέρη συμμετέχουν ισότιμα συναποφασίζοντας (DiMatteo & Martin, 2011).

Υπάρχουν μία σειρά εμποδίων που δημιουργούν προβλήματα στην επικοινωνία μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενή και μπορούν να αποθαρρύνουν τον δεύτερο να διατυπώσει τις ερωτήσεις που έχει και να επιλύσει τις απορίες του οδηγώντας στη συνέχεια στη μη τήρηση της θεραπείας. Ένα από αυτά είναι ο διαθέσιμος χρόνος. Ακόμα και αν αυτό δεν αποτελεί ευθύνη του επαγγελματία υγείας, η μη ύπαρξη απαραίτητου χρόνου για τη διατύπωση ερωτήσεων και τη λήψη απαντήσεων απογοητεύει τον ασθενή και μπορεί να επηρεάσει τη θεραπεία του. Ειδικά αν ο επαγγελματίας υγείας δεν είναι σε θέση επικοινωνιακά να καλύψει τις ερωτήσεις του ασθενή εν συντομία, τότε υπάρχει το ενδεχόμενο μη τήρησης της θεραπείας για τους λόγους που προαναφέρθηκαν (DiMatteo & Martin, 2011). Το ίδιο ισχύει και με την επιστημονική ορολογία που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας. Η ορολογία

αυτή είναι περίπλοκη και κατανοητή μόνο στους ίδιους αφού οι ασθενείς χρησιμοποιούν πιο καθημερινές εκφράσεις για να περιγράψουν την ασθένεια. Το αποτέλεσμα αυτού είναι να μην είναι σε θέση ο ασθενής να κατανοήσει τι ακριβώς του λέει ο επαγγελματίας υγείας και να μην μπορεί να κάνει ερωτήσεις (DiMatteo & Martin, 2011). Αν για παράδειγμα, ο επαγγελματίας υγείας αναφερθεί σε αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου I, είναι πολύ πιθανό ο ασθενής να μην κατανοήσει ότι αναφέρεται στην αλλεργία και να μην ξέρει τι ακριβώς πρέπει να ρωτήσει.

Σοβαρά προβλήματα στην επικοινωνία ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή μπορούν να προκαλέσουν επίσης η λεκτική και μη λεκτική μορφή της. Αν ο επαγγελματίας υγείας μιλάει έντονα και επιθετικά, αδιαφορεί γι' αυτά που του λέει ο ασθενής και αυτό είναι ορατό, μέσω εκφράσεων του προσώπου ή συχνών διακοπών στην ομιλία του, τότε υπάρχει το ενδεχόμενο ο ασθενής να αποθαρρυνθεί και να μην κάνει ερωτήσεις. Επίσης, η έλλειψη συνδυασμού λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας μπορεί να αποθαρρύνει τον ασθενή από το να κάνει ερωτήσεις και αυτό πολλές φορές δεν γίνεται ηθελημένα από την πλευρά του επαγγελματία υγείας. Το να λέει κάποιος επαγγελματίας υγείας κάτι αλλά οι εκφράσεις του και το ύφος του να εννοούν κάτι άλλο και να μη το λέει στον ασθενή, τότε μπορεί να απογοητεύσει και να αποθαρρύνει τον ασθενή (DiMatteo & Martin, 2011). Αν για παράδειγμα, ο επαγγελματίας υγείας χαμογελά γιατί η υποψία του για την ασθένεια επιβεβαιώθηκε και χαίρεται για τις διαγνωστικές του ικανότητες, αν πει στον ασθενή ότι υπάρχει πρόβλημα τότε αυτός είναι απίθανο να τον πιστέψει, να θεωρήσει ότι κινδυνολογεί και υπερβάλλει και να μην κάνει καμία ερώτηση θεωρώντας ότι η κατάσταση είναι καλή άρα δεν χρειάζεται να ακολουθήσει και τη θεραπευτική αγωγή. Αν πάλι, ο επαγγελματίας υγείας πει στον ασθενή ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα αλλά με την κατάλληλη θεραπεία θα επιλυθεί και δεν τον κοιτά στα μάτια, τότε ο ασθενής δεν θα το πιστέψει και θα θεωρήσει ότι ψεύδεται για να μην τον στενοχωρήσει και ότι η κατάσταση του είναι πολύ σοβαρή και ίσως μη αναστρέψιμη. Αυτό ενδέχεται να τον απογοητεύσει, να τον αποθαρρύνει από το να κάνει ερωτήσεις, αφού θα θεωρεί πως δεν θα έχουν κανένα αποτέλεσμα και κατά συνέπεια και από την τήρηση της θεραπείας του.

Ο ασθενής εκτός από τις σωματικές επιπτώσεις και επιβαρύνσεις που του προκαλεί η ασθένεια του, αντιμετωπίζει και συναισθηματικές και ψυχολογικές επιβαρύνσεις. Ειδικότερα στις σοβαρές ασθένειες, ο ασθενής αντιμετωπίζει πολλά και ανάμεικτα συναισθήματα: πόνο, απογοήτευση, φόβο, θυμό, κ.ά. Τέτοιου είδους

συναισθήματα μπορούν να προκαλέσουν ποικίλες και μη αναμενόμενες αντιδράσεις. Και στις πιο απλές όμως ασθένειες υπάρχει το ενδεχόμενο ο ασθενής να αναπτύξει διάφορες φοβίες (DiMatteo & Martin, 2011). Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να έχει ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση είναι η κατανόηση και η αντίδραση ενός ανθρώπου στα συναισθήματα του άλλου, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο σχέση κα δέσιμο μαζί του (Squier, 1990). Για να επιτευχθεί η ενσυναίσθηση πρέπει ο επαγγελματίας να μπει στη θέση του άλλου, να σκεφτεί και να κατανοήσει ποια είναι τα συναισθήματα που μπορεί να έχει. Ο ασθενής δεν μπορεί πάντα να αντιδράσει σύμφωνα με αυτά που νιώθει. Μπορεί να αντιδρά με έντονο θυμό και στην πραγματικότητα να νιώθει φόβο γι' αυτά που θα ακολουθήσουν. Για να ανιχνεύσει ο επαγγελματίας υγείας τι πραγματικά νιώθει ο ασθενής, θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει τι πραγματικά νιώθει ο ασθενής και να αντιδράσει με τον ανάλογο τρόπο. Αν ο ασθενής αντιδρά θυμωμένα λόγω του φόβου του, και ο επαγγελματίας υγείας απαντήσει επίσης επιθετικά, τότε δεν θα αναπτυχθεί καμία σχέση ανάμεσα τους. Αν όμως ο επαγγελματίας υγείας κατανοήσει τα πραγματικά συναισθήματα του ασθενή και αντιδράσει με κατανόηση, τότε ο ασθενής θα νιώσει ασφάλεια και εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο του. Θα νιώσει ικανοποιημένος από τον επαγγελματία υγείας και θα εκφράσει την εμπιστοσύνη του ακολουθώντας τις οδηγίες του (DiMatteo & Martin, 2011).

Θα πρέπει να αποσαφηνιστεί ότι η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί μία άλλη έκφραση για τη συμπάθεια και είναι διαφορετικές έννοιες. Η συμπάθεια είναι η υποστηρικτική έκφραση για τα συναισθήματα κάποιου άλλου. Η ενσυναίσθηση όμως είναι η κατανόηση τους. Στην ενσυναίσθηση κυρίαρχα είναι τα συναισθήματα του ασθενή, ενώ στη συμπάθεια ο επαγγελματίας υγείας περιορίζεται στο να εκφράσει τα δικά του συναισθήματα. Για τον επαγγελματία υγείας η ενσυναίσθηση δεν είναι μία εύκολη διαδικασία λόγω της αποστασιοποίησης που του παρέχει η γνώση του αλλά και η συχνή επαφή του με τους φόβους των ασθενών που ενδέχεται να έχουν δημιουργήσει και στον ίδιο αμυντικούς μηχανισμούς. Εντούτοις, ο επαγγελματίας υγείας που θα καταφέρει να αναπτύξει αυτή τη δεξιότητα, θα μπορέσει να δημιουργήσει μία σχέση, που θα λειτουργήσει προς όφελος του ασθενή, αφού θα τον κάνει να ακολουθήσει, μέσω της εμπιστοσύνης που θα αναπτυχθεί, τη θεραπεία του και να βελτιώσει την κατάσταση του (DiMatteo & Martin, 2011; Haskard et al., 2009).

Οι επαγγελματίες υγείας ενώ λαμβάνουν μία πολύχρονη και ιδιαίτερα αυστηρή εκπαίδευση στο αντικείμενο τους, ελάχιστη σημασία δίνεται στις επικοινωνιακές τους

δεξιότητες και στη συμπεριφορά που επιδεικνύουν προς τους ασθενείς. Εντούτοις, από τα παραπάνω καταδείχτηκε ότι αποτελούν δύο πολύ σημαντικά στοιχεία που μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και στην ακύρωση της επιστημονικής ιδιότητάς τους. Ακόμα και αν ο επαγγελματίας υγείας κάνει την καλύτερη διάγνωση και παρέχει στον ασθενή τη καλύτερη θεραπεία που υπάρχει, αν δεν επικοινωνήσει με σωστό τρόπο, τότε δεν θα υπάρξει κανένα αποτέλεσμα, αφού δεν θα τηρηθεί. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν και στις παραπάνω δεξιότητες (Bachmann et al., 2013; Wouda & Van De Wiel, 2013). Το ίδιο ισχύει σχεδόν για όλα τα επαγγέλματα υγείας, όπως για παράδειγμα οι επαγγελματίες υγείας που μπορεί η προσφορά τους προς τον ασθενή να απορριφθεί λόγω λανθασμένης συμπεριφοράς.

Αναφορικά με τον ορθό τρόπο συμπεριφοράς προς τον ασθενή, θα πρέπει να υπάρξουν προγράμματα εκπαίδευσης γενικότερα των επαγγελματιών υγείας. Στοιχεία όπως η ευγένεια δεν είναι επίκτητα αλλά μπορούν να αποκτηθούν μέσω της εκπαίδευσης. Ο επαγγελματίας θα πρέπει να αποκτήσει καλούς τρόπους μαθαίνοντας να συστήνεται στον ασθενή και να μην τον αγνοεί, να είναι σε θέση να αναπτύξει μία ευχάριστη και θετική συζήτηση, να μιλά κοιτώντας τον ασθενή στα μάτια δείχνοντας του ότι τον ακούει και λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη του. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της συζήτησης περιστατικών και την κριτική στη συμπεριφορά τους, μέσω της συζήτησης και του σχολιασμού βιντεοσκοπημένων περιστατικών αλλά και μέσα από το παιχνίδι ρόλων κάνοντας πρακτική άσκηση για τον τρόπο που πρέπει να φέρονται στους ασθενείς. Η εκπαίδευση μέσω της χρήσης πραγματικών περιστατικών θα καταδείξει στους επαγγελματίες υγείας τι πραγματικά κάνουν λάθος στην πράξη και δεν θα περιοριστεί στην παροχή θεωρητικής γνώσης, η οποία αν δεν εφαρμοστεί υπάρχει και το ενδεχόμενο να μείνει ανεκμετάλλευτη (DiMatteo & Martin, 2011). Η απόκτηση σωστής συμπεριφοράς προς τους ασθενείς θα οδηγήσει στην ανάπτυξη καλύτερης επικοινωνίας και θα επιφέρει θετικά αποτελέσματα ανάμεσα στα δύο μέρη και κυρίως προς όφελος του ασθενή.

Το ίδιο ισχύει και για τις επικοινωνιακές δεξιότητες. Μέσω της εκπαίδευσης, οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να τις αποκτήσουν. Οι επαγγελματίες πρέπει να εκπαιδευθούν ώστε να είναι φιλικόι προς τους ασθενείς, να ανταποκρίνονται και να δέχονται τις υποδείξεις τους, να συζητάνε τις απόψεις τους και να ασχολούνται πέρα από τις ιατρικές διαστάσεις της ασθένειας και με τα συναισθήματα που ο ασθενής βιώνει και τα οποία αποτελούν εξίσου σημαντικό παράγοντα με την ίδια τη θεραπεία σε πολλές περιπτώσεις (Bensing, 1991). Η ανάπτυξη σωστών επικοινωνιακών

δεξιοτήτων θα οδηγήσει στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης εκ μέρους των ασθενών, στη τήρηση των οδηγιών και στην αποθεραπεία τους ή ανακούφιση τους με πιο αποτελεσματικό τρόπο (DiMatteo & Martin, 2011; Levinson et al., 2013).

Η επικοινωνία ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή αποτελεί έναν καταλυτικό παράγοντα για την παροχή φροντίδας. Η επικοινωνία είναι αυτή που θα καθορίσει αν ο ασθενής μείνει ευχαριστημένος και εμπιστευθεί τον επαγγελματία υγείας, ακολουθώντας στη συνέχεια πιστά τη θεραπευτική αγωγή που του δίνεται. Στην αντίθετη περίπτωση, η απογοήτευση ενδέχεται να οδηγήσει στην εγκατάλειψη της ασθένειας. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο ασθενής να νιώσει ότι συμμετέχει και ο ίδιος στη θεραπεία του και να κατανοεί από τι ακριβώς πάσχει αλλά και τι θα συμβεί. Αν ο επαγγελματίας δεν αφήνει τέτοια περιθώρια, τότε το αποτέλεσμα θα είναι απογοητευτικό. Κατανόηση όμως πρέπει να έχει και ο επαγγελματίας υγείας για τα συναισθήματα του ασθενή προκειμένου να επικοινωνήσει σωστά μαζί του. Ο ψυχολογικός και συναισθηματικός παράγοντας μπορεί να προκαλέσει σημαντικές επιβαρύνσεις στον ασθενή. Αναδεικνύεται λοιπόν η ανάγκη απόκτησης σωστών επικοινωνιακών δεξιοτήτων μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης με σκοπό τη σωστή επικοινωνία με τον ασθενή και την ανάπτυξη μίας σχέσης εμπιστοσύνης που θα οδηγήσει το λιγότερο στη τήρηση της θεραπευτικής του αγωγής.

1.3. Συμμετοχικές μορφές σχέσεων και τύποι επικοινωνίας

Οι σχέσεις και η επικοινωνία που αναπτύσσονται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς μπορούν να λάβουν πέντε μορφές (Rotter et al., 1997). Η βιοιατρική είναι η πρώτη μορφή και περιορίζεται μόνο στις διαστάσεις που σχετίζονται με αυτή. Οι κοινωνικές και οι ψυχολογικές διαστάσεις της ασθένειας δεν αποτελούν αντικείμενο συζήτησης ανάμεσα στον ασθενή και στον επαγγελματία υγείας και εστιάζουν αποκλειστικά στις βιοιατρικές και τις σχετικές με αυτές πληροφορίες. Πάνω σε αυτό το πλαίσιο αναπτύσσεται η επικοινωνία ανάμεσα τους. Επιπλέον, η σχέση αυτή δεν ισότιμη αφού περιορίζεται ο ασθενής να συμμετέχει μόνο μέσω των απαντήσεων στις ερωτήσεις που του κάνει ο επαγγελματίας υγείας (Rotter et al., 1997).

Η εκτεταμένη βιοιατρική συνιστά τη δεύτερη μορφή σχέσης και επικοινωνίας. Αυτή βασίζεται στις βιοιατρικές διαστάσεις και η σχέση είναι μονόπλευρη με τον

ασθενή να απαντά στις ερωτήσεις που δέχεται. Αν και περιορισμένα όμως, αντίθετα από τη βιοιατρική, περιλαμβάνονται και κάποιες ψυχοκοινωνικές διαστάσεις (Rotter et al., 1997).

Η βιοψυχοκοινωνική είναι η τρίτη μορφή που συνδυάζει θέματα από δύο διαφορετικούς τομείς. Τα βιοιατρικά και τα ψυχοκοινωνικά θέματα συνδυάζονται σε μία ισορροπία. Σε αυτή την μορφή, οι επαγγελματίες υγείας αποδίδουν σημασία και στα ψυχοκοινωνικά θέματα σε σημαντικό βαθμό παρά το ότι τα βιοιατρικά υπερτερούν. Για τους ασθενείς υπάρχει και για τις δύο κατηγορίες θεμάτων απόλυτη ισορροπία αφού τα θεωρούν εξίσου σημαντικά (Rotter et al., 1997).

Στην ψυχοκοινωνική μορφή που είναι η επόμενη μορφή επικοινωνίας, η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και στον ασθενή εστιάζει μόνο σε ψυχοκοινωνικά θέματα. Αυτό οφείλεται στον ασθενή όμως και όχι στον επαγγελματία υγείας. Τον επαγγελματία υγείας τον ενδιαφέρουν και τα ψυχοκοινωνικά αλλά και τα βιοιατρικά. Ο ασθενής όμως ενδιαφέρεται μόνο για τα ψυχοκοινωνικά και μονοπωλεί τη συζήτηση με αυτά. Λόγω του ότι ο ασθενής ενδιαφέρεται αποκλειστικά γι' αυτά τα θέματα οι ερωτήσεις των επαγγελματιών υγείας είναι περιορισμένες. Επίσης, σε αυτή την μορφή ο επαγγελματίας υγείας είναι πιο δεκτικός υπό την έννοια ότι ακούει προσεκτικά τον ασθενή για τα θέματα που τον απασχολούν και αποδέχεται αυτή την μορφή των πληροφοριών χωρίς να εστιάζει αποκλειστικά στη βιολογική του κατάσταση. Αυτό όμως συνεπάγεται ότι ο ασθενής δεν λαμβάνει και μεγάλο αριθμό πληροφοριών από τον επαγγελματία υγείας όπως συμβαίνει στις σχέσεις που περιλαμβάνουν και τις βιοιατρικές διαστάσεις (Rotter et al., 1997).

Η καταναλωτική είναι η τελευταία μορφή επικοινωνιακής σχέσης. Οι ερωτήσεις σε αυτή την μορφή δεν γίνεται από τους επαγγελματίες υγείας όπως στις άλλες αλλά από τους ασθενείς που αποζητούν απαντήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές είναι κυρίως βιοιατρικές διότι ο ασθενής θέλει να αποκτήσει πληροφορίες από τον επαγγελματία υγείας που έχει εξειδικευμένη γνώση. Σε αυτή την σχέση κυριαρχεί ο ασθενής διότι αυτός καθορίζει την μορφή και το ύφος των ερωτήσεων και των απαντήσεων που θα προκύψουν. Σε αυτή την σχέση ο ασθενείς δεν θέλει να συνδιαλλαγεί ή να συζητήσει με τον επαγγελματία υγείας αλλά επιδιώκει αποκλειστικά την λήψη απαντήσεων και δεν επεκτείνεται σε άλλες μορφές σχέσεων (Rotter et al., 1997).

1.4. Βασικά μοντέλα σχέσης επαγγελματία υγείας και ασθενή

Από τα τέλη του 20^{ου} αιώνα έγινε κατανοητό ότι οι πρακτικές των επαγγελματιών υγείας έπρεπε να εστιάζουν κυρίως στον ασθενή. Αυτό διαμόρφωσε και τα βασικά μοντέλα για την σχέση που αναπτύσσουν ανάμεσα τους. Η διαμόρφωση των βασικών μοντέλων της σχέσης των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, έχουν προκύψει από την διερεύνηση της αλληλεπίδρασης που υπήρχε ανάμεσα τους και τα στοιχεία που αυτή αναδείκνυε. Τρεις μορφές σχέσης αναδύθηκε από αυτή τη διερεύνηση και την σχέση του επαγγελματία υγείας και του ασθενή που βασίζεται στην επικοινωνία, λεκτική και μη λεκτική. Οι σχέσεις αυτές είναι η παιδική, η ενήλικη και η γονεϊκή (Cushing, 2015). Η παιδική και η γονεϊκή σχέση αποδίδουν στον ασθενή και στον επαγγελματία υγείας τους αντίστοιχους ρόλους. Ο ρόλος του γονέα αποδίδεται στον επαγγελματία υγείας λόγω των γνώσεων και της εμπειρίας που αυτός κατέχει και τον κάνει εξειδικευμένο. Από την άλλη, η ενήλικη προσέγγιση αποδίδει μεγαλύτερη αυτονομία στον ασθενή την οποία πρέπει να αποδέχεται και να σέβεται και ο επαγγελματίας υγείας. Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας οι σχέσεις ανάμεσα τους πρέπει να είναι ισότιμη και αυτή να καθορίζει τη διαμόρφωση της πορείας (Cushing, 2015).

Οι σχέσεις αυτές είναι υπαρκτές αλλά δεν είναι και όλες αποτελεσματικές. Όπως ήδη αναφέρθηκε, δύο εξ αυτών, η γονεϊκή και η παιδική, δεν αντιμετωπίζουν τον ασθενή ισότιμα. Αντίθετα του αποδίδουν έναν παθητικό ρόλο στον οποίο πρέπει να ακολουθεί πιστά και να υπακούει τις οδηγίες του επαγγελματία υγείας που θεωρείται ο ειδικός. Η κατανόηση των αυτών των μειονεκτημάτων οδήγησε με την σειρά της σε μία νέα έννοια που αφορά την σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενή, αυτή της συμφωνίας. Η συμφωνία αφορά την συνεργασία επαγγελματία υγείας και ασθενή υπό την έννοια ότι πρέπει να αναπτύσσουν μία σχέση ανάμεσα τους που να είναι ρεαλιστική, και συλλογική χωρίς ασάφειας και παρεξηγήσεις. Η εστίαση όμως θα πρέπει να σημειωθεί δεν αφορά αποκλειστικά τη διαδικασία που επιλεγεί και θα ακολουθηθεί αλλά και την συμπεριφορά του ασθενή αλλά και προς αυτόν (Cushing, 2015).

Οι σχέσεις που προαναφέρθηκαν εντάσσονται στα ψυχοδυναμικά μοντέλα. Υπάρχουν όμως και άλλα και ειδικότερα βιοϊατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό που επηρεάζουν την σχέση του επαγγελματία υγείας και του ασθενή. Στο βιοϊατρικό

μοντέλο ο επαγγελματίας υγείας κυριαρχεί και πάλι αφού έχει την απαραίτητη εξειδίκευση σε τεχνικό και επιστημονικό επίπεδο (Ευκαρπίδης, 2012). Στο μοντέλο αυτό, η ασθένεια γίνεται αντιληπτή από τον επαγγελματία υγείας μόνο βάσει των βιολογικών αιτιών και αντίστοιχες είναι και οι αποφάσεις που λαμβάνονται για τη θεραπεία (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2015). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι το εντελώς αντίθετο. Σε αυτό, ο επαγγελματίας υγείας λαμβάνει υπόψη του τις βιολογικές αιτίες αλλά καθοριστικές για τις αποφάσεις που θα ληφθούν είναι και οι απόψεις και οι πεποιθήσεις του ασθενή, Στο πλαίσιο αυτό οι αποφάσεις λαμβάνονται από κοινό και αυτό είναι σημαντικό για την πορεία της θεραπείας (Olufowote & Wang, 2016; Σαρρής, 2001).

Στην κοινή λήψη αποφάσεων δεν ακολουθείται πάντα μία ίδια διαδικασία. Το πρώτο στάδιο της όμως είναι ο ασθενής να ενημερωθεί πλήρως. Η ολοκληρωμένη ενημέρωση του ασθενή δεν περιλαμβάνει μόνο πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του αλλά και για τις συνέπειες που μπορεί να υπάρχουν, την πορεία της ασθένειας, κ.λπ. Αντίστοιχα, ο επαγγελματίας υγείας στη συνέχεια θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν καθώς επίσης να διατυπώσει και την άποψη του για το ποια αυτός θεωρεί καλύτερη. Στο πλαίσιο της ενημέρωσης θα πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει ποια είναι τα θετικά αποτελέσματα που ενδέχεται να προκύψουν για κάθε μία από τις εναλλακτικές αλλά και τις τυχόν συνέπειες που μπορεί να υπάρχουν. Αν γνωρίζει όλες τις διαστάσεις τότε μπορεί να κάνει την επιλογή που αυτός θεωρεί καλύτερη. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ενημερώνει πλήρως τον ασθενή όχι μόνο γιατί έτσι το αντιμετωπίζει ισότιμα αλλά και γιατί είναι ηθικά σωστό αυτός να έχει πλήρη γνώση. Στο πλαίσιο της ηθικής επίσης εμπίπτει και η λήψη απόφασης εκ μέρους του ασθενή και η επιλογή στην ουσία του ποιες συνέπειες θα αποδεχτεί και ποιες όχι καθώς και το μέγεθος του κινδύνου που είναι πρόθυμος να αποδεχτεί (Whitney et al., 2004).

Οι αποφάσεις που λαμβάνονται από κοινού απαιτούν την ανάπτυξη μίας διαδικασίας που αφορά την πορεία του ασθενούς και της ασθένειας του στην οποία θα συμμετέχει ενεργά και ο ίδιος. Οι επαγγελματίες υγείας προσανατολίζονται προς αυτή την κατεύθυνση όταν η αντιμετώπιση της ασθένειας περιλαμβάνει περισσότερες από μία επιλογές. Δεδομένου ότι οι επιλογές αυτές είναι λογικές και εφικτές, ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής ξεκινούν μία συζήτηση μεταξύ τους για να καταλήξουν στην τελική απόφαση. Στη συζήτηση αυτή παρέχονται πληροφορίες από αμφότερες τις πλευρές αλλά παράλληλα εκφράζονται και οι προτιμήσεις. Ο

επαγγελματίας μπορεί να εκφράσει την επιλογή που προτιμά και να την αιτιολογήσει αλλά αυτή που θα επικρατήσει, διότι σε αυτόν ανήκει και η τελική επιλογή, είναι αυτή του ασθενούς (Stiggelbout et al., 2015).

Για τη διαδικασία αυτή έχουν διατυπωθεί κάποια στάδια αλλά δεν είναι πάντα υλοποιήσιμα. Στάδια έχουν προτείνει και οι Stiggelbout et al. (2015) προτείνοντας την ακολουθία τους από τους επαγγελματίες λόγω του ότι δεν είναι δύσκολα. Σε πρώτη φάση, ο επαγγελματίας υγείας ενημερώνει τον ασθενή για το τι πρόκειται να γίνει, δηλαδή ότι πρέπει να εκφράσει και αυτός την γνώμη του για μία απόφαση που πρέπει να παρθεί. Προκειμένου ο ασθενής να εκφράσει τη γνώμη του, ο επαγγελματίας υγείας λέει στον ασθενή τις διαθέσιμες επιλογές που υπάρχουν καθώς και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τους. Ακολούθως, ο ασθενής καλείται να εκφράσει τι προτιμά και θα πρέπει σε αυτό το στάδιο να έχει την πλήρη υποστήριξη του επαγγελματία υγείας. Η προτίμηση που θα εκφραστεί από τον ασθενή θα αναλυθεί και θα συζητηθεί με τον επαγγελματία. Για το τελικό στάδιο υπάρχουν δύο εκδοχές. Μπορεί η συζήτηση να είναι εποικοδομητική και να ληφθεί η τελική απόφαση. Μπορεί όμως να υπάρχουν αναπάντητα ζητήματα και να αναβληθεί η απόφαση μέχρι να υπάρξει ενημέρωση και γι' αυτά (Stiggelbout et al., 2015).

Για να ληφθεί μία απόφαση πρέπει να υπάρχει η σχετική ετοιμότητα και να διασφαλιστεί ότι και οι δύο πλευρές κατανοούν ότι πρέπει να είναι ποιοτική. Η καλή ενημέρωση του ασθενούς είναι πρωταρχικής σημασίας σε αυτή τη διαδικασία προκειμένου να έχει τα απαραίτητα δεδομένα που θα τον βοηθήσουν να λάβει την καλύτερη γι' αυτόν απόφαση. Η απόφαση του ασθενούς βέβαια δεν περιορίζεται στο να επιλέγει μία από τις προτάσεις που κάνει ο επαγγελματίας υγείας. Είναι εξίσου πιθανό να αποφασίσει να μην επιλέξει καμία και να μην κάνει καμία θεραπεία (Kane et al., 2014).

Η διαδικασία αυτή είναι πολύ ωφέλιμη για τον ασθενή. Νιώθει καλύτερα όταν συμμετέχει και αυτός σε αποφάσεις που τον αφορούν και πιο σίγουρος. Επιπλέον, εμπιστεύεται ακόμα περισσότερο τον επαγγελματία υγείας αφού θεωρεί ότι υπολογίζει την γνώμη του και ότι δεν τον αντιμετωπίζει επιπόλαια και δεν έχει τον φόβο μήπως δεν ενδιαφέρεται για το καλό του. Παρόλα αυτά όμως δεν συμμετέχουν όλοι οι ασθενείς ενεργητικά στη διαδικασία. Μπορεί να είναι επιλογή του ασθενή η οποία είναι εξίσου αποδεκτή να διατηρήσει μία πιο παθητική στάση περιμένοντας από τον επαγγελματία υγείας να επιλέξει τελικά, μία δικαιοδοσία την οποία όμως παρέχει ο ίδιος και δεν είναι αυθαίρετη.

Ένα άλλο στοιχείο που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι οι ασθενείς δεν μπορούν όπως οι επαγγελματίες υγείας να ανακαλέσουν τις πληροφορίες που λαμβάνουν. Ο ασθενής μπορεί να συζητήσει με τον επαγγελματία υγείας, να λάβει τις πληροφορίες που θέλει και μετά από λίγα λεπτά να θυμάται μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτές. Αυτό είναι επικίνδυνο για τον ασθενή διότι μπορεί να μην θυμάται σημαντικές πληροφορίες που αφορούν την πορεία της ασθένειάς του και τη θεραπεία του και να αναπτύξει συμπεριφορές που είναι επιζήμιες γι' αυτές (Dillon, 2012).

Η ανάκληση των πληροφοριών από τον ασθενή μπορεί να διευκολυνθεί με την παρέμβαση του επαγγελματία υγείας βάσει των πρακτικών που ο δεύτερος χρησιμοποιεί. Η συζήτηση συνιστά μία τέτοια πρακτική με την εστίαση στα σημεία τα οποία θεωρούνται πιο σημαντικά ώστε στη συνέχεια ο ασθενής να μπορεί πιο εύκολα να θυμηθεί τις πληροφορίες που έλαβε κατά τη διάρκεια της (Dillon, 2012).

Ο ασθενής που αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ανάκληση πληροφοριών θα πρέπει όμως να το επισημάνει στον επαγγελματία υγείας διότι υπάρχει το ενδεχόμενο να μην μπορέσει να το εντοπίσει μόνος του. Υπάρχουν και ασθενείς βέβαιοι που μπορεί να μην το πουν διότι ντρέπονται γι' αυτή την αδυναμία τους. Η αδυναμία αυτή μπορεί να ξεπεραστεί με τη βοήθεια του επαγγελματία υγείας. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να πει στον ασθενή ότι να μην μπορεί να θυμηθεί τις πληροφορίες που λαμβάνει δεν είναι μία προσωπική του αδυναμία αλλά είναι κάτι σύνηθες για πολλούς ανθρώπους. Επιπλέον, τονίζοντας ποιες πληροφορίες είναι πιο σημαντικές και ότι είναι απαραίτητο ο ασθενής να τις θυμάται, ο επαγγελματίας υγείας θα τον κάνει να επικεντρώσει ακόμα περισσότερο την προσοχή του κάτι που θα διευκολύνει και την μνήμη του (Dillon, 2012).

Υπάρχουν και άλλες συμβουλές που ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να δώσει στον ασθενή για την καλύτερη ανάκληση των πληροφοριών που λαμβάνει. Μπορεί για παράδειγμα να προτείνει στον ασθενή να κρατά σημειώσεις κατά τη διάρκεια της συζήτησης τονίζοντας ότι είναι σημαντικές οι πληροφορίες που θα λάβει. Μπορεί επίσης να το προτείνει να συνοδεύεται από κάποιον ώστε στη συνέχεια και οι δύο μαζί να θυμούνται καλύτερα τις πληροφορίες που θα λάβουν. Στο ίδιο πλαίσιο, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να έχουν προετοιμάσει και να παρέχουν στους ασθενείς τις διάφορες οδηγίες και πληροφορίες σε έντυπη μορφή ή σε ψηφιακή μορφή διαμορφώνοντας στην ουσία ένα αρχείο το οποίο θα μπορούν να συμβουλευθούντα όποια στιγμή το θέλουν (Dillon, 2012).

Σημαντικό είναι επίσης και το χρονικό σημείο παράθεσης των πληροφοριών που θέλουν οι επαγγελματίες υγείας να θυμούνται οι ασθενείς. Αν οι πληροφορίες αυτές δοθούν στις αρχές της συζήτησης και μετά ακολουθήσουν και άλλα θέματα, τότε είναι εύλογο να ξεχαστούν κάποιες από αυτές. Αν όμως αυτές παρασχεθούν προς το τέλος της συζήτησης τότε θα είναι πιο εύκολο να ανακληθούν. Επίσης, αν ο ασθενής έχει κρατήσει δικές του σημειώσεις είναι σημαντικό να τις ελέγξει ο επαγγελματίας υγείας ώστε να διασφαλίσει ότι μεταφέρθηκαν ακριβώς όπως τις παρείχε και δεν έχει γίνει κάποιο λάθος. Μία άλλη πρακτική που υιοθετείται προκειμένου ο ασθενής να θυμάται καλύτερα τις οδηγίες που του δόθηκαν, είναι ο επαγγελματίας υγείας να του ζητήσει να τις επαναλάβει. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να ελέγξει τι ακριβώς κατάλαβε ο ασθενής και αν χρειαστεί να κάνει αλλαγές ενώ παράλληλα αυτή η τεχνική βοηθά στην καλύτερη ανάκληση τους. Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να αποθαρρύνονται από τον επιπλέον χρόνο που μπορεί να χρειαστεί η εφαρμογή τέτοιων τεχνικών. Αυτό μπορεί να τους εξοικονομήσει περισσότερο χρόνο και προσπάθεια που θα δαπανήσουν εάν ο ασθενής δεν κατανοήσει τις οδηγίες που του δίνονται και προκληθεί επιδείνωση της ασθένειας του (Dillon, 2012).

1.5. Το βιοϊατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Το βιοψυχοκοινωνικό και το βιοιατρικό μοντέλο έχουν μία πλήρη αντίθεση ανάμεσα τους. Από αυτά εξαρτάται και η σχέση που θα αναπτυχθεί ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και στον ασθενή καθώς και το ποσοστό συμμετοχής τους. Τα διαφορετικά μοντέλα συνεπάγονται και διαφορετικές αντιλήψεις και μία ανισότητα στις σχέσεις επαγγελματία υγείας και ασθενή. Στο βιοιατρικό μοντέλο ο επαγγελματίας υγείας είναι κυρίαρχος λόγω της γνώσης που κατέχει. Θεωρείται αδύνατο ο ασθενής να λάβει αποφάσεις γιατί δεν έχει τη γνώση που απαιτούν. Συνεπώς, ο επαγγελματίας υγείας λόγω της γνώσης του είναι αυτός που θα λάβει τις αποφάσεις αφού μπορεί να κατανοήσει ποιες είναι οι σωστές και οι κατάλληλες για κάθε περίπτωση. Αυτό δημιουργεί μία απόσταση ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και στον ασθενή με το δεύτερο να τηρεί μία απόλυτα παθητική στάση. Ο επαγγελματίας υγείας δεν επιδιώκει να αναπτύξει οποιαδήποτε άλλη σχέση μαζί του αλλά αντίθετα αποθαρρύνει ένα τέτοιο ενδεχόμενο διότι θεωρεί ότι αλλιώς μπορεί να υπάρχει παρέμβαση του ασθενή που δεν είναι απαραίτητη. Τον επαγγελματία υγείας δεν τον απασχολεί επίσης η ψυχολογική

και συναισθηματική κατάσταση του ασθενή διότι δεν είναι αυτό το ζητούμενο. Επίσης, δεν τον ενδιαφέρει αν ο ασθενής συμφωνεί με αυτά που λέει ο επαγγελματίας υγείας ή όχι. Αυτός θα λάβει τις αποφάσεις που θεωρεί ως κατάλληλες διότι αυτό είναι το καθήκον του και έχει τις σχετικές δεξιότητες να το επιτελέσει, κάτι που δεν ισχύει για τον ασθενή που δεν έχει την απαραίτητη επιστημονική κατάρτιση (Olufowote & Wang, 2016).

Η σχέση και η επικοινωνία του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς είναι εντελώς διαφορετική στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Το επίκεντρο της συζήτησης δεν είναι η επιστημονική κατάρτιση και συνεπώς ο επαγγελματίας υγείας. Η εστίαση σε αυτό το μοντέλο γίνεται στον ασθενή. Ο επαγγελματίας υγείας θεωρεί σημαντική την άποψη του ασθενούς για την ασθένεια του καθώς και τις επιπτώσεις που βιώνει λόγω αυτής. Ο ασθενής θα εκφράσει τις αντιλήψεις του αλλά και τις επιθυμίες του ενώ θα συνδεθεί συναισθηματικά με τον επαγγελματία υγείας και θα συνεργαστούν για τις αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν. Ο επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζεται σε αυτή την σχέση από τον ασθενή ως κάποιος που τον καταλαβαίνει και μπορεί να τον αποφασίσει. Θεωρεί ότι δεν τον βλέπει με βάση την ασθένεια του αλλά τον κατανοεί ως άνθρωπο και τον σέβεται αφού δεν του επιβάλλει τι να κάνει αλλά ζητά την συνεργασία του και συζητά μαζί του τα πάντα (Olufowote & Wang, 2016).

Για να μπορεί όμως ο επαγγελματίας υγείας να λειτουργήσει με αυτό τον τρόπο πρέπει να έχει την ικανότητα της ενσυναίσθησης. Η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα που έχει κάποιος να κατανοεί τα συναισθήματα του άλλου και τη θέση στην οποία βρίσκεται. Αυτό συνεπάγεται ότι πρέπει να μπορεί να σκέφτεται με την προοπτική του άλλου για να κατανοήσει τι σημαίνει γι' αυτόν η ασθένεια και να τον προσεγγίζει επικοινωνιακά σύμφωνα με αυτή (Mercer & Reynolds, 2002). Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να έχουν ενσυναίσθηση αλλά δεν είναι πάντα εφικτό. Κάποιοι επαγγελματίες υγείας την θεωρούν όχι μόνο περιττή αλλά επιβλαβής διότι την ταυτίζουν με τα συναισθήματα τα οποία θεωρούν ότι μπορεί να λειτουργήσουν αρνητικά στη σχέση που αποκτούν με τον ασθενή και εις βάρος της λογικής. Αυτό όμως δεν ισχύει και αποτελεί μία συχνή πλάνη. Η ενσυναίσθηση μπορεί να έχει εκτός από επικοινωνιακή και κλινική διάσταση που δεν σχετίζεται με τα συναισθήματα και συμβάλλει σημαντική στην αλληλεπίδραση του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή (Mercer & Reynolds, 2002).

Η ενσυναίσθηση είναι σημαντική για τη σχέση που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας με τους ασθενείς. Με αυτό τον τρόπο ο επαγγελματίας υγείας

μπορεί να δει το θέμα από τη θέση του ασθενούς και έτσι να επικοινωνήσει καλύτερα μαζί του. Με αυτό τον τρόπο ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να διατυπώσει προτάσεις που είναι αποδεκτές και από τον ασθενή και θα προκαλέσουν την ευχαρίστηση και την ικανοποίησή του. Μία τέτοια προοπτική θα οδηγήσει σε θεραπευτικές αποφάσεις που εκτός από τις θετικές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς, θα έχουν και ψυχολογικές και συναισθηματικές ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο ακόμα περισσότερο τον ασθενή για την αντιμετώπιση της ασθένειάς του (Mercer & Reynolds, 2002).

Η ενσυναίσθηση είναι σημαντική και σε επίπεδο διάγνωσης. Ένας ασθενής που θεωρεί ότι ο επαγγελματίας υγείας τον ακούει και ενδιαφέρεται γι' αυτόν, θέλει να του μεταφέρει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες και έτσι παρέχουν πιο αναλυτικές εξηγήσεις για τα συμπτώματά τους. Επιπλέον, αυξάνεται η πιθανότητα να αποκαλύψει στον επαγγελματία υγείας πληροφορίες που ήθελε να αποκρύψει. Έτσι, ο επαγγελματίας υγείας αποκτά όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να κάνει μία ακριβή διάγνωση. Αυτή η σχέση συνεπάγεται στη συνέχεια και την μεγαλύτερη συμμόρφωση του ασθενούς διότι θέλει να συνεργαστεί με τον επαγγελματία υγείας που του φέρεται με κατανόηση και σεβασμό. Όλα αυτά οδηγούν στη συνέχεια σε μία καλύτερη πορεία της θεραπείας του ασθενούς, με θετικές επιπτώσεις όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για τον επαγγελματία που επιβεβαιώνεται ως επιστήμονας λόγω των θετικών αποτελεσμάτων που επέφερε (Stepien & Baernstein, 2006).

1.6. Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της επικοινωνίας

Η ενσυναίσθηση είναι μεν πολύ σημαντική όπως αναλύθηκε διεξοδικά, αλλά δεν είναι αυτόνομα επαρκής για τη βελτίωση της επικοινωνίας. Η συναισθηση μπορεί να έχει θετική συμβολή εάν ο επαγγελματίας υγείας κατανοήσει πόσο σημαντική είναι και πεισθεί να την αξιοποιήσει κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας. Υπάρχει όμως το ενδεχόμενο λανθασμένων αντιλήψεων που θεωρούν ότι έχει μόνο συναισθηματική διάσταση. Για να κατανοούν πλήρως την σημασία της ενσυναίσθησης και να την αξιοποιούν αποτελεσματικά, απαιτείται εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε αυτό το πεδίο (Mercer & Reynolds, 2002). Η ενίσχυση της σημασίας της ενσυναίσθησης μπορεί επίσης να επιτευχθεί μέσω της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας που προσφέρει. Πιο απλά, αν υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που να δείχνουν ότι η

ενσυναίσθηση μπορεί να αξιοποιηθεί αποτελεσματικά από τους επαγγελματίες υγείας καθώς και όλες οι διαστάσεις που προαναφέρθηκαν, τότε είναι πιο εύκολο να αναπτύξουν θετικές στάσεις απέναντι τους να την αξιοποιήσουν στην πρακτική τους τους εδραιώνοντας την με αυτό τον τρόπο στον τομέα της υγείας (Kelm et al., 2014).

Η αξιολόγηση της ενσυναίσθησης μπορεί επίσης να συμβάλλει και στην κατανόηση άλλων διαστάσεων που οι επαγγελματίες υγείας να μην αντιλαμβάνονταν καν ότι υπάρχουν. Δεν έχουν όλοι οι ασθενείς την ικανότητα να εκφράσουν λεκτικά αυτό που νιώθουν ακόμα και αν οι επαγγελματίες υγείας είναι πρόθυμοι να το ακούσουν και να το συζητήσουν. Αυτό σημαίνει ότι ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να έχει οξυμένη αντίληψη για να μπορεί να καταλάβει τα συναισθήματα του ασθενούς και από μη λεκτικά στοιχεία όπως οι εκφράσεις του προσώπου ή η συμπεριφορά. Η εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση δεν είναι αρκετή για να αποκτήσει ο επαγγελματίας υγείας τόσο σύνθετες δεξιότητες. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να ενισχύσει και να βελτιώσει και τις διαπροσωπικές του ικανότητες. Ακόμα και αν ο επαγγελματίας υγείας έχει αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης και κατανοεί πως αισθάνεται και πως βλέπει την κατάσταση ο ασθενής αν δεν μπορεί να αντιδράσει με τον κατάλληλο τρόπο, τότε δεν θα μεγιστοποιηθούν τα θετικά αποτελέσματα. Διαπροσωπικές δεξιότητες εκ μέρους του επαγγελματία υγείας απαιτεί και η επικοινωνία με τον ασθενή προκειμένου να μεταφέρει με ακρίβεια αυτά που θέλει και να μην υπάρχουν παρερμηνείες (Riess & Kraft-Todd, 2014).

Πέρα όμως από την γνώση, την κατανόηση και τη χρήση της ενσυναίσθησης, καθώς και όλες τις υπόλοιπες δεξιότητες που προαναφέρθηκαν, απαραίτητο συστατικό της αποτελεσματικής επικοινωνίας ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και στον ασθενή είναι ο σεβασμός και από τις δύο πλευρές. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να σέβεται τον ασθενή και να μην τον υποτιμά. Πρέπει να κατανοεί τις αγωνίες και τους φόβους του και να μην εκφράζει τη δυσαρέσκεια του ακόμα και όταν αυτή αποτελεί εμπόδιο. Αντίστοιχα, και ο ασθενής πρέπει να σέβεται τον επαγγελματία υγείας. Υπάρχει το ενδεχόμενο οι ασθενείς να αντιδρούν αρνητικά όταν δυσκολεύονται να κατανοήσουν κάτι ή όταν η κατάσταση δεν εξελίσσεται σύμφωνα με τις προσδοκίες τους. Η έλλειψη σεβασμού απέναντι στον επαγγελματία υγείας δεν θα μεταβάλλει την κατάσταση ούτε η απόδοση ευθυνών σε μία προσπάθεια να ενοχοποιηθούν κάποιον. Υπάρχουν ασθενείς που ενώ συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της λήψης αποφάσεων στη συνέχεια αποδίδουν ευθύνες στον ιατρό για την εξέλιξη θεωρώντας πως έπρεπε να τους προστατεύσουν περισσότερο. Τέτοιες αντιδράσεις προκαλούνται

από την σύγχυση και την ανασφάλεια που βιώνει ο ασθενής που τον κάνει να καταφεύγει σε παθητική στάση ως μηχανισμό άμυνας. Είναι στο χέρι του επαγγελματία υγείας να κατανοεί τις αντιδράσεις αυτές στην πραγματική τους διάσταση και να εκφράζει και αυτός αντιπαλότητα διότι αυτή θα είναι επιζήμια για τον ασθενή.

1.7. Η διεπαγγελματική συνεργασία

Το ζήτημα της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί καλούνται να συνεργαστούν σε ένα ιδιαίτερα επίπονο και ψυχοφθόρο εργασιακό περιβάλλον. Ο χώρος της υγείας χαρακτηρίζεται από την έντονη και πολύωρη εργασία και από τη μεγάλη συναισθηματική πίεση που ασκείται στον επαγγελματία. Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη μίας σωστής και σε ίσες βάσεις συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, είναι ωφέλιμη για τους ίδιους αλλά και για τον ασθενή που θα λάβει ποιοτικές παροχές υγείας.

Η συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών αποτέλεσε επίκεντρο έρευνας των El Sayed & Sleem (2011). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η συνεργασία και η ομαδική δουλειά ανάμεσα στους ιατρούς και στους νοσηλευτές είναι σημαντική για την φροντίδα των ασθενών. Κάθε μέλος της ομάδας έχει τη δική του οπτική για το πλάνο που πρέπει να καταρτιστεί και την προσέγγιση που πρέπει να υπάρξει αναφορικά με τη φροντίδα ενός ασθενή και μόνο μέσω της συνεργασίας και της ανταλλαγής πληροφοριών μπορεί να λάβει χώρα η κατάλληλη θεραπεία.

Στόχος της έρευνας ήταν η μελέτη των στάσεων των ιατρών και των νοσηλευτών για τη συνεργασία τους και η μέτρηση των διαφορών μεταξύ τους. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Jefferson για τις στάσεις ιατρών και νοσηλευτών η οποία έχει τέσσερις υπό-κλίμακες και μετρά τη κοινή εκπαίδευση και ομαδική εργασία, τη φροντίδα έναντι της θεραπείας, την αυτονομία και την κυριαρχία των ιατρών. Από την έρευνα καταδείχθηκε ότι οι νοσηλευτές έχουν πιο θετική στάση για τη μεταξύ τους συνεργασία συγκριτικά με τους ιατρούς (El Sayed & Sleem, 2011).

Αντίστοιχη έρευνα διεξήγαγαν και οι Qolohle et al. (2006) στο KwaNohbuhle της Νότιας Αφρικής. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι νοσηλευτές και οι ιατροί πρέπει να είναι σε θέση να βασίζονται ο ένας στον άλλο και ο αμοιβαίος σεβασμός είναι ζωτικής σημασίας. Ιστορικά όμως, η σχέση νοσηλευτών- ιατρών είναι άنيση γιατί

χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία των ιατρών και οι νοσηλευτές θεωρείται ότι βρίσκονται σε χαμηλότερη θέση και εξαρτώνται από τους ιατρούς. Συχνά η ποιότητα της επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους ιατρούς είναι κακή και η έλλειψη της ομαδικής εργασίας στη μεταξύ τους σχέση προκύπτει από τις διαφορετικές προσδοκίες που έχουν και τη σύγχυση των ρόλων (Qolohle et al., 2006).

Η έρευνα που διεξήχθη ήταν ποιοτική και συμμετείχαν σε αυτή πέντε ιατροί και πέντε νοσηλευτές και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω συνεντεύξεων που αναλύθηκαν με τη μέθοδο της θεματικής. Τα θέματα ενσωματώθηκαν σε ένα ενιαίο μοντέλο. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι εμπειρίες των περισσοτέρων ήταν θετικές και ότι οι συγκρούσεις που υπήρχαν μεταξύ τους εξουδετερώνονταν ο αντίκτυπος από τη καλή σχέση που είχαν μεταξύ τους και τη θετική συμπεριφορά του ενός προς τον άλλο (Qolohle et al., 2006).

Τις αντιλήψεις ιατρών και νοσηλευτών εξέτασαν και οι Krogstad et al. (2004). Στόχος της έρευνας ήταν εξετάσει τις αντιλήψεις τους σχετικά με την διεπαγγελματική συνεργασία τους στα νοσοκομεία και να εντοπίσει τις διαφορές που υπήρχαν. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 551 ιατροί και 2050 νοσηλευτές από 15 νοσοκομεία της Νορβηγίας. Έγινε χαρτογράφηση της αξιολόγησης της διεπαγγελματικής τους συνεργασία και συγκρίθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης της πρόβλεψης της ικανοποίησης τους. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές όχι μόνο αξιολογούν διαφορετικά την διεπαγγελματική τους συνεργασία αλλά αντιλαμβάνονται και την έννοια με διαφορετικό τρόπο (Krogstad et al., 2004).

Οι Martin et al. (2010) με τη σειρά τους εστίασαν στα προβλήματα που εντοπίζονται ανάμεσα στη συνεργασία και στην επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζοντας ότι αυτά έχουν αρνητική επίδραση στην παροχή φροντίδας υγείας καθώς και στο αποτέλεσμα της φροντίδας του ασθενή. Υποστηρίζει δε ότι αυτό είναι κάτι που είναι ευρέως γνωστό στους διοικητές της φροντίδας υγείας καθώς και στους δημιουργούς των πολιτικών και γι' αυτό το ενδιαφέρον γι' αυτή τη σχέση έχει αναπτυχθεί. Συνεχίζουν λέγοντας ότι για την εδραίωση νέων μοντέλων παροχής φροντίδας απαιτείται ο καθορισμός των παρεμβάσεων που είναι πιο αποτελεσματικές στην ενίσχυση της διεπαγγελματικής συνεργασίας.

Η έρευνα αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση δεκατεσσάρων τυχαίων-ελεγχόμενων δοκιμών που επιλέχθηκαν από τις βάσεις δεδομένων PubMed, CINAHL και Cochrane Library. Όλες οι δοκιμές προέρχονται από χώρες της Δύσης και η πλειοψηφία αυτών εξετάσει τα συνεργατικά μοντέλα διοίκησης έναντι της

συνηθισμένης φροντίδας στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Τα αποτελέσματα των δεκατεσσάρων δοκιμών δεν ήταν ομοιογενή. Εντοπίστηκε όμως σε μία έρευνα σημαντική βελτίωση του αποτελέσματος όταν ακολουθήθηκαν παρεμβάσεις βασισμένες στην διεπαγγελματική συνεργασία (Martin et al., 2010).

Οι Di Gialio et al. (2013), εξέτασαν τη συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών σε ένα κέντρο φροντίδας παιδιών με καρκίνο. Στόχος της έρευνας ήταν η χρήση μίας συνεργατικής προσέγγισης με στόχο να διευκολυνθεί η ομαδική εργασία διαφορετικών επαγγελματιών, κάτι που έχει καταδειχθεί να έχει θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν ιδιαίτερη. Διοργανώθηκε ένα τριετές σεμινάριο από ένα ιατρό και ένα νοσηλευτή από 15 παιδιατρικές ογκολογικές μονάδες σε όλη την Ευρώπη. Για να συμμετέχει κάποιος στο σεμινάριο έπρεπε να μιλάει αγγλικά και να δεσμευτεί να συμμετέχει σε ετήσια σεμινάρια καθώς και στα τοπικά προγράμματα προώθησης της συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών στην μονάδα τους.

Ενώ αρχικώς επιλέχθηκαν δεκαπέντε ομάδες ιατρών και νοσηλευτών να συμμετέχουν στο πρόγραμμα από διαφορετικές χώρες μόνο οι δέκα το ολοκλήρωσαν. Σημαντικά αποτελέσματα του προγράμματος ήταν η επιτυχημένη ολοκλήρωση του, η έκδοση των αποτελεσμάτων του, η ικανοποίηση των συμμετεχόντων και η βελτίωση στη συνεργασία (Di Gialio et al., 2013).

Οι Φουντούκη κ.ά. (2006), διεξήγαγαν αντίστοιχη έρευνα σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο της Ελλάδος. Οι ερευνητές έκριναν ως σημαντικό παράγοντα για την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου την σωστή επικοινωνία και συνεργασία του προσωπικού και την εξάλειψη των μεταξύ του προβλημάτων. Στην έρευνα συμμετείχαν 83 επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίου με 25 ερωτήσεις και αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS v.14. Από την έρευνα καταδείχθηκε ότι υπήρχε κοινή άποψη για την έννοια της διεπαγγελματικής συνεργασίας (συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων) ενώ ως πλεονεκτήματα της η πλειοψηφία δήλωσε τον ισότιμο και ορθό εργασιακό καταμερισμό και τη βελτίωση της ποιότητας των παροχών υγείας.

Τέλος, οι Dimitriadou et al. (2008), διεξήγαγαν μία έρευνα που είχε ως στόχο την μέτρηση της ικανοποίησης της συνεργασίας τόσο μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού όσο και μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών καθώς και ο καθορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνεργασία τους. Η έρευνα ήταν περιγραφική και η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ενός ερωτηματολογίου. Στην έρευνα

συμμετείχαν 336 νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής της Θεσσαλονίκης. Από την έρευνα καταδείχθηκε ότι υπάρχει συνεργασία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρών (Dimitriadou et al., 2008).

1.8. Η εμπειρία του τοκετού

Κατά τον 20ο αιώνα, η πρακτική του τοκετού εξελίχθηκε πολύ στην Ευρώπη. Πράγματι, μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα, οι τοκετοί γίνονταν στο σπίτι της οικογένειας με την συνοδεία μαιών, των οποίων η κατάρτιση τους ήταν πρακτική. Οι τελευταίες κατηγορήθηκαν ότι ευθύνονται για τα υψηλά ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας. Με την ανάπτυξη της νέας επιστημονικής γνώσης, ο τοκετός έγινε όλο και πιο ιατρικός. Σήμερα, στις ανεπτυγμένες χώρες, η πλειοψηφία των γυναικών γεννούν σε νοσοκομεία υπό στενή τεχνική και επιστημονική επίβλεψη (Hertig et al., 2014). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 70 έως 80% των εγκύων γυναικών διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο κατά την έναρξη του τοκετού. Επιπλέον, ακόμη σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι περισσότερες γεννήσεις πάνε καλά χωρίς καμία ιατρική παρέμβαση. Σύμφωνα με τον ιατρικό κόσμο, κάθε τοκετός είναι εν μέρει απρόβλεπτος και δυνητικά επικίνδυνος, γεγονός που δικαιολογεί και νομιμοποιεί την ιατρικοποίηση. Είναι λοιπόν οι έννοιες του κινδύνου και της αβεβαιότητας που δικαιολογούν ολόκληρο το σύγχρονο μαιευτικό σύστημα στις ανεπτυγμένες χώρες (Hertig et al., 2014). Επίσης, οι ανεπτυγμένες και οι σύγχρονες κοινωνίες είναι υπερευαίσθητες στον κίνδυνο: η ασθένεια και ο θάνατος είναι ακόμη πιο αφόρητα καθώς γίνονται όλο και πιο σπάνια. Η ιατρικοποίηση του τοκετού, με την εξασφάλιση της περιθάλψης, βρίσκεται στην αρχή ενός συστηματικού εξορθολογισμού της φροντίδας των εγκύων και των τοκετών (Hertig et al., 2014).

Στη δεκαετία του 1970, οι μαιές επιβεβαίωσαν τις δεξιότητές τους στην παρακολούθηση της φυσιολογίας και ήθελαν επίσης να είναι οι προνομιούχοι σύντροφοι κατά τη διάρκεια του τοκετού. Οι μαιές κατήγγειλαν τον αυξανόμενο αριθμό εργαζομένων στα μαιευτήρια και τον κατακερματισμό της φροντίδας που προκύπτει, διαρρηγνύοντας τη σχέση φροντιστή-ασθενούς και στη συνέχεια πρότειναν την έννοια της καθολικής υποστήριξης, σε αντίδραση ενάντια σε μια ιατρικοποίηση που απορρίπτει την πρακτική τους. Σήμερα, μέσω της αυξανόμενης επιρροής των

πρωτοκόλλων, των συστάσεων για κλινική πρακτική, των συναινετικών συνεδρίων και άλλων οδηγιών καλής πρακτικής, η δραστηριότητα των επαγγελματιών υγείας τυποποιείται και εποπτεύεται όλο και περισσότερο, σε σημείο που η αυτονομία τους διακυβεύεται. μειώνεται σημαντικά (Rees, 2011).

Αυτή η πρακτική περιορίζει επίσης το δικαίωμα της γυναίκας να κάνει επιλογές, καθώς αυτές περιορίζονται όλο και περισσότερο και υπαγορεύονται από τη συστηματοποίηση ορισμένων παρεμβάσεων. Η τυποποίηση της φροντίδας είναι η αφετηρία μιας διαγραφής των αναγκών του ατόμου. Τα ζευγάρια που αναζητούν τοκετό εκτός νοσοκομείου αμφισβητούν την κυρίαρχη κουλτούρα κινδύνου, την οποία θεωρούν ότι προκαλεί άγχος. Δίνουν σημασία σε άλλες διαστάσεις, όπως η οικογένεια, το ζευγάρι και η δύναμη του γυναικείου σώματος. Επιμένουν επίσης στη φυσική και οικογενειακή φύση της γέννησης, η οποία αντιπροσωπεύει μια ευκαιρία να ενισχύσουν το αίσθημα ενδυνάμωσής τους (Hertig et al., 2014).

Η ικανοποίηση ορίζεται από τη δράση της ικανοποίησης μιας ανάγκης, μιας επιθυμίας, μιας απαίτησης ή μιας τάσης. Η ικανοποίηση είναι η χαρά που προκύπτει κυρίως από την εκπλήρωση μιας επιθυμίας και ανταποκρίνεται στην απαίτηση κάποιου. Στην ψυχολογία της υγείας, η έννοια της ικανοποίησης από τη ζωή εμφανίζεται ως ένα από τα συστατικά της ευημερίας. Προκύπτει από τη σύγκριση από ένα άτομο μεταξύ της τρέχουσας ζωής του και της ζωής που θα ήθελε να έχει, σύμφωνα με τα πρότυπα, τις αξίες και τα ιδανικά του. Η ικανοποίηση από τη ζωή αξιολογείται συχνότερα παγκοσμίως, αλλά μπορεί επίσης να σχετίζεται με πιο συγκεκριμένους τομείς της ζωής, όπως η εργασία, η οικογένεια, η υγεία κ.λπ. Μελέτες στην ψυχολογία της υγείας δείχνουν ότι η ατομική ικανοποίηση έχει θετική επίδραση στην ευημερία, τα συναισθήματα και την αυτοεκτίμηση (Russell, 2018).

Ο τοκετός είναι ένα κομβικό γεγονός στη ζωή ενός ζευγαριού, ειδικά όταν γεννιέται το πρώτο παιδί. Η είσοδος στην γονεϊκότητα επιφέρει σημαντικές συναισθηματικές, συμπεριφορικές και γνωστικές αλλαγές και αναπροσαρμογές. Η έννοια της εμπειρίας του τοκετού είναι πολύπλοκη γιατί είναι πολυδιάστατη και υποκειμενική. Λαμβάνει υπόψη τα μαιευτικά και νεογνικά αποτελέσματα, αλλά και τη φυσική και γνωστική διαδικασία του τοκετού. Το τελευταίο βιώνεται μεμονωμένα από τις γυναίκες (Larkin et al., 2009). Η εμπειρία του τοκετού έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις, αρνητικές ή θετικές, στη διαδικασία της μητρότητας, στη σχέση με το παιδί και στην ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας και της οικογένειάς της. Πράγματι, μια θετική εμπειρία του τοκετού μπορεί να είναι η πηγή ενός αισθήματος ολοκλήρωσης,

της αυτοπεποίθησης και θα επιτρέψει την απόκτηση γονεϊκών γνώσεων και δεξιοτήτων. Αντίθετα, μια αρνητική εμπειρία του τοκετού θα έχει τις ψυχολογικές συνέπειες της κατάθλιψης, της διαταραχής μετατραυματικού στρες καθώς και επιπτώσεις στο παιδί και στη σύζυγο, όπως διαταραχές στην ανάπτυξη και τις διαδικασίες προσκόλλησης, αντίκτυπο στη σχέση του ζευγαριού ή κατάθλιψη (Waldenström et al., 2004).

Μια αρνητική εμπειρία του τοκετού έχει επίσης επιπτώσεις στον φόβο του τοκετού, στη μελλοντική αναπαραγωγή και στις επιλογές σχετικά με μελλοντικούς τοκετούς (Maimburg et al., 2016). Αρκετές μελέτες έχουν δημιουργήσει μια σχέση μεταξύ του υψηλού ποσοστού ιατρικών παρεμβάσεων και μιας κακής εμπειρίας τοκετού (Nystedt & Hildingsson, 2018). Τα ψυχολογικά και συναισθηματικά στοιχεία του τοκετού συχνά αγνοούνται προς όφελος πιο απτών στοιχείων όπως η ποιότητα της περίθαλψης και τα στοιχεία των παρεμβάσεων που μετρούν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Larkin et al., 2009). Ωστόσο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει συμπεριλάβει έννοιες ικανοποίησης στις τελευταίες συστάσεις του σχετικά με τη φροντίδα στον τοκετό. Μια θετική εμπειρία τοκετού καθιερώνεται ως σημαντικό αποτέλεσμα για όλες τις γυναίκες. Ο ΠΟΥ ορίζει ως θετική εμπειρία τοκετού μία εμπειρία που ανταποκρίνεται ή υπερβαίνει τις υπάρχουσες κοινωνικές, πολιτιστικές, προσωπικές προσδοκίες και πεποιθήσεις μιας γυναίκας, που περιλαμβάνει τη γέννηση, ενός υγιούς παιδιού σε ένα ασφαλές περιβάλλον με τη συνεχή πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη των μαιών και επαγγελματιών υγείας που παρέχουν την κατάλληλη μαιευτική φροντίδα και τεχνικά ικανό κλινικό προσωπικό. Βασίζεται στην υπόθεση ότι οι περισσότερες γυναίκες επιθυμούν φυσιολογικό τοκετό, μια αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, για την εφαρμογή διάφορων ιατρικών παρεμβάσεων. Ωστόσο, πολλοί συγγραφείς αναφέρουν τη δυσκολία αξιόπιστης μέτρησης της ικανοποίησης από την εμπειρία του τοκετού, λόγω των πολλών παραγόντων που την απαρτίζουν (Carquillat et al., 2016).

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός θεωρούνται μια φυσιολογική διαδικασία που δεν απαιτεί ειδικές παρεμβάσεις παρά μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις. Οι καταστάσεις αυξημένου κινδύνου για το μωρό ή τη μητέρα απαιτούν φροντίδα σε μαιευτική μονάδα για τη μείωση αυτών των κινδύνων. Μια εγκυμοσύνη θεωρείται φυσιολογική όταν υπάρχει απουσία ιστορικού ή παθολογιών, που αναφέρονται σε έναν εθνικό κατάλογο επικυρωμένο από όλους τους επαγγελματίες υγείας και τις αρχές. Ωστόσο, είναι δύσκολο να οριστεί η έννοια του κινδύνου και οι ταξινομήσεις μεταξύ των χωρών

διαφέρουν. Γίνεται διάκριση μεταξύ ιατρικών, ψυχιατρικών ή μαιευτικών παθολογιών που απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα. Άλλοι παράγοντες κινδύνου λαμβάνονται επίσης υπόψη, όπως κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί ή προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό (Russell, 2018).

Η έννοια της εμπειρίας τοκετού είναι μια αρκετά πρόσφατη έννοια στην οποία οι ερευνητές έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται τις τελευταίες δεκαετίες. Είναι δύσκολο να το ορίσουμε και δεν υπάρχει επίσημος ορισμός, ωστόσο, ορισμένοι συγγραφείς καταλήγουν σε συναίνεση, όπως προτείνεται από τους Larkin et al. (2009). Η εμπειρία του τοκετού είναι μια από τις πιο ισχυρές εμπειρίες της ζωής μιας γυναίκας, είτε ψυχολογικά, σωματικά, κοινωνικά και συναισθηματικά. Μια δύσκολη εμπειρία τοκετού δεν επηρεάζει μόνο μια μειοψηφία γυναικών: σύμφωνα με μελέτη, το 34% των γυναικών ανέφεραν τραυματική εμπειρία τοκετού, το 1,9% παρουσίασαν συμπτώματα μετατραυματικού στρες και το 30,1% ήταν εν μέρει συμπτωματικές. Σύμφωνα με μελέτη τους Waldenström et al., το 6,8% των συμμετεχόντων είχε αρνητική εμπειρία τοκετού, με συνέπεια να επηρεαστεί η αναπαραγωγική τους ζωή και η συναισθηματική τους ευημερία (Waldenström et al., 2004). Αυτά τα δεδομένα μας δείχνουν ότι αν και ο επιπολασμός είναι μεταβλητός, το θέμα της εμπειρίας του τοκετού θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για το Μαιευτικό προσωπικό.

Σε αυτή τη νέα δυναμική, μπορούμε επίσης να προσθέσουμε την ελευθερία του λόγου σχετικά με τη μαιευτική βία, μια έννοια που εμφανίστηκε στη Νότια Αμερική πριν από περισσότερα από δέκα χρόνια. Αυτός ο όρος αναφέρεται σε όλους τους ιατρικούς περιορισμούς και τις ανεπιθύμητες και ανεξήγητες πράξεις που υφίστανται οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού. Φαίνεται προφανές ότι με αυτόν τον ορισμό, ένας ορισμένος αριθμός τραυματικών εμπειριών συσχετίζεται με τη μαιευτική βία. Συχνά, είναι η βία που εμφανίζεται σε συνηθισμένες καταστάσεις και όχι απαραίτητα σε ένα πλαίσιο ζωτικής ανάγκης (Gray et al., 2019).

Συνοψίζοντας, ο όρος μαιευτική βία καλύπτει μια μεγάλη ποικιλία ορισμών. Πιο συγκεκριμένα πράξεις και συμπεριφορές που φαίνονται φυσιολογικές σε κάποιους μπορεί να βιωθούν ως βία από άλλους. Αυτό το τελευταίο σημείο υπενθυμίζει για άλλη μια φορά την περίπλοκη και υποκειμενική φύση της εμπειρίας του τοκετού, η οποία απαιτεί από τους φροντιστές να δίνουν ιδιαίτερη και εξατομικευμένη προσοχή σε κάθε τοκετό. Είναι βέβαια δύσκολο να μετρηθεί αντικειμενικά η εμπειρία του τοκετού λόγω της υποκειμενικής φύσης της (Gray et al., 2019).

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η εμπειρία του τοκετού είναι μια καθοριστική στιγμή στη ζωή μιας γυναίκας και οι επιπτώσεις της είναι τεράστιες, που κυμαίνονται από τη συναισθηματική ευημερία μιας γυναίκας έως την επιλογή της για το αν θα κάνει περισσότερα παιδιά ή όχι (Waldenstrom et al., 2004). Έχει επίσης αποδειχθεί ότι μια θετική εμπειρία τοκετού οδηγεί σε μια πιο θετική στάση απέναντι στη μητρότητα και ένα αίσθημα αυτοεκτίμησης και ολοκλήρωσης. Αντίθετα, οι μητέρες με αρνητική εμπειρία τοκετού έχουν σημαντικά χαμηλότερη αίσθηση ελέγχου κατά τον τοκετό. Αυτή η αρνητική, ακόμη και τραυματική, εμπειρία είναι πιθανό να προκαλέσει μακροπρόθεσμες ψυχολογικές συνέπειες. Φαίνεται επίσης ότι μια κακή εμπειρία τοκετού σχετίζεται με υψηλότερο ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης. Οι συνέπειες αυτής της παθολογίας μπορεί να εκδηλωθούν στο επίπεδο της ανάπτυξης του παιδιού, μερικές φορές με αντίκτυπο στη σχέση του ζευγαριού ή του συζύγου (κατάθλιψη) και στην ψυχική υγεία της μητέρας (πιθανώς μέχρι την αυτοκτονία). Επηρεάζει επίσης τις σχέσεις μητέρας-παιδιού. Οι μητέρες με αρνητική εμπειρία τοκετού παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα πρώιμων σχέσεων μητέρας-βρέφους κατά τους πρώτους τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό και αντίστροφα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το τραύμα του τοκετού μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή μετατραυματικού στρες. Αυτός ο όρος εμφανίστηκε στους τραυματισμένους Αμερικανούς στρατιώτες μετά την επιστροφή τους από τον πόλεμο του Βιετνάμ. Τα συμπτώματα του ατόμου που εκτίθεται σε ένα τραυματικό γεγονός είναι έντονη ψυχολογική δυσφορία, μειωμένη κοινωνική λειτουργία, υπερεπαγρύπνηση που σχετίζεται με νευροβλαστική υπερδιέγερση και η εμφάνιση αναδρομών στο παρελθόν ή επαναλαμβανόμενων ονείρων. Από το 1994, ο τραυματικός τοκετός αναφέρθηκε ξεκάθαρα ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες. Το μετατραυματικό στρες μετά τον τοκετό επηρεάζει το 1,5 έως 3% των μητέρων στους έξι μήνες του τοκετού και το 24 έως 33% υποφέρει από συμπτώματα του (Gray et al., 2019).

Σε αυτό το περίπλοκο θέμα που είναι η εμπειρία του τοκετού, οι ερευνητές προσπάθησαν να επισημάνουν τους παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν αυτή την εμπειρία. Πρώτα απ' όλα εξετάζοντας τον τρόπο τοκετού και τις μαιευτικές μεταβλητές. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που κάνουν επείγουσα καισαρική τομή θα κινδύνευαν περισσότερο να αναπτύξουν μια κακή εμπειρία τοκετού από εκείνες που έκαναν εκλεκτική καισαρική ή κολπική τομή (Carquillat et al., 2016). Εντοπίζεται η ίδια ιδέα να επεκτείνεται σε όλες τις καισαρικές και την εισαγωγή του νεογνού στη

M.E.N.N καθώς και γενικότερα την αντίληψη της μητέρας για τις μαιευτικές επιπλοκές ή την εμφάνιση απροσδόκητων ιατρικών προβλημάτων και παρατεταμένου τοκετού (Waldenström et al. 2004).

Η πρόκληση τοκετού θα αύξανε τον κίνδυνο ανάπτυξης μιας κακής εμπειρίας τοκετού. Οι γυναίκες που είχαν επεμβατικούς τοκετούς όπου χρησιμοποιήθηκαν λαβίδες ή βεντούζες κατά τη διάρκεια του κολπικού τοκετού είναι επίσης πιο ευάλωτες και τείνουν να έχουν κακή εμπειρία τοκετού. Ωστόσο, αυτό διαφοροποιείται από το γεγονός ότι ο τρόπος τοκετού από μόνος του δεν καθορίζει την εμπειρία (Carquillat et al., 2016). Οι προσδοκίες της γυναίκας για την εμπειρία του τοκετού μπορούν επίσης να επηρεάσουν την εμπειρία. Σημειώνεται ότι οι γυναίκες με ευέλικτες προσδοκίες σχετικά με την εμπειρία του τοκετού είναι πιο πιθανό να έχουν μια θετική εμπειρία και το αντίστροφο. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που περίμεναν να αισθανθούν περισσότερο πόνο από αυτόν που ένιωσαν κατά τον τοκετό και την αποβολή έχουν μεγαλύτερο ποσοστό πιθανοτήτων να αναπτύξουν μια καλή εμπειρία τοκετού (Gray et al., 2019).

Τέλος, είναι επίσης οι στρατηγικές αντιμετώπισης της γυναίκας που επηρεάζουν την εμπειρία της με θετικό τρόπο, δίνοντας στη γυναίκα μεγαλύτερη συναισθηματική δύναμη. Η επίδραση των σταδίων προετοιμασίας για τη γέννηση στην εμπειρία του τοκετού είναι αρκετά αμφιλεγόμενη, με ορισμένα δεδομένα να δείχνουν θετικό αντίκτυπο στην εμπειρία και άλλα να μην δείχνουν καμία επίδραση (Waldenström et al., 2004). Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης ως παράγοντα πρόβλεψης της εμπειρίας του τοκετού, από την άλλη πλευρά, εμφανίζεται αρκετά συχνά. Η κοινωνική απομόνωση, η αγαμία ή το διαζύγιο είναι, για παράδειγμα, προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες μετά τη γέννηση. Η έλλειψη υποστήριξης από τους συντρόφους αναφέρεται επίσης ως παράγοντας κινδύνου (Waldenström et al. 2004). Η ιστορία της ζωής παίζει επίσης ρόλο. Οι γυναίκες που έχουν υποστεί σεξουαλική βία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό. Ακριβώς όπως μια καταθλιπτική κατάσταση ή το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συσχετίζονται με μια κακή εμπειρία τοκετού (Waldenström et al., 2004). Όσον αφορά την ηλικία, τα άκρα επηρεάζονται περισσότερο. Οι μητέρες άνω των 30 έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν μια αρνητική εμπειρία σε σύγκριση με τις νεότερες μητέρες. Αντίθετα, οι νεαρές γυναίκες κινδυνεύουν επίσης να έχουν αρνητική εμπειρία τοκετού, καθώς και οι πρωτότοκες και πολύτοκες γυναίκες με ιστορικό καισαρικής τομής ή τραυματική

εμπειρία κατά τον τοκετό. (Waldenström et al. 2004). Ένα από τα κύρια συστατικά της εμπειρίας του τοκετού, ο πόνος, δεν θα μπορούσε να ξεχαστεί. Ο πόνος που γίνεται αντιληπτός ως σοβαρός κίνδυνος δημιουργεί μια κακή εμπειρία και ο πόνος που γίνεται αντιληπτός ως ο χειρότερος πόνος που μπορεί κανείς να φανταστεί είναι ένας από τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες για μια τραυματική εμπειρία (Waldenström et al. 2004). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την πρώτη φάση του τοκετού (Soet et al., 2003). Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να προτείνονται στρατηγικές για την καλύτερη διαχείριση του πόνου.

Ο σεβασμός για τις επιθυμίες και τις επιλογές μπορεί να είναι ουσιαστικός στην εμπειρία των τοκετών. Το 90% των γυναικών των οποίων οι επιθυμίες έγιναν σεβαστές είχαν μια πολύ καλή ή αρκετά καλή εμπειρία τοκετού, είτε σωματικά είτε ψυχολογικά, ενώ εκείνες των οποίων οι επιλογές δεν έγιναν σεβαστές δεν είχαν καλή εμπειρία. Το αίσθημα της επαρκούς ενημέρωσης για την πρόοδο της εργασίας και της δυνατότητας συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων είναι προστατευτικοί παράγοντες που επιτρέπουν μια καλή εμπειρία. Αντίθετα, ένα αίσθημα έλλειψης ελέγχου κατά τη διάρκεια της εργασίας θα έχει αρνητικό αντίκτυπο (Waldenström et al., 2004). Το αίσθημα αδυναμίας προβλέπει σημαντικό κίνδυνο τραυματικής εμπειρίας. Οι μητέρες με θετική εμπειρία τοκετού έχουν σημαντικά υψηλότερη αίσθηση αντιληπτού ελέγχου κατά τη διάρκεια του τοκετού από τις μητέρες με αρνητική εμπειρία και αντίστροφα. Έτσι, ο έλεγχος που γίνεται αντιληπτός κατά τη διάρκεια του τοκετού έχει σημαντικό αντίκτυπο στην εμπειρία του τοκετού. Είναι δύσκολο να μιλάς για το αίσθημα ελέγχου χωρίς να μιλάς για ενδυνάμωση. Οφείλουμε την έννοια της ενδυνάμωσης στον Αμερικανό ψυχολόγο Carl Rogers. Βασίζεται στην αρχή ότι κάθε άτομο έχει τους απαραίτητους πόρους και δεξιότητες για να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που αντιμετωπίζει, υπό την προϋπόθεση ότι το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται είναι ευνοϊκό για την ανάπτυξη αυτών των ιδιοτήτων. Αυτή η αρχή καταδεικνύεται στη μελέτη των Sjödin et al. (2018) που δείχνει πώς οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε τοκετούς με όργανα, και επομένως δυνητικά τραυματικές, είχαν μια θετική εμπειρία. Πράγματι, κατέθεσαν ότι ένιωσαν ενδυναμωμένες, ότι είχαν την εντύπωση ότι είναι μέρος μιας ομάδας και ότι συμμετέχουν ενεργά, αυξάνοντας έτσι το αίσθημα ελέγχου (Sjödin et al., 2018). Ο υποστηρικτικός ρόλος της μαίας έχει αντίκτυπο σχετικά με την εμπειρία του τοκετού (Waldenström et al., 2004). Οι γυναίκες που δεν ήταν ικανοποιημένες με την υποστήριξη της μαίας κατά τη διάρκεια του τοκετού έχουν 6 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν μια αρνητική εμπειρία από εκείνες που ήταν

ικανοποιημένες. Επομένως, η σχέση μεταξύ της γυναίκας και της μαίας είναι απαραίτητη για μια θετική εμπειρία τοκετού (Lundgren & Berg, 2007). Εάν οι επαγγελματίες υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες υποστήριξης των γυναικών, έχουν πιο συχνά μια θετική εμπειρία, ακόμα κι αν ο τοκετός είναι παρατεταμένος ή συνεπάγεται ιατρικές επιπλοκές.

1.9. Η μαιευτική και οι δεξιότητες της μαίας

Η μαιευτική είναι η εξειδικευμένη, ικανή και συμπνετική φροντίδα για τις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία, τα μωρά και τις οικογένειες σε όλη τη διάρκεια της πορείας από την εγκυμοσύνη, τη γέννηση, τις εβδομάδες μετά τον τοκετό και τον τοκετό. Οι κύριοι στόχοι της είναι η βελτιστοποίηση των φυσιολογικών βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών διαδικασιών αναπαραγωγής. Επίσης η φροντίδα των νεογνών, η βοήθεια για το μητρικό θηλασμό, η πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών, η διαβούλευση και παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες, ο σεβασμός στις περιστάσεις και τις ατομικές απόψεις των γυναικών, για να ενισχύσουν την ικανότητά τους να φροντίζουν τον εαυτό τους και την οικογένειά τους. (Renfrew et al., 2014).

Η μαιευτική, λοιπόν, είναι ένας καλά καθορισμένος κλάδος, ο οποίος με τον καιρό άλλαξε τις αξίες και τη φιλοσοφία του, ανταποκρινόμενος στις διαφορετικές προσδοκίες των γυναικών και στις απαιτήσεις τους. Η σημασία της τεκμηριωμένης επιλογής για τον τοκετό και η ενεργή συμμετοχή της γυναίκας σε όλη τη διαδικασία θεωρούνται πλέον θεμελιώδη στοιχεία και στόχος είναι η δημιουργία μιας αληθινής θεραπευτικής συμμαχίας στην οποία λαμβάνονται επαρκώς υπόψη οι ανάγκες υγείας και ευημερίας των γυναικών και των οικογενειών τους.

Για κάποιο χρονικό διάστημα, επομένως, έχουν γίνει προσπάθειες να ξεπεραστεί η στάση του καλοπροαίρετου πατερναλισμού και να υπάρξει περιθώριο για την αρχή της αυτοδιάθεσης που βασίζεται στον σεβασμό των επιλογών και των αξιών των γυναικών και εστιάζοντας μάλλον στα απαραίτητα εργαλεία που απαιτούνται για μία καλή μαία (Borrelli, 2014). Τα τελευταία είναι συχνά εκείνες οι ήπιες δεξιότητες (ήπιες δεξιότητες σχεσιακού τύπου) που στο παρελθόν θεωρούνταν ως ελάχισσες ιδιότητες, αλλά στην πραγματικότητα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην προσφορά επαρκούς ανταπόκρισης στις ανάγκες των μελλοντικών μητέρων (όπως για

παράδειγμα, η σύγκριση και οι πληροφορίες σχετικά με την αντισύλληψη στην λοχεία, η φυσιολογία της σεξουαλικής επιθυμίας και η σεξουαλικότητα μετά τον τοκετό).

Σήμερα, στα πρωτόκολλα εκπαίδευσης για τις μαίες, προβλέπεται ρητά ότι αποκτούν επαγγελματικές δεξιότητες που τους επιτρέπουν να προσφέρουν φροντίδα με ασφάλεια, συμπόνια και σεβασμό, και να είναι ικανές, ευγενικές. Ποια είναι, όμως η καλή μαία; Αυτός ο ορισμός εφαρμόζεται στη βιβλιογραφία σε έναν επαγγελματία που έχει ορισμένες δεξιότητες όχι μόνο στο γνωστικό και ψυχοκινητικό, αλλά και στο συναισθηματικό πεδίο. Η ικανότητα στο συναισθηματικό πεδίο εκδηλώνεται μέσω της βελτίωσης της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ενσυναίσθησης, της ανάπτυξης μιας φροντίδας προσωπικότητας και της ικανότητας καταφυγής σε συναισθήματα όπως η ευγένεια και, κυρίως, η συμπόνια, που θεωρούνται θεμελιώδη για μια ποιοτική νοσηλευτική και μαιευτική φροντίδα (Sinclair et al., 2016).

Υπάρχουν ήδη αρκετές έρευνες που ασχολούνται με την έννοια της συμπόνιας στην μαιευτική, ενώ ελάχιστα έχουν ακόμη αντικατοπτριστεί στα ειδικά χαρακτηριστικά της συμπονετικής φροντίδας στη μαιευτική, που είναι απαραίτητα για τη μείωση της συχνότητας κακοποίησης και της έλλειψης σεβασμού των δικαιωμάτων των γυναικών στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό, που δυστυχώς είναι ακόμα πολύ συχνές καταστάσεις, όπως έχουν αναφερθεί σε αρκετές περιπτώσεις από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 2015). Ο ΠΟΥ παρέχει πληροφορίες για την έννοια της συμπόνιας, αναφέροντας ότι η προώθησή της εγγυάται ποιοτική φροντίδα. Η συμπόνια καθορίζεται με την έννοια να νιώθουμε μαζί, στην παρέα κάποιου άλλου και ταυτόχρονα να ενεργούμε, να αποδίδουμε πράξεις καλοσύνης και να προσφέρουμε ανακούφιση από τον πόνο. Ωστόσο, αυτοί είναι γενικοί ορισμοί και ο τρόπος με τον οποίο η συμπόνια εκδηλώνεται συγκεκριμένα στη μαιευτική φροντίδα δεν ακολουθεί ένα ενιαίο πρότυπο, αλλά διαφέρει σε κάθε περίπτωση και αλλάζει σε κάθε μεμονωμένο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο.

Η μαία είναι μία επαγγελματίας υγείας με μοναδικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας των εγκύων και των οικογενειών τους. Λειτουργεί σε συνεργασία με τη γυναίκα για την προώθηση της αυτοφροντίδας, του σεβασμού και της υπεράσπισης των δικαιωμάτων της στις επιλογές υγείας. Χάρη στις δεξιότητές της και τις γνώσεις που απέκτησε κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής της, είναι ο προτιμώμενος πάροχος φροντίδας για εγκύους. Η μαία υιοθετεί μια φιλοσοφία φροντίδας που σέβεται τη διαδικασία γέννησης. Αυτός είναι ο λόγος που η μαία θεωρεί την εγκυμοσύνη ως ένα

φυσιολογικό γεγονός στη ζωή και υποστηρίζει τον φυσιολογικό τοκετό προκειμένου να επιτευχθούν τα βέλτιστα αποτελέσματα για τη μητέρα και το παιδί.

Όταν η κατάσταση είναι φυσιολογική, είναι υπεύθυνη για τις αποφάσεις που παίρνει και τις συμβουλές που δίνει. Επομένως, είναι σημαντικό οι μαίες να διατηρούν τις δεξιότητές τους και να διασφαλίζουν ότι η πρακτική τους βασίζεται σε στοιχεία προκειμένου να προσφέρουν φροντίδα προσαρμοσμένη και σύμφωνη με την τελευταία έρευνα. Προκειμένου να βελτιώσει τις υπηρεσίες που προσφέρει σε γυναίκες και οικογένειες, εργάζεται επίσης σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας. Όταν η γυναίκα αντιμετωπίζει επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού, η μαία παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη φροντίδα και πρέπει να συνεχίσει να εκπληρώνει τον ρόλο της με τη γυναίκα. Η παρουσία τους μαζί τους μπορεί να βοηθήσει στη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και στη διατήρηση της υποστήριξης που προσφέρουν. Η μαία μπορεί να ασκήσει τη δραστηριότητα της σε οποιοδήποτε μέρος στο σπίτι, στην κοινότητα, σε νοσοκομεία, κλινικές ή μονάδες τοκετού (Bowen & Taylor, 2016).

Η μαία διεξάγει ανεξάρτητα τον τοκετό όταν δεν υπάρχουν επιπλοκές, είτε στο νοσοκομείο, είτε στην μαιευτική μονάδα, είτε στο σπίτι. Στα νοσοκομεία, οι μαίες εργάζονται υπό την ιατρική ευθύνη και την ευθύνη του εργοδότη. Επομένως, υπόκεινται στις οδηγίες του ιατρού, τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και στην αίθουσα τοκετών και μετά τον τοκετό.

Η εργασία της μαίας απαιτεί πλούσιες και ποικίλες δεξιότητες. Ο ρόλος της είναι κυρίως να προάγει τη σωματική και ψυχική υγεία των εγκύων και των παιδιών τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και μετά τον τοκετό. Είναι σε θέση να διαχειριστεί ανεξάρτητα μεγάλο αριθμό μαιευτικών καταστάσεων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η φροντίδα της μαιευτικής περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, έλεγχο για μη φυσιολογικές καταστάσεις σε μητέρα και παιδί, αναζήτηση ιατρικής βοήθειας όταν χρειάζεται και λήψη ορισμένων επειγόντων μέτρων απουσίας ιατρού. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αγωγή υγείας, όχι μόνο για τους ασθενείς, αλλά και για τις οικογένειες τους. Προετοιμάζει τα ζευγάρια για το ρόλο των γονέων, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τη φροντίδα των παιδιών. Φυσικά, η μαία πρέπει να έχει αποκτήσει αναγνωρισμένο δίπλωμα και να έχει επικυρώσει τις δεξιότητες που απαιτούνται για την άσκηση του επαγγέλματός της. Πρέπει επομένως να είναι ειδική στη μαιευτική φροντίδα, αλλά και να αντλεί τις γνώσεις της από τρέχουσες έρευνες και συστάσεις για την περιγεννητική και γυναικολογική υγεία.

Χρειάζεται επίσης ισχυρές επικοινωνιακές δεξιότητες προκειμένου να δημιουργήσει έναν δεσμό εμπιστοσύνης που θα επιτρέπει στις ασθενείς να εκφράσουν τις ανάγκες τους. Πρέπει να παρέχει τις απαραίτητες και σχετικές πληροφορίες στα ενδιαφερόμενα μέρη. Οι μαίες μαθαίνουν να δημιουργούν μια συνεργασία με τις ασθενείς και να τους επιτρέπουν να κάνουν συνειδητές επιλογές, με πλήρη ελευθερία και αυτονομία. Η ουσία της φιλοσοφίας της μαιευτικής είναι η ολιστική φροντίδα για την έγκυο γυναίκα και το παιδί της. Δηλαδή, τοποθετεί τον άνθρωπο στο επίκεντρο της φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη τις σωματικές, ιατρικές, περιβαλλοντικές, συναισθηματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές διαστάσεις, καθώς και τις πεποιθήσεις και αναπαραστάσεις του ασθενούς. Όλα αυτά προσπαθώντας να παραμείνουν οδηγοί, επιτρέποντας στις γυναίκες να τοποθετηθούν ως φορείς υπό τη φροντίδα τους, πάντα με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Η μαία είναι μια εκλεκτή επαγγελματίας στον τομέα της περιγεννητικότητας, που αγωνίζεται για τα δικαιώματα της γυναίκας, είναι η συνήγορος των επιλογών της και των αναγκών της, είτε στον τομέα της περίθαλψης είτε ακόμη και σε πιο κοινωνικό επίπεδο (Bowen & Taylor, 2016).

1.10. Επικοινωνία γυναικών και μαιών

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι μια πολύ σημαντική περίοδος για τις γυναίκες. Αυτό που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και μετά, ο τρόπος που αντιμετωπίζεται μια γυναίκα κατά τον τοκετό μπορεί να έχει βαθιές συνέπειες. Είναι σαφές ότι μια σημαντική δραστηριότητα των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζει την πολυπλοκότητα, λόγω των πολλαπλών ιατρικών, μαιευτικών, κοινωνικών, συναισθηματικών και οικογενειακών ζητημάτων με τα οποία ενδέχεται να έλθουν αντιμέτωπες οι έγκυες γυναίκες ταυτόχρονα. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να προβλέπουν και να αντιμετωπίζουν τα κενά μεταξύ των διαφορετικών υπηρεσιών που προκύπτουν ως συνέπεια της πολυπλοκότητας της περίθαλψης. Η ασφαλής και υψηλής ποιότητας φροντίδα που οδηγεί σε υγιή σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα, καθώς και η υποστήριξη ισχυρών οικογενειακών σχέσεων και η μείωση του αντίκτυπου των ανισοτήτων, απαιτεί μοντέλα φροντίδας που να ανταποκρίνονται στην υγεία, τις προσωπικές και κοινωνικές ανάγκες και προτιμήσεις κάθε γυναίκας και βρέφους. Η ασφάλεια αυξάνεται με την κατανόηση και την ενίσχυση της ικανότητας των ιατρών

να καλύπτουν τα κενά ή τις ασυνέχειες στην παροχή φροντίδας. Αυτή η πιο προσωπική και κατάλληλη φροντίδα θα πρέπει να μειώσει τις διακυμάνσεις στα αποτελέσματα μεταξύ των υπηρεσιών, παρέχοντας παράλληλα φροντίδα που θα είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες, τις αξίες και τις προτιμήσεις κάθε γυναίκας. Η σημασία των σχέσεων στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί προβληματισμό σε παγκόσμιο επίπεδο.

Το σύστημα μητρότητας είναι πολύπλοκο και ενέχει προβλήματα συντονισμού, επικοινωνίας και συνεργασίας. Όσο λιγότερα όρια πρέπει να διασχίσουν οι πληροφορίες υγείας, τόσο λιγότερη είναι η πιθανότητα λάθους (Vaughan 1999). Οι γυναίκες έχουν δικαίωμα σε ασφαλή και υψηλής ποιότητας φροντίδα μητρότητας και η συμβολή της μαιευτικής σε ένα ευρύτερο πλαίσιο έχει καταστεί σαφής παγκοσμίως (Renfrew et al., 2014).

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας προσδιορίστηκε ως ζωτικής σημασίας για την ασφαλή παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι Kohn, Corrigan & Donaldson (2000) διαπίστωσαν ότι τα ιατρικά λάθη προκάλεσαν 44.000 έως 98.000 θανάτους ετησίως στα νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών (Η.Π.Α.) και ανέφεραν ότι οι αποτυχίες επικοινωνίας ήταν ο κύριος παράγοντας πολλών ανεπιθύμητων συμβάντων. Στη Νέα Ζηλανδία, παρόμοια ποσοστά σφαλμάτων έχουν εντοπιστεί σε όλους τους κλάδους υγείας (Davis et al., 2002). Οι Davis et al. (2002) δεν αναφέρουν τις αιτίες των σφαλμάτων. Αυτές οι δύο μελέτες αφορούσαν τις εισαγωγές σε νοσοκομεία σε όλους τους κλάδους, όχι μόνο στη φροντίδα σε επίπεδο μητρότητας. Στο πλαίσιο της μαιευτικής φροντίδας, η συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών και ο ρόλος της μη ικανοποιητικής επικοινωνίας είναι παρόμοια. Ο Spranzi (2014) σύμφωνα με ένα άρθρο διεθνούς ανασκόπησης σχετικά με την παροχή υπηρεσιών φροντίδας στη μητρότητα ανέφερε ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω κακής παροχής μαιευτικής και γυναικολογικής φροντίδας αυξάνονται σε μεγάλο ποσοστό σε σχέση με άλλους τομείς. Στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία, οι αποτυχίες στην επικοινωνία ενοχοποιήθηκαν επίσης για τα δυσμενή αποτελέσματα και παράπονα στη φροντίδα σε επίπεδο μητρότητας (Downe et al., 2010; Reiger, 2011).

Μολονότι οι ακριβείς μηχανισμοί δεν είναι πλήρως κατανοητοί, τα ευρήματα της ποιοτικής έρευνας υποδηλώνουν ότι η προάσπιση, η εμπιστοσύνη, η επιλογή, ο έλεγχος και η ακρόαση των γυναικών είναι σημαντικές διαδικασίες που συνδέουν τη συνέχεια με βελτιωμένα αποτελέσματα και εμπειρία. Τέτοια μοντέλα:

- Διευκολύνουν τον επαγγελματία υγείας να προσανατολίζεται στη γυναίκα και την κοινότητά της, παρά στις ανάγκες του ιδρύματος. Οι μαίες είναι σε θέση να παρακολουθούν και να φροντίζουν τις γυναίκες πέρα από τα οργανωτικά όρια ανάλογα με τον κλινικό τους κίνδυνο (McCourt et al., 2006)
- Επιτρέπουν στις μαίες να χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους για τις υπηρεσίες μητρότητας και κοινότητας, και τη θέση τους ως ρυθμιστές παραπομπής σε αυτές τις υπηρεσίες, προκειμένου για την παροχή προληπτικής φροντίδας όπου και όταν χρειάζεται (Finlay & Sandall, 2009)
- Είναι πιο ευέλικτα και προσαρμόζουν τον χρόνο των μαιών στις ανάγκες των γυναικών, ειδικά κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Humphrey, 2002).
- Μπορούν να προσφέρουν οφέλη είτε ως άμεσο αποτέλεσμα της ανάπτυξης μιας σχέσης εμπιστοσύνης με μια μαία είτε μέσω πρόσθετης προάσπισης και υποστήριξης με ψυχιατρικές υπηρεσίες, προάσπισης στην ενδοοικογενειακή βία και άλλου τύπου υποστήριξη (συμπεριλαμβανομένων μεταφραστικών υπηρεσιών, εισροής πρώιμων επισκεπτών υγείας, παιδικών κέντρων, στέγασης και υποστήριξης γονέων). Αυτό μπορεί να έχει αντίκτυπο στα αποτελέσματα, την ασφάλεια και την ικανότητα των γυναικών να γίνουν μητέρες (Rayment-Jones et al., 2015).
- Εκτιμώνται από γυναίκες με σύνθετα κοινωνικά ζητήματα που βιώνουν αυξημένη αντιπροσώπευση και έλεγχο (Bulman & McCourt 2002).
- Λαμβάνουν υψηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης από τις μητέρες με πληροφορίες, συμβουλές, εξηγήσεις, τόπο τοκετού, προετοιμασία για τον τοκετό και επιλογή για ανακούφιση από τον πόνο (Kelly et al., 2013).

Γνωρίζουμε από την ευρύτερη βιβλιογραφία ότι συχνά υπάρχει έλλειψη ευθυγράμμισης μεταξύ των προτεραιοτήτων και των πόρων των μειονεκτούντων ασθενών και της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας (Dixon-Woods et al., 2006). Η συνέχεια της περίθαλψης σε σύνθετους οργανισμούς σχετίζεται με βελτιωμένη πρόσβαση στην περίθαλψη και την ασφάλεια των ασθενών, ιδιαίτερα για γυναίκες με κοινωνικά ή ιατρικά περίπλοκο ιστορικό, οι οποίες διαφορετικά μπορεί να υποφέρουν από τα κενά στις υπηρεσίες (NICE, 2010). Ένα κατακερματισμένο και κατανεμημένο σύστημα δημιουργεί πρόβλημα πρόσβασης στους ευάλωτους πληθυσμούς. Η συνέχεια της φροντίδας συνδέεται με: βελτιωμένη αυτοφροντίδα και γνώση, μειωμένη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, μειωμένο ιατρικό κόστος, καλύτερη ποιότητα ζωής, λιγότερες νοσηλείες και επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, αυξημένη

γνώση σχετικά με το ποιος πρέπει να επικοινωνήσει σχετικά με τη φροντίδα / υπηρεσία (βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη), βελτιωμένη ικανοποίηση ασθενών και φροντιστών με μεγαλύτερη διαπροσωπική εμπιστοσύνη και υψηλότερη αντιληπτή ποιότητα φροντίδας σε σχέση με τον προγραμματισμό φροντίδας (Heaton, 2012; Parker, 2011). Γνωρίζουμε επίσης ότι μόνο τα σχεσιακά μοντέλα φροντίδας έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν τα κλινικά αποτελέσματα (Freeman et al., 2007). Δηλαδή, παρόμοια οφέλη δεν προκύπτουν μόνο από τη συνέχεια της διαχείρισης ή τη συνέχεια της πληροφόρησης.

Πρόσφατα στοιχεία υψηλής ποιότητας δείχνουν ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν φροντίδα από μια μαία που γνωρίζουν είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν πρόωρο τοκετό, να χάσουν το μωρό τους πριν από τις 24 εβδομάδες κύησης ή να χάσουν το μωρό τους σε οποιαδήποτε στιγμή κατά την κύηση. Οι γυναίκες είναι επίσης πιο πιθανό να γεννήσουν με κολπικό τοκετό, να κάνουν λιγότερες παρεμβάσεις κατά τον τοκετό και να έχουν πιο θετική εμπειρία εγκυμοσύνης και τοκετού. Είναι σημαντικό ότι όλα αυτά τα ευρήματα ισχύουν επίσης για πληθυσμούς γυναικών χαμηλού και μικτού κινδύνου (Sandall et al., 2015).

Επί του παρόντος δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία υψηλής ποιότητας που να προτείνουν την εφαρμογή ενός συγκεκριμένου μοντέλου για τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας σε μειονεκτούντες πληθυσμούς (Hollowell, 2011). Άλλες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με κοινωνική πολυπλοκότητα που δυσκολεύονται να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες εκτιμούν ιδιαίτερα τα μοντέλα φροντίδας με μαιευτική συνέχεια (McCourt et al., 2000; Bulman & McCourt, 2002; Finlay & Sandall, 2009). Στη μελέτη παρατήρησης σε μια μεμονωμένη τοποθεσία, οι Rayment-Jones et al. (2015) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με σύνθετους κοινωνικούς παράγοντες που έλαβαν ένα μοντέλο μαιευτική φροντίδα ανά περίπτωση ωφελήθηκαν με διάφορους τρόπους:

- Είχαν λιγότερες καισαρικές, λιγότερες προγεννητικές εισαγωγές και μικρότερη διάρκεια μεταγεννητικής παραμονής στο νοσοκομείο.
- Είχαν περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιήσουν έναν αυθόρμητο κολπικό τοκετό, να γεννήσουν σε περιβάλλον υπό τη φροντίδα της μαίας, να παραπεμφθούν σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υποστήριξης και να λάβουν υπηρεσίες φροντίδας μητρότητας έως τις δέκα εβδομάδες
- Τα βρέφη αυτών των γυναικών είχαν μειωμένες εισαγωγές σε μονάδες νεογνών.
- Επιπλέον, οι γυναίκες που λαμβάνουν συνέχεια μαιευτικής φροντίδας αναφέρουν υψηλότερες βαθμολογίες μητρικής ικανοποίησης με πληροφορίες, συμβουλές,

εξηγήσεις, τόπο τοκετού, προετοιμασία για τον τοκετό, επιλογή για ανακούφιση από τον πόνο, συμπεριφορά του φροντιστή και ελέγχου, είναι πιο θετικές στη συνολική εμπειρία τοκετού, έχουν αυξημένη αντιπροσώπευση και αισθάνονται λιγότερο άγχος (McLachlan, 2015).

1.11. Παράγοντες προαγωγής της αποτελεσματικής επικοινωνίας

Οι παράγοντες που προάγουν την αποτελεσματική επικοινωνία περιλάμβαναν τα επίπεδα ιεραρχίας, την αυτονομία των μαιών, σαφείς ορισμούς, σαφή όρια ρόλων, δομημένα εργαλεία επικοινωνίας, εμπιστοσύνη, σεβασμός, τακτική διεπαγγελματική αλληλεπίδραση, ισχυρές διαδικασίες επίλυσης συγκρούσεων, κοινή εκπαίδευση και αποτελεσματικά συστήματα επικοινωνίας (Chang- Pecci et al., 2012; Perdion et al., 2013; Romijn et al., 2018; Skinner & Foureur, 2010; Stevens et al., 2012).

Προκειμένου η συνεργασία να έχει νόημα, απαιτείται ίση συμβολή από αμφότερα τα μέρη και συμμετοχή της γυναίκας στις αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα της. Η αυτονομία της μαιευτικής περιγράφηκε ως σημαντικός παράγοντας προαγωγής της επιτυχημένης διεπαγγελματικής συνεργασίας (Downe et al., 2010; Hartz, Foureur, & Tracy, 2012). Το σύστημα μητρότητας της Νέας Ζηλανδίας που καθοδηγείται από τη μαιευτική πληροί αυτό το κριτήριο (Grigg & Tracy, 2013). Το εύρημα ότι η σχέση μεταξύ μαιών και μαιευτήρων της Νέας Ζηλανδίας ήταν συνήθως θετική υποδηλώνει ότι η αυτονομία μπορεί να έχει προωθήσει την ισχυρή συνεργασία (Skinner & Foureur, 2010). Μια αμερικανική μελέτη που συνέκρινε πολιτείες όπου η νομοθεσία υποστήριζε την αυτόνομη μαιευτική πρακτική με εκείνες στις οποίες δεν ίσχυε κάτι τέτοιο, ανέφερε οριακά καλύτερα αποτελέσματα τοκετού με ελαφρώς χαμηλότερα ποσοστά καισαρικής, μειωμένους πρόωρους τοκετούς και λιγότερα βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης σε πολιτείες με αυτόνομη πρακτική μαιευτικής (Yang, Attanasio, & Kozhimannil, 2016). Αυτή η διαδικασία υποστήριξε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα ενός αυτόνομου εργατικού δυναμικού μαιών.

Οι σχέσεις σεβασμού και εμπιστοσύνης προσδιορίστηκαν ως κρίσιμοι παράγοντες για την αποτελεσματική συνεργασία. Όταν οι συμμετέχοντες γνώριζαν ο ένας τον άλλον, καλλιεργούνταν ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη. (Chang-Peccì et al., 2012; Downe et al., 2010; Lane, 2012). Οι ευκαιρίες επικοινωνίας εκτός του κλινικού πλαισίου διενεργούνταν μέσω τακτικών διεπαγγελματικών συναντήσεων, κοινής

εκπαίδευσης και κοινών κοινωνικών εκδηλώσεων (Ratti et al., 2014). Δύο διεθνείς μελέτες όπου οι φοιτητές ιατρικής και μαιευτικής διδάσκονταν μαζί, εντόπισαν αυξημένη κατανόηση των αντίστοιχων ρόλων (Murray-Davis, Marshall, & Gordon, 2014). Οι συμμετέχοντες ανέφεραν θετικές στάσεις για τη συνεργασία και την οικοδόμηση διεπαγγελματικών σχέσεων, βελτιώθηκε η επικοινωνία και προήχθη η φιλική προς τις γυναίκες φροντίδα.

Οι τακτικές συναντήσεις στον χώρο εργασίας μεταξύ μαιευτήρων και μαιών, όπου και οι δύο είναι ισότιμοι, ενίσχυσαν τις προσπάθειες συνεργασίας (Chang-Pecchi et al., 2012; Hartz et al., 2012; Stevens et al., 2012). Μια μελέτη περίπτωσης ενός μαιευτηρίου των ΗΠΑ περιέγραψε ένα μοντέλο για τη μετατροπή των δυσλειτουργικών διεπαγγελματικών σχέσεων σε συνεργατική πρακτική (Chang-Pecchi et al., 2012). Θεσπίστηκαν αλλαγές, όπως θεσμοθέτηση τακτικών διεπιστημονικών συναντήσεων, ισχυρών διαδικασιών για την επίλυση συγκρούσεων και κοινής εκπαίδευσης για φοιτητές μαιευτικής και ιατρικής, από μια διεπιστημονική ομάδα εργασίας μαιευτήρων, μαιών και άλλων ενδιαφερομένων. Πριν από την αλλαγή, μαιευτήρες, μαίες και οικογενειακοί ιατροί εργάζονταν μέσα στο κέντρο απομονωμένοι ο ένας από τον άλλο. Αναφέρθηκε κακή διεπιστημονική επικοινωνία, δυσπιστία, έλλειψη διεπαγγελματικού σεβασμού και σύγκρουση στη διαχείριση. Με το αλλαγμένο μοντέλο φροντίδας, βελτιώθηκε η προθυμία για συνεργασία, η συχνότητα της διεπαγγελματικής επικοινωνίας και ο σεβασμός μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

1.12. Εμπόδια ανάπτυξης της αποτελεσματικής επικοινωνίας

Οι κατά κύριο λόγο μη ικανοποιητικές σχέσεις μεταξύ μαιευτήρων και μαιών περιγράφηκαν σε αρκετές από τις μελέτες σχετικά με τις διεπαγγελματικές σχέσεις μεταξύ μαιών και μαιευτήρων (Behrushi et al., 2017; Downe et al., 2010; Lane, 2012; Ratti et al., 2014; Reiger, 2011; Shaw et al., 2013). Οι παράγοντες που οδήγησαν σε μη ικανοποιητικές σχέσεις ήταν η ιστορική εχθρότητα, η δυσπιστία των ιατρών ως προς τη μαιευτική εκπαίδευση, η ανισότητα εξουσίας και οι διαφορετικές φιλοσοφίες. Τα αναποτελεσματικά συστήματα και διαδικασίες μεταφοράς πληροφοριών υπονόμισαν τη διεπαγγελματική συνεργασία (Psaila, Schmied, Fowler, & Krusk, 2015; Schmied et al., 2015; Shaw et al., 2013). Παρακάτω συζητούνται οι παράγοντες που οδηγούν σε μη ικανοποιητικές σχέσεις.

Στην Ολλανδία, οι Warmelink et al. (2017) ερεύνησαν μαιές πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διαπίστωσαν ότι σχεδόν το 45% των 99 μαιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ανέφεραν θετικές σχέσεις με μαιευτήρες, σημαντικά χαμηλότερες από το 72% που αναφέρουν οι επικεφαλής μαιές της Νέας Ζηλανδίας (Skinner & Foureur, 2010). Στον Καναδά, οι Ratti et al. (2014) ερεύνησαν 25 μαιές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, 37 μαιευτήρες και 56 οικογενειακούς ιατρούς (το αντίστοιχο με τους γενικούς ιατρούς της Νέας Ζηλανδίας), διαπιστώνοντας ότι το 97% των μαιευτήρων και το 100% των μαιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης έκριναν ότι οι σχέσεις μεταξύ των δύο επαγγελματιών θα μπορούσαν να βελτιωθούν. Η μεγαλύτερη συχνότητα των αναφερόμενων θετικών αλληλεπιδράσεων στη Νέα Ζηλανδία μπορεί να αντανακλά μια διαφορετική πρακτική, αλλά θα μπορούσε επίσης να αντιπροσωπεύει διαφορές στα ερωτήματα που απαντήθηκαν από τους συμμετέχοντες. Τόσο το σύστημα της Ολλανδίας όσο και το σύστημα της Νέας Ζηλανδίας έχουν ένα μοντέλο φροντίδας όπου η αυτονομία της μαιευτικής στην πρωτοβάθμια φροντίδα μητρότητας ήταν ο κανόνας για μεγάλες περιόδους, όπου οι Ολλανδές μαιές είχαν πάντα το δικαίωμα να ασκούν αυτόνομα το επάγγελμα (Amelink-Verburg & Buitendijk, 2010). Αντίθετα, η αυτονομία της μαιευτικής νομοθετήθηκε στον Καναδά μόλις το 1998 με μια πλήρως χρηματοδοτούμενη μαιευτική φροντίδα που θεσμοθετήθηκε το 2009. Μόνο το 2-5% των γυναικών είχαν πρόσβαση στη μαιευτική φροντίδα στον Καναδά όταν πραγματοποιήθηκε η μελέτη των Ratti et al. (2014).

Η κυριαρχία των ιατρών θα μπορούσε να οδηγήσει σε υποβαθμισμένη επικοινωνία μεταξύ μαιών και μαιευτηρίων (Fealy et al., 2016; Lane, 2012; Ratti et al., 2014; Reiger & Lane, 2009; Watson et al., 2016). Αυτό μερικές φορές είχε ως αποτέλεσμα οι μαιές να αισθάνονται αποδυναμωμένες και να αποκλείονται από σημαντικές συζητήσεις, αλλά και αποφάσεις. Η διαπίστωση στην Ολλανδία ότι οι μαιευτήρες βαθμολόγησαν τη συνεργασία τους με μαιές σημαντικά υψηλότερα από ό,τι οι δεύτερες, θα μπορούσε να εξηγηθεί από τις ιεραρχίες που ευνοούν την κυριαρχία των ιατρών (Romijn et al., 2018).

Σε ορισμένες χώρες, η νομοθεσία εξασφαλίζει την κυριαρχία της άποψης του ιατρού (Gorman, 2016; Lane, 2012; Yang et al., 2016). Στη Νέα Ζηλανδία αυτό συνέβη μεταξύ 1971 και 1990, όταν οι μαιές ήταν νομικά υποχρεωμένες να εργάζονται υπό την επίβλεψη ιατρού (Donley, 1998). Στην Αυστραλία, έχουν δημιουργηθεί αρκετές μονάδες υπό την ηγεσία της μαιίας με αναφερόμενη επιτυχία (Lane, 2012). Ωστόσο, ο Lane ανέφερε ότι οι μαιές είναι νομικά υποχρεωμένες να ζητούν έγκριση από

μαιευτήρες και να εργάζονται υπό την επίβλεψη, χωρίς παρόμοια υποχρέωση για τους μαιευτήρες να συνεργάζονται με μαίες. Ο Lane υποστηρίζει ότι η συνεργασία διευκολύνεται καλύτερα από την ισότητα και την εμπιστοσύνη, αλλά ότι σε πολλές περιπτώσεις στην Αυστραλία, οι νομικοί περιορισμοί διευκολύνουν ένα ιεραρχικό σύστημα μητρότητας. Στη χειρότερη περίπτωση, στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία, η ανισορροπία ισχύος αναγνωρίστηκε ως ένας σημαντικός παράγοντας που επιτρέπει στους μεμονωμένους μαιευτήρες να συνεχίσουν την πρακτική τους, παρά τις εκτεταμένες ανησυχίες για την πρακτική τους συμβάλλοντας, σε υψηλά ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας, μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας (Reiger, 2011). Ο Reiger (2011) περιέγραψε την επίσημη έρευνα ορισμένων μαιευτικών μονάδων και μεμονωμένων μαιευτηρίων με παρεκκλίνοντα αποτελέσματα.

Η κυριαρχία των ιατρών έχει οδηγήσει σε μια τάση να επικρατεί η ιατρική φιλοσοφία, ανεξάρτητα από τα στοιχεία ή τις επιθυμίες της γυναίκας (Downe κ.ά., 2010). Σε ένα άρθρο ανασκόπησης σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα στην υγειονομική περίθαλψη, οι Lokugamage & Pathberiya (2017) ανέφεραν την τάση των ιατρών να πιστεύουν ότι η πρακτική τους βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία. Αυτή η τάση παρέμεινε παρά τις πολλές περιπτώσεις, όπου ίσχυσε η πρακτική ενώ απουσίαζαν τα αποδεικτικά στοιχεία ή η παρέμβαση είχε αποδειχθεί ότι προκαλεί βλάβη. Για παράδειγμα, ο τακτικός ενδογεννητικός καρδιοτοκογράφος (CTG) σε γυναίκες χαμηλού κινδύνου έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τους τοκετούς με χειρουργείο χωρίς να παρέχει κάποια οφέλη (Bick, McCourt, & Beake, 2004).

Η επιλογή λέξεων μπορεί ασυνείδητα να προάγει την ανισορροπία ισχύος. Ο Silverton (2017) συζήτησε τη δύναμη των λέξεων στη μητρότητα, με τη γλώσσα των μαιών να τείνει να είναι πιο εξισορροπημένη, ενώ η γλώσσα των ιατρών τείνει να διατηρεί την κυριαρχία του ιατρικού λόγου, π.χ. «Όταν ξεκίνησα ως μαία πριν από πολλά χρόνια, φροντίζαμε τους ‘ασθενείς’ παρ’ όλες τις υποδηλώσεις παθητικότητας και συμμόρφωσης που περιλαμβάνει αυτή η λέξη. Τώρα, σχεδόν παγκοσμίως, οι μαίες μιλούν για ‘γυναίκες’ και ‘μητέρες’. Οι συνάδελφοί μας ιατροί δεν ακολουθούσαν πάντα το παράδειγμά μας» (σελ. 618).

Αυτό το εύρημα επαναλήφθηκε από τον Matthias (2010), ο οποίος διεξήγαγε εις βάθος συνεντεύξεις με δύο μαίες και δύο μαιευτήρες και κατέγραψε τις διαβουλεύσεις από αυτούς τους επαγγελματίες. Ο Matthias παρατήρησε ότι ενώ τόσο οι μαίες όσο και οι μαιευτήρες συζητούσαν για την προαγωγή των επιλογών των γυναικών, οι μαίες χρησιμοποιούσαν πιο διευκολυντική γλώσσα στις διαβουλεύσεις τους και ήταν πιο

άνετες με τις γυναίκες που ήθελαν να προβούν σε επιλογές εκτός των συστάσεών τους. Οι μαίες δεν αποστράφηκαν τη χρήση γλώσσας που θεωρείται ότι προάγει την ανισορροπία ισχύος (Furber & Thomson, 2010).

Οι μαίες και οι μαιευτήρες έχουν περιγραφεί ότι έχουν διαφορετικές φιλοσοφίες. Οι μαίες έτειναν να βλέπουν τον τοκετό ως μια φυσιολογική διαδικασία, που περιστασιακά απαιτούσε παρέμβαση και επικεντρώνονταν στην παροχή πληροφοριών για την ενδυνάμωση της λήψης αποφάσεων των γυναικών (Guilliland & Pairman, 2010; NZCOM, 2015). Οι μαιευτήρες περιγράφηκαν ως ότι αποστρέφονται περισσότερο τον κίνδυνο και τείνουν να ομαλοποιούν την ιατρική παρέμβαση σε τοκετούς χαμηλού κινδύνου (Downe et al., 2010; Matthias, 2010; Ratti et al., 2014; Watson et al., 2016). Οι Downe et al. (2010) ανέφεραν ότι αμφότεροι οι επαγγελματίες περιέγραψαν ως κοινό στόχο την υγεία μητέρας και βρέφους, αλλά είχαν διαφορετικές ιδέες για την καλύτερη πορεία προς αυτόν τον στόχο. Η φιλοσοφική διαφορά θα μπορούσε να οδηγήσει σε εντάσεις μεταξύ των δύο επαγγελματιών, θέτοντας εμπόδια στη συνεργασία (Matthias, 2010; Ratti et al., 2014; Warmelink et al., 2017).

Μια κοινωνική κουλτούρα πίστης στην ανωτερότητα της μαιευτικής φροντίδας μητρότητας μαζί με ένα κυρίαρχο ιατρικό επάγγελμα οδηγεί στην προώθηση της ιατρικής φιλοσοφίας έναντι της φιλοσοφίας της μαιευτικής (Watson et al., 2016). Το 1988 η κουλτούρα που υποστηρίζει την ιατρική κυριαρχία στη Νέα Ζηλανδία αμφισβητήθηκε από την έρευνα του Cartwright (1988). Ο Cartwright (1988) διαπίστωσε ότι ένας γυναικολόγος διεξήγαγε μια κλινική δοκιμή χωρίς τη συγκατάθεσή του, παρακάμπτοντας τη συνιστώμενη θεραπεία για το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας *in situ* και ότι οι μαιευτήρες συνάδελφοί του απέτυχαν να το αποτρέψουν ή να το αναφέρουν. Η έρευνα του Cartwright κλόνισε την εμπιστοσύνη στην ιατρική πρακτική και οδήγησε σε εκτεταμένες συστάσεις για αλλαγές στις διαδικασίες συναίνεσης στη θεραπεία, συμμετοχής σε κλινικές δοκιμές, ιατρικής εκπαίδευσης, υπεράσπισης των καταναλωτών υγειονομικής περίθαλψης και σε νομοθετικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης της ψήφισης του HPCAA 2003 για τη διασφάλιση της προστασίας όλων των καταναλωτών υγειονομικής περίθαλψης. Παρά την έρευνα του Cartwright και άλλες περιπτώσεις ανήθικης ή επικίνδυνης κλινικής πρακτικής από ιατρούς, η πίστη στην ανωτερότητα της ιατρικής πρακτικής έναντι άλλων κλάδων διατηρείται ακόμη και μεταξύ των μαιών. Διεξήχθη μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο με 18 συμμετέχουσες μαίες που διάβασαν και αξιολόγησαν δύο ερευνητικά άρθρα για τη φροντίδα της μητρότητας (Hicks, 1992). Στις μισές

συμμετέχουσες αναφέρθηκε ότι το πρώτο έγγραφο γράφτηκε από μαιευτήρα και το δεύτερο από μια μαία. Στις άλλες μισές αναφέρθηκε ότι το πρώτο το έγραψε μια μαία και το δεύτερο ένας μαιευτήρας. Οι συμμετέχουσες ανέφεραν σταθερά ότι η κατανόηση της ερευνητικής μεθοδολογίας των συγγραφέων, η κατανόηση της στατιστικής ανάλυσης και η συμβολή στην τρέχουσα πρακτική ήταν μεγαλύτερη όταν πίστευαν ότι ο συγγραφέας ήταν μαιευτήρας, υποδηλώνοντας την απόδοση μεγαλύτερης αξιοπιστίας στην ιατρική έρευνα από τη μαιευτική (Hicks, 1992).

Ο φόβος έναντι δικαστικών προσφυγών καθίσταται ολοένα και πιο συνηθισμένος και περιγράφεται ως παράγοντας που προωθεί την ιατρική κυριαρχία σε αμφότερα τα επαγγέλματα σε δύο μελέτες από το Ηνωμένο Βασίλειο και σε μία από τις ΗΠΑ (Bick et al., 2004; Hindley & Thomson, 2007; Matthias, 2010). Για παράδειγμα, ορισμένες μαίες στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν ότι χρησιμοποιούσαν την καρδιοτοκογραφία ρουτίνας για όλες τις έγκυες γυναίκες ώστε να υπάρχει άλλοθι ως προς την ιατρονομική άμυνα, παρά τα στοιχεία ότι η χρήση καρδιοτοκογραφίας ρουτίνας σε καταστάσεις χαμηλού κινδύνου έχει ως αποτέλεσμα χειρότερα αποτελέσματα για τις γυναίκες σε επίπεδο πληθυσμού χωρίς βελτίωση των αποτελεσμάτων για τα βρέφη (Bick et al., 2004). Έτσι, η πρακτική προκειμένου να υπάρχει άλλοθι για πιθανή δικαστική άμυνα δεν αντιπροσωπεύει απαραίτητα την ασφαλέστερη πρακτική ή τα καλύτερα συμφέροντα της γυναίκας.

Τα κακά συστήματα μεταφοράς πληροφοριών συνέβαλαν στην κακή επικοινωνία παρά τις καλές προθέσεις των μεμονωμένων επαγγελματιών (Psaila, Schmied, Fowler, & Kruske, 2015; Schmied et al., 2015; Shaw et al., 2013). Οι Shaw et al. (2013) ανέλυσαν μια υπηρεσία μητρότητας στη Βόρεια Ιρλανδία, όπου η προγεννητική φροντίδα παρασχέθηκε στην κοινότητα μέσω κοινής φροντίδας μεταξύ των ιατρών και των μαιών της κοινότητας. Τα ευρήματα αφορούσαν ανεπαρκείς πρακτικές συνεργασίας, με ανεπαρκή διαδικασία διεπαγγελματικής επικοινωνίας, σπάνιες συναντήσεις για συζήτηση περίπλοκων περιπτώσεων, αποκλεισμό των μαιών όταν πραγματοποιούνταν τέτοιες συναντήσεις, κακή γνώση των ιατρών για την πολιτική και το πρωτόκολλο, έλλειψη ανταλλαγής πληροφοριών και ανεπαρκείς κοινοτικές υπηρεσίες υποστήριξης μαίας. Τα κακά συστήματα και διαδικασίες συνέβαλαν σημαντικά σε αρκετές έρευνες σε περιβάλλοντα μητρότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία με υψηλότερη από την αναμενόμενη μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα και νεογνική θνησιμότητα (Reiger, 2011). Αυτές οι έρευνες εντόπισαν μια ευθύνη σε επίπεδο διακυβέρνησης ως προς την αντιμετώπιση των συστημικών

ανεπαρκειών προκειμένου για τη διασφάλιση της βελτιστοποίησης της διεπαγγελματικής επικοινωνίας με σκοπό τη μεγιστοποίηση της ασφάλειας για τις μητέρες και τα βρέφη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

2.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση και ο εντοπισμός των παραγόντων που συμβάλλουν προκειμένου η συνεργασία των εγκύων και λεχωίδων με το μαιευτικό προσωπικό να είναι αποτελεσματική και με θετικά αποτελέσματα.

2.2.Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι τα ακόλουθα:

1. Ο εντοπισμός του επίπεδου ποιότητας των υπηρεσιών που έλαβαν οι λεχωίδες και έγκυες γυναίκες από τις μαίες.
2. Ο εντοπισμός των παραγόντων που συμβάλλουν σε μία θετική συνεργασία ανάμεσα σε εγκύους, λεχωίδες και μαίες.
3. Ο εντοπισμός του επιπέδου ικανοποίησης των εγκύων και λεχωίδων γυναικών από τις υπηρεσίες που έλαβαν από τις μαίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Δείγμα

Δείγμα ευκολίας 300 γυναικών συλλέχθηκε για τους σκοπούς της έρευνας. Η συγκεκριμένη τεχνική δειγματοληψίας επιλέχθηκε καθώς είναι οικονομικότερη και ταχύτερη χρονικά. Το δείγμα της έρευνας ενημερώθηκε για τους σκοπούς της έρευνας και για το ότι η συμμετοχή τους σε αυτή είναι σε εθελοντική βάση ενώ η ανωνυμία τους σε αυτή είναι εγγυημένη. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν λεχwoίδες, δηλαδή γυναίκες που βίωσαν την εμπειρία του τοκετού και γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Τα βασικά κριτήρια για να συμμετέχει μία γυναίκα στην έρευνα ήταν να το επιθυμεί, να είναι ενήλικη, να μιλάει την ελληνική γλώσσα, να έχει γεννήσει και το νεογνό της να μην έχει αποβιώσει ή να μην έχει υπάρξει ενδομήτριος θάνατος ή να είναι έγκυος.

3.2. Εργαλείο μέτρησης

Η έρευνα που διεξήχθη είναι ποσοτική και ειδικότερα συγχρονική περιγραφική. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα προέρχεται από την έρευνα του Στυλιανίδη (2016) που διεξήχθη σε λεχwoίδες στην Κύπρο. Επειδή η έρευνα του Στυλιανίδη (2016) αφορούσε και τους ιατρούς, κάτι που δεν εξετάζεται στην παρούσα έρευνα, η συγκεκριμένη ενότητα των ερωτήσεων αφαιρέθηκε από το τελικό ερωτηματολόγιο. Επιπλέον έγινε η απαραίτητη προσαρμογή του προκειμένου να είναι κατάλληλο και για εγκύους. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει πληροφορίες για δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά. Ειδικότερα οι ερωτήσεις αυτής της ενότητας περιλαμβάνουν ερωτήσεις που αποτυπώνουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αλλά και πληροφορίες για τον τοκετό των γυναικών. Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει μία σειρά ερωτήσεων αναφορικά με τις υπηρεσίες που έλαβαν κατά τη διάρκεια του τοκετού των οποίων οι απαντήσεις αποτυπώνονται με κλίμακες. Σε αυτή την ενότητα περιλαμβάνεται και η κλίμακα Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). Η κλίμακα μεταγεννητικής

κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) αναπτύχθηκε για να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας στην ανίχνευση μητέρων που πάσχουν από κατάθλιψη, μια ενοχλητική διαταραχή η οποία μπορεί να συμβεί την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Η κλίμακα αποτελείται από 10 σύντομες δηλώσεις. Μια μητέρα εξετάζει μία από τις τέσσερις πιθανές απαντήσεις που είναι πιο κοντά στο πώς ένιωσε την τελευταία εβδομάδα. Οι περισσότερες μητέρες ολοκληρώνουν εύκολα την κλίμακα σε λιγότερο από πέντε λεπτά. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται με 0, 1, 2 και 3 με βάση τη σοβαρότητα του συμπτώματος. Τα στοιχεία 3, 5 έως 10 βαθμολογούνται με αντίστροφη βαθμολογία (δηλαδή, 3, 2, 1 και 0). Η συνολική βαθμολογία προκύπτει προσθέτοντας τις βαθμολογίες για καθένα από τα 10 στοιχεία. Οι μητέρες που βαθμολογούν πάνω από 12 ή 13 είναι πιθανό να πάσχουν από κατάθλιψη και θα πρέπει να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Απαιτείται προσεκτική κλινική αξιολόγηση από έναν επαγγελματία υγείας για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να καταρτιστεί ένα σχέδιο θεραπείας. Η κλίμακα δείχνει πώς αισθάνθηκε η μητέρα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας και μπορεί να είναι χρήσιμο να επαναλάβετε την κλίμακα μετά από δύο εβδομάδες. Η αξιοπιστία της κλίμακας στην παρούσα έρευνα ήταν πολύ καλή, Cronbach's alpha = .855. Στην Ελλάδα έχει σταθμιστεί από την Λεονάρδου (2008). Επιπλέον, περιλαμβάνεται η κλίμακα Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS). Η Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) είναι μία κλίμακα αξιολόγησης της συναισθηματικής νοημοσύνης, η οποία κατασκευάστηκε από τους Wong & Law (2002) και εμπεριέχει 16 στοιχεία που αντιστοιχούν σε τέσσερις υποκλίμακες οι οποίες δημιουργήθηκαν βάση των τεσσάρων διαστάσεων της συναισθηματικής νοημοσύνης όπως αυτές αναφέρονται στο μοντέλο των Mayer και Salovey (1997).

Ειδικότερα, οι διαστάσεις της αφορούν την αντίληψη των συναισθημάτων του εαυτού, την κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων, της χρήσης των συναισθημάτων και της ρύθμισης των συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα έχουμε:

1^η υποκλίμακα: Αντίληψης Συναισθημάτων Εαυτού: Αξιολογείται η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει και να κατανοεί τα ίδια του τα συναισθήματα (επίγνωση συναισθήματος - αυτοαξιολόγηση). Στη υποκλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι προτάσεις 1,9,5,13. Ενδεικτική πρόταση: “Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων μου”.

2^η υποκλίμακα: Κατανόησης των Συναισθημάτων των Άλλων : Αξιολογείται η τάση του ατόμου να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα των άλλων (ενσυναίσθηση). Στην

υποκλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι προτάσεις 2,6,10,14. Ενδεικτική πρόταση: «Πάντα μπορώ να καταλάβω πως αισθάνονται οι φίλοι από τη συμπεριφορά τους».

3^η υποκλίμακα: Χρήσης των Συναισθημάτων : Αφορά τη αυτοαξιολογούμενη ικανότητα του ανθρώπου να κινητοποιεί τον εαυτό του, ώστε να επιτυγχάνει καλύτερη επίδοση και απόδοση. Στην υποκλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι προτάσεις 3,7,15,11.

Ενδεικτική πρόταση : «Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο».

4^η υποκλίμακα: Ρύθμισης των Συναισθημάτων : Αφορά την αυτοαξιολογούμενη τάση των ατόμων να ρυθμίζουν τα ίδια τα συναισθήματά τους. Στην υποκλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι προτάσεις 4,8,12,16. Ενδεικτική πρόταση : «Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου».

Το σκορ κάθε υποκλίμακας υπολογίζεται αθροίζοντας τις ερωτήσεις κάθε ενότητας και διαιρώντας με το πλήθος των. Οι τιμές αξιοπιστίας με βάση τον δείκτη Cronbach's alpha είναι .950, .949, .955 & .945 για τις παραπάνω κλίμακες αντίστοιχα. Τέλος, η τρίτη κλίμακα αξιολογεί τον βαθμό συνεργασίας με τις μαίες, περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις (Απόλυτα επαρκώς = 1, Σχεδόν επαρκώς = 2, Σχεδόν ανεπαρκώς = 3, Απόλυτα ανεπαρκώς = 4)] και το σκορ της υπολογίζεται αθροίζοντας τις ερωτήσεις και διαιρώντας με το πλήθος. Χαμηλές τιμές στην κλίμακα αυτή δηλώνουν καλό επίπεδο αξιολόγησης της συνεργασίας με τις μαίες (Cronbach's alpha = .976).

3.3. Στατιστική Ανάλυση

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε αρχικά περιγραφική στατιστική για την αποτύπωση των χαρακτηριστικών του δείγματος και στη συνέχεια επαγωγική στατιστικά για την διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών (Spearman's rho & Multiple Regression Analysis). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής και της επαγωγικής στατιστικής.

Πίνακας 1. Ηλικία

Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
25,0	51,0	35,57	6,11

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Στον πίνακα 1 παρατηρείται ότι η μέση ηλικία των γυναικών είναι τα 35,57 έτη με τυπική απόκλιση ίση με 6,11 έτη. Η μικρότερη σε ηλικία γυναίκα είναι 25 ετών και η μεγαλύτερη 51,0 ετών.

Πίνακας 2. Οικογενειακή κατάσταση

	N	%
Ανύπαντρη	31	10,3
Διαζευγμένη	11	3,7
Παντρεμένη	242	80,7
Συμβίωση	16	5,3
Total	300	100,0

Στον πίνακα 2 παρατηρείται το 80,7% του δείγματος των γυναικών να είναι παντρεμένες, το 10,3% του δείγματος είναι ανύπαντρες, το 5,3% του δείγματος συμβιώνουν και το υπόλοιπο 3,7% του δείγματος είναι διαζευγμένες.

Πίνακας 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

	N	%
Κολλέγιο	62	20,7
Λύκειο	27	9,0
Μάστερ	79	26,3
Πανεπιστήμιο	132	44,0
Total	300	100,0

Στον πίνακα 3 το 44,0% του δείγματος των γυναικών έχει πτυχίο πανεπιστημίου, το 26,3% του δείγματος έχει μεταπτυχιακό τίτλο, το 20,7% του

δείγματος είναι απόφοιτες κολλεγίου και το υπόλοιπο 9,0% του δείγματος έχει απολυτήριο λυκείου.

Πίνακας 4. Επαγγελματικό επίπεδο

	N	%
Άνεργη	17	5,7
Δημόσια υπάλληλος	146	48,7
Επιχειρηματίας	6	2,0
Ευρύτερο δημόσιο ΟΚΥΠΥ	10	3,3
Ιδιωτική υπάλληλος	109	36,3
Οικιακά	12	4,0
Total	300	100,0

Στον πίνακα 4 παρατηρείται το 48,7% του δείγματος να είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 36,3% του δείγματος είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 5,7% του δείγματος είναι άνεργες, το 4,0% του δείγματος ασχολείται με τα οικιακά, το 3,3% του δείγματος ασχολείται με το ευρύτερο δημόσιο και το υπόλοιπο 2,0% του δείγματος είναι επιχειρηματίες.

Πίνακας 5. Σειρά τοκετού

	N	%
1ος	143	47,7
2ος	96	32,0
3ος	44	14,7
4ος	12	4,0
5ος	5	1,7
Total	300	100,0

Στον πίνακα 5 παρατηρείται το 47,7% του δείγματος των γυναικών να βρίσκονται στον πρώτο τους τοκετό, το 32,0% του δείγματος βρίσκεται στον δεύτερο τοκετό, το 14,7% του δείγματος βρίσκεται στον τρίτο τοκετό, το 4,0% του δείγματος βρίσκεται στον 4^ο τοκετό και το 1,7% του δείγματος βρίσκεται στον 5^ο τοκετό.

Πίνακας 6. Αριθμός τοκετών με συμπληρωμένους 9 μήνες, Αριθμός πρόωρων τοκετών & Αριθμός αποβολών / αμβλώσεων

	Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
Αριθμός τοκετών με συμπληρωμένους 9 μήνες (συμπεριλαμβανομένου και του πιο πρόσφατου)	,0	5,0	1,65	1,21
Αριθμός πρόωρων τοκετών	,0	5,0	,34	,84

Αριθμός αποβολών ή αμβλώσεων	,0	5,0	,39	,83
------------------------------	----	-----	-----	-----

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Στον πίνακα 6 παρατηρείται ο μέσος αριθμός τοκετών με συμπληρωμένους τους 9 μήνες να είναι 1,65 (TA = 1,21), ο μέσος αριθμός πρόωρων τοκετών είναι 0,34 (TA = 0,84) και ο μέσος αριθμός αποβολών ή αμβλώσεων είναι 0,39 (TA = 0,83).

Πίνακας 7. Πληροφορίες σχετικά με τον προηγούμενο τοκετό

	N	%
Δεν είχα προηγούμενο τοκετό	31	10,3
Καισαρική τομή	155	51,7
Φυσιολογικός τοκετός	114	38,0
Total	300	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 7 το 51,7% των γυναικών του δείγματος είχε γεννήσει με καισαρική τομή στην προηγούμενη γέννα της, το 38,0% των γυναικών είχε γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό και το 10,3% του δείγματος των γυναικών βρίσκεται στην πρώτη γέννα. Ουσιαστικά από το 89,7% (269/300) των γυναικών που είχαν προηγούμενη γέννα το 57,6% (155 / 269) είχε γεννήσει με καισαρική και το 42,4% (114 / 269) με φυσιολογικό τοκετό.

Πίνακας 8. Προτίμηση είδος τοκετού

	N	%
Με καισαρική τομή	51	17,0
Με φυσιολογικό τοκετό	249	83,0
Total	300	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 το 83,0% των γυναικών προτιμάει να γεννήσει φυσιολογικά και το 17,0% με καισαρική τομή.

Λόγοι επιλογής καισαρικής ή φυσιολογικής γέννας

Πίνακας 9. Λόγοι επιλογής καισαρικής ή φυσιολογικής γέννας

		Προτίμηση γέννας		Total
		Με καισαρική τομή	Με φυσιολογικό τοκετό	
Άμεση κινητοποίηση/Λιγότερες επιλογές/πιο εύκολος ο θηλασμός	N	0	5	5
	%	0,0%	2,0%	1,7%
Από φόβο για την φυσική	N	6	0	6
	%	11,8%	0,0%	2,0%
Αποφυγή εγχείρησης	N	0	6	6

	%	0,0%	2,4%	2,0%
Αποφυγή επιπλοκών / είναι καλύτερη	N	0	5	5
	%	0,0%	2,0%	1,7%
Ασφάλεια, προγραμματισμός γέννας	N	5	0	5
	%	9,8%	0,0%	1,7%
αυτήν την επιλογή νιώθω ότι μπορώ.	N	6	0	6
	%	11,8%	0,0%	2,0%
Για γρήγορη / εύκολη ανάρρωση	N	0	10	10
	%	0,0%	4,0%	3,3%
Για να ζήσω αυτή την εμπειρία και για πιο γρήγορη ανάρρωση	N	0	5	5
	%	0,0%	2,0%	1,7%
Για την εμπειρία της φυσιολογικής γέννας	N	0	84	84
	%	0,0%	33,7%	28,0%
Γιατί είναι ο φυσιολογικός τρόπος άρα και πιο γρήγορη και ομαλή ανάρρωση	N	0	6	6
	%	0,0%	2,4%	2,0%
Γρήγορη ανάρρωση/ ερχομός παιδιού χωρίς παρεμβάσεις	N	0	5	5
	%	0,0%	2,0%	1,7%
δεν θα προχωρούσαν σε μια κ/τ χωρίς κάποια αιτία.	N	0	5	5
	%	0,0%	2,0%	1,7%
Είχα εμπειρία και από την φυσική και καισαρική γέννα.	N	5	0	5
Θεωρώ ότι στην καισαρική αναρρώνεις πιο γρήγορα.	%	9,8%	0,0%	1,7%
Τουλάχιστον αυτό βίωσα εγώ.				
Ευκολότερη ανάρρωση	N	12	84	96
	%	23,5%	33,7%	32,0%
Θα ήθελα να έρθει ο τοκετός και γίνει όσο πιο μη παρεμβατικά γίνεται.	N	0	6	6
	%	0,0%	2,4%	2,0%
κακή εμπειρία μετά τη καισαρική	N	0	5	5
	%	0,0%	2,0%	1,7%
Λιγότερο επεμβατικός	N	0	6	6
	%	0,0%	2,4%	2,0%
λόγο πρόβλημα υγείας	N	6	0	6
	%	11,8%	0,0%	2,0%
Λόγους υγείας	N	0	6	6
	%	0,0%	2,4%	2,0%
Πιστεύω πώς μόνο με φυσιολογικό τοκετό, ολοκληρώνω την φύση μου σαν γυναίκα	N	0	6	6
	%	0,0%	2,4%	2,0%
Προσωπικούς λόγους. Προγραμματισμός.	N	5	0	5
	%	9,8%	0,0%	1,7%
Χωρίς επιπλοκές	N	0	5	5
	%	0,0%	2,0%	1,7%
Χωρίς ταλαιπωρία	N	6	0	6
	%	11,8%	0,0%	2,0%
Total	N	51	249	300

Στον πίνακα 9 παρατηρείται για τις γυναίκες που προτιμούν να γεννήσουν φυσιολογικά το 33,7% αυτών αναφέρει ότι θέλουν να ζήσουν την εμπειρία της φυσιολογικής γέννας και ένα ακόμα 33,7% αναφέρει ότι είναι ευκολότερη η ανάρρωση. Για τις γυναίκες που προτιμούν την καισαρική τιμή το 23,5% θεωρεί ότι είναι ευκολότερη η ανάρρωση, το 11,8% θεωρεί ότι δεν θα ταλαιπωρηθεί, το 11,8% αναφέρει ότι την επιλέγει λόγω προβλήματος υγείας, το 11,8% αναφέρει ότι αυτή θεωρεί ότι μπορεί, το 11,8% αναφέρει ότι φοβάται την φυσιολογική, το 9,8% αναφέρει την ασφάλεια και την δυνατότητα προγραμματισμού και το 9,8% που έχει βιώσει και τις δύο αναφέρει ότι με την καισαρική αναρρώνει μια γυναίκα πιο γρήγορα.

Πίνακας 10. Εμπειρία προηγούμενου τοκετού

Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
,0	10,0	5,85	2,85

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Στον πίνακα 10 παρατηρείται ότι οι γυναίκες του δείγματος αξιολογούν την εμπειρία του προηγούμενου τοκετού τους ούτε πολύ δύσκολη αλλά ούτε και πολύ εύκολη (M = 5,85, TA = 2,85, 0 = πολύ δύσκολη, 10 = πολύ εύκολη).

Πίνακας 11. Εκτίμηση για τον τοκετό που επίκεται

Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
,0	10,0	6,24	2,71

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Στον πίνακα 11 παρατηρείται ότι οι γυναίκες του δείγματος αξιολογούν την εμπειρία του τοκετού που επίκεται ούτε πολύ δύσκολη αλλά ούτε και πολύ εύκολη (M = 6,24, TA = 2,71, 0 = πολύ δύσκολη, 10 = πολύ εύκολη).

Πίνακας 12. Αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών του νοσοκομείου

Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
,0	10,0	7,59	2,39

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Στον πίνακα 12 παρατηρείται ότι οι γυναίκες του δείγματος αξιολογούν την ποιότητα υπηρεσιών του νοσοκομείου σε αρκετά καλό βαθμό ($M = 7,59$, $TA = 2,39$, $0 =$ πολύ δυσαρεστημένη, $10 =$ πολύ ικανοποιημένη).

Πίνακας 13. Προτίμηση για το μέρος πραγματοποίησης του τοκετού

	N	%
Δεν έχω προτίμηση	5	1,7
Σε μαιευτήριο με κάποιες μέρες νοσηλείας μετά τον τοκετό	194	64,7
Σε μαιευτήριο ως εξωτερική ασθενής (εξιτήριο σε 24 ώρες μετά τον τοκετό)	86	28,7
Σε μαιευτήριο ως εξωτερική ασθενής (εξιτήριο σε 24 ώρες μετά τον τοκετό), Στο σπίτι παρουσία μαίας ή γιατρού	10	3,3
Στο σπίτι παρουσία μαίας ή γιατρού	5	1,7
Total	300	100,0

Στον πίνακα 13 παρατηρείται το 64,7% των γυναικών του δείγματος να προτιμάει να πραγματοποιήσει τον τοκετό σε μαιευτήριο με κάποιες μέρες νοσηλείας μετά τον τοκετό, το 28,7% του δείγματος προτιμάει το μαιευτήριο ως εξωτερική ασθενής (εξιτήριο σε 24 ώρες μετά τον τοκετό), το 1,7% του δείγματος προτιμάει στο σπίτι παρουσία μαίας ή γιατρού, το 3,3% του δείγματος προτιμάει σε μαιευτήριο ως εξωτερική ασθενής (εξιτήριο σε 24 ώρες μετά τον τοκετό) ή στο σπίτι παρουσία μαίας ή γιατρού και το 1,7% του δείγματος δεν έχει κάποιου είδους προτίμηση.

Πίνακας 14. Βαθμός σύστασης του νοσοκομείου σε άλλο πρόσωπο

	N	%	Έγκυρο %
Διαφωνώ απόλυτα	5	1,7	1,8
Διαφωνώ	5	1,7	1,8
Συμφωνώ	142	47,3	51,3
Συμφωνώ απόλυτα	125	41,7	45,1
Total	277	92,3	100,0
Δεν ξέρω	23	7,7	
Total	300	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 14 για το 92,3% του δείγματος των γυναικών που έχει άποψη για το νοσοκομείο το 96,4% θα σύστηνε το νοσοκομείο σε άλλο πρόσωπο ενώ το 3,6% είναι αρνητικό.

Πίνακας 15. Κλίμακα κατάθλιψης (EPDS)

Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA	Εύρος κλίμακας (M)
----------	---------	---	----	--------------------

,00	19,00	7,68	4,95	0 – 30 (15)
-----	-------	------	------	-------------

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Σύμφωνα με τον πίνακα 15 η μέση τιμή της κλίμακας κατάθλιψης είναι ίση με 7,68 (TA = 4,95) με την μικρότερη τιμή να είναι ίση με 0 και την μεγαλύτερη να είναι ίση με 19. Πάνω από την τιμή 12 της κλίμακας βρίσκεται το 21,3% (64) των γυναικών που σημαίνει ότι αυτό το ποσοστό των γυναικών αντιμετωπίζει προβλήματα κατάθλιψης.

Πίνακας 16. Συναισθηματική νοημοσύνη (Κλίμακα WLEIS)

	Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA	Εύρος κλίμακας (M)
Αντίληψης Συναισθημάτων Εαυτού	1,50	7,00	5,27	1,74	1 – 7 (4)
Κατανόησης των Συναισθημάτων των Άλλων	1,00	7,00	5,03	1,78	1 – 7 (4)
Χρήσης των Συναισθημάτων	1,00	7,00	4,92	1,72	1 – 7 (4)
Ρύθμισης των Συναισθημάτων	1,00	7,00	4,51	1,76	1 – 7 (4)

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου WLEIS το οποίο αξιολογεί τις διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης. Η μέση «αντίληψη συναισθημάτων εαυτού» είναι ίση με 5,27 (TA = 1,74), η μέση «κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων» είναι ίση με 5,03 (TA = 1,78), η μέση «χρήση των συναισθημάτων» είναι ίση με 4,92 (TA = 1,72) και η μέση «ρύθμιση συναισθημάτων» είναι ίση με 4,51 (TA = 1,76).

Πίνακας 17. Παρακολούθηση σειράς μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα ή για την οικογενειακή ζωή, εκτός από τα προγραμματισμένα ραντεβού με το μαιευτήρα γυναικολόγο

	N	%
Δεν θυμάμαι	5	1,7
Ναι	111	37,0
Όχι	184	61,3
Total	300	100,0

Στον πίνακα 17 παρατηρείται το 61,3% του δείγματος των γυναικών να μην έχει παρακολουθήσει κάποια σειρά μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα ή για την οικογενειακή ζωή, εκτός από τα προγραμματισμένα ραντεβού με το μαιευτήρα γυναικολόγο, το 37,0% του δείγματος αναφέρει ότι έχει παρακολουθήσει και το υπόλοιπο 1,7% του δείγματος δεν θυμάται.

Πίνακας 18. Αξιολόγηση ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, Αξιολόγηση υπηρεσιών που προσέφεραν οι μαίες του νοσοκομείου, Αξιολόγηση διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου & Αξιολόγηση αισθήματος ασφάλειας μέσα στο νοσοκομείο

	Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
Αξιολόγηση ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	3,0	10,0	8,26	1,72
Αξιολόγηση υπηρεσιών που προσέφεραν οι μαίες του νοσοκομείου	3,0	10,0	8,60	1,81
Αξιολόγηση διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	,0	10,0	7,14	2,26
Αξιολόγηση αισθήματος ασφάλειας μέσα στο νοσοκομείο	1,0	10,0	8,11	2,26

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Στον πίνακα 18 παρατηρείται ότι οι γυναίκες του δείγματος αξιολογούν σε αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο τις ιατρικές υπηρεσίες του νοσοκομείου (M = 8,26, TA = 1,72) [0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη)], τις υπηρεσίες που προσέφεραν οι μαίες του νοσοκομείου (M = 8,60, TA = 1,81) [0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη)], τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου (M = 7,14, TA = 2,26) [0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη)] και του αισθήματος ασφάλειας μέσα στο νοσοκομείο (M = 8,11, TA = 2,26) [0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη)].

Πίνακας 19. Σημαντικότητα παραγόντων ως προς την φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο

	N	%
Η ενημέρωση από το προσωπικό	22	7,3
Η επικοινωνία με το προσωπικό	27	9,0
Η ευγένεια του προσωπικού	18	6,0
Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό	50	16,7
Ο σεβασμός από το προσωπικό	20	6,7
Το ενδιαφέρον του προσωπικού	28	9,3
Όλα	135	45,0

Total	300	100,0
Σύμφωνα με τον πίνακα 19 το 16,7% των γυναικών του δείγματος θεωρεί σημαντική την ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό όσον αφορά την φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο, το 9,3% του δείγματος αναφέρει το ενδιαφέρον του προσωπικού, το 9,0% του δείγματος αναφέρει την επικοινωνία με το προσωπικό, το 7,3% του δείγματος αναφέρει την ενημέρωση από το προσωπικό, το 6,7% του δείγματος αναφέρει τον σεβασμό από το προσωπικό, το 6,0% του δείγματος αναφέρει την ευγένεια του προσωπικού και το υπόλοιπο 45,0% του δείγματος αναφέρει όλα τα παραπάνω.		

Πίνακας 20. Λόγοι επιλογής του νοσοκομείου για τον τοκετό

	N	%
Για την φήμη του ότι προσφέρει ποιότητα	21	7,0
Γιατί είναι δημόσιο	27	9,0
Γιατί είναι κοντά στο σπίτι μου	6	2,0
Γιατί έχει καλές μαίες	72	24,0
Γιατί έχει καλούς γιατρούς	6	2,0
Γιατί έχω τον γιατρό μου	157	52,3
Μετά από σύσταση γνωστού μου	11	3,7
Total	300	100,0

Στον πίνακα 20 παρατηρείται το 52,3% του δείγματος των γυναικών να έχει επιλέξει το νοσοκομείο για να γεννήσει λόγω του ιατρού της, το 24,0% του δείγματος αναφέρει ότι έχει καλές μαίες, το 9% του δείγματος αναφέρει γιατί είναι δημόσιο, το 7,0% του δείγματος αναφέρει γιατί έχει την φήμη ότι προσφέρει ποιότητα, το 3,7% του δείγματος αναφέρει ότι το επέλεξε από την σύσταση γνωστού του, το 2% του δείγματος αναφέρει γιατί έχει καλούς ιατρούς και το υπόλοιπο 2% του δείγματος αναφέρει γιατί είναι κοντά στο σπίτι τους.

Πίνακας 21. Βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες και αξιολόγηση του νοσοκομείου ως προς τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του

	Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
Βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες	2,0	10,0	8,64	1,91
Αξιολόγηση του νοσοκομείου ως προς τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του	3,0	10,0	8,20	1,79

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Στον πίνακα 21 παρατηρείται οι γυναίκες του δείγματος να είναι αρκετά ικανοποιημένες από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες (0 = καθόλου, 10 = πολύ) και να αξιολογούν αρκετά καλά το νοσοκομείο ως προς τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του (0 = κακή, 10 = πολύ καλή).

Πίνακας 22. Αξιολόγηση των ιατρών και των μαιών ως προς την λειτουργία τους ως συντονισμένη ομάδα

	N	%
Δεν ξέρω	5	1,7
Διαφωνώ απόλυτα	12	4,0
Διαφωνώ	12	4,0
Ουδέτερη	71	23,7
Συμφωνώ	132	44,0
Συμφωνώ απόλυτα	68	22,7
Total	300	100,0

Στον πίνακα 22 παρατηρείται το 66,7% του δείγματος να θεωρεί ότι λειτουργούν ως συντονισμένη ομάδα οι ιατροί και οι μαίες, το 23,7% του δείγματος έχει ουδέτερη άποψη, το 8,0% του δείγματος διαφωνεί και το 1,7% του δείγματος δεν έχει άποψη.

Πίνακας 23. Αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες

Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
1,00	4,00	2,07	,99

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση, 274 γυναίκες απάντησαν σε αυτήν την κλίμακα, 26 δήλωσαν ότι δεν θυμούνται

Στον πίνακα 23 παρατηρείται οι γυναίκες του δείγματος να αξιολογούν ως σχεδόν επαρκή την συνεργασία τους με τις μαίες (M = 2,07, TA = 0,99) (Απόλυτα επαρκώς = 1, Σχεδόν επαρκώς = 2, Σχεδόν ανεπαρκώς = 3, Απόλυτα ανεπαρκώς = 4).

Πίνακας 24. Έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Κλίμακα κατάθλιψης (EPDS)	,130	242	,000	,938	242	,000
Αντίληψης Συναισθημάτων Εαυτού	,283	242	,000	,838	242	,000

Κατανόησης των Συναισθημάτων των Άλλων	,216	242	,000	,867	242	,000
Χρήσης των Συναισθημάτων	,131	242	,000	,919	242	,000
Ρύθμισης των Συναισθημάτων	,166	242	,000	,910	242	,000
Αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες	,147	242	,000	,892	242	,000
Αξιολόγηση εμπειρίας προηγούμενου τοκετού	,110	242	,000	,937	242	,000
Αξιολόγηση της δυσκολίας του τοκετού που επίκειται	,143	242	,000	,934	242	,000
Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου	,184	242	,000	,888	242	,000
Αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	,222	242	,000	,866	242	,000
Αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαίες	,311	242	,000	,772	242	,000
Αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	,171	242	,000	,900	242	,000
Αίσθημα ασφάλειας εντός του νοσοκομείου	,197	242	,000	,809	242	,000
Βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες;	,229	242	,000	,713	242	,000
Αξιολόγηση των υπόλοιπων υπηρεσιών του νοσοκομείου	,178	242	,000	,826	242	,000
Αξιολόγηση του συντονισμού της ομάδας ιατρών και μαιών	,255	242	,000	,861	242	,000
Ηλικία	,124	242	,000	,943	242	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Στον πίνακα 24 παρουσιάζεται ο έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων με την χρήση των στατιστικών ελέγχων Kolmogorov Smirnov & Shapiro Wilk. Βάση των ελέγχων αυτών παρατηρείται ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή ($p < .05$). Για να διερευνηθεί αν η απόκλιση από την κανονική κατανομή είναι μεγάλη εξετάζονται παρακάτω οι κανονικοποιημένες τιμές της λοξότητας και της κύρτωσης.

Πίνακας 25. Λοξότητα & Κύρτωση

	Skewness	Std. Error of Skewness	Z score of skewness	Kurtosis	Std. Error of Kurtosis	Z score of kurtosis
Κλίμακα κατάθλιψης (EPDS)	,457	,141	3,244	-,502	,281	-1,790
Αντίληψης Συναισθημάτων Εαυτού	-,823	,141	-5,846	-,798	,281	-2,844
Κατανόησης των Συναισθημάτων των Άλλων	-,656	,141	-4,661	-1,040	,281	-3,708
Χρήσης των Συναισθημάτων	-,639	,141	-4,540	-,829	,281	-2,954
Ρύθμισης των Συναισθημάτων	-,241	,141	-1,715	-1,386	,281	-4,942
Αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες	,560	,147	3,802	-1,075	,293	-3,667
Αξιολόγηση εμπειρίας προηγούμενου τοκετού	-,482	,149	-3,238	-,650	,297	-2,191

Αξιολόγηση της δυσκολίας του τοκετού που επίκειται	-,373	,141	-2,649	-,747	,281	-2,662
Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου	-1,019	,141	-7,238	,609	,281	2,172
Αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	-1,055	,141	-7,498	,712	,281	2,539
Αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαιές	-1,563	,141	-11,105	1,602	,281	5,711
Αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	-,940	,141	-6,682	,667	,281	2,379
Αίσθημα ασφάλειας εντός του νοσοκομείου	-1,379	,141	-9,801	1,311	,281	4,672
Βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαιές;	-2,063	,141	-14,660	4,447	,281	15,851
Αξιολόγηση των υπόλοιπων υπηρεσιών του νοσοκομείου	-1,290	,141	-9,168	1,638	,281	5,837
Αξιολόγηση του συντονισμού της ομάδας ιατρών και μαιών	-,876	,142	-6,174	,832	,283	2,942
Ηλικία	,546	,141	3,879	-,384	,281	-1,370

Στον πίνακα 25 παρατηρείται ότι οι κανονικοποιημένες τιμές της λοξότητας (z score of skewness) και της κύρτωσης (z score of kurtosis) είναι εκτός των ορίων -2 έως 2 στις περισσότερες περιπτώσεις. Οπότε σύμφωνα με τους George & Mallery (2003) η απόκλιση από την κανονική κατανομή είναι μεγάλη δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν παραμετρικοί έλεγχοι. Για αυτό τον λόγο χρησιμοποιείται ο μη παραμετρικός έλεγχος Spearman's rho.

Πίνακας 26. Συσχετίσεις

	Κλίμακα κατάθλιψης (EPDS)	Αντίληψης Συναισθημάτων Εαυτού	Κατανόησης των Συναισθημάτων των Άλλων	Χρήσης των Συναισθημάτων	Ρύθμισης των Συναισθημάτων	Αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες	Αξιολόγηση εμπειρίας προηγούμενου τοκετού	Αξιολόγηση της δυσκολίας του τοκετού που επίκειται	Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου	Αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	Αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από	Αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	Αίσθημα ασφάλειας εντός του νοσοκομείου	Βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα	Αξιολόγηση των υπολοίπων ιππασσιών του	Αξιολόγηση του συντονισμού της ομάδας ιατρών και	Ηλικία
Κλίμακα κατάθλιψης (EPDS)	1,000	-,333**	-,129*	-,271**	-,175**	,313**	-,069	-,335**	-,253**	-,214**	-,252**	-,044	-,074	-,198**	-,080	-,131*	-,187**
Αντίληψης Συναισθημάτων Εαυτού	-,333**	1,000	,713**	,778**	,651**	-,205**	,014	,111	,183**	,194**	,300**	,099	,305**	,202**	,128*	,290**	,011
Κατανόησης των Συναισθημάτων των Άλλων	-,129*	,713**	1,000	,725**	,769**	,064	-,001	-,007	,091	,113	,171**	,099	,211**	,078	,075	,271**	-,054
Χρήσης των Συναισθημάτων	-,271**	,778**	,725**	1,000	,731**	-,228**	,127*	,114*	,201**	,181**	,317**	,075	,244**	,246**	,133*	,329**	-,051
Ρύθμισης των Συναισθημάτων	-,175**	,651**	,769**	,731**	1,000	-,188**	,162**	-,047	,153**	,192**	,200**	,134*	,200**	,170**	,128*	,295**	-,113
Αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες	,313**	-,205**	,064	-,228**	-,188**	1,000	-,341**	-,370**	-,172**	-,154*	-,307**	-,210**	-,007	-,321**	-,019	-,249**	,137*
Αξιολόγηση εμπειρίας προηγούμενου τοκετού	-,069	,014	-,001	,127*	,162**	-,341**	1,000	,477**	,132*	,168**	,105	,069	-,051	,139*	,087	,120	,098
Αξιολόγηση της δυσκολίας του τοκετού που επίκειται	-,335**	,111	-,007	,114*	-,047	-,370**	,477**	1,000	,323**	,256**	,288**	,287**	,104	,241**	,208**	,381**	,048
Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου	-,253**	,183**	,091	,201**	,153**	-,172**	,132*	,323**	1,000	,742**	,740**	,507**	,622**	,676**	,686**	,568**	-,060
Αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	-,214**	,194**	,113	,181**	,192**	-,154*	,168**	,256**	,742**	1,000	,796**	,642**	,666**	,648**	,626**	,465**	-,031
Αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαίες	-,252**	,300**	,171**	,317**	,200**	-,307**	,105	,288**	,740**	,796**	1,000	,572**	,582**	,803**	,584**	,592**	-,085
Αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	-,044	,099	,099	,075	,134*	-,210**	,069	,287**	,507**	,642**	,572**	1,000	,612**	,403**	,382**	,429**	-,019

Αίσθημα ασφάλειας εντός του νοσοκομείου	-,074	,305**	,211**	,244**	,200**	-,007	-,051	,104	,622**	,666**	,582**	,612**	1,000	,529**	,544**	,348**	-,008
Βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες;	-,198**	,202**	,078	,246**	,170**	-,321**	,139*	,241**	,676**	,648**	,803**	,403**	,529**	1,000	,677**	,586**	-,128*
Αξιολόγηση των υπόλοιπων υπηρεσιών του νοσοκομείου	-,080	,128*	,075	,133*	,128*	-,019	,087	,208**	,686**	,626**	,584**	,382**	,544**	,677**	1,000	,594**	,117*
Αξιολόγηση του συντονισμού της ομάδας ιατρών και μαιών	-,131*	,290**	,271**	,329**	,295**	-,249**	,120	,381**	,568**	,465**	,592**	,429**	,348**	,586**	,594**	1,000	-,144*
Ηλικία	-,187**	,011	-,054	-,051	-,113	,137*	,098	,048	-,060	-,031	-,085	-,019	-,008	-,128*	,117*	-,144*	1,000

** p < .01

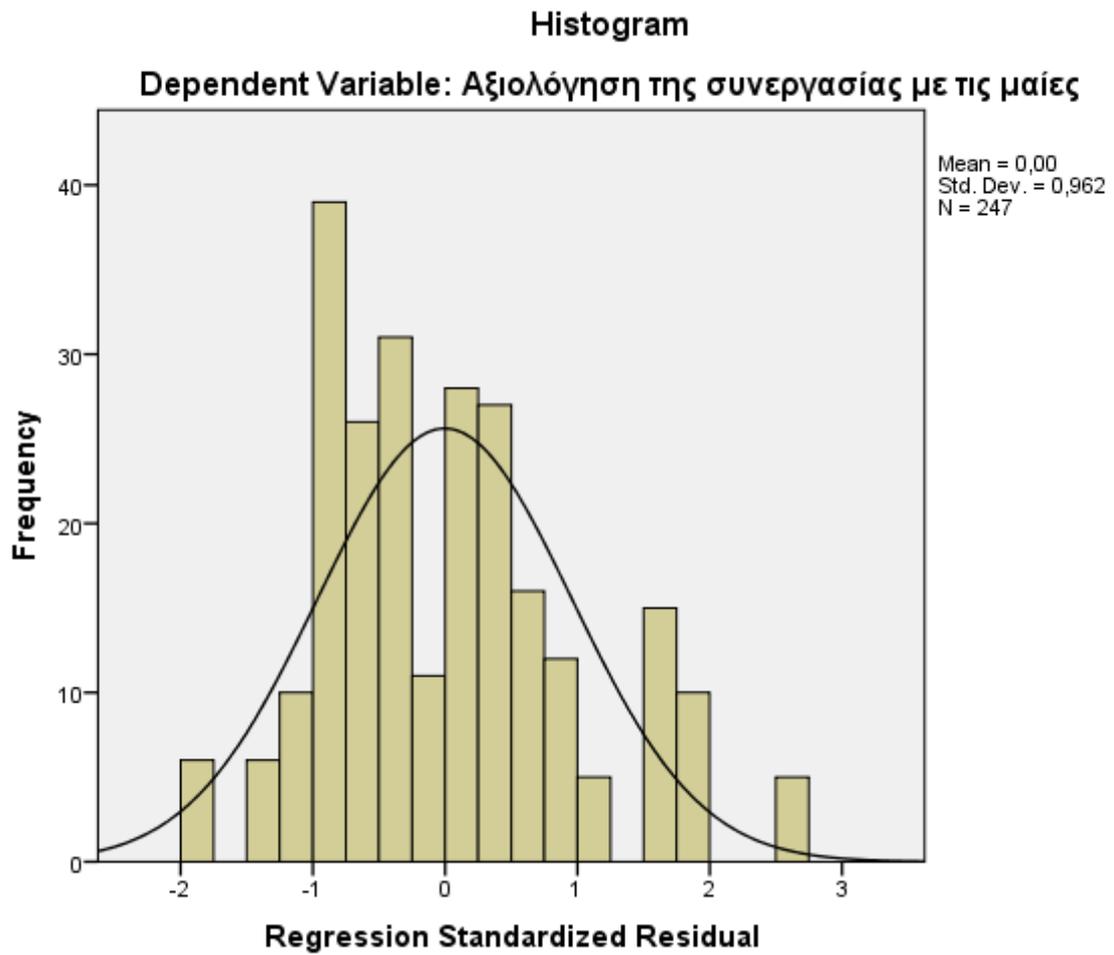
Σύμφωνα με τον πίνακα 26 και με την χρήση του ελέγχου Spearman's rho παρατηρείται στατιστικά σημαντική [σχολιάζονται συσχετίσεις μεγαλύτερες του 0,3 κατά απόλυτη τιμή, τιμές κάτω από 0,3 κατά απόλυτη τιμή είναι ασήμαντες (Hinkle, Wiersma & Jurs, 2003)] θετική συσχέτιση [η κλίμακα της συνεργασίας με τις μαίες αξιολογείται ως απόλυτα επαρκής στις χαμηλές τιμές και απόλυτα ανεπαρκής στις υψηλές τιμές (Απόλυτα επαρκώς = 1, Σχεδόν επαρκώς = 2, Σχεδόν ανεπαρκώς = 3, Απόλυτα ανεπαρκώς = 4)] μεταξύ της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τις μαίες με την αξιολόγηση της εμπειρίας προηγούμενου τοκετού ($r = .341, p < .01$), την αξιολόγηση της δυσκολίας του τοκετού που επίκειται ($r = .370, p < .01$), την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαίες ($r = .307, p < .01$) και την ικανοποίηση από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες ($r = .321, p < .01$). Ακόμα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τις μαίες με την κατάθλιψη ($r = -.313, p < .01$). Τα παραπάνω σημαίνουν ότι βελτιώνονται είτε οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τις μαίες, ή ικανοποίηση από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες ή η εμπειρία του προηγούμενου τοκετού τότε βελτιώνεται η αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες. Επιπλέον, όταν τα επίπεδα κατάθλιψης των γυναικών αυξάνονται τότε χειροτερεύει η αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες.

Πίνακας 27. Πολλαπλό Γραμμικό Μοντέλο Πρόβλεψης της Αξιολόγησης της Συνεργασίας με τις Μαιές

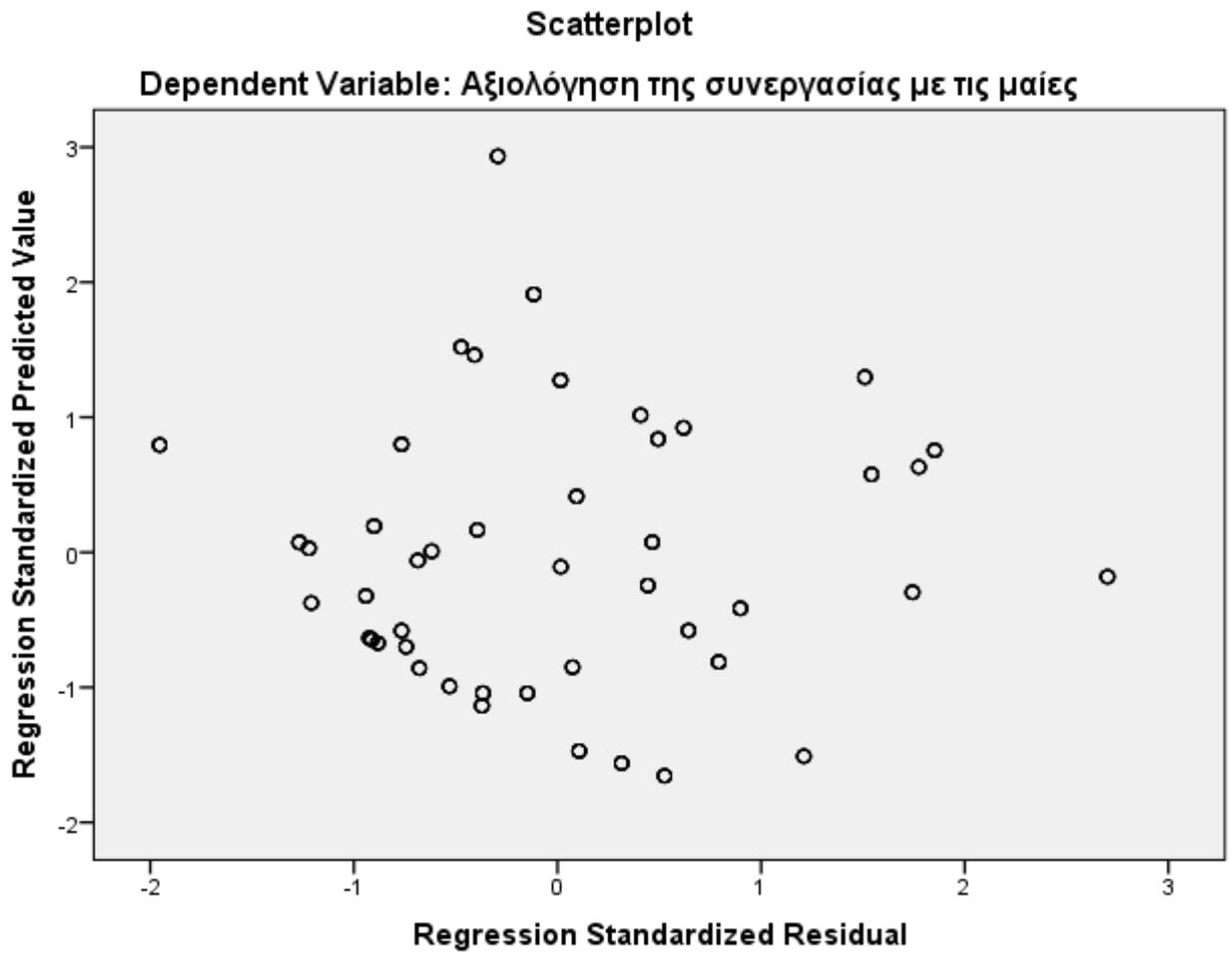
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Tolerance	VIF
1 (Constant)	1,803	,433		4,165	,000		
Κλίμακα κατάθλιψης (EPDS)	,047	,013	,242	3,690	,000	,458	2,181
Αντίληψης Συναισθημάτων Εαυτού	-,221	,060	-,409	-3,679	,000	,159	6,273
Κατανόησης των Συναισθημάτων των Άλλων	,430	,087	,820	4,948	,000	,072	13,917
Χρήσης των Συναισθημάτων	-,117	,079	-,212	-1,482	,140	,096	10,397
Ρύθμισης των Συναισθημάτων	-,183	,058	-,341	-3,143	,002	,167	5,971
Αξιολόγηση εμπειρίας προηγούμενου τοκετού	-,081	,024	-,245	-3,293	,001	,357	2,801
Αξιολόγηση της δυσκολίας του τοκετού που επίκειται	,001	,027	,004	,052	,958	,325	3,080
Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου	,074	,029	,190	2,544	,012	,353	2,837
Παρακολούθηση σειράς μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα ή για την οικογενειακή ζωή	-,186	,119	-,091	-1,563	,119	,579	1,727
Αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	,236	,068	,440	3,485	,001	,124	8,073
Αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαιές	-,328	,069	-,654	-4,778	,000	,105	9,508
Αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	-,163	,030	-,393	-5,430	,000	,376	2,657
Αίσθημα ασφάλειας εντός του νοσοκομείου	,139	,035	,343	3,908	,000	,256	3,902
Βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαιές;	-,026	,041	-,055	-,641	,523	,268	3,727
Αξιολόγηση των υπόλοιπων υπηρεσιών του νοσοκομείου	,015	,047	,030	,326	,745	,233	4,291
Αξιολόγηση του συντονισμού της ομάδας ιατρών και μαιών	,061	,066	,063	,923	,357	,420	2,384
Ηλικία	,028	,008	,172	3,506	,001	,821	1,217
6 (Constant)	1,741	,412		4,225	,000		
Κλίμακα κατάθλιψης (EPDS)	,040	,011	,204	3,591	,000	,608	1,646
Αντίληψης Συναισθημάτων Εαυτού	-,218	,057	-,404	-3,811	,000	,175	5,725
Κατανόησης των Συναισθημάτων των Άλλων	,497	,078	,947	6,404	,000	,090	11,159
Χρήσης των Συναισθημάτων	-,170	,072	-,309	-2,365	,019	,115	8,723
Ρύθμισης των Συναισθημάτων	-,193	,050	-,361	-3,823	,000	,220	4,542
Αξιολόγηση εμπειρίας προηγούμενου τοκετού	-,070	,018	-,213	-3,999	,000	,694	1,441
Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου	,076	,027	,198	2,835	,005	,404	2,475
Αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	,228	,062	,425	3,694	,000	,148	6,756
Αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαιές	-,326	,059	-,652	-5,531	,000	,141	7,081
Αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου	-,168	,028	-,404	-5,926	,000	,422	2,371
Αίσθημα ασφάλειας εντός του νοσοκομείου	,148	,032	,366	4,557	,000	,304	3,286
Ηλικία	,030	,008	,184	3,849	,000	,862	1,160

Στον πίνακα 27 παρουσιάζεται το πολλαπλό γραμμικό μοντέλο με εξαρτημένη μεταβλητή την αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες [η κλίμακα της συνεργασίας με τις μαίες αξιολογείται ως απόλυτα επαρκής στις χαμηλές τιμές και απόλυτα ανεπαρκής στις υψηλές τιμές (Απόλυτα επαρκώς = 1, Σχεδόν επαρκώς = 2, Σχεδόν ανεπαρκώς = 3, Απόλυτα ανεπαρκώς = 4)] και ανεξάρτητες μεταβλητές την κλίμακα κατάθλιψης (EPDS), την συναισθηματική νοημοσύνη (Αντίληψης Συναισθημάτων Εαυτού, Κατανόησης των Συναισθημάτων των άλλων, Χρήσης των Συναισθημάτων, Ρύθμισης των Συναισθημάτων), την αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες, την αξιολόγηση εμπειρίας προηγούμενου τοκετού, την αξιολόγηση της δυσκολίας του τοκετού που επίκειται, την αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, την παρακολούθησή σειράς μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα ή για την οικογενειακή ζωή (ναι / όχι), την αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαίες, την αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, το αίσθημα ασφάλειας εντός του νοσοκομείου, τον βαθμό ικανοποίησης από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες, την αξιολόγηση των υπόλοιπων υπηρεσιών του νοσοκομείου, την αξιολόγηση του συντονισμού της ομάδας ιατρών και μαιών και την ηλικία των γυναικών. Για την εύρεση του βέλτιστου μοντέλου χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος backward. Το τελικό μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό, $F(12, 224) = 23.839$, $p = .000$, $R \text{ square} = .561$. Το μοντέλο είχε πρόβλημα αυτοσυσχέτισης, Durbin Watson = .400 (αποδεκτές τιμές 1 – 3) αλλά όχι πρόβλημα πολυγραμμικότητας, $VIF < 10$. Επιπλέον, οι υποθέσεις της κανονικότητας (Γράφημα 1) και της ομοδοσκεδαστικότητας (Γράφημα 2) ικανοποιούνταν σε σημαντικό βαθμό. Στατιστικά σημαντικές μεταβλητές πρόβλεψης της αξιολόγησης της συνεργασίας με τις μαίες είναι οι ακόλουθες μεταβλητές: Κλίμακα κατάθλιψης (EPDS) ($b = ,040$, $p < ,01$), Κατανόησης των Συναισθημάτων των Άλλων ($b = .497$, $p < ,01$), Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου ($b = .076$, $p < ,01$), Αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου ($b = .228$, $p < ,01$), Αίσθημα ασφάλειας εντός του νοσοκομείου ($b = .148$, $p < ,01$), ηλικία ($b = ,030$, $p < ,01$), Αντίληψης Συναισθημάτων Εαυτού ($b = -.218$, $p < ,01$), Χρήσης των Συναισθημάτων ($b = -.170$, $p < ,05$), Ρύθμισης των Συναισθημάτων ($b = -.193$, $p < .01$), Αξιολόγηση εμπειρίας προηγούμενου τοκετού ($b = -.070$, $p < .01$), Αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαίες ($b = -.326$, $p < .01$) & Αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου ($b = -.168$, $p < .01$). Τα παραπάνω σημαίνουν ότι όταν αυξάνεται είτε το επίπεδο κατάθλιψης ή η κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων

ή οι υπηρεσίες του νοσοκομείου ή οι ιατρικές υπηρεσίες του νοσοκομείου ή το αίσθημα ασφάλειας του νοσοκομείου ή η ηλικία τότε αυξάνεται και το επίπεδο αξιολόγησης της συνεργασίας με τις μαίες. Η ηλικία και η κατάθλιψη έχουν πολύ μικρή επίδραση στο επίπεδο συνεργασίας (πιθανόν η κατάθλιψη να έχει θετική επίδραση καθώς οι περισσότερο καταθλιπτικές γυναίκες έχουν ανάγκη την συνεργασία με τις μαίες, αυτό μπορεί να οδηγεί σε μεροληπτική αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες) ενώ η κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων έχει την μεγαλύτερη επίδραση στην αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες. Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι όταν είτε αυξάνεται το επίπεδο χρήσης των συναισθημάτων ή η ρύθμιση των συναισθημάτων ή εμπειρία του προηγούμενου τοκετού ή η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρουν προσφέρονται από τις μαίες ή οι διοικητικές υπηρεσίες τότε χειροτερεύει το επίπεδο αξιολόγησης της συνεργασίας με τις μαίες. Την πιο μεγάλη επίδραση την έχει η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαίες. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει ότι οι μαίες αξιολογούνται υψηλά σε τεχνικά θέματα αλλά «χάνουν» στην διαπροσωπική επαφή με τις γυναίκες.



Γράφημα 1. Ιστόγραμμα συχνότητων



Γράφημα 2. Διάγραμμα διασποράς των κανονικοποιημένων καταλοίπων με τις κανονικοποιημένες προβλεπόμενες τιμές

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε βρέθηκε ως προς την ταυτότητα του δείγματος των γυναικών η μέση ηλικία τους να είναι τα 35 έτη κατά μέσο όρο. Ακόμα, τα 8/10 του δείγματος ήταν παντρεμένες ενώ οι υπόλοιπες γυναίκες ήταν είτε ανύπαντρες ή συμβίωναν ή ήταν διαζευγμένες. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο τα 2/3 των γυναικών είχε πτυχίο πανεπιστημίου ή μάστερ και το 1/5 είχε πτυχίο κολλεγίου. Για το επάγγελμα παρατηρήθηκε οι μισές σχεδόν γυναίκες να εργάζονται στον δημόσιο τομέα και το 1/3 στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, οι μισές σχεδόν γυναίκες βρίσκονταν στον πρώτο τους τοκετό και το 1/3 των γυναικών στον δεύτερο.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι περίπου κάθε δύο γυναίκες υπήρχαν 3 τοκετοί με συμπληρωμένους τους 9 μήνες της κύησης ενώ 1 στις 3 γυναίκες είχε ένα πρόωρο τοκετό ή μια αποβολή / άμβλωση. Ενδιαφέρον στοιχείο της έρευνας ήταν ότι τα 2/3 των γυναικών που είχαν γεννήσει ξανά στο παρελθόν είχε γεννήσει με καισαρική τομή. Ακόμα, 8/10 γυναίκες δήλωσε ότι προτιμάει να γεννήσει φυσιολογικά και οι υπόλοιπες με καισαρική τομή. Για τις γυναίκες που προτιμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά το 1/3 αυτών αναφέρει ότι θέλουν να ζήσουν την εμπειρία της φυσιολογικής γέννας και ένα ακόμα 1/3 ανέφερε ότι είναι ευκολότερη η ανάρρωση. Για τις γυναίκες που προτίμησαν την καισαρική τιμή το ¼ θεώρησε ότι είναι ευκολότερη η ανάρρωση ενώ τα υπόλοιπα 3/4 του δείγματος ανέφεραν διάφορους λόγους, ότι δεν θα ταλαιπωρηθούν, ότι την επιλέγουν λόγω προβλήματος υγείας, ότι αυτή θεωρούν ότι μπορούν, ότι φοβούνται την φυσιολογική, για την ασφάλεια και την δυνατότητα προγραμματισμού.

Βρέθηκε ακόμα οι γυναίκες του δείγματος να αξιολογούν την εμπειρία του προηγούμενου τοκετού τους ούτε πολύ δύσκολη αλλά ούτε και πολύ εύκολη. Επίσης, οι γυναίκες του δείγματος αξιολόγησαν την εμπειρία του τοκετού που επίκειται ως ούτε πολύ δύσκολη αλλά ούτε και πολύ εύκολη. Επιπλέον, οι γυναίκες του δείγματος αξιολόγησαν την ποιότητα υπηρεσιών του νοσοκομείου σε αρκετά καλό βαθμό. Μάλιστα, παρατηρήθηκε οι γυναίκες του δείγματος να αξιολογούν σε αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο τις ιατρικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις υπηρεσίες που προσέφεραν οι μαίες του νοσοκομείου τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου και του αισθήματος ασφάλειας μέσα στο νοσοκομείο. Τα προβλήματα με την επικοινωνία και τη συνεργασία με τις μαίες απειλούν την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας που παρέχεται σε μητέρες και βρέφη. Οι προσπάθειες διατήρησης και βελτίωσης της

ποιότητας της επικοινωνίας και της συνεργασίας στη μαιευτική φροντίδα πρέπει να ξεκινήσουν με τη διερεύνηση των σχετικών παραγόντων. Πλέον είναι βασική η προϋπόθεση ότι μπορούμε να βελτιώσουμε τις πρακτικές μας εντοπίζοντας και εξαλείφοντας τις αιτίες των σφαλμάτων, αντί να εξετάζουμε και να μαθαίνουμε από αυτό που πηγαίνει καλά. Αν και μπορούμε να μάθουμε από τις αποτυχίες, είναι εξίσου σημαντικό να εντοπίσουμε και να αξιοποιήσουμε τις υπάρχουσες, συνεργατικές ικανότητες στην μαιευτικής φροντίδας. Αυτή η προσέγγιση δίνει προσοχή στις καθημερινές, σιωπηρές ρουτίνες φροντίδας, στις αόρατες αλλά απαραίτητες πτυχές που προάγουν την ποιότητα. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό αυτής της προσέγγισης είναι ότι απαιτεί να ληφθεί υπόψη ότι στη μαιευτική φροντίδα, τα διαφορετικά μέρη παρέχουν τις δικές τους εκδοχές για το τι συνιστά καλύτερη φροντίδα (De Vries et al., 2011).

Οι γυναίκες του δείγματος βρέθηκε είναι αρκετά ικανοποιημένες από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες και να αξιολογούν αρκετά καλά το νοσοκομείο ως προς τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του. Επιπλέον, τα 2/3 των γυναικών ανέφεραν ότι λειτουργούν ως συντονισμένη ομάδα οι ιατροί και οι μαίες ενώ το 1/4 του δείγματος είχε ουδέτερη άποψη. Τα ερευνητικά δεδομένα που υπάρχουν επιβεβαιώνουν και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Η αφηγηματική επισκόπηση των Downe et al. (2010) περιέγραψε εργαλεία σχεδιασμένα για τη μέτρηση της συνεργασίας και της ομαδικής εργασίας στο γενικό πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Προσδιόρισαν στοιχεία όπως τα σαφή όρια, κοινές ευθύνες, συνοχή, αλληλεξάρτηση, διαφάνεια, εμπιστοσύνη και επίλυση συγκρούσεων και παράγοντες επιρροής όπως η υποστηρικτική οργανωτική δομή και πόροι, ιστορικό συνεργασίας και θετική στάση. Οι Avery et al. (2012) διεξήγαγαν μια ποιοτική ανάλυση και εντόπισαν πέντε βασικά θέματα για επιτυχημένα και βιώσιμα μοντέλα πρακτικής των μαιών: ώθηση για συνεργασία, θεμέλια συλλογικής φροντίδας, δέσμευση για συνεργασία, ενσωμάτωση φροντίδας και διεπαγγελματική εκπαίδευση. Στην ανασκόπηση τους για την ιστορία της συνεργασίας στη φροντίδα μητρότητας οι King et al. (2012) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι στο μέλλον, οι διεπιστημονικές ομάδες θα πρέπει να παρέχουν απρόσκοπτη πρόσβαση σε ασθενείς των οποίων η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να αλλάξει κατά τη διάρκεια της τεκνοποίησης. Σύμφωνα με αυτά, η επιτυχία των διεπιστημονικών ομάδων εξαρτάται από την επαγγελματική ικανότητα, τον διεπαγγελματικό σεβασμό και τον κοινό προσανατολισμό προς τον ασθενή.

Σχετικά με τους παράγοντες που οι γυναίκες θεωρούν σημαντικούς στην φροντίδα που παρέχεται από το νοσοκομείο σχεδόν οι μισές ανέφεραν την ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό, το ενδιαφέρον του προσωπικού, την επικοινωνία με το προσωπικό, την ενημέρωση από το προσωπικό, τον σεβασμό από το προσωπικό και την ευγένεια του προσωπικού ενώ το υπόλοιπο μισό δείγμα ανέφερε σχεδόν στο ίδιο επίπεδο ποσοστιαία καθένα από τους προαναφερθέντες παράγοντες. Για τους λόγους επιλογής του νοσοκομείου οι μισές γυναίκες ανέφεραν ότι το επιλέξανε λόγω του ιατρού τους και το ¼ λόγω του ότι έχει καλές μαίες.

Παρατηρήθηκε ακόμα τα 2/3 των γυναικών του δείγματος να προτιμάει να πραγματοποιήσει τον τοκετό σε μαιευτήριο με κάποιες μέρες νοσηλείας μετά τον τοκετό και το ¼ σε μαιευτήριο ως εξωτερική ασθενής (εξιτήριο σε 24 ώρες μετά τον τοκετό). Επιπλέον, τα 2/3 του δείγματος των γυναικών δεν είχε παρακολουθήσει κάποια σειρά μαθημάτων προετοιμασίας για τη γέννα ή για την οικογενειακή ζωή, εκτός από τα προγραμματισμένα ραντεβού με το μαιευτήρα γυναικολόγο σε αντίθεση με το 1/3 του δείγματος που ανέφερε ότι έχει παρακολουθήσει.

Πολύ θετική βρέθηκε να είναι η άποψη των γυναικών για το αν θα σύστηναν το νοσοκομείο σε άλλο πρόσωπο.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε το 1/5 του δείγματος των γυναικών να αντιμετωπίζει προβλήματα κατάθλιψης. Παράλληλα, η συναισθηματική νοημοσύνη των γυναικών βρέθηκε ότι είναι ελαφρώς άνω του μετρίου ως προς τις διαστάσεις της αντίληψης συναισθημάτων του εαυτού, της κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων, της χρήσης των συναισθημάτων και της ρύθμισης των συναισθημάτων. Όσον αφορά την αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες αυτή βρέθηκε να είναι σχεδόν επαρκής.

Από την ανάλυση συσχέτισης βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας αξιολόγησης της συνεργασίας με τις μαίες με την αξιολόγηση της εμπειρίας προηγούμενου τοκετού, την αξιολόγηση της δυσκολίας του τοκετού που επίκειται, την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαίες και την ικανοποίηση από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες. Αυτά σημαίνουν ότι όταν βελτιώνεται είτε η αξιολόγηση της εμπειρίας του προηγούμενου τοκετού ή η αξιολόγηση της δυσκολίας του τοκετού που επίκειται ή η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαίες ή η ικανοποίηση από την ποιότητα συνεργασίας με τις μαίες τότε βελτιώνεται και η συνεργασία με τις μαίες. Από την άλλη η κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στο επίπεδο συνεργασίας με τις μαίες. Οι παραπάνω συσχετίσεις όπως θα δούμε παρακάτω και σε επίπεδο πολυμεταβλητής ανάλυσης.

Πιο συγκεκριμένα από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση βρέθηκε οι μεταβλητές της κατάθλιψης, της κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων, η αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, η αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, το αίσθημα ασφάλειας εντός του νοσοκομείου και η ηλικία των γυναικών να επιδρούν αρνητικά στην αξιολόγηση της συνεργασίας των γυναικών με τις μαίες. Αυτό σημαίνει όταν αυξάνει είτε το επίπεδο κατάθλιψης ή το επίπεδο κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων ή αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου ή αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών του νοσοκομείου ή το αίσθημα ασφάλειας εντός του νοσοκομείου ή ηλικία των γυναικών τότε το επίπεδο συνεργασίας με τις μαίες αξιολογείται χειρότερα. Πιθανόν οι πιο ώριμες γυναίκες μαζί με την καλύτερη αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών του νοσοκομείου να αυξάνουν τις απαιτήσεις απέναντι στα προσδοκώμενα οφέλη από την συνεργασία τους με τις μαίες. Ανάλογη επίδραση έχει και η βελτίωση της κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων, πιθανόν αυτό οφείλεται στο ότι αντιλαμβάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό αρνητικά συναισθήματα που ενδεχομένως αποκρύπτουν οι μαίες προς τις έγκυες γυναίκες / πελάτες τους. Από την άλλη η αντίληψη των συναισθημάτων του εαυτού, η χρήση των συναισθημάτων, η ρύθμιση των συναισθημάτων η αξιολόγηση εμπειρίας του προηγούμενου τοκετού, η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μαίες & η αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου επηρεάζουν θετικά την αξιολόγηση της συνεργασίας με τις μαίες. Μια οποιαδήποτε βελτίωση τις προαναφερθέντες μεταβλητές / παράγοντες οδηγεί σε βελτίωση της συνεργασίας των γυναικών με τις μαίες. Μελέτες συνεργασίας σε άλλους τομείς υγειονομικής περίθαλψης έχουν δείξει ότι η καλή επικοινωνία και η συνεργασία έχουν ένα ευρύ φάσμα χαρακτηριστικών και αξίζουν την προσοχή των ερευνητών (Swinglehurst et al., 2010). Αυτές οι γνώσεις δεν έχουν ακόμη μεταφερθεί στον τομέα της μαιευτικής φροντίδας. Η καλή επικοινωνία και συνεργασία περιλαμβάνει περισσότερα από την απουσία ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών. Η πραγματοποίηση και η διατήρηση της αποτελεσματικής επικοινωνίας και συνεργασίας απαιτεί επίσης τον εντοπισμό και την κατανόηση των στοιχείων των θετικών αλληλεπιδράσεων στον χώρο της μαιευτικής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ενώ η πρακτική της μαιευτικής και η συνέχεια της φροντίδας συνδέονται με καλύτερα αποτελέσματα τοκετού και μεγαλύτερη ικανοποίηση για τις γυναίκες, η παροχή ασφαλούς φροντίδας με σεβασμό, από μία ικανή επαγγελματία που έχει καλές δεξιότητες επικοινωνίας, είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τις γυναίκες κατά τη διαδικασία του τοκετού. Οι γυναίκες θέλουν να μπορούν να εμπιστεύονται τις επαγγελματίες που τις φροντίζουν και να συμμετέχουν σε κάποιο βαθμό στη λήψη αποφάσεων, αλλά πολλές στη συνέχεια θέλουν να «ακολουθήσουν τη ροή» και να επιτρέψουν στις μαιές να τις καθοδηγήσουν στο ταξίδι τους στον τοκετό. Για να επιτευχθεί αυτό η μαιευτική φροντίδα πρέπει να παρέχεται μέσω ενός μοντέλου που να υποστηρίζει τη συνέχεια της φροντίδας.

Η μαιευτική είναι ένα επάγγελμα που βασίζεται στη συνεργασία μεταξύ γυναικών και μαιών με στόχο την προώθηση των αποτελεσμάτων υγείας. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης προσφέρουν σημαντικές γνώσεις αφού η συνεργασία και η επικοινωνία μεταξύ της γυναίκας και της μαιάς επιβεβαιώνεται ως βασικό συστατικό της θετικής εξέλιξης της επαφής τους. Η γνώση που δημιουργήθηκε σε αυτή τη μελέτη θα είναι χρήσιμη στον τομέα της εκπαίδευσης και είναι επίσης απαραίτητη για τη συνεχή επαγγελματική εξέλιξη καθώς τα χαρακτηριστικά του φαινομένου συνδέονται με την ευρύτερη φιλοσοφία της μαιευτικής. Οι ηγέτες και οι κλινικοί διευθυντές μπορούν να επωφεληθούν από τη γνώση της ενσωματωμένης φύσης της φιλοσοφίας της μαιευτικής στην πράξη, καθώς τα ευρήματα επιβεβαιώνουν αυτή τη σημασία και μπορεί να ενημερώσουν τον μελλοντικό σχεδιασμό υπηρεσιών μητρότητας με τρόπο που ενισχύει την ικανότητα των μαιών να συνεργάζονται και να επικοινωνούν με τις γυναίκες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Ελληνόγλωσσες

DiMattero M.R., Martin L.R. (2011). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Πεδίο.

Ευκαρπίδης, Α. (2012). Το φαινόμενο της αύξησης της χρησιμοποίησης εναλλακτικών μορφών θεραπείας διεθνώς. Ανάλυση των αιτιών του φαινομένου και παρουσίαση των διαφορών στην αντιμετώπιση των ασθενειών μεταξύ της παραδοσιακής ορθόδοξης δυτικής ιατρικής και των εναλλακτικών μορφών θεραπείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(4): 77-82.

Λεονάρδου, Α. (2008). *Έλεγχος εγκυρότητας (validation) του ερωτηματολογίου EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) για τον έγκαιρο εντοπισμό (screening) της λοχειακής κατάθλιψης*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής - Ψυχιατρικής και Νευρολογίας. Κλινική Α' Ψυχιατρική ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ Νοσοκομείου.

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2015). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Στυλιανίδης, Κ. (2016). *Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εκληφθείσα ποιότητα και την ικανοποίηση των λεχωϊδών από τη μαία και τον γυναικολόγο κατά την κύηση και τον τοκετό σε δημόσια νοσοκομεία της Κυπριακής Δημοκρατίας*. Διδακτορική Διατριβή. Λεμεσός: Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Φουντούκη, Α., Γκατζέλης, Θ., Πάντας, Δ., Θεοφανίδης, Δ. (2009). Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4): 336-352.

Ξενογλωσσες

- Amelink-Verburg, M., Buitendijk, S. (2010). Pregnancy and labour in the Dutch maternity care system: What is normal? The role division between midwives and obstetricians. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 55(3): 216-225.
- Avery, M. D., Montgomery, O., Brandl-Salutz, E. (2012). Essential components of successful collaborative maternity care models: the ACOG-ACNM project. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 39(3): 423-434.
- Bachmann, C., Barzel, A., Roschlaub, S., Ehrhardt, M., Scherer, M. (2013). Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education?. *Patient education and counseling*, 93(2): 298-305.
- Behruzi, R., Klam, S., Dehertog, M., Jimenez, V., Hatem, M. (2017). Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: A case study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(200): 1-14.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social science & medicine*, 32(11): 1301-1310.
- Bick, D., McCourt, C., Beake, S. (2004). Choice, culture, and evidence-informed practice: Addressing the future of the U.K. maternity services. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3): 162-164.
- Borrelli, S. E. (2014). What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery*, 30(1): 3-10.
- Bowen, R., Taylor, W. (2016). *Skills for midwifery practice e-book*. Elsevier Health Sciences.

- Brocklehurst, P., Puddicombe, D., Hollowell, J., Stewart, M., Linsell, L., Macfarlane, A. J., McCourt, C. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal (BMJ)*, 343: d7400.
- Bryers, H. M., Van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5): 488-496.
- Bulman, K. H., McCourt, C. (2002). Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health*, 12(4): 365-380.
- Carquillat, P., Boulvain, M., Guittier, M. J. (2016). How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences?. *Midwifery*, 43: 21-28.
- Cartwright, S. (1988). *The Cartwright Inquiry 1988*. Retrieved from <https://www.nsu.govt.nz/health-professionals/national-cervical-screeningprogramme/legislation/cervical-screening-inquiry-0>
- Chang-Pecchi, C., Mottl-Santiago, J., Culpepper, L., Heffner, L., McMahan, T., Lee-Parritz, A. (2012). The birth of a collaborative model: Obstetricians, midwives, and family physicians. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 39(3): 323-334.
- Coxon, K., Sandall, J., Fulop, N. J. (2014). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, risk & society*, 16(1): 51-67.
- Davis, P., Lay-Yee, R., Briant, R., Ali, W., Scott, A., Schug, S. (2002). Adverse events in New Zealand public hospitals I: Occurrence and impact. *The New Zealand Medical Journal*, 115(1167): 1-9.

- De Morgan, S., Redman, S., White, K. J., Cakir, B., Boyages, J. (2002). 'Well, have I got cancer or haven't I?' The psycho-social issues for women diagnosed with ductal carcinoma in situ. *Health Expectations*, 5(4): 310-318.
- De Vries, R. G., Nieuwenhuijze, M., van Crimpen, R. (2011). The necessity and challenge of international midwifery science. *International Journal of Childbirth*, 1(1): 61.
- Di Giulio, P., Arnfield, A., English, M. W., Fitzgerald, E., Kelly, D., Jankovic, M., Gibson, F. (2013). Collaboration between doctors and nurses in children's cancer care: Insights from a European project. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6): 745-749.
- Dillon, P. J. (2012). Assessing the influence of patient participation in primary care medical interviews on recall of treatment recommendations. *Health communication*, 27(1): 58-65.
- Dimitriadou, A., Lavdaniti, M., Theofanidis, D., Psychogiou, M., Minasidou, E., Konstadinidou-Straukou, A., Sapountzi-Krepia, D. (2008). Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in Northern Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 1(3): 140-146.
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R., (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6(1): 35.
- Donley, J. (1998). *Birthrites: Natural vs unnatural childbirth in New Zealand*. Christchurch, New Zealand: The Full Court Press.
- Downe, S., Finlayson K., Fleming A. (2010). Creating a collaborative culture in maternity care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(3): 250-254.

- El Sayed, K. A., Sleem, W. F. (2011). Nurse–physician collaboration: a comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, 8(2): 140-146.
- Fealy, G., Munroe, D., Riordan, F., Croke, E., Conroy, C., McNamara, M., Shannon, M. (2016). Clinical handover practices in maternity services in Ireland: A qualitative descriptive study. *Midwifery*, 39: 20-26.
- Finlay, S., Sandall, J. (2009). "Someone's rooting for you": continuity, advocacy and street-level bureaucracy in UK maternal healthcare. *Soc Sci Med*, 69(8): 1228-1235.
- Freeman, G., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J., Haggerty, J., Tarrant, C. (2007). *Continuity of care: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?*. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).
- Furber, C., Thomson A. (2010). The power of language: A secondary analysis of a qualitative study exploring English midwives' support of mother's baby-feeding practice. *Midwifery*, 26(2): 232-240.
- Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse*, 34(2): 140-148.
- George, D., Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gorman, A. (2016). *California lawmakers consider allowing nurse-midwives to practice without physician supervision*. State of Health. Retrieved from <https://www.kqed.org/stateofhealth/222385/california-nurse-midwives-may-soon-beallowed-to-practice-without-physician-supervision>

- Gray, M., Kitson-Reynolds, E., Cummins, A. (2019). *Starting Life as a Midwife. An International Review of Transition from Student to Practitioner*. Cham, Switzerland: Springer.
- Grigg, C. P., Tracy, S. K. (2013). New Zealand's unique maternity system. *Women and Birth*, 26(1): e59-e64.
- Guilliland, K., Pairman, S. (2010). *The midwifery partnership. A model for practice*. (2nd ed.). Christchurch, New Zealand: The New Zealand College of Midwives.
- Hagerty, B. M., Lynch-Sauer, J., Patusky, K. L., Bouwsema, M. (1993). An emerging theory of human relatedness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4): 291-296.
- Hammond, A., Homer, C. S., Foureur, M. (2017). Friendliness, functionality and freedom: Design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. *Midwifery*, 50: 133-138.
- Hartz, D. L., Foureur, M., Tracy, S. K. (2012). Australian caseload midwifery: The exception or the rule. *Women and Birth*. 25(1): 39-46.
- Haskard Zolnierok, K. B. H., DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8): 826.
- Heaton, J.C.A., Parker, G. (2012). Continuity of care': a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. *International Journal of Integrated Care*, 12(2).
- Hertig, S. G., Cavalli, S., Burton-Jeangros, C., Elger, B. S. (2014). 'Doctor, what would you do in my position?' Health professionals and the decision-making process in pregnancy monitoring. *Journal of medical ethics*, 40(5): 310-314.
- Hicks, C. (1992). Research in midwifery: Are midwives their own worst enemies? *Midwifery*, 8(1): 12-18.

- Hindley, C., Thomson, A. (2007). Intrapartum fetal monitoring and the spectre of litigation. *Clinical Governance*, 12(4): 233-243.
- Hinkle, D.E., Wiersma, W., Jurs, S.G. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. Boston: Houghton Mifflin.
- Hollowell, J., Oakley, L., Kurinczuk, J.J., Brocklehurst, P., Gray, R., (2011). The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11(1):1.
- Humphrey, C., Ehrich, K., Kelly, B., Guest, D., Morgan, M., Redfern, S., Sandall, J., (2002). *Policies affecting human resource management in the NHS and their implications for continuity of care*. London: NCCSDO.
- Jabbal, J. (2017). *Embedding a culture of quality improvement*. London: King's Fund.
- Kelly, C., Alderdice, F., Lohan, M., Spence, D. (2013). Every pregnant woman needs a midwife' – the experiences of HIV affected women in maternity care. *Midwifery*, 29: 132-138.
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC medical education*, 14(1): 1.
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S., ... Renfrew, M. J. (2018). Asking different questions: a call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*, 45(3): 222-231.
- King, T. L., Laros, R. K., Parer, J. T. (2012). Interprofessional collaborative practice in obstetrics and midwifery. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 39(3): 411-422.
- Kirkham, M. (2010). *Sustained by joy: The potential of flow experience for midwives and mothers*. In *Sustainability, midwifery and birth* (pp. 105-118). Routledge.

- Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press.
- Krogstad, U., Hofoss, D. A. G., Hjortdahl, P. E. R. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6): 491-497.
- Kuruvilla, S., Bustreo, F., Kuo, T., Mishra, C. K., Taylor, K., Fogstad, H., ... Costello, A. (2016). The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5): 398.
- Lane, K. (2012). When is collaboration not collaboration? When it's militarized. *Women and Birth*, 25: 29-38.
- Larkin, P., Begley, C. M., Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2): e49-e59.
- Levinson, W., Hudak, P., Tricco, A. C. (2013). A systematic review of surgeon–patient communication: Strengths and opportunities for improvement. *Patient education and counseling*, 93(1): 3-17.
- Lokugamage, A., Pathberiya, S. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: A review. *Reproductive Health*, 14: 1-8.
- Lundgren, I., Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife–woman relationship. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(2): 220-228.
- Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. R., Roth, C. (2014). Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England–1: methods and women's overall ratings of care. *Midwifery*, 30(9): 998-1008.

- Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. R. (2014). Survey of women' s experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: 2. Specific aspects of care. *Midwifery*, 30(9): 1009-1020.
- MacFarlane, A. J., Blondel, B., Mohangoo, A. D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., ... Euro-Peristat Scientific Committee. (2016). Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4): 559-568.
- Maimburg, R. D., Væth, M., Dahlen, H. (2016). Women's experience of childbirth—A five year follow-up of the randomised controlled trial “Ready for Child Trial”. *Women and Birth*, 29(5): 450-454.
- Martin, J. S., Ummenhofer, W., Manser, T., Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss medical weekly*, 140(3536): w13062-w13062.
- Matthias, M. (2010). The impact of uncertainty on decision making in prenatal consultations: Obstetricians' and midwives' perspectives. *Health Communication*, 25(3): 199-211.
- McCourt, C., Pearce, A., (2000). Does continuity of carer matter to women from minority ethnic groups?. *Midwifery*, 16(2): 145-54.
- McCourt, C., Stevens, T., Sandall, J. (2006). Working with women: developing continuity of care in practice. In Page, L., McCandlish, R. (Eds.) *The new midwifery: Science and sensitivity in practice* (2nd ed.). Philadelphia, Churchill Livingstone.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S., Sandall, J. (2012). Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: an analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery*, 28(5): 636-645.

- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S., Sandall, J. (2014). An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme-full report. *Health Services and Delivery Research*, 2(7).
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S., Sandall, J. (2016). Place of birth and concepts of wellbeing: an analysis from two ethnographic studies of midwifery units in England. *Anthropology in Action*, 23(3): 17-29.
- McKlinton, D., Barnsteiner, J. (1999). Therapeutic relationships: Evolution of the children's hospital of Philadelphia model. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 24(5): 237-243.
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T., Waldenström, U. (2016). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(3): 465-474.
- Mercer, S. W., Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*, 52(Suppl): S9-12.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., ... Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056): 2176-2192.
- Munro, S., Kornelsen, J., Grzybowski, S. (2013). Models of maternity care in rural environments: Barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery*, 29(6): 646-652.
- Murray-Davis, B., McDonald, H., Rietsma, A., Coubrough, M., Hutton, E. (2014). Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario choice of birthplace survey. *Midwifery*, 30(7): 869-876.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2010). *Pregnancy and Complex Social Factors: A Model for Service Provision for Pregnant Women with Complex Social Factors*. London: NICE.
- New Zealand College of Midwives. (2015). *Midwives handbook for practice*. Christchurch, New Zealand: Author.
- Nystedt, A., Hildingsson, I. (2018). Women's and men's negative experience of child birth—A cross-sectional survey. *Women and Birth*, 31(2): 103-109.
- Olufowote, J. O., Wang, G. E. (2017). Physician assimilation in medical schools: Dualisms of biomedical and biopsychosocial ideologies in the discourse of physician educators. *Health Communication*, 32(6): 676-684.
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7): 903-918.
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M., Sandall, J. (2012). The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social science & medicine*, 74(7): 973-981.
- Parker, G., Corden, A., Heaton, J. (2011). Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health & social care in the community*, 19(6): 576-601.
- Perdion, K., Lesser, R., Hirsch, J., Barger, M., Kelly, T., Moore, T., Lacoursiere, D. (2013). A midwifery-led in-hospital birth center within an academic medical center. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(4): 302-310.
- Psaila, K., Schmied V., Fowler C., Kruske, S. (2015). Interprofessional collaboration at transition of care: Perspectives of child and family health nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1/2): 160-172.

- Qolohle, M. D., Conradie, H. H., Ogunbanjo, G. A., Maletse, N. H. (2006). A qualitative study on the relationship between doctors and nurses offering primary health at KwaNobuhle (Uitenhage). *South African Family Practice*, 48(1): 1.
- Quaschnig, K., Körner, M., Wirtz, M. (2013). Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient education and counseling*, 91(2): 167-175.
- Ratti, J., Ross, S., Stephanson, K., Williamson, T. (2014). Playing nice: Improving the professional climate between physicians and midwives in the Calgary area. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 36(7): 590-597.
- Rayment-Jones, H., Murrells, T., Sandall, J. (2015). An investigation of the relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth outcomes using routine data-a retrospective. Observational study. *Midwifery*, 31(4): 409-417.
- Rayment, J., McCourt, C., Rance, S., Sandall, J. (2015). What makes alongside midwifery-led units work? Lessons from a national research project. *Practising midwife*, 18(6).
- Rees, C. (2011). *An introduction to research for midwives*. Elsevier Health Sciences.
- Reiger, K., (2011). “Knights” or “knaves”? Public policy, professional power, and reforming maternity services. *Health Care for Women International*, 32(1): 2-22.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., ... Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948): 1129-1145.

- Riess, H., Kraft-Todd, G. (2014). EMPATHY: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*, 89(8): 1108-1112.
- Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M., Byrom, S. (2017). The Midwifery Unit Network: creating a community of practice to enhance maternity services. *The Practising Midwife*, 20(6): 24-27.
- Romijn, A., Teunissen, P., de Bruijne, M., Wagner, C., de Groot, C. (2018). Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: Are perceptions aligned? *British Medical Journal: Quality & Safety*, 27: 279-286.
- Ross, S., Naylor, C. (2017). *Quality improvement in mental health*. London: King's Fund.
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Jama*, 277(4): 350-356.
- Russell, K. (2018). Factors that support change in the delivery of midwifery led care in hospital settings. A review of current literature. *Women and Birth*, 31(2): e134-e141.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2015) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 9*. Art. No.: CD004667.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., ... Homer, C. S. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62: 240-255.

- Schmied, V., Homer, C., Fowler, C., Psaila, K., Barclay, L., Wilson, I., ... Kruske, S. (2015). Implementing a national approach to universal child and family health services in Australia: Professionals' views of the challenges and opportunities. *Health & Social Care in the Community*, 23(2): 159-170.
- Shaw, B., Hamilton, S., McCulloch, M. (2013). Collaborative working within community maternity services – Is this the chink in the armour? *British Journal of Midwifery*, 21(4): 285-291.
- Silverton, L. (2017). Mind your language. *British Journal of Midwifery*, 25(10).
- Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S., Chochinov, H. M. (2016). Compassion in health care: an empirical model. *Journal of pain and symptom management*, 51(2): 193-203.
- Sjödin, M., Rådestad, I., Zwedberg, S. (2018). A qualitative study showing women's participation and empowerment in instrumental vaginal births. *Women and Birth*, 31(3): e185-e189.
- Skinner, J., Foureur, M. (2010). Consultation, referral, and collaboration between midwives and obstetricians: Lessons from New Zealand. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55(1): 28-37.
- Spiers, J. A., Wood, A. (2010). Building a therapeutic alliance in brief therapy: The experience of community health nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(6): 373-386.
- Spranzi, F. (2014). Clinical handover on the labour ward: A narrative synthesis of the literature. *British Journal of Midwifery*, 22(10): 738-745.
- Squier, R. W. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social science & medicine*, 30(3): 325-339.

- Stepien, K. A., Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. *Journal of general internal medicine*, 21(5): 524-530.
- Stevens, J., Witmer, T., Grant, R., Cammarano, D. (2012). Description of a successful collaborative birth center practice among midwives and an obstetrician. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 39(3): 347-357.
- Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., De Haes, J. C. J. M. (2015). Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient education and counseling*, 98(10): 1172-1179.
- Swinglehurst, D., Greenhalgh, T., Myall, M., Russell, J. (2010). Ethnographic study of ICT-supported collaborative work routines in general practice. *BMC Health Services Research*, 10: 1-9.
- Vaughan, D. (1999). The Dark Side of Organizations: Mistake, Misconduct, and Disaster. *Annual Review of Sociology*, 25: 271-305.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1): 17-27.
- Walsh, D., Newburn, M. (2002). Towards a social model of childbirth: part one. *British Journal of Midwifery*, 10(8); 476-481.
- Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C. P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., ... Byers, S. (2018). Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery*, 56: 9-16.
- Warmelink, J., Wiegers, T., de Cock T., Klomp, T., Hutton, E. (2017). Collaboration of midwives in primary care midwifery practices with other maternity care providers. *Midwifery*, 55: 45-52.
- Watson, B. M., Heatley, M. L., Gallois, C., Kruske, S. (2016). The importance of effective communication in interprofessional practice: Perspectives of maternity clinicians. *Health communication*, 31(4): 400-407.

- White Ribbon Alliance (2012). *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women*. Washington DC: White Ribbon Alliance.
- Whitney, S. N., McGuire, A. L., McCullough, L. B. (2004). A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Annals of Internal Medicine*, 140(1): 54-59.
- World Health Organization (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. WHO Report. World Health Organization.
- World Health Organization (2016). *The global strategic directions for strengthening nursing and midwifery*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wouda, J. C., van de Wiel, H. B. (2013). Education in patient–physician communication: how to improve effectiveness?. *Patient Education and Counseling*, 90(1): 46-53.
- Yang, Y., Attanasio, L., Kozhimannil, K. (2016). State scope of practice laws, nurse-midwifery workforce, and childbirth procedures and outcomes. *Women's Health Issues*, 26(3): 262-267.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

1. Ηλικία:.....(χρόνια)

2. Οικογενειακή κατάσταση:

- Ανύπαντρη
- Παντρεμένη
- Διαζευγμένη
- Χήρα
- Συμβίωση

3. Εκπαίδευση:

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Κολλέγιο
- Πανεπιστήμιο
- Μάστερ
- Διδακτορικό

4. Επάγγελμα:

- Δημόσια υπάλληλος
- Ιδιωτική υπάλληλος
- Άνεργη
- Φοιτήτρια
- Εργάτρια
- Οικιακά
- Άλλο:.....

5. Ποιος τοκετός είναι αυτός;

- 1ος
- 2ος
- 3ος
- 4ος
- 5^{ος}

6. Αριθμός τοκετών (εάν είχατε):

1 Πόσους τοκετούς είχατε με συμπληρωμένους τους 9 μήνες εγκυμοσύνης (συμπεριλαμβανομένου και του πιο πρόσφατου)(αριθμός)

2 Πόσους πρόωρους τοκετούς είχατε; (αριθμός)

3 Πόσες αποβολές ή αμβλώσεις είχατε; (αριθμός)

7. Ο τελευταίος σας τοκετός ήταν:

- Φυσιολογικός τοκετός
- Καισαρική τομή
- Δεν είχα προηγούμενο τοκετό

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

Με φυσιολογικό τοκετό, γιατί;.....

Με καισαρική τομή, γιατί;

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Εάν είσατε σε κατάσταση εγκυμοσύνης, από 0 (πολύ δύσκολη) έως 10 (πολύ εύκολη) πώς θεωρείτε ότι θα είναι η εμπειρία του τοκετού σας;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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

- Σε μαιευτήριο με κάποιες μέρες νοσηλείας μετά τον τοκετό
- Σε μαιευτήριο ως εξωτερική ασθενής (εξιτήριο σε 24 ώρες μετά τον τοκετό)
- Στο σπίτι παρουσία μαίας ή γιατρού
- Αλλού, πού;
- Δεν έχω προτίμηση

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

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

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μου:

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

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

15. Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα:

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

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

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

17. Ήμουν αγχωμένη ή στενοχωρημένη χωρίς σοβαρό λόγο:

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

18. Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο:

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

19. Πνιγόμεν από τις καταστάσεις:

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

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

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

21. Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη:

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

22. Ήμουν τόσο λυπημένη που έκλαιγα:

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

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

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

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

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

38	Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο	1	2	3	4	5	6	7
39	Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου	1	2	3	4	5	6	7

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

Ναι

Όχι

Δεν θυμάμαι

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

42. Από 0 (πολύ δυσαρεστημένη) έως 10 (πολύ ικανοποιημένη) πώς αξιολογείτε τις υπηρεσίες που σας προσέφεραν/προσφέρουν οι μαίες;

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

44. Από 0 (καθόλου) έως 10 (τέλεια) πόσο ασφαλής αισθανθήκατε/αισθάνεστε μέσα στο νοσοκομείο;

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

Όλα

Η ενημέρωση από το προσωπικό

Ο σεβασμός από το προσωπικό

Το ενδιαφέρον του προσωπικού

Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό

Οι ανέσεις του Τμήματος (δωμάτιο, καθαριότητα)

Το φαγητό

Η ευγένεια του προσωπικού

Η επικοινωνία με το προσωπικό

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

- Γιατί έχω τον γιατρό μου
- Για την φήμη του ότι προσφέρει ποιότητα
- Γιατί έχει καλούς γιατρούς
- Γιατί έχει καλές μαιέες
- Μετά από σύσταση γνωστού μου
- Γιατί έχω ξανάρθει
- Γιατί είναι κοντά στο σπίτι μου
- Γιατί είναι δημόσιο

Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν στην συνεργασία με τη ΜΑΙΑ. Αξιολογήστε, βάσει των εμπειριών σας, πόσο καλά αντιμετωπίστηκαν/αντιμετωπίζονται τα παρακάτω θέματα.

Απόλυτα επαρκώς=1, Σχεδόν επαρκώς=2, Σχεδόν ανεπαρκώς=3, Απόλυτα ανεπαρκώς=4, Δε θυμάμαι=5

47	Μπόρεσα/μπορώ να σχεδιάσω τη γέννα μου μαζί με τη μαιά	1	2	3	4	5
48	Μου επέτρεπε/επιτρέπει να ενεργώ αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της γέννας					
49	Σε περιπτώσεις που αφορούσαν/αφορούν επιλογή, οι πιθανές εναλλακτικές και οι επιπτώσεις τους συζητήθηκαν/συζητούνται					
50	Μου εξήγησε γιατί χρειάζονταν/θα χρειαστούν στη γέννα μου κάποιες συσκευές και εργαλεία					
51	Μου επέτρεπε/επιτρέπει να ενεργώ κατά τη γέννα/εγκυμοσύνη μου βάσει των δικών μου αισθήσεων					
52	Με πληροφορούσε/πληροφορεί για την πορεία της γέννας/εγκυμοσύνης					

53	Αισθάνθηκα ότι μπορούσα/μπορώ να συμμετέχω στις αποφάσεις που λαμβάνονταν σχετικά με τη γέννα					
54	Υποστήριζε/ υποστηρίζει την αυτοπεποίθησή μου ως γυναίκα					
55	Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές στάσεις που μπορούσα να πάρω κατά τη διάρκεια της γέννας					
56	Μπορούσα/μπορώ να εκφράσω ελεύθερα τα δικά μου συναισθήματα για τη γέννα					
57	Οι οδηγίες που έλαβα/λαμβάνω ήταν σύμφωνες με τις προσδοκίες μου					
58	Σεβάστηκε το σώμα μου κατά τις εξετάσεις και τις διαδικασίες στις οποίες υποβλήθηκα					
59	Με ενημέρωσε για τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο (π.χ. κίνηση, αναπνοές, κλπ)					
60	Μπορούσα να συζητήσω και να εκφράσω τη γνώμη μου σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή					

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

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

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

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Ουδέτερη	Δεν ξέρω
6	5	4	3	2	1



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2022.01.235
Αρ. Τηλ.: 22809038/039, 22819101/122
Αρ. Φαξ: 22353878



ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

10 Νοεμβρίου, 2022

Δρ Ερμιόνη Παλάσκα
Επίκουρη καθηγήτρια
Τμήμα Μαιευτικής
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Αθήνα

Μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου

Κύριο Κυριάκο Αθάνατο
Αγίου Χαράλάμπους 4
Τραχόνι
Λεμεσός

Αγαπητοί Δρ Παλάσκα και κύριε Αθάνατε,

Αίτηση γνωμοδότησης για την πρόταση με τίτλο:
«Διερεύνηση επίδρασης παραγόντων της αποτελεσματικής επικοινωνίας
και συνεργασίας των εγκύων και λεγωίδων με το μαιευτικό προσωπικό»

Αναφορικά με την αίτηση σας ημερομηνίας 31 Οκτωβρίου 2022 για το πιο πάνω θέμα, επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από τη μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) **γνωμοδοτεί θετικά υπέρ της διεξαγωγής της εν λόγω έρευνας.**

2. Η Επιτροπή επιθυμεί να τονίσει ότι παραμένει ευθύνη δική σας η διεξαγωγή της έρευνας με τρόπο που να τηρούνται οι πρόνοιες του νέου Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (2016/679) και του περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος του 2018 (Ν. 125(Ι)/2018), ως αυτός εκάστοτε τροποποιείται.

3. Σας ενημερώνουμε ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση πληθυσμό μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση πληθυσμό.

4. Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της έρευνας, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώνει την ΕΕΒΚ για κάθε τροποποίηση των αρχικά κατατεθειμένων εγγράφων (πρωτόκολλο ή άλλα ερευνητικά έγγραφα) και θα υποβάλλει τις απαιτούμενες έντυπες τροποποιήσεις στην Επιτροπή.

.../2

Λαέρτου 22, 2365 Άγιος Δομέτιος, Λευκωσία
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: cnbc@bioethics.gov.cy, **ιστοσελίδα:** www.bioethics.gov.cy

5. Σε περίπτωση διακοπής της έρευνας, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει γραπτώς την Επιτροπή κάνοντας αναφορά και στους λόγους διακοπής της έρευνας.

6. Ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει την Επιτροπή σε περίπτωση αδυναμίας να συνεχίσει ως συντονιστής και θα υποβάλει τα στοιχεία επικοινωνίας του αντικαταστάτη του.

7. Με το πέρας της ερευνητικής πρότασης, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει εγγράφως την Επιτροπή ότι το υπό αναφορά ερευνητικό πρωτόκολλο ολοκληρώθηκε.

8. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση,



Καθ. Κωνσταντίνος Ν. Φελλάς
Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου