



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**<< Πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στα
μαιευτικά/γυναικολογικά τμήματα(μαίες-μαιευτές) την έννοια της
φροντίδας στην περιφέρεια Θεσσαλίας>>**

ΜΠΑΝΟΥ ΑΣΗΜΟΥΛΑ

Μαία ,Πτυχιούχος Νοσηλευτικής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ :

Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας. Επιβλέπων Καθηγητής

Μαίρη Γκούβα, Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής.

Αικατερίνη Λυκερίδου ,Καθηγήτρια Μαιευτικής ΤΕΙ Αθηνών. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής.

ΛΑΡΙΣΑ 2014



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**<<How do employees perceive the obstetric / gynaecology departments (midwives-
midwives) the concept of care in the region of Thessaly. >>**

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη.....	6
Abstract.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
2.1 Η σημαντικότητα της φροντίδας.....	9
2.2 Έννοια και διαστάσεις της φροντίδας- Η έννοια της φροντίδας.....	9
2.3 Η χρησιμότητα της εμπειρίας στην φροντίδα υγείας.....	11
2.4 Η Φροντίδα ως «ηθική εμπειρία».....	12
2.5 Η συνεισφορά της κριτικής φροντίδας.....	12
2.6 Πνευματικότητα-θρησκευτικότητα στη φροντίδα :μία παραμελημένη διάσταση.....	14
2.7 Ανακουφιστική Φροντίδα <<ΓΑΛΙΛΑΙΑ>> (Ιερά Μητρόπολη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής) 2012	16
2.8 Ανακουφιστική Φροντίδα.....	17
3. Τεχνικές Επικοινωνίας στην Θεραπευτική Σχέση	
3.1 Βασικές Έννοιες.....	18
3.2 Χαρακτηριστικά Θεραπευτικής Σχέσης.....	19
3.3 Ποιότητα ,προσδοκίες και ικανοποίηση ασθενών(από την παρεχόμενη φροντίδα).....	20
3.4 Η ασφάλεια των ασθενών(κατά την παρεχόμενη φροντίδα).....	22
3.5 Ικανοποίηση Φροντιστών Υγείας-Νοσηλευτών(από την παρεχόμενη φροντίδα).....	23
3.6 Παράγοντες κινδύνου και ασφάλειας στο χώρο εργασίας των Νοσηλευτών(από την παρεχόμενη φροντίδα).....	24
3.7 Οικονομική κρίση και φροντίδα υγείας.....	25
3.8 Εθελοντισμός – Αλτρουϊσμός: Ανιδιοτελής Φροντίδα από άνθρωπο σε άνθρωπο.	27
4. Μαιευτικά μοντέλα.....	30
4.1 Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών.....	30
4.2 Διεθνής Ορισμός της Μαίας.....	31
4.3 Προγεννητικός έλεγχος και προγεννητική φροντίδα από την Μαία... ..	32

4.4 Η Φιλοσοφία και τα Πιστεύω του Μαιευτικού Μοντέλου (ICM).....	33
4.5 Βασικές αρχές του διεθνούς μοντέλου φροντίδας «μητέρας-μωρού».....	34
4.6 Τα δέκα (10) βήματα του διεθνούς μοντέλου φροντίδας «μητέρας – μωρού».....	37
4.7 Προγεννητική φροντίδα από τη μαία για την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων.	39
4.8 Ο Ρόλος της Μαίας τις πρώτες ημέρες.....	41
4.9 Βασικές γνώσεις και ικανότητες που θα πρέπει να διαθέτει η μαία της στην Π.Φ.Υ.....	42
Ερευνητικά δεδομένα:.....	43
Επαγγελματική Ικανοποίηση εργαζομένων Νοσηλευτών- Μαιών στην Ελλάδα.....	43
Ικανοποίηση γυναικών από την προγεννητική μαιευτική φροντίδα.....	44
Σημαντική θεωρητική προοπτική για την Μαιευτική έρευνα(2014).....	45
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
5.ΣΚΟΠΟΣ.....	46
6.Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος	46
6.1 Ερευνητικά εργαλεία	47
6.2.Στατιστική ανάλυση	48
7. Αποτελέσματα	50
7.1 Περιγραφική Στατιστική.....	50
7.2 Επαγωγική Στατιστική	59
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	65
9. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	68
10.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Καθώς ολοκλήρωσα τον πηγαισμό προς την Ιθάκη, δεν γνωρίζω τι αξίζει περισσότερο η Ιθάκη ή το ταξίδι; Μάλλον το δεύτερο σύμφωνα με την προτροπή της καθηγήτριάς μου Κας Κοτρώτσιου Ευαγγελίας, την οποία εκτιμώ και ευχαριστώ ιδιαίτερα ως Επιβλέπουσα της εργασίας μου, όχι μόνο γιατί μου έδωσε όραμα μέσα από τη φροντίδα όσο και γιατί με την επιστημονική της κατάρτιση υπήρξε αρωγός της όλης μου προσπάθειας .

Ευχαριστώ τα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής :

- Την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου, κα Γκούβα Μ. για την μεταλαμπάδευση της σημαντικής πολύτιμης γνώσης της.
- Την Επιστημονική Συνεργάτη του ΤΕΙ Αθηνών, κα Αικατερίνη Λυκερίδου.
- Ευχαριστώ τους Καθηγητές και Διδάσκοντες στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, τους εργαζόμενους στην Γραμματεία, τις συναδέλφισες που μου βοήθησαν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, καθώς και τους επαγγελματικούς μου συνεργάτες στην ανεύρεση άρθρων.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου που με ενθάρυνε σε όλη αυτή την προσπάθεια με το «Μάνα, μπορείς - προχώρα», κατόρθωσα να ολοκληρώσω τις μεταπτυχιακές μου σπουδές και να φτάσω στο μεσαίο σκαλί της γνώσης.

.....γιατί νιώθω εδώ που έφτασα λίγο δεν είναι, τόσο που έκαμα μεγάλη η δόξα.... σύμφωνα πάντα με τον «Καβάφη».

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Μαία δεν είναι απλή διεκπεραιώτρια του τοκετού, αλλά φροντιστής της γυναίκας σε μια από τις πιο σημαντικές και όμορφες περιόδους της ζωής της και συμβουλάτοράς της σε πολλά θέματα που σχετίζονται με την τεκνοποίηση και τη φροντίδα του νεογνού. Η σχέση που δημιουργείται μεταξύ μαίας και γυναίκας είναι συνήθως δεσμός εκτίμησης, αγάπης και εμπιστοσύνης. **Σκοπός :** Ήταν η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι μαίες –τες που εργάζονται στα Μαιευτικά/Γυναικολογικά τμήματα σε δημόσια νοσοκομεία, σε ιδιωτικά Μαιευτικά/Γυναικολογικά κέντρα και ΠΦΥ αντιλαμβάνονται την έννοια της μαιευτικής φροντίδας. **Μεθοδολογία :** Στην έρευνα συμμετείχαν 135 μαίες που συμπλήρωσαν ισάριθμα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία, τον αλτρουισμό (κλίμακα αλτρουισμού) και τη σπουδαιότητα της φροντίδας (NDI-24-GR). Μελετήθηκαν η συνολική βαθμολογία, καθώς και οι υποκλίμακες κλινικού έργου και αναγκών του ασθενούς. Χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$. **Αποτελέσματα:** Οι μαίες του δείγματος εμφάνισαν υψηλά επίπεδα αλτρουισμού ($28,04\pm 4,59$) και αντίληψης σημαντικότητας της φροντίδας ($46,26\pm 14,53$). Οι βαθμολογίες στην υποκλίμακα κλινικού έργου και αναγκών ασθενούς ήταν αντίστοιχα $30,34\pm 12,07$ και $15,92\pm 4,52$. Ο αλτρουισμός ήταν ανάλογος της σπουδαιότητας που αποδίδεται στη φροντίδα (συσχέτιση σε επίπεδο $p<0,001$). Οι μαίες που είχαν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας εμφάνισαν με στατιστικά σημαντική διαφορά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα φροντίδας. **Συμπέρασμα :** Οι μαίες εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αντίληψης του ρόλου τους και της σπουδαιότητας της φροντίδας που παρέχουν προς τη γυναίκα, τόσο σε επίπεδο αμιγώς κλινικού έργου, όσο και σε επίπεδο πνευματικών αναγκών της γυναίκας. Εμφανίζουν επίσης υψηλά επίπεδα αλτρουισμού, δηλωτικά επίσης του αισθήματος προσφοράς προς τη γυναίκα.

Λέξεις Κλειδιά : φροντίδα υγείας ,προγεννητική - μαιευτική φροντίδα, εμπειρία , ικανοποίηση , ασθενής , αντίληψη , αλτρουισμός,

ABSTRACT

Introduction : The Midwife is not just a simple diekperaiotria of childbirth , but a care –giver in one of the most important and beautiful life periods for a woman and mentors to many issues which are about procreation and care of the newborn . The relationship created between midwife and woman is usually with bond appreciation , love, and trust .**Aim :** was to investigate the way in which midwives them - working in Obstetrics / Gynecology departments in public hospitals, private Obstetrics / Gynecology centers and primary care understand the meaning of midwifery care . **Methods:** Participants were 135 midwives who completed as many self-report questionnaires about their sociodemographic data , altruism (altruism scale) and the importance of caring (NDI-24-GR). We studied the total score and the subscales clinical work and needs of the patient. We used non-parametric methods. The level of statistical significance was set at $p = 0,05$. **Results :** Midwives sample showed high levels of altruism ($28,04 \pm 4,59$) and perceptual significance of care ($46,26 \pm 14,53$). Subscale scores in clinical work and patient needs were respectively $30,34 \pm 12,07$ and $15,92 \pm 4,52$. Altruism was proportional to the importance attributed to the care (correlation at $p < 0,001$). The midwives who had more years of experience showed statistically significant difference highest score in the range of care. **Conclusion :** Midwives have high levels of perception of their role and importance of care provided to the woman , both in purely clinical work , and in terms of spiritual needs of women . They also have high levels of altruism , that manifests the feeling tender towards wife .

Keywords : health care, prenatal - obstetric care, experience, satisfaction, patient perception, altruism.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με ένα αγγλικό λεξικό (on Line etymology Dictionary) το «care» =φροντίδα, προέρχεται από παλιά αγγλική λέξη carian ή cearian που σημαίνει: νιώθω, ανησυχώ, ενδιαφέρομαι, έχω έγνοια για φροντίδα. Από παλιό σαξωνικό λεξικό karon= νοιάζομαι. Στα Ιταλικά – Λατινικά cura= φροντίδα, προσοχή. Στην Ελληνική από το ρήμα φρονέω-ώ και φροντίς που σημαίνουν: ανησυχώ, σκέπτομαι και διανοητική ενέργεια. [1]

Η υγεία και η ευεξία είναι το πολυτιμότερο αγαθό, το μεγαλύτερο δώρο του Θεού στον άνθρωπο, μια από τις υψηλότερες αξίες της ζωής. Αυτό το πολύτιμο αγαθό υπηρετούν όσοι εργάζονται στο χώρο της υγείας παρέχοντας φροντίδα. Από τις επιστήμες υγείας ξεχωριστή θέση κατέχουν η Νοσηλευτική και η Μαιευτική έχοντας ειδική ευθύνη για ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα προς το άτομο, την οικογένεια, την κοινότητα. Ως εφαρμοσμένες επιστήμες συνδέονται άρρηκτα με την έννοια της φροντίδας η οποία παρεχόμενη από άνθρωπο σε άνθρωπο συνυπάρχει με την εμφάνιση του ανθρώπου στη γη, γι αυτό οι δύο έννοιες Νοσηλευτική και φροντίδα δύσκολα διαχωρίζονται μεταξύ τους.

Η φροντίδα που παρέχουν έχει ως στόχο: τον ερχομό στην ζωή νέων μελών, την προαγωγή και διατήρηση της υγείας και της ζωής, πρόληψη της νόσου, νοσηλεία ασθενών, διασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος, ανακούφιση του πόνου, αποκατάσταση, καθώς και συμβολή σε έναν ειρηνικό θάνατο. Η ποιότητά της αποτελεί πρωταρχική υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας, δικαίωμα των ασθενών και επιτάχυνση της προόδου κλινικής και επιστημονικής.

2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Η σημαντικότητα της φροντίδας

Η φροντίδα ως βάση της νοσηλευτικής και της μαιευτικής περιλαμβάνει μια σχέση φροντιστή και φροντιζόμενου, στην οποία ο φροντιστής διατίθεται στις ανάγκες του φροντιζόμενου .

Η σημαντικότητά της έγκειται στην αέναη προσφορά στο ανθρώπινο είδος και την διαίωσή του , έτσι ώστε να συμβάλει στην προστασία του , την ενίσχυση του και τη διατήρηση της ανθρωπότητας.

Η σημαντικότητά της διαφαίνεται επίσης μέσα από το έκδηλο ενδιαφέρον και την ιδιαίτερη προσοχή στις ανάγκες των ασθενών με σεβασμό στην ατομικότητα ,ιδιωτικότητα και ιδιαιτερότητα.

Το κίνητρό της αποσκοπεί στο να βοηθήσει τα άτομα να αναπτυχθούν και να λειτουργήσουν.

Για να παρέχονται όλα τα παραπάνω χρειάζονται ικανοί επαγγελματίες υγείας , ευγενικοί , υποστηρικτικοί ,προσεκτικοί , ευπρόσιτοι για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας.

Επειδή η φροντίδα κυριαρχεί στο μαιευτικό επάγγελμα όταν διδάσκεται σε θεωρητικό επίπεδο δεν συμπίπτει με τις πρακτικές συμπεριφορές φροντίδας, γι αυτό και θα πρέπει να μεταφερθεί απ' το θεωρητικό στο πρακτικό –κλινικό πεδίο για τους εκπαιδευόμενους.[2]

2.2 Έννοια και διαστάσεις της φροντίδας

Η έννοια της φροντίδας

Ως φροντίδα προσδιορίζεται η ενασχόληση με την ακεραιότητα και την ευεξία του ατόμου, το οποίο βρίσκεται σε διαρκή διάδραση με το περιβάλλον. Είναι τέχνη που εκφράζεται μέσα από τις ενέργειες, την γνώση και την εμπειρία των λειτουργών της, με επίκεντρο, την ανακούφιση και την ανθρώπινη επαφή.

Η έννοιά της είναι πολυδιάστατη, βιώνεται σε όλους τους πολιτισμούς, στηρίζεται σε ιδανικά και πανανθρώπινες αξίες: την αγάπη, κατανόηση, πρόληψη, άγγιγμα, ενδιαφέρον και οι εργαζόμενοι στις δομές Υγείας έχοντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων οφείλουν να τις σέβονται για να εξασφαλίζεται υψηλής ποιότητας φροντίδα προς όφελος του φροντιζόμενου ατόμου και της κοινωνίας. [3]

Η φροντίδα βρίσκεται στην καρδιά της νοσηλευτικής επιστήμης και τείνει να γίνει αντικείμενο πολλών ερευνών. Περιγράφεται ως <<ανθρώπινο γνώρισμα>>, <<ηθική υποχρέωση>>, <<θεραπευτική παρέμβαση>> και <<διαπροσωπική αλληλεπίδραση>>. Ταυτίζεται με την νοσηλευτική και συνδέεται απόλυτα με την ύπαρξή της. Η έννοιά της είναι όπως οι περισσότερες σημαντικές ιδέες στην ιστορία της ανθρωπότητας δύσκολο να περιγραφούν και να κατανοηθούν. Η φροντίδα όσο και η αγάπη, η καλοσύνη, η ομορφιά, η πίστη, είναι τόσο αόριστες, που όσοι ασχολούνται αγωνίζονται να συλλάβουν το πραγματικό τους νόημα.[4]

Η φροντίδα έχει δύο μορφές: Την επαγγελματική που παρέχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες φροντίδας με επιστημονικό τρόπο και την καθημερινή φροντίδα που παρέχεται από τον έναν άνθρωπο στον άλλο, εμπειρικά με βάση την αγάπη, το ενδιαφέρον και το νοιάξιμο.

Θεωρητικά και πρακτικά η φροντίδα αποτελεί το βασικό, κυρίαρχο και αναπόσπαστο κομμάτι των επαγγελματιών υγείας.

Η ιδέα της εμπεριέχει την προσωπική και υποκειμενική εμπλοκή με τον ασθενή, που είναι απαραίτητη για την κατάλληλη προσέγγιση και εφαρμογή των αντικειμενικών γνώσεων και δεξιοτήτων. Είναι γενικά αποδεκτό πως το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας των ασθενών ανήκει στους νοσηλευτές που προσφέρουν εκτός των άλλων και φροντίδα σε όλο το εισιτετράωρο.[5]

2.3 Η χρησιμότητα της εμπειρίας στην φροντίδα υγείας

Στην αρχή της σταδιοδρομίας του ο επιστήμονας υγείας προσπαθεί να συγκεντρώσει εμπειρίες, να αναπτύξει ικανότητες και δεξιότητες που θα του εξασφαλίσουν επιτυχημένη παροχή φροντίδας σε ένα πολύπλοκο, τεχνολογικό, εργασιακό περιβάλλον στο οποίο πρέπει να σταθεί για να ανταπεξέλθει.

Η απόκτηση της εμπειρίας και της επαγγελματικής ικανότητας αναπτύσσεται σταδιακά με το χρόνο, εξελίσσεται με αυτοϊκανότητα, ικανότητα αντίληψης και επαγγελματικής αυτοπεποίθησης, που ο νοσηλευτής μέσα από την φροντίδα διαπιστώνει και αξιολογεί τις ανάγκες του νοσηλευόμενου, εφαρμόζει τις ανάλογες νοσηλευτικές πράξεις, προβαίνει σε τεκμηριωμένες αποφάσεις και ευελπιστεί σε ανάλογο θετικό αποτέλεσμα.

Οι Ε.Υ(Επαγγελματίες Υγείας) στα πλαίσια παροχής φροντίδας ασχολούνται με θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών. Η ασφάλεια είναι βασική ανθρώπινη ανάγκη και είναι ευθύνη που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε όλο το εύρος της παρεχόμενης φροντίδας. Η γνώση, ο εντοπισμός, η διόρθωση επισφαλών καταστάσεων στις δομές υγείας αποτελεί ατομική και κοινωνική προτεραιότητα.

Μόνο οι ειδικευμένοι πεπειραμένοι επαγγελματίες με την παρατήρηση αξιολογούν τα ευρήματα και ανάλογα επεμβαίνουν θεραπευτικά.

Με το πέρασμα των χρόνων στην κλινική εμπειρία προστίθενται γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες που αποδίδουν στον κάθε ασθενή όχι μόνο ολιστική αλλά και εστιασμένη φροντίδα που καλύπτει τις ιδιαίτερες και μοναδικές ανάγκες του. [6]

2.4 Η Φροντίδα ως «ηθική εμπειρία»

Όποιος έχει αγαπηθεί ή έχει χτίσει οικογένεια γνωρίζει πως υπάρχουν αξίες που δεν αγοράζονται με χρήματα. Ένας αρχαίος ορισμός της φροντίδας αναφέρει πως η φροντίδα είναι ένα ***ανεξίτηλο μέρος σχέσεων*** μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενών, γονέων και ανατροφής παιδιών. Όλες οι επιστήμες υγείας υπογραμμίζουν την επαγγελματική δέσμευση στην φροντίδα.

Η ηθική απόσταση μεταξύ αξιών και πρακτικών είναι σημαντική. Τα τελευταία χρόνια στα κέντρα επιστημών έχει τεθεί το ερώτημα ***αν η φροντίδα είναι στόχος***. Η οικονομική πολιτική τείνει να αφαιρέσει την φροντίδα ως στόχο στα συστήματα υγείας και να την περιορίσει στα προγράμματα σπουδών τεχνολογικής εκπαίδευσης. Η απάντηση είναι ότι η φροντίδα είναι σημαντική για τους πάσχοντες, για τους στενούς φίλους, την οικογένεια, την βελτίωση του πόνου και την δυστυχία.

Σε όλα τα νοσηλευτικά συνέδρια στην κλινική πράξη, σε συζητήσεις και επιτροπές διαλέγονται ότι υπάρχει ανάγκη για την παροχή της. Ξέρουν οι παρέχοντες φροντίδα ότι το βασικό στη φροντίδα είναι η ***ανθρωπιά, οι ηθικές αξίες, το θεραπευτικό άγγιγμα, η ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και η ήσυχη ικανοποίηση***. [7]

2.5 Η συνεισφορά της κριτικής φροντίδας

Η κριτική φροντίδα είναι απαραίτητη στο χώρο της υγείας, γιατί αποτελεί ισχυρή βάση για την κατανόηση πρακτικών θεμάτων και ικανότητα για ορθή κλινική συλλογιστική, έτσι ώστε να βοηθήσουν οι επαγγελματίες υγείας στην ανάπτυξη πολλαπλών στρατηγικών μάθησης. ***Είναι η πειθαρχημένη επιστημονική θεωρητική γνώση, από διαλέξεις, μετεκπαιδεύσεις, εκπαιδευτικά σεμινάρια, εργασίες και έρευνα.***

Οι υποστηρικτές των νοσηλευτικών θεωριών προτείνουν ότι οι πολύπλοκες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν και διαχειρίζονται οι επαγγελματίες υγείας δεν επιδέχονται παραδοσιακές μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης και ο αντίκτυπος στην φροντίδα των ασθενών μερικές φορές αμφισβητείται.

Στο νοσηλευτικό χώρο είναι η ικανότητα να σκέφτονται για την λήψη κλινικών αποφάσεων με συστηματικό ορθολογικό τρόπο, με διαφάνεια αλλά και γόνιμη αμφισβήτηση για να εξασφαλισθεί η ασφαλής νοσηλευτική φροντίδα και η ποιότητά της.

Η κριτική σκέψη στην νοσηλευτική φροντίδα καθοδηγείται από τις ανάγκες των ασθενών των οικογενειών και των κοινοτήτων. Βασίζεται στις αρχές της Νοσηλευτικής διεργασίας και της επιστημονικής μεθόδου. Καθοδηγείται από επαγγελματικά κριτήρια και δεοντολογικούς κώδικες.

Οι στρατηγικές που απαιτεί μεγιστοποιούν το ανθρώπινο δυναμικό και επανορθώνει προβλήματα που δημιουργούνται από την ανθρώπινη φύση. Συνεχώς επαναξιολογείται, αυτοδιορθώνεται, επαναπροσδιορίζεται και προσπαθεί να βελτιωθεί.

Όμως η επιστημονική – θεωρητική γνώση θα πρέπει να έχει καλή σύνδεση και με την επαγγελματική κλινική εμπειρία.

Ένας σωστός επιστήμονας υγείας πρέπει να κάνει σωστό συνδιασμό γνώσεων και εμπειριών γιατί η ανάγκη είναι μεγαλύτερη από ποτέ σε μια εποχή έκρηξης των πληροφοριών και του αυξανόμενου κόστους της υγειονομικής περίθαλψης.

Αυτή τη στρατηγική χρησιμοποιούν συχνά οι νοσηλευτές στην κλινική πρακτική για να εκπαιδεύσουν και να καθοδηγήσουν το νέο νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι πολύτιμη εμπειρία να συμμετέχουν οι μαθητές σε κρίσιμες δραστηριότητες. [8].

Για την αξιολόγηση της κριτικής φροντίδας, μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε εκατόν ογδόντα δύο (182) φοιτητές της νοσηλευτικής στο τελευταίο έτος σπουδών σε πανεπιστήμιο της Αγγλίας, με σκοπό να αξιολογήσουν τα μαθήματα που παραδίδονταν για την κριτική φροντίδα. Επειδή το σύστημα της Αγγλίας αύξησε τον αριθμό των βαρέων πασχόντων ασθενών, οι νοσηλευτές απαιτείται και πρέπει να έχουν γνώσεις και δεξιότητες για να διαχειρισθούν αυτήν την ευαίσθητη ομάδα.

Απαραίτητες δεξιότητες αναγνωρίστηκαν: Η προτεραιότητα για φροντίδα στους ασθενείς που έχουν αυξημένες ανάγκες, η αποτελεσματική επικοινωνία και εφαρμογή βασικών δεξιοτήτων στην διαχείριση της φροντίδας. Μετά τα μαθήματα το 89,6% των φοιτητών αναφέρουν ότι η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους αυξήθηκε ακολουθώντας το πρόγραμμα για την κριτική φροντίδα. Το 88,2% ένοιωσαν ότι οι γνώσεις και δεξιότητες πάνω στην κριτική φροντίδα βελτιώθηκαν.[9]

2.6 Πνευματικότητα-θρησκευτικότητα στη φροντίδα :μία παραμελημένη διάσταση

Στην ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς απαραίτητη είναι και η πνευματική φροντίδα, σημαντικός παράγοντας επίδρασης στις πνευματικές, βιολογικές, ψυχοσυναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του.

Αυτό εμφανίζεται στους ηλικιωμένους ασθενείς και στους ανθρώπους που βρίσκονται σε κάποια αναπτυξιακά στάδια όπως εφηβεία ή κοντά στον θάνατο.

Απόφθεγμα του 15ου αιώνα αναφέρει πως ο ρόλος ενός θεραπευτή είναι να <<να θεραπεύει ορισμένες φορές>>, <<να ανακουφίζει συχνά (στον πόνο)>>, <<να παρηγορεί πάντοτε (στον θάνατο)>>. Άρα ο πάσχων θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ολότητα.

Προϋπόθεση για την παροχή της είναι η πνευματική αξιολόγηση, διαδικασία που οι Ε.Υ. μπορούν να αναγνωρίσουν τις πνευματικές ανάγκες που αφορούν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Ο Ε.Υ. οφείλει να γνωρίζει ότι ο πόνος και η δυστυχία με την οποία έρχεται καθημερινά αντιμέτωπος στον χώρο εργασίας έχουν τρεις διαστάσεις: την σωματική, ψυχολογική και κοινωνική. Σε αυτές έρχεται να προστεθεί και η πνευματική διάσταση της φροντίδας του πόνου και της δυστυχίας, που δυστυχώς όμως παραλείπουν να αντιμετωπίσουν. Στην ολιστική φροντίδα, η πνευματική τους φύση πρέπει να ληφθεί υπόψιν με τις συναισθηματικές και νοητικές διαστάσεις. Σε αντιμετώπιση ασθένειας τελικού σταδίου ή επικείμενη απώλεια, μπορεί να γίνει κίνητρο για πνευματική προαγωγή.

Κάθε άτομο έχει μια πνευματική διάσταση και περιβάλλεται από πνευματική ενέργεια. Όταν ψάχνει για νόημα και όταν εδραιώνεται μια επικοινωνία με το υπερφυσικό όν, το άτομο μπορεί να βιώσει πνευματικό <<ευ ζείν>> και να αναπτυχθεί ως ανθρώπινη υπόσταση. Ενασχολήσεις της πνευματικότητας, είναι η σκέψη, η επιλογή αξιών, η αναζήτηση για νόημα, η ηθική λογική, οι θρησκευτικές ανησυχίες και το χιούμορ ως έκφραση αγάπης.

Για να ασχοληθούν οι Ε.Υ. με την πνευματική υγεία του ασθενούς χρειάζεται κατάρτιση, η οποία δεν προβλέπεται από το πρόγραμμα σπουδών. Πρέπει να γνωρίζουν ότι πολλοί ασθενείς <<σωματοποιούν>> αυτό που παρουσιάζουν ως σωματικά ενοχλήματα, όταν το πραγματικό τους πρόβλημα, είναι η δυστυχία τους, και θα πρέπει να το επιλύσουν οι παρέχοντες φροντίδα στην διάρκεια μιας νοσηλευτικής διεργασίας.

Οι νοσηλευτές μπορούν να αρχίσουν **να ενσωματώνουν την πνευματικότητα** στην νοσηλευτική πρακτική με τρεις τρόπους:

- Την επιστημονική μελέτη του αντικειμένου, δηλαδή, αξιολόγηση στοιχείων που συνδέουν την πνευματικότητα και την υγεία.
- Αξιολόγηση της πνευματικότητας του ασθενή και διάγνωση του πνευματικού άγχους. Πρέπει να αξιολογηθεί εάν η πνευματικότητα είναι σημαντική σε έναν ασθενή και εάν οι πνευματικοί παράγοντες μπορούν να βοηθήσουν ή να εμποδίσουν την θεραπευτική διαδικασία.
- Με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν τις σκέψεις ενός ασθενή σε σχέση με την πνευματικότητα.

Για την παροχή πνευματικής φροντίδας απαραίτητη είναι η αξιολόγηση της υπάρχουσας πνευματικής υγείας του ασθενή. Ένας ασθενής που έχει πνευματική υγεία:

- Νοηματοδοτεί τα γεγονότα της ζωής του και την ασθένειά του. Έχει ελπίδα, πίστη και απουσία ενοχής. Αγαπάει και συγχωρεί τον εαυτό του και τους άλλους. Συμμετέχει στις εκδηλώσεις της κοινότητας που αφορούν την πίστη, λατρεία, προσευχή και το διαλογισμό.

Επειδή οι λειτουργοί υγείας έχουν πρόσβαση σε συναισθηματικά φορτισμένες στιγμές των ασθενών, οποιαδήποτε προσπάθεια παρέμβασης στις πεποιθήσεις τους, χρειάζεται προσοχή (και πρέπει να περιορίζεται), γιατί μπορεί να κατηγορηθούν για προσυλιτισμό.

Αναγκαιότητα : να προβλέπεται στο πρόγραμμα σπουδών όπως σε πολλές Ιατρικές σχολές στην Αγγλία και στις ΗΠΑ και παράλληλα με το ιατρικό ιστορικό να λαμβάνουν και πνευματικό ιστορικό. Όταν προκύπτουν πνευματικές ανησυχίες και ανάγκες να συνεργάζονται με τις ιερατικές αρχές για να τις καλύψουν . [10]

Ο ρόλος της πνευματικότητας είναι διασυνδεδετικός. Η ανθρώπινη φύση είναι γεμάτη από συγκρούσεις αλλά παραμένει μια ολότητα. Στην συμφιλίωση με τον εαυτό, η πνευματικότητα συμβάλλει στην διαπραγμάτευση με τις συγκρούσεις δια μέσω της εσωτερικής γαλήνης. Η συμφιλίωση μέσω της πνευματικότητας δίνει την δυνατότητα να μπορεί κάποιος να συγχωρεί και να δέχεται συγχώρεση. Έτσι υπάρχει μια αλληλεπίδραση η οποία συμπληρώνεται από την αγάπη με την μορφή της φροντίδας.

Η πνευματικότητα είναι μια αστείρευτη πηγή, ένα εσωτερικό σύστημα πεποιθήσεων από την οποία ο άνθρωπος αντλεί δύναμη και παρηγοριά. Ενσωματώνει τις αξίες του ανθρωπισμού: αλληλεγγύη, αγάπη, φροντίδα. Εκφράζεται στον Ελλαδικό χώρο μέσω των θρησκευτικών πεποιθήσεων και επιτυγχάνεται με την αναζήτηση και με την διαβεβαίωση από την αγάπη και την φροντίδα του Θεού.[11]

- Ανάλογη έρευνα που δημοσιεύτηκε το Μάρτιο του 2010 και διεξήχθη στην Αγγλία διερεύνησε τους τρόπους παροχής πνευματικής φροντίδας από τις νοσηλεύτριες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πέντε παραμέτρους που σχετίζονται με την παροχή πνευματικής φροντίδας: ψυχολογικής υποστήριξης, διευκόλυνσης θρησκευτικών τελετών και σεβασμός πολιτιστικών πεποιθήσεων, επικοινωνία με ασθενείς και τις οικογένειές τους και αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών.[12]

2.7 Ανακουφιστική Φροντίδα <<ΓΑΛΙΛΑΙΑ>> (Ιερά Μητρόπολη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής) 2012

Άλλη μία σημαντική παράμετρος της ολιστικής φροντίδας, είναι και η ανακουφιστική που προλαμβάνει και ανακουφίζει τα συμπτώματα, ψυχικά και σωματικά που προκαλεί μια απειλητική ασθένεια.

Η ανακουφιστική δεν είναι υποκατάστατη της θεραπευτικής αγωγής, αλλά την συμπληρώνει. Στοχεύει στην βελτίωση ποιότητας ζωής, από την διάγνωση και την ύφεση, ως την υποτροπή και το τελικό στάδιο. Σε αυτό το στάδιο φροντίδας στηρίζεται και όλη η οικογένεια στην χρονική πορεία της νόσου, αλλά και κατά την περίοδο του θρήνου και του πένθους.

Πρότυπη μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας είναι η <<ΓΑΛΙΛΑΙΑ>> που ανήκει στην Ιερά Μητρόπολη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής. Η οργάνωση των προγραμμάτων ανακουφιστικής φροντίδας σχεδιάζεται με βάση τις ανάγκες και επιθυμίες του και επιδιώκει την επίλυση κοινωνικών προβλημάτων. [13]

2.8 Ανακουφιστική Φροντίδα

Η Ανακουφιστική φροντίδα είναι η ενεργός καθολική φροντίδα ασθενούς, του οποίου η νόσος δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία. Εκτός από τον έλεγχο του πόνου, ζωτικής σημασίας, είναι η αντιμετώπιση των κοινωνικών, ψυχολογικών, πνευματικών προβλημάτων που απασχολούν τον ασθενή. Περιλαμβάνει ασθενείς τελικού σταδίου, καρκινοπαθείς, ασθενείς με άνοια και αντίτες ασθένειες.

Παράλληλα η Ανακουφιστική φροντίδα βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν πρόβλημα σχετιζόμενο με απειλητικές για την ζωή ασθένειες, μέσω της πρόληψης, ανακούφισης του πόνου, έγκαιρης αναγνώρισης, αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου και άλλων προβλημάτων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.

Η Ανακουφιστική φροντίδα δέχεται τη ζωή και το θάνατο ως μία φυσιολογική διαδικασία που σε καμμία περίπτωση δεν μπορεί να επισπεύσει ή να μεταθέσει το θάνατο. Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει τους οικονομικά ασθενείς να ανταπεξέλθουν κατά την διάρκεια της νόσου των ασθενών ή του πένθους. Αυτό το σύστημα συμπεριλαμβανομένου και της συμβουλευτικής, προσφέρουν μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής, που επηρεάζουν κάποιες φορές θετικά την

πορεία έκβασης της νόσου, συνδιάζοντας και άλλες θεραπείες που παρατείνουν την ζωή όπως η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία.

- Η Ανακουφιστική φροντίδα για τα παιδιά είναι η ενεργός συνολική φροντίδα του σώματος, νου, πνεύματος και περιλαμβάνει και την παροχή στήριξης της οικογένειας. Αρχίζει με την διάγνωση της ασθένειας και συνεχίζει ανεξάρτητα από το αν το παιδί λαμβάνει την θεραπεία. Παρέχονται υπηρεσίες υγείας για να αξιολογηθεί και να ανακουφισθεί η σωματική, ψυχολογική και κοινωνική αγωνία ενός παιδιού. Αποτελεσματική Ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί η ευρεία διεπιστημονική προσέγγιση που περιλαμβάνει την οικονομική και κάνει χρήση κοινοτικών πόρων που μπορούν να εφαρμοσθούν με επιτυχία, ακόμη και αν οι πόροι είναι περιορισμένοι. Η φροντίδα παρέχεται σε τριτοβάθμια ιδρύματα, κοινοτικά κέντρα υγείας και σπίτια των παιδιών.[14]

3. Τεχνικές Επικοινωνίας στην Θεραπευτική Σχέση

3.1 Βασικές Έννοιες:

Επικοινωνία είναι η βασική δεξιότητα αλληλεπίδρασης και δόμησης διαπροσωπικών σχέσεων, είναι το μέσον για την παροχή και πρόσληψη πληροφοριών στη διαμόρφωση θεραπευτικής σχέσης. Ο **βαθμός της ικανοποίησης** του χρήστη των υπηρεσιών υγείας από την παρεχόμενη φροντίδα εξαρτάται:

- από την ποιότητα και ποσότητα των πληροφοριών που του παρέχεται και το ενδιαφέρον και την κατανόηση που εισπράττει από το προσωπικό υγείας.

Οι χρήστες Υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη για: πληροφόρηση, ενίσχυση, ενδυνάμωση, λήψη αποφάσεων, τροποποίηση βλαπτικών συμπεριφορών και εφαρμογή θεραπευτικών οδηγιών. Όλα αυτά συνιστούν το μέσο της θεραπευτικής σχέσης με σκοπό την προαγωγή υγείας τους.

Συζητήσεις που ξεπερνούν τα «όρια» της θεραπευτικής σχέσης (π.χ. αθλητισμός, καιρός κ.τ.λ.) **αποσπούν την αλληλεπίδραση από τον**

θεραπευτικό στόχο. Στην θεραπευτική σχέση ο Ε.Υ. διευκολύνει την αυτό-αποκάλυψη του πελάτη με σκοπό την προώθηση της ανάπτυξης και της αλλαγής του.

Ο Ε.Υ. χρησιμοποιεί αυτό-αποκάλυψη μόνο όταν αυτό εξυπηρετεί τις ανάγκες του πελάτη. Χρησιμοποιεί τις τεχνικές επικοινωνίας για να ακούσει, να αντιμετωπίσει αλλά και για να θέσει όρια με τους πελάτες, ενώ παραμένει ήρεμος και επιδεικνύει σεβασμό, ακόμη και όταν οι πελάτες είναι εκτός ελέγχου και λειτουργεί ως πρότυπο της κατάλληλης επικοινωνίας.

3.2 Χαρακτηριστικά Θεραπευτικής Σχέσης

Ενσυναίσθηση (empathy): Αφορά στην ικανότητα να τοποθετεί κανείς τον εαυτό του στην θέση κάποιου άλλου και επομένως να συμμερίζεται και να κατανοεί το νόημα και τα συναισθήματα του άλλου. Μέσω αυτής οι νοσηλευτές είναι σε θέση να αντιληφθούν τις ανάγκες των νοσηλευομένων. **ΠΡΟΣΟΧΗ:** Όχι ταύτιση.

Συμπόνια: Είναι η συναισθηματική αντίδραση, άμεση και μη ελεγχόμενη με στοιχεία συνλύπησης, ευσπλαχνίας ή οίκτου, που επιφέρει συναισθηματική φόρτιση χωρίς θεραπευτική προοπτική. **ΠΡΟΣΟΧΗ:** Μπορεί να οδηγήσει σε αναστολή της παροχής φροντίδας. Θετική, χωρίς όρους αποδοχή του ατόμου «Αλλά με Όρια». Δεν τον κριτικάρουμε και δεν τον απορρίπτουμε επειδή συμπεριφέρεται με τρόπο που δεν μας αρέσει.

Αυθεντικότητα: Η ικανότητα να εκδηλώνεται κάποιος και να εκφράζεται όπως πραγματικά αισθάνεται πως είναι, για τον λόγο αυτό χαρακτηρίζεται από γνησιότητα και φυσικότητα αντιδράσεων π.χ. χαμόγελο σε ένα χιουμοριστικό σχόλιο. Ενσωματώνει στην παρεχόμενη φροντίδα την ανθρωπιστική προσέγγιση και το πραγματικό ενδιαφέρον προς το άτομο και συνιστά τη βάση για εγκατάσταση εμπιστοσύνης.

Αυτογνωσία: Για να δούμε τους άλλους όπως πραγματικά είναι, θα πρέπει να γνωρίζουμε τον εαυτό μας, γιατί ο τρόπος που αντιλαμβανόμαστε τον εαυτό μας επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τους άλλους.

Εμπιστοσύνη: στην ικανότητα του ατόμου να επιλύει τα προβλήματά του. Είναι το επιστέγασμα της αυθεντικότητας, της ενσυναίσθησης της αποδοχής και του σεβασμού.

Εμπιστευτικότητα: Αντανακλά το δικαίωμα στην ιδιωτικότητα. Θεωρείται επαγγελματική επικοινωνία (το απόρρητο διασφαλίζεται νομικά). Σεβασμός στην θεραπευτική σχέση= εκφράζει το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του νοσηλευόμενου μέσα στο σύστημα υγείας. [15]

3.3 Ποιότητα ,προσδοκίες και ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα

Βασική αρχή των θεωριών βελτίωσης της ποιότητας είναι ότι οι προμηθευτές ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας πρέπει να ανατροφοδοτούν τα προγράμματά τους με βάση τις απόψεις των ασθενών που είναι οι άμεσοι εκτιμητές της για να εντοπισθεί το έλλειμα και να προχωρήσουν σε βελτιωτικά προγράμματα.

Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι ανάλογες με την επιστημονική γνώση, μέσα στα όρια της συντήρησης, παράτασης, της βελτίωσης και ίασης των ασθενών, με βάση την τρέχουσα γνώση.

Οι έρευνες στις υπηρεσίες υγείας λειτουργούν σαν ένα σημαντικό και χρήσιμο εργαλείο για την εξασφάλιση της ποιότητας και οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησής τους.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία **οι προσδοκίες** των ασθενών επηρεάζουν άμεσα τον βαθμό ικανοποίησης:

- Οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όταν τους παρέχεται εξειδικευμένη και ανθρωποκεντρική φροντίδα,

- σεβασμό στην προσωπικότητά τους, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις,
- ενημέρωση από τους Επαγγελματίες Υγείας, λήψη συγκατάθεσης, ικανοποιητική εξέλιξη της πορείας της ασθένειάς τους,
- ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία,
- έλλειψη εξυπηρέτησης και ακατάλληλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως συνθήκες στέγασης, υγιεινής και σίτισης.

Από την άλλη πλευρά αξιολογούν με ιδιαίτερη βαρύτητα: την **κατανόηση, την ευγένεια, την ανταπόκριση, την αξιοπιστία, την αίσθηση του χιούμορ και την εξειδικευμένη γνώση των Επαγγελματιών Υγείας.**

Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών υγείας εξαρτάται από τις προσδοκίες τους από τις υπηρεσίες φροντίδας, τα κοινωνικοοικονομικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους, από το μορφωτικό επίπεδό τους που τους καθιστά περισσότερο κριτικούς, καθώς ενδιαφέρονται να συμμετέχουν στην διαδικασία αποφάσεων και να έχουν ενημέρωση για την διάγνωση, την πορεία της νόσου και την θεραπεία της.

Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης (αναγκών) και των προσδοκιών των ασθενών οφείλετε σε διάφορες αιτίες. Υπάρχει διαφορά μεταξύ των προσδοκιών και των παρεχόμενων υπηρεσιών **αλλά** και των προδιαγραφών τους. Επίσης υπάρχει διαφορά υπηρεσιών φροντίδας που προσφέρει το νοσοκομείο και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης των ασθενών, καθώς και υπηρεσίες που υπόσχεται το νοσοκομείο στους ασθενείς και των υπηρεσιών που τελικά προσφέρει.

Παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει στον χώρο της υγείας σε σύγκριση με τους κατοίκους των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε γενικές γραμμές οι Έλληνες είναι δυσαρεστημένοι σε ότι αφορά την ικανοποίησή τους από την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η αρνητική εικόνα και η έλλειψη εμπιστοσύνης που έχουν για το σύστημα υγείας εκδηλώνεται με την μετακίνηση των ασθενών από τα επαρχιακά στα κεντρικά, πανεπιστημιακά νοσοκομεία καθώς και στις ιδιωτικές κλινικές, ενίοτε καταφεύγουν και σε υπηρεσίες υγείας του εξωτερικού.

Η ικανοποίηση των ασθενών **θεωρείται ως θεραπευτική παρέμβαση.** Η διερεύνησή της παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τους τομείς της

φροντίδας που χρειάζονται βελτίωση, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία:

- στην διοίκηση για λήψη αποφάσεων,
- στην αξιολόγηση οργανωτικών αλλαγών και
- στην προώθηση υπηρεσιών υγείας

Αν το προσωπικό χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες των ασθενών, μπορεί να κάνει διορθωτικές παρεμβάσεις, οι οποίες:

- θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους και θα οδηγήσουν σε θετική ανταπόκριση στην θεραπεία, συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες, ταχύτερη ανάρρωση και μείωση του χρόνου νοσηλείας. Αξιολογώντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, επιτυγχάνεται μία βασική συνεργασία που αποτελεί προϋπόθεση για παροχή υψηλής παρεχόμενης φροντίδας. [16],[17]

➤ **Σε έρευνα που έγινε στο Νοσοκομείο Μελισσίων/Αθηνών «Αμαλία Φλέμινγκ»** το διάστημα Ιούνιο- Αύγουστο του 2011 σε 300 ασθενείς την ημέρα του εξιτηρίου για την μέτρηση της ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών είναι αρκετά καλή (75% > 8) αλλά και οι εργαζόμενοι σε αυτό αξιολογούνται με αρκετά υψηλό βαθμό. Χαμηλού βαθμού ικανοποίησης (75% < 8) υπήρξε από την ξενοδοχειακή υποδομή, καθαριότητα χώρων, ποιότητα γευμάτων και έλλειψη δυνατοτήτων για επικοινωνία και αναψυχή. [18]

3.4 Η ασφάλεια των ασθενών κατά την παρεχόμενη φροντίδα

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σημαντική παράμετρο της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Η **εξασφάλιση ποιότητας** σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, αφορά την ασφάλεια των ασθενών, την φροντίδα και την διαχείριση κινδύνων και λαθών. Στις αναπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα (10) πάσχοντες βλέπεται κατά την διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας. Το 8 – 12% των νοσηλευόμενων ασθενών στην Ευρώπη είναι

θύματα ανεπιθύμητων συμβάντων που οφείλονται κυρίως σε λοιμώξεις, εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή, χειρουργικά και διαγνωστικά σφάλματα σε ελαττωματικές ιατρικές συσκευές, σε αδράνεια μετά από εργαστηριακές αναλύσεις, ακόμη και πτώσεις ασθενών.

Τα **κακώς συμβάντα οφείλονται** σε κακό σχεδιασμό, στην μη τήρηση των διαδικασιών, στον τρόπο λήψης των αποφάσεων, στην ελλιπή εκπαίδευση, στους περιορισμένους πόρους. Η έλλειψη νοσηλευτών σε συνδιασμό με το επίπεδο εκπαίδευσής τους θεωρούνται ως οι σημαντικές παράμετροι που ευθύνονται για την ασφάλεια και την θνησιμότητα των ασθενών στα νοσοκομεία. Γιαυτό το λόγο καλό θα είναι να υπάρχουν εγχειρίδια καθοδήγησης, που θα πρέπει οι προϊστάμενοι να εφαρμόζουν για θέματα ασφάλειας και να δημιουργούν κλίμα ανταλλαγής εμπειριών.

[19]

3.5 Ικανοποίηση Φροντιστών Υγείας-Νοσηλευτών από την παρεχόμενη φροντίδα

Η **εργασιακή ικανοποίηση** είναι ένα άθροισμα συναισθηματικών αντιδράσεων που έχει το άτομο για την εργασία του, η οποία απορρέει από την σύγκριση ανάμεσα στα οφέλη και στις επιθυμίες.

Έχει άμεση σχέση με την υγεία τους, τα επίπεδα άγχους, την κοινωνική και εργασιακή συνοχή, την λειτουργικότητα καθώς επίσης και την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας, την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών.

Παράγοντες που οδηγούν σε εργασιακή ικανοποίηση, είναι η αμοιβή, οι ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας, η υποστηρικτική εποπτεία και καθοδήγηση, το αίσθημα ασφάλειας και σταθερότητας, ο σαφής εργασιακός ρόλος, δίκαιη μεταχείριση, η ανάπτυξη σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο εργασίας, και η ύπαρξη ευκαιριών για επιμόρφωση και ανέλιξη.

Αιτίες δυσαρέσκειας οφειλόμενες στην εργασία είναι η αμοιβή, οι προβληματικές εργασιακές συνθήκες, συγκρούσεις, ελλείψεις σε προσωπικό

και υλικό, ελλιπής συντήρηση τεχνολογικού εξοπλισμού. Σε αυτό θα πρέπει να προστεθεί η ανεπαρκής εκπαίδευση και η έλλειψη προσόντων. Η έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης επηρεάζει την υγεία των εργαζομένων, την σωματική τους και πνευματική τους ευεξία και τους οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση.

➤ **Σε Ελληνική μελέτη που έγινε για την διερεύνηση της ικανοποίησης** από την εργασία σε εκατόν δύο (102) εργαζόμενους σε παθολογικές κλινικές του Ε.Σ.Υ. στην Αθήνα, βρέθηκε ότι οι περισσότερες εργαζόμενες και οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, βιώνουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης επιτυχίας από την εργασία και αυτό οφείλετε στην αγάπη για το αντικείμενο καθώς και στην διεπιστημονική συνεργασία παρόλο που οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν τον χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους και στην οικογένειά τους.[20]

3.6 Παράγοντες κινδύνου και ασφάλειας στο χώρο εργασίας των Νοσηλευτών από την παρεχόμενη φροντίδα

Στο υγειονομικό προσωπικό η παροχή ασφάλειας κατά την εργασία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ακεραιότητά του, έτσι ώστε να είναι δυνατή η πληρέστερη παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς.

Η Δρ.Rogers ειδική νοσηλεύτρια στην επαγγελματική υγεία και οι συνεργάτες της, διατύπωσαν μετά από πολυετή έρευνα στον χώρο της υγείας πέντε κατηγορίες επαγγελματικών κινδύνων.

Βιολογικούς / μολυσματισμούς: Αναπνευστικά νοσήματα, φυματίωση, το SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), ηπατίτιδα Β, ιός του AIDS, τραυματισμοί από βελόνες και από αιχμηρά αντικείμενα. Απαραίτητα θεωρούνται τα μέτρα πρόληψης καθώς και η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης. Αντιμετωπίζονται με χρήση κατάλληλου εξοπλισμού για την αποφυγή τραυματισμού και την προσεκτική εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Χημικοί: Έκθεση κυρίως σε χημειοθεραπευτικά φάρμακα, κυτταροστατικά που ενοχοποιούνται για καρκινογένεση, αναπτυξιακή και αναπαραγωγική τοξικότητα. Αποστείρωση εργαλείων και αντικειμένων μπορεί να εμφανίσουν δερματικές και αλλεργικές αντιδράσεις. Τα ευρέως χρησιμοποιούμενα γάνθια από Latex, είναι απαραίτητα γιατί προστατεύουν από όλα όσα αναφέρθηκαν, αλλά μπορεί να προκαλέσουν δερματίτιδες εξ'επαφής αλλά και γενικευμένες με την μορφή αναφυλαξίας

Περιβαλλοντικοί μηχανισμοί: Αυτοί οδηγούν σε μυοσκελετική επιβάρυνση και προκαλούν προβλήματα οσφυαλγίας, ισχυαλγίας, χαμηλός πόνος στην πλάτη, στον λαιμό, ώμους, αγκώνες και γόνατα. Η μηχανική καταπόνηση του μυοσκελετικού συστήματος πρέπει να περιορισθεί με την χρήση εργονομικού εξοπλισμού και εργονομική εκπαίδευση και εκμάθηση μεθόδων χειρισμού των ασθενών.

Φυσικοί παράγοντες: Ζέστη, κρύο, θόρυβος που απαντάται στις μονάδες εντατικής θεραπείας, μικροβιολογικά εργαστήρια, τεχνητός νεφρός, ακτινολογικοί και μαγνητικοί τομογράφοι καθώς και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι: Βίαιες συμπεριφορές στο υγειονομικό προσωπικό από ασθενείς. Απαραίτητη είναι η ύπαρξη προσωπικού ασφαλείας. Η υπομονή και η κατανόηση καταδεικνύει την παιδεία και την αξιοπρέπεια των Ε.Υ. που θα πρέπει να εκπαιδευτούν στον ψυχολογικό χειρισμό των ατόμων αυτών. [21]

- **Μια μεγάλη ελληνική μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2013** αφορούσε 410 εργαζόμενους Νοσηλευτές σε Νοσοκομεία ,Γηροκομεία ,Κέντρα Υγείας και ΙΚΑ. Το 62 % δήλωσε ότι αντιμετωπίζει κάποια πάθηση της σπονδυλικής στήλης, το 35,4% αναφέρει ότι η πάθηση εκδηλώθηκε από το διορισμό και μετά και το 60,2 % θεωρεί ως πρωταρχική αιτία τη βοήθεια στη μεταφορά ασθενών και βαρέων αντικειμένων . [22]

3.7 Οικονομική κρίση και φροντίδα υγείας

Όλες οι τελευταίες σχετικές μελέτες αναφέρουν ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος έχουν σημαντικές επιδράσεις στην υγεία με συνέπειες σωματικές και ψυχικές όπως φτώχεια,

αύξηση αυτοκτονιών, στρες, επιβλαβείς συμπεριφορές όπως (κατάχρηση αλκοόλ, κάπνισμα, ναρκωτικά) και σε ότι αφορά την ψυχική υγεία (μείωση επιπέδου ευεξίας, αύξηση συχνότητας ψυχικών διαταραχών, κατάθλιψη) και συνεπακόλουθων συμπεριφορών.

Η οικονομική κρίση που απειλεί με απώλεια του εισοδήματος και κατ'επέκταση και της ασφαλιστικής κάλυψης, αποτελεί τροχοπέδη στην ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και προστασίας.

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με την μερική ή ολική απώλεια του εισοδήματος, στρέφει τους χρήστες υγείας σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα αύξηση των δαπανών και την χρηματοδότησή τους από τον ήδη μειωμένο κρατικό προϋπολογισμό. Οι υπηρεσίες υγείας θα κληθούν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, περιορίζοντας την ποιότητα των υπηρεσιών τους και την ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις **επιπτώσεις της ύφεσης** στον αυξημένο αριθμό ασθενών που αναζητούν φροντίδα και λόγω της μη ασφάλισής τους, βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας τους, αναβάλλουν τις προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις, με αποτέλεσμα να παραμελλούν ή να καθυστερούν την φροντίδα τους, αναλογιζόμενοι το επιπλέον κόστος. [23]

Στην Ελλάδα εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το Δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του εισοδήματος θα αναγκάσει τα άτομα να στραφούν σε υπηρεσίες με ασφαλιστική κάλυψη. Αυτή η κατάσταση θα δημιουργήσει πρόβλημα στην αποτελεσματικότητα, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην ΠΦΥ, γιατί η ανταπόκριση του συστήματος υγείας είναι μικρή και δημιουργεί την δυσανεμία των ασθενών από την μεγάλη αναμονή και την αμφίβολη παρεχόμενη ποιότητα καθώς και από τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες. [24]

Στο γενικό κλίμα της δημοσιονομικής κρίσης με το οποίο βρίσκεται αντιμετώπη η Ελλάδα ενθαρρυντική εμφανίζεται **η μελέτη που έγινε για την**

σύγκριση και την αξιολόγηση της αποδοτικότητας στην φροντίδα υγείας μεταξύ των πνευμονολογικών κλινικών του ΕΣΥ και του Πανεπιστημίου σε δύο μεγάλα Νοσοκομεία στον Ελλαδικό χώρο.

Ο όρος αποδοτικότητα μεταφράζεται με την χρήση των ελάχιστων δυνατών εισροών, με τους λιγότερους γιατρούς και νοσηλευτές, προσφέρεται η μέγιστη εφικτή ποσότητα διαγνώσεων, θεραπευτικής αγωγής, διδακτικού και ερευνητικού έργου και άλλων υπηρεσιών με βάση το υπάρχον κτηριακό και μηχανολογικό εξοπλισμό, το ανθρώπινο δυναμικό και τα διαθέσιμα αναλώσιμα υλικά.

Με βάση των εισροών: Ιατρικό – Νοσηλευτικό προσωπικό και ανεπτυγμένων κλινικών και εκροών: Επίσκεψη στα Ε.Ι., τον αριθμό ασθενών και τις ημέρες νοσηλείας. Τα **αποτελέσματα** έδειξαν ότι οι πανεπιστημιακές κλινικές και των δύο νοσοκομείων λειτουργούν σχεδόν πλήρως αποδοτικά. Από τις κλινικές του ΕΣΥ οι εννέα (9) παρουσιάζουν θετική αποδοτικότητα και από αυτές οι επτά (7) ήταν πλήρως αποδοτικές. Στην σύγκριση που έγινε μεταξύ των κλινικών του ΕΣΥ και του Πανεπιστημίου παρατηρήθηκαν θετικά αποτελέσματα με επτά (7) από τις δέκα τρείς (13) κλινικές να λειτουργούν αποδοτικά και οι τέσσερες (4) από αυτές να λειτουργούν απόλυτα αποδοτικά. Τα συμπεράσματα συνάδουν στην ικανοποιητική παροχή υγειονομικής φροντίδας. [25]

3.8 Εθελοντισμός – Αλτρουισμός: Ανιδιοτελής Φροντίδα από άνθρωπο σε άνθρωπο

Εθελοντισμός, είναι η πρόθυμη δέσμευση ενός ανθρώπου που θέλει να δραστηριοποιηθεί, εργασθεί αμισθεί, χωρίς επαγγελματικά και οικονομικά οφέλη, για όσο διάστημα μπορεί για το καλό της κοινωνίας.

Αναπτύσσεται κατά τρόπο προσωπικό, αυθόρμητο, ελεύθερο, χωρίς να αποσκοπεί σε προσωπικό κέρδος, δρώντας μεμονωμένα ή μέσω οργανώσεων των οποίων είναι μέλη, προς το συμφέρον της ομάδας στην οποία ανήκουν ή της τοπικής, κρατικής ή διεθνούς κοινότητας, αποκλειστικά για αλτρουϊστικούς σκοπούς. Εθελοντής είναι όποιος προσφέρει χρόνο, ενέργεια, γνώσεις και δεξιότητες.

Σημαντικό ρόλο στη συγκρότηση της κοινωνίας των πολιτών αναλαμβάνουν οι **μη κυβερνητικοί οργανισμοί (Μ.Κ.Ο.)** που είναι ιδιωτικοί, θεσμικά αυτόνομοι από το κράτος, έχουν καταστατική κατοχύρωση, αντιπροσωπεύουν άτομα ή κοινωνικές ομάδες που με την βούλησή τους μπορούν να προσφέρουν εθελοντική εργασία, για το καλό της κοινωνικής συνοχής. Ακόμη είναι μη κερδοσκοπικοί, δηλαδή διανέμουν τα κέρδη τους αποκλειστικά για τους σκοπούς του οργανισμού.

Οι εθελοντικοί οργανισμοί περιλαμβάνονται στους μη κυβερνητικούς οργανισμούς και διαθέτουν τα ίδια οργανωτικά χαρακτηριστικά με αυτούς και με την ελεύθερη βούληση των μελών τους προσφέρουν εθελοντική εργασία σε όσους έχουν ανάγκη χωρίς υλική ανταμοιβή. Αυτό το χαρακτηριστικό γνώρισμα τους διαφοροποιεί από τις **Μ.Κ.Ο.** και ο ρόλος τους είναι καθαρά επικουρικός. Ένας από τους άξονες δράσης των **Μ.Κ.Ο.** εθελοντικών οργανισμών είναι η υγεία, φιλανθρωπία και προώθηση του εθελοντισμού.

Τα **κίνητρα του εθελοντισμού** διερευνώνται και από τον τομέα της ψυχολογίας, ψυχανάλυσης και κοινωνιολογίας. **Βασίζεται** κυρίως σε εσωτερικά κίνητρα, αξίες και αποτελεί μια επιβεβαίωση της ζωής του ανθρώπου. Τα βασικότερα είναι: ο έπαινος, η επίτευξη του αποτελέσματος της εργασίας, η ένταξη σε ομάδα και η δύναμη ή επιρροή του. Ο εθελοντής αισθάνεται την χαρά και την δωρεά ότι κάνει κάτι καλό, αυτό τον δικαιώνει ηθικά, ψυχολογικά και αυτό αποτελεί και εσωτερικό κέρδος.

Οι λόγοι που οι άνθρωποι προσφέρουν εθελοντική εργασία είναι γιατί πιστεύουν στο σκοπό του εθελοντικού οργανισμού, θέλουν να προσφέρουν και οι ίδιοι στην κοινωνία, να αισθάνονται χρήσιμοι και απαραίτητοι, αξιοποιώντας τις γνώσεις τους, τις δεξιότητες και τις εμπειρίες, αλλά και στην απόκτηση νέων δεξιοτήτων και εμπειριών που ενδεχομένως θα τους βοηθήσουν στην ανεύρεση εργασίας. Ωστόσο σε ωρισμένες περιπτώσεις κάποιοι μπορούν να δράσουν κινούμενοι από προσωπικές φιλοδοξίες και ίδιον συμφέρον, παρεκκλίνοντας από τις αξίες του εθελοντισμού.

Οι άξονες δράσης αφορούν:

Κοινοτικές δραστηριότητες με συγκέντρωση προμηθειών και πόρων διανομής.

Κοινωνική βοήθεια και υποστήριξη σε ηλικιωμένους, άτομα με ειδικές ανάγκες, σε απόρους, αρρώστους μέσω της προετοιμασίας και προσφοράς φαγητού, καταλύματος ιατρικής περίθαλψης, εκπαίδευσης και καθοδήγησης.

Αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών, φυσικών καταστροφών, διατήρηση ειρήνης στις κοινότητες.

Ιατρική περίθαλψη με παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε δομές υγείας ή στο προσωπικό των ιδρυμάτων ή μέσω των κοινωνικών ιατρείων. [26]

Σε μία πρόσφατη ελληνική μελέτη μεταξύ εθελοντών νοσηλευτικής της **ΜΚΟ** του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (**Ε.Ε.Σ.**) και μη εθελοντών επιχειρήθηκε η διερεύνηση ορισμένων **ψυχολογικών χαρακτηριστικών** της προσωπικότητας (αλτρουϊσμός, ευτυχία, ναρκισσισμός, θρησκευτικότητα και οικογενειακό περιβάλλον) μεταξύ των δύο ομάδων. Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται η σχέση των συγκεκριμένων προαναφερθέντων χαρακτηριστικών με τον εθελοντισμό του **Ε.Ε.Σ.**

Αυτή η εθελοντική ομάδα διακατέχεται από υψηλά επίπεδα αλτρουισμού ακολουθώντας το κίνημα Ε.Ε.Σ. που έχει αποστολή του την αλτρουιστική προσφορά χωρίς σύνορα για τη βελτίωση της ζωής των ευαίσθητων και ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων. [27]

Ο Ε.Ε.Σ. και ερυθράς ημισελίνου με έτος ίδρύσεως το 1864 αποτελεί φωτεινό φάρο εθελοντισμού με δραστηριότητες σε 186 χώρες. Θεμελιώδης αρχή του η έμπρακτη προσπάθεια για υλοποίηση του οράματος ενός κόσμου που πορεύεται με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και προοδεύει μέσω του ανθρωπισμού (**Ε.Ε.Σ.**).

Υψιστη έκφραση εθελοντισμού και αλληλεγγύης αποτελεί η **αιμοδοσία** συμβάλλοντας στη διάσωση χιλιάδων ανθρώπων κάθε χρόνο, με τη διενέργεια ακόμη και περίπλοκων ιατρικών χειρουργικών επεμβάσεων.

Από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι το 10% μόνο του πληθυσμού είναι εθελοντές αιμοδότες. Επίσης μία πρόσφατη ελληνική μελέτη έδειξε ότι το 53% από αυτούς δήλωσε ότι είναι συστηματικοί εθελοντές αιμοδότες. [28]

Οι λόγοι που οι άνθρωποι προσφέρουν εθελοντική εργασία είναι γιατί πιστεύουν στο σκοπό του εθελοντικού οργανισμού, θέλουν να προσφέρουν και οι ίδιοι στην κοινωνία, να αισθάνονται χρήσιμοι και απαραίτητοι, αξιοποιώντας τις γνώσεις τους, τις δεξιότητες και τις εμπειρίες, αλλά και

στην απόκτηση νέων δεξιοτήτων και εμπειριών που ενδεχομένως θα τους βοηθήσουν στην ανεύρεση εργασίας.

Ωστόσο σε ωρισμένες περιπτώσεις κάποιοι μπορούν να δράσουν κινούμενοι από προσωπικές φιλοδοξίες και ίδιον συμφέρον, παρεκκλίνοντας από τις αξίες του εθελοντισμού.

4. Μαιευτικά μοντέλα

4.1 Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών

Το παγκύπριο συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής που αποσκοπεί στην πανανθρώπινη, διαχρονική, εξελίξιμη φροντίδα αποτελεί περίτρανη απόδειξη της συμπόρευσης των δύο επιστημών. Το πρώτο παγκύπριο συνέδριο άρχισε το 1993 με τίτλο: Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών. Από το 13^ο Συνέδριο (2006) και μετά εισέβαλε ενεργά μαζί με την Νοσηλευτική και η Μαιευτική ως βίωμα, επάγγελμα, επιστήμη. Βασικά σημεία των δύο επιστημών είναι ότι παρέχουν αυτόνομη αλλά και ομαδική φροντίδα υγείας, συμβουλευτική προς άτομα και ομάδες όλων των ηλικιών και των επιπέδων. Επηρεάζονται από τις μεταβαλλόμενες ανάγκες της κοινωνίας και της φροντίδας των ασθενών. Είναι αφιερωμένες στην υπηρεσία των ανθρώπων καθώς του παρέχουν φροντίδα σε όλα τα στάδια της ζωής. Η άσκησή τους απαιτεί αναλυτική σκέψη, δημιουργική φαντασία, ελεύθερη αλλά και υπεύθυνη κρίση για επίλυση προβλημάτων και λήψη αποφάσεων.

Το 14^ο Συνέδριο (2007) αφορά την ισότητα, ποιότητα και ασφάλεια στη φροντίδα υγείας. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι η φροντίδα είναι το ηθικό καθήκον, η καρδιά, η ψυχή και το απαραίτητο στοιχείο της Νοσηλευτικής και Μαιευτικής.

Οι συστάσεις που γίνονται για να βελτιωθεί η ασφάλεια του ασθενή επικεντρώνονται στην ηγετική ικανότητα και γνώσεις του Ε. Υ. σε συστήματα αναφοράς σφαλμάτων, προστασία των Ε.Υ. που αναφέρουν δυσμενή συμβάντα και αναγκαιότητα για επαγγελματική ανάπτυξη δια βίου μάθηση. Σχετικά με την μαιευτική ειπώθηκε ότι είναι απαραίτητη η γονεϊκή προετοιμασία μέσα από συνεδρίες ψυχοπροφυλακτικής διδασκαλίας. Ο

μητρικός θηλασμός είναι βασικό δικαίωμα του νεογέννητου και η Μαία παίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχία του. Η ενημέρωση των γυναικών σχετικά με την σεξουαλική ζωή είναι απαραίτητη για να αποφευχθούν δυσάρεστες επιπτώσεις στη ζωή του ζευγαριού. Η αντιμετώπιση του πόνου στον τοκετό μπορεί να γίνει μέσα από φυσικές μεθόδους με πολύ καλά αποτελέσματα από τις μαιές.

Το 18^ο Συνέδριο (2011) Νοσηλευτών και Μαιευτών εστιάζει στην γέφυρα πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας, στην εκπαίδευση μητέρων, ανοσοποίηση νηπίων, παρακολούθηση παιδιών στο σχολείο, συμβουλές σε εφήβους για υγιείς τρόπους ζωής.

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το 19^ο Συνέδριο (2012) που απευθύνεται σε Νοσηλευτές και Μαιές αναφέροντας χαρακτηριστικά ότι αποτελούν το πολυπληθέστερο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα υγείας, κατέχουν ρόλους κλειδιά στον χειρισμό των προκλήσεων της δημόσιας υγείας, στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και στην διασφάλιση ανθρώπινων δικαιωμάτων.[29]

4.2 Διεθνής Ορισμός της Μαιάς

- ❖ Η **μαία-τής** αναγνωρίζεται ως υπεύθυνος και υπόλογος επαγγελματίας που εργάζεται σε στενή επαφή με τις γυναίκες για να δώσει την απαραίτητη υποστήριξη, περίθαλψη και συμβουλή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, αναλαμβάνει με πλήρη ευθύνη την εκτέλεση τοκετών και την περίθαλψη του νεογνού και βρέφους. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, την προώθηση του φυσικού τοκετού, την ανίχνευση επιπλοκών στην μητέρα και στο νεογνό και την εκτίμηση για την κατάλληλη ιατρική ή άλλη βοήθεια καθώς επίσης και την εφαρμογή επειγόντων μέτρων.
- ❖ Η **μαία-τής** έχει σημαντικό ρόλο στην συμβουλευτική και στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας, όχι μόνο για τη γυναίκα αλλά και μέσα στην οικογένεια και στην κοινωνία. Αυτή η δραστηριότητα πρέπει να περιλαμβάνει προγεννητική εκπαίδευση και προετοιμασία γονεϊκότητας και μπορεί να

επεκταθεί στην υγεία των γυναικών, στην σεξουαλικότητα ή αναπαραγωγική υγεία και στην φροντίδα του παιδιού. Η μαιά-ευτής μπορεί να εξασκήσει το επάγγελμά της σε οποιεσδήποτε συνθήκες, συμπεριλαμβανομένων του σπιτιού, της κοινότητας, των νοσοκομείων, κλινικών και των μονάδων υγείας.[30]

4.3 Προγεννητικός έλεγχος και προγεννητική φροντίδα από την Μαία

Για την ομαλή διεκπεραίωση της εγκυμοσύνης, την αίσια κατάληξη στον τοκετό και τον ερχομό ενός υγιούς νεογνού σωματικά και ψυχικά απαραίτητος καθίσταται ο προγεννητικός έλεγχος και η φροντίδα από την Μαία.

- Βασικός στόχος των παραπάνω είναι η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης ώστε να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα ενδεχόμενα προβλήματα με σκοπό την πρόληψη, προαγωγή και βελτίωση της υγείας της εγκύου και του νεογνού.

Ο ρόλος της μαιάς είναι να βοηθήσει το ζευγάρι να συνειδητοποιήσει την κοινωνιολογική πτυχή της εγκυμοσύνης, την δημιουργία εμπιστευτικού κλίματος μεταξύ ζευγαριού και επγγελματιών υγείας, για επιλογή στην παρεχόμενη φροντίδα, βοηθώντας και ενθαρρύνοντας τις μέλλουσες μητέρες στην διαδικασία του μητρικού θηλασμού.

- Στην 1^η επίσκεψη (6^η-8^η εβδομάδα κύησης) η μαιά θα πρέπει να διαθέτει τις ικανότητες προσέγγισης της εγκύου σε φιλικό περιβάλλον έτσι ώστε αυτή να εκφράζεται ελεύθερα. Γίνεται επιβεβαίωση εγκυμοσύνης, λαμβάνεται κοινωνικό-δημογραφικό, προγεννητικό, οικογενειακό, γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό. Δίνει οδηγίες για καθημερινά προβλήματα που παρουσιάζονται στην κύηση, όπως ναυτία, εμετός, ζάλη, κίρσοι, εύκολη κόπωση, πόνοι στην μέση και αιμορροΐδες. Γράφεται ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος (ομάδα αίματος – παράγοντας Rh, γενική ούρων, στίγμα μεσογειακής αναιμίας, ερυθρά, τοξόπλασμα, ηπατίτιδα, HIV, test Παπανικολάου, εξέταση μαστών (και παραπομπή στον Μαιευτήρα).

- Στην 2^η – 3^η επίσκεψη ενημερώνεται η έγκυος για τα αποτελέσματα των αναλύσεων και προγραμματίζεται το υπερηχογράφημα του 1^{ου} τριμήνου ή Nuchal Scan που πραγματοποιείται μεταξύ 11^{ης}-13^{ης} εβδομάδας και 6 ημερών. Μέσω αυτού εξετάζεται η εκτίμηση του κινδύνου για σύνδρομο Down και άλλων χρωμοσωμικών ανωμαλιών. Βέβαια ο σίγουρος τρόπος διάγνωσης αυτών είναι η λήψη δείγματος χοριακής λάχννας ή πλακούντα την 11η-15η εβδομάδα ή Αμνιοκέντηση από την 16^η εβδομάδα κύησης.
- Οι επισκέψεις συνεχίζονται κάθε μήνα ως την 30^η εβδομάδα με ακρόαση εμβρυϊκών καρδιακών παλμών και προγραμματισμό του υπερηχογραφήματος του 2^{ου} τριμήνου ή Anomaly Scan που γίνεται από την 20^η-24^η εβδομάδα κύησης για διάγνωση τυχόν ανωμαλιών στην διάπλαση των οργάνων και μελών του εμβρύου.
- Από την 32^η εβδομάδα οι επισκέψεις γίνονται κάθε 15 ημέρες (ακρόαση παλμών και προετοιμασία για φυσικό τοκετό). Από την 36^η εβδομάδα ως τον τοκετό οι επισκέψεις γίνονται κάθε εβδομάδα (ακρόαση παλμών, γενική αίματος, καρδιοτοκογραφία).
- Από την 40^η εβδομάδα ως τον τοκετό, οι επισκέψεις γίνονται κάθε δύο ημέρες.[31]

4.4 Η Φιλοσοφία και τα Πιστεύω του Μαιευτικού Μοντέλου (ICM)

Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (ICM) θεωρεί ότι η μαιά-τής προσφέρει φροντίδα που βασίζεται σε μια φιλοσοφία η οποία επηρεάζει το μοντέλο της φροντίδας.

- ✓ Η μαιευτική φροντίδα που βασίζεται σε αυτό το μοντέλο εμπλέκει την τέχνη, την επιστήμη, την ποιότητα, την θηλυκότητα, την διαίσθηση, την υποκειμενικότητα, την δύναμη του μυαλού και την καλύτερη διαθέσιμη επιστημονική γνώση, γιατί καθώς συνδυάζει όλα αυτά, είναι ολιστική στη φύση της βασισμένη στην κατανόηση των κοινωνικών, συναισθηματικών, πολιτισμικών, πνευματικών, ψυχολογικών και φυσικών εμπειριών των γυναικών.

- ✓ Οι μαίες-τές είναι οι πιο κατάλληλοι για να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στις γυναίκες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Η μαιευτική φροντίδα ενδυναμώνει τις γυναίκες να αναλάβουν την ευθύνη για την υγεία τους και την υγεία της οικογένειάς τους. Γίνεται πάντα σε συνεργασία με αυτές και είναι προσωποποιημένη, συνεχόμενη και όχι αυταρχική.
- ✓ Οι μαίες έχουν εμπιστοσύνη και σεβασμό στις γυναίκες, στην ικανότητά τους να γεννούν το μωρό τους, αφού ο τοκετός είναι φυσιολογική διαδικασία. Η γυναίκα έχει δικαίωμα να πληροφορείται και να παίρνει αποφάσεις καθότι η τεκνοποίηση είναι μια έντονη συναισθηματική εμπειρία, λόγω της σύγχυσης που δημιουργεί η ύπαρξη δύο προσώπων σε ένα σώμα και τα συναισθήματα γίνονται πιο έντονα και αρνητικά όταν συνυπάρχει και η άγνοια

Η δράση των μαιών-τών μέσα από το πρίσμα του μαιευτικού μοντέλου φροντίδας φαίνεται να προστατεύει το καλώς έχειν των γυναικών, ενώ προάγει το επίπεδο υγείας του βρέφους με λιγότερους αποχωρισμούς μητέρας – βρέφους.

Επίσης το μαιευτικό μοντέλο προωθεί, υποστηρίζει τα αναπαραγωγικά δικαιώματα της γυναίκας και σέβεται την διαπολιτισμική κουλτούρα της. Χτίζει την εμπιστοσύνη των γυναικών στον εαυτό τους στο να φέρουν εις πέρας τον τοκετό. Παρέχει φροντίδα ευέλικτη, ενημέρωση και συμβουλές με τέτοιο τρόπο που να προωθείται η συμμετοχή και να διευκολύνεται η λήψη αποφάσεων από τις ίδιες. Οι μαίες-ευτές χρησιμοποιούν την τεχνολογία κατάλληλα και παραπέμπουν έγκαιρα τα περιστατικά όταν προκύψει πρόβλημα. [32]

4.5 Βασικές αρχές του διεθνούς μοντέλου φροντίδας «μητέρας- μωρού»

Μέσα από αυτό το μοντέλο εξαιρούνται τα ανθρώπινα δικαιώματα ζωτικής σημασίας, που η εφαρμογή τους έχει θετικές επιδράσεις στην δυάδα μητέρας –μωρού, **με κορυφαίο την πρόσβαση σε ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας.**

Ο σεβασμός όμως σε κάθε γυναίκα αποτελεί τη βάση της μαιευτικής φροντίδας. Βέβαια η περιγεννητική περίοδος είναι υγιής – φυσιολογική περίοδος της ζωής και σπάνια χρειάζονται εντατική φροντίδα και στήριξη, δεν παύει όμως η μητέρα και το νεογνό να αποτελούν μια μονάδα – ενότητα αφού η φροντίδα του ενός επηρεάζει την φροντίδα του άλλου.

- Βασική φροντίδα υγείας αποτελούν τα μαιευτικά τμήματα και θα πρέπει να διαθέτουν ασφαλή στελέχωση, σωστή αναλογία μαιών – επιτόκων-ασθενών, υλικοτεχνική υποδομή, για κάθε γυναίκα ανεξάρτητα από το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Αλλά και η φροντίδα που παρέχεται με ευαισθησία στις πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις (**διαπολιτισμική**) των γυναικών, χτίζει την εμπιστοσύνη στους Ε.Υ. και η πιθανότητα για ψυχολογικό τραύμα μειώνεται.

Όμως η παρεχόμενη φροντίδα θα πρέπει να είναι **εξατομικευμένη** και οι ανάγκες των Ε.Υ. και των μαιευτηρίων θα πρέπει να τίθενται μετά από τις ανάγκες των γυναικών – νεογνών.

- Επίσης, θεμελιώδης αρχή στη μητρική φροντίδα αποτελεί η ενθάρρυνση για ελεύθερη έκφραση, σεβασμό στην ιδιωτικότητα, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος, πλήρη ενημέρωση για τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές, ώστε να πάρουν σωστές αποφάσεις για την φροντίδα τους αλλά και των παιδιών τους .

Από την άλλη πλευρά οι Διεθνείς αρχές επιβεβαιώνουν ότι οι γνώσεις και ικανότητες των μαιών είναι βασικής και ουσιώδους σημασίας και με προσωπική ευθύνη για ποιοτική φροντίδα απέναντι στη γυναίκα, την οικογένεια και την κοινωνία. Έτσι θα γίνει η προαγωγή της μητρικής φροντίδας που θέτει τις βάσεις για εξαιρετικά αποτελέσματα.[33]

Με βάση τα παραπάνω η Berg et al (το 2012) θέλοντας να κάνει μια ερμηνευτική προσέγγιση του θέματος της εξατομικευμένης φροντίδας μελέτησε τα αποτελέσματα από 12 μετά-αναλύσεις με σχετικό θέμα εμπειρίες μαιών –γυναικών κατά τον τοκετό. Για την εγκυρότητα της μελέτης εξέτασε 6 γκρουπ μαιών και γυναικών στη Σουηδία και στην Ισλανδία. Οι απαντήσεις των συνεντευξιαζομένων ήταν οι εξής:

- Να υπάρχει αμοιβαία σχέση ανάμεσα στη μαία και την επίτοκο και η μαία με τις τεχνικές επικοινωνίας να γνωρίσει την επίτοκο, δηλαδή ποια είναι, ποιές οι ανάγκες της και τα όριά της. Η ατμόσφαιρα της αίθουσας τοκετού θα πρέπει να αντανakλά εμπιστοσύνη, ασφάλεια και παγειωμένη πρακτική και να κυριαρχούν συναισθήματα ηρεμίας και σεβασμού. **Όσον αφορά τη γνώση** : είναι σημαντικό να έχει την ικανότητα να χρησιμοποιεί τις γνώσεις της ανάλογα με τις ανάγκες της επίτοκου και μερικές φορές να ακολουθεί και το ένστικτό της για τις πρακτικές που πρέπει να προβεί. Ένας πολιτισμικός κανόνας θέτει τη μαία δίπλα στην επίτοκο ως σταθερό σύντροφο στη διάρκεια του τοκετού.

Η τέχνη της ισορροπίας είναι : οι ενέργειες που πρέπει να κάνει η μαία έτσι ώστε να προσφέρει εξατομικευμένη φροντίδα. Αυτό περιλαμβάνει τη δημιουργία όλων των προηγούμενων συνθηκών (ατμόσφαιρα τοκετού, τεχνικές επικοινωνίας και χρήση παγειωμένης εμπειρικής τέχνης και γνώσης) .[34]

- **H Sandall et al (2010)** αναφέρεται στα διάφορα μοντέλα φροντίδας που υπάρχουν στον κόσμο για τις εγκυμονούσες γυναίκες. Σε πολλά μέρη του κόσμου οι μαίες είναι οι κύριοι φορείς παροχής φροντίδας για εγκυμονούσες. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να είναι μαιευτήρες ή οικογενειακοί γιατροί. Ένα μοντέλο που κυριαρχεί είναι η παροχή φροντίδας από μια ομάδα μαιών στην οποία ηγείται μία μαία, άτομο εξειδικευμένο, αξιόπιστο και καταρτισμένο. Δίνεται έμφαση στη φυσική ικανότητα των γυναικών να βιώσουν τον τοκετό με λιγότερες παρεμβάσεις.

Ένα άλλο μοντέλο λέγεται φόρτος μαιευτικής εργασίας και έχει στόχο να διασφαλίσει ότι η επίτοκος λαμβάνει όλη τη φροντίδα από μια μόνο μαία και τη συναδελφό της. Υπάρχουν και τα μοντέλα κοινής φροντίδας που η ευθύνη μοιράζεται μεταξύ των Επ. Υγείας.

Η έρευνα καταλήγει ότι η φροντίδα στις επίτοκες πρέπει να χορηγείται σύμφωνα με το πρώτο μοντέλο, ειδικά για τις γυναίκες που διάγουν την κύηση χωρίς επιπλοκές. [35]

- **H Sally K. Tracy et al (2013)** σε τυχαioποιημένη μελέτη που έγινε στην Αυστραλία περιέλαβαν εγκυμονούσες γυναίκες από 18 ετών και πάνω και από 24 εβδομάδων και μετά (αποκλείστηκαν προηγηθείσες Κ.Τ. και πολύδυμες κυήσεις). Τα **αποτελέσματα** έδειξαν ότι από το πρώτο μοντέλο

επωφελούνται οι γυναίκες με χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών κύησης . Η μελέτη αυτή έχει στόχο να αξιολογήσει τα αποτελέσματα κόστος-αποτελεσματικότητας για γυναίκες ανεξάρτητα από παράγοντες κινδύνου και για τις επίτοκες ανεξαρτήτως κινδύνου το μοντέλο είναι ασφαλές και αποδοτικό – αποτελεσματικό [δηλαδή με τη χρήση λίγων γιατρών και μαιών (εισροών) παράγεται η μέγιστη ποσότητα τοκετών].[36]

4.6 Τα δέκα (10) βήματα του διεθνούς μοντέλου φροντίδας «μητέρας –μωρού»

Τα βήματα αυτά βασίζονται σε αποτελέσματα ερευνών που έχουν σχέση με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των διαφόρων παρεμβάσεων στη μητέρα και το νεογνό. Η ασφάλεια μας παραπέμπει σε βελτιωμένες καθημερινές πρακτικές που παρέχουν ασφαλές περιβάλλον φροντίδας με διαχείριση κινδύνων και λαθών προς όφελος των νοσηλευομένων. Η αποτελεσματικότητα είναι η επίπτωση της περιθάλψης και της φροντίδας στην καθημερινή πρακτική δηλαδή κατά πόσο η επιστροφή της γυναίκας στην καθημερινότητα θα είναι σύντομη. Η αξιολόγηση των δύο αυτών κριτηρίων επιτυγχάνεται και με την ορθή χρήση της ιατρικής τεχνολογίας (υπέρηχοι, καρδιοτοκογραφία).

Μέσα από τα δέκα βήματα που θεωρούνται σταθερές αξίες για την προαγωγή της ζωής ξεχωρίζουν:

- Η προσέγγιση κάθε γυναίκας από τους Ε. Υ. με αξιοπρέπεια και ενημέρωση για την κάθε κλινική διαδικασία με κατανοητό λεξιλόγιο έτσι ώστε να έχει την δυνατότητα να πάρει αποφάσεις για την φροντίδα της.
- Ενημέρωση για τους φυσικούς τρόπους ανακούφισης του πόνου στον τοκετό (άγγιγμα, μασάζ, τεχνικές χαλάρωσης).
- Με τη γέννηση του νεογνού πρώτα γίνεται η άμεση επαφή μητέρας –μωρού, δέρμα με δέρμα και μετά η απολίνωση του ομφαλίου λώρου και στη συνέχεια να υπάρχει η δυνατότητα το μωρό να είναι μαζί με την μητέρα του (rooming in).

- Διεπαγγελματική συνεργασία με συναρμόδιες ειδικότητες για τις κατάλληλες διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας που αφορούν την ίδια και το μωρό της.
- Συνεργασία Ε. Υ. και μητέρων για επιτυχή μητρικό θηλασμό σύμφωνα με τα βήματα της W.H.O.
- Απαραίτητη καθίσταται η συνεχής εκπαίδευση σε θέματα επείγουσας μαιευτικής φροντίδας και παροχή υψηλού κινδύνου φροντίδας .[33]

H Berg (2005) παρουσίασε ένα μέρος ενός ερευνητικού προγράμματος του Πανεπιστημίου Γκέτεμποργκ της Σουηδίας με τίτλο «η αξία της φροντίδας» εξηγεί πως παρέχουν οι μαίες σε γυναίκες υψηλού κινδύνου φροντίδα. Σύμφωνα με αυτή προκύπτουν τρία χαρακτηριστικά της ιδανικής μαιευτικής φροντίδας :

1. Μια αξιοπρεπής προστατευτική δράση λαμβάνει χώρα στη σχέση φροντίδας μιας μαίας και μιας γυναίκας εγκυμονούσης υψηλού κινδύνου και περιλαμβάνει αμοιβαιότητα, εμπιστοσύνη, συνεχή διάλογο, διαρκή παρουσία και κοινή ευθύνη .
 2. Η γνώση της μαίας βασίζεται στη μοναδικότητά της η οποία συντίθεται από θεωρητική , πρακτική , εύχρηστη και στοχαστική γνώση .
 3. Οι μαίες έχουν ιδιαίτερη ευθύνη για την ισορροπία φυσικών και ιατρικών προοπτικών για την φροντίδα μιας μέλλουσας μητέρας υψηλού κινδύνου και ειδικά μέσω της προώθησης της έμφυτης ικανότητας μιας γυναίκας να γίνει μητέρα και να γεννήσει με φυσικό τρόπο . Αυτό το μοντέλο έχει χαρακτηριστεί <<πραγματική φροντίδα –γνήσια φροντίδα>> . Εδώ η λέξη γνήσια εκφράζει τη φύση της μαιευτικής φροντίδας όπως και τη φύση κάθε εγκύου γυναίκας που περιθάλπεται ως ένα μοναδικό άτομο [37].
- Τα παγκόσμια δεδομένα αν και τις τελευταίες δεκαετίες έχουν σημειώσει πρόοδο, εμφανίζονται ανησυχητικά. Περισσότερες από 500.000 γυναίκες παγκοσμίως πεθαίνουν κάθε χρόνο, λόγω προβλημάτων στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό. Οι κυριότερες αιτίες μητρικής θνησιμότητας είναι η αιμορραγία, εκλαμψία, σηψαιμία. Ο παγκόσμιος δείκτης βρεφικής θνησιμότητας είναι περίπου **1/10** με κύριες αιτίες τον πρόωρο τοκετό με χαμηλό βάρος νεογνού, ασφυξία περιγεννητική, κακώσεις, συγγενείς ανωμαλίες, αιφνίδιοι βρεφικοί θάνατοι, γαστρεντερικά προβλήματα.

Με την εφαρμογή των παραπάνω βημάτων και με την συνεχιζόμενη παρακολούθηση εγκύου- εμβρύου καθώς και την δυνατότητα παροχής

επείγουσας μαιευτικής φροντίδας μπορούν να προληφθούν οι περισσότεροι μητρικοί και βρεφικοί θάνατοι. [33]

4.7 Προγεννητική φροντίδα από τη μαία για την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων των γυναικών .

Στη μεταβατική περίοδο από την εγκυμοσύνη με τα θετικά συναισθήματα και την θετική διάθεση για το παιδί που θα φέρει στον κόσμο ως την ώρα του τοκετού με το άγχος, την ανησυχία και τον φόβο, η μαία είναι αυτή που θα την μυήσει στην μητρότητα και θα την προετοιμάσει για τις ευχάριστες αλλαγές που θα συμβούν στη ζωή της με τον ερχομό του νέου μέλους, μέσω μαθημάτων γονεϊκής προετοιμασίας.

Ο φόβος, η ανησυχία, το στρές, η έλλειψη γνώσης, η μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση έχουν αναγνωρισθεί σαν παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν ή να εκθέσουν την επίτοκο σε περισσότερο φόβο. Όλα όμως μπορούν να αποφευχθούν ή να ξεπεραστούν με την ψυχοπροφυλακτική διδασκαλία, στην οποία ενημερώνονται οι γυναίκες για την φύση του πόνου, τους παράγοντες που τον προκαλούν και τον αυξάνουν και για τις ασκήσεις αναπνοών και χαλάρωσης. Αυτά διευκολύνουν την βιοψυχική προετοιμασία των εγκύων, εξαλείφουν τον φόβο παρέχοντας την δυνατότητα μιας εκστατικής μεταμορφωτικής εμπειρίας για την μητέρα και το παιδί της.

Μέσω των μαθημάτων συμβουλευτικής είναι βασικό να τονίζονται τα θετικά συναισθήματα που μπορούν να αναπτυχθούν κατά την διάρκεια του τοκετού. Αυτά είναι:

- Η αγάπη που αναπτύσσεται μαζί με την εγκυμοσύνη για το κυοφορούμενο και με τον τοκετό βρίσκει τον υπαρκτό αποδέκτη.
- Ο θρίαμβος, έντονο συναίσθημα πως τα κατάφερε και έφερε εις πέρας την δύσκολη αποστολή, την γέννηση του παιδιού της.

- Η ευδαιμονία, είναι η ολοκλήρωσή της κρατώντας για πρώτη φορά το νεογέννητο στην αγκαλιά της και νιώθοντας ότι γίνεται ένα με το σύμβολο της Μητέρας.
- Το ενδιαφέρον, και η απόλυτη προσοχή αποκλειστικά στα μάτια του νεογέννητου παιδιού της.
- Η χαρά, που προκύπτει από την τρυφερότητα της δυάδας μητέρας – βρέφους και ότι ήλθε στον κόσμο μια νέα ζωή.
- Τα θετικά συναισθήματα και η προκληθείσα θετική διάθεση των ανθρώπων, διευρύνουν το πεδίο της προσοχής και αυξάνουν την διαίσθηση και την δημιουργικότητα. Δημιουργούν αλλαγές σε οργανικές λειτουργίες, προλαμβάνουν τα καρδιαγγειακά συμβάντα, αυξάνουν την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, την αντίσταση στις ιώσεις, προβλέπουν την θετική εξέλιξη της ψυχοσωματικής υγείας, καθώς τα συνδέουν και με την μακροζωία.

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν και πρέπει να επισημαίνουν τα παραπάνω συναισθήματα καθώς και την αυτοεπιβεβαίωση και την αυτοαποτελεσματικότητα δηλαδή την πίστη της γυναίκας ότι είναι κύριος του ελέγχου των γεγονότων της ζωής της και μπορεί να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που παρουσιάζονται.

Οι έγκυες γυναίκες δεν έχουν μόνο την ανάγκη να πιστέψουν ότι όλα θα πάνε καλά δηλαδή να στηριχθούν απλά στην αισιόδοξη εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού, αλλά είναι σημαντικό να πιστέψουν ότι όλα θα πάνε καλά γιατί τους αξίζει να πάνε καλά.

Ο τοκετός είναι μοναδική ευκαιρία στην ζωή της που μπορεί να πυροδοτήσει τα θετικά συναισθήματα που θα της δώσουν την ευκαιρία να κερδίσει συναισθηματικούς πόρους για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της λοχείας, αλλά και να απολαύσει την πρώτη περίοδο της ζωής του παιδιού της μαζί με τον σύντροφό της. [38-39]

Ο Malhako το(2008) σε Πανεπιστήμιο της Βόρειας Αφρικής, έκανε μια έρευνα για την αντίληψη των μαιών σχετικά με τις μη αποδεκτές συμπεριφορές που εφαρμόζουν οι επίτοκες στη διάρκεια του τοκετού τους και έγραψε : *παρόλο που οι μαιές θεωρούν φυσιολογικές τις αντιδράσεις των επιτόκων, αυτό γίνεται με την προϋπόθεση να μην θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή τους και του αγέννητου παιδιού τους και να εμποδίζουν την ομαλή*

διεξαγωγή του τοκετού .Κάποιες συμπεριφορές όμως είναι ακραίες στη διάρκεια του τοκετού, επιζήμιες και μη αποδεκτές από τις επαγγελματίες υγείας. Αυτές οι συμπεριφορές οδηγούν στον εκνευρισμό των μαιών , στην άμεση παρέμβασή τους και στην εν γένει δημιουργία αρνητικού κλίματος στη σχέση τους .Γι αυτό και αυτός πρότεινε οι γυναίκες να συμμετέχουν σε μαθήματα προγεννητικής διδασκαλίας που διδάσκονται αποδεκτές μέθοδοι ανακούφισης του πόνου και συμβουλευτική καθοδήγηση . Από πλευράς των μαιών καλό θα ήταν να γίνεται κατάλληλος χειρισμός φαρμάκων όπου χρειάζεται, για την ανακούφιση από τον πόνο τους .[40]

4.8 Ο Ρόλος της Μαίας τις πρώτες ημέρες

Ο παγκόσμιος εορτασμός μαιών-των την 5^η Μαΐου καθιερώθηκε με σκοπό να αφυπνίσει το δημόσιο αίσθημα για τις καταστάσεις που σχετίζονται με τη «διασφάλιση της ασφάλειας» των γυναικών και νεογνών κατά την περιγεννητική περίοδο, εγκυμοσύνη- τοκετός- λοχεία και να εστιάσει στην επιρροή και την σημαντικότητα των μαιών για τις γυναίκες και τα νεογέννητα όλου του κόσμου.

- Το ίδιο σημαντικό είναι ο ρόλος της κατά την παραμονή της λεχωΐδας τις πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο. Όσο φυσιολογικός κι αν είναι ο τοκετός ο κίνδυνος ελλοχεύει για συμπτώματα αναπνευστικής δυσχέρειας, κυάνωση, προβλήματα σίτισης του νεογνού. Με την εμπειρία και τις γνώσεις της μπορεί να διαγνώσει πιθανές επιπλοκές στη μητέρα και στο νεογέννητο και να προβεί στην άμεση εφαρμογή παρεμβάσεων .
- Σημαντικός είναι ο ρόλος της και στο μητρικό θηλασμό. Ο πρώιμος δεσμός μητέρας- νεογέννητου με τα νεώτερα δεδομένα «skin to skin» γίνεται ενστικτωδώς παράλληλα με την έκκριση ορμονών της αγάπης. Η μαία κατευθύνει τη νέα θηλάζουσα μητέρα και προλαμβάνει οποιαδήποτε προβλήματα παρουσιασθούν. Βασικό της μέλημα είναι και η ψυχική ηρεμία μαζί με την σωματική υγεία της μητέρας και βρέφους.
Μόνο όταν η μητέρα είναι ήρεμη μπορεί να χαρεί και να νιώσει την κάθε στιγμή της λοχείας της και να ανταποκριθεί και στις ανάγκες του μωρού της. Ακόμα, η συμβολή της είναι καθοριστική στην εκπαίδευση για την

φροντίδα του μωρού: σίτιση, πλύσιμο, ύπνο, πρόληψη εμφάνισης μαστίτιδας, τραύμα θηλής.

- Απαραίτητη είναι η συνεργασία και με τους νέους γονείς. Ενημερώνει με ειλικρίνεια και σαφήνεια για την υποχρέωση που έχουν για την καινούργια ζωή που κρατούν στα χέρια τους και ότι θα πρέπει να έχουν μεταξύ τους αγάπη, συνεννόηση, συνεργασία για να το μεγαλώσουν.[41]

4.9 Βασικές γνώσεις και ικανότητες που θα πρέπει να διαθέτει η μαία-της στην Π.Φ.Υ.

Σεβασμό για τον τοπικό πολιτισμό και τα έθιμα και εξοικείωση με την διαπολιτισμική μαιευτική. Να γνωρίζει παραδοσιακές και μοντέρνες πρακτικές υγείας. Να είναι γνώστης του τι θα κάνει, σε τι θα προβεί για οποιαδήποτε έκτακτη φροντίδα και μεταφορά.

Να έχει συμμαχίες και βοήθεια όταν την χρειάζεται, αλλά και τεχνολογία διαθέσιμη για διερεύνηση αιτιολογικών παραγόντων κινδύνου.

Να υπάρχει η δυνατότητα να συμπληρώνουν, να συγκεντρώνουν, να προμηθεύονται, να χρησιμοποιούν και να συντηρούν τον εξοπλισμό που είναι κατάλληλος για τις πρακτικές υγείας. Υπεράσπιση και ενδυνάμωση των ασθενέστερων γυναικών –ασθενών που έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση.

Να δείχνουν κατανόηση στα ανθρώπινα δικαιώματα και να εξετάζουν τις επιδράσεις τους στην υγεία.

Να είναι γνώστες των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, των κινδύνων και τα οφέλη τους. Να υιοθετούν στρατηγικές που να ασκούν πίεση στις γυναίκες για εκμάθηση ασφαλών τακτικών στον τοκετό τους.

Να εντοπίζει τις άμεσες και έμμεσες αιτίες μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας στην τοπική κοινότητα, να γνωρίζει την κατάσταση της υγείας της κοινότητας, επιδημιολογία, τους περιβαλλοντικούς κινδύνους, τα λοιμώδη νοσήματα, την ύδρευση, την στέγαση και να διατηρεί στατιστικά στοιχεία.

Για λήψη απαραίτητων πόρων για μαιευτική φροντίδα θα πρέπει να έχει πρόσβαση και στις τοπικές υποδομές υγείας και στην τοπική

αυτοδιοίκηση. Σύμφωνα με τα παραπάνω και χρησιμοποιώντας την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας θα έχει ένα καλό αποτέλεσμα, ζωτικής σημασίας για την κοινότητα.[42]

Ερευνητικά δεδομένα.

Επαγγελματική Ικανοποίηση εργαζομένων Νοσηλευτών- Μαιών στην Ελλάδα.

Η Μόρου και άλλοι (2010) διεξήγαγαν έρευνα με σκοπό να μελετήσουν την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας νοσηλευτών και μεταξύ αυτών και 17 μαιών. Πρωτεύοντα ρόλο στην εργασιακή ικανοποίηση αναφέρεται η δυνατότητα παροχής ικανοποιητικής φροντίδας στον ασθενή, οι καλές εργασιακές σχέσεις και το θετικό συναίσθημα από την εργασία. [43]

Σχετικά με την εμπειρία που θα πρέπει να αποκτήσουν οι ασκούμενες μαιές και οι καθηγητές τους, έγινε μία μελέτη στην Βικτώρια της Αυστραλίας στα πλαίσια των μεταπτυχιακών προγραμμάτων με τετρακόσιες μία (401) φοιτήτριες από επτά (7) πανεπιστήμια.

Ο **σκοπός** ήταν να βιώσουν την εμπειρία της συνεχιζόμενης φροντίδας, εξατομικευμένα σε κάθε γυναίκα, μέσα από την εγκυμοσύνη, τοκετό και λοχεία και την μεταγεννητική περίοδο, ως μέρος των εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Απαραίτητη προϋπόθεση στην διάρκεια των σπουδών τους οι φοιτήτριες και οι καθηγητές τους, να είναι κοντά στις γυναίκες.

Τα **στοιχεία που προέκυψαν** είναι ότι και οι δύο ομάδες συμφώνησαν μετά την παρακολούθηση των περιστατικών τους, ότι η εμπειρία στην φροντίδα είναι σημαντική και θα πρέπει να περιλαμβάνονται σε όλα τα εκπαιδευτικά προγράμματα. [44]

Στην Μελβούρνη της Αυστραλίας κλήθηκαν όλοι οι φοιτητές της Μαιευτικής να συμμετέχουν σε έρευνα και να απαντήσουν κατά σειρά προτεραιότητας γιατί διάλεξαν το συγκεκριμένο επάγγελμα. Απάντησαν ότι:

- Το πρώτο βασικό κίνητρο που επέλεξαν την σχολή είναι ο <<Αλτρουισμός>>.
- Τους έθελγε η γοητεία για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.
- Και προσωπικά κίνητρα για μια ικανοποιητική επαγγελματική σταδιοδρομία.[45]

Ικανοποίηση γυναικών από την προγεννητική μαιευτική φροντίδα.

Η προγεννητική φροντίδα είναι υψηλής προτεραιότητας απαραίτητη για την πρόληψη των επιπλοκών του τοκετού. Αυτά ειπώθηκαν στο 10 Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο (2013) με αφορμή την έρευνα που έγινε Δημόσιο Νοσοκομείο Λευκωσίας της Κύπρου σε δείγμα 250 επιτόκων – λεχωίδων γυναικών σκοπό να διερευνήσει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας των επαγγελματιών υγείας και την ικανοποίηση των γυναικών από την προγεννητική φροντίδα μαιών και γιατρών . Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες έδωσαν το προβάδισμα στις μαιές σε σχέση με τους γιατρούς για τις παρεχόμενες πληροφορίες σχετικά με τη φροντίδα του μωρού. Επίσης οι γυναίκες απάντησαν ότι οι μαιές είναι πιο κοντά στις γυναίκες σε επικοινωνιακά ζητήματα συμπεριφοράς και σεβασμού προς αυτές και τους παρείχαν ανάλογες πληροφορίες . Μεγαλύτερη ικανοποίηση αναφέρθηκε από την παρεχόμενη προγεννητική φροντίδα των εγκύων γυναικών .[46]

Σε μια μεγάλη ποιοτική μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2009 οι συγγραφείς αναζήτησαν 36 δημοσιευμένες έρευνες από τις διεθνείς βάσεις δεδομένων με σκοπό να προσδιοριστούν οι εμπειρίες της προγεννητικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα μικρό ποσοστό γυναικών ανέφεραν ότι έτυχαν εξατομικευμένης φροντίδας με σεβασμό και αγάπη και ένα μικρό ποσοστό επίσης ανέφερε, ότι είχαν μεγάλη αναμονή στις επισκέψεις και η προγεννητική φροντίδα ήταν γρήγορη και μηχανική. Στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων οι γυναίκες απάντησαν ότι προτιμούν οι επισκέψεις να είναι με καθορισμένα ραντεβού χωρίς βιασύνη, να συναντώνται και με άλλες γυναίκες στην ομάδα για ανταλλαγή εμπειριών, να υπάρχει καλή επικοινωνία με τους Ε.Υ. για ενημέρωση και ανάπτυξη σχέσεων, έτσι ώστε να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους.

Αν η προγεννητική φροντίδα γίνει πιο ελκυστική και προσιτή μπορεί να βελτιώσει και την εμπειρία της κύησης .[47]

Σημαντική θεωρητική προοπτική για την Μαιευτική φροντίδα(2014)

Σε μεγάλο δημόσιο Νοσοκομείο της Ιορδανίας διεξήχθη τυχαιοποιημένη μελέτη με διακόσιες είκοσι έξι (226) πρωτότοκες επίτοκες, που ο τοκετός τους εξελίσσονταν ομαλά. Οι γυναίκες αυτές χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η μία ομάδα είχε συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδήγηση στην διάρκεια του τοκετού από έμπειρη μαία, για το τι επρόκειτο να συμβεί στην διάρκεια του τοκετού, καθώς τους παρείχε άνεση, σιγουριά και έπαινο. Η άλλη ομάδα είχε φαρμακευτική αντιμετώπιση για τον πόνο του τοκετού. Το αποτέλεσμα :οι δύο ομάδες ανέφεραν θετικά συναισθήματα όσον αφορά την ικανοποίηση από τον τοκετό χωρίς να έχουν στατιστικές διαφορές. Η ομάδα όμως που είχε την συμβουλευτική υποστήριξη ανέφερε πως είχε μια πολύ καλή εμπειρία. Το συμπέρασμα είναι ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως είναι η Ιορδανία με περιορισμένους οικονομικούς πόρους, η συμβουλευτική μαιευτική φροντίδα και υποστήριξη είναι οικονομικά αποδεκτή [48].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό της τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι μαιές –τες που εργάζονται στα Μαιευτικά / Γυναικολογικά τμήματα δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικά Μαιευτικά/Γυναικολογικά κέντρα και ΠΦΥ αντιλαμβάνονται την έννοια της μαιευτικής φροντίδας, με έναυσμα την σχετική απουσία αναλόγων ερευνητικών δεδομένων από τον ελλαδικό χώρο .

Συγκεκριμένα, εξετάστηκαν οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

- 1.Αν οι άνδρες εργαζόμενοι μαιευτές διαφέρουν από τις εργαζόμενες γυναίκες μαιές ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
- 2.Αν οι νεότεροι εργαζόμενοι σε ηλικία διαφέρουν από τους μεγαλύτερους ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
- 3.Αν τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας επηρεάζουν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι μαιές τη φροντίδα
- 4.Η συσχέτιση του τρόπου με τον οποίο οι μαιές - μαιευτές αντιλαμβάνονται την φροντίδα με τον αλτρουισμό

6. Πληθυσμός Μελέτης και Μέθοδος

Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 135 τουλάχιστον μαιές που εργάζονται στα Μαιευτικά / Γυναικολογικά τμήματα, δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά Μαιευτικά/Γυναικολογικά κέντρα και ΠΦΥ στην περιφέρεια Θεσσαλίας . Άδεια για την εκπόνηση της μελέτης δόθηκε αποτην αρμόδια Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια και διεξήχθει από τις 10/2/1014 εως 15/4/2014. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με κοινωνικοδημογραφικα στοιχεία και δύο σταθμισμένες κλίμακες, μία φροντίδας και μία αλτρουισμού. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν αφού πρώτα δίνονταν οι απαραίτητες πληροφορίες και επεξηγήσεις. Συμπεριεληφθησαν όλα τα δημόσια μαιευτήρια της περιφέρειας Θεσσαλίας και κάποια ιδιωτικά. Από τα 140 ερωτηματολόγια επεστράφησαν πλήρως συμπληρωμένα τα 135.Αναλυτικός πίνακας δίνεται στο παράρτημα.

Ως κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα ορίστηκαν τα κάτωθι:

1. Η μη επιθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα.
2. Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο λιγότερη από 1 έτος.
3. Η απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα ελήφθη από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο της παρούσας μελέτης σε συνεργασία με τον ερευνητή.

6.1.Ερευνητικά εργαλεία:

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από τέσσερις ενότητες. Η πρώτη ενότητα χρησιμοποιείται για την καταγραφή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν στο φύλο, στην ηλικία, στην οικογενειακή κατάσταση, στο μορφωτικό επίπεδο, στον τόπο διαμονής, καθώς και στην επαγγελματική κατάσταση του ερωτηθέντος. Η δεύτερη ενότητα αφορά σε ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της φροντίδας, το οποίο είναι αποτέλεσμα μετάφρασης και προσαρμογής στα Ελληνικά, του αρχικού ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου. Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει την κλίμακα Altruism Scale των Ahmed και Jackson (1979), για την μέτρηση της διάστασης του αλτρουισμού. Συγκεκριμένα:

Ερωτηματολόγιο φροντίδας (GR- NDI-24): Το αρχικό ερωτηματολόγιο φροντίδας NDI-35 σχεδιάστηκε για να βοηθήσει στη διερεύνηση της σπουδαιότητας που έχουν για τη μαία-τη οι παράμετροι της φροντίδας, όπως σκιαγραφούνται στα στοιχεία του ερωτηματολογίου [49]. Οι απαντήσεις δίνονται σε 5-βαθμη κλίμακα likert και η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων. Μικρότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε υψηλότερη σημαντικότητα των παραμέτρων φροντίδας. Από το αρχικό ερωτηματολόγιο και μετά από προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα προέκυψε το GR – NDI – 24. Περιλαμβάνει την υποκλίμακα κλινικού έργου με 18 ερωτήσεις και την κλίμακα αναγκών του ασθενούς με 6 ερωτήσεις [50].

Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979): Για την μέτρηση της διάστασης του Αλτρουισμού χρησιμοποιείται ειδικό

ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από οχτώ δηλώσεις τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως), που περιγράφουν την αλτρουιστική συμπεριφορά (προσαρμοσμένη στα ελληνικά, με βάση την υποκλίμακα του αλτρουισμού και ζητά από τους ερωτώμενους να δηλώσουν τον βαθμό στο οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις οχτώ ερωτήσεις, με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού (Ahmed & Jackson, 1979), για την μέτρηση της διάστασης του αλτρουισμού. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί στον ελλαδικό χώρο και παρουσιάζει επαρκή εσωτερική αξιοπιστία ($\alpha=0,79$) (Parageorgiou, 2009) (Ζουμπής και συν. 2014).

Στοιχεία Δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίνεται στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν την διεξαγωγή μιας ψυχολογικής έρευνας. Ειδικότερα:

1. Τηρήθηκε και θα συνεχίζει να τηρείται πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν στους εξεταζόμενους και διαφυλάσσεται η ασφάλεια του σχετικού υλικού.
2. Κατοχυρώνεται η ανωνυμία των εξεταζόμενων .
3. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνο από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα.

6.2 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S. 17.0. Κατά την φάση της ανάλυσης, για την περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση), όπως

και η διάμεσος τιμή και το ενδοτετρατημοριακό εύρος (25η εκ. θέση-75η εκ. θέση), καθώς και ιστογράμματα/ραβδογράμματα του ποσοστού των εργαζομένων ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα και υποκλίμακα. Για τη σύγκριση των τιμών που αφορούν τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες (Kruskal –Wallis και Mann-Whitney –U test), λόγω μη κανονικής κατανομής των ψυχομετρικών παραμέτρων, όπως προέκυψε από τον έλεγχο με τη δοκιμασία Shapiro –Wilk. Η post-hoc ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την επίσης μη παραμετρική δοκιμασία Dunn. Η κλίμακα φροντίδας στο σύνολό της έδειξε εξαιρετική εσωτερική αξιοπιστία (συντελεστής α Cronbach ίσο με 0,90 – $\alpha=0,60$ για την κλίμακα αναγκών και 0,88 για την κλίμακα κλινικού έργου) το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

7.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Περιγραφική στατιστική

Πίνακας 1: Παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από γυναίκες μαιές, καθώς δεν υπάρχουν άντρες μαιευτές στην περιφέρεια Θεσσαλίας. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος στην πλειονότητα τους οι μαιές ήταν έγγαμοι (65,9%). Το εκπαιδευτικό επίπεδο σχεδόν όλων ήταν αυτό του ΤΕΙ (98,5%), χωρίς μεταπτυχιακές σπουδές (90,4%).

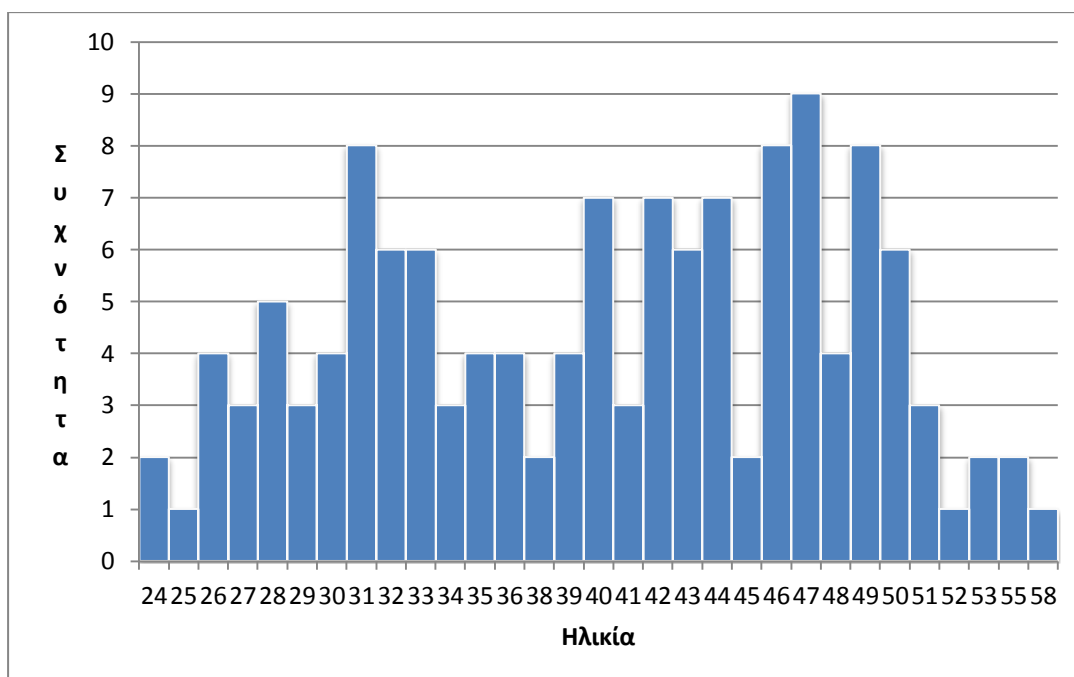
➤ Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	N	%
Φύλο		
Γυναίκα	135	100,0
Σύνολο	135	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	37	27,4
Έγγαμος/η	89	65,9
Διαζευγμένος/η	7	5,2
Χήρος/α	2	1,5
Σύνολο	135	100,0
Αδέλφια		
Ναι	131	97,0
Όχι	4	3,0
Σύνολο	135	100,0
Παιδιά		
Ναι	96	71,1
Όχι	39	28,9
Σύνολο	135	100,0
Συντροφική κατάσταση		
Υπάρχει	96	71,1
Δεν υπάρχει	39	28,9
Σύνολο	135	100,0
Τόπος διαμονής		
Χωριό/ Κομόπολη	26	19,3
Πόλη < 150.000 κατοίκους	35	25,9
Πόλη > 150.000 κατοίκους	74	54,8
Σύνολο	135	100,0
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Απόφοιτος ΑΕΙ	2	1,5
Απόφοιτος ΤΕΙ	133	98,5

Σύνολο	135	100,0
Μεταπτυχιακές σπουδές		
Master	9	6,7
PhD	4	3,0
Κανένα	122	90,4
Σύνολο	135	100,0

Γράφημα 1. Ηλικία

Ο μέσος όρος της ηλικίας των ερωτώμενων είναι τα 39,76 έτη, με μικρότερη ηλικία τα 24 και μεγαλύτερη τα 58 έτη.(γράφημα 1)



- **Πίνακας 2. Επαγγελματική εμπειρία των μαιών του δείγματος**
- Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (25,9%) είχε προϋπηρεσία περισσότερα από 20 έτη.(πίνακας 2)

	N	%
Επαγγελματική εμπειρία		
0-5 έτη	27	20,0
5-10 έτη	29	21,5
10-15 έτη	24	17,8
15-20 έτη	20	14,8
Περισσότερα από 20 έτη	35	25,9
Σύνολο	135	100,0

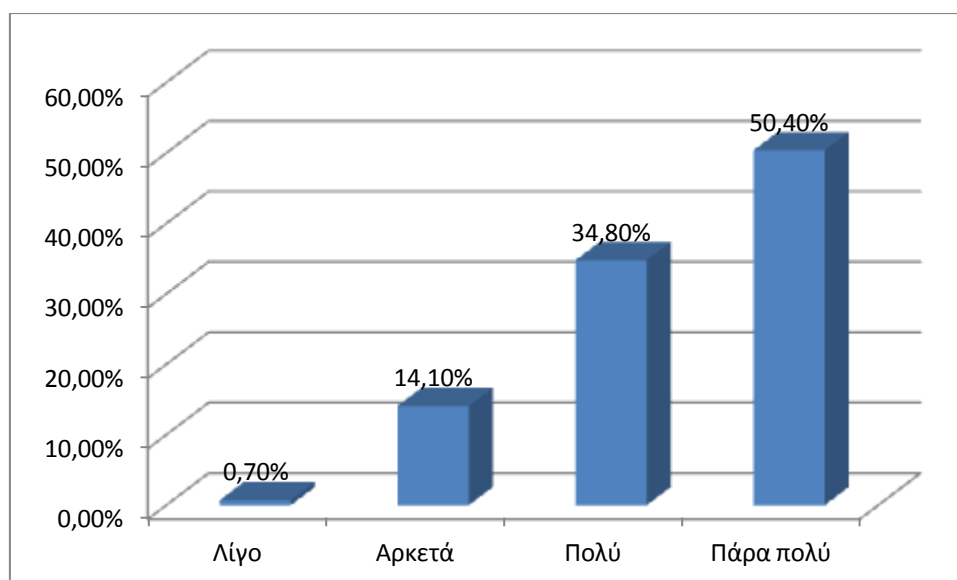
➤ **Πίνακας 3. Προφίλ του δείγματος**

- Σχεδόν το ήμισυ του δείγματος (49,6%) έχει πάρει το όνομα του από την πατρική γιαγιά, ενώ το (47,4%) και το (39,3%) πιστεύει ότι ως προς την φυσιognωμία του και ως προς τον χαρακτήρα του μοιάζει στον πατέρα

	N	%
Ονοματοδοσία		
Πατρικού παππού	9	6,7
Μητρικού παππού	8	5,9
Πατρικής γιαγιάς	67	49,6
Μητρικής γιαγιάς	31	23,0
Άλλου	20	14,8
Σύνολο	135	100,0
Φυσιognωμία		
Μητέρα	57	42,2
Πατέρα	64	47,4
Γιαγιά	3	2,2
Μητέρα και πατέρα	11	8,1
Σύνολο	135	100,0
Χαρακτήρα		
Μητέρα	42	31,1
Πατέρα	53	39,3
Γιαγιά	1	0,7
Παππού	1	0,7
Μητέρα και πατέρα	31	23,0
Κανένα	7	5,2
Σύνολο	135	100,0

Γράφημα 2. Επίπεδο μαιίας (ίδια άποψη)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρεί τον εαυτό του πολύ (34,8%) και πάρα πολύ (50,4%) καλό στην δουλειά του. (γράφημα 2)



Στον πίνακα 4 που ακολουθεί, παρουσιάζονται αναλυτικά οι διάμεσες τιμές και το ενδοτεταρτιμοριακό εύρος ανά ερώτηση. Η κλινική επάρκεια, η προτεραιότητα στις ανάγκες του ασθενούς, η προστασία της ιδιωτικότητας, η δημιουργία ευχάριστης ατμόσφαιρας, η καθυσύχαση της ασθενούς σε μια κλινική διαδικασία, η παρατήρηση της επίδρασης ενός φαρμάκου, καθώς και η μέτρηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς, ήταν οι ερωτήσεις στις οποίες η φροντίδα αξιολογήθηκε ως εξαιρετικά σημαντική. Οι παράμετροι ως λίγο σημαντικές αφορούσαν το να ασχολείται η μαία με τα προβλήματα της κάθε ασθενούς ατομικά, να κάθεται με μια ασθενή, να διερευνά τον τρόπο ζωής της ασθενούς και η ενασχόληση με τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Η παράμετρος που συγκέντρωσε την μεγαλύτερη βαθμολογία αφορά την προτεραιότητα των αναγκών των ασθενών πριν από τις προσωπικές ανάγκες των Ε.Υ.

➤ Πίνακας 4. Αναλυτική βαθμολογία στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου φροντίδας

		Δ*
		(25^η εκ. θέση-75^η εκ. θέση)
1	Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της	2,00 (1,00-3,00)
2	<i>Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία*</i>	1,00 (1,00-1,00)
3**	Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά	2,00 (1,00-3,00)
4	<i>Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή</i>	1,00 (1,00-1,00)
5	Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή	2,00 (2,00-4,00)
6	<i>Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς</i>	1,00 (1,00-1,00)
7	<i>Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή</i>	1,00 (1,00-1,00)
8	Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της	3,00 (1,00-4,00)
9	Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	2,00 (1,00-4,00)
10	Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	1,00 (1,00-3,00)
11	Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο	1,00 (1,00-3,00)
12	Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή	1,00 (1,00-2,00)
13	Να ντύνεσαι προσεγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς	1,00 (1,00-2,00)
14	Να κάθεσαι με έναν ασθενή	3,00 (2,00-4,00)
15	Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή	3,00 (2,00-4,00)
16	Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε έναν ανώτερο ιεραρχικά νοσηλευτή	1,00 (1,00-2,00)

17	Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας	1,00 (1,00-2,00)
18	Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή	1,00 (1,00-2,00)
19	Να ακούς τον ασθενή	1,00 (1,00-2,00)
20	Να συμβουλεύεσαι τον γιατρό για τον ασθενή	1,00 (1,00-2,00)
21	Να καθοδηγείς τον ασθενή για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο κ.λπ.)	1,00 (1,00-2,00)
22	Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή(π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)	1,00 (1,00-1,00)
23	Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)***	2,00 (1,00-3,00)
24	Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	1,00 (1,00-1,00)

Δ* = Διάμεσος Τιμή

*με πλάγια γραφή οι ερωτήσεις με την ευνοϊκότερη στάση

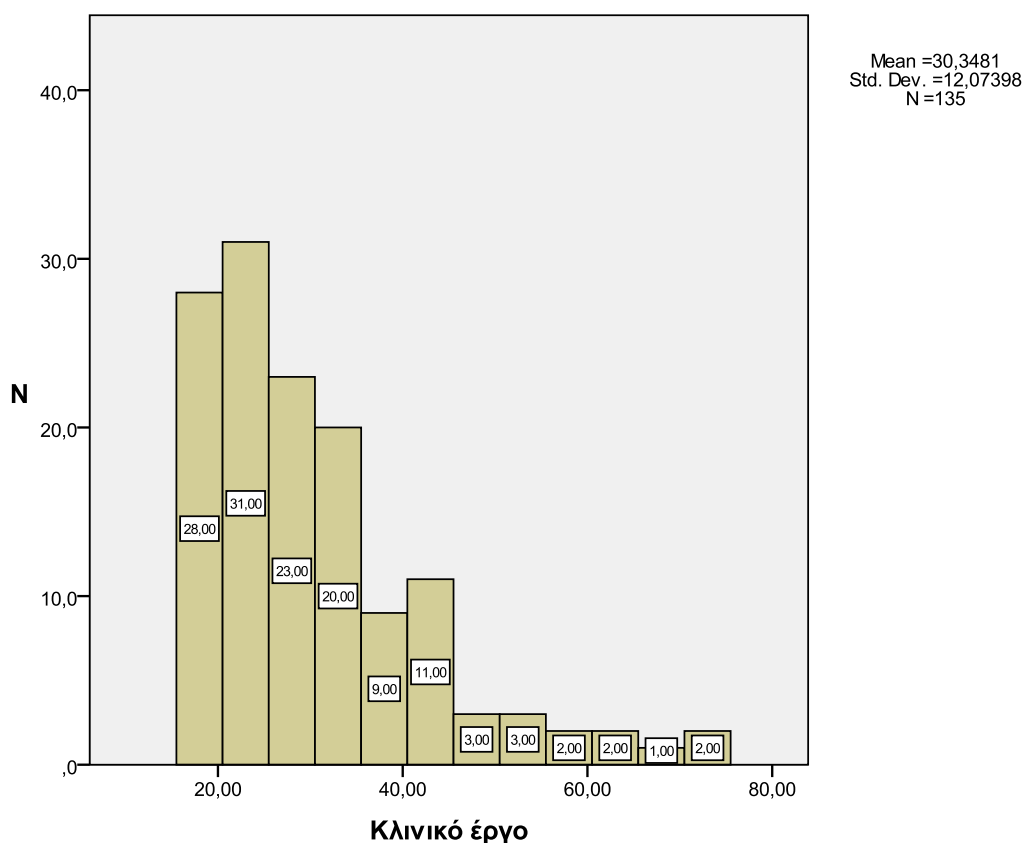
**με έντονη γραφή οι ερωτήσεις τις υποκλίμακας αναγκών του ασθενούς

***Στην ερώτηση αυτή οι μαίες με εμπειρία > 20έτη έδωσαν την τιμή 1 σε ποσοστό 54,5%, υψηλότερα από όλες τις άλλες ομάδες προϋπηρεσίας.

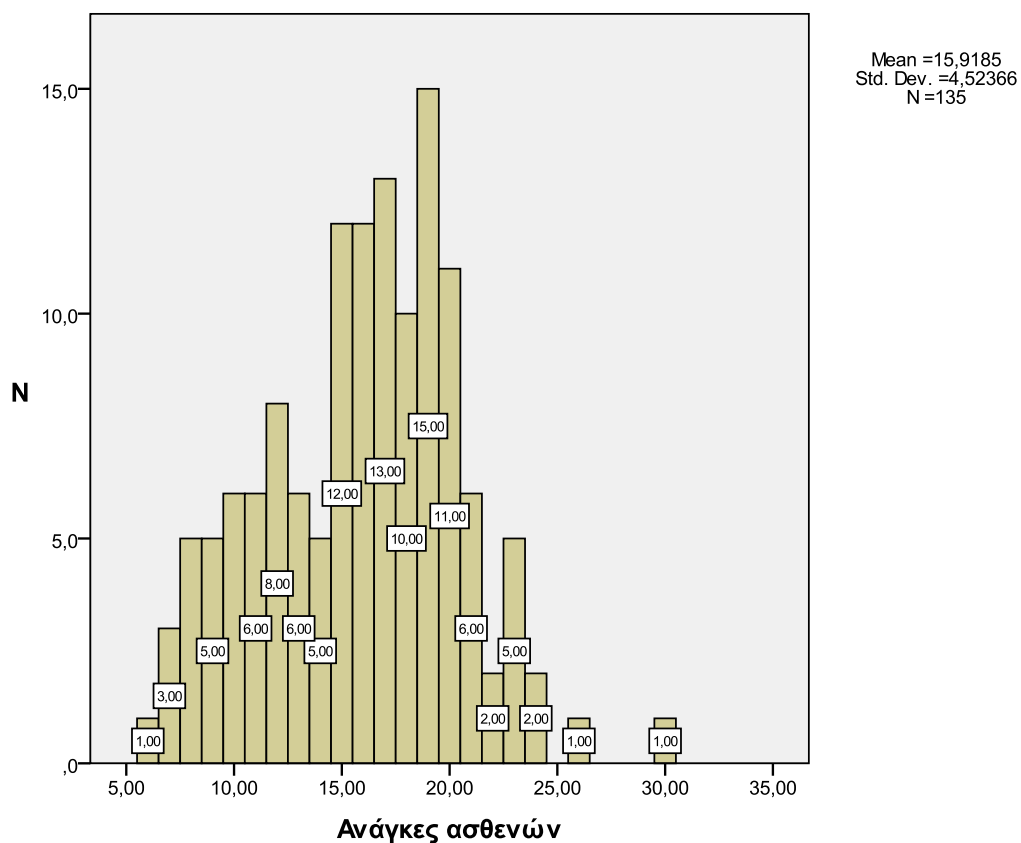
Στα παρακάτω γραφήματα απεικονίζονται με τη μορφή ιστογράμματος οι βαθμολογίες στις υποκλίμακες κλινικού έργου και αναγκών ασθενούς. Ακολουθεί η κατανομή της βαθμολογίας του αλτρουισμού. Οι μαίες του δείγματος εμφάνισαν υψηλά επίπεδα αλτρουισμού (28,04±4,59) και αντίληψης σημαντικότητας της φροντίδας

(46,26±14,53). Οι βαθμολογίες στην υποκλίμακα κλινικού έργου και αναγκών ασθενούς ήταν αντίστοιχα 30,34±12,07 και 15,92±4,52. Οι βαθμολογίες στη φροντίδα ήταν χαμηλότερες από εκείνες που αναφέρονται στη μελέτη στάθμισης της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου, δείχνοντας ενδεχομένως ευνοϊκότερη στάση των μαιών απέναντι στη σημαντικότητα της φροντίδας. Η κλίμακα αλτρουισμού συγκέντρωσε υψηλή βαθμολογία συγκρινόμενη με άλλη ελληνική μελέτη [51].

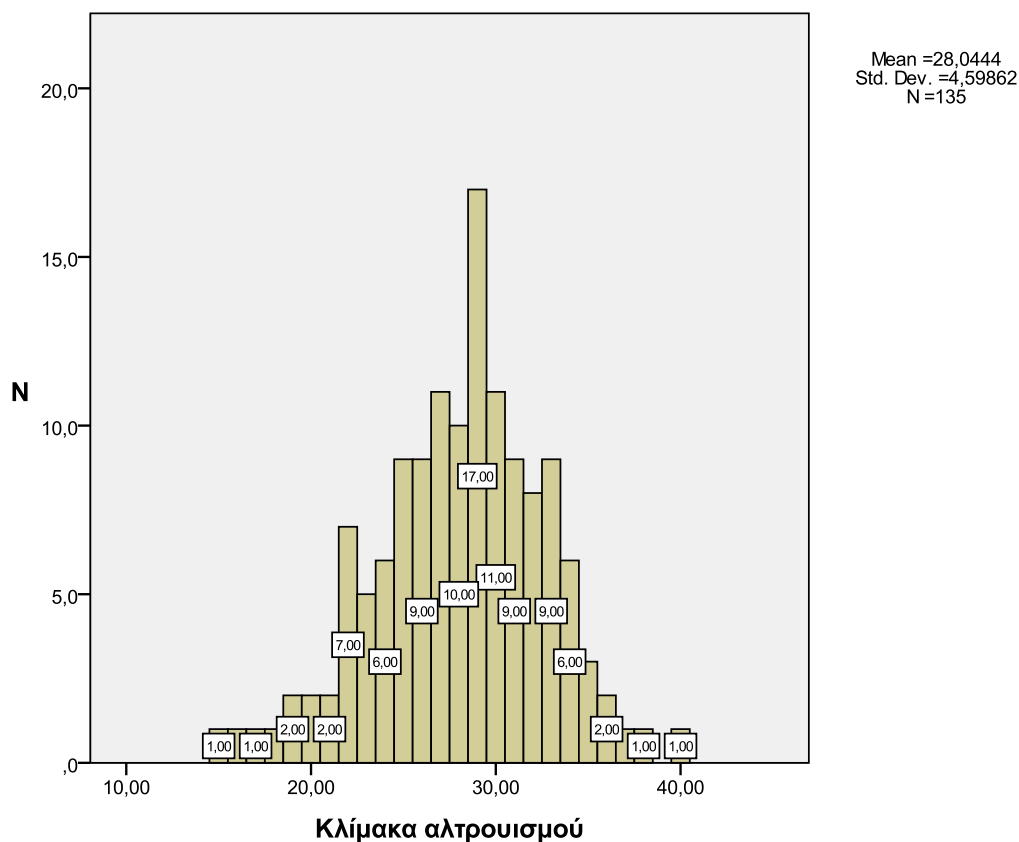
Γράφημα 3. Κατανομή βαθμολογίας στην κλίμακα κλινικού έργου



Γράφημα 4. Κατανομή βαθμολογίας στην κλίμακα αναγκών ασθενούς



Γράφημα 5. Κατανομή βαθμολογίας στην κλίμακα αλτρουισμού



7.2 Επαγωγική στατιστική

Αναφορικά με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα φροντίδας, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε σχέση με τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας: Οι μαίες με τη μεγαλύτερη δυνατή εμπειρία εμφάνισαν την πιο ευνοϊκή στάση απέναντι στη φροντίδα, με διαφορά σημαντική ιδιαίτερα από την ομάδα 0-5 έτη, αλλά και από τις ομάδες 5-10 και 10-15 ετών προϋπηρεσίας ($p < 0,05$).

➤ Πίνακας 5. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο NDI σε σχέση με

δημογραφικά/εργασιακά χαρακτηριστικά (συνολική βαθμολογία)

NDI (συνολική βαθμολογία)	Δ(IQR)*	Στατιστική Δοκιμασία	p
Ηλικιακή ομάδα		Mann-Whitney U (Z)	
≤ 41	44 (39,00-53,500)	-1,315	0,189
> 41	42 (33,500-53,25)		

Οικογενειακή κατάσταση		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
Άγαμος/η	46,00 (37,50-59,00)	2,119	0,347
Έγγαμος/η	42,00 (35,50-52,50)		
Διαζευγμένος/η- Χήρος/α	39,00 (31,00-52,50)		
Τόπος διαμονής		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
Χωριό/ Κωμόπολη	48,50 (38,75-59,00)	4,571	0,102
Πόλη < 150.000 κατοίκους	40,00 (33,00-50,00)		
Πόλη > 150.000 κατοίκους	43,00 (36,75-52,25)		
Επαγγελματική εμπειρία		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
0-5 έτη	48,00 (40,00-63,00)	10,281	0,036
5-10 έτη	43,00 (38,00-53,50)		
10-15 έτη	45,50 (39,50-51,00)		
15-20 έτη	41,50 (37,25-52,50)		
Περισσότερα από 20 έτη	36,00 (31,00- 51,00)*		
Μεταπτυχιακές σπουδές		Mann-Whitney U (Z)	
Μάστερ/ Διδακτορικό	42,00 (38,00-54,00)	-0,034	0,973
Κανένα	43,00 (36,00-53,00)		
*Στατιστικά σημαντική διαφορά με τις ομάδες 0-15 έτη , Dunn's test, $p < 0,05$			

- **Πίνακας 6. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο NDI σε σχέση με δημογραφικά/εργασιακά χαρακτηριστικά (κλινικό έργο)**
- Αναφορικά με το κλινικό έργο, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε σχέση με τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας: οι μαίες με τη μεγαλύτερη δυνατή εμπειρία εμφάνισαν την πιο ευνοϊκή στάση απέναντι στο κλινικό έργο, με διαφορά σημαντική από όλες τις ομάδες ετών προϋπηρεσίας ($p < 0,05$).
- Διαφορά επίσης παρουσιάστηκε και σε σχέση με τον τόπο διαμονής, με τις μαίες που κατοικούν σε αστικά κέντρα μεσαίου μεγέθους να εμφανίζουν πιο ευνοϊκή στάση.

Κλινικό έργο	Δ(IQR)*	Στατιστική Δοκιμασία	p
Ηλικιακή ομάδα		Mann-Whitney U (Z)	
≤ 41	29,00 (23,00-35,50)	-1,678	0,093
> 41	26,00 (19,00-35,25)		
Οικογενειακή κατάσταση		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
Άγαμος/η	30,00 (22,00-42,00)	2,746	0,253
Έγγαμος/η	27,00 (22,00-34,50)		
Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	27,00 (18,50-32,50)		
Τόπος διαμονής		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
Χωριό/ Κωμόπολη	31,00 (24,75-42,25)	6,786	0,034
Πόλη < 150.000 κατοίκους	24,00 (20,00-32,00)*		
Πόλη > 150.000 κατοίκους	27,00 (21,75-34,25)		
Επαγγελματική εμπειρία		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
0-5 έτη	31,00 (24,00-45,00)	11,702	0,020
5-10 έτη	27,00 (21,50-33,50)		
10-15 έτη	27,50 (22,50-35,00)		
15-20 έτη	28,00 (22,00-34,50)		
Περισσότερα από 20 έτη	22,00 (18,00-31,00)**		
Μεταπτυχιακές σπουδές		Mann-Whitney U (Z)	
Μάστερ/ Διδακτορικό	30,00 (21,00-36,00)	-0,007	0,994
Κανένα	27,00 (22,00-35,25)		
*Στατιστικά σημαντική διαφορά με χωριό/κωμόπολη, Dunn's test, p<0,01			
**Στατιστικά σημαντική διαφορά με τις όλες τις ομάδες 0-20 έτη , Dunn's test, p<0,05			

**Πίνακας 7. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο NDI σε σχέση με
δημογραφικά/εργασιακά χαρακτηριστικά (ανάγκες ασθενούς)**

Αναφορικά με τις ανάγκες ασθενούς, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε σχέση με τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας: οι μαίες με εμπειρία μεγαλύτερη των 15 ετών εμφάνισαν την πιο ευνοϊκή στάση απέναντι στις « ανάγκες ασθενούς», με διαφορά σημαντική από τις άλλες τρεις ομάδες ετών προϋπηρεσίας ($p < 0,05$).

Ανάγκες ασθενούς	Δ(IQR)*	Στατιστική Δοκιμασία	p
Ηλικιακή ομάδα		Mann-Whitney U (Z)	
≤ 41	16,00 (13,00-19,00)	-0,174	0,862
> 41	17,00 (12,00-19,00)		
Οικογενειακή κατάσταση		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
Άγαμος/η	16,00 (12,50-19,00)	0,070	0,966
Έγγαμος/η	16,00 (12,50-19,00)		
Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	18,00 (9,50-19,50)		
Τόπος διαμονής		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
Χωριό/Κωμόπολη	15,50 (13,00-19,00)	0,154	0,926
Πόλη < 150.000 κατοίκους	17,00 (10,00-20,00)		
Πόλη > 150.000 κατοίκους	16,00 (14,00-19,00)		
Επαγγελματική εμπειρία		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
0-5 έτη	16,00 (12,00-19,00)	10,577	0,032
5-10 έτη	18,00 (15,50-20,00)		
10-15 έτη	17,50 (15,00-19,00)		
15-20 έτη	15,50 (11,25-17,75)*		
Περισσότερα από 20 έτη	15,00 (10,00-18,00)*		
Μεταπτυχιακές σπουδές		Mann-Whitney U (Z)	
Μάστερ/Διδακτορικό	15,00 (12,00-20,00)	-0,247	0,805
Κανένα	16,00 (12,00-19,00)		
*Στατιστικά σημαντική διαφορά με τις όλες τις ομάδες 0-15 έτη , Dunn's test, $p < 0,05$			

Πίνακας 8. Διαφορές στην κλίμακα αλτρουισμού σε σχέση με δημογραφικά/εργασιακά χαρακτηριστικά

Δεν παρατηρηθήκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα αλτρουισμού σε σχέση με δημογραφικά/εργασιακά χαρακτηριστικά.

Αλτρουισμός	Δ(IQR)*	Στατιστική Δοκιμασία	p
Ηλικιακή ομάδα		Mann-Whitney U (Z)	
≤ 41	28,00 (26,00-30,50)	-0,580	0,562
> 41	29,00 (24,75-32,00)		
Οικογενειακή κατάσταση		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
Άγαμος/η	28,00 (26,00-31,50)	0,168	0,920
Έγγαμος/η	29,00 (25,00-31,00)		
Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	28,00 (25,50-30,50)		
Τόπος διαμονής		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
Χωριό/ Κωμόπολη	27,00 (23,75-30,00)	2,070	0,355
Πόλη < 150.000 κατοίκους	29,00 (25,00-33,00)		
Πόλη > 150.000 κατοίκους	28,50 (25,75-31,00)		
Επαγγελματική εμπειρία		Kruskal – Wallis (Chi Square)	
0-5 έτη	28,00 (24,00-33,00)	2,996	0,558
5-10 έτη	27,00 (24,50-30,00)		
10-15 έτη	29,00 (26,25-30,00)		
15-20 έτη	28,50 (24,25-31,75)		
Περισσότερα από 20 έτη	29,00 (25,00-33,00)		
Μεταπτυχιακές σπουδές		Mann-Whitney U (Z)	
Μάστερ/ Διδακτορικό	30,00 (28,00-32,00)	-1,294	0,196
Κανένα	28,00 (25,00-31,00)		

Πίνακας 9.Συσχέτιση αλτρουισμού και σημαντικότητας φροντίδας

N=135			Συνολική βαθμολογία	Κλινικό έργο	Ανάγκες ασθενούς
	Αλτρουισμός	Rho	-0,290	-0,195	-0,311
		p	0,001	0,023	<0,001
	Συνολική βαθμολογία NDI	Rho		0,935	0,716
		p		<0,001	<0,001
	Κλινικό έργο	Rho			0,461
		p			<0,001

Σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ αλτρουισμού και σημαντικότητας φροντίδας (συνολική και υποκλίμακες) που σημαίνει ότι υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού συνοδεύονται από υψηλότερα επίπεδα σημαντικότητας φροντίδας (υπενθυμίζεται ότι μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα φροντίδας σημαίνει υψηλότερη σημαντικότητα).

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι μαίες εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αντίληψης του ρόλου τους και της σπουδαιότητας της φροντίδας που παρέχουν προς τη γυναίκα, τόσο σε επίπεδο αμιγώς κλινικού έργου, όσο και σε επίπεδο πνευματικών αναγκών της γυναίκας. Εμφανίζουν επίσης υψηλά επίπεδα αλτρουισμού, δηλωτικά επίσης του αισθήματος προσφοράς προς τη γυναίκα. Συγκριτικά με την πρόσφατη μελέτη στάθμισης του NDI-24 στον ελληνικό πληθυσμό, οι τιμές στην παρούσα μελέτη είναι μικρότερες, γεγονός που σημαίνει υψηλότερη σημαντικότητα των παραμέτρων φροντίδας (κλινικού έργου και αναγκών ασθενούς). Επίσης σε σχέση με τη μελέτη της Παπαβασιλείου (2012), τα επίπεδα αλτρουισμού εμφανίζονται υψηλότερα [51]. Τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να ερμηνευτούν, αν λάβουμε υπόψη τον πολύπλευρο ρόλο της μαίας, την ανάπτυξη μιας βαθιάς σχέσης με τη γυναίκα, αφού συνήθως αυτή αναπτύσσεται σε βάθος χρόνου και αφορά πολλά και ευαίσθητα ζητήματα της γυναίκας.

Πράγματι, η μαία συμμετέχει σε κάποιες από τις πλέον σημαντικές, όμορφες, αλλά και συχνά κοπιαστικές εμπειρίες της γυναίκας, όπως είναι η εγκυμοσύνη και η γαλουχία. Ειδικά η εγκυμοσύνη αποτελεί για μία γυναίκα ίσως την πιο σημαντική πιο όμορφη περίοδο της ζωής της, που η φυσική της κατάληξη, ο τοκετός, είναι ένα φυσιολογικό γεγονός. Οι μεταβολές σε βιο-ψυχο-κοινωνικό επίπεδο που συντελούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ σημαντικές και χρειάζεται κόπος και χρόνος για την προσαρμογή της γυναίκας. Από την αρχαιότητα μέχρι τις μέρες μας, η μαία είναι ο συμπαραστάτης της γυναίκας στην προσπάθεια εξοικειώσής της με αυτές τις μεταβολές. Άλλωστε, σύμφωνα με τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών, η Μαία είναι η Επαγγελματίας Υγείας που φροντίζει για την εκπαίδευση και την προετοιμασία των γονέων στην οικογένεια και ευρύτερα στην κοινωνία [52].

Συνεπώς, η πολυεπίπεδη αυτή φροντίδα τοποθετεί τη μαία σε κεντρική θέση σε αυτήν την περίοδο της γυναίκας. Καλείται να αναπτύξει

ιδιαίτερες δεξιότητες και να φροντίσει ενεργά την έγκυο, γεγονός που αποτυπώνεται εύγλωττα και στην αντίστοιχη αγγλική ορολογία. Η αντίστοιχη αγγλική λέξη για τη Μαία είναι "Midwife". Το πρόθεμα "mid" ερμηνεύεται ως "με, μαζί" ή "ανάμεσα". Θεωρείται ότι η Μαία είναι εκείνη που βρίσκεται μαζί με τη γυναίκα, δίπλα της, την ώρα που τη χρειάζεται, αλλά και "ανάμεσα" στον άνδρα και στη γυναίκα του. Και αυτό τονίζει τη σπουδαιότητα, αλλά και την κοινωνική αναγνώριση του ρόλου τη[52] [53-54].

Αναπόφευκτα αναπτύσσονται λοιπόν στενοί δεσμοί με τη γυναίκα. Η μαία, θα πρέπει να έχει αναπτύξει τη συναισθηματική της ευφυΐα, να γνωρίζει τους φόβους της και να καταπολεμά την άγνοιά της. Η μαία γνωρίζει πολύ καλά τη διαδικασία του τοκετού, αφού αυτή είναι η πρώτιστη εργασία της και προσπαθεί να τη συμβιβάσει με το ουσιαστικό όφελος της επίτοκης και του νεογνού. Μια τέτοια σχέση εκ των πραγμάτων δεν μπορεί να είναι μόνο επαγγελματική, καθώς στο πρόσωπό της γυναίκας η μαία βλέπει τη γυναίκα, τη μάνα, τη μητρότητα, αλλά και τον ίδιο της τον εαυτό και αναστοχάζεται πάνω στις δικές της αντίστοιχες εμπειρίες [53-54]. Η μαία είναι εκείνη που συμμετέχει ενεργά και κατευθύνει την επικοινωνία των συντρόφων, συναισθάνεται, -συν-εργάζεται και συμ-μετέχει προκειμένου να απομακρύνει φόβους και προκαταλήψεις και να λύσει απορίες, πάντα μέσα σε ένα κλίμα συμμετοχικής διαδικασίας, ανοιχτής συζήτησης και ελεύθερης ανταλλαγής ιδεών και συναισθημάτων.

Η προσέγγιση αυτή δίνει τη δύναμη στη γυναίκα να συμμετέχει ενεργά στον τοκετό και το θηλασμό, ακόμα και στην προγεννητική φροντίδα, που αποτελεί ένα σχετικά νέο πεδίο για τις μαίες. Ενισχύει την αυτονομία της γυναίκας και την καθιστά ικανή να βιώσει θετικά τις επικείμενες εμπειρίες.

Καταγράφεται μεγάλη ανάγκη των γυναικών για επαρκή πληροφόρηση ειδικά κατά την προγεννητική περίοδο και η ορθή παροχή της συμβάλλει στην ηρεμία, την ικανοποίηση της γυναίκας και κατ'επέκταση στην ομαλή έκβαση του τοκετού. Έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες θέλουν να γνωρίσουν καλά τη μαία τους και να τη θυμούνται και ζητούν από αυτή να γνωρίσει σε βάθος τις επιθυμίες τους και τις αντιδράσεις τους [55-56].

Αυτή η ιδιαίτερη σχέση της μαίας με τη γυναίκα απαιτεί αρετές που αναπόφευκτα αναπτύσσονται και τελειοποιούνται σε βάθος χρόνου. Η υπευθυνότητα, η συμβουλευτική/καθοδήγηση, ο σεβασμός, η εμπιστοσύνη και η ενσυναίσθηση χρειάζονται εσωτερικές, επίπονες και χρονοβόρες διεργασίες για να εδραιωθούν, πρώτα μέσα στον ίδιο τον φροντιστή, που στην περίπτωση της μελέτης αυτής είναι η μαία. Οι γνώσεις και οι εμπειρίες του φροντιστή βοηθούν στην κατανόηση του κοινωνικού του ρόλου και στην αλτρουιστική προσφορά βοήθειας [57]. Άλλωστε ο αλτρουισμός συνδέεται με αξίες που οδηγούν στην υπέρβαση του εγώ και στην ενεργό συμμετοχή στην κοινωνική αλληλοβοήθεια, ως αντίδοτο στον ατομισμό και στην εσωστρέφεια. Η κατανόηση των αναγκών της γυναίκας και η μεγιστοποίηση της προσφοράς προς αυτήν επιτελείται μέσα από την αναγνώριση των δικών της συναισθημάτων και αναγκών και το σεβασμό της διαφορετικότητας κάθε γυναίκας, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε άλλους επαγγελματίες υγείας [58]

Ως αποτέλεσμα οι μαίες θα μπορούν να εστιάσουν καλύτερα στις ανάγκες της γυναίκας. Η διαδικασία αυτή ωστόσο χρειάζεται χρόνο, χρόνο ζωής για τη μαία. Πέρα από τις κατευθυντήριες οδηγίες, απαιτείται προσωπική σμίλευση ψυχής που έρχεται με την εμπειρία και τα χρόνια. Ίσως γιαυτό και οι μαίες με πολλά χρόνια εμπειρίας είναι εκείνες που εκτίμησαν περισσότερο από όλες, την σπουδαιότητα της φροντίδας, πράγμα που αποτυπώνεται ανάγλυφα στην ερώτηση για την προτεραιότητα των αναγκών της ασθενούς.

Εκεί με σημαντική διαφορά οι μαίες με τα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας απαντούν «χωρίς περιστροφές» ότι είναι ίσως το σημαντικότερο κομμάτι του έργου τους.

Στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα πρέπει ακόμη να ληφθεί υπόψη ότι το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε μαίες από την πρωτοβάθμια, αλλά και δευτεροβάθμια φροντίδα, με διαφορετικά καθήκοντα, οπότε οι απαντήσεις τους συγκεφαλαιώνουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών των γυναικών και αντίστοιχα δικών τους ρόλων. Οι ευθύνες μιας μαίας διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τόπο και τον τομέα εργασίας. Στα δημόσια μαιευτήρια μια μαία μπορεί να αναλάβει σχεδόν μονη της τη διαδικασία του τοκετού, ενώ στις ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως αρωγός του μαιευτήρα και εμπλέκεται

στην προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα εμπλέκεται και στη γενική περίθαλψη, καθώς και σε όλα τα στάδια της εγκυμοσύνης, τον τοκετό και τη λοχεία, όπως και στην εκπαίδευση της γυναίκας και του ζεύγους. Πιθανόν το ότι σε αστικά κέντρα μεσαίου μεγέθους αποδίδεται μεγαλύτερη σημαντικότητα στη φροντίδα να σχετίζεται με τα παραπάνω: το χωριό/ κωμόπολη είναι μικρό για αποτελεσματική πολυεπίπεδη φροντίδα, η μεγαλούπολη είναι πιο απρόσωπη για καλή σχέση γυναίκας-μαίας. Ωστόσο, το μικρό μέγεθος του δείγματος ανά υποομάδα δεν επιτρέπει περαιτέρω αξιόπιστες στατιστικές συγκρίσεις, ωστόσο αυτό θα είχε ενδιαφέρον να εξεταστεί σε μελλοντικές μελέτες. Στους περιορισμούς της μελέτης θα πρέπει να αναφερθεί η απροθυμία συμμετοχής από συγκεκριμένο ιδιωτικό κέντρο με μεγάλη δύναμη μαιών, όπως και το ότι το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις και γενικής φροντίδας με τις οποίες πιθανόν να μην είναι εξοικειωμένες όλες οι μαίες της μελέτης, όπως η ενασχόληση με πνευματικές ανάγκες και παραπομπή στις ιερατικές αρχές για επίλυση θρησκευτικών –πνευματικών προβλημάτων.

9. Επίλογος

Η Νοσηλευτική γεννήθηκε για τη φροντίδα και η φροντίδα αποτελεί τον αυτοσκοπό της Νοσηλευτικής. Σε όλα τα υγειονομικά συστήματα αποτελεί τον πυρήνα της περίθαλψης και είναι στη φύση της ανθρώπινης ύπαρξης, χάρισμα, ικανότητα, γνώση, θέληση και πράξη. Παρόλα αυτά και οι βασικές ανάγκες και οι ηθικές απαιτήσεις προωθούν μια ακατάλληλη στάση ζωής απέναντι στον συνάνθρωπο που χρειάζεται στήριξη μέριμνα και φροντίδα. Είναι η βασικότερη νοσοκομειακή παροχή που έχει σχέση με τη γενική ικανοποίηση του νοσηλευόμενου. Αυτό υπογραμμίζει τη σημαντικότητα και τη βαρύτητα που δίνουν οι χρήστες υπηρεσιών υγείας στη φροντίδα που λαμβάνουν και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία επιθυμούν να είναι ιδιαίτεροι, μοναδικοί και εξατομικευμένοι για τις προσωπικές τους ανάγκες και αυτό εκφράζεται τόσο από τους ίδιους ως ποιοτική φροντίδα όσο και από τους επαγγελματίες υγείας ως υποσχόμενη.

Οι επιστήμονες μαιές –μαιευτές ως λειτουργοί υγείας έχοντας το ανάλογο επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων γνωρίζουν τη μεγάλη συμβολή του έργου τους προς την ανθρωπότητα γιατί η ύπαρξη του πληθυσμού στη γη οφείλεται και σε αυτούς αφού η μαιευτική από τη φύση της είναι παγκόσμια και θα διαρκεί όσο υπάρχει ζωή στον πλανήτη. Με γνώμονα πάντα την πίστη που αναβλύζει από την καρδιά και την παράδοση της μαιευτικής φροντίδας στην ακεραιότητα της διάδας μητέρας –βρέφους οι μαιές αποτελούν το έμψυχο δυναμικό που θέλουν και μπορούν να βοηθήσουν στην ασφαλή ,μητρική και αναπαραγωγική υγεία .

Προϋπόθεση όλων αυτών είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση με ευρύ ορίζοντα γνώσεων που να μην περιορίζεται μόνο στα μαιευτικά δρόμους αλλά να ανταποκρίνεται στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και προκλήσεις στο χώρο εργασίας.

Η Ελλάδα διαθέτει συνειδητοποιημένες μαιές και μαιευτές που ασκούν το μαιευτικό έργο με υπευθυνότητα για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και με σεβασμό προς την αξία της ζωής που διατηρείται αμετάβλητη και είναι ανεξάρτητη από κάθε πολιτισμική προέλευση.

Επειδή η πρώτη αναπνοή και το πρώτο κλάμα πάντοτε θα έχουν μυθική σημασία γιατί σηματοδοτούν την έναρξη μιας νέας ζωής και οι μαιές έχουν μεγάλη αγωνία να το ακούσουν, έχουν και προσωπική ευθύνη να συμβάλλουν στο καλύτερο αποτέλεσμα για την μείωση της μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας και για τον ερχομό στον κόσμο ενός υγιούς μέλους. Αξίζει λοιπόν οι μαιές ενδυναμωμένες μέσα από μελέτη ,γνώση και έρευνα στον επαγγελματικό χώρο να προασπίζονται την καθημερινή μαιευτική πράξη.

10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Online Etymology dictionary. Douglas Harper (2001-2014) .
2. Chokwe M , Wright SCD . Caring as a core concept in educating midwifery learners : a qualitative study . Journal of Intersciplinary Health Science 2012 ,17 (1) : 1-7.
3. Κοτρώτσιου Σ, Παραλίκας Θ, Παπαθανασίου Ι, Λαχανά Ε, Κυπαρίση Γ, Ριζούλης Α. Η έννοια της φροντίδας. Το Βήμα του Ασκληπιού 2008, 7(1) :57, http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2008/VOLUME%2001_08/VA_OP_2_07_01_08.pdf
4. Παπασταύρου Ε, Ευσταθίου Γ, Νικηταρά Μ, Πατηράκη Ε, και συνεργάτες. Η έννοια της φροντίδας: Αποτελέσματα από μια πιλοτική ερευνητική εργασία. Νοσηλευτική 2010, 4 (4): 406-417. http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=247
5. Γκούβα Μ, Κοτρώτσιου Ε. Ψυχολογικά ζητήματα σε ιστορίες φροντίδας. Έκδοση 2η, Αθήνα, Εκδόσεις: Λαγός, 2012:35-40.
6. Arbon P. Understanding experience in nursing. J.Clin Nursing 2004,13(2):150-157.
7. Kleinman A. Care giving as moral experience .The Lancet , Published by ElsevierLtd2012,380(9853):1550-1551. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61870-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61870-4/fulltext).
8. Lemon P, Burke K, Levett-Jones, et all. FACULTY OF SCIENCE, MEDICINE AND HEALTH- PAPERS, Medical- Surgical Nursing-Critical Thinking for person-centred cocre. Frenchs Forest, NSW: Pearson Australia 2014.
9. Gallagher P, Rice B, Tierney P, et al. En Evaluation of a critical care course for undergradvate nursing students. Nursing criticalcare 2011, 16(5):261-269. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21824231>
10. Τζούνης Ε, Γουργουλιάνης Κ. Πνευματικότητα και πνευματική αξιολόγηση. Ο ρόλος τους στην παροχή πνευματικής φροντίδας . Διεπιστημονική φροντίδα υγείας 2013, 5(1): 7-12 <http://www.inhealthcare.gr/article/el/pneumatikotita-kai-pneumatiki-aksiologisi-o-rol-os-tous-stin-paroxi-pneumatikis-frontidas>.

11. Τζούνης Ε., Τζούνη Μ., Γκούβα Μ., Παπασταύρου Ε., Κτρώτσιου Ε., Γουργουλιάνης Κ. Πνευματικότητα και θρησκευτικότητα. Μια ποιοτική ανάλυση σε γενικό πληθυσμό της Θεσσαλίας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 2009 1(2):67-76

<http://inhealthcare.gr/article/el/pneumatikotita-kai-thriskeutikotita-mia-poiotiki-analusi-se-geniko-plithusmo-tis-thessalias>

12. Lunceberg P.C. Kerdonfaq P. S piritual care provided by the nurses in intensive care unit. Journal and clinical nursing 2010 , 19(1) :7-8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20492057>

13. Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας <<ΓΑΛΙΛΑΙΑ>> (Ιερά Μητρόπολη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής) 2012.
<http://www.pemptousia.gr/2012/11>.

14. Παρηγορητική φροντίδα. Περιοδική έκδοση της ελληνικής εταιρίας παρηγορητικής και συμπτωματικής φροντίδας καρκινοπαθών και μη ασθενών 2012, <http://www.moh.gov.gr/articles/news/1410-pagkosmia-hmera-parhgorhtikh-s-frontidas>

15. Καρανικόλα Μαρία. Επικοινωνία και ενδυνάμωση στη φροντίδα υγείας .Τμήμα Νοσηλευτικής .Σχολή επιστημών υγείας ,Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου .Σημειώσεις από το Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Π.Φ.Υ 2013.

16. Αντεριώτη Π., Αντωνίου Γ. Ικανοποίηση ασθενών από την φροντίδα παρεχόμενη. Περιεγχειρητική νοσηλευτική 2014, 1(1):62-67.
http://www.spnj.gr/articlefiles/volume3_issue1/316.pdf

17. Γιαννακοπούλου Γ., Ζυγά Σ. Ποιότητα Παρεχόμενης Φροντίδας. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 2013, 1(1):3-12.
http://www.spnj.gr/articlefiles/volume2_issue1/211.pdf

18. Βαχαβιώλου Παναγιώτα. Μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών του Γεν. Νοσ. Αμαλία Φλέμινγκ από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα. Ιδρυματικό Αποθετήριο Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Βιβλιοθήκη Τμήμα Νοσηλευτικής 2013 (Μ.Δ.Ε.)
http://195.251.38.253:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/662/190_000136.pdf?sequence=1

19. Κουτελέκος Ιωάννης. Η ασφάλεια των ασθενών, περιεγχειρητική νοσηλευτική(άρθροσύνταξης)2013,1(1):1-2
http://www.spnj.gr/articlefiles/volume2_issue1/210.pdf
20. Κουράκος Μ., Ζυγά Σ., Κοτρώτσιου Ε., Γκούβα Μ. κ.α. . Ικανοποίηση από την εργασία των φροντιστών υγείας –νοσηλευτών Παθολογικών κλινικών του Ε.Σ.Υ. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012 . 29 (1) : 61 -65
<http://www.mednet.gr/archives/2012-1/pdf/61.pdf>
21. Φουντούκη Α., Θεοφανίδου Δ. Παράγοντες κινδύνου και ασφάλειας στον χώρο εργασίας των Νοσηλευτών. Περιοδικό Διεπιστημονική Φροντίδα Υγεία 2010,2(2):64-72.
<http://www.inhealthcare.gr/article/el/paragontes-kindunou-kai-asfaleias-sto-xoro-ergasias-ton-nosileuton>
22. Κωνσταντοπούλου Α., Κουσιουνέλος Δ., Κωστάλα Α. και άλλοι. Διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν σε παθήσεις σπονδυλικής στήλης στο νοσηλευτικό προσωπικό . Νοσηλευτική 2013, 52(2)
http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=352
23. Καραϊσκού Α, Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π, Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. Διεπιστημονική φροντίδα υγείας 2012, 4(2): 49-54.
<http://www.inhealthcare.gr/article/el/oikonomiki-krisi-epidrasi-stin-ugeia-ton-politon-kai-epiptoseis-sta-sustimata-ugeias>
24. Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β, Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής ιατρικής 2010, 27 (5):834-840. <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/834per>.
25. Γείτονα Μ, Ανδρούτσου Α., Κοτσόπουλος Ν, Γουργουλιάνης Κ, Μέτρηση της αποδοτικότητας πνευμονολογικών κλινικών ΕΣΥ και Πανεπιστημιακών. Πρωτότυπη εργασία Περιοδικό ΠΝΕΥΜΩΝ 2014,1(27):25-30. <http://www.pneumon.org/assets/files/860/file504.pdf>
26. Ζούμπρης Κ. Διερεύνηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον εθελοντισμό. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου . Τμήμα Νοσηλευτικής 2013, Μ.Δ.Ε.(Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία).
http://www.vima-askliptiou.gr/volumes/2014/VOLUME%2001_14/VA_OP_1_13_01_14.pdf

27. Κούλιου Φ., Δραγκιώτη Ε., Κοτρώτσιου Ε., Γκούβα Μ. Διερεύνηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των εθελοντών στην παροχή πρωτοβάθμιων νοσηλευτικών υπηρεσιών σε ανθρωπιστικές ΜΚΟ. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2012,4(1): 34-42. <file:///downloads/diereunisi-ton-xarakteristikon-tis-prosopikotitas-ton-ethelonton-stin-paroxi-protovathmion-nosileutikon-upiresion-se-anthropistikis-mi-kuvernitikis-org>
28. Ρεκλείτη Μ., Αποστολίδου Κ., Ζηλίδης Χ. και συνεργάτες . Διερεύνηση των στάσεων και των κινήτρων εθελοντών αιμοδοτών. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2013,4(5):176-1. file:///C:/Downloads/diereunisi-ton-staseon-kai-ton-kinitron-ethelonton-aimodoton_el.pdf
29. (13^ο - 20^ο) Παγκύπριο συνέδριο νοσηλευτικής και μαιευτικής φροντίδας : πανανθρώπινη διαχρονική εξέλιξιμη . Λάρνακα , ημερομηνία 2006-2013. <http://www.cyna.org/20/>
30. Διεθνής ορισμός της μαιίας , σύλλογος επιστημόνων μαιών ΤΕΙ Αθήνας , Revised and adopted by ICM Council, 2011 , Due for review 2017 site: www.semma.gr
31. Λεοντίου Σ. Προγεννητικός Έλεγχος. Εργασία Πρακτικής Άσκησης Κύπρου . Κύπρος 2014
32. International confederation of midwives. The philosophy and model of midwifery care. Adopted at Brisb, Australia, International council meeting, 2005 . (Εγκρίθηκε στο διεθνές συνέδριο 2005, αναθεώρηση 2011).
33. Βασικές αρχές του διεθνούς μοντέλου φροντίδας <<μητέρας – μωρού>> και Τα 10 βήματα του διεθνούς μοντέλου φροντίδας «μητέρας – μωρού» . Δημοσιεύθηκαν στις 17/06/2013. www.eutokia.gr /άρθρα /τοκετός. (Ευτοκία : σωματείο για την προαγωγή του φυσικού τοκετού.)
34. Berg M , Olaf Asta Olafsdottir , Lundgren A. .A midwifery model of woman –centred childbirth care – in Swedish and Icelandic settings, Sexual & reproductive healthcare 2012,3:79-87, journal homepage : <http://www2.cfpc.ca/local/user/files/%7BD50B47D9-DE78-47A6-9669-86BAF2C33179%7D/1-s2.0-S1877575612000183-main.pdf>
35. Sandall J. , Soltani H., Gates S., Shennen A. , Devore D.. Midwife –led continuity models versus other models of care for childbearing women. The centre for midwifery , child and health, University of technology, Sydney. Published Online: 21/8/2013. Assessed us up –to-

date:22/7/2013.Onlinelibrary.Wiley.com.

<http://www.thecochranelibrary.com>

36. Tracy S, [Hartz D](#), [Tracy M](#), Allen J, Forty A . et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: a randomised controlled trial. The Lancet 2013 382 (9906): 1723 – 1732
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24050808>

37. Berg Marie . A midwifery model of care for childbearing women at high risk : genuir in caring for the Genuine . A Lamaze international publication 2005,14(1) : 9-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595225/>

38. Μωραΐτου Μάρθα , Λυκερίδου Αικατερίνη . Η αξιοποίηση του τοκετού για την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων . Γενικό άρθρο . Νοσηλευτική 2007 , 46(4):453-459 www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=92

39. Μωραΐτου Μάρθα . Ψυχοπροφυλακτική . Ψυχοφυσική ετοιμασία για τη μετάβαση στη μητρότητα . Θεσσαλονίκη . Εκδόσεις ΑΤΕΙ-Θ. 2006.

40. Mahlako KM . Master of Arts :The perceptions of a selected group of midwives towards women experiencing labour pain . University of South Africa,2008:1...136.

http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/2691/dissertation_mahlako_%20m.pdf?sequence=1

41. Ο ρόλος της μαίας τις πρώτες ημέρες. Αθήνα ,ημερομηνία πρόσβασης & τελευταία ενημέρωση 27/03/2014, [www. iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)

42. Essential competencies for basic midwifery practice , Adopted by : The American College of Nurse-Midwives 2002, The Netherlands.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1542-2011.2002.tb04353.x/abstract>

43. Μπόρου Α, Βόσνιακ Γ, Υφαντής Α., Τηνιακού Ι., Σπουντζή –Κρέπια Δ.κα .Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Ιατρικά χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας 2010, 6(1): 39-46.
<http://www.ixek.gr/images/articles/2635%20EPAGGELMATIKI%20IKANOPOIHSH.pdf>

44. Mclachlan H., Newton M., Nightingale H., et al . Exploring the ‘follow-through experience: Statewide survey of midwifery students and academics conducted in Victoria Australia . Midwifery 2013, 2(9): 1064-1072.

45 .Crolan M, Kruger G. Under taking midwifery studies: Commencing sdudens viws. 2011, 27(5):645-647

46. Λεοντίου Σ. Εμπειρίες γυναικών για τις παροχές προγεννητικής φροντίδας σε δημόσιο νοσοκομείο σε νοσοκομείο της Κύπρου, 10^ο Παγκύπριο νοσηλευτικό συνέδριο 2013.
47. Gina Novick .Women experince of prenatal care:Journal of Midwifery andwomenHeath2009,54(3):226-237.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2754192/>
48. Walsh D, Evans K.Critical realism. An Important the oretica lperspective formidwferyresearch.Midwifery2014,30(1):1-6
[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00282-9/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00282-9/abstract)
- 49.Watson R, Deary J, Lea A. A 35-item version of the caring dimensions inventory (CDI-35): multivariate analysis and application to a longitudinal study involving student nurses, International Journal of Nursing Studies, 2001,38: 511-521
- 50.Kotrotsiou E et al. Validation of the Greek Translation of the Nursing Dimensions Inventory questionnaire (NDI-35) Global Journal of Health Science (in press)
- 51.Παπαβασιλείου Κ. Διερεύνηση των αντιληψεων νοσηλευτων για την εννοια της φροντιδας και τη σχεση της με τη πνευματικοτητα. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Λάρισα 2012
- 52.Μώρος Μ. Φιλοσοφία της μητρότητας και του τοκετού. Ελευθω, 2011, 16(2):58-61.
- 53.Zwelling E. Activist for Change: An Interview with Suzanne Arms J PerinEduc2002,11(4):11–24
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17273317>
- 54.Kitzinger S. Letter from Europe: home birth, midwives, and doulas. Birth 2008, 35(3): 250-2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18844652>
- 55.Malata A, Chirwa E.Childbirth information needs for first time Malawian mothers who attended antenatal clinics. Malawi Med J. 2011,23(2):43-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23074811>
- 56.Lori JR, Yi CH, Martyn KK. Provider characteristics desired by African American women in prenatal care. J Transcult Nurs. 2011, 22(1):71-6.
http://www.researchgate.net/publication/49714373_Provider_characteristics_desired_by_African_American_women_in_prenatal_care

57. Bénabou R, Tirole J. Incentives and Prosocial Behavior. National Bureau of Economic Research, 2005:1-7.

<http://www.princeton.edu/~rbenabou/papers/w11535.pdf>

58. Murphy KR. A critique of Emotional Intelligence. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 2006



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τους ασθενείς μας καθώς και τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τη φροντίδα. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2012 ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ _____

ΓΥΝΑΙΚΑ _____

	Του πατρικού παππού	Του μητρικού παππού	Της πατρικής γιαγιάς	Της μητρικής γιαγιάς	Τίνος άλλου;
Ποιου το όνομα πήρατε;					

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;.....

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ/Η _____

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____

ΧΗΡΟΣ/ Α _____

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ _____

ΠΟΛΗ <100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΠΟΛΗ >100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ _____ **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;** ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____ ΟΧΙ _____

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΑΝ. _____

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ _____

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕ _____

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ: ΜΑΣΤΕΡ _____

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ _____

ΚΑΝΕΝΑ _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ: 0 - 5 ΕΤΗ _____

5-10 ΕΤΗ _____

10-15 ΕΤΗ _____

15-20 ΕΤΗ _____

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 20 ΕΤΗ _____

ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΣΕ ΣΧΕΣΗ _____

Θεωρείτε τον εαυτό σας καλή μαία / μαιευτή(κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο σε αυτό που πιστεύετε για τον εαυτό σας)

Καθόλου 1 2 3 4 5 Πάρα πολύ

GR-NDI-24

Οδηγίες: Κυκλώστε σε κάθε πρόταση έναν αριθμό από το 1 (πολύ σημαντικό) έως το 5 (καθόλου σημαντικό), δηλώνοντας έτσι τί είναι σημαντικό για σας κατά την άσκηση του μαιευτικού σας έργου:

	Πολύ σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Καθόλου σημαντικό
1. Να εμπλέκεις μια ασθενή-γυναίκα στη φροντίδα της	1	2	3	4	5
2. Να καθυστεράσεις την ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5
3. Να ασχολείσαι με τα προβλήματα της κάθε ασθενούς ατομικά	1	2	3	4	5
4. Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στην ασθενή	1	2	3	4	5
5. Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες μιας ασθενούς	1	2	3	4	5
6. Να είσαι ευχάριστος με τις ασθενείς	1	2	3	4	5
7. Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα της	1	2	3	4	5

ασθενούς

8. Να κανονίζεις να δει την ασθενή ο εφημέριός της	1	2	3	4	5
9. Να βοηθάς την ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
10. Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	1	2	3	4	5
11. Να αναγνωρίζεις την ασθενή ως πρόσωπο	1	2	3	4	5
12. Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στην ασθενή	1	2	3	4	5
13. Να ντύνεσαι προσεγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς	1	2	3	4	5
14. Να κάθεσαι με μια ασθενή	1	2	3	4	5
15. Να διερευνάς τον τρόπο ζωής της ασθενούς	1	2	3	4	5
16. Να αναφέρεις την κατάσταση της ασθενούς σε έναν ανώτερο ιεραρχικά	1	2	3	4	5
17. Να είσαι δίπλα στην ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας	1	2	3	4	5
18. Να είσαι ειλικρινής με την ασθενή	1	2	3	4	5
19. Να ακούς την ασθενή	1	2	3	4	5
20. Να συμβουλευέσαι τον γιατρό για την ασθενή	1	2	3	4	5
21. Να καθοδηγείς την ασθενή για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
22. Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" της ασθενούς (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)	1	2	3	4	5
23. Να βάζεις τις ανάγκες της ασθενούς πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)	1	2	3	4	5

24. Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία

1

2

3

4

5

Altruism subscal

1. Οι άνθρωποι πρέπει να πληρώνουν φόρους πρόθυμα, επειδή τα χρήματα πηγαίνουν σε καλούς σκοπούς				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
2. Πιστεύετε στη γενναιοδωρη προσφορά σε οργανισμούς (φορείς) οι οποίοι έχουν ανάγκες				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
3. Θα πρέπει όλοι να συνεισφέρουν γενναιοδωρα για να βοηθήσουν τους λιγότερο ευνοημένους				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
4. Οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν αρκετά για τους εαυτούς τους, έχουν καθήκον να προσφέρουν στους άπορους				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
5. Δεν πιστεύω στην οποιαδήποτε προσφορά χωρίς αντάλλαγμα				

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
6. Οι περισσότεροι φιλανθρωπικοί οργανισμοί είναι ανέντιμοι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
7. Τα χρήματα που δαπανώνται για κοινωνική πρόνοια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να μειωθούν οι φόροι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
8. Τα περισσότερα χρήματα που δίνονται στους άπορους είναι μια άσκοπη σπατάλη				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ!